

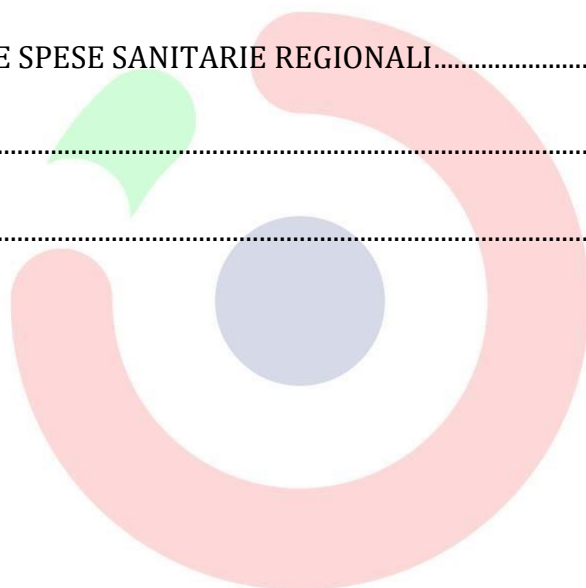


InOltre – Alternativa Progressista

Indice dei contenuti

CULTURA DELL'ALIMENTAZIONE E EDUCAZIONE AL CIBO	4
Analisi	4
PIANO EUROPEO SULLA SANITÀ MENTALE.....	7
Analisi.....	7
AMPLIAMENTO E RIVALUTAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)	12
Analisi.....	12
RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SUL TERRITORIO	16
Analisi.....	16
Proposta	18
CASE FARMACEUTICHE E COMPETIZIONE.....	20
Analisi.....	20
Proposta	21
ROTAZIONE DELLE FIGURE DIRIGENZIALI	28
Analisi.....	28
Proposta	30
Il sistema di Formazione continua ECM.....	32
Gestione del rischio clinico	33
Ricerca e sviluppo.....	34
Linee-guida cliniche e percorsi diagnostico-terapeutici	34
Gestione dei reclami e dei contenziosi e coinvolgimento dei pazienti.....	35
SOSTENIBILITÀ ECONOMICA DEL SSN NEI TEMPI FUTURI.....	38

Analisi.....	38
Proposta	39
FORMAZIONE LIMITATA DEI MEDICI SPECIALISTI E SPECIALIZZANDI.....	42
Analisi.....	42
Proposta	44
SENSIBILIZZAZIONE E PREVENZIONE	46
Analisi.....	46
Proposta	47
COSTI E SPERPERI NELLE SPESE SANITARIE REGIONALI.....	49
Analisi.....	49
Proposte	57



CULTURA DELL'ALIMENTAZIONE E EDUCAZIONE AL CIBO

Analisi

Nel 2013, l'OMS ha certificato che oltre il 50% della popolazione adulta della regione europea era in sovrappeso e oltre il 20% obesa¹. Dalle ultime stime fornite dai Paesi UE emerge che il sovrappeso e l'obesità affliggono, rispettivamente, il 30-70% e il 10-30% degli adulti².

Per quanto riguarda i giovani, emerge che, sulla base dei dati dell'indagine Hbsc 2013-2014 (*Health Behaviour in School-aged Children – Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare*), l'Italia si colloca ai vertici della classifica per quanto concerne prevalenza di sovrappeso/obesi tra gli undicenni (maschi: 35% e femmine: 23%).

L'elevata prevalenza negli adulti di soggetti in sovrappeso e obesi rappresenta un importante voce di costo in termini economici, sociali e sanitari per il Sistema Sanitario Nazionale. Uno studio dell'Università di Roma "Tor Vergata"³⁴ (I COSTI DELL'OBESITÀ IN ITALIA a cura di Vincenzo Atella e Joanna Kopinska) ha mostrato come la spesa sanitaria per visite specialistiche, farmaci ed accertamenti cresca al crescere dell'indice di massa corporea (BMI) dei soggetti e che tale *trend* si accentua se la popolazione è stratificata in base alle classi di età.

L' aumento in termini di spesa è rintracciabile anche nelle classi di BMI che si ritrovano al di sotto del limite che descrive la popolazione normo-peso.

¹ Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European Region Member States (2013) ISBN 978 92 890 5003 6

² WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative. Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010)

³ I COSTI DELL'OBESITÀ IN ITALIA a cura di Vincenzo Atella e Joanna Kopinska, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

(http://www.fondazionetorvergataeconomia.it/wpcontent/uploads/2012/11/Rapporto_Spesa_sanitaria_BMI_ISS_4-4.pdf)

La relazione tra spesa sanitaria per visite specialistiche, farmaci ed accertamenti assume dunque una forma “ad U”, con le fasce estreme di BMI (soggetti gravemente obesi e sottopeso) presentanti valore di spesa, e di spesa pro capite, più elevate.

Inoltre, l'impennata dei costi sembra essere legata all'aumento di patologie croniche associate all'obesità: ipertensione, diabete, depressione il cui impatto in termini di prevalenza segue i livelli di BMI.

L'obesità e il sovrappeso oltre ad avere importanti implicazioni economiche e di salute, hanno effetti negativi sulla fertilità dei soggetti, contribuendo alla caduta del tasso di natalità in Italia e in generale nei Paesi industrializzati.

Lo studio PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità ⁵ mette in evidenza come la prevalenza di Obesità e Sovrappeso riguardi un'area geografica ben definita: una maggiore presenza al Sud e nelle Isole, con Campania, Molise e Sicilia al vertice della classifica, con punte di prevalenza che si assestano intorno al 50% della popolazione e una media nazionale del 42% se si considera il semplice eccesso ponderale, e valori medi nazionali del 10% se si considera l'obesità propriamente detta, ovvero la presenza di un BMI superiore a 30 kg/mq.

Sempre considerando l'obesità propriamente detta, lo studio PASSI individua un trend in aumento nella serie storica che copre il decennio 2008-2010, specie, ancora, nel Sud e nelle Isole, con una prevalenza che sale dal 12,09% (2008) al 13,26% (2017).

Proposta

Nella lotta all'obesità e al sovrappeso, lo Stato deve proporsi come parte attiva attraverso una programmazione di misure che agiscono nel solco della prevenzione primaria, coinvolgendo anzitutto le fasce di popolazione potenzialmente a rischio di sviluppare obesità e sovrappeso,

⁵ STUDIO PASSI, a cura dell'Istituto Superiore di Sanità (<http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp>)

quali bambini e adolescenti e ceti socioeconomici più disagiati. Pertanto, investimenti nel campo di istruzione e sensibilizzazione, che colpiscano fasce di età precoci (età scolare e prescolare) e che educino i giovanissimi alla cultura e alla educazione al cibo, possono rivelarsi strumenti a bassa invasività, a basso impatto economico e ad alta resa in termini sociali e sanitari. Tali interventi dovrebbero essere parte integrante e sostanziale di programmi educativi, fornendo gli strumenti per una maggiore consapevolezza sui corretti stili di vita. Tali strumenti educativi avrebbero come obiettivo quello di contrastare le influenze di ambiente e marketing presenti nelle diverse fonti d'informazione. Il limite di questa tipologia di misure è la loro estensione temporale, essendo il loro orizzonte di azione nel medio-lungo termine.

Un'altra tipologia di approccio prevede l'utilizzo della leva fiscale a carico di produttori e consumatori. Tali misure includerebbero la regolamentazione al consumo di determinati prodotti e alimenti, mediante anche l'imposizione fiscale (accise) su beni e servizi di consumo associati a ad alto impatto nello sviluppo di stili di vita non salutari (bevande con zuccheri aggiunti, dolci). A questo andrebbe associata una sempre più corretta ed efficace comunicazione delle informazioni sugli alimenti in commercio, la limitazione delle attività di marketing, specialmente quelle che potenzialmente interessa i bambini. Limite di questi interventi è che colpirebbero in modo indistinto tutti i consumatori e le imprese, indipendentemente dal grado di consumo e dalla tipologia specifica del prodotto.

In definitiva, un approccio multimodale che agisca sia sul breve periodo, regolando la produzione, il commercio e la pubblicizzazione di servizi e prodotti ad alto impatto negativo sull'obesità, sia sul medio-lungo periodo mediante l'implementazione di politiche educative destinate ai giovani e alle famiglie, coinvolgendo le agenzie educative ed i servizi sanitari territoriali, potrebbe rappresentare la strada migliore per arrestare il *trend* negativo di aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità.

PIANO EUROPEO SULLA SANITÀ MENTALE

Analisi

Dall'emanazione della legge n.180/1978, passando per i Progetti Obiettivo, al "Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020", viene descritta la situazione del Paese in ambito di assistenza psichiatrica con il supporto dei dati forniti dal "Rapporto Salute Mentale" e l'analisi condotta dalla Siep.

In Italia, la legge n. 180/1978, anche conosciuta come "legge Basaglia", cambia radicalmente il volto della malattia psichiatrica nel Paese. Tale norma ha «spostato il baricentro dell'assistenza dall'ospedale psichiatrico al territorio e ha stabilito una serie di servizi integrati chiamati a rispondere ai bisogni complessi e ai percorsi di cura e riabilitazione/inclusione dell'utenza senza trascurare la prevenzione/promozione della salute mentale». La legge prevedeva inoltre la creazione di Centri di Salute Mentale (CSM) su territori definiti e apposite unità psichiatriche all'interno degli ospedali generali (SPDC - Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura).

La riforma è stata però attuata in modo approssimativo. Tale limitazione fu principalmente dovuta alle profonde differenze nel sistema dei servizi regionali, alle quali era stato affidato il compito di trasporre i principi generali della legge in strutture organizzative. Per ovviare a tali difficoltà il Ministero della Sanità approvò due Progetti Obiettivo (PO) "Tutela salute mentale", rispettivamente nel 1994 e nel 1998-2000, al fine di rendere più omogenea su scala nazionale l'attuazione della Riforma Psichiatrica.

Nel 2013 l'OMS interviene con il "Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020"⁶ e prevede tra i suoi obiettivi: fornitura di servizi integranti di salute mentale, assistenza sociale territoriale e promozione e prevenzione attraverso sistemi divulgativi al fine di migliorare la qualità dei servizi.

⁶ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2447_allegato.pdf

Il Ministero della Salute nel 2016 ha presentato ufficialmente il primo “Rapporto Salute Mentale” (RSM). Dall'analisi di tale rapporto, condotto dalla Siep, sono emerse varie criticità che affliggono l'assistenza psichiatrica. «Il quadro complessivo del personale dei Dipartimenti di salute mentale (Dsm) in Italia risente di una stagione di tagli che hanno investito le risorse umane del Servizio sanitario. Solo nel 2015, anno cui fa riferimento il Rsm, la Ragioneria dello Stato segnala una riduzione nell'intero comparto sanità di oltre 10.000 unità. La riduzione del personale ha riguardato in modo rilevante i Dsm italiani, nei quali operano in media 57,7 unità di personale per 100.000 abitanti di età superiore ai 18 anni, dato significativamente inferiore al 66,6 x 100.000 indicato nel PO 1998-2000.»

L'analisi a livello regionale mostra invece una grande disparità tra le varie Regioni: se da un lato Molise, Umbria, Abruzzo e Basilicata presentano i livelli di personale più basso, dall'altro lato Emilia-Romagna, Liguria e Sicilia superano lo standard previsto. Lombardia, Toscana, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna e Veneto non si allontanano di molto dal valore medio nazionale, mentre Puglia, Lazio, Marche, Calabria, Piemonte e Campania si trovano al di sotto⁷.

Ad oggi, sono 800 mila ogni anno le persone assistite nei Dipartimenti di salute mentale, con 370 mila nuove visite per problemi legati alla psiche. L'aumento costante dei numeri delle patologie psichiatriche – che tra poco più di 10 anni, secondo L'Oms, supereranno quelle cardiovascolari – è stato inversamente proporzionale alle risorse stanziare. La spesa per la salute mentale, infatti, è del 3,5% di quella sanitaria, al di sotto della soglia minima prevista del 5%, laddove in altri paesi come la Francia, l'Inghilterra e la Germania le percentuali triplicano.

⁸Il presidente della Società italiana di psichiatria Bernardo Carpiniello spiega, in un articolo apparso su «quotidianosanità.it» il 9 maggio 2018, che «attualmente il 20% della popolazione

⁷ http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2017-02-28/psichiatria-ko-mezza-italia-siepdsmotto-organico-e-assistenza-diseguale-115213.php?uuid=AEDxD5e&refresh_ce=1

⁸ <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2018-05-09/basaglia-40-anni-fa-liberavamanicomipsichiatria-oggi-progressi-e-punti-oscuri-161155.php?uuid=AEPE5dIE>

affidente ai dipartimenti di salute mentale italiani è costituita da persone affette da schizofrenia o altri disturbi mentali dello spettro psicotico. Il resto è costituito per circa il 31% da disturbi dell'umore (depressione maggiore 23,5 e disturbo bipolare 7,5%), il 13,5% da patologie comunemente indicate come disturbi nevrotici (quali disturbo ossessivo compulsivo, da stress post-traumatico, di panico o da ansia generalizzata, fobici, o somatoformi)» e che i «dati significativi fanno riferimento ad altre patologie in crescente ascesa come i disturbi di personalità (circa il 7%) da altri disturbi psichici e da uso di sostanze (circa il 18%), da quelle 'tradizionali' quali alcol, eroina, cocaina, cannabis, a quelle 'nuove' quali cannabinoli e psicostimolanti sintetici, e dalle cosiddette dipendenze comportamentali (circa il 4,5%). Una novità di questi ultimi anni riguarda le problematiche psichiche legate alla popolazione immigrata, in crescente ascesa che, in alcune regioni italiane, soprattutto nel Centro Nord, raggiunge circa il 10% dell'utenza totale.»⁹

Dati importanti come questi richiedono specifiche capacità di gestione ed intervento immediati.

