MARATONA PATTO SALUTE

I contributi dei protagonisti raccolti da quotidianosanità.it durante la Maratona di ascolto per la definizione del nuovo Patto per la Salute 2019-2021

ROMA 8 - 10 LUGLIO 2019

Quotidiano Sanità edizioni

MARATONA PATTO SALUTE

COLLANA MEDICINA E SOCIETÀ

MARATONA PATTO SALUTE

I contributi dei protagonisti raccolti da quotidianosanità.it durante la Maratona di ascolto per la definizione del nuovo Patto per la Salute 2019-2021

ROMA 8 - 10 LUGLIO 2019

Quotidiano Sanità edizioni

MARATONA PATTO SALUTE

COLLANA MEDICINA E SOCIETÀ

Roma, luglio 2019
www.qsedizioni.it

Quotidiano Sanità
edizioni

Indice

9 **Ail** (Associazione italiana contro le leucemie-linfomi e mieloma)
16 **Aiop** (Associazione italiana ospedalità privata)
18 **Aip** (Associazione italiana podologi)
23 **Aito** (Associazione italiana dei terapisti occupazionali)
27 **Amd** (Associazione medici diabetologi)
29 **Anaao-Assomed** (Associazione medici e dirigenti del Ssn)
40 **Anap** (Associazione nazionale audioprotesisti professionali)
42 **Andprosan** (Associazione nazionale dirigenti professioni sanitarie)
48 **Anin** (Associazione nazionale infermieri neuroscienze)
54 **Apmar (**Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologiche e Rare)
59 **Associazione Animo**
67 **Associazione Compagni di viaggio onlus**
70 **Aiic** Associazione Italiana Ingegneri Clinici
74 **Aifi** (Associazione Italiana Fisioterapisti)
86 **Apri** (Associazione per la ricerca italiana sulla sindrome di down, l'autismo e il danno cerebrale)
92 **Aris** (Associazione Religiosa degli Istituti Socio-Sanitari)
94 **Asvis** (Associazione italiana per lo sviluppo sostenibile)
101 **Cic** (Collegio italiano chirurghi)
104 **Codici** (Centro per i diritti del cittadino)
106 **Confindustria Dispositivi Medici**
121 **Cosips** (Coordinamento sindacale professionisti della sanità)
126 **Cnop** (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi)
132 **Culpi (**Confederazione unitaria libere parafarmacie italiane)
140 **Farmacie** Unite
143 **Fadoi**
148 **Fassid** (Federazione AIPaC AUPI SIMeT SiNaFO SNR Dirigenti)
158 **Fedaiisf** (Federazione delle associazioni degli informatori scientifici del farmaco)
166 **Feder Aipa** (Federazione Associazioni Italiane Pazienti Anticoagulati)
171 **Feder Anisap** (Federazione nazionale delle associazioni regionali o interregionali delle istituzioni sanitarie ambulatoriali private)
175 **Federazione lavoratori funzione pubblica Cgil**
184 **Federchimica**
186 **Federconsumatori**
191 **Federfardis** (Federazione farmacisti e disabilità onlus)
194 **Federfarma** (Federazione nazionale unitaria titolari farmacia)
196 **Federsanità Anci** (Aziende sanitarie e comuni per l'integrazione sanitaria)
211 **FederSerd** (Federazione italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze)

220 **Federspecializzandi** (Associazione nazionale dei medici in formazione specialistica)
229 **Fesin** (Federazione delle società italiane di nutrizione)
242 **Fials** (Federazione italiana autonomie locali e sanità)
251 **Fiaso** (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere)
258 **Fimeuc** (Federazione italiana medicina di emergenza-urgenza e delle catastrofi)
260 **Fimmg** (Federazione italiana medici di famiglia)
267 **Fimp** (Federazione italiana medici pediatri)
271 **Fismu** (Federazione italiana sindacale medici uniti)
276 **FNO TSRM PSTRP**
278 **Fnopi** (Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche)
281 **Fnpi** (Federazione nazionale parafarmacie italiane)
283 **Fofi** (Federazione ordini farmacisti italiani)
287 **Fondazione italiana per il cuore**
289 **G.F.T.** (Gruppo Formazione Triage)
294 **Gidm** (Gruppo italiano data manager)
296 **Goal** (Gruppo oculisti ambulatoriali liberi)
300 **House Hospital Associazione onlus**
311 **Lifc** (Lega italiana fibrosi cistica)
314 **Medicina democratica** (Movimento di lotta per la salute onlus)
327 **Movimento Giotto**
332 **Movimento nazionale liberi farmacisti**
342 **Nonno ascoltami onlus**
344 **Nursind** (Sindacato professioni infermieristiche)
346 **Nursing Up**
349 **Obiettivo Ippocrate**
354 **Sicve** (Societá Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare)
358 **Sifap** (Società italiana farmacisti preparatori)
360 **Sifo** (Società Italiana di Farmacia ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende sanitarie)
368 **Sihta** (Società italiana di health technology assessement)
370 **Simpe** (Società italiana medici pediatri)
372 **Simspe** (Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria)
383 **Simti (**Società italiana di medicina trasfusionale e immunoematologia)
378 **Siru (**Società italiana della riproduzione umana)
385 **Sivemp** (Sindacato italiano veterinari medicina pubblica)
387 **Smi** (Sindacato medici italiani)
390 **Sumai-Assoprof** (Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana e Professionalità dell'area sanitaria)
393 **Sunas** (Sindacato unitario nazionale assistenti sociali)
397 **Tds** (Tribunale della salute)
401 **Ugl** (Unione generale del lavoro)
403 **Uls** (Unione lavoratori sanità)
406 **Unaftisp** (Unione nazionale farmacisti titolari di sola parafarmacia)

Un instant book per testimoniare la "Maratona Patto per la Salute"

In questo volumetto abbiamo raccolto alcuni dei contributi che i diversi attori della sanità italiana hanno presentato l'8,9 e 10 luglio scorsi al ministro della Salute per quella che è stata chiamata "Maratona Patto per la Salute".

Si tratta di documenti eterogenei (sia nel taglio che nei contenuti) ma che pensiamo sia utile aver raccolto anche come "fotografia" delle istanze ritenute evidentemente più pressanti in questa fase del dibattito sanitario dai tanti soggetti coinvolti.

In tutto sono stati ascoltati dal ministro della Salute circa 350 rappresentanti di associazioni di pazienti, associazioni d'impresa, della ricerca e sviluppo e del mondo del lavoro e delle professioni.

In questo volumetto non sono compresi tutti i soggetti coinvolti nella tre giorni ma quella parte che ha voluto renderci partecipi della propria testimonianza, inviandoci il proprio contributo elaborato per la "Maratona".

Coloro che volessero inviarci ora il proprio contributo potranno comunque farlo e sarà nostra cura aggiornare online questo *instant book* che ci auguriamo sia di vostra utilità.

Buona lettura.
Cesare Fassari

Roma, 18 luglio 2019

Il presente documento, messo a punto da AIL, si compone di una premessa e di un contributo sui 3 temi selezionati dall'Organizzazione: **Equità nell'accesso alle cure; Governance farmaceutica e dei dispositivi medici; Mobilità sanitaria.**

PREMESSA

Il Patto per la Salute è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, che viene rinnovato ogni tre anni per **migliorare la qualità** dei servizi; promuovere l'**appropriatezza** delle prestazioni; garantire **l'unitarietà del sistema.**

Il Ministero della Salute, in occasione della redazione del nuovo Patto, ha avviato un percorso di condivisione partecipata attraverso l'ascolto dei rappresentanti dei tre pilastri del sistema salute: operatori, aziende, associazioni di pazienti.

È disponibile sul web una Bozza Nuovo Patto per la salute 2019-2020, datata 27 maggio 2019, che sembra essere in linea con i contributi richiesti dal Ministero per la salute per la Maratona del Patto per la salute.

AIL -Associazione Italiana contro le Leucemie-Linfoma e Mieloma- ha lo scopo di promuovere in Italia lo sviluppo e la diffusione della ricerca scientifica nel campo dei tumori del sangue e delle altre emopatie e di favorire il **miglioramento dei servizi e dell'assistenza socio-sanitaria in favore dei pazienti ematologici e delle loro famiglie**, anche collaborando con associazioni similari e istituzioni sanitarie, ospedaliere e universitarie, operanti in Italia

e all'Estero. È composta da **81 sezioni provinciali** presenti sul territorio nazionale, oltre 20.000 volontari e da **3 gruppi AIL pazienti**[1], Gruppo AIL Pazienti Linfomi; Gruppo AIL Pazienti Leucemia Mieloide Cronica; Gruppo AIL pazienti Malattie Mieloproliferative Ph negativo[2].

1. EQUITÀ NELL'ACCESSO ALLE CURE

Per il 2020 e il 2021, **l'accesso delle Regioni all'incremento del finanziamento** stabilito dalla legge di bilancio per il 2019 **è vincolato alla stipula del nuovo Patto per la salute**, che deve **prevedere espressamente** misure per il miglioramento della **qualità** delle cure e dei **servizi erogati** e per **l'efficientamento dei costi**.

Si tratta quindi di un accordo programmatico all'interno del quale il Ruolo delle associazioni dei Pazienti può essere importante in relazione alla capacità di incidere, tra l'altro, sulle tutele del diritto del paziente a non essere discriminato/penalizzato da eventuali asimmetrie organizzative dei Servizi Sanitari Regionali. Le differenti caratterizzazioni dei Servizio Sanitari Regionali possono, infatti, determinare l'insorgere di forme di compressione dei diritti del paziente sia nell'accesso ai trattamenti, sia nel "diritto alla certezza"[3] o nel "diritto al tempo" [4].
Occorre avere come sempre come punto di riferimento un "*Servizio pubblico connotato dai principi di universalità, uguaglianza, equità nell'accesso alle prestazioni ed ai servizi, della centralità della persona e globalità della copertura assistenziale"*, come affermato all'interno della stessa bozza del Patto della salute 2019-2021.

1 I Gruppi AIL Pazienti sono formati da pazienti e familiari che nel tempo hanno manifestato l'esigenza di condividere dubbi e incertezze su tutto il percorso della malattia, confrontarsi con persone nella stessa situazione e sentirsi così meno soli.
2 Per maggiori informazioni https://www.ail.it/area-pazienti/seminari-e-gruppi-ail
3 Ogni cittadino ha diritto ad avere dal Servizio sanitario la certezza del trattamento nel tempo e nello spazio, a prescindere dal soggetto erogatore, e a non essere vittima degli effetti di conflitti professionali e organizzativi, di cambiamenti repentini delle norme, della discrezionalità nella interpretazione delle leggi e delle circolari, di differenze di trattamento a seconda della collocazione geografica.
4 Ogni cittadino ha diritto a vedere rispettato il suo tempo al pari di quello della burocrazia e degli operatori sanitari.

Proposta

La proposta nasce dall'esperienza sul campo dei Gruppi pazienti AIL che da anni operano sul territorio nazionale e nei diversi ambiti locali di competenza dei SSR, per dar voce alle esigenze dei pazienti, in particolare quelli affetti da patologie oncoematologiche.

Il *"**nuovo Patto per la salute** deve **prevedere espressamente** misure per il miglioramento della **qualità** delle cure e dei **servizi erogati** e per **l'efficientamento dei costi**."*

Si ritiene, dal punto di vista dei pazienti, che ***l'efficientamento dei costi*** debba essere valutato sull'intero sistema e, quindi, inteso non solo come compressione dei costi diretti dei SSR e del SSN, ma anche come strategia di **riduzione dei *costi transattivi***[5] a carico dei pazienti e non solo. È indubbio, infatti, che i processi di ristrutturazione/razionalizzazione dei SSR effettuati nell'ultimo decennio hanno determinato, in particolare in alcune realtà del nostro Paese, un incremento significativo di detti costi.

Si ritiene necessario quindi ampliare le azioni del Patto che possano soddisfare la *"necessità di incrementare la capacità di intercettare i bisogni dei cittadini"*.

In particolare si ritiene necessario che Stato e Regioni si impegnino ad implementare un **sistema di ascolto attivo dei cittadini, dei pazienti/Associazioni dei pazienti, ad esempio attraverso audizioni congiunte in seno alla Commissione LEA o altro luogo dedicato**, finalizzato a:

- recepire le segnalazioni inerenti situazioni di compressioni dei diritti dei pazienti determinate da differenti interpretazioni dell'ordinamento della Sanità Pubblica da parte delle Regioni o delle strutture dei SSR;
- recepire le segnalazioni di esperienze positive/buone pratiche che hanno avuto il merito di migliorare qualità, accessibilità, sicurezza delle cure, semplificando la vita di paziente e caregiver;
- valutare il merito delle segnalazioni;
- intervenire con linee di indirizzo, raccomandazioni, circolari per uniformare i comportamenti sull'intero territorio Nazionale nel rispetto delle autonomie definite dalla legge.

5 Costi in termini di Tempo e Denaro sostenuti dai pazienti per l'accesso alle cure e ai servizi sanitari, non solo a diretto carico dei pazienti (si pensi alle giornate lavorative perse).

Stando alla esperienza della nostra Organizzazione, ci sono diverse procedure che potrebbero sia migliorare l'accesso, sia rendere più efficienti i servizi. Si riportano due esempi.

a) **la conferma della volontà di crioconservazione dei gameti presso i centri PMA**: alcuni centri chiedono di recarsi di persona ogni anno per il rinnovo, altri una A/R, etc. con il risultato di un notevole impatto sui costi indiretti per i pazienti e i caregiver (giornate di lavoro perse, etc.).

b) **la tipizzazione HLA**, esame necessario per stabilire la compatibilità tra donatore e paziente che necessita di trapianto di cellule staminali emopoietiche ed indispensabili per guarire da alcuni tumori del sangue. Esistono delle realtà territoriali, che in collaborazione con ADMO, hanno cominciato ad adottare il tampone salivare anziché il prelievo di sangue: questo ha portato alla **eliminazione delle liste d'attesa e ad un aumento di donatori iscritti nei Registri**.

La proposta di articolato, da inserire nella sezione del Patto dedicata agli "strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai Servizi sanitari", è la seguente:

Stato e Regioni si impegnano a costituire un centro/sistema/comitato nazionale di ascolto delle Associazioni di pazienti per intercettare le situazioni di compressione, anche potenziale, dei diritti dei pazienti che possano trovare soluzione nella diramazione di linee di indirizzo finalizzate ad assicurare uniformità di trattamento sul territorio nazionale, con particolare riferimento al diritto alla certezza e al rispetto del tempo del paziente.

2. GOVERNANCE FARMACEUTICA

Il documento di **governance farmaceutica**[6] mostra aperture di AIFA al confronto con gli stakeholders attraverso position paper sottoposti a discussioni/consultazioni pubbliche e l'istituzione del Tavolo permanente di consultazione con la presenza di rappresentanti delle associazioni pazienti;

6 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3567_listaFile_itemName_0_file.pdf

impegna a valutazioni legate alla qualità della informazione resa dai produttori ai professionisti sanitari, al rafforzamento della farmacovigilanza, ad una restituzione dei dati dei registri AIFA alle Regioni, alla revisione del prontuario farmaceutico.

È apprezzabile l'attenzione ad alcuni bisogni di qualità, sicurezza e trasparenza per i pazienti, anche se su alcune di queste tematiche ci sono proposte migliorative di dettaglio legate ad una **condivisione delle informazioni anche con la comunità scientifica e dei pazienti** (come nel caso delle informazioni derivanti dai registri). Auspichiamo che il **modello di partecipazione sia maggiormente ispirato a quanto avviene in EMA**, ove la partecipazione dei cittadini-pazienti è presente, qualificata e rilevante in diverse fasi del percorso di valutazione e autorizzazione del farmaco.

Sembra rimanere irrisolto nel documento di governance il nodo spinoso con il quale i pazienti (e le associazioni che li rappresentano) si confrontano: **le differenze, che generano iniquità, in termini di accessibilità per modi e tempi dei farmaci, compresi quelli innovativi e carenti.**

Incidono sui tempi ad esempio: recepimento nei prontuari (di livello regionale/aziendale) e organizzazione delle commissioni regionali, tempi di attribuzione Codice identificativo di Gara (CIG) per l'acquisizione dei farmaci. Possono generare inoltre differenze nell'accesso: eventuali ulteriori indicazioni di appropriatezza/limitazioni di uso definite dalle commissioni regionali.
Una particolare attenzione va rivolta poi alla gestione delle **carenze dei farmaci**, in particolare quelle da sospensione delle produzioni, per gli effetti sulle persone. Va considerato che, nel caso di autorizzazione dell'importazione dall'estero, possono incidere positivamente o negativamente ad esempio le procedure organizzative per l'importazione (es. acquisto da parte della farmacia ospedaliera, nella quale è presente il professionista prescrittore, piuttosto che della farmacia territoriale, come mostra l'esperienza recente e tuttora in corso dell'interferone – Roferon e Intron-A).

Proposta
La nostra proposta è che la finalità generale, presente nelle premesse del Patto *(universalità, uguaglianza equità nell'accesso alle prestazioni ed ai servizi)* sia declinata anche nell'ambito della governance dell'assistenza farmaceutica, garantendo il **principio di *non duplicazione di funzioni e di semplificazione amministrativa per l'accesso***. Per farlo suggeriamo di partire dalle evidenze prodotte dalle associazioni di cittadini e pazienti, così come da soggetti del mondo accademico e professionale, sui tempi di disponibilità nel territorio e sulla concreta accessibilità.
Rispetto alla **revisione del Prontuario Farmaceutico, che dovrebbe essere vincolante sul territorio nazionale,** si propone che concorrano alla decisione gli specialisti ed i rappresentanti delle associazioni pazienti di riferimento per valutare delisting ed i potenziali effetti sui pazienti, in particolare sugli eventuali costi a proprio carico.

3. MOBILITÁ SANITARIA
Le persone affette da tumori, compresi i tumori del sangue, sono tra quelle che si spostano maggiormente per ricevere le cure fuori dal proprio territorio di residenza, come mostrano i dati SDO 2017.
È apprezzabile l'istituzione di un osservatorio di monitoraggio della mobilità sanitaria, che restituisca in modo sistematico le situazioni critiche per tipologia di prestazione ed utenza, analizzare meglio il fenomeno e programmare in modo più efficace ed efficiente. Per comprendere meglio le motivazioni e le spinte verso la mobilità **è imprescindibile avvalersi delle evidenze dei pazienti e dei caregiver**, per poter mettere in atto davvero risposte strutturali e comprensibili agli occhi di chi deve usufruire delle cure, senza porre barriere amministrative che verrebbero percepite come un ostacolo inutile.
La preoccupazione della nostra Organizzazione è che le misure di "***contrasto***" alla mobilità possano trasformarsi in strumenti di compressione del diritto dei pazienti all'accesso alle cure a danno di chi verosimilmente si trova in situazioni locali di svantaggio d'offerta sanitaria e di svantaggio economico. Infatti introducendo tre diverse forme di mobilità, si rischia più che tutelare la sostenibilità del sistema, di avere come effetto quello di determinare aree differenziate di erogazione dei servizi sanitari all'interno del Paese.

Siamo favorevoli a misure di contrasto che incidano sui **fenomeni distorsivi** che fanno aumentare visite/esami/prestazioni extra SSN con gravi danni economici per i pazienti e sui bilanci dei SSR.

Proposta

Ferma restando la necessità di assicurare la complessiva sostenibilità del sistema sanitario e l'esigenza di monitorare comportamenti opportunistici delle strutture dei Servizi Sanitari Regionali, occorre evitare che a soffrirne siano i pazienti in particolare quelli più svantaggiati. Proponiamo che in via prioritaria, quindi, si pongano in essere le azioni necessarie per **ridurre le differenze strutturali ed organizzative tra le Regioni** e di **incrementare l'offerta dei servizi sanitari là dove sono carenti**, per evitare che il governo della mobilità possa sfociare nel rischio di esclusione diretta o indiretta dei pazienti all'accesso alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, tutele peraltro costituzionalmente garantite nel diritto alla salute e alle cure. Nell'osservatorio è prevista la partecipazione delle associazioni di pazienti e la valorizzazione delle evidenze dei pazienti e delle relative organizzazioni.

Si ritiene che l'unica area di disciplina eventualmente soggetta a regolamentazione dovrebbe essere quella del monitoraggio dei flussi di mobilità con meccanismi finalizzati a rivelare e a disincentivare comportamenti opportunistici o inappropriati nella gestione delle prestazioni erogate a favore di pazienti curati in regioni diverse da quella di appartenenza.

Si ritiene altresì, laddove si parla di azioni di disincentivazione attraverso ad esempio tetti di volume, che si preveda una **condivisione con le associazioni di pazienti a monte e che si curi una comunicazione veritiera, di qualità, trasparente ed efficace, anche per evitare fenomeni opportunistici verso le fasce di popolazione più deboli e meno informate**. Nel caso dei tetti, infatti, potrebbero verificarsi iniquità generate o dalle informazioni disponibili per i pazienti o dal momento di accesso, con proposte di alternative che vedano costi a carico del paziente (extra SSN).

→ presupposto necessario per individuare un miglioramento complessivo dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'utilizzo dei fattori produttivi del Servizio Sanitario Nazionale, sia nella sua componente di diritto pubblico sia nella sua componente di diritto privato, è il recepimento nel Patto per la Salute dell'art.1 comma 516 della Legge di Bilancio 2019

Per un miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi, che possa consentire alla componente di diritto privato del Ssn di contribuire a preservare l'universalismo e il solidarismo del Servizio Sanitario Nazionale, **l'AIOP ritiene che il Patto per la Salute debba prevedere un meccanismo di flessibilità rispetto ai tetti di spesa sanitaria imposti dal D.L. 95/2012 (c.d. spending review).**
La stessa Legge di Bilancio 2019 ha previsto, all'art. 1 comma 516 lettera f, che si superi il rigido regime imposto dal D.L. 95 del 2012. La conseguente flessibilità nelle scelte di spesa sanitaria determinerebbe, a nostro parere, un miglioramento complessivo dell'"ecosistema" sanitario, con ricadute specifiche per ciò che concerne l'attività di AIOP, che riguardano:

- Personale Sanitario (non medico): l'erogazione di ulteriori prestazioni rappresenterebbe per l'Ospedalità Privata un **requisito di sostenibilità economica per intavolare un dialogo per l'aggiornamento dei contratti degli operatori non medici del comparto**. L'aggiornamento contrattuale in questione avrebbe un'incidenza stimata in circa 300 milioni di euro, pari a circa il 4% del fatturato di tutto il settore.
- Riduzione liste d'attesa: **l'aumento dell'offerta di prestazioni sanitarie consentirebbe di ridurre i tempi di erogazione delle prestazioni (c.d. liste**

d'attesa) a beneficio degli italiani. Allo stesso tempo, se alla maggiore erogazione corrispondesse una differenziazione dell'offerta tra componente pubblica e componente privata del Ssn, il settore nel suo complesso beneficerebbe dei vantaggi competitivi e delle economie di scala derivanti dalla sempre maggiore specializzazione.

Per queste ragioni, AIOP ritiene che la reintroduzione, nel Patto per la Salute, del criterio della "flessibilità" nelle scelte di politica sanitaria, e, nello specifico, il superamento del D.L. 95/2012, rappresenti una condizione essenziale per un'efficace tutela del diritto alla salute in Italia.

MEMORIA

L'Associazione Italiana Podologi (AIP), fondata nel 1974 dal Professor Mauro Montesi, attuale Presidente Onorario, ha il merito storico di aver introdotto la Podologia in Italia, scienza medica ampiamente già affermata nei Paesi più sviluppati, quali Spagna, Regno Unito, Francia, U.S.A. e Canada. Attualmente AIP è l'unica associazione formalmente riconosciuta come persona giuridica e accreditata presso le Istituzioni Nazionali e presso gli Organismi Internazionali. AIP aderisce alla Federazione Internazionale Podologi e Podoiatri (FIP).