Proposta: IL FUTURO DELL'ITALIA NELL'AMBITO PSICHIATRICO

Il ruolo dello Stato nel fronteggiare l'emergenza psichiatrica italiana, l'attuazione di politiche più incisive e la messa in atto dei punti promossi dal «Piano Europeo sulla Sanità Mentale».

Il problema della salute mentale rappresenta una sfida ineludibile che il Servizio Sanitario Nazionale è chiamato ad affrontare e a tal fine bisogna prendere atto delle carenze e dei bisogni da soddisfare. Pochi, ma salienti, sono i punti da dover tenere presente per poter riavviare l'area psichiatrica in Italia.

Individuare i problemi comuni di salute mentale attraverso l'applicazione di strumenti di screening nella popolazione generale. Attraverso ciò possono essere raccolte informazioni

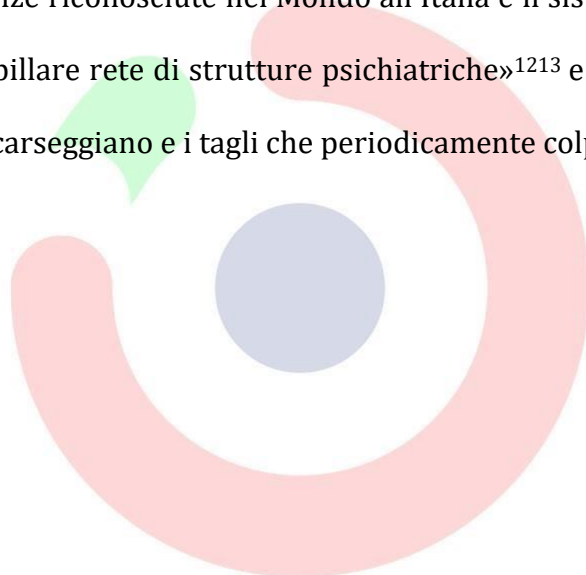
⁹ http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=61553

molto importanti sul grado generale della salute mentale che riguardano l'intera Nazione e permettere, di conseguenza, un intervento tempestivo da parte degli organi competenti.

- Così come suggerito dal “Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020”, bisogna promuovere politiche più incisive, mirate a
 - «Organizzare campagne anti-stigma basate sull'evidenza nelle comunità, indirizzate in particolare alle persone che possono influire maggiormente sulla vita di chi subisce discriminazioni.» e campagne di promozione e prevenzione;
 - Dare un maggiore sostegno ai pazienti e alle loro famiglie fornendo informazioni relativamente ai loro diritti, agli standard terapeutici e alle alternative di cura;
 - Reinserire a livello sociale e lavorativo le persone affette da disturbi mentali.
- Appianare le disparità presenti tra le varie regioni e le discriminazioni nell'accesso e nella fruizione dei servizi di salute mentale, in modo da essere accessibili a tutti, oltre che fornire servizi efficienti.
- Finanziare in modo adeguato i servizi di salute mentale e la ricerca, cercando di portare i valori odierni agli standard previsti dai PO. Assumere medici, psicologi, assistenti sociali, riabilitatori, per ovviare alla carenza di personale, che attualmente ha un deficit di operatori che va dal 25 al 75% in meno dello standard previsto di 1 operatore ogni 1500 abitanti in 14 regioni/province autonome su 21.
- Inserire una fase di ricognizione delle buone pratiche e cercare di perseguire il modello di quelle più aderenti ai valori che si stanno perseguendo. Una realtà che merita di essere presa come paradigma è quella del servizio I.E.S.A. di Collegno, il quale è rivolto a pazienti psichiatrici in attesa di reinserimento. «Si presenta come un servizio di inserimento di pazienti all'interno di famiglie ospitanti volontarie definite *foster families*, che decidono

di ospitare all'interno di casa loro una persona in stato di necessità, in cambio di un bonus economico erogato dall'Asl»¹⁰. Il servizio è attivo da 20 anni sul territorio dell'ASLT03 e, sulla totalità di 600mila abitanti, sono stati accolti 50 pazienti psichiatrici. Tale modello terapeutico propone un inserimento territoriale dei pazienti in carico alla psichiatria. Il territorio ottiene, in questo modo, un doppio vantaggio: da un lato la riduzione della spesa pubblica, dall'altro prevede un appoggio economico alle famiglie che ospitano il paziente. «In questo sta la sua forza, cioè l'avvicinare due attori sociali in un incontro che avvantaggia entrambi, in senso sia relazionale, che economico».¹¹

«Una delle poche eccellenze riconosciute nel Mondo all'Italia è il sistema della salute mentale, che conta una vasta e capillare rete di strutture psichiatriche»¹²¹³ e rischia di andare perduto per i finanziamenti che scarseggiano e i tagli che periodicamente colpiscono l'area sanitaria.



¹⁰ <https://www.lastampa.it/2018/01/22/scienza/come-nasce-e-in-cosa-consiste-il-progetto-iesaAMBf1KTdnvNy1OzKLZX0LM/pagina.html>

¹¹ Cfr. nota 9

¹² <https://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2018-07-10/salvini-contro--malati-psichiatrici-dura-reazionepsichiatri->

¹³ [.shtml?uuid=AEDB8gJF](#)

AMPLIAMENTO E RIVALUTAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

Analisi

Con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017¹⁴, “Definizione dei Livelli essenziali di assistenza”, sono stati aggiornati i Livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) deve garantire a tutti i cittadini con le risorse pubbliche, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. Il provvedimento è stato predisposto in attuazione della legge di stabilità 2016, che ha stanziato 800 milioni di euro per l’aggiornamento dei LEA.

Dinnanzi a questo importante provvedimento, rimangono tuttavia aperte due fondamentali questioni: a) la piena sostenibilità economica del provvedimento alla luce del progressivo ridimensionamento del fondo per il SSN; b) le disuguaglianze nell’erogazione delle prestazioni tra le varie Regioni.

Il nuovo DPCM: definisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale; innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell’assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete; ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all’esonero.

Per quanto riguarda il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale, il decreto provvede all’aggiornamento del nomenclatore disciplinato dal decreto ministeriale 22 luglio 1996. Vengono introdotte numerose procedure diagnostiche e terapeutiche che nel 1996 avevano carattere sperimentale oppure erano eseguibili in sicurezza solo in regime di ricovero, ma che oggi sono entrate nella pratica clinica corrente e possono essere erogate in ambito ambulatoriale.

¹⁴ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_332_allegato.pdf

Punti salienti di questo aggiornamento riguardano:

- 1) la definizione delle prestazioni per la procreazione medicalmente assistita (PMA) che saranno erogate a carico del SSN in regime di assistenza specialistica ambulatoriale (precedentemente erogate solo in regime di ricovero);
- 2) la definizione e l'ampliamento dell'elenco degli esami di diagnosi genetica, con una associazione precisa tra il singolo esame diagnostico e la specifica patologia o sindrome per le quali è necessaria l'indagine su un determinato numero di geni;
- 3) l'introduzione della consulenza genetica, necessaria nel processo diagnostico delle patologie a trasmissione genetica, consentendo al paziente di comprendere l'importanza ed il significato del test al momento dell'esecuzione, le implicazioni connesse al risultato al momento della consegna del referto e, eventualmente, di fornire allo stesso il sostegno necessario per affrontare il percorso post-diagnostico.
- 4) L'introduzione di nuove prestazioni di elevatissimo contenuto tecnologico (adroterapia, enteroscopia con microcamera ingeribile, *gammaknife* e *cyberknife*, Tomografia retinica (OTC) ed esami per la diagnosi di celiachia)

Per quanto concerne il nuovo nomenclatore dell'assistenza protesica, il Dpcm provvede all'aggiornamento del precedente nomenclatore datato 1999, includendo nuovi device (come, ad esempio, strumenti e software di comunicazione alternativa ed aumentativa, ausili (sensori e telecomandi) per il controllo degli ambienti, protesi ed ortesi di tecnologie innovative ecc.) ed ampliando la platea dei destinatari, includendo persone affette da alcune malattie rare e gli assistiti in assistenza domiciliare integrata.

Nell'ambito del riconoscimento delle malattie rare, il provvedimento prevede un consistente ampliamento dell'elenco delle malattie rare, inserendo più di 110 nuove entità tra singole malattie rare e gruppi di malattie, tra cui la sarcoidosi, la sindrome di Guillain-Barré, la fibrosi polmonare idiopatica, le cui prestazioni sanitarie connesse sono erogate in regime di esenzione.

Per quanto riguarda le malattie croniche, nuove patologie vengono riconosciute ed inserite nell'elenco che assicura ai pazienti affetti il regime di esenzione, tra queste la bronco-pneumopatia cronico-ostruttiva moderata/grave e molto grave, l'endometriosi, il rene policistico autosomico-dominante, e vengono spostate nel gruppo delle malattie croniche alcuni condizioni morbose già precedentemente riconosciute come malattie rare: la Sindrome di Klinefelter, la celiachia, la sindrome di Down, le connettiviti indifferenziate.

Un ulteriore importante punto del Dpcm riguarda la policy vaccinale, con l'introduzione dei nuovi vaccini anti-Pneumococco ed anti-Meningococco e l'estensione a nuovi destinatari (ad esempio, per il Papillomavirus, precedentemente erogato alle sole adolescenti di sesso femminile, ora anche agli adolescenti maschi).

Infine, il Dpcm ha previsto l'istituzione della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, allo scopo di monitorarne i livelli essenziali di assistenza, escludendo prestazioni, servizi o attività che divengano obsoleti e, analogamente, valutando di erogare a carico del Servizio sanitario nazionale trattamenti che, nel tempo, si dimostrino innovativi o efficaci per la cura dei pazienti.

Dalla disamina delle novità introdotte dal Dpcm, appaiono evidenti gli aspetti positivi come l'ampliamento e l'aggiornamento dei nomenclatori, l'estensione delle malattie rare e croniche, l'inclusione nei servizi erogati dal SSN delle procedure connesse alla fecondazione medicalmente assistita e l'implementazione di nuove misure di prevenzione primaria come le vaccinazioni.

D'altro canto, rimangono delle incognite relative alle coperture finanziarie dei nuovi Lea, per i quali lo Stato ha stanziato 800 milioni di euro. Come richiamato da Guerra¹⁵ l'impatto dei nuovi Lea dipenderà, da un lato, dei costi aggiuntivi generati dalla previsione di prestazioni aggiuntive, nella misura in cui generino consumi aggiuntivi (oltre che sostitutivi delle

¹⁵ Guerra G, I nuovi Livelli essenziali di assistenza sanitaria, Politiche sanitarie 2017;18(1):40-45

prestazioni eliminate e/o trasferite ad altro setting assistenziale); dall'altro, dalle economie conseguibili nei diversi ambiti assistenziali e le maggiori entrate connesse alla partecipazione ai costi sulla quota di consumi aggiuntivi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

In primo luogo, il continuo aggiornamento delle tecniche diagnostico-terapeutiche, il rapido evolversi dell'armamentario tecnologico al servizio della salute, impone al SSN un continuo aggiornamento dell'offerta sanitaria. Pertanto, necessaria sarà l'azione della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, per rendere il sistema dell'offerta sempre più flessibile e aggiornato.

In secondo luogo, è necessario supportare il provvedimento di ampliamento dei LEA con un adeguato finanziamento del SSN, superando definitivamente la stagione dei tagli lineari e favorendo l'ottimizzazione e dei costi, e educando gli attori del SSN ad essere sempre più parte integrante del processo di oculata gestione delle risorse.

Infine, la regionalizzazione dei servizi sanitari ha portato inevitabilmente ad una differenziazione nelle modalità e nei costi di compartecipazione dei servizi offerti, alimentando enormi diseguaglianze. L'istituzione dei LEA ha proprio lo scopo di armonizzare il livello delle prestazioni e dei servizi offerti sul tutto il territorio nazionale. Ulteriori e più concreti sforzi sono necessari affinché si possa giungere ad una compiuta armonizzazione dei vari servizi sanitari regionali, anche ipotizzando un ripensamento della ripartizione delle competenze Stato-regioni.

RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SUL TERRITORIO

Analisi

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è articolato in più livelli di responsabilità, dalla sua organizzazione dipende la gestione delle prestazioni sanitarie offerte e influisce profondamente sullo stato di salute della popolazione.