La figura del podologo è una figura emergente tra quelle sanitarie, ma, che sta diventando sempre più indispensabile in qualunque sistema sanitario moderno. Negli USA e in Canada, nel Regno Unito, in Francia e in Spagna, nei Paesi più evoluti dell'Europa ed extraeuropei si assiste, infatti, ad un progressivo sviluppo della professione ed essa assume un rilievo sempre maggiore nelle strategie di prevenzione, cura e riabilitazione. Fino a qualche anno fa, in Italia il ruolo della podologia era considerato del tutto marginale: la cultura prevalente, infatti, tendeva a confondere **il podologo con il pedicure o l'estetista**, nonostante la legge ne avesse esplicitamente compreso l'attività tra le professioni sanitarie. Fortunatamente nell'ultimo decennio si è verificata una decisa inversione di tendenza, sia presso le istituzioni della sanità pubblica, sia presso la popolazione, sempre più sensibile al rilievo che i piedi possono assumere soprattutto in tema di prevenzione. Allo stato attuale, circa 9.000/10.000 pazienti al giorno ricorrono a cure podologiche. Sarà utile tuttavia esaminare alcuni dei principali motivi che possono spiegare l'evo-

luzione della professione rilevata in questi ultimi anni. L'importante ruolo riservato alla podologia negli altri Paesi più evoluti non poteva non comportare grandi benefici anche in Italia, tenuto conto dei sempre più frequenti scambi culturali, scientifici e di ricerca, anche grazie a incontri, congressi e simili e anche sulla base dello sviluppo della comunicazione digitale. **L'introduzione della laurea, nel 2001, ha rappresentato un vero e proprio salto di qualità.** Per rendersene conto è sufficiente esaminare il piano di studi, che prevede, fra gli altri, i settori scientifico-disciplinari relativi alla chirurgia, alla anestesiologia nonché alla diagnostica per immagini e alla radioterapia. La formazione del podologo non si limita però al corso di laurea, perché da qualche anno sono disponibili importanti iniziative di aggiornamento, quali i corsi di formazione ECM (educazione continua in medicina), i convegni e l'annuale Congresso nazionale di podologia. Ciò che più caratterizza la grande evoluzione della professione sono i master in materia di diagnosi, cura, trattamento e prevenzione del piede diabetico organizzati negli ultimi anni dalla facoltà di medicina e chirurgia dell'università «La Sapienza». I numerosi podologi che hanno frequentano questi master (nonché tutti gli altri corsi) si sono rivelati pienamente maturi sotto l'aspetto culturale e tecnico e in grado di svolgere autonomamente funzioni importanti e delicate. Si può dire che si è in presenza di una formazione universitaria ed extrauniversitaria di gran lunga più completa e professionalizzante rispetto alle competenze individuate nel regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 666, che ha individuato il profilo professionale del podologo. **Pertanto, l'evoluzione registrata dalla professione deve essere accompagnata da una modifica del profilo professionale, che consenta di intervenire secondo le più attuali e collaudate linee guida di prevenzione e di cura.** Anche sotto l'aspetto della domanda si deve registrare un aumento esponenziale dovuto a motivi di carattere sociale e comportamentale. Innanzitutto, il progressivo invecchiamento della popolazione italiana, e quindi il numero sempre più consistente di persone che necessita di cure podaliche specifiche (il ricorso al podologo è quasi d'obbligo nell'età più anziana per migliorare la qualità della vita). Anche i bambini e i ragazzi sono sempre più esposti alle patologie podaliche, sia per l'impegno molto frequente negli sport (calcio, basket, tennis eccetera), sia perché la moda li spinge a indossare scarpe non adeguate. È evidente, quindi, che le trasformazioni in atto nella società hanno costituito

un forte impulso verso la valorizzazione della professione e, soprattutto, determinano lo sviluppo di una nuova esigenza di apprendimenti diversi, tecniche innovative di intervento e nuove integrazioni con altre professioni sanitarie. Tale revisione appare necessaria anche perché consentirebbe di poter contare su un professionista che fornisce direttamente all'utenza una prestazione sanitaria completa, con la possibilità di accertare le patologie con l'ausilio di apparecchiature diagnostiche per immagini e contestualmente di intervenire, completando la cura con la fornitura di dispositivi medici su misura. L'evoluzione del profilo professionale tracciato dal regolamento di cui al decreto n. 666 del 1994 favorirebbe una migliore professionalità e competitività della podologia italiana, attualmente operante non alla pari con gli altri Paesi più evoluti dell'Unione europea, dando la possibilità ai nostri professionisti di essere competitivi nel contesto lavorativo internazionale. **Alla luce di quanto sopra esposto, sarebbe pertanto utile prevedere che nel nostro Sistema sanitario il profilo professionale del podologo venga allineato con quello già presente nei Paesi europei, in particolare in Spagna ed Inghilterra**. **Quanto soprariportato è contenuto nella proposta di legge a pri ma firma dell 'On. Mandelli (FI) – A C. 596 "Norme in materia di podologia e istituzione della laurea magistrale in podoiatria", che è stata assegnata alla XII Commi ssion e Affari sociali della Camera, ed il cui esame non è stato ancora avviato. Nello specifico la proposta di legge definisce il profilo professionale del podologo (arti colo 1) e prevede l 'adozione di un decreto per istituire il corso di laurea magistrale in podoiatria, prevedendo al tresì ch e l'accesso al corso di laurea sia programmato a livello nazionale (articolo 2). L'AIP AUSPICA CHE L'ESAME DI TALE PROPOSTA DI LEGGE AC. 596 POSSA QUANTO PRIMA ESSERE AVVIATO PRESSO LA XII COMMISSIONE DELLA CAMERA, E CHE ESSA VENGA APPROVATA IN TEMPI BREVI DATO CHE TRA LE CONSEGUENZE CHE SI AVREBBERO CON LA SUA APPROVAZIONE CI SONO QUELLE DI CREARE POSTI DI LAVORO E DI MIGLIORARE L'ASSISTENZA OSPEDALIERA.**

Ad oggi, il Podologo si occupa della salute e dei problemi podologici dei seguenti soggetti:

- **GLI ANZIANI**. L'Italia è il secondo paese più vecchio al mondo, con una stima di 168,7 anziani ogni cento giovani al 1° gennaio 2018, ed il 70% degli

anziani soffre di patologie podaliche**.** Cure non appropriate determinano patologie invalidanti che possono portare l'anziano ad una mobilità ridotta o perfino compromessa. A tal fine, sarebbe necessaria che si realizzasse l'integrazione tra medico di medicina generale, podologo e geriatra, che diventa una risorsa fondamentale per dare all'anziano la possibilità di movimento al fine di migliorarne la qualità della sua vita. Oltre a ciò il diabete nell'anziano è una condizione sempre più diffusa, perché i casi aumentano con il crescere dell'età. Le **cifre del diabete** nell'anziano sono significative. A tal fine, sarebbe auspicabile, da parte di AIP, l'inserimento dell'assistenza podologica nei LEA, al fine di ridurre le amputazioni derivanti dalle complicanze del diabete, nonché che si realizzassero forme di collaborazione e integrazione tra i podologi, i medici di famiglia e i diabetologi al fine di migliorare le prestazioni di cura e, soprattutto, di prevenire tutte le complicanze invalidanti che possono compromettere la qualità della vita del paziente.

- **I BAMBINI**. I bambini e i ragazzi sono sempre più esposti alle patologie podaliche, sia per l'impegno molto frequente negli sport (calcio, basket, tennis eccetera), sia perché la moda li spinge a indossare scarpe non adeguate. Nello specifico, piedi piatti per un bambino su due. La colpa è soprattutto delle scarpe da ginnastica e dei chili di troppo che spesso 'appesantiscono' i più piccoli. Per i bimbi con questa patologia, l'assistenza del podologo e l'utilizzo di ortesi plantari su misura possono evitare il ricorso ai ferri del chirurgo, indispensabile nei casi più gravi. **Secondo l'AIP si prevede che vi sia a livello nazionale che regionale, l'assistenza podologica per i bambini, nell'ambito di un necessario programma di prevenzione delle patologie del piede**. Infatti, la mancanza di screening per i bambini nelle scuole elementari fa sì che non si possano prevenire future e più gravi patologie del piede.

Le Nostre Proposte Conclusive:

In conclusione, l'AIP auspica quanto segue:

- adeguamento del **profilo professionale del Podologo** a quello dei Paesi europei, in particolare Spagna ed Inghilterra;
- **l'esigenza che venga prevista, sia a livello nazionale che regionale, l'as-**

sistenza podologica, soprattutto per anziani e bambini, nell'ambito di un necessario programma di prevenzione delle patologie del piede. Infatti, cure non appropriate determinano patologie invalidanti che possono portare l'anziano ad una mobilità ridotta o perfino compromessa, mentre, la mancanza di screening per i bambini nelle scuole elementari fa sì che non si possano prevenire future e più gravi patologie del piede. Al fine di prevenire patologie del piede nei bambini dovrebbero essere, anche, poste le condizioni per una maggiore integrazione tra il pediatra ed il podologo;

- **l'inserimento dell'assistenza podologica nei LEA,** al fine di ridurre le amputazioni derivanti dalle complicanze del diabete. Le complicanze del diabete, grave patologia ritenuta dalla comunità scientifica internazionale come "la pandemia del futuro", che, come noto, causa in Italia oltre 7000 amputazioni l'anno, con una media di 19 giorni di degenza per ogni paziente, comporta conseguenti notevoli costi a carico del Sistema Sanitario Nazionale e l'esclusione dall'assistenza dei cittadini meno abbienti;
- il fatto che, nelle **Case della Salute e nelle RSA venga prevista anche la presenza del podologo**, favorendo così una deospedalizzazione e notevoli risparmi a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), nonché a costo zero gli studi podologici dovrebbero avere sempre maggiore rilievo sul territorio;
- di istituire un **Tavolo tecnico**, che si occupi della podologia e delle tematiche ad essa correlate, nonché dei percorsi terapeutici da adottare;
- di promuovere una **Comunicazione istituzionale** che sia finalizzata ad evitare che la figura del podologo venga ancora oggi confusa con quella del pedicure o dell'estetista. Tale confusione può infatti provocare dei danni irreparabili alle persone, che non ricevendo la cura più adeguata dalla giusta figura professionale, rischiano di avere danni sia a livello di qualità di vita riducendo la loro mobilità che a livello economico, dovendosi poi farsi carico di spese per ulteriori cure che il nostro SSN non copre.

L'incremento della disabilità implica un aumento nella richiesta di servizi finalizzati all'assistenza e al sollievo nonché una necessaria pianificazione dell'intervento attraverso la giusta utilizzazione delle risorse disponibili. Da un punto di vista clinico, si ha bisogno di una integrazione di servizi sanitari e sociali finalizzati a realizzare, attraverso diverse figure professionali, un piano di intervento individualizzato tramite una adeguata valutazione delle aree problematiche della persona.
Il territorio è il luogo che dovrebbe rispondere meglio alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed essere garante di completezza, vicinanza e continuità delle cure ma in questo momento, nonostante le norme e gli atti programmatori esistenti, (il Patto per la Salute 2014- 2016, il Piano Nazionale delle Cronicità, la L. 189/12 - ex Decreto Balduzzi) è estremamente difficile descrivere in modo univoco come le Regioni stiano configurando un modello di offerta territoriale capace di garantire la presa in carico e in particolare quella di persone con una malattia cronica (Cittadinanzattiva, 2017[1]).
Il terapista occupazionale, che vede nel domicilio "il luogo privilegiato per gli interventi di sua competenza, per l'adattamento ambientale e l'addestramento all'utilizzo di ausili e tecnologie riabilitative (Piano di indirizzo della riabilitazione, 2011[2])" è indicato dalla letteratura internazionale come un

[1] CITTADINANZATTIVA (2017)"Monitoraggio dei Servizi sul territorio, fuori dall'Ospedale dentro le Mura domestiche" (2017)- - Tribunale per i Diritti del Malato, 2017

[2] PIANO DI INDIRIZZO RIABILITAZIONE - Gazzetta Uff.del 2/3/2011 supplemento ordinario n.60 Serie Generale n.50

professionista sanitario che contribuisce alla diminuzione dei costi di istituzionalizzazione e ricovero nell'anziano, e che offre il suo contributo ai team multi professionali permettendo dimissioni anticipate nel paziente post acuto, favorendo il reinserimento nella quotidianità (programmi come *Reablement, Capable, Early Supported Discharge, Lifestyle redesign*, etc). Il terapista occupazionale deve essere inserito sia nei *team* domiciliari che negli organigrammi ospedalieri, nelle strutture sanitarie e socio sanitarie accreditate con il SSN di primo, secondo e terzo livello che garantiscono la continuità di cura e riabilitazione dal paziente in acuto al cronico, coprendo qualsiasi fascia d'età.

Anche il monitoraggio dei LEA dovrebbe essere affinato, affidato ad un tavolo di tecnici, professionisti, familiari e istituzioni. Ad esempio, i circa 2000 terapisti occupazioni presenti nel territorio italiano non possono essere sufficienti a soddisfare i LEA nelle diverse patologie (Artrite reumatoide, demenza, lupus eritematoso sistemico, malattia di Alzheimer, morbo di Parkinson e altre malattie extrapiramidali, psicosi, spondilite anchilosante) nei quali sono inseriti. Il calcolo del fabbisogno professionale va rivisitato, alla luce dei LEA, ma anche delle linee guida delle stroke unit, del piano nazionale delle demenze, delle linee guida per la persona con Parkinson, dei PDTA, degli altri documenti che prevedono il terapista occupazionale. Stessa attenzione andrebbe prestata all'assegnazione dei requisiti di accreditamento. Il reale recepimento delle linee di indirizzo permetterebbe una presa in carico qualitativa e attenta alle esigenze della persona e della comunità.

Oggi nel nostro Paese si osservano ancora una pluralità di strumenti di valutazione individuati e messi in campo nei diversi contesti regionali, fatti in casa e non validati internazionalmente, che spesso determinano il divario tra la strumentazione utilizzata e la necessità di fornire risposte adeguate di cura alle persone.

Tra la popolazione cresce una domanda di umanizzazione e personalizzazione dell'intervento sociosanitario che oggi si traduce nel concetto di centralità della persona nel percorso di cura. Purtroppo però in gran parte delle valutazioni non è la persona al centro dell'attenzione, ma le sue disabilità, i suoi deficit, le sue mancanze a cui sopperire con assistenza. Tuttavia è chiaro che non è tanto la patologia che definisce lo stato di autonomia, ma la disabilità presente dopo le compensazioni messe in atto dal soggetto, le agevolazioni

dell'ambiente di riferimento, le risorse soggettive e relazionali.
È necessario quindi ripensare al sistema di valutazione dell'autonomia, costruire un rapporto disabilità/fabbisogno di assistenza e una griglia d'indicatori omogenea per tutto il Paese per definire statistiche e allocazione delle risorse. Uno strumento spesso utilizzato dai terapisti occupazionali, affiancato a quello di misura della qualità di vita, è la COPM (*Canadian Occupational Performance Measure*). La COPM:

- si basa sul contesto e ambiente proprio del cliente, così da assicurare la rilevanza dei problemi per il cliente;
- considera la soddisfazione del cliente rispetto alla sua attuale performance;
- coinvolge il cliente fin dall'inizio nel processo riabilitativo;
- aumenta il coinvolgimento del cliente nel processo terapeutico;
- può essere utilizzata per tutti gli stadi di sviluppo della vita;
- può essere usata con qualunque tipo di disabilità;
- promuove l'idea che i clienti sono *partners* nel loro processo terapeutico;
- permette alla persona e al terapista di identificare ed affrontare problematiche relative a qualunque età (Law, 2004[3]).

Il terapista occupazionale possiede una prospettiva *occupation-centered*, che pone l'occupazione in una posizione centrale, attraverso la quale tutti i compiti e le azioni diventano "partecipazione", le valutazioni e gli interventi dovrebbero utilizzare strumenti basati sull'occupazione (*occupation-based*) ed il cui focus immediato è l'occupazione della persona (*occupation-focused*) (Fisher, 2014[4]).
Promozione della salute, prevenzione, sono chiavi importanti da utilizzare per cercare di contrastare le conseguenze della non autosufficienza. Prendere esempio da modelli finalizzati a prevenire le cadute, ad adattare il domicilio, a ridurre l'isolamento sociale, a educare la persona a uno stile di vita salutare sarà sicuramente utile non solo a ridurre i costi ma anche a garantire una vita più serena alla persona e alla famiglia.

---

[3] LAW, BAPTISTE, CARSWELL, MCCOLL, POLATAJKO, POLLOCK (2014) – Manuale Canadese della Performance Occupazionale – 5 edizione – traduzione a cura di Ghensi, Ianes. Massimiani

[4] Fisher A.G., (2014) "Implementare le valutazioni in terapia occupazionale: siamo pronti a raccogliere la sfida di essere centrati sull'occupazione?". G.I.T.O., 2014, pagg. 5-9.

L'importanza dell'integrazione del lavoro d'equipe si ottiene dopo un'adeguata conoscenza delle competenze reciproche tra le figure professionali; comprendendo approfonditamente le peculiarità dei diversi operatori, i punti di forza, si può decidere come inserirle nel percorso della persona presa in carico. Bisogna quindi ricordare di inserire tra le voci di spesa momenti di formazione e di riunione tra i vari operatori. Anche se inizialmente potrà sembrare un costo in più, in realtà si tratta di un investimento: potendo discutere dei vari percorsi si evitano ripetizioni di valutazione e si ha la possibilità di conoscere il paziente a 360°, e di offrire quindi un servizio migliore, che permetterà meno sprechi futuri, perché si metterebbe al centro del tutto proprio la persona.
Riteniamo necessario:

- Aumentare la partecipazione delle persone non autosufficienti nell'identificazione dei propri bisogni e dei servizi sociosanitari di cui necessitano, nelle misure di sviluppo della qualità e nei processi di innovazione.
- Facilitare lo scambio delle buone pratiche all'interno di uno stesso Paese e tra Paesi diversi.
- Migliorare la qualità dei sistemi di assistenza a lungo termine raggiungendo un buon equilibrio tra efficienza, risparmio sui costi e miglioramento della qualità.
- Creare audit, tavoli tecnici composti da professionisti sanitari, tecnici e familiari, finalizzati a monitorare il lavoro nelle Regioni e le discrepanze tra i documenti recepiti e la realtà lavorativa.
- Valorizzare maggiormente le professioni sanitarie, favorendo le connessioni con il mondo universitario e la ricerca.
- Tramite le azioni menzionate, migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti.

#MaratonaPattoSalute: più continuità assistenziale, prossimità, digitalizzazione e medicina d'iniziativa.
Le proposte di AMD per curare (meglio) il diabete a invarianza di risorse

Un **Centro di Diabetologia territoriale ogni 100.000 abitanti**; la valorizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) grazie all'**interconnessione dei sistemi informativi del SSN** e alla "tracciabilità" del paziente attraverso le strutture sanitarie e i diversi livelli assistenziali del territorio; un **Day Service Ambulatoriale (DSA)**, almeno una volta l'anno, per lo screening delle complicanze del diabete, volto a ridurre i ricoveri ospedalieri; un modello per l'**accesso più equo alle prestazioni ambulatoriali** che riduca i tempi di attesa; **gare ad "accordo quadro"** per conciliare razionalizzazione della spesa e diritto dei pazienti di ricevere il presidio più indicato a seconda della esigenze di ciascuno; una soluzione al mancato rimborso dei farmaci in tutte le Regioni; il **riconoscimento delle prestazioni di telemedicina** al pari di quelle rese in ambulatorio; l'istituzione di un **Osservatorio nazionale** per la verifica dell'attuazione del Piano Nazionale Diabete e di quanto sarà previsto dal Patto per la Salute 2019-2021.
Sono queste alcune delle proposte presentate dall'**Associazione Medici Diabetologi** alla **Maratona del Patto per la Salute**, la tre giorni organizzata dal **Ministro Giulia Grillo** con l'obiettivo di raccogliere idee, spunti e buone pratiche a beneficio della sanità pubblica.

"Preoccupati che il processo delle autonomie non vada a ledere quanto di utile è stato fatto nel corso dei 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale, ci auguriamo che nel nuovo Patto per la Salute 2019-2021 si inseriscano regole comuni ed ine-

ludibili alla base dell'assistenza diabetologica e che ogni Servizio Sanitario Regionale si impegni a implementarle", dichiara **Domenico Mannino**, Presidente AMD. *"Non si tratta di grandi investimenti, ma di rendere omogenei i processi di cura a tutela dei cittadini residenti su tutto il territorio nazionale. Impegnati quanto i decisori politici affinché prestazioni e terapie appropriate possano continuare a essere erogate in modo universale e in esenzione dalla spesa, oggi come in passato, siamo aperti e disponibili a una collaborazione continua con il Ministero della Salute".*

"L'assistenza per il diabete rappresenta una delle voci più rilevanti nel bilancio dello Stato e delle Regioni, stretta fra i bisogni delle persone affette dalla patologia e le scarse risorse economiche", sottolinea **Amodio Botta**, Consigliere nazionale AMD, intervenuto alla Maratona in rappresentanza dell'Associazione. *"Attualmente vi sono notevoli differenze nelle Regioni italiane. A titolo di esempio: nel 30% non è ancora stata emanata una Legge sul diabete; nel 20% non sono stati emanati decreti attuativi del Piano Nazionale Diabete; nel 56% delle Regioni è stata istituita una Rete del diabete che però, laddove presente, evidenzia criticità nel mancato raccordo tra primo, secondo e terzo livello di assistenza. L'obiettivo che AMD persegue e che ha voluto porre all'attenzione del Ministero nell'ambito di questa audizione, è proprio quello di favorire l'armonizzazione delle legislazioni regionali e il conseguimento di obiettivi comuni".*

ARTICOLO 1

Anaao Assomed esprime netta contrarietà alla clausola di salvaguardia. Il finanziamento del SSN è già all'ultimo posto tra i paesi del G7 e non può andare al di sotto della media OCSE, rappresentando il definanziamento pubblico una delle maggiori determinanti della crisi di sostenibilità.

In particolare, nel periodo 2010-2019 sono stati sottratti al SSN circa € 37 miliardi, mentre l'aumento nominale del fabbisogno sanitario nazionale (FSN) è stato di soli € 8,8 miliardi, con un incremento medio annuo dello 0,9%, inferiore a quello dell'inflazione (+1,07%). Il DEF 2019 riduce progressivamente il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% nel 2019-2020 al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022.

L'Italia è il paese dell'OECD dove la tutela della salute assorbe la minore spesa globale, all'ultimo posto nel G7, sia in rapporto al PIL che pro capite, inferiore del 37% alla media. Con risultati di salute, però, non inferiori, ed in diversi aspetti anche migliori. Un paradosso di cui dovremmo essere orgogliosi, visto che facciamo le nozze con i fichi secchi, non un lusso che non possiamo permetterci e nemmeno quel sistema con le mani bucate che molti si ostinano a raccontare.

ARTICOLO 2

L'impegno che va apprezzato a superare le diseguaglianze territoriali appare generico e debole in assenza dell'esplicitazione di tempi e strumenti. A partire dalla revisione dei criteri di riparto del FSN che oggi realizzano un modello ad assistenza inversa dando di più a chi ha minori bisogni.

Del tutto condivisibile appare anche l'intento di rivedere la governance del SSN, e quindi il modello aziendalistico mettendo mano al Dlgs 502/92. Un'operazione del genere non può, però, avvenire senza il punto di vista dei professionisti e senza fare tesoro dell'esperienza degli ultimi 25 anni.
Il neo centralismo regionale ha cambiato la geografia istituzionale delle originarie aziende sanitarie riducendo il loro numero, imponendo un gigantismo istituzionale, con relative turbolenze organizzative, che allontana i territori dai loro referenti istituzionali ed affida ad una diarchia tra Assessore e/o Presidente e Direttori Generali la politica sanitaria fino alle carriere dei professionisti, creando enti intermedi tra Regione ed aziende.
Un nuovo equilibrio deve ridefinire i confini dei ruoli e degli assetti istituzionali tra Stato, Regioni, e Comuni, o città metropolitane, in materia di produzione e tutela della salute.
La GOVERNANCE delle aziende è completamente da modificare.
Il processo di aziendalizzazione inaugurato dal Dlgs 502/92 è giunto al capolinea e l'adozione degli strumenti della gestione privatistica non ha migliorato né il saldo economico né la qualità del servizio reso. Anzi, le organizzazioni sanitarie sono diventate strutture in cui il prodotto passa in terza linea e chi lo produce è a sua volta il costo maggiore.
Si è aperto un profondo conflitto tra organizzazione e professione, due universi, diversi e distinti, di valori e di vocazioni, che una cultura aziendalista di matrice manifatturiera non è riuscita a saldare o quantomeno a far convergere in modo efficace.
In buona sostanza, l'Azienda sanitaria si è trasformata in un contenitore di anonimi fattori produttivi (i professionisti), costosi processi di produzione (le cure e l'assistenza) e consumatori sempre più esigenti (gli utenti), in un mix di costi in crescita e ricavi in diminuzione con bilanci che bisogna far quadrare comunque. Oggi la mission principale, se non unica, delle Aziende sanitarie, è il governo dei costi di produzione attraverso un puro meccanismo di controllo dei fattori di produzione, medici e dirigenti sanitari compresi.
Per di più, la cornice legislativa degli assetti gestionali del SSN non ha né scoraggiato né impedito la possibilità per i decisori politici di invadere la sfera gestionale della sanità, piegando alle esigenze della politica quelle della gestione e rendendo possibile il ramificarsi di interessi clientelari e spartitori, ai quali è stato subordinato il riconoscimento del merito e delle competenze

professionali. La complessità del mondo sanitario non può, però, essere governata con i soli strumenti della cultura aziendale, anche ove questi venissero utilizzati al meglio, cosa che in verità è accaduta raramente.
Di qui la necessità di ripensare l'attuale modello di governance, di fatto un potere monocratico su cose e persone, in una azienda diventata, dalla sua istituzione e nel decorso storico, un mero esercizio di creatività dei gruppi dirigenti regionali di turno, valutando con correzioni ed integrazioni l'ipotesi di una azienda speciale che renda partecipi delle decisioni i portatori degli interessi del territorio di riferimento (in primis gli Enti Locali e cittadini), oltre che i medici e gli altri professionisti, tarata sulla complessità clinica e sul riconoscimento di un management professionale.
Cambiare modello di gestione, superando la gestione con organo monocratico per istituire un sistema duale, con un organo di sorveglianza ed indirizzo ed un amministratore delegato, dallo stesso nominato non basta se non si assicura agli organismi collegiali rappresentativi dei medici un ruolo nei processi decisionali che hanno impatto sulla attività clinica, anche attraverso la espressione di pareri vincolanti e nella selezione e verifica delle carriere, troppo discrezionali ed autoritarie, alleggerendo l'insopportabile deriva burocratica verso la quale è oggi sospinta la pratica dell'appropriatezza clinica. Il modello dipartimentale può essere organo di governo delle carriere e della riduzione del disagio professionale, ri-collocando i medici all'interno della organizzazione come garanti anche della sostenibilità della spesa.
Un diverso equilibrio, o meglio l'integrazione delle competenze e dei poteri nelle aziende sanitarie, quello politico, quello manageriale e quello tecnico professionale è questione centrale e cruciale nel vincere (o perdere) le due sfide più grandi per il nostro sistema sanitario, quella del consenso dei cittadini e quella della sua sostenibilità economica, nella salvaguardia dell'universalismo e dell'equità, anche per riallineare diritti e risorse. Non basteranno a vincere queste sfide pur necessarie iniezioni di meritocrazia, in assenza di un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e sociale che arrivi alla matrice gestionale ed organizzativa.
Un sistema complesso come quello sanitario non cambia perché qualcuno concepisce e quindi impone una soluzione progettata allo scopo. I meccanismi top down, come le pesanti ristrutturazioni organizzative, l'introduzione di nuove regole e di più stringenti indicatori di performance sono destinati al

fallimento. Il cambiamento imposto dalla politica non ha mai lo stesso peso del cambiamento clinicamente guidato.

ARTICOLO 4
I piani di rientro sono stati un insuccesso perché, anche laddove hanno conseguito positivi risultati finanziari, lo hanno fatto a scapito dei LEA e con la metodologia delle tre T, più ticket, tasse, tagli.

ARTICOLO 5
Il capitolo dedicato alle risorse umane appare debole e contradditorio se non riconosce la fatica, anche psichica, del lavoro dei medici, il disagio crescente, l'imbarbarimento delle condizioni di lavoro. Da tempo il lavoro professionale nel SSN ha perso valore economico e negoziale e tutele normative, subendo un impoverimento, anche numerico, nella subordinazione dei valori professionali a quelli gestionali. A questa sofferenza il patto della salute nega ogni diritto di cittadinanza e non propone rimedio. I medici, e tutti i professionisti sanitari, hanno cessato di essere una risorsa su cui investire per diventare un costo da ridurre, ed appare evidente la pericolosa distanza dei valori di riferimento di chi produce rispetto a quelli di chi gestisce le aziende sanitarie. Il paradosso del modello di governo delle risorse professionali è tutto qui: catene di comando sempre più corte, distanze tra i valori di riferimento sempre più larghe.
L'art.5 ben rappresenta la leggerezza progettuale e soprattutto la disinvoltura con la quale si intende affrontare questioni delicate e complesse, quali l'ingresso nel SSN ed il futuro dei giovani. Il sogno di disporre di regole che consentano nuovi e variegati mansionari professionali sempre più *low cost*, e di personale con stato giuridico frammentato in etnie, il cui confine è rappresentato da misteriose "funzioni non specialistiche" da riservare a neo laureati pagati come un caposala, è svelato dalla possibilità dell'ingresso nel SSN di laureati senza specializzazione.
Secondo la Corte dei Conti, il costo del personale dipendente, precipitato al di sotto del 30% della spesa complessiva, con un risparmio di 2,6 miliardi solo negli ultimi 5 anni, è stato, insieme con l'imbarbarimento delle condizioni di lavoro, il vero prezzo pagato per la sostanziale tenuta del SSN in questi anni.

I nuovi modelli di organizzazione del lavoro, derivati dalla industria automobilistica assumono i medici ospedalieri come bersaglio privilegiato delle disfunzioni organizzative ed esprimono una tentazione forte di un uso opportunistico delle competenze. Dove i pazienti non sono più persone con problemi sanitari ma lavoro, ovvero una pila di cartelle cliniche, ed il medico un prestatore d'opera se non un venditore, in strutture che fanno della vendita sotto pressione la loro ragione di esistere.
Per dirla con parole del Ministro alla Salute *"Il personale sanitario è stato la prima vittima sacrificale della contrazione delle risorse che ha colpito la sanità ed ha tutto il diritto di essere ascoltato e di essere trattato bene per la grande missione che svolge. Se non si interviene immediatamente rischiamo di trovarci solo operatori anziani e demotivati, di non avere giovani pronti al ricambio e quindi di non avere chi sostiene la sanità pubblica".*
Serve una profonda riprogrammazione strategica delle politiche sanitarie per Cambiare paradigma ed investire sul lavoro professionale, che nella sanità pubblica rappresenta il capitale più prezioso, di ordine formativo, tecnologico, professionale e civile, è la strada che può rendere possibile quanto oggi appare impossibile, e cioè le compatibilità della economia con l'esigibilità del diritto unico ed indivisibile alla tutela della salute.
La formazione medica post-laurea è diventata una vera emergenza nazionale, orfana di responsabilità politiche, che non si può affrontare senza mettere in discussione il ruolo dell'Università, variabile indipendente, e parassitaria, del sistema sanitario, sostanzialmente al riparo da tagli e riorganizzazioni, priva di limiti e di obblighi sociali, subordinando le necessità assistenziali a quelle didattiche, vere o presunte, fermi restando per il SSN tutti gli obblighi connessi al finanziamento. L'"ingessatura" dello specializzando in un ruolo più simile ad uno studente che ad un medico progressivamente coinvolto in tutte le attività specialistiche, rappresenta una anomalia in Europa. E non è l'unica. Si è strutturato un imbuto formativo nel quale restano prigionieri migliaia di neolaureati (circa 8000 nell'ultimo concorso) cui viene negato l'accesso alla formazione specialistica o a quella di medicina generale, requisiti legislativi per operare in conto e per conto del SSN. Confinati quindi ai margini del mercato del lavoro, in una sorta di riserva indiana a bassa qualificazione professionale nella quale pescano soggetti interessati a sviluppare attività sanitarie concorrenziali con il pubblico, a costi più bassi. Sospesi tra sotto-

occupazione ed emigrazione. Nel periodo 2005-2015 11.000 medici italiani sono emigrati all'estero, portando via risorse e talenti contribuendo a rendere drammatica la carenza di medici specialisti, come di medicina generale, e nei prossimi 5 anni il 50% dei medici lasceranno il posto di lavoro per raggiunti limiti di età, mettendo ulteriormente in difficoltà un sistema già oggi stremato da condizioni di lavoro insopportabili.
Occorre un incremento del numero di specialisti e di medici di medicina generale, insieme con l'inserimento del neolaureato nel SSN, con contratto a tempo determinato finalizzato al completamento del percorso formativo, mandando i Medici negli Ospedali dove sono i malati. Fin dalla laurea, e non dopo un imprecisato periodo di formazione, con un inserimento che comunque è da considerare aggiuntivo rispetto alle dotazioni organiche correnti, e con condizioni di lavoro e job description da definire nel CCNL della dirigenza medica.
Il nodo da sciogliere resta, comunque, quello del rapporto tra SSN-Università ed il livello della loro integrazione sul piano assistenziale e, contestualmente, della didattica e della ricerca. Non si può continuare a considerare, da parte dell'Università, l'Ospedale come un'immensa riserva in cui collocare in maniera automatica i docenti che "stanno stretti" nell'alveo universitario per mancanza di prospettive di carriera, una operazione a costo zero per dare respiro ad atenei ingolfati da troppe presenze e poche risorse assistenziali.
È necessario recuperare una "cultura" dell'ospedale sotto il profilo della didattica e della ricerca applicata in collegamento con la ricerca scientifica accademica, con personale motivato sul piano professionale ed incentivato su quello economico.
E per rispondere all'attuale carenza di medici specialisti è auspicabile l'impiego sistematico ed obbligatorio degli specializzandi degli ultimi anni negli ospedali attraverso convenzioni della loro attività libero professionale, al posto dei medici in affitto o dei medici pensionati.

ARTICOLO 9
Positivo il piano di investimenti edilizio e tecnologico per 32 mld.

ARTICOLO 10
Se la programmazione deve essere concertata con le autonomie locali occorre

valorizzare il ruolo del Distretto all'interno della organizzazione aziendale. L'ingegneria istituzionale del SSN ha concepito la organizzazione del rapporto tra rete ospedaliera e territoriale attraverso un unico filo conduttore di programmazione, l'abbattimento della dotazione dei posti letto, con ospedali diventati quinte teatrali per categorie professionali impoverite, anche numericamente, fino a livelli organizzativi che non riescono a fare di un ospedale un ospedale. Sono evaporati in 10 anni oltre 70.000 posti letto, con conseguente crollo del rapporto con gli abitanti sotto la media europea, specie nelle regioni del Sud che nemmeno riescono a raggiungere lo standard nazionale nel vuoto di politiche attive per le cure primarie. L'allungamento delle liste di attesa ed il sovraffollamento dei PS, divenuti luoghi simbolo del fallimento di politiche sanitarie recessive, sono un dramma quotidiano che cittadini e medici devono affrontare costretti su fronti opposti. L'ospedale è diventato un luogo dove è difficile entrare ma ancora più difficile uscire.
Restringere la rete ospedaliera concentrando le competenze e le tecnologie non basta se nello stesso tempo non cambia la organizzazione del lavoro, dentro e fuori l'ospedale, anche per rispondere alla transizione demografica, epidemiologica e di genere, ed alla carenza di medici. Contro la logica anti ospedaliera imperante, che sta dominando da tempo programmi e strategie politiche, istituzionali, professionali e accademiche, occorre delineare chiaramente il percorso politico, organizzativo e culturale capace di realizzare il necessario equilibrio ospedale-territorio. Ripensando ruolo, modello e organizzazione del lavoro delle strutture per acuti in una ottica di sistema, insieme, non prima né dopo, con lo sviluppo di modelli consolidati di cure primarie, in una logica di rete clinica che offra diversi livelli di risposta a differenti setting di domande. E costruendo una prassi fondata anche su processi di misurazione e valutazione delle attività e dei risultati, facilitando la comunicazione ed il confronto e la presa in carico dei cittadini in una ottica di continuità assistenziale che sfrutti anche le tecnologie informatiche. Del resto, la letteratura internazionale è unanime nel sostenere la necessità di organizzare modelli di assistenza sanitaria integrati tra ospedale e territorio. Si tratta di strutturare il rapporto ospedale territorio per gestire il paziente complesso in una logica dipartimentale ed un percorso condiviso tra tempi e luoghi differenti di erogazione della prestazione sanitaria. Mettendo fine al gioco di prestigio di fare credere di potere finanziare la riforma delle cure

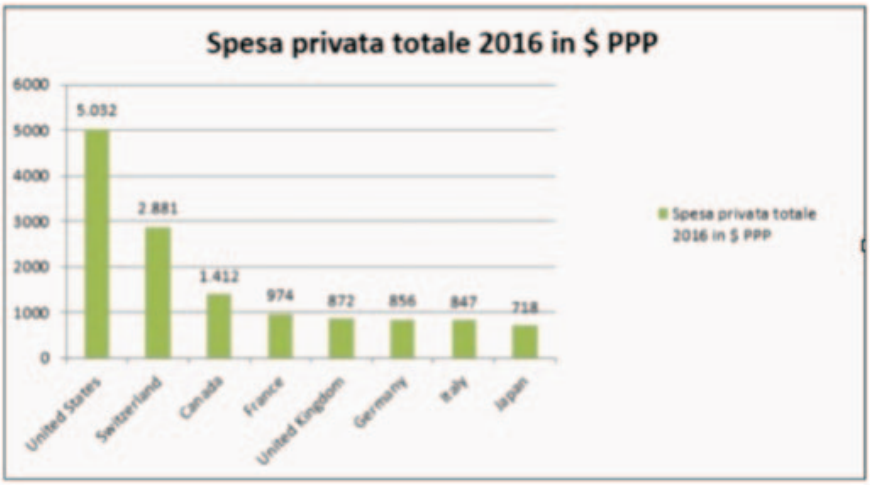
primarie con i risparmi derivanti dal taglio dei posti letto e dalla riduzione delle strutture gestionali ospedaliere.
Un'integrazione reale aiuta anche a superare la contrapposizione tra due logiche diverse di governo delle risorse finanziarie, quella tradizionale a silos verticale, focalizzata sul controllo degli input per livello di assistenza, o voce di costo, e la logica orizzontale che assegna le risorse per la presa in carico del paziente trasversalmente ai livelli assistenziali.
Occorre rimediare al fallimento di una riorganizzazione che ha trasferito risorse da ospedali a territori senza un riscontro efficiente ed efficace in termini di esiti di salute, scaricandone le spese sui cittadini (meno posti letto, più liste di attesa, strutture spesso fatiscenti, indicatori di salute differenti da regione a regione) e sui medici, in attesa di un adeguamento contrattuale da quasi 10 anni, demotivati dalle pseudo riforme, in preda ad un diffuso burnout.
La stessa valorizzazione della prevenzione primaria, una pratica povera che non richiede grossi investimenti e rappresenta la modalità più efficace per ridurre la richiesta di cure, rischia di ridursi a puro slogan se non si chiarisce quanto lo Stato è disposto a sacrificare nel doppio ruolo di gabelliere e curante, per ridurre i comportamenti a rischio.
Per quanto riguarda il sistema di Urgenza Emergenza occorre una soluzione straordinaria e pragmatica che unifichi il sistema extraospedaliero con quello intraospedaliero, proviamo ad immaginare almeno un unico rapporto di lavoro con il passaggio alla dipendenza con compiti intercambiabili, per cui il 118 lavora in Pronto Soccorso quando non è impegnato all'esterno.

ARTICOLO 11

Necessario un intervento legislativo che espliciti i criteri per riconoscere a fondi e sms un sostanziale ruolo di complementarietà cui attribuire benefici fiscali. Rivedere tutta la materia sia nel trattamento fiscale, sia nella definizione della natura integrativa delle prestazioni, per decidere se e con quali modalità integrare i canali di finanziamento per assicurare la migliore equità contributiva. Rimaniamo, comunque, contrari ad aumentare il novero dei beneficiari del vantaggio fiscale, che anzi andrebbe ridotto per dirottare i risparmi su interventi mirati a beneficio del SSN.
La spesa intermediata da polizze di assicurazione e fondi integrativi, con il

60% delle prestazioni già previste dai LEA, interessa oggi circa 12,5 milioni di cittadini per un valore di circa 4,7 mld di euro, cui va aggiunta la cosiddetta "spesa fiscale", nell'anno 2016 valutata superiore a 3 mld. Senza contare i costi fiscali legati al boom del welfare aziendale, con evidenti profili di iniquità se il risparmio di imposta per alcuni rappresenta un onere a carico di tutti i cittadini, anche i meno abbienti.
La spesa privata italiana complessiva ha, però, avuto dal 2000 al 2016 il più basso aumento pro-capite (1,8 %) tra tutti i Paesi OCSE (con l'eccezione della Turchia), e nel 2016 in cifra assoluta è stata la più bassa tra i grandi paesi Europei lontana da quella di Canada e USA. Dunque, l'inarrestabile aumento è solo un allarme procurato.

SPESA SANITARIA PRIVATA



La letteratura internazionale dimostra che i sedicenti "pilastri" comportano uso inefficiente della spesa, frammentazione dei percorsi assistenziali, sovra-utilizzo di prestazioni, anche futili, fino al 80% in più, incremento della spesa sanitaria totale, sia pubblica, sia privata.
Vale la pena di ricordare che un sistema è sostenibile nella misura in cui la politica vuole che lo sia. I sistemi di finanziamento sono, infatti, prima ancora

che soluzioni tecniche, scelta politica che esprime i valori della società e del suo sistema sanitario e le priorità dei governi. Il recupero della spesa fiscale potrebbe bene essere finalizzato alla missione salute. Respingiamo, comunque, al mittente la proposta di secondi e terzi pilastri da erigere sulle macerie del primo e la falsa alternativa tra aumento di tasse e calo di servizi. Il che è esattamente quanto sta oggi accadendo simultaneamente alla sanità pubblica, tra tagli al finanziamento delle cure ed impennate di addizionali IRPEF e di ticket.

ARTICOLO 14

Il ticket è ormai diventato, da meccanismo regolatore della domanda, una robusta fonte di finanziamento, per un valore di circa 3 miliardi, ed il superticket di 10 euro è diventato un vero e proprio driver di prestazioni verso la sanità privata. Condivisibile appare la abolizione di quest'ultimo e la revisione dei primi, anche con tetti annuali e con controlli sul sistema delle esenzioni ormai arrivate a percentuali inverosimili..

ARTICOLO 17 LISTE DI ATTESA

Il problema complesso delle liste di attesa non può diventare lo strumento per attaccare la Libera Professione Intramuraria dei medici. Istituto contrattuale che registra una flessione di volumi di attività in ragione di una domanda che cala, senza però che questo faccia diminuire gli introiti per le aziende e le entrate fiscali, rendendo ancora più speciose le polemiche sulla sua legittimità sociale ed eticità nel sistema pubblico. Polemiche che vogliono portare a chiudere la libera professione intramoenia come soluzione semplice, ma sbagliata, al problema complesso delle liste di attesa. Si preferisce evitare provvedimenti strutturali, e costosi, per continuare a strangolare il sistema depauperato di 10000 medici, spingendo i pazienti verso il privato. Una politica che cerca il capro espiatorio nei dottori (prime vittime di un sistema che li sta sfruttando in termini mai visti), che sembra avere chiaro come spostare nel privato le risorse pubbliche. In realtà, l'intramoenia, che con il lavoro extra orario dei Medici regala alle Aziende 300 milioni all'anno, che potrebbero ben essere utilizzati per ridurre le attese, adottata, magari a gestione privata, come ordinaria attività delle aziende, può diventare il perno di un piano di abbattimento delle liste di attesa, se potesse godere dei benefici

fiscali e contributivi previsti per l'incremento della produttività nel privato, con specifiche incentivazioni per l'erogazione dei servizi in orari serali e pre-festivi. Se invece l'attacco è al doppio lavoro dei medici, ricordiamo che il patto di esclusività, in base al quale nacque l'intramoenia, è già tradito, vista la irrisorietà attuale della relativa indennità, che vogliono esclusa anche dalla massa salariale, e che qualunque proposta di superamento non può avvenire isorisorse.

ANAP ASSOCIAZIONE NAZIONALE AUDIOPROTESISTI PROFESSIONALI

Rappresentativa per la professione di Audioprotesista ai sensi del Decreto Direttoriale 10/7/2015 del Ministero della Salute Associazione Tecnico-Scientifica ai sensi della Legge 24/2017 e della Determina del Ministero della Salute del 6 novembre 2018

Livelli Essenziali di Assistenza: protesi acustiche.

Chi vi parla è il Presidente dell'Associazione Nazionale Audioprotesisti Professionali.
L'ipoacusia, intesa come diminuzione della capacità uditiva, interessa, in Italia, circa **7 milioni di persone**.
La sua specificità fa sì che il dispositivo acustico sia individuato, studiato e adattato per essere destinato esclusivamente al paziente per cui è stato scelto, attraverso l'allestimento su misura da parte del Tecnico Audioprotesista. Tutto ciò era garantito dal Servizio Sanitario Nazionale, fino al DPCM sui Nuovi LEA 2017**, attraverso il "modello a tariffa".**
Con la riforma dei LEA l'assistenza audioprotesica, sovvertendo le norme che regolano la tipologie delle prestazioni sanitarie per tipologie di bisogni e dispostivi complessi, è stata assoggettata a procedure pubbliche d'acquisto.
A causa della impossibilità nel garantire al paziente l'adeguata personalizzazione dei dispositivi e il rispetto del ruolo dell'Audioprotesista, le Commissioni competenti di Camera e Senato, durante le fasi di esame del DPCM sui nuovi LEA hanno posto come condizione vincolante il ripristino del sistema tariffario. **Tale condizione, purtroppo, ad oggi non è ancora stata recepita.**
Di fondamentale importanza e sulla stessa posizione anche CONSIP, l'agenzia del MEF per gli acquisti a carico della PA, che il 18 dicembre 2018 in audizione in Commissione Affari sociali alla Camera dei deputati, ha affermato: "**che per dispositivi che hanno un livello di personalizzazione [come gli**

apparecchi acustici] non è la gara di qualsiasi forma lo strumento adatto".
Alla luce di tutte queste considerazioni l'Associazione che rappresento chiede che venga accolto lo stralcio dalle modalità di acquisto a mezzo gara indicando specificamente per gli apparecchi acustici l'assoggettamento al regime tariffario.
SE LE PAROLE CONTANO IL PATTO DELLA SALUTE 2019 LADDOVE DELIBERA CHE: "ART.5 -RISORSE UMANE- "Le risorse umane sono la prima leva per garantire l'appropriata erogazione dei Lea e la sicurezza e la qualità delle cure" di fatto sostiene e ribadisce autorevolmente la nostra richiesta di mantenere il regime tariffario.

CONCLUDO

NOI auspichiamo pertanto che uno dei frutti di questa Maratona delle Professioni Sanitarie sia la presa d'atto della palese inadeguatezza - acclarata dalla **Consip, dal Parlamento sovrano** - *della inclusione*, peraltro transitoria e soggetta a verifica programmata delle prestazioni dell'Audioprotesista nel sistema delle procedure di gara, attese altresì le considerazioni rese in proposito dallo stesso **Consiglio di Stato** con l'articolata **sentenza n. 759 del 30.1.2019**.
In buona sostanza, il controllo della spesa pubblica - da valere senz'altro quale criterio cardine dell'agire della Pubblica Amministrazione, **fatto proprio anche da noi Audioprotesisti** - nella peculiarità e complessità del caso di specie viene assicurato mediante una tariffa appropriata e **NON mortificando i diritti dei Cittadini fruitori delle prestazioni e NON a discapito dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. E tantomeno mortificando una figura sanitaria che ha appena ottenuta la dignità ordinistica.**
Gianni Gruppioni

AND PRO SAN

Associazione Nazionale Dirigenti Professioni Sanitarie
(Associazione Sindacale affiliata COSMED)

L'Associazione Sindacale ANDPROSAN (affiliata COSMED) ha partecipato all'iniziativa promossa dal Ministero della Salute titolata "maratona patto per la salute"; tra le proposte ministeriali sono state individuate alcune argomentazioni "core":

1. personale
2. efficienza e appropriatezza utilizzo fattori produttivi
3. cronicità

1. Personale

la voce "personale" ha un peso di grande rilevanza per il funzionamento del SSN e per la sostenibilità dello stesso. Al momento sono presenti importanti difformità tra le diverse aree geografiche del Paese, con l'assoluta necessità di assicurare l'adeguatezza delle risorse (tipologia e numerosità), per consentire la realizzazione delle attività diagnostiche, clinico-assistenziali e riabilitative, nelle strutture ospedaliere, territoriali e residenziali, con significative differenze nei livelli di risposta ai bisogni di salute della popolazione.

Al riguardo è necessario prevedere degli standard di riferimento, per ogni figura professionale, sia a livello dirigenziale, sia a livello dell'Area del Comparto, al fine di utilizzare le risorse in maniera corretta e razionale, con criteri uniformi, tenuto conto di alcune variabili, in particolare:

a. la tipologia della struttura (area intensiva, area semintensiva, area internistica ad alta / media / bassa / complessità, area chirurgica ad alta / media / bassa / complessità, area specialistica ad alta / media / bassa / complessità, area residenziale ad alta / media / bassa / complessità, servizi, etc. etc.);
b. dimensionamento della struttura (numerosità minima di posti letto per ogni disciplina o accorpamento/integrazione di discipline);
c. gravità di patologie e severità di cure / attività assistenziali (complessità diagnostico-clinico-assistenziali-riabilitative, livelli di autonomia/di-

pendenza dei malati, etc. etc.);

d. complessità progettuale e processuale, tenuto conto anche delle esigenze applicative della L. 24/2017 (Bianco Gelli) e dei principi fissati dai Manuali di Autorizzazione ed Accreditamento, con particolare riferimento ai modelli organizzativi e clinico-assistenziali, alle modalità di presa in carico dei malati, all'umanizzazione degli interventi, al rischio clinico, etc. etc.;
e. volumi di attività;
f. distribuzione del servizio (e delle attività) nell'arco delle 24 ore (H6/7 – H12 – H24);
g. servizi domiciliari e territoriali.

Da tenere conto che i riferimenti normativi risultano particolarmente datati e superati e, di contro, i dati di letteratura recente (RN4CAST) individuano nelle carenze di dotazioni organiche assistenziali la causa dell'implementazione dei rischi per i malati e l'aumento della mortalità.
La necessità degli adeguamenti è necessaria per un più alto livello di tutela e garanzia per gli utenti, per gli operatori e per le stesse Aziende.

2. Efficienza e appropriatezza utilizzo fattori produttivi

Questo argomento si lega pesantemente con il precedente titolato "personale". L'ultimo decennio si è caratterizzato per una successione di normative che hanno generato importanti riorganizzazioni, probabilmente ancora da completare, che hanno inciso anche nelle dotazioni di personale.
Le normative più rilevanti vengono individuate:

- L. 133/2008 (Brunetta – riduzione pl, riduzione personale, riduzione coordinamenti, etc.);
- L. 135/2012 (Monti) – riduzione Strutture Complesse, riduzione personale (contenimento dei costi alla spesa del 2004, con ulteriore sottrazione dell'1,4%);
- DL 158/2012 (Balduzzi) – riorganizzazione dei servizi territoriali e sviluppo delle AFT e delle UCCP
- DM 70/2015 (Lorenzin) – determinazione degli standard disciplinari rapportati al milione di abitanti (con distribuzione a carico delle singole regioni e delle relative programmazioni) e al rispetto della casistica riportata nello stesso documento, a tutela e garanzia degli utenti e degli operatori.

I dati relativi alle riorganizzazioni operate dalle Regioni non lasciano dubbi circa l'applicazione delle norme citate, con particolare riferimento alle razionalizzazioni del personale (-8.272 medici e -12.031 infermieri), senza certezze relativamente all'applicazione rigorosa di tutti i principi.
Probabilmente è necessario fare ulteriori approfondimenti riguardanti tre importanti argomenti:

a. le evoluzioni scientifiche, tecnologiche e metodologiche che hanno ridotto pesantemente le giornate di degenza (con necessità di rivedere gli assetti e le distribuzioni delle discipline in ogni ambito regionale, superando i "campanilismi e le forzature" per il mantenimento dell'esistente);
b. le evoluzioni normative e formative che hanno riguardato le professioni sanitarie (con la conseguente necessità di rivedere i ruoli, le attività e le responsabilità, superando i pregiudizi e le "posizioni di potere", arcaiche e non più attuali);
c. la necessità di rivedere l'intera organizzazione, tenendo conto dei punti sopra citati (adeguare le strutture, le tecnologie e le attrezzature, senza modificare le organizzazioni, i ruoli e le responsabilità ha come conseguenze una invarianza di risultato ed un aumento dei costi).

3. Cronicità

La cronicità (insieme a fragilità e disabilità) rappresenta un'importante criticità di oggi e il vero problema di domani.
La questione è da collegare ai mutamenti demografici, epidemiologici e socio-economici che riguardano il nostro Paese e le persone.

La tabella che segue riporta la distribuzione della popolazione per fasce di età.

ITALIA - Popolazione residente per sesso ed età al 1° gennaio 2016

	m	f	tot	variaz. anno precedente
0-4	1.322.506	1.250.442	2.572.948	<
5-9	1.469.465	1.385.255	2.854.720	<
10-14	1.469.325	1.384.866	2.854.191	<
15-19	1.490.426	1.391.122	2.881.548	>
20-24	1.563.396	1.472.791	3.036.187	<
25-29	1.653.304	1.607.399	3.260.703	<
30-34	1.776.419	1.761.403	3.537.822	<
35-39	2.043.171	2.037.299	4.080.470	<
40-44	2.380.558	2.399.975	4.780.533	<
45-49	2.441.662	2.490.023	4.931.685	<
50-54	2.337.449	2.420.239	4.757.688	>
55-59	1.990.139	2.110.923	4.101.062	>
60-64	1.755.003	1.891.237	3.646.240	>
65-69	1.757.419	1.927.499	3.684.918	>
70-74	1.322.775	1.533.451	2.856.226	<
75-79	1.227.379	1.552.174	2.779.553	>
80-84	826.785	1.227.709	2.054.494	>
85-89	448.223	857.207	1.305.430	>
90-94	154.221	407.669	561.890	>
95-99	23.625	84.873	108.498	>>>
> 100	3.091	15.674	18.765	>
Totale	**29.456.341**	**31.209.230**	**60.665.571**	

	m	f	tot	variaz. anno precedente
65-69	1.757.419	1.927.499	3.684.918	>
70-74	1.322.775	1.533.451	2.856.226	<
Totale	**3.080.194**	**3.460.950**	**6.541.144**	

La popolazione ricompresa nella fascia di età 65-74 aa è pari a 6.541.144.
I dati di letteratura (Scaccabarozzi) evidenziano nel 3,7% la popolazione affetta da cronicità / fragilità / disabilità, per un totale di 242.022 persone.

	m	f	tot	variaz. anno precedente
75-79	1.227.379	1.552.174	2.779.553	>
80-84	826.785	1.227.709	2.054.494	>
85-89	448.223	857.207	1.305.430	>
90-94	154.221	407.669	561.890	>
95-99	23.625	84.873	108.498	>>>
> 100	3.091	15.674	18.765	>
Totale	**2.683.324**	**4.145.306**	**6.828.630**	

La popolazione ricompresa nella fascia di età di 75 aa è pari a 6.828.630 (di cui 18.765 ultracentenari).
I dati di letteratura (Scaccabarozzi) evidenziano nel 7% la popolazione affetta da cronicità / fragilità / disabilità, per un totale di 478.004 persone.
Le famiglie sono 25.266.266, di cui 1/3 costituito da un solo componente (con forte prevalenza di vedovanze, principalmente donne).
Gli investimenti fino ad oggi sviluppati e realizzati, con il coinvolgimento diretto dei MMG/PLS (miglioramenti economici, presenza di MMG ai Pronto Soccorso per la presa in carico dei Codici Bianchi, etc.) non hanno portato i risultati attesi ed auspicati (di fatto sono peggiorati gli accessi dei codici bianchi ai Pronto Soccorso, soprattutto nelle fasce orarie notturne e festive e pre-festive diurne).
Probabilmente è necessario rivedere l'intera organizzazione, sempre con il coinvolgimento dei MMG/PLS, ma con una presa in carico infermieristica, con il progetto di cura e assistenza definito e condiviso con MMG/PLS, con comunicazione continua, anche da "remoto", relativamente alle evoluzioni clinico-assistenziali, per i necessari adeguamenti.
Questo potrebbe portare anche ad una rivisitazione dell'intero sistema delle cure primarie:

- con lo sviluppo del Cronic Care Model e della Medicina d'Iniziativa (come già sperimentato e in essere in alcune Regione)
- con l'attivazione della figura dell'infermiere di famiglia, come previsto nel PSN e come raccomandato dall'OMS;

- con una rivisitazione dei massimali individuali (se la cronicità viene prevalentemente seguita da infermieri è indubbio che diminuisce il lavoro del MMG/PLS, con la conseguente possibilità di assistere un numero più alto di persone, ad invarianza di spesa per il SSN);
- sviluppare la funzione di "case manager" nelle figure assistenziali infermieristiche impegnate nei servizi domiciliari e di Infermiere di Famiglia.