Il SSN, nato con la Legge 833/78, modificato con i D.Lgs 502/92, 517/93 e 229/99, fornisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzione di genere, residenza, età, reddito e lavoro nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione. Il governo del SSN è esercitato in misura prevalente da Stato e Regioni: da un lato allo Stato spetta la determinazione dei LEA, che devono essere rinnovati a scadenza triennale e della legislazione generale di indirizzo, dall'altro, la tutela della salute rientra nella competenza concorrente affidata alle Regioni che hanno responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa, per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese. Le Regioni hanno competenza esclusiva nella regolamentazione ed organizzazione di servizi, di attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (AO). L'organizzazione interna delle Regioni ha portato alla creazione di 4 "modelli" di Sistema Sanitario Regionale (SSR):

- **Classico:** le ASL si occupano di erogare le prestazioni distrettuali e l'assistenza sanitaria collettiva, mentre l'assistenza ospedaliera viene garantita tramite le AO dirette dalle ASL, oppure dalle IRCCS e dalle Case di Cura private.
- **Lombardo:** le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) si occupano solamente di finanziare, controllare e programmare le prestazioni erogate, mentre l'erogazione delle prestazioni spetta alle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST), agli IRCCS e alle Case di Cura private.
- **Marchigiano:** Le ASL precedentemente esistenti sono state fuse nell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) suddivisa in 13 Zone Territoriali, a loro volta suddivise in distretti; ogni

Zona Territoriale gestisce un presidio ospedaliero, mentre sono rimaste solamente 2 AO. L'ASUR, quindi, assume compiti di coordinamento e programmazione. Gli IRCCS e le Case di Cura private sono parte del sistema come nel modello classico.

- Toscana: Le ASL sono raggruppate in 3 Aree Vaste dette ESTAV, le quali hanno funzioni di programmazione, coordinamento e organizzative. Ogni ASL garantisce l'erogazione delle prestazioni tramite i loro presidi ospedalieri e ad ogni ESTAV è stata assegnata una AO di riferimento. Gli IRCCS e le Case di Cura private sono parte del sistema come nel modello classico. Nel corso degli anni i SSR sono stati modificati in base all'esigenze territoriali: i sistemi Marchigiano e Toscana hanno subito riforme tese alla riduzione dei costi, mentre il sistema Lombardo si è indirizzato per favorire l'integrazione fra pubblico e privato per premettere al cittadino di avere maggiore libertà di scelta.

All'interno di questo complesso sistema lo Stato attraverso i suoi enti, tra cui il Ministero della Salute, svolge attività di indirizzo e controllo. Tuttavia, un sistema così differenziato crea delle divergenze regionali dovute alle situazioni economiche, politiche e sociali delle varie Regioni. Infatti, essendo loro le prime responsabili politicamente ed economicamente, influenzano fortemente l'efficienza dei SSR. Un dato che ci permette di comprendere al meglio questo fenomeno è stato messo in luce dall' "Osservatorio nazionale sulla salute delle regioni italiane"¹⁶ prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS): l'aspettativa di vita al Sud è di 75/76 anni mentre al Nord sono 80. Questa semplice comparazione evidenzia che la maggiore efficienza dei SSR al nord ha generato una maggiore aspettativa di vita dimostrando quindi che in Italia il diritto alla salute non è "distribuito" in egual modo.

¹⁶ <https://www.osservatoriosullasalute.it/>

Proposta

Diviene fondamentale porre delle azioni politiche adeguate al fine di ribilanciare lo squilibrio precedentemente illustrato.

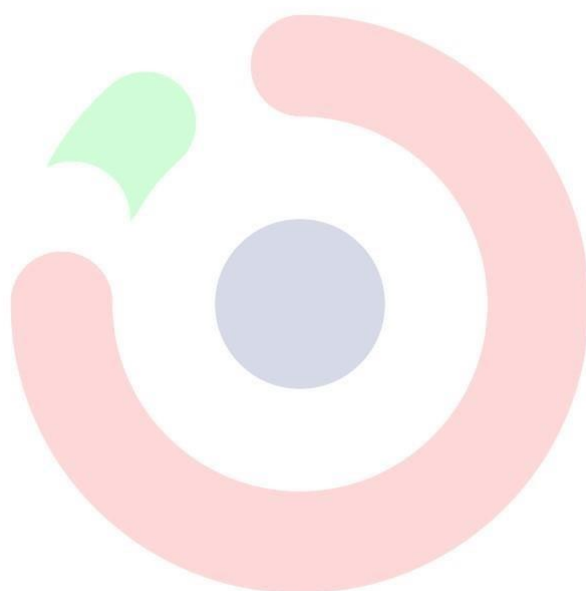
Si propone che venga concordato con le Regioni di implementare all'interno di esse il sistema *Hub & Spoke*, già presente in alcune Regioni. Tale modello prevede che la produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera avvenga secondo il principio delle reti cliniche integrate, ovvero, la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (HUB). L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (SPOKE).

A questo modello si potrebbe implementare una RETE di HUB, vale a dire la creazione di connessioni permanenti tra i diversi HUB per specialità (che quindi verrebbero distribuiti su tutto il territorio nazionale) e permetterebbe, anche con l'ausilio della telemedicina e delle ultime innovazioni tecnologiche, un riequilibrio della qualità delle prestazioni tramite la diffusione di esperienze e competenze all'interno della rete creata.

Ancora, in altri paesi europei sono stati introdotti i così detti "*advisory groups*" costituiti da pazienti esperti, capaci di relazionarsi con le istituzioni. «Il 'paziente esperto' è una figura nata di recente e si riferisce a quel cittadino che decide di diventare da semplice 'passeggero' a 'co-pilota' per dialogare più da vicino con gli enti decisionali e avere parte attiva nell'ambito della sperimentazione clinica, aderenza ai trattamenti e rappresentatività dei risultati.»

Per una sanità più efficace è necessario che tutte le parti coinvolte abbiano in egual misura uno spazio d'azione. Il 'paziente esperto' è una figura fondamentale, in quanto, «portando il peso di una malattia, può portare delle evidenze legate al proprio punto di vista che è diverso da quello dei clinici, e interloquire quindi con le istituzioni per entrare nel merito di decreti, di provvedimenti, dei *trials* e di tutte le materie di cui si occupa la sanità. Quello del paziente è un punto di vista essenziale per fare le scelte giuste».

Tale figura offre la possibilità a tutti i cittadini di essere rappresentati con competenza ed è essenziale per il funzionamento ottimale del Sistema Sanitario Nazionale.¹⁷



¹⁷ <https://www.sanitainformazione.it/salute/paziente-esperto-petrangolini-patient-advocacy-lab-cittadino-ecaregiver-portano-un-contributo-fondamentale-per-efficacia-sistema/>

CASE FARMACEUTICHE E COMPETIZIONE

Analisi

A livello europeo, il quinto settore industriale per importanza innovativa e occupazionale è rappresentato da quello farmaceutico. Fortemente dinamica e caratterizzata da un'elevata competizione, l'industria farmaceutica – per la duplice natura del prodotto che realizza (industriale e strumento terapeutico) – è parte integrante del Sistema Sanitario Nazionale, nonché indicativa della crescita economica di un Paese.

Dalla «Relazione pubblica 2018» di Farmaindustria¹, si evince che l'Italia è diventata il primo produttore di farmaci dell'Unione Europea. Infatti, secondo quanto afferma il presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi «con 31 miliardi di euro, abbiamo superato la Germania e tutti gli altri grandi paesi UE, grazie a una produzione di qualità che ha saputo calamitare nuovi investimenti e grazie all'orientamento all'esportazione delle nostre imprese» e, continua, «nel 2017 abbiamo investito complessivamente 2,8 miliardi: uno e mezzo in Ricerca e un miliardo e trecento milioni in impianti produttivi, un valore aumentato del 20% in cinque anni. Siamo tra i primi tre settori manifatturieri per investimenti nella ricerca e il primo in assoluto in rapporto agli addetti».

Ad oggi, la farmaceutica rappresenta il 55% dell'export hi-tech dell'intero Paese. «Il costante aumento della produzione e dell'export porta con sé l'aumento dell'occupazione. Negli ultimi due anni l'industria farmaceutica è il settore italiano che, tra quelli dell'industria manifatturiera, ha aumentato di più i propri addetti: 4,5% rispetto all'1,3% della media. Nel 2017 gli addetti farmaceutici sono stati 65.400, il 93% dei quali con contratto a tempo indeterminato. Sono 1.000 in più rispetto all'anno precedente, grazie a oltre 6.000 nuovi assunti all'anno dal 2014 al 2017»¹.

L'attività regolatoria dei farmaci in territorio nazionale è affidata all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e svolge tutte le attività che vanno «dalla registrazione e autorizzazione

all'immissione in commercio al controllo delle officine produttive e della qualità di fabbricazione; dalla verifica della sicurezza e appropriatezza d'uso alla negoziazione del prezzo, dall'attribuzione della fascia di rimborsabilità alle attività di *Health Technology Assessment* (HTA). L'AIFA gestisce, inoltre, la spesa farmaceutica, in collaborazione con le Regioni e l'industria, perseguendo l'equilibrio economico nell'ambito del tetto di spesa stabilito annualmente dallo Stato.

Data la mancanza di una normativa che tuteli la competizione nel settore farmaceutico, fatta eccezione per la legge 287/90 che tutela la concorrenza e il mercato in ogni ambito, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM) *«is responsible for investigating and monitoring compliance with general competition law across all sectors (including pharmaceutical). Anticompetitive agreements, abuse of dominance and domestic merger control fall under the AGCM's jurisdiction. Neither AIFA nor other sector authorities have any overlapping competences in that regard»*².

Proposta

Lo Stato deve farsi continuatore dell'eccellenza del settore farmaceutico italiano «con finanziamenti adeguati, meccanismi più moderni di gestione della spesa, [...] la tutela del brevetto e del marchio, l'accesso ai nuovi farmaci rapido ed omogeneo su tutto il territorio, per assicurare a tutti i cittadini il diritto alle cure migliori, ovunque essi vivano»¹.

Punto di partenza per attrarre sempre nuovi investimenti e vincere la competizione internazionale sulle risorse finanziarie delle imprese, potrebbero essere alcuni punti presentati dall'OECD³, di seguito riportati:

- «L'entrata dei farmaci generici può incrementare la competizione del mercato farmaceutico offrendo una maggior scelta e abbassando il costo dei farmaci a vantaggio della salute dei consumatori e dei Governi. Nello stesso tempo, l'innovazione del settore

farmaceutico dovrebbe essere sostenuta, specialmente permettendo agli innovatori di ottenere i diritti di proprietà intellettuale del loro prodotto».

- «I Governi possono promuovere la competizione generica attraverso vari espedienti, come procedure di rimborso, obblighi di sostituzione basati sugli ingredienti o licenze obbligatorie».
- «Le misure normative quali le procedure di registrazione e i limiti sostitutivi possono avere effetti restrittivi sulla concorrenza».
- «Per affrontare queste restrizioni, le autorità garanti della concorrenza utilizzano strumenti di *advocacy*, sollecitando l'eliminazione delle barriere all'ingresso. La cooperazione tra le autorità della concorrenza e altre agenzie (ad esempio uffici IP o autorità sanitarie) può anche fornire utili sinergie verso politiche di concorrenza efficaci nel settore farmaceutico».

Altri punti su cui si potrebbe lavorare sono i seguenti:

- Incentivare gli investimenti nell'ambito della ricerca in modo più aggressivo (es. *tax credit* in Francia), laddove la ricerca è fondamentale in un'industria dove dura tanto e costa tanto.
- La creazione di più fondi, con taglie importanti e adeguate al settore, con target biotech e *medtech*, con team con le adeguate capacità ed esperienze.
- La partecipazione degli attori locali, quali gruppi farmaceutici e *medtech*, all'attività di investimento (*corporate venture capital*, diretto o indiretto) dovrebbe essere fortemente spinta, anche attraverso vantaggi fiscali.

In particolare, il sostegno dello stato italiano alle *start-up Life Sciences* presenta delle gravi lacune. Cosa potrebbe essere migliorato dal punto di vista finanziamenti nell'ottica di favorire le giovani imprese innovative attive in questo settore?

La ricerca e la produzione in questo campo sono portati avanti da leader locali come Menarini, Chiesi, Zambon, Dompé e Angelini, ma anche da grandi gruppi stranieri come GSK, Novartis e Amgen e la Toscana, in particolare, è una delle regioni Europee più avanzate nel settore delle scienze della vita.

La situazione, però, diventa ben diversa quando si parla di *start-up*. Le piccole realtà innovative del *Life Sciences* non riescono infatti ad attrarre finanziamenti altrettanto importanti che, con ogni probabilità, andrebbero a creare innovazione, nuove terapie per i pazienti e nuovi posti di lavoro.

Da settembre 2017 ad agosto 2018 gli investimenti in *start-up* italiane del settore del *Life Sciences* hanno raggiunto quota 128,4 milioni di euro⁴.

«La situazione italiana necessita di ulteriori sforzi, anche in ragione dell'eccellenza dell'industria italiana del settore. Infatti, in Gran Bretagna gli investimenti in startup del *Life Sciences* ammontavano a 654 milioni nel 2016. Seguono poi, sempre per l'anno 2016, la Svizzera con 462 milioni e la Francia con 291. L'Italia, seppur forte della sua situazione di crescita, non compare neppure nelle prime cinque posizioni. Questa situazione risulta ancor più inspiegabile se si pensa al successo di *start-up* italiane come Intercept (IPO su Nasdaq, valutata 3.5 miliardi di dollari), Okairos (acquisita da GSK per 325 milioni di dollari), EOS (acquisita da Clovis per 400 milioni di dollari), Silicon Biosystems (acquisita da Menarini), Newron, Cephea e Invatec. Questi ultimi esempi sono riusciti, tuttavia, ad ottenere il loro successo solo grazie a finanziamenti da parte di VC esteri.»⁴

Il modello francese, visti i risultati, potrebbe prestarsi come paradigma da emulare nell'investimento delle *start-up*: soldi pubblici per incentivare l'ecosistema dell'innovazione.