In conclusione si esprime apprezzamento verso l'azione del Ministro e dell'intero Ministero per l'iniziativa di "ascolto" e si auspica che la stessa linea si realizzi a livello delle Regioni e delle singole Aziende, anche con un coinvolgimento diverso della Dirigenza delle Professioni Sanitarie (non per *lobby* ma per caratterizzazioni e specificità professionali e formative).

ANIN
"Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze"

Da un modello di presa in carico della persona con patologia cronica, di tipo multidisciplinare integrato, ad un modello di cura partecipata e co-costruita

- AMBITO: CRONICITÁ
- PAROLE CHIAVE: SANITÁ PARTECIPATA E CO-COSTRUITA
  PATIENT AND CARE GIVER ENGAGEMENT

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento dell'aspettativa di vita, che ha reso l'Italia tra i Paesi con il più alto indice di invecchiamento del mondo (Istat, 2014), contribuendo ad un incremento della delega della funzione di cura al cittadino e alle sue reti sociali. La politica assistenziale risulta essere notevolmente influenzata dalle malattie croniche e dalle disabilità o handicap, che caratterizzano ormai l'attuale contesto socio-demografico.
La malattia costringe le persone, i familiari, a riorganizzare in termini di spazio, ruoli, funzioni e tempi, l'assistenza da erogare alla persona. La progressione della malattia impone altresì, dei cambiamenti sia organizzativi, sia emozionali. In alcune situazioni la patologia determina l'adozione di comportamenti dissimili da quelli noti ai familiari, che impediscono il riconoscimento reciproco, alimentando una condizione di distress all'interno della famiglia (Rinaldi, 2005) e soprattutto nel caregiver, se non adeguatamente preparato e supportato, favorendo in quest'ultimo un senso di disorientamento, fragilità e impotenza.
L'insight del caregiver spesso non viene attenzionato, per cui risultano essere

mancanti sia la consapevolezza, sia la conoscenza della malattia, elementi necessari all'identificazione e comprensione dei bisogni della persona assistita e alla riduzione del rischio di burden, del burn out e della compassion fatigue dello stesso caregiver (Franza, Del Buono, Pellegrino, 2015),
(Kim, Chang, Rose, Kim, 2012).
Esiste quindi un carico soggettivo da parte di quest'ultimo, con dei tempi stimati di cura riconducibili a circa 7 ore al giorno di assistenza diretta e 11 ore di sorveglianza, ore che aumentano progressivamente con l'aggravarsi della malattia. Rilevanti inoltre, sono i costi diretti e indiretti sostenuti dal caregiver, come notevole risulta essere l'impatto che tale ruolo ha sulla salute dello stesso. Gli equilibri personali e relazionali vengono costantemente ridisegnati sia dall'insorgenza della patologia, sia dalla sua progressione. Indipendentemente dalla motivazione che sta alla base della scelta di diventare caregiver, la qualità della funzione di caregiving dipende oltre che dalle condizioni della persona da assistere e dal contesto, anche da specifiche condizioni personali, tra cui le competenze possedute per affrontare in sinergia con i professionisti della salute il percorso di cura e la presa in carico del cittadino.
Nel panorama italiano il ruolo del caregiver non ha una specifica connotazione all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, ma sicuramente svolge una funzione essenziale nell'ambito della sostenibilità economica correlata alla gestione della cronicità, spesso caratterizzata da una complessità della cura e dalla presenza di una rete di servizi, purtroppo ancora inadeguata (Paci, 2005-2007).
La cura diviene quindi, un lavoro collettivo, performativo e trasformativo. Il processo di cura può essere definito un investimento di risorse, di asset sia tangibili, sia intangibili, dal cittadino, ai familiari, ai professionisti, che mediante la costituzione di network complessi (Miele, Coletta, Piras, Bruni, Zanutto, 2014), favoriscono il raggiungimento degli obiettivi, attraverso l'impiego funzionale di tutte le risorse esistenti, integrando pratiche di cura, ove tutti gli attori coinvolti contribuiscono alla realizzazione di quel sensemaking, che favorisce l'attribuzione di significato alle attività correlate all'aver cura e al prendersi cura (Andrén, Elmståhl, 2008).
Le pratiche di cura e di assistenza del caregiver, non sono attività di background che possono essere date per scontate, ma devono essere attenzionate

attraverso un percorso di orientamento all'Empowerment della figura del caregiver, al fine di elevarne le competenze, cogliere e soddisfare i reali bisogni delle persone con problemi di salute afferenti all'area delle neuroscienze (e non solo) e contribuire alla riduzione del burden dello stesso caregiver (Daga, Corvo, Marucci, Sansoni, 2014).
I percorsi di orientamento e formazione dei caregiver, risultanti dall'azione sinergica e transprofessionale delle differenti figure coinvolte (singolo professionista/Società Scientifica/Azienda), dovrebbero essere strutturati e inseriti all'interno dei percorsi di cura della persona con patologie croniche e divenire parte integrante del Patto della Salute,
All'interno di questa cornice le Associazioni Scientifiche, in cooperazione con l'infermiere di famiglia/di comunità, possono concorrere allo sviluppo di un nuovo modello assistenziale per la presa in carico della persona con una patologia cronica, ognuna sulla specifica area di riferimento che preveda la strutturazione di percorsi formativi finalizzati allo sviluppo di competenze funzionali ai percorsi di cura della persona, su specifici bisogni assistenziali, favorenti il reale processo di capacitazione dello stesso caregiver, con il coinvolgimento dei differenti stakeholder sia sul versante formativo, sia organizzativo.
Il progetto "Caregiver Training" dell'A.N.I.N., Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze ne rappresenta un esempio ed è indirizzato alla formazione dei caregiver di persone con patologie neuro-degenerative.
In questo moderno modello di sanità partecipata e co-costruita oltre ai caregiver si devono coinvolgere attivamente i pazienti esperti secondo il Modello del Patient Health Engagement Model (Graffigna, 2015).
Promuovendo il Patient Engagement (Menichetti, Graffigna, 2016), si favorisce la centralità della persona nel suo percorso di cura e di assistenza attraverso una relazione di partnership con le figure sanitarie.
Il processo di Engagement si attiva riconoscendo e/o sviluppando expertise nei pazienti.
Il paziente esperto secondo il Gruppo di Lavoro Paziente Esperto 2017 è una persona che trae dalla propria esperienza di malattia un punto di forza ed è in grado di fornire una diversa prospettiva di aiuto ad altri pazienti, per affrontare il proprio percorso di cura. Non sostituisce il ruolo dei sanitari ma li affianca e co-opera con gli stessi offrendo un maggiore impatto relazionale,

un incontro "alla pari" con uno spessore empatico e di credibilità differente e intervenendo in diverse fasi del processo di cura, diventando un attore in un modello di sanità partecipata.
Il Documento di posizione del Gruppo Paziente Esperto 2017 descrive inoltre il Profilo del paziente esperto che prevede le seguenti competenze:

1. gestire efficacemente la propria patologia o aiutare un'altra persona a gestire la propria patologia;
2. informare altri pazienti e/o i loro familiari su come gestire efficacemente una patologia;
3. contribuire al miglioramento dei servizi medici e assistenziali rivolti ai pazienti;
4. contribuire alle attività di Associazioni di pazienti;
5. collaborare alla realizzazione di sperimentazioni cliniche relative a farmaci, tecniche e dispositivi medici e alla farmacovigilanza.

Il coinvolgimento di caregiver e pazienti esperti nella progettazione degli interventi socio sanitari rappresenta un reale riconoscimento del ruolo e dell'importante Know-how delle persone portatrici di un bisogno di cura, il cui desiderio di partecipazione alla gestione della propria salute, in questi ultimi anni, è cresciuto esponenzialmente (Graffigna-Barello 2017)
Le Associazioni Scientifiche possono partecipare in modo attivo allo sviluppo di questo nuovo modello di Sanità co-costruito che prevede un coinvolgimento di caregiver e assistiti, mediante la creazione di spazi di incontro tra sanitari, cittadini, caregiver esperti, anche attraverso percorsi di formazione ad hoc realizzati su richiesta dell'infermiere di famiglia/comunità garante altresì, della raccolta dei fabbisogni formativi. La strutturazione di percorsi dovrà essere funzionale:

- alla formazione dei professionisti al Patient Health Engagement Model per favorirne conoscenza e diffusione;
- all'attività di supporto degli assistiti nell'assunzione dei ruolo attivo e partecipativo riconoscendo e valorizzando la loro esperienza di malattia in termini di illness e sickness;
- all'attivazione di percorsi/laboratori di formazione che prevedano il perfezionamento delle competenze specifiche;
- alla valorizzazione di una maggiore democratizzazione del processo di cura.

Bibliografia essenziale.

Cherubini, A., Abate, G., Bartorelli, L., Bonaiuto, S., Capurso, A., Cucinotta, D., (a cura di), La sociologia economica oggi, Bari, Laterza, pp. 58-79.

Daga F., Corvo E., MarucciA.R., Sansoni J.. Alzheimer's disease and caregivers experience in home care. Prof Inferm. 2014 Jan-Mar;67(1):5-14. doi: 10.7429/pi.2014.671005.

Andrén, S. and Elmståhl, S. (2008), The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. J Clin Nurs. 2008 Mar;17(6):790-9. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02066.x.

Antonen A., Sipila J., (1996), European Social Care Services: Is it Possible to Identify.

Autori vari, Documento di posizione del Gruppo di Lavoro "Paziente Esperto 2017" Tavola rotonda 22 settembre 2016, Milano Bologna.

Kim, H., Chang, M., Rose, K. and Kim, S. (2012), Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. Journal of Advanced Nursing, 68: 846-855. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x

Daga, E., Corvo, E., Marucci, A. and Sansoni, J. (2014) L'esperienza dei caregiver. doi:10.1002/gps.1267

Franza F., Del Buono G., Pellegrino F. Psychiatric Caregiver stress: clinical Implications of compassion fatigue. Psychiatria Danubina, 2015; Vol. 27, Suppl. 1, pp 321–327.

Gallucci, M., Giordano, M., Martorelli, M., Masaraki, G., Nieddu, A., Pettenati, C.,

Graffigna G., Barello S, (2017) Engagement Un nuovo modello di partecipazione in sanità. Il Pensiero Scientifico Editore.

Istat (2014), Rapporto annuale 2014. La situazione del Paese, Istat, Roma.

Kim, H., Chang, M., Rose, K. and Kim, S. (2012), Predictors of caregiver burden in

Menichetti J, Graffigna G. "PHE in action": development and modeling of an intervention to improve patient engagement among older adults. Front Psychol 2016; 7: 1405.

Miele, F., Coletta, C., Piras, E.M., Bruni, A., Zanutto, A. (2014), GPs and Elderly Patients: Models?, «Journal of European Social Policy», n. 5, pp 87-100.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. Psychology and aging, 26(1), 1–14. doi:10.1037/a0021863.

Paci M., (2007), Nuovi lavori, nuovo welfare. Sicurezza e libertà nella società attiva. Il Mulino.

Rinaldi, P., Spazzafumo, L., Mastriforti, R., Mattioli, P., Marvardi, M., Polidori, M. C., Cherubini, A., Abate, G., Bartorelli, L., Bonaiuto, S., Capurso, A., Cucinotta, D., Gallucci, M., Giordano, M., Martorelli, M., Masaraki, G., Nieddu, A., Pettenati, C., Putzu, P., Tammaro, V. A., Tomassini, P. F., Vergani, C., Senin, U. and Mecocci, P. (2005), Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. Int. J. Geriat. Psychiatry, 20: 168-174. doi:10.1002/gps.1267

EQUITÀ DI ACCESSO E LISTE D'ATTESA, LE PROPOSTE DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE PERSONE CON MALATTIE REUMATOLOGICHE E RARE

Il Servizio Sanitario Nazionale è basato su tre pilastri fondamentali: *Universalità, Uguaglianza ed Equità* garantiti dall'art. 32 della Costituzione e a seguito della Riforma del Titolo V.
La realtà è ben diversa: non tutte le Regioni sono in grado di assicurare cure sanitarie all'avanguardia, ci sono anche quelle che faticano a garantire i LEA. Non tutti hanno la possibilità di accedere alle cure a causa della lunghezza delle liste d'attesa, in molti non possono recarsi presso un centro di riferimento al di fuori della propria Regione.
L'equità di accesso ad un Sistema Sanitario è determinante per la salute dei cittadini. Equità in salute significa
che idealmente ogni individuo ha le stesse opportunità di raggiungere il medesimo potenziale livello di salute.

Azioni migliorative proposte:

· **Rendere esigibili in modo equo i diritti e le risorse** – Il Servizio Sanitario Nazionale deve introdurre esplicitamente l'equità nella salute, attraverso un'effettiva e omogenea applicazione dei LEA.
· **Moderare gli effetti negativi delle barriere alle cure** – Ridurre le barriere che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari, impedendo che il carico della spesa sanitaria ricada quasi interamente sull'utente (spesa privata). La rinuncia alle cure è legata principalmente alle difficoltà nel sostenere questa spesa.

· **Promuovere l'equità nel governo clinico** – La sanità consta di troppi processi assistenziali. Bisogna creare una rete di referenti aziendali ed associativi per l'equità e per lo sviluppo di un piano di formazione e addestramento sull'*equality impact assessment* dei programmi e degli interventi.
· **Promuovere l'equità nella prevenzione** – Fra le azioni efficaci per la promozione dell'equità di salute è necessario incrementare la prevenzione e il numero di diagnosi precoci, garantendo risparmi per il sistema sanitario. Per ottenere questi risultati è necessario che siano implementati i centri specialistici reumatologici di livello.
· **Adottare il bilancio sociale per valutare l'impatto sull'equità** – Per favorire l'implementazione di azioni efficaci si renderanno noti i costi del loro impatto sul funzionamento e sul bilancio del sistema sanitario. Interventi positivamente avviati, devono essere riletti in termini di ricadute sociali e anche economiche, valutando in che misura possano comportare risparmi futuri sul sistema di welfare.
· **Sviluppare azioni intersettoriali e multilivello** – Al fine di individuare e mappare azioni e buone pratiche già sperimentate si creerà un elenco degli stakeholder come strumento per la ricognizione, raccolta e sistematizzazione delle esperienze più significative di sanità pubblica, maturate a livello regionale e locale, con l'intento di agevolare percorsi di condivisione e collaborazione tra istituzioni pubbliche, organizzazioni scientifiche e del privato sociale.
· **Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali di assistenza** – Favorire la revisione tempestiva dei LEA, che sia omogenea fra le Regioni, evitando così alle persone di rivolgersi alla sanità privata, con un aumento dei costi individuali destinati alla propria salute.
· **Ridurre le liste di attesa** – Implementare i posti di specializzazione in Reumatologia nelle Università, favorendo un successivo reclutamento che possa abbattere le liste d'attesa, ampliando l'offerta di centri di riferimento.
· **Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza di persone con patologia cronica.** L'eterogeneità dei modelli regionali mostra la necessità di sviluppare servizi territoriali per la presa in carico dei pazienti cronici:

a. Valorizzare la rete assistenziale, con una rimodulazione della rete sia a livello strutturale che professionale in base allo stadio evolutivo di ciascun

paziente, al grado di complessità della patologia e ai relativi bisogni socio-assistenziali;

b. Creare modelli organizzativi flessibili, con l'integrazione fra cure primarie specialistiche e ospedale-

territorio, con reti specialistiche multidisciplinari, team professionali dedicati e schemi di integrazione socio-sanitaria;

c. Attuare un approccio integrato, con l'ingresso precoce nel PDTA e nel percorso di welfare, attraverso setting assistenziali che siano in funzione del grado di complessità e dei bisogni del paziente;

d. Realizzare una stadiazione, con la determinazione della fase di sviluppo della patologia, avvalendosi di PDTA e piani di cura personalizzati proattivi, da monitorare attraverso indicatori di processo e di esito multidimensionali.

e. P rom uo vere l'empowerment, con lo sviluppo delle abilità del paziente di gestire la patologia, attraverso programmi di educazione monitorabili in collaborazione con l'Associazione Nazionale Persone con Malattie Reumatologiche e Rare.

· **La cronicità affrontata con nuovi mezzi e strategie** – Migliorare l'appropriatezza assistenziale, monitorando costantemente le tappe del Piano di Cura, le performance dei diversi soggetti professionali coinvolti, l'aderenza dei pazienti ai follow-up previsti. Adottare strumenti tecnologici innovativi in sanità, sperimentare modelli di assistenza che coniughino soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente, realizzando percorsi assistenziali personalizzati, integrati e multidisciplinari.

· **Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere** – La politica del pareggio di bilancio ha portato i medici italiani a svolgere negli ospedali ore di straordinario non retribuito. È necessario prevedere assunzioni programmate al fine di permettere alle strutture ospedaliere di rispondere alle esigenze territoriali. In questo senso è fondamentale garantire la presenza del reumatologo in Ospedale.

· **Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute** –L'efficacia delle campagne per la promozione di stili di vita riconosciuti come 'salutari' è spesso limitata dalla difficoltà che le singole persone incontrano, nell'estrema varietà di condizioni e stili di vita individuali. Essenziale a questo scopo è l'individuazione, per ogni patologia,

di una serie di specifici "indicatori di rischio individuale" in grado di consentire il controllo del proprio stato di salute su basi oggettive.
• **Accesso ai farmaci uniforme sul territorio** – Il farmaco è strumento per la tutela della salute, sicché l'accesso va inteso come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività (art. 32 Cost.). Escludere pertanto la condizionalità finanziaria nei termini della negazione dell'accesso al farmaco in ragione di scelte allocative che non tengano conto delle priorità costituzionali.

LISTE D'ATTESA

Le patologie reumatologiche hanno bisogno di avere un monitoraggio continuo da parte degli specialisti, sia per la terapia farmacologica, sia per il generale andamento della malattia.
In molte Regioni, affinché una persona possa accedere ad una "prima visita" per sospetto di patologia reumatologica, bisogna attendere dai 6 agli 8 mesi, con conseguente aggravamento della patologia. L'unica reale prevenzione è la **diagnosi precoce** entro i tempi della cosiddetta "finestra di opportunità", ossia il periodo entro il quale aggredendo la patologia con cure appropriate, gli *outcomes* saranno positivi e si avrà la possibilità di mandare la patologia in remissione, evitando di gravare sul servizio sanitario.
In linea con quanto previsto dal Piano Nazionale delle Cronicità (Sezione di interesse: Parte Seconda, n. 2), in relazione all'*identificazione precoce* di queste patologie, l'abbattimento delle liste d'attesa e il miglioramento dell'accesso ai centri di riferimento porteranno all'eliminazione delle criticità in esso riportate, attraverso le diverse azioni, di seguito proposte:
1. **Aumento e razionalizzazione dell'offerta** – È indispensabile un'attenta analisi organizzativa che adegui l'offerta ai bisogni della popolazione locale. Serve ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili: umane, tecnologiche e strutturali (ad es. Il potenziamento l'attività di tipo ambulatoriale e quella di day hospital e day surgery).
2. **Priorità cliniche e percorsi diagnostici e terapeutici** – Considerare le priorità cliniche in relazione ai bisogni dei pazienti e utilizzare, anche a scopo sperimentale, soluzioni quali percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti e raggruppamenti omogenei di attesa (RAO).

3. **Diffusione delle informazioni ai cittadini** – Pubblicizzare adeguatamente attraverso la stampa e i moderni mezzi di comunicazione (siti web, social network, ecc.) le informazioni per l'accesso alle prenotazioni. Garantire ai cittadini la conoscenza dei tempi d'attesa ed i criteri utilizzati per la loro gestione (trasparenza) attraverso la diffusione e l'accesso a tali informazioni.
4. **Prestazioni di primo accesso** – Al fine di consentire e di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa, si devono individuare gli ambiti territoriali di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità. Qualora la prestazione non venga erogata nell'ambito territoriale di garanzia, viene messo in atto il meccanismo di garanzia di accesso per il cittadino.
5. **Il monitoraggio** - È fondamentale attuare, a livello aziendale, sia regionale che nazionale, un monitoraggio costante ed uniforme dei tempi di attesa, costituendo un apposito flusso informativo. Le prestazioni oggetto di monitoraggio riguardano sia l'ambito ambulatoriale sia i ricoveri.
6. **Presa in carico** – Investire nei percorsi per la presa in carico dei pazienti cronici che non sono sottoposti a monitoraggio e che invece hanno un potenziale impatto in termini di salute elevatissimo.
7. **Istituire il Patient Advocacy Facilitator (PAF)** tra Associazioni e Istituzioni – Istituzionalizzare la figura del Facilitator, Esperto certificato in Patient Advocacy, che faciliterà i rapporti fra le parti, portando le istanze delle Associazioni Pazienti e tutelando i loro interessi.

Affrontare il problema della sicurezza e della qualità delle cure nelle medicine interne attraverso un adeguato staffing infermieristico superando le dotazioni organiche storicizzate, calcolate sulla base dei carichi di lavoro, introducendo a livello nazionale, sia nelle strutture pubbliche che private, apporti obbligatori tra il numero di infermieri e quello dei pazienti e attenzionando lo skill mix infermieristico qualitativo (abilità e formazione).

Una delle più grandi sfide odierne è quella di fornire un'assistenza sanitaria di qualità e sicura in ambienti complessi ed in continua evoluzione, in particolare questa sfida si propone all'interno dei setting di medicina interna, viste le caratteristiche degli attuali degenti.
I reparti di Medicina Interna si fanno carico, infatti, della maggior parte dei ricoveri relativi a pazienti complessi e difficili. Secondo il rapporto del Ministero della Salute, la popolazione anziana in Italia determina quasi il 40% dei ricoveri ospedalieri ordinari e circa il 50% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati. L'interazione fra invecchiamento, presenza di malattie croniche, riacutizzazione di queste ultime o malattie acute intercorrenti, definisce, insieme alla vulnerabilità socioeconomica, una categoria di pazienti, prevalentemente anziani, che richiedono tempi e cure intense.
Negli ultimi 30 anni è cambiata l'epidemiologia che ha visto sempre meno patologie acute in favore delle croniche, di conseguenza anche gli strumenti devono adeguarsi alle necessità di questo tipo di paziente e soprattutto gli operatori sanitari, siano essi infermieri che medici, devono rivedere gli obiettivi di cura e conformare gli strumenti.
Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità sono finalizzati al miglioramento

del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli non servono solo innovazioni tecnologiche ma è soprattutto necessaria una corretta gestione del malato con la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.
Il paziente a cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti come lo status socio-famigliare, ambientale ecc.
La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali ma vi è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua globalità, col pericolo di indurre talvolta situazioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria e rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura.
La prescrizione, inoltre, di trattamenti farmacologici multipli, spesso di lunga durata e somministrati con schemi terapeutici complessi e di difficile gestione può ridurre l'aderenza terapeutica aumentando il rischio di prescrizioni inappropriate, interazione farmacologiche e reazioni avverse.
Dati questi presupposti l'infermiere delle Medicine Interne può essere l'anello di congiunzione tra l'ospedale e il territorio per questo tipo di paziente, poiché il paziente cronico riacutizzato viene sempre ricoverato in Medicina ed è sempre questo reparto che per primo si accorge della difficoltà di una persona a mantenere un'aderenza terapeutica a causa del sovraccarico di farmaci/dispositivi.
Ad oggi le Medicine Interne si fanno carico della maggior parte dei ricoveri relativi a pazienti complessi e difficili poiché rappresentano la prima, e, alle volte purtroppo, ultima, frontiera del paziente con cronicità che è la vera epidemia di questi anni. Nonostante i dati epidemiologici le Medicine sono ancora considerate "reparti di Base" per cui le dotazioni organiche sono minime (riferendosi talvolta a leggi di 50 anni fa 128/1968).

Numerosi studi hanno cercato di caratterizzare quali fattori determinanti gli esiti assistenziali la relazione tra le caratteristiche dello staff infermieristico, i modelli organizzativi assistenziali e l'assistenza erogata. I risultati degli studi condotti a livello internazionale e nazionale dimostrano che bassi livelli di staffing infermieristico sono associati ad una varietà di eventi avversi, con un aumento della degenza e dei costi e un aumento della mortalità.
Modelli adeguati di assistenza infermieristica, che consentano un'assistenza individualizzata (Primary nursing, Case management), riducono esiti negativi come: mortalità a 30 giorni, cadute, errori nella somministrazione dei farmaci, infezioni nosocomiali, lesioni da pressione, durata del ricovero.
Il livello di formazione e l'esperienza professionale del personale infermieristico incidono sul tasso di mortalità e sugli esiti assistenziali in generale.
In particolare, in risposta alle preoccupazioni sui livelli degli organici infermieristici necessari per garantire sicurezza nelle cure dell'assistito, lo staffing infermieristico è stato al centro della letteratura scientifica, sia da un punto di vista quantitativo (rapporto infermiere/paziente), orientando alcuni paesi (California, Stati Uniti, Australia) a normare rapporti obbligatori tra numero di infermieri e paziente, sia in termini qualitativi riguardo lo skill mix infermieristico: grado di abilità e livello di formazione rispetto al loro impatto in termini di qualità dell'assistenza e sicurezza nelle cure.
I primi esiti correlati alle caratteristiche dello staffing infermieristico identificati da tali studi sono stati le lesioni da pressione, l'incidenza delle cadute dei pazienti e la costumer satisfaction.
La revisione della letteratura di Lancia et al., ha evidenziato a tale proposito come modelli adeguati di assistenza infermieristica possano ridurre alcuni esiti negativi sull'assistito, tipo: la mortalità a 30 giorni, le cadute, gli errori nella somministrazione dei farmaci, le infezioni nosocomiali, le lesioni da pressione, oltre che la durata del ricovero.
Il livello di formazione piuttosto che l'esperienza professionale acquisita dal personale infermieristico incidono sul tasso di mortalità dei pazienti e sugli esiti assistenziali in generale.
La maggior parte degli studi condotti nel setting ospedaliero ha evidenziato la relazione tra organico infermieristico e sicurezza del paziente.
A titolo di esempio, gli studi di Aiken e Needleman hanno correlato, con dati sperimentali, le cure infermieristiche, alla mortalità e alle complicanze dei

pazienti, evidenziando i collegamenti e le relazioni negli ambiti della competenza, della prestazione e della sicurezza dei pazienti attraverso la misura di specifici indicatori di esito dell'assistenza erogata.
Negli ultimi 5 anni, sul tema sono stati condotti importanti studi internazionali e nazionali. Tra questi, lo studio internazionale E.S.A.Med (Esiti Sensibili dell'Assistenza in Medicina), che ha coinvolto tre Università italiane (Udine, Bologna, Verona) e 10 importanti aziende sanitarie, ha avuto l'obiettivo di definire gli esiti assistenziali in base alla quantità di assistenza infermieristica erogata (minuti/persona/die) e allo skill mix assistenziale presente. Lo studio NSO (Nursing Sensitive Outcomes) ha avuto la finalità di creare un osservatorio regionale (Emilia Romagna) sugli esiti di una serie di eventi connessi all'assistenza, come lesioni da pressione, le cadute accidentali e la contenzione.
Lo studio RN4CAST, condotto a livello europeo e mondiale e che in Italia ha coinvolto 13 regioni, 30 aziende sanitarie e ospedaliere per un totale di circa 3700 infermieri e 3700 pazienti e che ha interessato anche il setting delle Medicine Interne, ha messo in evidenza relazioni tra competenza, prestazione e sicurezza dei pazienti misurando indicatori specifici di outcome, ha consentito a livello europeo e mondiale di indagare aspetti relativi a: lo Staffing (composizione dello staff infermieristico e rapporto infermieri/persone assistite), le cure mancate, la safety/ sicurezza, il burn out, l'ambiente di lavoro, la soddisfazione del paziente e la qualità delle cure ("L'impatto dell'infermieristica in area medica:lo studio RN4CAST in Italia "Loredana Sasso").
Per quanto riguarda lo staffing (la composizione dello staff infermieristico), è stato evidenziato come ideale per garantire una assistenza infermieristica ottimale un rapporto di 1 infermiere per 6 assistiti nei reparti ospedalieri e che una variazione di questo rapporto, aggiungendo un paziente ad ogni infermiere (1 a 7) aumenti del 6% la mortalità e del 23% le cure mancate. In Italia lo staffing rilevato nello studio, evidenzia un rapporto infermiere paziente 1 a 9,54, con un range variabile dallo 7.08 al massimo di 13,65. Oggi, in Italia nelle regioni più virtuose il rapporto è di uno a otto, ma nelle regioni in difficoltà si arrivano anche a un infermiere ogni diciotto assistiti. Si auspica che, in un Paese con un Servizio sanitario nazionale come il nostro, si uniformino queste differenze per garantire un'assistenza uguale ai cittadini italiani e si riduca il disagio lavorativo dei professionisti. Inoltre, l'Ocse conferma

che il numero d'infermieri in Italia per mille abitanti è tra i più bassi dei 35 paesi considerati nel nuovo Rapporto Health at a Glance Europe 2018.
A livello internazionale, è stato inoltre dimostrato come una presenza di personale di supporto (in Italia rappresentato dall'OSS) superiore in proporzione al 40% dello staff infermieristico diventi pericoloso e possa determinare anch'esso un aumento della mortalità. Altro elemento, che emerge dallo studio e che incide sugli esiti delle cure assistenziali, è la presenza di infermieri laureati nello staff infermieristico. Un incremento del 10% di infermieri laureati all'interno dello staff corrisponde ad una diminuzione della mortalità pari al 7%. Per quanto riguarda le cure mancate, le attività che gli infermieri italiani, coinvolti nella survey hanno dichiarato di non aver svolto o di non essere riusciti a svolgere con maggior frequenza sono state soprattutto quelle legate alla sfera della relazione, della comunicazione e dell'educazione, della progettazione e della documentazione delle attività infermieristiche, ma anche quelle connesse all'assistenza diretta delle persone, quali ad esempio l'igiene del cavo orale, il cambio posturale e la sorveglianza adeguata del paziente. Rispetto alla sicurezza ed alla qualità delle cure, l'analisi dei risultati dello studio evidenzia che il 22,9% degli infermieri che ha partecipato allo studio ritiene che il livello di sicurezza dei pazienti sia scarso e la qualità dell'assistenza bassa (38,7%).
Sia lo studio di Kalisch et al., che lo studio di Blackman et al. evidenziano che secondo gli infermieri, i fattori che causano le cure infermieristiche mancate sono l'allocazione delle risorse non appropriata, la comunicazione tra i professionisti della salute poco efficace, l'intensità del carico di lavoro, la prevedibilità del carico di lavoro, la soddisfazione degli infermieri con il loro lavoro attuale e la loro intenzione di continuare a lavorare.
Tuttavia pur se numerosi studi hanno dimostrato l'associazione tra inefficacia dello staffing infermieristico e outcome negativi sui pazienti, compresa la mortalità, la natura causale di questa relazione è ancora incerta e le mancate cure infermieristiche sono state ipotizzate come il fattore che meglio possa fornire indicazioni riguardo all'adeguatezza degli standard di personale.
Lo scenario degli ultimi decenni, tuttavia, dimostra una carenza di infermieri in molti paesi, a fronte di pazienti sempre più complessi che richiedono tempi e cure intensi.
Ad oggi, nonostante i risultati evidenziati, solo alcuni paesi hanno affrontato

il problema della sicurezza e della qualità delle cure correlata allo staffing infermieristico, introducendo rapporti obbligatori tra numero di infermieri e pazienti e attenzionando lo skill mix infermieristico qualitativo (abilità e formazione).
Sarebbe auspicabile, quindi, investire sulle risorse infermieristiche, in termini non solo numerici, ma anche di formazione, di valorizzazione, di competenze, attraverso il perfezionamento di tutti i percorsi formativi e implementando le competenze, secondo le due direttrici clinico e gestionale (Modello Evoluzione delle competenze Infermieristiche). La qualità e la sicurezza dell'assistenza erogata, infatti, sono determinate non solo dal numero di infermieri, ma dal rapporto infermiere/paziente, dalle ore di assistenza erogate (in toto) e dalle ore erogate dagli infermieri, dai livelli di competenza, dalla formazione, dallo skill mix ovvero dalla percentuale di presenza di infermieri con qualificazione postlaurea rispetto al totale degli infermieri presenti, tutti elementi che incidono nel perseguimento degli obiettivi di performance organizzativa e di erogazione di servizi sicuri e di qualità.
I modelli fondati sulle dotazioni organiche storicizzate, discendenti dalla rilevazione dei carichi di lavoro, devono essere pertanto superati; il nostro auspicio è che i risultati degli studi condotti possano orientate le politiche sanitarie alla definizione del fabbisogno standard necessario per garantire sicurezza e qualità delle cure nei diversi setting assistenziali.

Bibliografia

Buerhaus P, Needleman J. Policy implications of research on nurse staffing and quality of patient care. Policy, Politics, & Nursing Practice 2000;1(1):5–15.
Nardi R, GardelliniA, Iori I, Internal Medicine wardsovercrowding and clinical risk management: structural or systemicinterventionsneeded? Italian Journal of Medicine
Lang T, Hodge M, Olson V, Romano P, Kravitz R. Nursepatient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. JONA 2004;34(7/8):326–37.
ICN. The Global Nursing Shortage: Priority Areas for Intervention (A Report From ICN/FNIF). International Council of Nurses, Geneva. Geneva. International Council of Nurses; 2006.
Turci C, Alvaro R, Fabbretti A, Fida R, Giorgi F, Maccari A, Proietti MG, Sili A, Stievano A, Tolentino Diaz MY, Trinca D, Vello E, Rocco G La salute organizzativa degli infermieri in alcune strutture sanitarie di Roma e della provincia. Rivista L'infermiere 6 pubblicato 2015; consultato: il 1° marzo 2019. Disponibile all'indirizzo: http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-18-articolo-217.htm

Hopkinson t al Interruptions during nurses' work: A state-of-the-science review. Res NursHealth. 2013; Feb;36(1):38-53.
Cesa S, Casati M, Galbiati G, Colleoni P, Barbui T, Chiappa L, Capitoni E Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche e I sistemi elettronici per la raccolta di dati clinici: una revisione della letteratura. Rivista L'Infermiere 3, pubblicato 2014; consultato: il 1° marzo 2019. Disponibile all'indirizzo:http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-21-articolo-249.htm
Heneman III J, Judge T Staffing Organizations. USA: McGraw Hill; 2005
Stone PW. Nursing shortage and Nursing Sensitive Outcomes. Appl Nurs Res 2002; 15: 115-6.
Needleman J, Kutzman E, Kizer K. Performance measurement of nursing care. State of the care and current consensus. Med Care Res Rev 2007; 64: 10-43S.
Doran DM Nursing outcome: gli esiti sensibili alle cure infermieristiche. Milano Edizione Mc Graw Hill Education;2013
Griffith P, Jones S, Maben J, Murrells T (2008) State of the art metrics for nursing: A rapid appraisal. National Nursing Research Unit, Kings College University of London, 2008
Mongardi M., Bassi E., Caminati A., Darchini A., De Palma R., et al Regione Emilia-Romagna. Progetto "Osservatorio regionale sui Nursing Sensitive Outcomes", 2014; ultimo accesso marzo 2017. Disponibile online su http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/progetto-rer-nso ()
Lancia L, Di Labio L, Carpico A, Petrucci CAspect and relevant relationship in the nursing workload conceptualization: literature review. Professioni Infermieristiche 2011; 64 (1), 3-10
Aiken LH, Sloane DM, Bruynell L, et al; RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet 2014; 383: 1824-30. Disponibile all'indirizzo: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8
Needleman et al., Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality, N Engl J Med 2011;364:1037-45
Aiken LH, Sloane DM., Cimiotti JP., Clark SP., et al. Implications of the California nurse staffing mandate for other states. Health Ser Res, 2010; 45(4), 904-21
Aiken l. ClarkeSP,Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and dissatisfaction. JAMA2002; 288: 1987-9935
Nedleman J., Buerhaus PI., Stewart M., Zelevinsky K., et al Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality. Health Aff (Milwood) 2006; 25(1), 204-11
STUDIO E.S.A.Med. Esiti sensibili all'assistenza in medicina. Disponibile all'indirizzo:http://www.evidencebasednursing.it/prova/Progetti/Ricerche/ESAMED.htm
Sasso L, Bagnasco AM, Zanini M, Catania G. The general results of the RN4CAST survey in Italy general results of the RN4CAST survey in Italy. Journal of Advanced Nursingnursing, 2017; 73.9: 2028-2030.
Griffiths P., Maruotti A., Recio- Saucedo A, et al. Nurse Staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. BMJ Quality and Safety 2018
Aiken LH., Sloane DM., Bruyneel L., et al. Nurse staffing and education and hospitality mortality in nine European countries: a retrospective observational study. RN4CAST Consortium 2014; Lancet 383(9931): 1824-30
Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. J Adv Nurs. 2009 (May 12); Vol. 65. Issue 7: 1509–1517.

Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P et al. Factors influencing why nursing care is missed. J Clin Nurs. 2014; Issue 24: 47–56.
Griffi
ths P, Recio- Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P, Smith GB, Ball J, 2018. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. J AdvNurs. 2001; 74:1474-1487
Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle pubbliche amministrazioni, Registrato presso la Corte dei Conti il 9 luglio 2018 – Reg.ne – Succ 1477 – Pubblicata in Gazzetta Ufficiale- Serie Generale n. 173 del 27 luglio 2018

Ass. *"Compagni di viaggio"* ONLUS

Premessa

Il processo di ospedalizzazione del cittadino è un significativo evento traumatico sia per chi riscontra un'inaspettata patologia che per il proprio nucleo familiare, dando inizio a ciò che in letteratura è definito il *patient journey*, il viaggio del paziente nelle varie fasi diagnostiche e terapeutiche che si trova ad affrontare.

La ricerca scientifica è impegnata quotidianamente nello studio di nuove molecole, metodiche, strumentazioni che possano migliorare la cura e sconfiggere le malattie. La *Precision Medicine (PM)*, basata sull'integrazione delle conoscenze e delle tecniche derivate dalla bioinformatica, dalle biotecnologie, dalla genetica e dalla manipolazione dei *Big data* in medicina, portando con successo a terapie personalizzate per ogni singolo paziente, e la *Evidence Based Medicine (EBM)*, fondata da sempre sul corpo e sulle cure mediche, se abbinate alla *Narrative Based Medicine (NBM)*, approccio molto diffuso e istituzionalizzato nel mondo anglosassone, che si basa sulla relazione medico-paziente e sui positivi effetti terapeutici derivanti dalla cosiddetta *umanizzazione delle cure*, aiutano il paziente in questo impervio e inaspettato percorso di cura.

Inoltre, innovazione tecnologica e automazione se, da un lato, facilitano interventi e cura dei malati, dall'altro tendono a sminuire la medicina umanistica basata su una corretta relazione medico-paziente oscurando sempre più il concetto di *centralità del paziente* tanto importante oggigiorno.

I media troppo spesso riportano notizie negative in Sanità; prevalentemente denunce di pazienti nei confronti di questa o quella struttura, reparto, medico o team sanitario attribuendo poco spazio alle *best practices* e al diligente ser-

vizio svolto ogni giorno da tanti operatori sanitari nel nostro paese, focalizzandosi invece sul contenzioso legale che, in buona parte, nasce da difetti di comunicazione col paziente e da una non corretta comprensione del vissuto emotivo dei familiari nelle situazioni cliniche infauste ignorando, ad esempio, gli insegnamenti che la Psicologia ci offre spiegando, al riguardo, che alcune iniziative sono dettate da motivazioni inconsce di fronteggiare il senso d'impotenza creata dalla patologia.
La salute, uno dei bisogni primari dell'uomo riportata nella famosa piramide di Maslow già nel 1954, coinvolge, in area sociale, una moltitudine di *stakeholders*. Fra questi, risultano ancora forti contrapposizioni fra gli attori principali di tale categoria: i sanitari (medici e infermieri) da un lato, e il nucleo familiare (paziente e *caregiver*) dall'altra, dovute principalmente a difficoltà e mancanze relazionali e difetti comunicativi.
In tale scenario, riteniamo che l'apporto potenziale di chi ha vissuto l'esperienza ospedaliera, le Associazioni di Pazienti certificate e confederate in organizzazioni nazionali, possa rappresentare un indispensabile contributo nel miglioramento del Servizio Sanitario con correttivi e la presa in carico di nuovi pazienti e *caregivers* coinvolti nel *patient journey*, eliminando così quel senso di solitudine e abbandono in cui questi ultimi si trovano o percepiscono di ritrovarsi.
A nostro avviso va affermata una cultura che riconosca il diritto primario alla presa in carico anche dei bisogni emotivi, psicologici e relazionali. Così come va riconosciuto che ogni malattia importante è familiare, sia come ricaduta e quota di stress anche dei *caregivers*, sia perché i familiari sono la risorsa più importante per il paziente, risorsa da sostenere e valorizzare.
Questo documento non intende rappresentare un dettagliato progetto in ambito sanitario, ma solo fornire alcuni stimoli che, se ritenuti di interesse da questa Commissione, potranno costituire la base di un dialogo e l'elaborazione di una strategia che possa andare incontro alle pressanti richieste dell'opinione pubblica e di un servizio sempre più basato sulla *centralità del paziente* e che abbia come obiettivo il ben-essere individuale e collettivo.
È per noi necessaria la **costituzione di tavoli tecnici nazionali** e **regionali** con le Associazioni dei Pazienti aventi le caratteristiche su descritte che dovranno essere coinvolte in modo attivo e proattivo prevalentemente nelle seguenti tematiche:

- Programmazione sanitaria e monitoraggio attività;
- Reti oncologiche;
- Comitati etici;
- Gestione accoglienza nuovi pazienti e accompagnamento nel percorso di cura, in un processo fecondo di collaborazione e integrazione tra pubblico e volontariato;
- Attività formative obbligatorie per pazienti, *caregivers* e sanitari, con quota parte della formazione obbligatoria dedicata ai temi della comunicazione, del vissuto emotivo legato alla malattia, del coinvolgimento della famiglia;
- Assistenza domiciliare e cure palliative;
- Organizzazione del supporto psicologico per pazienti e *caregivers* nei vari momenti del percorso diagnostico-terapeutico, dall'accesso al Pronto Soccorso e alle cure, dalla comunicazione della diagnosi, di una progressione, di una terapia o di un decesso, al DH, al ricovero, sino alla gestione del fine-vita.

In base al contesto specifico di nostro riferimento, oncologia e oncoematologia, riteniamo necessario avviare un intenso e costante programma formativo per sanitari, pazienti e familiari, da attuarsi in piena autonomia e indipendenza da qualificate e certificate Associazioni del Terzo Settore che rappresentino pazienti e caregivers, elaborato sulle specifiche esigenze individuali e della comunità, affiancando alla 'Medicina di precisione' una 'Formazione di precision'.
I programmi formativi saranno fondati su tre aree specifiche:
- *Educazione Relazionale in Medicina (ERM)*;
- *Medicina basata sulla Narrazione (NBM)*;
- *Medicina Basata sul Teamworking (TBM).*

Tale modello è applicabile in tutte le aree terapeutiche e fonda sulla comunicazione non solo fra sanitari, pazienti e *caregivers*, ma anche sulla relazione fra colleghi e componenti del team sanitario, riducendo il *burnout* e mirando a una sempre maggiore efficienza ed efficacia nel processo di cura.

AIIC associazione italiana ingegneri clinici

L'innovazione tecnologica legata ai dispositivi medici è in continua evoluzione; se da un lato ciò contribuisce a migliorare la qualità di vita dei pazienti, dall'altro rappresenta uno dei driver principali dell'incremento della spesa sanitaria. Ogni anno vengono introdotti sul mercato migliaia di nuovi dispositivi[1], nella BD/RDM del Ministero della Salute sono iscritti più di 1 milione di dispositivi[1] tra i quali: elettromedicali, impiantabili attivi, medicina di laboratorio e monouso. Anche la spesa legata al consumo dei dispositivi è segnata da un trend in continua crescita: la spesa totale è di quasi 5,8 miliardi di euro e rappresenta il 32,8% della spesa dei beni sanitari, seconda solamente a quella per farmaci. La maggior parte della spesa (il 60%) si concentra in 6 delle 22 categorie della CND, tra queste troviamo i dispositivi protesici, strumentario chirurgico, dispositivi per apparato circolatorio, dispositivi per somministrazione e prelievo, apparecchiature sanitarie, e dispositivi diagnostici in vitro. I numeri rappresentati evidenziano la necessità di un governo sempre più forte in questo settore. I tetti di spesa, sempre in diminuzione, riportati dalle leggi di stabilità (attualmente fissati al 4,4%), e i nuovi provvedimenti apprezzati e fortemente voluti quali il "Documento in materia di Governance dei dispositivi medici" ed il Piano Nazionale di HTA, per essere rispettati e attuati necessitano di professionalità in grado di fare valutazioni di impatto prima degli acquisti, di scrivere le procedure di gara in modo da stimolare il mercato al fine di acquisire le migliori tecnologie alle condizioni più favorevoli, garantire l'uso corretto e appropriato dei dispositivi oltre che svolgere attività di vigilanza. Queste attività sono nel DNA degli ingegneri ed è per questo che gli ingegneri possono contribuire in modo significativo alla governance dei dispositivi medici.

1 Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici. Anno 2017. Ver. 1.1

Appare evidente come il settore dei dispositivi medici sia un settore di convergenza e applicazione di innumerevoli scienze e discipline: l'ideazione, lo sviluppo, la costruzione dei Dispositivi Medici, così come la loro gestione all'interno del sistema sanitario, richiedono competenze ingegneristiche che combinino biologia, chimica, fisica, meccanica, informatica, telecomunicazioni, biomateriali, sensoristica, ecc. I Dispositivi medici inoltre sfruttano sempre più le tecnologie informatiche sia per il funzionamento che per la condivisione delle informazioni. Il fenomeno che va sotto il nome generico di eHealth, si manifesta all'interno dei medical device principalmente in due forme: da un lato, seguendo il filone del mHealth, i dispositivi si stanno dotando sempre di più di tecnologie di comunicazione integrate, ciò permette di trasmettere e ricevere dati e scambiare informazioni; dall'altro i dispositivi medici hanno completamente perso la loro caratteristica di essere standalone, isolati dal contesto, e vengono progettati per essere connessi in rete e integrati ai sistemi informativi sanitari. Lo scenario che si apre è quello nel quale nuove competenze dovranno gestire queste interconnessioni, secondo i criteri che le norme chiamano effectiveness, safety e security. Il valore aggiunto che è possibile ottenere infatti (effectiveness), se i dispositivi sono calati nel contesto senza adeguata consapevolezza può introdurre nuovi rischi, sia legati alla sicurezza del paziente (safety) che alla sicurezza dei suoi dati (security).

In un contesto così complesso quale è il contributo degli ingegneri clinici? Il percorso accademico dell'Ingegnere Clinico nasce dall'Ingegneria Biomedica che fornisce una formazione nelle discipline di base dell'ingegneria applicate alle problematiche mediche e biologiche, quali fisica, elettronica, chimica, biomateriali, informatica, con la presenza di alcune materie caratterizzanti le scienze della vita, come fisiologia umana, biologia ed anatomia. La formazione dell'ingegnere clinico si completa con competenze di natura gestionale per poter portare la cultura e le competenze ingegneristiche nella gestione delle apparecchiature e dei DM all'interno del sistema sanitario. Il percorso formativo degli ingegneri clinici può proseguire inoltre con master di I e II livello specifici per l'Ingegneria Clinica ormai diffusi su tutto il territorio italiano nei principali atenei.

Per quanto riguarda il ruolo degli ingegneri clinici all'interno delle strutture sanitarie la presenza di un Servizio di Ingegneria Clinica (SIC) consente una

gestione sicura, efficace ed economica delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Le competenze di un ingegnere clinico riguardano infatti l'intero ciclo di vita di una apparecchiatura all'interno di una struttura sanitaria: l'ingegnere clinico partecipa alla cura della salute portando il proprio contributo tecnico-gestionale nella valutazione e acquisizione dei DM con l'obiettivo di garantire un uso economico e appropriato delle tecnologie, mediante valutazioni di Technology Assessment, attività di Risk Management e Asset Management.. I SIC sono ovviamente deputati alla gestione della manutenzione e della sicurezza delle apparecchiature elettromedicali fino alla fine della vita utile della tecnologia, in occasione della quale si valutano e si programmano i processi di dismissione o sostituzione delle tecnologie. In generale inoltre i servizi di ingegneria clinica sono i referenti per le strutture sanitarie del monitoraggio e della condivisione dei flussi informativi inerenti alle apparecchiature elettromedicali, svolgono un ruolo di supporto all'introduzione ed all'utilizzo dei sistemi informativi destinati all'assistenza primaria, si occupano della gestione delle tecnologie sanitarie destinate ai servizi sul territorio e infine sono incaricati come responsabile della dispositivo-vigilanza. Oggi infatti la competenza sviluppata dagli ingegneri clinici riguarda l'intero settore dei dispositivi medici, grazie a competenze specifiche sulle diverse tipologie.
A livello istituzionale gli ingegneri clinici vengono coinvolti con regolarità dal Ministero della Salute; l'Associazione Italiana Ingegneri Clinici (AIIC) è uno dei componenti del Tavolo per l'Innovazione, e molti soci sono impegnati nei tavoli tecnici quali CTS, per la strutturazione dei flussi Ministeriali NSIS (flusso Grandi Apparecchiature, flusso consumi e contratti) oltre che contribuire alla stesura di documenti tecnici. Inoltre AIIC, in vista dell'entrata in vigore a maggio del 2020, del Nuovo regolamento dei Dispositivi Medici, sta supportando il CTS per disciplinare gli aspetti discrezionali che ogni Stato membro è libero di disciplinare, quale ad esempio il riprocessamento dei dispositivi medici "refurbishing", i ricambi e gli accessori. Allo stesso tempo AIIC si è resa disponibile per l'aggiornamento della raccomandazione ministeriale n.9 "raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali".

La sempre maggiore complessità dei nuovi dispositivi medici, soprattutto quelli attivi e ad alto costo, suggerisce un approccio multidisciplinare in tutte le fasi del ciclo di vita. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recentemente sottolineato le criticità legate alla gestione dei dispositivi medici evidenziando come questi debbano essere gestiti nella maniera più appropriata per garantire ai pazienti i reali benefici clinici ed alle istituzioni un contenimento economico, con il contributo ed il coinvolgimento degli ingegneri clinici.
Come Associazione che rappresenta tutti gli ingegneri clinici italiani, tenendo in considerazione tutti gli aspetti e le complessità legati ai dispositivi medici all'interno delle strutture sanitarie, AIIC vuole evidenziare la necessità di un maggiore coinvolgimento dei servizi di ingegneria clinica nella gestione dei dispositivi stessi. Attualmente la gestione dei dispositivi medici non segue un processo codificato e strutturato, contrariamente a quanto avviene per le apparecchiature elettromedicali. Ciascuna struttura sanitaria affronta questa problematica con una soluzione diversa, in cui spesso il contributo e le competenze degli ingegneri clinici vengono meno. Per poter partecipare in maniera concreta e proficua alla razionalizzazione e gestione sicura ed efficace dei dispositivi medici l'attuale dotazione organica degli servizi di ingegneria clinica non è sufficiente: è necessario prevedere, in modo formalizzato e strutturato un incremento dei servizi di ingegneria clinica ed un potenziamento degli organici attuali, al fine di apportare le adeguate competenze e professionalità.

IL FISIOTERAPISTA PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SALUTE
E L'APPROPRIATEZZA DELLE RISPOSTE AI BISOGNI DEI CITTADINI

Premessa

I bisogni di salute e con essi, contemporaneamente, i bisogni riabilitativi sono cambiati con la trasformazione epidemiologica intervenuta nel corso degli ultimi decenni; verosimilmente, la loro trasformazione caratterizzerà ulteriormente il quadro dei prossimi anni. La capacità del sistema socio-sanitario di assicurare le risposte corrette sarà direttamente legata allo sviluppo di modalità innovative nell'erogazione degli interventi, alla sua capacità di potenziare il ruolo dei cittadini nella gestione, in primis, della loro condizione di salute, e poi della loro condizione di malattia, alla valorizzazione di nuove e diverse competenze dei professionisti e del loro modo di agire in modo complementare.

Il rapporto della salute globale, redatto nel 2010 dall'OMS e confermato nella 66° Assemblea Generale del 2013, a cui ha partecipato il nostro Paese, identifica due strategie complessive di intervento per fronteggiare i nuovi problemi di salute della popolazione: il potenziamento della prevenzione delle malattie croniche mediante la promozione di stili di vita sani e l'assistenza integrata ai malati cronici, all'interno di un sistema di assistenza primaria.

La riorganizzazione delle Cure Primarie, già in atto in alcune Regioni, ha come modello di riferimento gli elementi fondamentali dell'Expanded Chronic Care Model (ECCM), in cui la gestione dei pazienti in condizioni di cronicità è affidata ad una equipe multiprofessionale e coordinata dal MMG.