Altro fattore con cui il settore farmaceutico non può esimersi dal confrontarsi è la rivoluzione tecnologica 4.0. Quella che gli esperti definiscono "la quarta rivoluzione industriale" le cui parole chiave sono big data, informazioni e internet diffuso.

«La sanità, l'industria farmaceutica e tutta la filiera sono e saranno sempre più influenzate dalla quarta rivoluzione industriale. L'allungamento della vita media e la necessità di convivere con malattie croniche si accompagnano a due fattori determinanti. Da un lato contenere la spesa e dall'altro gestire il fenomeno definito *“silver is gold”*, ovvero la presenza di generazioni di persone (i nati dagli anni 60 in poi) che hanno una sempre maggiore familiarità con i *digital devices* e che saranno i pazienti del prossimo futuro – afferma Stefano Novaresi, Senior Consultant presso un gruppo leader nell'automazione e uno dei massimi esperti in materia di 4.0 -. La farmaceutica rappresenta mediamente solo il 15% della spesa sanitaria, la sfida principale è ridurre le ospedalizzazioni non necessarie, il vero costo. In tal senso, il cambio di paradigma che deve vedere il paziente al centro è supportato dal 4.0, dove il combinarsi di nuove tecnologie con lo sviluppo di una sensoristica sofisticata e miniaturizzata consente di affrontare in modo nuovo sia la diagnostica che la terapia stessa. [...] Un problema che, grazie alle nuove tecnologie e alla sempre più rapida elaborazione delle informazioni, è già possibile risolvere, rendendo i protocolli di cura più efficaci»⁴.

La filiera farmaceutica italiana dovrà affrontare numerose sfide, tra cui le nuove regole per la conservazione e il trasporto dei medicinali e la serializzazione delle singole confezioni dei farmaci, previste dalla Direttiva europea 2011/62/UE, a cui sarà necessario adeguarsi entro la fine del 2018.

«In Europa la nuova normativa imporrà che tutte le confezioni siano marcate con un codice a barre univoco che mostri il produttore, il lotto, la data di scadenza e tutti i passaggi compiuti dal farmaco – afferma Dallari, autore di un recente studio dedicato alla filiera farmaceutica e al 4.0 -. Questo permetterà una tracciabilità totale. Fino al paziente che potrà comunicare al medico, tramite un'applicazione e inviando il codice a barre, qual è la confezione che ha in casa. In questo modo, il medico sarà in grado di controllare l'andamento e l'aderenza alla terapia e sapere quando prescrivergliene un'altra. Un elemento che, di fatto, aprirà le porte a un sistema

di riordino automatico dei medicinali da parte delle farmacie. La serializzazione è stata introdotta proprio per controllare il percorso dei farmaci, combattendo così anche i traffici illeciti».

Per il mondo farmaceutico il 4.0 significa informatica al servizio della qualità del prodotto e del paziente, ma anche rivoluzione a livello distributivo. Secondo recenti studi, «tra qualche anno tutte quelle farmacie con volumi tali da poter interagire direttamente con le aziende sorpasseranno i grossisti che, a loro volta, apriranno delle catene di farmacie. Ciò significa che le cooperative di piccoli farmacisti spariranno. Non vedremo più una farmacia ogni 3.200 abitanti, ma grandi catene che controlleranno la vendita di 200 o più farmaci (scenario che necessiterà, nel caso, di una revisione del quadro normativo)»⁵.

Ciò che si sta verificando è un mutamento delle professioni e delle competenze. Il 4.0 porta a una rivoluzione in ambito professionale e alla nascita di nuovi ruoli.

La sfida del futuro sono gli investimenti, perché, nonostante l'eccellenza del settore, «è facile rimanere indietro» in una corsa che prevede un aggiornamento tecnologico costante. «La sfida oggi è portare tutto il sistema allo stesso livello, cioè che tutti arrivino allo stesso standard 4.0» citando Giorgio Bruno, vicepresidente AFI⁶.

Infine, non bisogna dimenticare la figura del paziente, il quale, oggi, fatica a scrollarsi di dosso la figura di *end user*. Nonostante ciò, qualcosa sembra muoversi nella giusta direzione.

L'AIFA ha recentemente deciso di istituire un tavolo permanente di consultazione con le associazioni dei pazienti all'interno di Open AIFA, dove si intende privilegiare il coinvolgimento attivo di tutti i cittadini e pazienti riservandogli uno spazio esclusivo⁷, Tale dialogo rappresenta «un contributo prezioso per l'attività regolatoria, perché portatore di esperienze reali e competenze che miglioreranno il raggiungimento dell'obiettivo primario che per l'AIFA è la promozione e tutela della salute dei cittadini.»

Recentemente è stato anche presentato il 1° corso EUPATI, un progetto nato nel 2012 su iniziativa di IMI, con lo scopo di formare i pazienti e di coinvolgerli attivamente nel processo di Ricerca e Sviluppo dei Farmaci. Tale strumento consente ai pazienti di ottenere una formazione di alto livello al fine di collaborare con le agenzie regolatorie, le istituzioni, gli enti di ricerca e le aziende farmaceutiche.

«Gli obiettivi del corso EUPATI sono:

- Migliorare l'accesso per i pazienti e i loro rappresentanti alle informazioni nell'ambito del processo di Sviluppo e Ricerca dei Farmaci.
- Migliorare la capacità dei Pazienti di trasmettere la formazione all'interno delle loro organizzazioni.
- Facilitare il dialogo alla pari del paziente con l'industria, l'accademia, le autorità e i comitati etici, assicurando una sana partnership tra pazienti e parti interessate nella ricerca e sviluppo, promuovendo l'accessibilità e la sicurezza.»⁸

La riconciliazione farmacologica passa attraverso un dialogo attivo tra MMG, medici specialisti, Farmacisti e pazienti/*caregiver*.

Bisogna perseguire la strada del confronto e della collaborazione tra i vari attori sociali, per poter integrare le lacune ancora presenti e rimettere al centro colui che davvero conta: il paziente.

.....

¹ Relazione del Presidente, Massimo Scaccabarozzi, Assemblea Pubblica Farmindustria,

Documento pdf. <https://www.farmindustria.it/app/uploads/2018/06/RelazionePubblica2018xsito.pdf>

² M. GINER ASINS, Y. ANSELIN (a cura di). *Pharmaceutical Antitrust 2017*, 2017, Norton Rose Fulbright LLP

³<http://www.oecd.org/competition/generic-pharmaceuticals-competition.htm>

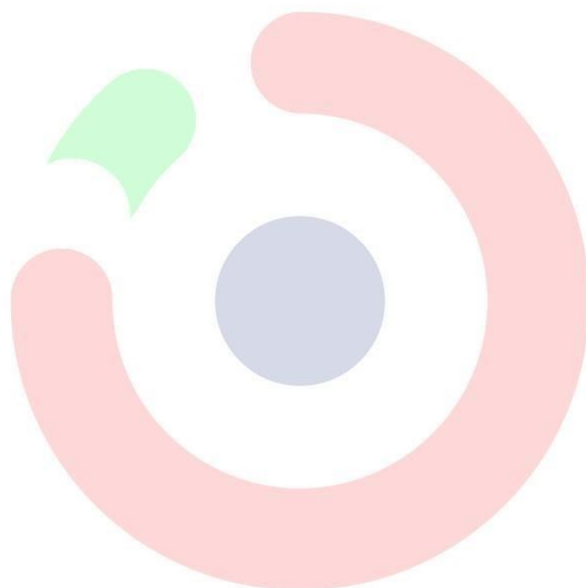
⁴<https://www.economyup.it/life-science/life-science-litalia-e-il-primo-produttore-difarmaci-nella-ue-mainveste-ancora-poco-sulle-startup/>

⁵<http://nuvola.corriere.it/2017/07/23/industria-4-0-quali-sfide-per-la-farmaceutica/>

⁶http://www.ansa.it/industry_4_0/notizie/news/2018/05/08/dompe-4.0-e-un-obbligo-peril-settore_6caf70ef-511b-44c8-bbd0-aeb605b2a847.html

⁷ <https://www.aiom.it/istituzionali/aifa-istituisce-un-tavolo-permanente-per-i-pazienti/>

⁸ <https://www.osservatoriomalattie.it/attualita/14202-paziente-esperto-al-via-il-1-corso-eupati-in-linguaitaliana>



COORDINAMENTO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE, SCELTA E ROTAZIONE DELLE FIGURE DIRIGENZIALI

Analisi

A 40 anni dalla riforma sanitaria, del 23/12/1978, legge n° 833, qual è lo stato di salute del Nostro Sistema Sanitario?

La riforma del 1978 si era resa necessaria per articolare il diritto alla salute a tutti i cittadini. Fino ad allora esistevano le così dette “mutue”, forme di copertura assistenziale definite dall’ambito lavorativo. Più denaro affluiva nella casse delle mutue, maggiore era il loro grado di solvibilità. Un cittadino che apparteneva ad una cassa mutua più povera poteva soffrire di un ridotto grado di disponibilità economica. Coloro che, invece, risultavano disoccupati, erano posti al di fuori della copertura sanitaria.

Tali condizioni portarono alla conclusione di dover rendere pubblico il diritto alla salute, fu così che, nel 1978, venne istituito il Servizio Sanitario Nazionale.

La legge emanata garantiva il diritto di cura a tutte le persone, di ogni ceto, promuovendo in ogni ambito il meglio delle prestazioni da erogare, ma questa universalità sancita si può dire ancora garantita?

Indiscutibile è il diritto di poter scegliere tra strutture pubbliche e strutture private da parte di ciascun paziente, ciò che non deve essere negato è l’universalità del diritto di salute rivolto anche alle persone meno abbienti.

«La sanità privata va considerata come un settore parallelo alla sanità pubblica, in quanto alleggerisce il sistema pubblico da una serie di aggravii dei costi che altrimenti renderebbero maggiormente insostenibili gli stessi. Le tempistiche dilatate delle prestazioni del sistema sanitario sono il sintomo dello stato di salute dell’organizzazione sanitaria: maggiore è lo stato di sofferenza dell’Ente pubblico, maggiore è la disfunzione nelle prestazioni da erogare»¹.

Ciò che deve essere posto in evidenza è il conflitto di interessi che può scatenare una sanità privata in regime di convenzione. Il sistema sanitario nazionale regionale viene privato del contributo di professionisti che optano per il sistema privato, il quale garantisce introiti economici insostenibili per lo Stato e le Regioni. L'impoverimento delle strutture pubbliche risulta, inoltre, aggravato dal processo negativo che tale sistema innesca, non solo in termini di professionisti, ma anche in termini logistici.

L'aziendalizzazione delle strutture pubbliche ha condotto ad un deterioramento della qualità delle prestazioni offerte; fatte le dovute eccezioni; ad esempio, le piccole aziende private che offrono servizi sanitari, per poter sopravvivere, hanno necessità di ripartire, in modo non equo, i costi prestazionali; garantire esami diagnostici ad un prezzo più basso del ticket sanitario può significare risparmiare sui costi del personale o utilizzare macchinari obsoleti che ne rendono difficoltosa l'interpretazione degli esami.

Invece di una *governance* più partecipata, i medici e gli operatori sanitari, secondo Costantino Troise, già presidente di Anaa Assomed: «si sono trovati a sprofondare in un assetto che ben presto ha smarrito il senso etico di azienda speciale, ove sono stati assimilati a “macchine banali”, solo uno dei tanti elementi del ciclo di produzione. Ha prevalso la logica di chi ha visto nell'aziendalismo uno strumento di mero controllo dei costi, un altare sul quale sacrificare meriti e talenti, con un'accentuazione tanto più marcata quanto più la crisi economica e il definanziamento della sanità hanno iniziato a segnare i primi colpi»².

«Il sistema pubblico dell'assistenza sanitaria in Italia è strategico e non deve essere smantellato da processi distorsivi che vedono nel privato e nelle assicurazioni private una sua lenta sostituzione» ha dichiarato il Presidente nazionale del Sindacato Medici Italiani (SMI), Ludovico Abbaticchio, in una lettera aperta al Ministro della Salute³.

Altro nodo da dover sciogliere è la figura del medico-dirigente. Con il processo di aziendalizzazione si è affermato il modello dell'uomo solo al comando, il direttore generale, vera

e propria figura di “governatore” eletto dalla Giunta regionale, in base all’art.189, responsabile della strategia aziendale e di tutte le funzioni d’organizzazione, di gestione, e di verifica fino alla selezione del *management* intermedio professionale. Un compito inadatto per chi ha prestato il giuramento di Ippocrate. E i risultati si riscontrano nella realtà quotidiana: chiudere i bilanci quanto più possibile vicino al pareggio, sembra essere il mandato principale di chi non ha particolari responsabilità politiche di lunga durata nei confronti del territorio che va ad amministrare. Lo scopo ultimo: tagliare tutto quello che risulta essere troppo dispendioso, compresi i diritti.