Contestualmente viene sottolineata la caratterizzazione di sempre maggiore

intensività e brevità dei ricoveri negli ospedali per acuti che richiedono l'attivazione di interventi e competenze con caratterizzazione multidisciplinare che non possono più essere ricondotti ad una organizzazione per sola specialità. Sulla base di questa sintetica premessa, AIFI vuole contribuire alla scrittura del Patto per la Salute 2019-2021 evidenziando l'apporto che la Fisioterapia ed il professionista Fisioterapista possono portare al miglioramento dei Servizi ed al raggiungimento degli obiettivi del piano stesso, sviluppando in particolare i seguenti punti:

1. Fisioterapia di Comunità
2. Precocità degli interventi fisioterapici nei reparti per acuti
3. Il Fisioterapista e gli interventi nelle cure palliative
4. Valorizzazione delle competenze e responsabilità professionali

1. Fisioterapia di Comunità

L'assistenza integrata ai malati cronici determina la necessità di riorganizzazione, anzi di un vero e proprio "riorientamento" dei servizi sanitari in considerazione della storia naturale delle patologie non trasmissibili.
Queste richiedono un'assistenza sanitaria che duri per l'intero arco della vita della persona (continuità della presa in carico), un approccio integrato dei diversi sottosistemi del servizio sanitario (assistenza territoriale e in ospedale) e di sviluppare alleanze intersettoriali con quei servizi della società, che agiscono i determinanti non sanitari della salute, in modo tale da incidere sui principali fattori di rischio.
Cornice concettuale di riferimento può diventare il "task shifting", cioè la ridistribuzione razionale dei compiti all'interno di un gruppo di lavoro sanitario, grazie alla quale competenze tecniche specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione formale più elevata ad altri a qualificazione formale meno elevata, ma specificamente formati con l'obiettivo di raggiungere un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.
La Fisioterapia di Comunità mira sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche/neurodegenerative in ogni loro stadio, con effetti positivi attesi sia per la salute dei cittadini, che per la sostenibilità stessa del sistema attraverso la riduzione della spesa assistenziale, per esame diagnostici (anche, a volte, dannosi) e/o i farmaci.
Inoltre, con il Fisioterapista di Comunità (FtC) si potenzierebbero le strategie

mirate all'attivazione della persona nel processo di cura: realizzare modelli e pratiche professionali realmente "centrate sul paziente", infatti, significa pianificare interventi che abbiano tra gli obiettivi anche quello dell'empowerment della persona, in un'ottica di assistenza a lungo termine; potrebbe fornire valido supporto al MMG per la prescrizione di ausili di base per la mobilità non personalizzati (deambulatori, bastoni, carrozzine, ad esempio).
In relazione agli interventi di supporto alle condizioni di cronicità e disabilità ed al mantenimento delle competenze motorie, cognitive e funzionali, soprattutto nella popolazione anziana, le azioni di tipo riabilitativo-educazionale proattive centrate sul paziente si dimostrano efficaci nel migliorare le condizioni di salute e nel determinare maggiori livelli di appropriatezza nell'accesso alle eventuali prestazioni di riabilitazione.
L'intervento del Fisioterapista all'interno della rete della sanità d'iniziativa avrà come focus un intervento di prevenzione/educazione, con adeguamenti del contesto abitativo e sociale, con interventi mirati alla gestione appropriata dell' assistenza protesica, con attività di sviluppo di strategie di self-management e programmi di autocura, gestiti secondo la logica di appuntamenti funzionali programmati, usufruendo anche di Tecnologie dell'Informazione e Comunicazione ("Information and Communication Technologies" ICT).

Il Fisioterapista di Comunità (FtC):
Definizione, responsabilità, competenze e obiettivi
Il Fisioterapista di Comunità è il professionista sanitario che nell' ambito delle Case della Salute e/o AFT, in collaborazione con il team multiprofessionale coordinato dal MMG, identifica e adotta le migliori strategie per la prevenzione, valutazione, abilitazione e palliazione, con l'obiettivo generale di contribuire a migliorare la qualità di vita della Persona e dei suoi familiari/caregiver.
Il superamento del modello prestazionale di assistenza nell'ECCM e nella Sanità di Iniziativa rinforza un paradigma di cura integrata, dove tutti i professionisti coinvolti garantiscono la gestione condivisa, prodotto dell'integrazione dei diversi saperi e competenze. Ogni famiglia professionale all'interno delle Cure Primarie risponde alla mission specifica del proprio profilo, ma è accomunata agli altri professionisti dai principi che sottendono il lavoro

integrato: proattività, integrazione e multiprofessionalità, pianificazione condivisa, personalizzazione della cura; collabora con il team multiprofessionale nella valutazione dei bisogni della comunità, nell'elaborazione di profili di salute, nell'identificazione di gruppi di popolazione a rischio; sostiene la promozione della salute mediante interventi settoriali e intersettoriali rivolti a specifici determinanti di salute e favorisce la valorizzazione delle risorse della comunità (gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, attività fisica adattata, centri per anziani, etc.).
Per quanto di competenza, promuove e sostiene:

- il supporto all'auto-cura (self-management), come aiuto ai pazienti ed alle loro famiglie nell'acquisire conoscenze, abilità e motivazioni nella gestione della malattia, fornendo loro gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi;
- la proattività degli interventi, quale modalità operativa in cui le consuete attività cliniche ed assistenziali sono integrate e rafforzate da interventi programmati di follow-up, sulla base del percorso previsto per una determinata patologia ed in funzione del profilo di rischio dei pazienti;
- il supporto alle decisioni, consistente nell'adozione di linee indirizzo e best practice basate sull'evidenza, che forniscano al team gli standard per un'assistenza ottimale ai pazienti cronici e che siano oggetto di una costante attività di aggiornamento, di adattamento alla realtà locale e di audit da parte del team stesso.

Obiettivi specifici dell'intervento del Fisioterapista sono, per quanto di propria competenza:

- promuovere l'attività fisica come corretto stile di vita, agendo direttamente su gruppi di popolazione "sana" oppure rivolgendosi a persone con riduzione dell'autonomia e/o in condizioni di dolore cronico aspecifico, proponendo attività motorie adattate in base alla valutazione del livello di performance (ad esempio AFA ad alta funzione, AFA a bassa funzione AFA Otago per la prevenzione delle cadute);
- favorire il coinvolgimento attivo della persona e del caregiver nel processo di cura e promuovere strategie di autogestione della malattia, per migliorare sensibilmente la qualità della vita e ridurre il ricorso alle cure;
- affiancare i professionisti del team multiprofessionale nell'identificazione

di fattori di rischio, sia in soggetti sani sia in soggetti in situazione di cronicità;
- favorire l'accesso precoce ed appropriato ai Servizi Territoriali di riabilitazione.

2. Precocità degli interventi fisioterapici nei reparti per acuti

L'attività di fisioterapia in ospedale è da sempre legata ad un'ottica "prestazionale" la quale, in una epoca che fa della integrazione multidisciplinare uno dei punti di forza di una "sanità moderna", risulta di per sé inadeguata per i bisogni del paziente e dell'organizzazione. Per questa ragione è necessario intervenire per assicurare tre condizioni qualificanti:

a) Tempestività e diffusione dell'intervento fisioterapico e riabilitativo nei reparti per acuti;
b) Lo svolgimento di funzioni di alta specialità nei reparti di riabilitazione.
c) La partecipazione dei professionisti della riabilitazione nelle attività di programmazione delle dimissioni.

a) Tempestività e diffusione dell'intervento fisioterapico e riabilitativo nei reparti per acuti;

Nella fase acuta è fondamentale che la presa in carico fisioterapica sia il più precoce possibile, legata al bisogno del paziente ed una prognosi funzionale orientata al bisogno futuro. Le evidenze in letteratura affermano che un coinvolgimento diretto e precoce del fisioterapista nei percorsi di cura nei reparti per acuti migliora gli esiti sul paziente, dall'età neonatale a quella geriatrica. Va sottolineata l'importanza degli interventi fisioterapici in terapia intensiva o in chirurgia cardio toracica, in neurochirurgia o in traumatologia e come questi, oltre al miglioramento degli esiti, contribuiscano a ridurre i tempi di degenza a vantaggio anche della sostenibilità.
La valutazione funzionale e la prognosi funzionale, strumenti proprie del fisioterapista, sono elementi determinanti per la messa in atto delle attività di prevenzione (ad es. lesioni da pressione,
posizionamenti, riattivazione) cura (es distruzione bronchiale, ricondizionamento all'attività motoria,
splinting) e riabilitazione (es. esercizio terapeutico) anche in fase ospedaliera.

Ciò può meglio attuarsi con modalità operative basate sulla presenza programmata del fisioterapista nei reparti per acuti e sulla sua collaborazione diretta con lo specialista del reparto stesso.
È evidentemente incongruente che, nonostante le numerose realtà lungamente sperimentate e positivamente valutate di rapporto diretto fra professionisti fisioterapisti e reparti e medici
specialisti, continuino ad essere proposte modalità di intervento mediate sulla base di modelli a gerarchia professionale non più attuali, che hanno il solo effetto di ritardare l'intervento necessario riducendo i risultati in termini di efficacia, efficienza ed economicità.
Vi sono esperienze in Italia che attuano questo modello che prevede anche la condivisione professionale e interprofessionale dell'attività svolta, tramite la redazione e il continuo aggiornamento della Cartella Riabilitativa Fisioterapica; questo consente di riconoscere il processo di cura tra le attività previste dalla "Clinical Governace" quale "sistema/strategia attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standards di performance assistenziale, assicurando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale".

b) Lo svolgimento di funzioni di alta specialità nei reparti di riabilitazione.
L'orientamento alla acuzie e alla instabilità clinica, proprio delle strutture ospedaliere, deve contraddistinguere anche i reparti di Riabilitazione ospedaliera, caratterizzandola per l'alta specializzazione dell'intervento clinico e riabilitativo e per una funzione di ricerca e sviluppo della pratica riabilitativa.
La disponibilità di una risposta di alta qualificazione ed appropriatezza ospedaliera avrà, a nostro avviso, l'effetto indiretto di indurre una qualificazione della risposta residenziale.
Allo stesso tempo le risposte ai bisogni riabilitativi devono essere caratterizzate dalla scelta dei setting appropriati che assicurino l'intensività riabilitativa necessaria e qualificata. In questo senso si può pensare ad una funzione di riferimento specialistico che può essere collocato all'interno di un ospedale, e ciò vale in ambito neurologico come, respiratorio, geriatrico, cardiologico, oncologico, uro-ginecologico, etc., senza che questo significhi che le competenze specialistiche riabilitative non siano assunte dai servizi ter-

ritoriali di riabilitazione i quali, in particolare nelle condizioni di cronicità, devono essere in grado di assicurare, in stretto raccordo con le strutture di riferimento specialistico ed i loro professionisti, le prestazioni qualificate e con evidenza di efficacia, compresi gli interventi di empowerment del paziente, che evitano il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero.

c) La partecipazione dei professionisti della riabilitazione nelle attività di programmazione delle dimissioni.
Anche grazie all'intervento riabilitativo precoce nei reparti per acuti, strettamente collegato con i bisogni clinici e assistenziali sarà possibile valutare con precisione l'eventuale bisogno di continuità riabilitativa post acuta e, agendo attraverso i meccanismi delle dimissioni programmate, favorire maggiore appropriatezza nella scelta del setting di continuità ed una più omogenea distribuzione sul territorio con una conseguente maggiore vicinanza alla residenza dei pazienti, facilitando con ciò anche la precocità della dimissione dal reparto ospedaliero a stabilità clinica raggiunta. L'inserimento stabile del Fisioterapista nei Team che sovrintendono alla dimissione del paziente diventa a nostro avviso un elemento qualificante nel funzionamento delle cosiddette (diversamente strutturate) Agenzie per la Continuità Ospedale-Territorio.

3. Il Fisioterapista e gli interventi nelle cure palliative
Con la Legge 38/2010 sulle Cure Palliative si aprono nuovi scenari; queste, ponendosi come processo terapeutico finalizzato al controllo dei sintomi, al recupero e al mantenimento della qualità della vita, impongono una nuova prospettiva all'apporto che la fisioterapia può portare al "fine vita", L'approccio riabilitativo nelle cure palliative considera l'individuo nella sua globalità; la sua presa in cura in questa ottica considera le diverse dimensioni dei bisogni della persona inclusi i bisogni fisici, psicologici e relazionali. Il tutto si realizza con l'individuazione di obiettivi semplici e a breve termine, connessi ad una progettualità che consenta e favorisca la partecipazione attiva dell'individuo al piano d'assistenza e coinvolga il più possibile, i caregiver e/o familiari.
Il fisioterapista riveste un ruolo rilevante nella fase domiciliare del percorso, proponendo l'adozione di ausilii idonei per la mobilizzazione e i trasferimenti,

verificandone l'uso e sostenendo i caregiver con una adeguata formazione all'utilizzo e all'esecuzione di manovre utili per una corretta mobilizzazione e gestione della postura Il fisioterapista si inserisce quindi nell'equipe contrastando, insieme agli altri professionisti, la frammentazione delle cure, sostenendo la persona nel cambiamento della percezione del proprio corpo e promuovendo la partecipazione attiva alle cure nel rispetto delle sue volontà. Presupposto essenziale alla piena realizzazione di un intervento efficace sono:

- la precocità della Valutazione Multidimensionale per la definizione dei programmi di cura personalizzati
- la tempestività nell'attivazione degli interventi fisioterapici
- l'elasticità nell'intervento in virtù delle caratteristiche di fragilità e dei repentini cambiamenti delle condizioni
- il possesso di una formazione specialistica dei Fisioterapisti coinvolti nelle cure palliative.

4. Valorizzazione delle competenze e responsabilità professionali

AIFI condivide appieno l'affermazione "Le risorse umane sono la prima leva per garantire l'appropriata erogazione dei LEA e la sicurezza e la qualità delle cure." con cui si apre la presentazione dell'art.5 della bozza di articolato del Patto per la Salute.

AIFI vede in questa affermazione lo spazio per attuare i principi di valorizzazione e responsabilizzazione dei professionisti coinvolti nell'erogazione delle prestazioni, ciò sia nei termini legati al miglioramento della qualità professionale, della sicurezza delle prestazioni e della qualità organizzativa, che sono stati previsti in tutte le Leggi e Decreti che hanno riguardato le Professioni Sanitarie.

Riteniamo non procrastinabile la loro applicazione in tutte le Regioni anche con la costituzione delle Strutture ed Unità Operative a Direzione Professionale. Riteniamo questa la strada più vantaggiosa per il Sistema Sanitario per il più ampio coinvolgimento e la più forte responsabilizzazione di tutti i professionisti nel cambiamento che viene richiesto.

Queste Strutture/Unità operative rappresentano la migliore modalità per assicurare alle strutture Dipartimentali Ospedaliere e/o Distrettuali le risorse necessarie allo svolgimento delle attività previste in quanto capaci di coniugare con maggiore efficienza qualità professionale con qualità organizzativa.

Riteniamo inoltre, come sopra abbiamo presentato, che si debba procedere alla previsione e valorizzazione di modelli che, a partire dai principi della multi ed interprofessionalità, formalizzino e sostengano nuove modalità di intervento nelle condizioni di Cronicità e nelle interfaccia fra Ospedale e Territorio: ci riferiamo, per quanto ci compete, alla previsione del Fisioterapista di Comunità, alla previsione delle funzioni di Triage fisioterapico quale supporto anche all'abbattimento dei tempi di attesa, alla individuazione dei setting appropriati di dimissione dall'ospedale e alla appropriatezza degli accessi in Riabilitazione. La partecipazione dei Fisioterapisti alla definizione dei relativi criteri sarà un ulteriore elemento di coinvolgimento e responsabilizzazione sui cambiamenti richiesti.

Proposta di emendamenti
In riferimento a quanto sopra esposto completiamo il nostro contributo proponendo specifici emendamenti alla bozza dell'articolato, che riteniamo consentano di accogliere le proposte da noi avanzate

Art 5 – Risorse Umane
Bozza di articolato
..... (omissis)

7. Per quanto riguarda le professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, Governo e Regioni si impegnano, nell'arco di vigenza del presente Piano, a garantire la valorizzazione e lo sviluppo delle relative competenze professionali, tenendo conto dei livelli della formazione acquisita, in coerenza con quanto previsto nei Contratti Collettivi Nazionali di settore relativamente al conferimento degli incarichi professionali.
8. Al fine di far fronte ai nuovi bisogni di salute derivanti dall'aumento delle patologie croniche e dei quadri complessi pluripatologici, Governo e Regioni convengono sulla necessità di dare piena attuazione ai modelli di riorganizzazione dei servizi territoriali (AFT e UCCP) assicurando una rete territoriale, multi-professionale e multidisciplinare integrata, con sede unica o con sedi diverse collegate funzionalmente di cui facciano parte medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali,

biologi, psicologi, infermieri, fisioterapisti, etc., con il compito di effettuare una reale presa in carico del paziente, interagendo con le strutture ospedaliere attraverso percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) concordati e condivisi. In questo contesto dovranno essere avviate le sperimentazioni relative alla figura del Fisioterapista di Comunità. A tal fine potranno essere di supporto anche gli strumenti innovativi collegati alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT).

.....(omissis)

ART 10- Reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria. Presa in carico nel percorso di cura.

Bozza di articolato

1. (omissis...)
2. (omissis...). Il Regolamento dovrà disciplinare in particolare i seguenti aspetti:

- **Punto 1** Una ridefinizione dei modelli organizzativi regionali, basati sulla centralità dei distretti socio-sanitari come ambito di valutazione del bisogno e di programmazione, ma che prevedano lo sviluppo di strutture territoriali multiprofessionali di coordinamento e di erogazione dell'assistenza primaria, intesa come l'integrazione dei vari servizi deputati alla prevenzione e promozione della salute, alle cure primarie e alla salute mentale;
- **Punto 2** La valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare quelle infermieristica e fisioterapica, finalizzato alla copertura dell'enorme incremento del bisogno di continuità dell'assistenza, educazione terapeutica, in particolare dei soggetti più fragili, affetti da multi- morbilità e a rischio declino dello stato funzionale
- **Punto 7** Lo sviluppo di strumenti di analisi e profilazione dei soggetti fragili, finalizzato allo sviluppo della sanità di iniziativa e di presa in carico globale;
- **Punto 17** L'implementazione sul territorio nazionale dell'esperienze assistenziali efficaci a partire dall'infermieristica e fisioterapia di famiglia e comunità;

ART 16

Aggiornamento standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

Bozza di articolato

1. (omissis...)

2. La definizione degli standard dovrà comprendere anche modalità finalizzate a sviluppare la miglior continuità dei percorsi clinico-assistenziali quali la costruzione di percorsi personalizzati per gli assistiti più fragili e per i malati cronici a rischio ricoveri ripetuti e declino funzionale, anche attraverso la presa incarico precoce ad intensa integrazione delle funzioni di nursing con quelle fisioterapiche nei reparti per acuti.

Conclusioni

Per quanto finora descritto, consci della necessità di un cambiamento e svolta culturale anche dei professionisti, AIFI si rende disponibile alla partecipazione attiva con idee e proposte. Le parole "chiave" che abbiamo individuato sono: formazione continua, competenza, innovazione, valorizzazione, appropriatezza e sostenibilità del sistema salute.

Bibliografia e Riferimenti

Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ 2000;320:569-572

Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. Eff Clin Pract 1998

Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. JAMA.2002;288:1775-1779

Barr V, et al. The Expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly 2003; vol.7 no. 1

Capaldo G. Diagnosi differenziale in Fisioterapia: uno strumento utile al Fisioterapista, una tutela per il paziente. Scienza Riabilitativa 2007; 9.1 : 23-35

Donabedian A: La qualità dell'assistenza sanitaria, NIS Roma 1990

Khoury F, Cassou B, Charles MA, Dargent-Molina P.The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2013 Oct 29;347:f6234. doi: 10.1136/bmj.f6234

GIMBE Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025, 2016 disponibile online all'indirizzo http://www.rapportogimbe.it/

Pendergast J, Kliethermes SA, Freburger JK, Duffy PA, A comparison of health care use for physician-referred and self-referred episodes of outpatient physical therapy. Health Serv Res. 2012;47:633–654

Stewart VH, Saunders DH, Greig CA. Responsiveness of muscle size and strength to physical training in very elderly people: a systematic review. Scand J Med Sci Sports. 2014 Feb;24(1):e1-10

Sutton DA, Randhawa K, Yu H, Varatharajan S, Goldgrub R, Nordin M, Gross DP, Shearer HM, Carroll LJ, Stern PJ, Ameis A, Southerst D, Mior S, Stupar M, Varatharajan T, Taylor -Vaisey A .Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) collaboration. Eur J Pain. 2016 Oct 6

World Confederation for Physical Therapy (WCPT) Policy statement: Description of physical therapy. 2011 reperibile on-line all'indirizzo http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT

Wallace Pj. Physician involvement in disease management as part of the CCM. Health Care Finac Rev 2005

Associazione Italiana Fisioterapisti, "La Fisioterapia a sostegno della sostenibilità del Sistema Salute: Proposte per modelli appropriati efficaci ed efficienti" - Policy Statement

Associazione Italiana Fisioterapisti, "La Fisioterapia d'Iniziativa: Promuovere il supporto alla gestione delle malattie croniche e il coinvolgimento attivo della persona nei processi di cura" - Policy Statement Donabedian A., "La qualità dell'assistenza sanitaria" - NIS Roma, 1990

APRI, ASSOCIAZIONE PER LA RICERCA ITALIANA SULLA SINDROME DI DOWN, L'AUTISMO E IL DANNO CEREBRALE

La Linea guida n.21 del 2011 sull'autismo è stata richiesta alla Ministra della salute Turco nel 2006 dalle associazioni di genitori aderenti a FISH e dal Gruppo Asperger. La consideriamo una grande conquista, una pietra miliare per consigliare gli interventi educativi speciali che già da decenni erano praticati negli altri Paesi (Strategie comportamentali fondate su ABA, compreso ESDM, e programmi di intervento pubblici come TEACCH), per sconsigliare la pratiche di medicine alternative più o meno rischiose e per sconfessare la falsa notizia che le vaccinazioni sono la causa dell'enorme aumento delle diagnosi di autismo registratesi nel mondo. Queste associazioni hanno difeso la Linea guida dagli attacchi degli psicanalisti psicodinamici e lacaniani che hanno firmato la petizione contro la Linea guida n.21 e contro gli antivax ed i rappresentanti dei metodi di medicina alternativa (che si dissociarono dal contenuto della Linea guida e dal tavolo di cui facevano parte).
Il ritardo col quale si è proceduto all'aggiornamento della Linea guida, iniziato da un anno soltanto presso l'ISS, è in parte giustificato dalla scarsità di studi scientifici persino nel campo dove più facilmente potrebbero essere compiuti, quello farmacologico, dove il metodo GRADE scelto dall'ISS potrebbe meglio

funzionare. Purtroppo si sono effettuate pochissime sperimentazioni dopo il 2011 e neppure sono stati condotti monitoraggi a lungo termine sui tanti farmaci che vengono prescritti spesso off label. Eppure la condizione autistica e l'assunzione dei farmaci, salvo rare eccezioni, dura tutta la vita. **Si propone perciò che le istituzioni pubbliche dell'Università e della ricerca, in sinergia con la case farmaceutiche, si impegnino in ricerche farmacologiche sull'autismo e in monitoraggi sull'uso dei farmaci, molto frequente e poco sostenuto da prove di EBM.**
L'aggiornamento è stato fatto su due tavoli (panel) uno per i minori e l'altro per i maggiorenni, per i quali mancava quasi completamente materia per la Linea guida 21 e del quale si sente grande necessità. **Per i maggiorenni occorre individuare le caratteristiche ottimali dell'inclusione sociale e lavorativa, delle residenze e semiresidenze**, e giustamente una parte dei fondi messi a disposizione dal Ministero per l'autismo serve per fare studi condotti dalle Regioni sulle prassi migliori adottate. Più che il GRADE conta in questo campo il giudizio degli esperti e le cosiddette buone prassi, perché di certo non si possono fare comparazioni in doppio cieco come per i farmaci.
I primi risultati dei panel sono stati portati a conoscenza delle associazioni e degli esperti interessati in questo primo semestre, prima dei minorenni e poi dei maggiorenni, e non caso riguardano soltanto l'uso dei farmaci, sui quali il GRADE viene usato correntemente in molti Paesi.

Si riassumano le criticità della revisione della linea guida n.21 del 2011 in corso presso l'ISS.
Nella cabina di regia, responsabile dell'uso delle somme stanziate per le linee guida e per le ricerche delle Regioni, si è ammessa la presenza di un solo rappresentante delle associazioni dei genitori (Angsa onlus) ma le si è vietato di portare con sé un tecnico di sua fiducia per assisterla, mettendola in condizione di minorità culturale oltreché numerica rispetto al gruppo di esperti, dove sono ben rappresentati anche i e le seguaci della psicodinamica, ad una delle quali si è dato il compito di fare formazione per la scuola italiana, invadendo la competenza del MIUR, che non ha partecipato alla cabina di regia.
La sanitarizzazione della disabilità non dovrebbe essere permessa.
La revisione attuale presenta i seguenti gravi difetti:
1 Cerca di utilizzare un metodo come il GRADE creato per validare i farmaci,

che per accettare come buona efficacia di una sperimentazione richiede un livello di prove molto elevato (tipo la sperimentazione controllata randomizzata in doppio cieco); così facendo si rischia di affermare che tutti gli interventi sono scarsamente efficaci e quindi tutti possono prescrivere tutto (la notte in cui tutte le vacche sono nere).

2 Il ministero della salute ha finanziato tardi l'ISS e così si è persa la possibilità di aggiornare le linee di indirizzo dopo avere terminato l'aggiornamento della la linea guida dei minori e quella per gli adulti. Si è fatto un ritardo di 5 anni rispetto alla programmazione, così che la revisione delle Linee di indirizzo del 2012 si è già conclusa il 10 maggio 2018, sovvertendo la logica successione fra Linea guida prima e Linee di indirizzo dopo. Questa inversione dei tempi è una (non l'unica) causa della mancata applicazione delle Linee di indirizzo sull'autismo, che esigono una sinergia fra Ministeri, Regioni ed Enti locali, che è mancata.

3 Il Dr.Iannone, in occasione di una seduta della cabina di regia, si è opposto alla scelta dei rappresentanti delle associazioni in qualità di rappresentanti degli utenti, affermando che il metodo GRADE imponeva quella procedura, mentre al contrario la prima ipotesi del GRADE è quella di chiamare i rappresentanti delle associazioni. Di conseguenza si sono esclusi i rappresentanti delle associazioni degli utenti (persone con autismo e loro familiari) dai due panel che decidono la revisione della Linea guida, lasciando ai tecnici dell'ISS l'arbitrio assoluto e incontrollato (nessuna graduatoria è stata resa pubblica) sulla scelta di tre genitori e una persona con Asperger. Per di più a questi quattro è stato imposto il dovere di segretezza sui lavori, per cui non possono neppure confrontarsi con le associazioni. Infine i loro voti non contano quasi nulla poiché risultano indistinti ed assolutamente minoritari rispetto a quelli dei 13 tecnici che compongono ciascuno dei due panel delle due line guida per minorenni e per maggiorenni. Così si è dimenticato il grande ruolo delle associazioni che hanno difeso la linea guida 21 dagli attacchi dei psicodinamici e del DAN! sottovalutando la reazione di quegli stessi professionisti, appartenenti alle "scuole" che avevano sostenuto la ipotesi della madre frigorifero fino ad allora, che potranno riprendere vigore senza più l'opposizione del mondo associativo. **Si propone di includere nei panel almeno altri tre rappresentanti indicati dalle associazioni interessate per ciascun panel.**

4 La direzione dell'aggiornamento della linea guida ha dato una diversa risposta sul numero delle associazioni che potevano rispondere ai quesiti: prima solo Angsa onlus nazionale, e poi anche tutte le Associazioni regionali, alcune delle quali perciò non hanno inviato le loro osservazioni. **La ripartenza auspicata darebbe loro la possibilità di rientrare in gioco**.
5 Si sono esclusi dalla cabina di regia i rappresentanti del MIUR e del Ministero del Welfare e si sono esclusi dai panel gli esperti di educazione speciale, di genetica, di biochimica e delle patologie più frequenti nell'autismo. Senza queste nuove professioni inserite nei panel è come se l'ISS volesse ignorare le più recenti conoscenze sulla biologia e sulla genetica dell'autismo. Si deve rompere il predominio assoluto della NPIA e della psichiatria su questa patologia ignorando le altre professionalità. **Si propone perciò un'integrazione della cabina di regia e dei panel con esperti di biomedicina, biochimica, genetisti ed esperti di pedagogia speciale adatta all'autismo e l'integrazione con rappresentanti del MIUR nelle sue tre componenti: scuola, Università e ricerca. In particolare alla pedagogia speciale delle Università spetta di qualificare il personale che si prende cura delle persone con autismo nelle scuole, nell'inclusione lavorativa, nelle residenze e semiresidenze. Si propone l'attuazione delle Linee di indirizzo sull'autismo del 10 maggio 2018, che dedicano due pagine alla necessità di formazione. L'imponente azione di formazione permanente che si sta svolgendo in questo triennio per gli educatori di fatto sprovvisti di laurea e per gli insegnanti di sostegno privi di specializzazione rischia di essere una grande occasione perduta.**

Sempre basandosi sul GRADE si è impedito ai pochi esperti di farmacologia che hanno fatto sperimentazioni sui farmaci di esprimere il loro voto sull'efficacia dei farmaci stessi, adducendo l'impedimento del conflitto di interessi, come se si trattasse di aprire un mercato appetibile a una casa farmaceutica per un farmaco nuovo. La recente consultazione via internet degli Stakeholder e delle società scientifiche interessate, ci consente di rilevare

ulteriori gravi difetti nella procedura dell'aggiornamento della Linea guida, che portano verso un **ingiustificato consiglio verso l'utilizzo di alcuni farmaci per i minori**. Dalla letteratura esaminata risulta che non ci sono state sostanziali novità rispetto alle ricerche considerate nella Linea guida del 2011

e che mancano ancora studi longitudinali che accertino come il loro uso iniziato nell'infanzia e proseguito per decenni possa provocare gravissimi danni. Questo timore nasce dalla denuncia dell'evoluzione negativa segnalata dall'esperienza con neurolettici (bloccanti D2) tipici (es. serenase) e atipici (es.risperidone) di molti genitori "vecchi" con figli adulti, che già tempo addietro era stata denunciata nel filmato: Elle s'appelle Sabine. L'aggiornamento, compreso nella parte riferita ai Minori della linea guida n.21, risulta perciò inconsistente, mancando ricerche recenti sulle quali basarsi; **si propone perciò di ricominciare il percorso dell'aggiornamento, almeno di questa parte, in attesa di nuovi risultati di EBM.**
Per scegliere fra chi rispondeva al bando i componenti esperti nei due panel l'ISS ha fatto le sue scelte senza giustificarle, senza pubblicare la graduatoria dei vincitori e degli esclusi e senza chiamare un esperto di economia sanitaria. Per questo motivo il panel è risultato doppiamente incompetente sulla materia quando affronta nella Linea guida l'aspetto economico delle cure, che invece deve essere affrontato nelle Linee di indirizzo, dove la responsabilità politica delle scelte economiche è giustamente rappresentata dal Governo politico centrale e periferico, cui spetta stabilire l'entità del Fondo sanitario nazionale e le indicazioni per le singole situazioni di malattia con i LEA. **Si propone perciò che la Linea guida non consideri gli aspetti economici degli interventi.**

Si ritiene che la Linea guida per gli adulti possa essere approvata al più presto, sia pure con le limitazioni suddette. La parte farmacologica, che ha utilizzato il GRADE, si è conclusa i questi giorni ammettendo che non ci sono indicazioni di farmaci efficaci per l'autismo "puro" e che per le cosiddette co-occorrenze si deve fare riferimento alle linee guida della patologia definita co- occorrente. Peccato che non vi siano studi scientifici su persone con autismo e patologia co- occorrente, nonostante sia arcinoto che le persone con autismo rispondono spesso con effetti collaterali ed anche paradossali agli psicofarmaci.
Tuttavia i lavori del panel adulti possono dare indicazioni valide per le Regioni, basate sul consenso degli esperti sulle buone prassi per i servizi di abilitazione attuate in Italia e nel mondo, che possono ispirare i regolamenti di accreditamento regionali.

Si propone di specificare che la cabina di regia, integrata dagli esperti della ricerca (Università ed altri Enti di ricerca) **diriga finanziamenti verso la ricerca di base**, pure indicata dalla Legge 134 del 2015, e finora impedita da una interpretazione corrente molto riduttiva del decreto di istituzione della cabina di regia.
Si propone di favorire con finanziamenti specifici **dottorati di ricerca sull'autismo** di psicopedagogisti in grado di preparare esperti molto qualificati, in grado di assumere le funzione di coordinatori o case manager degli interventi operati sulle persone con autismo.

Si propone di dare **attuazione all'art.60 dei LEA oggi vigenti, che esige interventi specifici per l'autismo.**
Si propone in generale di **aumentare le borse di studio per la specializzazione in NPIA**, data la gravissima carenza di specialisti medici e psicologi in questo settore, e di aumentarne gli organici nelle ASL, i quali in molte Regioni sono quasi inesistenti, a fronte di una domanda crescente non soltanto per l'aumento dei casi di autismo ma di tutte le forme di DSA e delle certificazioni di disabilità mentale.

ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

e pluribus unum

Le proposte dell'ARIS (Associazione Religiosa degli Istituti Socio-Sanitari) alla Maratona per il Patto della Salute

Le differenze socio-economiche non possono, non devono risultare discriminanti ai fini della tutela della salute per i nostri cittadini". Se è vero che ci sono milioni di italiani che rinunciano a curarsi per motivi economici, e la percentuale è in costante aumento, è altrettanto vero che ci sono italiani che spendono oltre 37 miliardi in un anno per le proprie cure in privato. E la forbice tra le due Italie si allarga. L'ARIS è disponibile a sedere ad un tavolo di concerto per dare il proprio fattivo contributo.

Il percorso che abbiamo davanti è certamente scivoloso e pieno d'ostacoli e non nutriamo la presunzione di avere la soluzione in tasca per risolvere la difficile situazione del nostro SSN che non volgiamo credere, come sostiene forse artatamente qualcuno, sia effettivamente in liquidazione. Le nostre proposte nascono non solo dall'esperienza ultradecennale maturata sul campo ma sono anche il frutto di un attento esame degli indirizzi internazionali e sono supportati dai risultati di un'ampia consultazione degli stessi protagonisti della sanità privata non profit, siano essi os o pazienti.

Le azioni più urgenti da intraprendere dovrebbero essere:

a) contrastare tutte quelle barriere alle cure e all'assistenza di qualità - siano esse economiche, organizzative, professionali o culturali - che possono portare alla rinuncia alle cure o a una scarsa appropriatezza ed efficacia delle prestazioni. Sarebbe anche necessario che le azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute privileggiassero la centralità delle comunità locali, perché è questo il luogo dove tali criticità si manifestano e dove è possibile realizzare l'integrazione orizzontale delle politiche e costruire le alleanze e le capacità che generano equità.

b) riprendere e valorizzare - soprattutto in funzione della sostenibilità del sistema - quell'impianto di "integrazioni" che, in un certo senso, senso rappresenta il cuore ed il vero valore, fin da allora innovativo, della legge generale di riforma sanitaria, la 833/78: integrazione prevenzione-cura-riabilitazione; integrazione ospedale-territorio; integrazione sanità-assistenza; integrazione pubblico-privato non profit. Ciò consentirebbe di assumere più facilmente la "continuità terapeutica" - soprattutto nel campo della cronicità e della non-autosufficienza - come un obiettivo irrinunciabile, sia nell'interesse del paziente che per una adeguata ottimizzazione e produttività della spesa sanitaria.

c) - prevedere un forte investimento sulla medicina territoriale e di base, anche in funzione di un altrettanto significativo impegno nei confronti della medicina preventiva e dell' educazione alla salute, al fine di meglio orientare e rendere più consapevole la "domanda" di salute (anzichè agire solo sul fronte dell' offerta di servizi).

d) – assumere come priorità del Piano sanitario Nazionale le "fragilità": età evolutiva; anziani; psicopatologia.

e) Mettere in campo una maggiore flessibilità rispetto ai tetti di spesa sanitaria imposti dal D.L. 95/2012 (c.d. spending review) . Ciò determinerebbe la possibilità, per il privato non profit, di offrire nuove prestazioni sanitarie, contribuendo così non solo al taglio delle liste d'attesa ma significherebbe anche dare un nuovo requisito di sostenibilità alle istituzioni, per risolvere per esempio anche l'annosa questione dei rinnovi contrattuali per tutto il settore, per i quali per legge è previsto l'intervento delle regioni ma che in realtà manca da oltre 12 anni e mette in grave difficoltà le parti contrattuali.

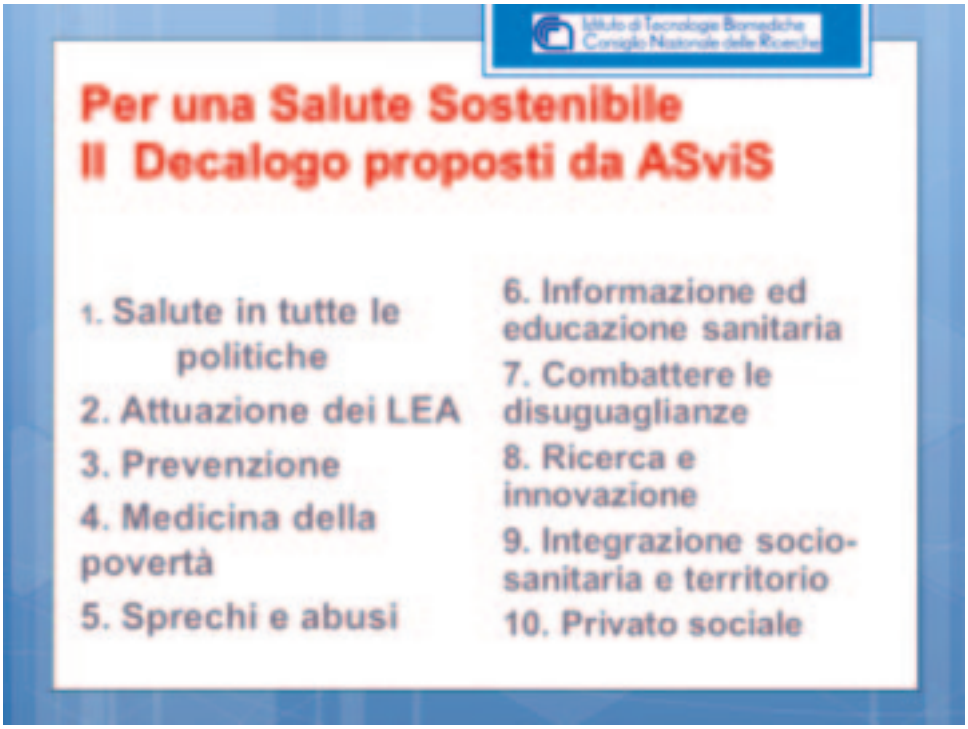
f) Prevedere poi un deciso sostegno al sistema degli IRCCS, diventati una vera eccellenza nazionale, che nulla ha da invidiare - sul piano sia della ricerca bio-medica che della qualità della prestazione clinica - al mondo accademico, attraverso un netto incremento delle risorse disponibili sia per Ricerca Corrente che Finalizzata ed un costante apporto degli organi del Governo centrale alle strategie di internazionalizzazione della ricerca, con riferimento prioritario ai Programmi-Quadro dell'UE.

Da quando nel 1972 il Club di Roma ha previsto che lo sviluppo materiale e umano avrebbe prodotto un arretramento del benessere ed un peggioramento delle condizioni di vita sul pianeta, è stato necessario aspettare il 2015 perché 193 paesi del mondo sottoscrivessero una Agenda di impegni per lo sviluppo sostenibile. La salute è al cuore di queste problematiche, e l'Obiettivo 3 dell'Agenda ONU 2030 propone di porre al centro degli sforzi delle nazioni, della società civile e delle istituzioni l'abbattimento della mortalità evitabile, la diffusione della prevenzione e dei corretti stili di vita, e la parità di accesso e di qualità dei servizi sanitari per tutti, a tutte le latitudini e strati sociali.
Su questa base nasce il 3 febbraio 2016 in Italia ASviS, la Alleanza per lo Sviluppo Sostenibile, che conta oggi più di 200 aderenti, tutti appartenenti al mondo del no profit e dell'associazionismo, e persegue l'obiettivo di promuovere in Italia il raggiungimento dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (Sustainable Development Goals, SDGs) dell'Agenda Onu 2030, i quali affrontano in maniera integrata temi che vanno dalla lotta alla povertà ed alla fame, dalla promozione della pace alla parità di genere, dall'ambiente all'occupazione, dallo sviluppo urbano alla cooperazione internazionale, dall'innovazione all'educazione, dalla salute al benessere.
Tra gli attori che hanno aderito ad ASviS va segnalata in modo particolare la "Rete delle università per lo sviluppo sostenibile" (RUS), cui aderiscono 51 atenei, e la Rete dei Comuni per la sostenibilità, e tra i progetti vanno segnalati quelli di formazione e-learning scolastica e universitaria in collaborazione con il Miur, il Patto di Milano per la collaborazione con il mondo delle imprese, la produzione di materiali didattici e di pubblicazioni, la realizzazione del Festival annuale dello Sviluppo sostenibile, che nella sua edizione

2019 ha visto più di 1000 iniziative promosse da ASviS e dagli aderenti di ASviS in tutta Italia, nella settimana a cavallo tra fine maggio e inizio giugno. Tra le proposte avanzate e realizzate fino ad oggi vanno ricordati l'inserimento degli indicatori di benessere equo e sostenibile nei documenti di programmazione economica nazionale per misurare l'impatto delle politiche, l'insediamento di una Cabina di regia presso la Presidenza del Consiglio per il monitoraggio del benessere equo e sostenibile, ed il monitoraggio annuale da parte dell'Istat degli indicatori di benessere equo e sostenibile.
Per quanto riguarda l'Obiettivo 3 dell'Agenda Onu 2030 (Salute e benessere per tutti), si è costituito presso ASviS un Gruppo di lavoro ad hoc, che effettua un monitoraggio costante della situazione italiana, pubblicato ogni anno in autunno nel Rapporto annuale ASviS, arrivato alla terza edizione. Nelle osservazioni prodotte in merito al Goal 3 ASviS ha sottolineato come in Italia la situazione della salute si presenti in maniera molto positiva per il raggiungimento di molti degli obiettivi Onu, ed in particolare per la elevata speranza di vita, per il controllo della maggior parte delle patologie - soprattutto quelle acute e trasmissibili -, e per l'universalismo del suo sistema di offerta, il Servizio sanitario nazionale e quelli regionali. Al tempo stesso vanno segnalate alcune criticità – tipiche dei paesi avanzati -, che riguardano la sostenibilità economica di un sistema di offerta sempre più costoso, di fronte ad una domanda sempre più esigente; la sostenibilità sociale di una domanda di servizi caratterizzata da presenza crescente di anziani e disabili; i problemi della qualità percepita, della soddisfazione degli utenti, della umanizzazione e dell'empowerment; le lacune applicative del principio di equità sociale, soprattutto relativamente ai tempi ed alle procedure di accesso ai servizi ed alla distribuzione dell'offerta sul territorio; le carenze, ed in alcuni casi il peggioramento registrato rispetto agli stili di vita importanti per la salute; la necessità di integrare maggiormente servizi sanitari e sociali e di sviluppare, sia quantitativamente che qualitativamente, la cosiddetta sanità del territorio, preventiva, curativa e riabilitativa.
In particolare ASviS ha sottolineato la necessità di attuare una maggiore collaborazione multisettoriale, visto che il Goal 3 è correlato con molti altri obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 che rientrano nel quadro complessivo del benessere. In particolare, andrebbero meglio considerate e studiate le correlazioni con il punto 2.2 (eliminare tutte le forme di malnu-

trizione), il 4.1 (istruzione primaria e secondaria libera, equa e di qualità), il 5.2 (eliminare ogni forma di violenza contro tutte le donne, bambine e ragazze), il 5.3 (eliminare tutte le pratiche nocive e le mutilazioni dei genitali femminili), il 5.6 (accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi), il 6.1 (accesso all'acqua potabile), il 6.2 (accesso ai servizi igienico-sanitari e di igiene), il 9.5 (potenziare la ricerca scientifica e aumentare il numero dei lavoratori dei settori ricerca e sviluppo), il 10.3 (garantire a tutti pari opportunità e ridurre le disuguaglianze di risultato), l'11.6 (qualità dell'aria e gestione dei rifiuti), il 13.1 (resilienza ai disastri naturali) ed il 16.1 (ridurre la violenza e i tassi di mortalità connessi).
Le interconnessioni e la considerazione per cui i progressi di salute e benessere potranno essere raggiunti solo se si otterranno progressi in tutti gli settori connessi, sono alla base del concetto stesso di sostenibilità, che si declina, secondo l'approccio Onu e ASviS, come strategia di sviluppo armonico e rispettoso degli equilibri tra sfera naturale, sociale e istituzionale, delle compatibilità globali e delle esigenze delle generazioni future.
Secondo importante concetto alla base della strategia proposta da ASviS sulla base dell'impostazione dell'Agenda Onu 2030 e correlato a quello di sostenibilità è quello di circolarità, inteso come criterio di massima valorizzazione del capitale umano, sociale e materiale del pianeta, evitando gli sprechi e producendo equilibri virtuosi tra i fattori. Sono ad esempio elementi che acquisiscono peso rilevante in un approccio di sostenibilità circolare per la salute molte tematiche di intreccio tra diversi livelli e settori di intervento nell'ambito delle politiche pubbliche, come ad esempio il tema dei trasporti e dell'incidentalità stradale, l'inquinamento, gli stili di vita, di alimentazione e di consumo, le problematiche del clima e egli eventi naturali catastrofici, la questione dell'etica pubblica e della corruzione, gli sprechi di risorse, l'organizzazione delle città e del lavoro.
Tutto ciò si sposa con le riflessioni più avanzate sulle prospettive etiche del sistema della salute oggi nel mondo, in una fase nella quale il problema principale non è più quello della "scienza e coscienza" nella attività dei professionisti, né quello della centralità del paziente nei servizi, ormai acquisiti per lo più, ma piuttosto quello della sostenibilità generale del sistema. Una sostenibilità, nel senso detto, non tanto finanziaria, quanto relativa alla equità territoriale, alla equità sociale ed alla equità nei confronti di chi sta male e

di chi verrà dopo di noi.
Rispetto alla discussione sul Patto per la Salute, intendiamo come ASviS citare le proposte che abbiamo avanzato attraverso un Decalogo per la promozione dell'Obiettivo 3 dell'Agenda ONU 2030 (si veda www.asvis.it). Il Decalogo sottolinea, nell'accezione della Carta di Ottawa che ha proposto l'integrazione delle componenti ambientali e sociali quali pilastri fondamentali del benessere, l'importanza della promozione delle salute in tutte le politiche, la lotta alle disuguaglianze, la necessità di far crescere la ricerca e la prevenzione, la valorizzazione del privato sociale, l'integrazione territoriale di funzioni e servizi, la lotta alle sovrapposizioni e duplicazioni e lo sviluppo di progetti sperimentali di partnership pubblico-privato.



Il Decalogo recita in sintesi, indicando anche (tra parentesi) quella che a nostro avviso è la responsabilità principale:

1. Attuare il principio "Salute in tutte le politiche" inserendo nella programmazione economica e politica precisi obiettivi, e in particolare riduzione

dell'inquinamento, degli incidenti stradali e lavorativi, dello stress lavorativo, del traffico di autoveicoli privati, e controllando i risultati (Presidenza del Consiglio)

2. Definire precisi obiettivi di attuazione dei LEA non ancora raggiunti e misurarne il raggiungimento con indicatori, in particolare per l'accesso alle prestazioni, specie innovative, ivi compresi i farmaci di nuova generazione, il sostegno a disabilità e non autosufficienza, ADI, vaccini, screening, continuità assistenziale, medicina di iniziativa e presa in carico (Ministero della Salute)
3. Intensificare l'impegno in prevenzione, e misurare gli avanzamenti in particolare per stili di vita (alimentazione, fumo, alcol, moto fisico) e eventi naturali catastrofici (ISS)
4. Intensificare gli sforzi per la medicina della povertà ed il supporto preventivo e sanitario ai poveri, agli stranieri in difficoltà, agli anziani soli, ai carcerati, agli stranieri in difficoltà, e misurare i relativi avanzamenti, affidando all'Inmp il monitoraggio (Inmp)
5. Combattere gli sprechi e ridurre l'abuso di farmaci e prestazioni inappropriate, in particolare antibiotici, medicina estetica e omeopatia; introdurre criteri stringenti di appropriatezza per le strutture pubbliche e la medicina di base, e misurare i risultati con specifici indicatori (Iss)
6. Intensificare la corretta informazione ed educazione sanitaria e combattere le fake-news attraverso la scuola, le strutture sportive, la comunicazione di massa (Presidenza del Consiglio)
7. Rendere equilibrata e qualitativamente omogenea l'offerta sanitaria in tutte le aree del paese, incoraggiare le reti cliniche di qualità e misurare gli avanzamenti con specifici indicatori (Conferenza delle Regioni)
8. Incrementare gli investimenti e lo sviluppo della ricerca biomedica, delle scienze per la vita e della sanità digitale, e misurare gli incrementi con indicatori (Miur)
9. Concordare un Piano nazionale per la assistenza socio-sanitaria territoriale, la presa in carico delle persone e famiglie in difficoltà, la lotta alla solitudine ed alla depressione, lo sviluppo di forme comunitarie di supporto territoriale alle fragilità, la migliore organizzazione della vita urbana (Anci)
10. Valorizzare il ruolo del privato sociale per la salute e la sanità, evitando duplicazioni e sovrapposizioni e promuovendo l'integrazione delle funzioni

e dei servizi, e concordare alcuni principi comuni di riferimento da applicare in maniera autonoma nei territori (Asl e Comuni).

Un paese a sviluppo avanzato, per il quale le criticità più importanti in ambito sanitario riguardano le disuguaglianze, la prevenzione in senso olistico, l'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio, la cura a lungo termine per i cronici e disabili, la lotta agli sprechi e lo sviluppo di una cultura della salute diffusa e consapevole, deve secondo ASviS concentrare gli sforzi sui punti indicati dal Decalogo. Dal punto di vista delle responsabilità il gioco, il Decalogo indica negli organi di Governo nazionale specifiche responsabilità rispetto al punto 1 (in particolare riduzione dell'inquinamento, degli incidenti stradali e lavorativi, dello stress lavorativo, del traffico di autoveicoli privati), ed al punto 6 (educazione ed informazione sanitaria per il largo pubblico ed in particolare lotta alle fake-news ed interventi nella scuola, nello sport e nella comunicazione di massa). Il Ministero della Salute viene chiamato in causa in particolare per quanto riguarda il punto 2 (piena attuazione dei LEA e in particolare equità nell'accesso alle prestazioni, sostegno a disabilità e non autosufficienza, assistenza domiciliare, vaccini e screening, continuità assistenziale, medicina di iniziativa e presa in carico). All'Istituto Superiore di Sanità si chiede di impegnarsi per il punto 3 del Decalogo dedicato alla prevenzione (in particolare per la promozione di corretti e salutari stili di vita e per le misure di carattere preventivo nei confronti degli eventi naturali catastrofici), nonché per il punto 5 relativo agli sprechi ed abusi (in particolare per quanto riguarda farmaci e prestazioni inappropriate, medicina estetica e omeopatia e criteri di appropriatezza per le strutture pubbliche e la medicina di base). La Conferenza delle Regioni dovrebbe occuparsi in via preminente del riequilibrio dell'offerta sanitaria sul territorio nazionale, incoraggiando l'attività delle reti cliniche di qualità e misurando gli avanzamenti con specifici indicatori, come previsto dal punto 7 del Decalogo. ASL e Comuni vengono chiamati in causa in particolare per il punto 9, che riguarda la promozione di un Piano condiviso per la assistenza socio-sanitaria territoriale, la presa in carico delle persone e famiglie in difficoltà, la lotta alla solitudine ed alla depressione, lo sviluppo di forme comunitarie di supporto territoriale alle fragilità e la migliore organizzazione della vita urbana. I Comuni vengono richiamati anche per la valorizzazione del ruolo del privato sociale, di cui al punto 10, evitando duplicazioni e sovrapposizioni, promuovendo l'integra-

zione delle funzioni e dei servizi e concordando sperimentazioni territoriali avanzate di collaborazione pubblico-privato. L'Istituto Nazionale di Medicina della Povertà e dell'Immigrazione viene richiamato con il punto 4 del Decalogo ad intensificare gli sforzi per i soggetti più fragili ed il supporto preventivo e sanitario ai poveri, agli stranieri in difficoltà, agli anziani soli, ai carcerati. Il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca ricorre al punto 8 del Decalogo, dove si pone l'obiettivo dell'incremento degli investimenti in ricerca biomedica, nelle scienze per la vita e nella sanità digitale.
In termini di concrete proposte di immediata e urgente realizzazione, ci sentiamo di indicare le seguenti:

A. Audit di equità, come strumento avanzato di monitoraggio dei livelli di equità nella salute e nella sanità ai diversi livelli territoriali ed istituzionali, e nelle loro interrelazioni con gli altri determinanti sociali di benessere e salute;
B. Coordinamento interministeriale ed intersettoriale a livello locale sul tema "Salute in tutte le politiche", con messa a fuoco dei fattori della salute e del benessere e di quelli che viceversa inducono malessere e patologie negli altri ambiti di vita e relative politiche;
C. Individuazione delle buone pratiche esistenti in tema di equità e di "salute in tutte le politiche" e promozione di progetti di loro diffusione;
D. Monitoraggio della produzione normativa ed in particolare delle Leggi di Bilancio rispetto all'obiettivo della salute equa e sostenibile;
E. Promozione di forme di gemellaggio tra regioni e territori per la diffusione delle esperienze e del know how positivo.