«Di quelle scelte, il dirigente, non deve rispondere a nessuno, se non al potere politico che l’aveva nominato. Anche i diversi tentativi di cambiare i criteri di nomina dei direttori di struttura complessa non sono riusciti a sradicare il mito della scelta in base al “rapporto fiduciario”, laddove si tratta con tutta evidenza di selezionare competenze professionali» ha affermato sempre Costantino Troise, già segretario nazionale dell’Anaa Assomed².

Bisogna ripensare ad un modello di *governance* in funzione della qualità del prodotto e della soddisfazione degli operatori.

Proposta

Una nuova prospettiva per la Sanità italiana: Il Governo clinico

Il concetto di Governo Clinico nasce in Inghilterra alla fine degli anni '90 e tuttora rappresenta un tema sul quale studiosi e organizzazioni stanno lavorando, integrandolo con idee e riflessioni sul tema della qualità.

Il primo punto di questo nuovo sistema è segnato dal documento dell’Oms “*The principles of quality assurance*” del 1983 che divide la qualità in quattro aspetti principali: qualità tecnica dei professionisti, uso delle risorse – efficienza, gestione del rischio, soddisfazione dei pazienti.

Il governo clinico definito da Donaldson è quel sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di *performance* assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica (nel documento "*A First Class Service: Quality in the new Nhs*"). Secondo D.B. Freedman, invece, il governo clinico può essere considerato come un cambiamento generale della cultura del sistema che fornisce i mezzi per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza sostenibile, responsabile, centrato sui pazienti e di qualità⁴.

Le dimensioni *clinical governance*

La politica di attuazione del governo clinico richiede un approccio sistematico, realizzata tramite l'integrazione di alcuni punti cardini.

- Riqualficazione e aggiornamento continuo del personale (sistema di Formazione Continua Ecm, che vede in genere dedicato l'utilizzo di risorse pari all'1% delle spese per il personale);
- Gestione del rischio clinico;
- Medicina e assistenza basata sull'evidenza (Ebm, Ebhc, Ebn, Ebo ecc..) connessa alla ricerca e sviluppo;
- Creazione di linee guida cliniche e percorsi assistenziali, audit clinici, gestione dei reclami e dei contenziosi (sistema Urp), comunicazione e gestione della documentazione, verifica degli esiti.

Il tutto richiede necessariamente una stretta collaborazione multidisciplinare, con il coinvolgimento dei pazienti e la valutazione del personale. «Solo in un contesto organizzativo dipartimentale si può avere la realizzazione delle attività di governo clinico e di tutte le sue estensioni. Il dipartimento prevede infatti il coordinamento dell'atto medico teso a gestire

l'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituisce l'ambito privilegiato per assicurare la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.»

Il sistema di Formazione continua ECM

Il programma nazionale di ECM prende il via nel 2002, in base al dlgs 502/1992 integrato dal dlgs 229/1999, che hanno istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità. È un sistema di aggiornamento con il quale il professionista si aggiorna per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze organizzative e operative del servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale

Tutti coloro che lavorano nell'ambito sanitario hanno l'obbligo morale di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze, aggiornate, per offrire una assistenza qualitativamente utile. Dal 1° gennaio 2008 la gestione amministrativa del programma di ECM e il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua sono competenze trasferite dal Ministero della Salute all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS). Tutto il personale sanitario operante nel privato e nel pubblico è obbligato all'aggiornamento continuo tramite il conseguimento di crediti formativi nel triennio. ECM rappresenta uno strumento indispensabile il cui fine ultimo è quello di portare dei miglioramenti a livello di conoscenza e competenza, affinché sia garantito un elevato livello di qualità delle prestazioni sanitarie.

Gestione del rischio clinico

La gestione del rischio clinico indica l'insieme di attività mirate a identificare, valutare ed eliminare i rischi attuali e potenziali all'interno delle strutture sanitarie al fine di assicurare qualità e sicurezza alle prestazioni assistenziali. La prevenzione dell'errore costituisce uno dei temi più impegnativi per le aziende sanitarie. Il documento "*To err is Human*", pubblicato nel 1999 dall'*Institute of Medicine*, mette in evidenza una preoccupante incidenza di eventi avversi nella pratica clinica (da recenti studi del 2014 si è venuto a conoscenza di esistenza 66 eventi avversi/anno in ogni struttura sanitaria) ed ha posto l'accento sulla necessità per le strutture sanitarie di predisporre iniziative finalizzate a ridurre la possibilità di errore e a innalzare il livello di sicurezza delle cure.

L'azienda sanitaria deve sviluppare un approccio proattivo al *risk management* concretizzato all'adozione di una serie di procedure e percorsi diagnostico terapeutici volti a migliorare la gestione del paziente. Inoltre, possono sviluppare collaborazioni con la *Joint commission international* per lo sviluppo e l'applicazione di una metodologia di analisi e valutazione dei rischi.

«Bisogna attuare piani multidisciplinari che portino a un forte cambiamento culturale, che generi una visione di necessità di imparare dagli errori, e non volta alla ricerca del colpevole, bensì rivolta alle cause che hanno generato gli stessi. I fattori individuali hanno un peso importante nella pratica clinica, ma spesso altre componenti, insite nell'organizzazione, determinano il verificarsi dell'errore.»⁴

Solo il 15% degli errori è generato da cause da attribuire al singolo professionista, mentre l'85% si registra in seguito a carenze strutturali – organizzative quali difficoltà nel lavoro di squadra, scarsa o inesistente comunicazione, eccessivo carico di lavoro, attrezzature tecnologiche obsolete. Altri strumenti di cui gode la gestione del rischio sono la condivisione delle procedure con linee guida di applicazione, emanazione di *care bundle*, informazione – formazione degli

operatori, la consapevolezza di non essere infallibili da parte dei professionisti, analisi di reclami e degli errori stessi, la revisione delle procedure, la registrazione e la valutazione degli scostamenti dagli standard (*audit clinico*, ovvero quello strumento che consente di migliorare la qualità dell'assistenza al paziente e gli esiti, attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi e la realizzazione del cambiamento), cultura alla prevenzione degli errori.

Ricerca e sviluppo

Per ricerca si esprime il concetto di valutazione di quanto già esiste e di creazione di nuova conoscenza, mentre con lo sviluppo si intende le modalità di incrementare il livello delle prestazioni sanitarie e gli *outcomes*, attraverso l'applicazione dei risultati ottenuti dalla ricerca. In un sistema di governo clinico, è importante introdurre la ricerca nella pratica clinica e diffondere pratiche innovative. Il trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica clinica e la valutazione dell'impatto delle innovazioni pone, nell'ambito del governo clinico, il problema del governo delle innovazioni (*technology assessment*). «La medicina moderna, caratterizzata da elevata complessità tecnologica, impone professionalità competenti e contesti organizzativi adeguati. L'introduzione di nuove tecnologie richiede, infatti, la presenza di conoscenze, di regole tecniche, organizzative ed economiche con valutazione di costi e benefici intesi come risultati clinici.»⁴

Linee-guida cliniche e percorsi diagnostico-terapeutici

Definite dall'*Institute of Medicine* come raccomandazioni, rappresentano uno strumento del governo clinico in quanto promuovono la buona pratica clinica, nonché tendono a garantire un approccio multidisciplinare e collaborazione interprofessionale, il tutto con il fine teso al miglioramento continuo della qualità.

I diversi livelli di qualità di raccomandazioni delle linee guida:

- Basato su studi randomizzati controllati o *systematic reviews*
- Basato su “robusti” studi sperimentali o studi osservazionali
- Basato sul consenso e l’opinione di esperti a livello nazionale
- Basato sul consenso e l’opinione di esperti a livello locale

«Le linee guida devono contenere chiare indicazioni dell’obiettivo, della popolazione target e del contesto clinico necessario per la loro applicazione, chiare indicazioni su chi le ha formulate con appropriata rappresentazione delle diverse discipline coinvolte nel gruppo tecnico di lavoro, le metodologie di come l’evidenza è stata ricercata e valutata e su come le indicazioni sono state formulate dal gruppo di lavoro, il livello di evidenza a supporto delle raccomandazioni, e su quali tempi di aggiornamento sono previsti. Devono infine contenere considerazioni di tipo costo-efficacia e dell’efficacia clinica delle raccomandazioni.»⁵

Altro punto cardine del Governo clinico è rappresentato dai percorsi assistenziali o percorsi assistenziali integrati, che delineano il processo di assistenza per una particolare condizione dall’ammissione sino alla dimissione.

Gestione dei reclami e dei contenziosi e coinvolgimento dei pazienti

«Le informazioni derivanti dalla gestione dei reclami e dei contenziosi costituiscono di per sé indicatori di qualità dell’organizzazione sanitaria, seppur in maniera surrogata e con tutti i relativi limiti; in tal senso il sistema deve assicurare ai cittadini un’agevole accessibilità e la semplificazione delle procedure per i reclami. Una visione moderna della sanità non può prescindere dal coinvolgimento dei vari stakeholders (soggetti interessati alla attività e all’andamento dell’azienda) e soprattutto dei pazienti.»⁵

Ruolo primario nel governo clinico è ricoperto dai dirigenti delle aziende sanitarie.

Dal direttore di dipartimento deve essere assicurata una *vision*, condivisa con il personale che delinea lo sviluppo verso cui l'organizzazione tende in un determinato periodo, compatibilmente con la programmazione aziendale. Nella prospettiva di assicurare gli obiettivi di performance stabiliti (sia di esito che di produttività ed impatto sociale) possono essere scelti ed applicati gli strumenti del governo clinico. Il personale deve essere valorizzato e coinvolto nelle scelte cliniche ed organizzative (progettazione, gestione, valutazione), informato, devono essere predisposti e progettati percorsi di carriera, valutare e dare riscontri alle performance, deve essere loro garantita la possibilità di formazione continua mirata sia interna all'azienda che esterna, la formazione deve abbracciare tutti i campi spaziando dalla specialistica alla relazionale e organizzativa

Inoltre, un'azienda sanitaria deve ottemperare all'obbligo di programmazione e *budgeting*, di *knowledge management*. Tale compito non dovrebbe essere assegnato al medico-dirigente eletto, bensì, sarebbe opportuno affiancare alla figura del dirigente quella di un esperto in ambito economico che possa collaborare in modo sinergico con il dirigente, affinché i bisogni primari dei pazienti, che dovrebbero essere sempre al centro dell'interesse del mondo sanitario, non vengano surclassati dagli interessi economici.

Il governo clinico è quel sistema che coinvolgendo tutti coloro che ruotano intorno alla sanità (professionisti, aziende erogatrici dei servizi e cittadini) riesce ad avere una costante e sistematica visione globale della realtà del sistema sanitario.

Il paziente deve essere partner e attore al fianco dei professionisti, nella valutazione delle tecnologie, della formazione e della *governance*, partecipa al tavolo di programmazione e di progettazione dei servizi della salute. Questa potrebbe essere una delle possibili soluzioni, se attuata in modo consapevole, per dare vita a quel cambiamento tanto auspicato in ambito sanitario.

.....

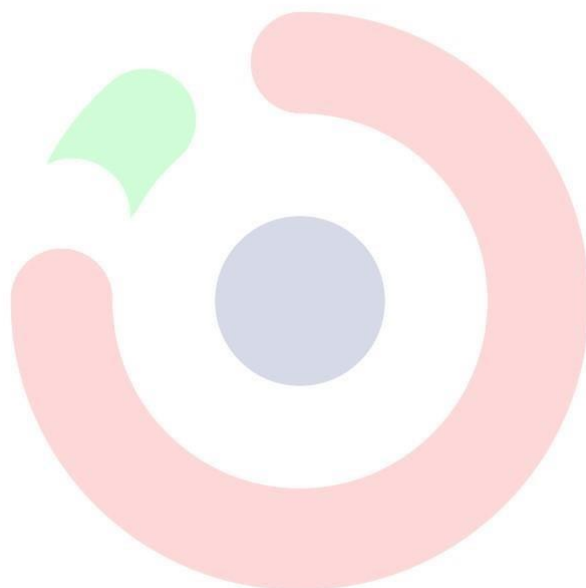
¹<https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-areaforense/governoclinico-dalla-comunicazione-agli-outcomes.html>

²http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=8001

³<http://www.sindacatomedicaliani.org/2018/08/06/239/>

⁴<https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-areaforense/governoclinico-come-strumento-per-il-cambiamento-in-sanita.html>

⁵http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_232_listaFile_itemName_0_file.pdf



SOSTENIBILITÀ ECONOMICA DEL SSN NEI TEMPI FUTURI

Analisi

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) al compimento dei suoi primi 40 anni si trova ad un bivio: preservare la più grande conquista dei cittadini italiani, oppure governare la transizione ad un sistema misto a discapito dell'universalismo ed equità che da sempre lo contraddistinguono.

Secondo il 3° rapporto della Fondazione GIMBE¹⁸, la spesa sanitaria al 2016 ammontava a 157,613 miliardi di euro e, in particolare, 112,182 miliardi provenivano dalla spesa pubblica e 45,431 miliardi dalla spesa privata (€39,830 miliardi di spesa a carico delle famiglie). Nel periodo 2017-2025, considerando l'andamento delle politiche sanitarie degli ultimi anni, è stato stimato un incremento della spesa sanitaria fino a €184 miliardi mentre il fabbisogno stimato si aggira intorno ai €220 miliardi, non considerando le risorse da destinare agli investimenti in edilizia sanitaria. Il fabbisogno tiene conto di vari fattori: sottostima dell'impatto economico dei nuovi LEA, necessità assoluta di rilanciare le politiche per il personale sanitario e inderogabile *turn-over* generazionale, invecchiamento della popolazione, rinuncia a prestazioni sanitarie, prossima immissione sul mercato di innovazioni farmacologiche molto onerose, necessità di continuo ammodernamento tecnologico.

La prospettiva di accresciute spese per finanziare le maggiori esigenze si scontra con un progressivo definanziamento pubblico. Dal 2010 al 2017 il finanziamento pubblico è cresciuto in media del 1% contro un tasso d'inflazione con una media annua pari al 1,19%, inoltre una serie di azioni politiche, partite dal 2012 e continuate fino ad oggi, hanno portato ad una diminuzione progressiva del rapporto spesa sanitaria/PIL dal 7,1% del 2012 al 6,7% del 2017 per attestarsi in previsione al 6,3% nel 2020. Il definanziamento pubblico emerge pienamente

¹⁸ [http://www.rapportogimbe.it/3 Rapporto GIMBE.pdf](http://www.rapportogimbe.it/3_Rapporto_GIMBE.pdf)

guardando alla spesa pubblica pro-capite, infatti i dati dell'Ocse relativi al 2017¹⁹, confermano il *gap* reale in termini di spesa pro-capite ponderata, sia nel pubblico che nel privato. A livello di spesa pubblica la differenza con gli altri Paesi Ocse è di 305 dollari (noi spendiamo 2.622 dollari contro la media di 2.927) collocandoci al 19° posto. La continua riduzione del finanziamento crea una situazione paradossale, infatti in Italia convive una gamma di LEA tra i più vasti (almeno ufficialmente) ed uno dei finanziamenti pubblici tra i più bassi d'Europa.

La riduzione progressiva del finanziamento pubblico associato all'aumento della spesa privata sta portando a considerare l'espansione della seconda come l'unica soluzione per garantire la sostenibilità della sanità pubblica e l'intero sistema del welfare. Questa considerazione ci pone di fronte una scelta epocale: o cercare di mantenere, migliorare, ottimizzare un sistema che è stato la conquista dei cittadini italiani e uno dei modelli mondiali, oppure accettare l'insostenibilità del servizio pubblico e governare una transizione ad un sistema misto in cui il diritto all'uguaglianza e alla salute venga a dipendere dal proprio reddito.

Proposta

Considerando l'evoluzione politica, sociale ed economica avvenuta dal 2010 ad oggi è fondamentale pensare ad un piano per salvaguardare un bene comune come il Servizio Sanitario Nazionale. Bisogna innanzitutto rilanciare il finanziamento pubblico, evitando le continue revisioni al ribasso. Stando a quanto affermato l'11 giugno 2019, dal presidente dell'associazione Gimbe, durante la presentazione del "4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del SSN"²⁰, bisognerebbe "mettere in sicurezza" il fabbisogno sanitario nazionale tramite la

¹⁹ <https://www.oecd.org/italy/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-ITALY-in-Italian.pdf>

²⁰ L'intervento è consultabile al seguente link <https://www.youtube.com/watch?v=llCVjH88rR4&feature=youtu.be>

definizione di una soglia minima del rapporto spesa sanitaria/PIL e un incremento percentuale annuo in termini assoluti (pari almeno al doppio dell'inflazione).

Il SSN, ad oggi, ha bisogno di un rilancio consistente a breve-medio termine. Disinvestire su uno o più dei seguenti sussidi individuali potrebbe essere una strategia.

- Bonus 80 euro: circa € 10.000 milioni/anno
- Reddito di cittadinanza: € 7.100 milioni nel 2019, € 8.055 nel 2020 e € 8.317 milioni dal 2021
- Quota 100: € 3,8 miliardi nel 2019, € 7,8 miliardi nel 2020, € 8,3 miliardi nel 2021 e € 7,8 miliardi nel 2022

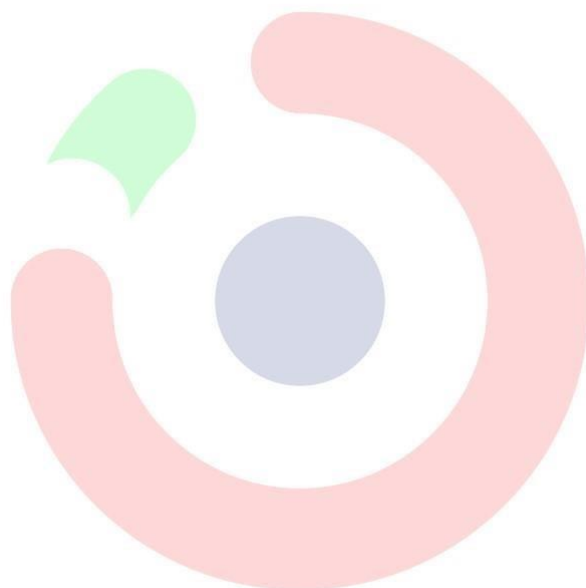
Non bisogna dimenticare che tali sussidi individuali hanno indirettamente contribuito a ridurre la potenzialità delle tutele pubbliche e, favorendoli, si sta rischiando di distruggere lo stato sociale di cui il SSN fa parte.

Inoltre, proponiamo anche altri 10 punti da poter seguire:

- Optare per l'approccio "Salute in tutte le politiche" che attraverso i vari settori e prenda sistematicamente in considerazione le implicazioni delle decisioni sulla salute, che promuova sinergie ed eviti impatti pericolosi per la salute, al fine di migliorare la salute della popolazione e la sua equità²¹.
- Maggiori capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel pieno rispetto delle loro autonomie
- Valorizzare il Sistema Sanitario come fattore di sviluppo per l'economia nazionale, attraverso i rapporti con l'industria (farmaceutica, protesica, ecc.), lo sviluppo di un "turismo sanitario" dagli altri paesi, sviluppo di brevetti grazie alla ricerca.
- Digitalizzazione completa, diffusa, razionale e standardizzata a livello nazionale

²¹ https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf

- Ridisegnare i LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri (cfr. pag. 10)
- Piano nazionale contro gli sprechi in sanità e standardizzazione dei costi a livello nazionale (cfr. pag. 47)
- Riordino legislativo della sanità integrativa
- Programmare adeguatamente il fabbisogno formativo del personale sanitario e medico
- Maggiori finanziamenti alla ricerca clinica e organizzativa, e alla prevenzione e promozione della salute.



FORMAZIONE LIMITATA DEI MEDICI SPECIALISTI E SPECIALIZZANDI

Analisi

Nel corso degli ultimi anni abbiamo assistito ad un costante e massiccio espatrio (le cui cifre fanno pensare ad un vero e proprio esodo) di neolaureati in medicina e chirurgia e di aspiranti specializzandi in ambito medico. Allo stesso tempo, Autorità ed Esperti lanciano l'allarme della cronica mancanza di specialisti, che raggiungerà il suo picco nei prossimi anni.

La formazione teorica delle facoltà di medicina italiane è rinomata, ma non si può dire altrettanto del livello di alcune scuole di specializzazione mediche, soprattutto di tipo chirurgico.

Negli ultimi anni, a fronte di una sostanziale stabilità dei posti disponibili per le scuole di specializzazione e dei contratti di formazione specifica in medicina generale, ed un aumento costante del numero di immatricolati e laureati in medicina e chirurgia, si è creata quello che da più parti è definito “Imbutto formativo”, una condizione per la quale, la sproporzione tra il numero dei medici ed il numero di contratti di formazione post-lauream, di fatto indispensabili per accedere nel Servizio Sanitario Nazionale, determina ogni anno un contingente di giovani medici a cui è preclusa la buona parte degli sbocchi formativi e professionali.

Non poche perplessità ha sollevato la formula della graduatoria nazionale in uso negli ultimi anni.

Ultimamente i paesi di maggior emigrazione degli aspiranti specializzandi e giovani medici sono: Inghilterra, Svizzera, Germania e Danimarca. Già nel 2009, infatti, circa 1.000 giovani medici hanno fatto richiesta al ministero della Salute del certificato di congruità, necessario per esercitare la professione all'estero, e il trend è in ascesa. Dal 2009 al 2012 si è registrato un aumento di queste richieste pari al 40%. Negli ultimi quattro anni sono arrivate al Ministero della Salute circa 5.000 richieste. Nei quattro anni analizzati le richieste di migrazione sono state in totale 4.782. Le stime effettuate dagli esperti del Ministero della Salute per il 2013 sono

state l'apertura di circa 1.600 fascicoli. Il Ministero sottolinea inoltre che nei dati globali *«rientrano anche i neo laureati che pensano di frequentare una scuola di specializzazione all'estero»*. Così recita il Segretariato Italiano Studenti di Medicina, 18 novembre 2014.

Questi dati hanno suscitato vari interrogativi sulla natura dell'espatrio, primo fra tutti il numero insufficiente di posti disponibili per le scuole di specializzazione rispetto al numero dei laureati, il blocco di un ricambio generazionale fisiologico e graduale, cambiamenti nel modello organizzativo che porteranno a una interdisciplinarietà tra i vari settori specialistici e così via.

«Nel 2013 il paese più raggiunto da aspiranti specializzandi italiani è stata la Gran Bretagna, con 12.904 espatri ufficiali. A livello generale, anche il 2013 ha visto crescere l'emigrazione ufficiale italiana verso l'estero: 94.126 i connazionali espatriati, con un incremento del 19,2%. Nel 2013 si sono trasferiti nei Paesi europei 60.066 italiani, il 63,81% sul totale degli espatriati. La Gran Bretagna stacca tutti, seguita dalla Germania (6023 20-40enni, +17%) e dalla Svizzera (5016, +22%). Interessante notare come la Germania attiri la fascia più giovane degli emigranti (3270 i 20-30enni), mentre la Svizzera costituisca un porto di approdo per quella più matura (2667 i 30-40enni). Per quanto riguarda la Chirurgia, in Italia nel 2010 il numero di assunti di ruolo in chirurgia generale ha coperto il 10% del fabbisogno e il 20% in quella specialistica e si calcola che a mancare all'appello saranno circa 34.000 chirurghi nel 2024. L'espatrio diventa una strada sempre più apprezzata fra i giovani esponenti della categoria, poiché, ad esempio, uno specializzando italiano guadagna la metà di un collega inglese.» recita sempre il SISM Foggia in un articolo del 18-11-2014.

I motivi di questo massiccio spostamento dei neolaureati italiani verso mete straniere sono dati non solo dalla prospettiva di una migliore remunerazione a livello economico, ma soprattutto da una modalità di apprendimento focalizzata più sulla pratica che sulla preparazione teorica, soprattutto in ambiti come la Chirurgia.

Non di rado, infatti, capita negli atenei italiani che uno specializzando possa solo osservare gli interventi, senza una reale possibilità di mettere in pratica le sue conoscenze e di acquisire la manualità necessaria per poter operare in tutta tranquillità una volta ottenuto il diploma.

L'impostazione fortemente teorica e verticistica della didattica in alcuni ambiti specialistici spinge sempre più giovani a spostarsi in paesi limitrofi o addirittura oltreoceano.

Proposta

La panoramica sopra illustrata circa le varie modalità di accesso alla scuola di specializzazione in paesi stranieri, aiuta a comprendere la vastità delle metodiche di accesso a un grado di istruzione specialistico. Non sarebbe auspicabile una modalità di selezione acriticamente basata o ispirata unicamente ad un modello straniero, senza una seria e fisiologica contestualizzazione.

Tuttavia, il sistema italiano è suscettibile di miglioramento per quanto concerne il numero dei posti destinati agli specializzandi e soprattutto l'impostazione della didattica. Come illustrato dai dati precedenti, la formazione estera si basa molto più di quella italiana su un approccio pratico in tutte le discipline, specie in quei contesti in cui si deve effettuare un tirocinio postlaurea di durata variabile nel periodo della pre-specialità.

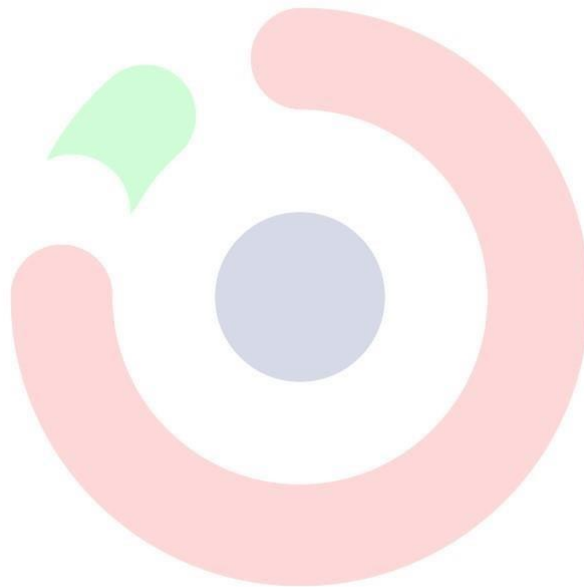
L'eterogeneità dei piani di studio dei vari atenei italiani rende altrettanto eterogenea e variabile la preparazione degli specializzandi, ma nonostante questa varietà il concorso rimane su scala nazionale.

In conclusione, per le modalità di accesso alle scuole di specializzazione in ambito medico sarebbe auspicabile:

- 1) l'aumento della disponibilità dei posti riservati ai neolaureati nelle scuole di specializzazione di ogni ambito. Questo meccanismo consentirebbe un fisiologico

ricambio generazionale tra specialisti senza traumatiche emorragie nel *turnover* del personale sanitario;

- 2) l'aumento dei contratti di formazione specialistica;
- 3) la revisione dei piani di studio in un'ottica di preparazione focalizzata sulla pratica, soprattutto in ambito chirurgico;
- 4) il possibile inserimento di un tirocinio post-laurea di durata variabile a seconda del genere di specializzazione che ci si trova ad affrontare;
- 5) la possibilità di revisionare o di modificare le modalità di accesso tramite concorso nazionale.



----- <http://foggia.sism.org/specializzarsi-all-estero-istruzioni-per-l-uso/>

SENSIBILIZZAZIONE E PREVENZIONE

Analisi

La prevenzione è quell'insieme di attività, azioni ed interventi volti a promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie. Relativamente al diverso tipo e alle finalità perseguibili si hanno tre livelli di prevenzione: Primaria, Secondaria e Terziaria.

La Prevenzione Primaria ha il suo campo d'azione sul soggetto sano e si propone di mantenere le condizioni di salute del paziente, evitando l'insorgenza di malattie. A tale livello di prevenzione troviamo la vaccinazione. Attualmente, in Italia, si ha una copertura vaccinale del 92%, un dato non ottimale rispetto alla soglia minima raccomandata dall'Oms, prevista al 95%, in modo tale da consentire l'immunità di gregge e la conseguente eradicazione della malattia.

Oppure, gli ultimi dati UNICEF presentati alla 22^a conferenza sull'HIV sono alquanto allarmanti, sempre più adolescenti, in particolare le ragazze, vengono infettati dal virus dell'HIV. Sono 130'000 ragazzi fino a 19 anni deceduti per AIDS lo scorso anno, si verificano 30 decessi ogni ora, di cui 20 sono ragazze. Questi numeri vengono alimentati dal sesso precoce, forzato e non protetto o da situazioni di povertà in cui non ci sono servizi di consulenza e/o la possibilità di fare test specifici.

Per quanto riguarda il cancro, invece, la prevenzione è basata sulla conoscenza eziologica del tumore stesso. Uno dei principali fattori di rischio è il fumo di tabacco, che provoca soprattutto tumori localizzati nei polmoni, orofaringe, esofago, rene, pancreas, vescica (dove vengono eliminati i prodotti aromatici), collo dell'utero, ecc. Il tabacco, inoltre, agisce anche dove vi è una predisposizione genetica, determinando instabilità cromosomica. «In Italia si stima che le morti attribuibili al fumo vadano da 70.000 a 83.000 ogni anno. Secondo i dati ISTAT del 2014, i fumatori in Italia sono 10,3 milioni, quasi il 20% della popolazione oltre i 15 anni di età.»²²

²² <https://www.airc.it/cancro/prevenzione-tumore/il-fumo/smettere-di-fumare-si-puo>

Per quanto riguarda la prevenzione del cancro al seno nelle donne è fondamentale lo *screening*, al fine di ottenere una diagnosi precoce per quanto riguarda il tumore mammario. Il cancro al seno è il primo tipo di cancro a colpire il sesso femminile, stando alle stime 1 donna su 8 ne è affetta ed attualmente, in Italia, vivono 767 000 donne che hanno avuto una diagnosi di carcinoma mammario.

Proposta

Laddove le campagne di sensibilizzazioni risultano inefficaci, bisogna partire dalla comunicazione e dall'informazione. L'obiettivo centrale della comunicazione è l'*empowerment* dei cittadini. Il cittadino *empowered* è un soggetto che comprende e sceglie, è un costruttore dei propri stili di vita, un protagonista del proprio benessere in grado di interagire in modo responsabile con il SSN.

In Italia, per ridurre il gap rispetto alla soglia minima raccomandata dall'Oms, riguardo la copertura vaccinale, bisogna cercare di informare il più possibile i cittadini sui benefici dei vaccini. Partendo, per esempio, dagli asili nido e dalle scuole dell'infanzia, organizzando incontri con specialisti in modo tale che possano spiegare ai genitori l'importanza della vaccinazione, per poter sradicare i falsi miti e renderli consapevoli che il non vaccinare i propri bambini non è un pericolo solo per loro, ma anche per quei bambini che non possono essere vaccinati e rischiano la vita.

Una valida strategia di prevenzione è rappresentata dalle Campagne informativo-educative che possono essere realizzate a livello nazionale dal Ministero della Salute e a livello locale da Enti pubblici territoriali e da Organizzazioni non Governative. Al fine di rendere dotta la popolazione su temi di tale importanza, la realizzazione delle Campagne informativo-educative dovrebbe avvenire a cadenze regolari, affinché l'informazione e la comunicazione non sia intermittente, bensì un continuo dialogo con le persone.

L'informazione sull'HIV, e su tutte le malattie sessualmente trasmissibili, potrebbe essere affiancata, per esempio, da corsi di educazione sessuale tenuti da esperti, tra le mura scolastiche, che sappiano affrontare un tema tanto delicato, soprattutto con gli adolescenti, abbattendo tabù e permettendo loro di vivere il più serenamente possibile la propria sessualità. A ciò si potrebbe aggiungere la distribuzione gratuita dei preservativi, in modo tale da incentivarne l'utilizzo tra i giovani.

Per quanto riguarda, invece, le campagne di prevenzione dei tumori, il Ministero della Salute dovrebbe incentivare sempre più programmi di *screening* per la diagnosi precoce del tumore, dato che nelle neoplasie è fondamentale la stadiazione. Ad esempio, per il tumore mammario la media della sopravvivenza è dell'87% ma varia in base alla stadiazione, si passa dal primo stadio in cui la sopravvivenza è al 99% fino ad arrivare al quarto stadio in cui la sopravvivenza è del 30%.

Una politica focalizzata sulla sensibilizzazione e sulla prevenzione è di fondamentale importanza per la tutela della salute del cittadino.²³

²³ <http://www.rssp.salute.gov.it>

COSTI E SPERPERI NELLE SPESE SANITARIE REGIONALI

Analisi

Secondo il Terzo Rapporto sulla Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale della Fondazione GIMBE, presentato il 5 Giugno 2018, la spesa sanitaria del 2016; ultimo anno per il quale sono disponibili i dati utili, ammonta a €157,613. Di questi sono stati spesi:

-€112,182 miliardi di spesa pubblica

-€45,431 miliardi di spesa privata

-€39,830 miliardi di spesa a carico delle famiglie

Il 28,8% di spesa sanitaria è privata, e quasi l'88% di questa è sostenuta direttamente dalle famiglie.

Sempre secondo il rapporto GIMBE tra i macro-determinanti della crisi di sostenibilità del SSN troviamo gli sprechi e le inefficienze. Per il 2017, su 113,599 miliardi di spesa pubblica la stima di sprechi e inefficienze è di 21,57 miliardi.

Il report *Tackling Wasteful Spending on Health* del Gennaio 2017 dai dati OCSE sostiene che «le evidenze sugli sprechi in sanità sono inequivocabili e non è più tempo di disquisire sulla loro esistenza, ma bisogna agire senza indugi. Secondo l'OCSE, infatti, circa il 20% della spesa sanitaria apporta un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone.»

Il report OCSE, in maniera estremamente pragmatica, considera sprechi sia le risorse erose da servizi e processi dannosi e/o che non determinano alcun beneficio, sia i costi che potrebbero essere evitati utilizzando alternative meno costose che producono gli stessi benefici. Di conseguenza, in maniera altrettanto concreta, identifica due strategie per ridurre gli sprechi:

- smettere di fare cose che non generano *value*;
- utilizzare, se esistono, alternative di efficacia/sicurezza sovrapponibili, ma dal costo inferiore.

Infine, mettendo in relazione errori, responsabilità e decisioni inadeguate degli *stakeholder*, criticità organizzative, disallineamento dei sistemi premianti e frodi intenzionali, l'OCSE identifica tre macro-categorie di sprechi: *wasteful clinical care*, *operational waste*, *governance-related waste*.

Sempre secondo il rapporto GIMBE, su uno spreco stimato di €21,59 miliardi (ovvero il 19% dell'intera spesa sanitaria) si identificano 6 principali cause di spreco in sanità pubblica nel 2017:

1. Sovra-utilizzo (prescrizione/erogazione di interventi sanitari inappropriati rispetto ai benefici): €6,48 Miliardi, 30%
2. Frodi e abusi: €4,75 Miliardi, 22%
3. Acquisti a costi eccessivi €2,16 Miliardi, 10%
4. Sottoutilizzo (di interventi sanitari dal "value" elevato) €3,24 Miliardi, 15%
5. Complessità amministrative (processi non clinici, burocratici, gestionali amministrativi che consumano risorse senza produrre "value" €2,37 Miliardi, 11%
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza (Inefficienze intraziendali e interaziendali e/o scarsa integrazione tra diversi setting assistenziali o tra vari servizi dello stesso setting) €2,59 Miliardi, 12%

Per quanto riguarda Frodi e Abusi ed Acquisti a Prezzi eccessivi; un'analisi sugli sprechi delle regioni in sanità è stata effettuata dall'ANAC: Autorità Anticorruzione, che ha rilevato spese nettamente superiori rispetto ai valori di riferimento dei costi che si dovrebbero sostenere. I dati sono aggiornati al 10 Luglio 2018.

Spesa complessiva Regionale su alcune importanti voci di spreco:

-75 milioni di Euro per dispositivi medici (siringhe, ovatta, cerotti), dei quali si potrebbe risparmiare il 20%, cioè 15 milioni di Euro

-500 milioni di Euro per il lavaggio di lenzuola e biancheria dei pazienti, dei quali si potrebbe risparmiare il 20%, cioè 100 milioni di Euro

-510 milioni di euro per i dispositivi per il diabete, dei quali si potrebbe risparmiare il 40%, ovvero 215 milioni di Euro

-750 milioni di Euro per i pasti ospedalieri, dei quali si potrebbe risparmiare il 12,6%, cioè 95 milioni di Euro

-1,2 miliardi di Euro per il Servizio di Pulizia delle Strutture Sanitarie, dei quali si potrebbe risparmiare il 17,5%, cioè 210 milioni di Euro

-3 miliardi di euro per i farmaci, dei quali si potrebbe risparmiare il 10%, ovvero 300 milioni

Totale costi: 6035 milioni, dei quali si potrebbe risparmiare il 15,5%, ovvero 935 milioni.

Quali sono i costi più importanti delle regioni?

Secondo L'AGENAS (Agenzia Nazionale Per i Servizi Sanitari Regionali), « ...dall'analisi del conto economico relativo al IV trimestre del 2016, si può rilevare che le aggregazioni di maggior peso, che rappresentano il 60,7 % del totale dei costi, sono:

- "Personale del ruolo sanitario" (24,4 % del totale dei costi);
- "Acquisti di beni" (15,8 % del totale dei costi);
- "Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera da privato" (7,4 % del totale dei costi);
- "Acquisto servizi sanitari per farmaceutica" (7,1 % del totale dei costi);

-“Acquisti altre prestazioni da privato” (6,0 % del totale dei costi); Il totale dei costi straordinari, invece, è lo 0,5 % del totale dei costi.»

Quanto spendono le varie regioni singolarmente?

Lombardia: 19.133.112; punteggio griglia LEA 2016: (198);

Lazio: 10.969.505; punteggio griglia LEA 2016: (179);

Campania: 10.127.862; punteggio griglia LEA 2016: (124) INADEMPIENTE;

Veneto: 9.183.762; punteggio griglia LEA 2016: (209);

Emilia-Romagna: 9.018.999; punteggio griglia LEA 2016: (205);

Sicilia: 8.892.937; punteggio griglia LEA 2016: (163), in miglioramento;

Piemonte: 8.405.758; punteggio griglia LEA 2016: (207);

Toscana: 7.462.978; punteggio griglia LEA 2016: (208) ;

Puglia: 7.278.608; punteggio griglia LEA 2016: (169) , in miglioramento;

Calabria: 3.471.998; punteggio griglia LEA 2016: (144) INADEMPIENTE

Sardegna: 3.335.311; punteggio griglia LEA 2016: Non Monitorata

Liguria: 3.223.147; punteggio griglia LEA 2016: (196) ;

Marche: 2.852.091; punteggio griglia LEA 2016: (192) ;

Friuli V. Giulia: 2.394.290; punteggio griglia LEA 2016: Non Monitorata;

Abruzzo: 2.474.306; punteggio griglia LEA 2016: (189);

Umbria: 1.723.240; punteggio griglia LEA 2016: (199);

P.A Bolzano: 1.227.715; punteggio griglia LEA 2016: Non Monitorata;

P.A Trento: 1.180.347; punteggio griglia LEA 2016: Non Monitorata;

Basilicata: 1.049.457; punteggio griglia LEA 2016: (173);

Molise: 678.905; punteggio griglia LEA 2016: (164), in miglioramento;

Valle d'Aosta: 258.612; punteggio griglia LEA 2016: Non Monitorata.

Italia: 114.342.940

Alcune regioni del Centro e del Sud Italia hanno recentemente avuto difficoltà nell'adeguarsi ai piani raccomandati. Tali Piani sono detti Piani di Rientro, e sono «Programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione, di potenziamento del Servizio sanitario regionale».

Secondo il sito del Ministero della Salute (dati aggiornati al 22 gennaio 2019), riferendosi ai piani di rientro, «I Piani devono contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) per renderle conformi con la programmazione nazionale e con il vigente decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di fissazione dei LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, i Piani di rientro proseguono secondo programmi operativi, di durata triennale.»

7 regioni sono attualmente in Piano di rientro in base alle verifiche e alle riunioni dei Tavoli di monitoraggio svolte nel mese di luglio 2018: Puglia, Abruzzo, Sicilia, Calabria, Campania, Lazio e Molise.

Le Regioni Liguria e Sardegna hanno concluso il loro piano di rientro al termine del primo triennio di vigenza 2007-2009; la Regione Piemonte al termine del triennio 2013-2015.

Le Regioni Calabria, Campania, Lazio e Molise sono commissariate.

Le regioni commissariate sono quelle che hanno fallito alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi programmati dai Piani di Rientro.

«...Inoltre, con la nomina del Commissario sono attivate varie misure sanzionatorie, tra cui il blocco del turn over del personale (ad oggi non attivo in nessuna regione), il divieto di effettuare spese non obbligatorie, l'incremento, in via automatica, delle aliquote fiscali IRAP e IRPEF...».

«...Solo per la Regione Abruzzo, in data 15 settembre 2016, è stata disposta con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri la conclusione del percorso di commissariamento.»

16 regioni sono state monitorate nel 2016 in base alla “Griglia LEA” (punteggi tra parentesi dove il punteggio minimo possibile è 25, il massimo possibile 225 e si ha un risultato positivo a 160 punti). Tra queste Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Sicilia, Umbria, Veneto si sono rivelate adempienti.

Calabria e Campania si sono rivelate inadempienti.

Riferendosi alle inadempienti «...Tali regioni, che sono sottoposte ai Piani di Rientro, dovranno superare le criticità rilevate su alcune aree dell’assistenza tra cui, in particolar modo, quelle degli screening, della prevenzione veterinaria, dell’assistenza agli anziani e ai disabili, dell’assistenza ai malati terminali, dell’appropriatezza nell’assistenza ospedaliera (es. parti cesarei). Per queste regioni, il monitoraggio delle criticità è effettuato nell’ambito degli obiettivi previsti dai rispettivi Programmi Operativi 2016-2018.»

«Analizzando il **trend 2012-2016** relativamente ai punteggi della Griglia LEA, emerge che nel periodo considerato il numero di regioni “adempienti” è altalenante e tendenzialmente in crescita (10 nel 2012, 9 nel 2013, 13 nel 2014, 11 nel 2015, 14 nel 2016). Si evidenzia nell’ultimo biennio, in particolare, la conferma di Veneto, Toscana, Piemonte ed Emilia-Romagna su punteggi superiori a 200, il netto miglioramento di Puglia, Molise e Sicilia e la conferma di inadempienza per Calabria e Campania.»

«Anche nel 2016 si conferma l’**importante variabilità**, geografica e temporale, **nell’erogazione dei LEA tra le diverse Regioni**, come rilevabile nelle schede regionali e nelle tabelle/grafici per indicatore.

Per quanto riguarda il livello della **prevenzione**, la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) risulta totalmente raggiunta in Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria e Sardegna mentre in Valle d'Aosta, nella P.A. di Bolzano, in Friuli V.G., Veneto e Sicilia si registrano bassi livelli di copertura. La copertura vaccinale per una dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia rimane ancora al di sotto del valore di riferimento; la copertura vaccinale antinfluenzale nell'anziano registra un lieve incremento nella maggior parte delle regioni, seppur decisamente al di sotto del livello soglia. L'adesione agli *screening* dimostra, invece, un evidente gradiente tra le regioni centro-settentrionali e le regioni meridionali; in queste ultime ad eccezione della Basilicata, non si denotano miglioramenti nel trend considerato.

Relativamente all'**assistenza territoriale**, si evidenzia una variabilità ancora significativa rispetto all'indicatore relativo al tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite che denota l'elevato ricorso ospedaliero per patologie che dovrebbero trovare adeguata risposta in altro setting assistenziale. I valori più elevati si registrano in Lombardia, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Sicilia.

Con riferimento all'indicatore sugli anziani trattati in ADI si registra un miglioramento in quasi tutte le regioni: i valori più bassi si rilevano in Valle d'Aosta, Sardegna, Lazio e Calabria. La disponibilità di posti per assistenza agli anziani nelle strutture residenziali si caratterizza per un'elevata variabilità che contrappone nettamente le regioni del nord con le regioni del centrosud e isole; valori inaccettabili, inferiori al 2 per 1.000 abitanti anziani, si registrano ancora in Valle d'Aosta, Molise, Campania, Basilicata e Sicilia.

Per l'**assistenza ospedaliera**, si conferma il trend in diminuzione dei ricoveri ospedalieri per tutte le regioni ed il tendenziale miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera riscontrabile, in particolare, nella diminuzione dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B, Patto per la salute 2010-2012). Ancora elevata, invece, la

percentuale di parti cesarei primari, con valori ben oltre i parametri di riferimento specialmente in Campania. In tendenziale aumento risulta la percentuale di pazienti con frattura del femore operati entro 2 giorni, anche nelle regioni meridionali che, tuttavia, si attestano ancora su valori inferiori al parametro di riferimento.

Quanto descritto sottolinea la necessità di monitorare il mantenimento dell'erogazione dei LEA per tutte le regioni italiane e andando oltre la valutazione della adempienza complessiva ovvero analizzando, attraverso gli indicatori della Griglia LEA, le singole aree che la compongono.»

Sprechi nell'amministrazione nella dirigenza

Secondo l'articolo del Corriere Adriatico.it, (dello 06/02/2016); in Campania, regione con i livelli di assistenza tra i più bassi e i ticket più alti, la magistratura contabile ha rilevato che tra il 2014 e il 2015 sono stati retribuiti 523 primari in eccesso e pagate 1915 indennità di dirigenza in eccesso rispetto a quanto previsto. Questo è dovuto al fatto che nelle strutture della regione i servizi sono frammentati e esistono reparti “fotocopia” e non necessari.

Secondo i calcoli della Corte dei Conti, gli incarichi «extra» costano oggi più di 30mila euro al giorno, oltre un milione o addirittura due milioni al mese.

Il danno erariale stimato è stato di 16 milioni di Euro.

Il caso riguardante la regione Campania è stato evidenziato per la gravità delle cifre e la marcata mancanza di organizzazione; ma la Campania non è l'unica regione con disorganizzazione ed elevati sprechi riguardanti la dirigenza sanitaria.

L'audit dalla Sant'Anna di Pisa sugli sprechi in Lombardia

Anche in Lombardia sono stati individuati importanti sprechi e inefficienze tramite l'“Indagine di valutazione quantitativa del laboratorio di management sanitario della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa” (Milanotoday.it, articolo del 14/10/2018). Secondo l'articolo, i dati riferiti al 2017 non sono pubblici. L'audit riporta che «...Il sistema sanitario lombardo risulta insufficiente

in 11 indicatori su 25, cioè il 44%, e oltre la metà delle aziende sanitarie e ospedaliere regionali sono insufficienti in oltre la metà degli indicatori.»

«...uno dei punti più preoccupanti dell'audit, secondo chi è in possesso dei dati, sarebbe lo spreco di risorse...». «Gli ispettori che hanno effettuato i controlli non individuano soltanto le criticità ma elencano diversi suggerimenti per migliorare le performances. Tra questi suggerimenti, alcuni riguardano una gestione migliore delle risorse. Ad esempio, una programmazione di fabbisogni annuali di forniture, che evidentemente in alcuni casi manca, nonché una maggior standardizzazione delle esigenze d'acquisto e una particolare attenzione a motivare con precisione l'urgenza di determinati acquisti, in modo da ridurli (grazie anche alla programmazione delle esigenze) e, ovviamente, risparmiare denaro pubblico. Ma anche l'utilizzo delle piattaforme elettroniche di offerta per individuare i fornitori.»

«Un focus è dedicato all'attività intramoenia dei medici in connessione alle liste d'attesa. Gli audit si concludono con il suggerimento di controllare sistematicamente i volumi di quest'attività, non basandosi unicamente sul controllo delle timbrature, nonché di introdurre un sistema di tracciabilità del paziente soprattutto nel caso di passaggio dalla prestazione pubblica a quella in libera professione.»

«Quanto alle liste d'attesa, è noto che rappresentano il collo di bottiglia principale del sistema sanitario lombardo.»

Proposte

Gli sprechi sono una minaccia alla sostenibilità del SSN. Ogni regione, anche se alcune presentano criticità più importanti di altre, ha i suoi problemi ed i suoi sprechi. Questi vanno individuati ed eliminati.

Ciò che occorre è una riorganizzazione dei servizi e delle spese prendendo come modello le aree in cui eccellono le regioni più virtuose ed effettuando frequenti controlli in tutte le regioni.

L'autonomia concessa alle regioni in questi anni ha permesso di individuare quali sono i modelli da seguire e quali sono invece le strategie meno funzionanti.

È per questo che la sfida più grande sarà quella di trovare il modo di “trapiantare” in modo graduale le politiche sanitarie funzionanti, nelle regioni meno virtuose ed evitare politiche sanitarie dannose.

Le regioni in difficoltà non vanno abbandonate, ma riorganizzate. L'amministrazione delle politiche sanitarie regionali comporta una responsabilità enorme, perché da questa dipendono la salute dei singoli cittadini e la sostenibilità del SSN. Tale responsabilità non può essere affidata a chi non ottiene risultati positivi o addirittura contribuisce a creare danni e sprechi.

È importante che gli incarichi siano attribuiti in base al merito.

I servizi che hanno costi, ma non producono benefici in relazione rispetto al costo, vanno ripensati e trasformati o accorpati in modo da divenire efficienti. Vanno terminati, ed eventualmente sostituiti se non in grado di apportare benefici.

Ogni regione deve diventare in grado di garantire il diritto alla salute. Non è ammissibile che un cittadino sia costretto ad essere curato in un'altra regione perché quella in cui risiede non può curarlo adeguatamente per inefficienza di servizi che dovrebbero funzionare.

Le prestazioni e le dotazioni dovrebbero avere un costo fisso per tutte le regioni, occorre intensificare i controlli, accordarsi sui prezzi a livello centrale e far rispettare quanto concordato.

I dati sulle regioni devono essere resi trasparenti ed accessibili ai cittadini ed indicare criticità e punti di forza delle varie regioni, per essere consapevoli e per migliorare laddove è possibile.

I cittadini devono essere resi informati, consapevoli, partecipi nelle scelte sanitarie; in grado di esporre i propri problemi ed essere ascoltati per quanto riguarda i loro bisogni e le loro difficoltà.

In questo modo è possibile migliorare il servizio sanitario, che dovrebbe essere usufruibile e pensato proprio per loro.

SITOGRAFIA

[http://www.rapportogimbe.it/3 Rapporto GIMBE.pdf](http://www.rapportogimbe.it/3_Rapporto_GIMBE.pdf)

https://www.firenzepost.it/2018/10/09/_trashed-5/

http://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/home/_RisultatoRicerca?id=5fb2f4cc0a7

[780a501ca0c0337c8d649&search=siringhe](http://www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/monitoraggio_spesa/Costi%20CE%20del%20SSN%202015%20C%20e%202016%204T.pdf)

http://www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/monitoraggio_spesa/Costi%20CE%20del%20SSN%202015%20C%20e%202016%204T.pdf

<http://www.salute.gov.it/portale/pianiRientro/homePianiRientro.jsp>

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2783_allegato.pdf

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3495

https://www.corriereadriatico.it/napoli/cronaca/sanit_campania_la_corte_conti_spreco_da_16_milioni_ci_523_primari_pi_reparti_fotocopia-1533531.html [https://www.iltempo.it/cronache/2016/02/05/news/campania-sprechi-in-sanita-danno-erariale-da-16-milioni-](https://www.iltempo.it/cronache/2016/02/05/news/campania-sprechi-in-sanita-danno-erariale-da-16-milioni-1000928/)

[1000928/ http://www.rainews.it/dl/rainews/articoli/Sanita-record-di-sprechi-in-Campania-in-un-anno-pagati-523incarichi-in-piu-3e63eb03-cdcc-4fc5-b13f-382ce3616a36.html](http://www.rainews.it/dl/rainews/articoli/Sanita-record-di-sprechi-in-Campania-in-un-anno-pagati-523incarichi-in-piu-3e63eb03-cdcc-4fc5-b13f-382ce3616a36.html)

https://www.tgcom24.mediaset.it/cronaca/campania/sanita-campania-primari-in-esubero-sprechi-per-16-milioni-di-euro_2158764-201602a.shtml

http://www.ansa.it/campania/notizie/2016/02/05/sprechi-in-sanita-campania-16-mln-danni-erariali_0ab22c2a-fc56-4344-acee-bda30f1cc86a.html

<https://www.milanotoday.it/attualita/sprechi-sanita-lombardia-indagine.html>

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3516