Collegio Italiano dei Chirurghi

Il CIC tra i suoi compiti istituzionali ha visto, e vede, il ruolo e la responsabilità degli specialisti da esso rappresentati.
Il tema della Malpractice, dell'eccesso di procedimenti giudiziari, il ruolo dei risk management aziendali, il calo della vocazione chirurgica in un numero già esiguo di specializzandi ha reso critico il ruolo e la funzione del chirurgo nel SSN.

1. **È evidente che il blocco del turnover in Sanità abbia messo in crisi il sistema, tanto da rendere non più derogabile un programma vasto di assunzioni. Oggi però questo non trova conforto nella disponibilità di "specialisti" a causa di una programmazione superata dai fatti ed accentuata dal calo delle "vocazioni" per le specialità più a rischio.**
2. **È in crisi il patto terapeutico tra medico e paziente che ha creato la cosiddetta medicina difensiva. Il fondamento della tutela alla salute è esplicitamente previsto nell'art. 32 primo comma della Costituzione. Il fatto che un trattamento medico e sanitario possa causare un danno, anziché guarire o curare, induce a ritenere la sicurezza del paziente il fondamento della qualità delle cure. L'OMS stima il tasso di eventi avversi, sulla base dei numerosi studi condotti in numerosi Paesi, in circa il 10% come danno correlato all'assistenza piuttosto che un'evoluzione o complicazione della patologia stessa. Il 50% di questi eventi avversi è prevenibile e in questa quota di eventi si può riscontrare malpractice. Il rapporto UE del 2014 ha evidenziato i costi umani ed economici degli eventi avversi, stimando a livello continentale fino a 110.000 morti all'anno solo a causa di infezioni correlate all'assistenza, con costi diretti e indiretti di molto superiori a**

5 miliardi di euro all'anno. La gestione del rischio clinico e Legge Gelli, agendo in via preventiva, monitora e limita le ipotesi di rischio avverso implementando la "sicurezza delle cure". Il comma 2 dell'articolo 1 della legge Gelli evidenzia un approccio alla sicurezza delle cure, non più basato solo ed esclusivamente sulle competenze e conoscenze del singolo operatore sanitario, ma sull'organizzazione nel suo complesso. L'attività di gestione del rischio sanitario era già prevista dalla Legge Balduzzi, che riponeva in tale attività la possibilità di ridurre i contenziosi e i costi assicurativi. La legge Gelli ha previsto l'istituzione dell'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità, il cui scopo è quello di raccogliere ed elaborare le informazioni relative ai rischi e agli eventi avversi dai Centri regionali per il rischio sanitario avvalendosi del SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità). Il Ministro della salute è quindi tenuto a trasmettere annualmente alle Camere una relazione sull'attività sopra esposta svolta dall'Osservatorio. Possiamo dire che il numero non si è ridotto!

Un'indagine condotta nel 2010 dall'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma ha messo in evidenza che la medicina difensiva rappresenta un fenomeno in crescita, che ha una rilevante incidenza economica sulla sanità pubblica e sulla spesa privata, con presumibili ricadute negative anche sulle liste d'attesa. *L'indagine ha confermato l'immagine di una categoria professionale che si sente sotto assedio giudiziario e mediatico. Dall'indagine sono infatti scaturiti i seguenti dati relativi alle motivazioni dei comportamenti di medicina difensiva: il 78,2% si sente più a rischio di denuncia rispetto al passato, il 68,9% pensa di avere il 30% di probabilità di essere denunciato e il 25% circa dichiara che tale probabilità è anche superiore. Soltanto il 6,7% dei medici giudica nulla la probabilità di una denuncia.* **Complessivamente, ben il 65,4% dei medici si ritiene sotto pressione nella pratica clinica quotidiana.**

Un'indagine AgeNaS del 2014 effettuata su 1500 medici ospedalieri evidenzia come il 58% dei camici bianchi pratichi medicina difensiva e per il 93% questa sia destinata ad aumentare. *Lo studio spiega anche il perché si fa medicina difensiva: • per il 31% è colpa della legislazione sfavorevole per il medico; • per il 28% per il rischio di essere citati in giudizio; • per il 14% a causa dello sbilanciamento del rapporto medico/paziente, con eccessive richieste, pressioni e aspettative*

da parte del paziente e dei familiari.
Un recente progetto, lanciato da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato presso la Fnomceo, ha inteso aumentare la consapevolezza dei diritti e doveri di medico e paziente, affinché il primo rispetti a pieno la propria missione di cura e il secondo diventi sempre più cosciente dell'importanza della sua partecipazione.
Risk Management: Per ridurre i comportamenti non rispettosi da parte dei cittadini e salvaguardare la qualità della relazione e del lavoro è auspicabile che le strutture sanitarie adottino programmi di prevenzione, valutando i rischi nei luoghi di lavoro, formando il personale con particolare attenzione alle competenze comunicative e informando l'utenza dell'esistenza di una politica aziendale attenta alla correttezza dei comportamenti. Non trascurabile, in questo contesto, vista la delegittimazione della figura professionale, l'aumento delle aggressioni ai sanitari. Tutto questo contribuisce a far crollare l'appeal della nostra magnifica professione.

PROPOSTE
Si rende necessario, per evitare il collasso del sistema:

1. **Una programmazione adeguata dei futuri specialisti attraverso l'Aumento delle Borse.**
2. **La riduzione, attraverso provvedimenti legislativi mirati, del contenzioso medico-paziente e provvedimenti riguardanti la governance e l'appeal della professione chirurgica nel territorio:**
   a. **Emendare il dispositivo di legge sulla Colpa professionale per impedire l'accesso alle denunce in "penale" come nel resto dell'Europa,**
   b. **Controllare la pubblicità delle "Agenzie" che invitano a ricorrere contro i Sanitari.**

CODICI
CENTRO PER I DIRITTI DEL CITTADINO

Codici: un Patto per la Salute contro liste d'attesa e intramoenia

Si chiude domani la tre giorni di ascolto promossa dal **Ministero della Salute** in vista della definizione del nuovo **Patto per la Salute**. Le associazioni dei pazienti e l'attivismo civico saranno i protagonisti della terza ed ultima giornata di un confronto che, secondo l'**Associazione Codici**, deve portare ad un'intesa fondata sul cittadino, recependone le istanze ed attuando azioni incisive per un cambio di rotta deciso.
"La criticità principale da affrontare e da risolvere – dichiara il **Segretario Nazionale di Codici Ivano Giacomelli** – riguarda le **liste di attesa**. I cittadini già hanno difficoltà ad accedere ai servizi, poi quando ci riescono devono attendere mesi e mesi per fare un esame. Non è accettabile, anche perché c'è chi sfrutta questa situazione. È il caso dell'**intramoenia**, un'attività privata che i medici svolgono facendo concorrenza al Sistema Sanitario, approfittando dei suoi tempi lunghissimi ma anche delle sue strutture pubbliche. Non è più tollerabile".
Oltre al danno, la beffa, in un contesto generale che contribuisce ad alimentare la sfiducia dei cittadini nei confronti del Sistema Sanitario Nazionale. "Stiamo vivendo un momento particolare – sottolinea Ivano Giacomelli – c'è un tentativo di spostare l'attenzione dai problemi reali. I medici protestano per la **carenza di personale**, gridano al complotto sui casi di **malasanità**, si lamentano che non hanno tempo per i **corsi di aggiornamento**. Poi, però, scopriamo dall'Ocse che la vera carenza riguarda gli infermieri, chi è vittima di un errore sanitario ha sempre più difficoltà a denunciare per via della Legge Gelli, magari anche quando finisce sotto i ferri di chi non si aggiorna, cosa tutt'altro

che improbabile visto che solo il 54% degli operatori è in regola con i corsi Ecm. In un quadro del genere, non bisogna stupirsi se la metà degli italiani pensa che le persone non abbiano le stesse opportunità di diagnosi e cure, come registrato dal Rapporto del Censis. Oltre il 60% dei cittadini boccia il servizio offerto dalla propria Regione – conclude il Segretario Nazionale di Codici – questo è il Sistema Sanitario Nazionale e su questo bisogna intervenire, mettendo al primo posto il cittadino ed il **diritto alla salute**, troppo spesso negato".

Osservazioni di Confindustria Dispositivi Medici

Il presente documento è in maniera sintetica il contributo di Confindustria Dispositivi Medici ad alcuni temi toccati nella "maratona" per il Patto per la Salute.
Si evidenzia che sono stati selezionati alcuni temi fra quelli proposti e precisamente: Governance, Efficienza, Informatizzazione, Reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria, Cronicità, Investimenti in infrastrutture, Livelli essenziali di assistenza (LEA), Equità di accesso alle prestazioni, Ricerca.

Governance

Il Patto per la Salute individua tra gli interventi prioritari la revisione della L. 502/92 poi modificata dalla L. 299/99. Tale obiettivo è certamente condivisibile, dati i mutamenti che nel tempo sono intervenuti a livello demografico, epidemiologico, sociale, istituzionale ed economico.
Il Patto individua nella *governance* dei dispositivi medici uno degli strumenti principali per l'efficienza e la sostenibilità del SSN e Confindustria Dispositivi Medici apprezza la definizione di un documento ad hoc per la governance del settore.
Il superamento del *payback* è requisito indispensabile per l'accesso dell'innovazione nel SSN e per rendere il nostro Paese nuovamente attrattivo per gli investimenti in ricerca e innovazione, apertura di siti produttivi, sviluppo e crescita delle start up.

In un governo efficace del SSN, così come ipotizzato dal Patto in virtù della revisione delle L. 502/92 e 299/99 (art. 2), della governance dei dispositivi medici (art. 8), dell'implementazione dei modelli previsionali (art. 12) e dell'aggiornamento degli standard qualitativi e tecnologici dell'assistenza (art. 16), è auspicabile il superamento dei tetti di spesa per i dispositivi medici per la loro stessa natura, in quanto segnano ogni fase di gestione delle patologie (dalla diagnostica precoce alla riabilitazione).
È evidente che superamento del *payback* e dei tetti di spesa sono possibili in presenza di un efficace governo dell'innovazione e degli approvvigionamenti dei dispositivi medici.

In questo ambito l'HTA è il processo fondamentale.
Come è stato sottolineato e condiviso dal Tavolo dell'Innovazione, vi sono alcuni aspetti di grande rilevanza che occorre tener presente per evitare che il grande sforzo che si sta facendo per avviare il PNHTA (Piano Nazionale dell'HTA) si riveli inutilmente costoso.
In particolare, Confindustria dispositivi medici sottolinea l'importanza di:

- definire le tempistiche di messa in atto del processo.
- fare un ragionamento strutturato sul finanziamento affinché si creino le condizioni necessarie per realizzare il programma.
- fondamentale sarà strutturare un percorso di *appraisal* efficace, ovvero: (a) un coordinamento tra la Cabina di Regia (CdR) e Regioni affinché si adottino le raccomandazioni; (b) prevedere un *fast track* di quelle tecnologie con raccomandazione positiva verso la Commissione LEA per un aggiornamento tempestivo; (c) un coordinamento tra CdR e chi dovrà supervisionare il finanziamento; (d) iniziare ad applicare alle valutazioni questo processo, per ora non applicato alle tecnologie pilota.
- approfondire il tema delle grandi apparecchiature all'interno del PNHTA con la CdR per coordinare al meglio la loro diffusione a livello nazionale.

Richiamiamo inoltre la necessità che il PNHTA sia incardinato in una Istituzione centrale – che a nostro avviso dovrebbe essere il Ministero – che funga da centro di coordinamento per tutti gli enti che a vario titolo svolgono un ruolo all'interno del piano; il Ministero a nostro avviso dovrebbe inoltre svol-

gere azioni di indirizzo strategico del PNHTA in relazione al livello degli investimenti in innovazione che di anno in anno il Governo pianifica, in accordo con le Regioni.
Il documento di *governance* predisposto dal Tavolo tecnico contiene una serie di elementi la cui implementazione sarà strategica per ottenere risultati efficaci.
In particolare, sottolineiamo i punti di maggiore importanza e dunque degni di attenzione:

- implementazione sistema nazionale HTA e suo finanziamento
- criteri per la definizione dei cluster omogeni di prodotto
- criteri per la definizione dei prezzi di riferimento
- implementazione dei registri
- finanziamento delle attività di vigilanza e sorveglianza come previsti dai Regolamenti europei

Efficienza

Il Patto per la Salute individua una serie di azioni che, se attuate in modo coordinato, potrebbero garantire una maggiore efficienza del SSN, ovvero maggiore equità e qualità delle cure.
Ripensare l'organizzazione sanitaria alla luce dei nuovi bisogni di assistenza è fondamentale per il corretto utilizzo delle risorse.
In particolare, la scelta appropriata dei dispositivi medici garantisce non solo la qualità delle prestazioni, ma anche l'efficienza dei processi e dunque l'ottimizzazione delle risorse; fattori che, in molti casi, potrebbero generare risparmi rispetto all'attuale livello di spesa.
Passare da un sistema improntato sull'ospedale, ovvero sulle singole prestazioni, a un sistema che gestisca il processo di gestione della patologia (dalla diagnosi precoce alla riabilitazione) è la chiave di volta del nuovo SSN descritto dal Patto.
L'efficienza e l'appropriatezza del SSN passano dunque anche attraverso il superamento dell'organizzazione a silos in favore della gestione per patologia, il cui perno centrale è costituito dai PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistiti).
I dispositivi medici giocano un ruolo fondamentale nella loro definizione,

proprio perché strettamente correlati alle modalità di realizzazione della prestazione: infatti a seconda della tecnologia scelta si possono avere percorsi di cura e assistenza diversi.
La medicina del futuro va verso una sempre maggiore personalizzazione la cui sostenibilità non può che essere garantita dalla scelta appropriata dei dispositivi medici.
Il modello di regionalismo differenziato, su cui in questo periodo si sta incentrando il dibattito, viene presentato come un modo per ottenere efficienza e tagliare gli sprechi.
Nessuno può dissentire da un obiettivo di questo genere, poniamo tuttavia l'accento sul rischio che, viceversa, se non ben strutturato, questo meccanismo rischia di frammentare ulteriormente l'offerta sanitaria del nostro Paese. Per il mondo industriale questo significherebbe ancora maggiori incertezze sulle regole e un incremento dei costi di gestione, il che renderebbe il nostro Paese ancora meno attrattivo per gli investimenti di quanto non sia già oggi.

Informatizzazione

La gestione dell'assistenza sul territorio e delle liste di attesa, nonché il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA non possono realizzarsi in modo efficace ed efficiente senza una informatizzazione capillare che coinvolga centro, regioni e tutte le istituzioni coinvolte a vario titolo nella gestione della sanità.
Ad oggi la prospettiva di una tecnologia davvero integrata in Italia appare ancora piuttosto lontana. Le barriere sono molteplici: dalla mancanza di interoperabilità tra i dispositivi alle limitazioni dei sistemi informatici, dalle tematiche di compliance e privacy dei dati ai costi occulti di migrazione verso una sanità connessa. L'integrazione dei vari sistemi disponibili con le cartelle cliniche rimane ancora un ostacolo rilevante per lo snellimento del flusso di lavoro e un impedimento alla riduzione dei costi.
L'interoperabilità delle tante banche dati è indispensabile per mettere a punto i modelli previsionali previsti dal Patto.
Molti dispositivi medici tecnologicamente avanzati consentono di evitare i ricoveri fino a pochi anni fa necessari per i controlli di routine o per falsi allarmi; ciò grazie alla possibilità di effettuare il monitoraggio da remoto e in

continuo per una migliore assistenza al paziente, a costi inferiori.
La gestione di alcune patologie croniche, quale ad esempio il diabete, è oggi possibile grazie a tecnologie che, gestendo in continuo i parametri fisiologici registrati dal dispositivo medico impiantato, garantiscono il monitoraggio della glicemia e provvedono all'infusione della quantità di insulina necessaria.
I sistemi di telemedicina per i consulti a distanza sono tecnologie ormai ben sperimentate e affidabili; con lo sviluppo di una rete informatizzata la gestione a domicilio di milioni di pazienti fragili è una realtà realizzabile da subito.
Per ottenere tutto ciò sono necessarie infrastrutture informatiche basate su standard tecnici condivisi e applicati in modo uniforme sul territorio. Il problema non è tecnologico, ma organizzativo e di volontà politica.

Reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria
Il Patto per la Salute trova nella diffusione/sviluppo delle reti strutturali di assistenza territoriale, non più solo sanitaria, ma sociosanitaria, la capacità di individuare aree di considerevole miglioramento dell'offerta pubblica.
Tale rafforzamento della governance del sistema sociosanitario è una sfida che il sistema pubblico non può affrontare da solo, senza l'apertura a più avanzate forme di interazione collaborativa con gli altri attori del nuovo ecosistema della salute.
Al contempo, l'industria dei dispositivi medici sta ridisegnando il proprio ruolo da fornitore del sistema a partner degli altri attori attraverso l'estensione delle tradizionali funzionalità dei prodotti con servizi complementari e continuativi information-intensive.
Si parla così di ecosistema dell'assistenza territoriale per come si profila nei prossimi anni. Pertanto, nello sviluppo dei nuovi percorsi di presa in carico dei pazienti cronici, polipatologici, fragili e anziani, l'industria del dispositivo medico deve mirare a forme più avanzate di collaborazione con il SSN, per generare nuovo valore a beneficio di medici e pazienti.
Il passaggio chiave è costituito dalla progressiva personalizzazione dei servizi, che si fonda da un lato sulla riorganizzazione dei processi assistenziali e dei percorsi professionali, dall'altro sull'impiego delle nuove soluzioni hi-tech

abilitanti i nuovi modelli. Si tratta di due elementi basilari fortemente interconnessi, in quanto il successo della riprogettazione dell'assistenza territoriale, operata dal sistema di welfare pubblico, dipende anche dalla valorizzazione del bagaglio di competenze, conoscenze e soluzioni innovative offerte dall'industria, mentre la piena realizzazione delle potenzialità dei nuovi servizi a valore aggiunto dell'industria è legata all'effettiva funzionalità e operatività dei nuovi sistemi organizzativi a largo spettro sul territorio.
In concreto, le proposte dell'industria dei dispositivi medici, di fronte a questo cambiamento radicale possono essere schematizzare:

(i) avvio di piattaforme digitali integrate prodotti-servizi, con particolare riferimento all'impiego della Telemedicina a domicilio;
(ii) promozione di strumenti di valutazione strettamente connessi ai Percorsi Assistenziali e capaci di favorire misurazioni in itinere, considerando integralmente le dimensioni della qualità delle cure (efficacia, efficienza, accessibilità, accettabilità, sicurezza, equità), al fine di indirizzare il sistema verso una logica degli esiti e di attenzione alla qualità della vita;
(iii) proposta di schemi unitari per la presa in carico complessiva del singolo paziente, al fine di promuovere l'integrazione dei servizi e la continuità assistenziale;
(iv) formazione continua di manager, medici, operatori e pazienti all'uso appropriato e alla valorizzazione delle piattaforme digitali (dentro i Percorsi Assistenziali);
(v) coinvolgimento di tutta la filiera manageriale e assistenziale nell'implementazione delle piattaforme di *population health management*;
(vi) potenziamento della qualità e dell'interoperabilità dei sistemi informativi, con lo sviluppo di soluzioni conformi agli standard di riferimento e dirette all'integrazione di dati, dispositivi e sistemi applicativi;
(vii) diffusione delle nuove forme di *public procurement*, quali partenariato pubblico-privato, partenariato per l'innovazione, appalto pre-commerciale, public procurement of innovative solutions, al fine di rispondere alla sfida dell'innovazione dell'assistenza territoriale, anche attraverso un uso più efficace dei fondi europei. Queste forme esistono ma di fatto sono pochissimo applicate nel nostro sistema.

Cronicità

Ad oggi, il tema delle cronicità – senza entrare nel merito delle definizioni e caratteristiche – si caratterizza da una eterogeneità dei modelli regionali e da numerose questioni ancora sul tappeto (dal coordinamento territorio-ospedale, al rapporto fra assistenza sanitaria e assistenza sociale, ...) mostrano la necessità di avviare una nuova fase di sviluppo dei servizi territoriali con l'obiettivo di rispondere in maniera più compiuta alle tante aspettative generate nell'ultimo decennio per quanto riguarda la presa in carico anzitutto di pazienti cronici, polipatologici, fragili e anziani.

I 5 pilastri identificati dalla Cabina di Regia sulle cronicità (valorizzazione della rete assistenziale; flessibilità dei modelli organizzativi; approccio integrato; stadiazione; empowerment) vanno necessariamente implementati, vedendo tutti gli stakeholder presenti nelle fasi progettuali ed esecutive.

Alcune modalità di coinvolgimento dell'industria del dispositivo medico.

1. la partecipazione dell'industria all'innovazione dell'assistenza territoriale e nel trattamento delle cronicità emerge anche nella possibilità di sostenere i modelli prospettici di stratificazione e targeting della popolazione. Le piattaforme di *Population Health Management* si stanno già affermando nei modelli regionali più avanzati quale strumento fondante della presa in carico integrata, attraverso l'identificazione e la segmentazione della popolazione secondo i diversi gradi di morbilità e di complessità, associati ai rispettivi cluster di appartenenza.
   Nella progressiva diffusione e implementazione dei modelli di *population-management* l'industria è pronta ad accompagnare le Regioni a mettere a frutto tutte le potenzialità di tali piattaforme hi-tech per il ridisegno dei servizi territoriali, in particolare per quanto riguarda l'ottimizzazione dei processi centralizzati di programmazione in base ai bisogni misurati di salute e l'identificazione precoce dei soggetti a rischio (*case finding*), quale presupposto per migliorare la capacità delle strutture territoriali di intercettare i bisogni e offrire Percorsi Assistenziali personalizzati, secondo l'approccio della sanità d'iniziativa. Dal punto di vista industriale infatti sono state specificamente l'insufficiente stratificazione della popolazione e la mancanza di una chiara ricognizione

dei fabbisogni assistenziali ad aver determinato finora i profili critici emersi nella concreta realizzazione dei nuovi servizi territoriali e nell'adozione delle soluzioni tecnologiche più innovative.

2. la valorizzazione del know-how industriale appare una strada da percorrere per il cambio di paradigma atteso nello sviluppo del nuovo sistema dinamico di valutazione dei servizi territoriali, utile per migliorare e indirizzare la presa in carico. L'obiettivo è definire un set di indicatori strettamente connessi ai Percorsi Assistenziali e capaci di favorire valutazioni delle performance organizzative e professionali anche in itinere (indicatori sentinella), considerando integralmente tutte le dimensioni della qualità delle cure e della qualità della vita: efficacia, efficienza, accessibilità, accettabilità, sicurezza, equità. In tale prospettiva per l'industria è prioritario collaborare con le istituzioni sanitarie regionali e territoriali alla messa a punto degli indicatori e delle banche dati per il monitoraggio degli esiti di cura, con particolare riguardo alla dimensione della qualità della vita, rendendo disponibile il proprio bagaglio di competenze, conoscenze e soluzioni innovative, maturate nel corso degli anni a contatto continuo con i bisogni di medici e pazienti. Spostare il sistema di valutazione delle cure verso la logica degli esiti e dell'attenzione alla qualità della vita significa allo stesso tempo condizionare e stimolare il sistema dell'assistenza territoriale verso l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali per rispondere in maniera compiuta ai bisogni multidimensionali e complessi dei pazienti cronici, polipatologici, fragili e anziani.

3. il contributo peculiare dell'industria sarà legato in larga misura alla sua capacità di estrarre valore dai cosiddetti *Real World Data* (RWD), generati in grande volume, varietà e complessità dalle soluzioni di Sanità Digitale, sviluppando una sorta "scienza di sintesi dei dati", per trarre evidenze significative, affidabili e controllate (*Real World Evidence*, RWE) dall'aggregazione e dall'analisi dei dati elementari.

Tale dinamica investe l'impegno da parte dell'industria a potenziare i necessari trial clinici delle soluzioni hi-tech, per generare robuste evidenze

scientifiche, che ne misurino impatto, efficacia e appropriatezza per popolazioni e sottopopolazioni di pazienti e per contesti assistenziali. Valutazioni di questo tipo saranno sempre più facilitate dall'incrocio dei database industriali, consolidati negli anni all'interno delle diverse aree terapeutiche, con i Real-world data generati dalle piattaforme digitali.
Da qui la possibilità di dar vita a una sorta di trial clinici permanenti in grado di restituire analisi predittive e *Real World Evidence* a beneficio di payer e provider, migliorando le procedure di HTA dell'innovazione.

4. dal punto di vista dell'industria, il primo passo per consentire alle soluzioni hi-tech di svolgere la propria funzione abilitante i nuovi modelli di assistenza territoriale è la compiuta riprogettazione – nonché la concreta implementazione – dei Percorsi Assistenziali per la presa in carico integrata dei pazienti cronici, polipatologici, fragili e anziani.
   In questa prospettiva va posta anche la questione dell'effettiva fruizione dei servizi socio-assistenziali, attraverso la codifica e il finanziamento adeguato dei LivEAS, per garantire una piena attuazione del Piano Nazionale della Cronicità. Le soluzioni hi-tech, modulate in base al livello di complessità dei bisogni assistenziali, offrono l'opportunità alle istituzioni sanitarie regionali e territoriali di ridisegnare in profondità i processi assistenziali e le interazioni fra i diversi attori coinvolti, promuovendo il lavoro delle equipe multidisciplinari e multiprofessionali, potenziando l'assistenza domiciliare integrata con l'impiego diffuso della Telemedicina, sostenendo l'erogazione di interventi personalizzati, fondati sull'*empowerment* del paziente e la centralità della persona.

Occorre che le sperimentazioni in atto e i progetti avviati sul territorio, imperniati su piattaforme digitali di prodotti e servizi integrati, si radichino strutturalmente nei Percorsi Assistenziali, coinvolgendo più attivamente innanzitutto le nuove aggregazioni intermedie della Medicina Generale, quali soggetti-snodo della continuità ospedale- territorio, secondo il cosiddetto approccio del *Disease State Management*, con benefici significativi sulla qualità dei servizi e sulla sostenibilità economica del sistema-salute.

Investimenti in infrastrutture

Le nuove tecnologie stanno portando ad un aumento esponenziale del volume e delle tipologie di dati disponibili, creando il presupposto per nuove possibilità nell'erogazione di servizi sanitari e fornendo indicatori utili alla programmazione. Tali reti infatti possono aiutare a trasformare la produttività dei sistemi creando più sistemi sanitari collegati. Fare leva su questo patrimonio di dati, è il primo fondamentale passo verso una sanità basata sul valore.

Il Patto per la Salute prevede però investimenti molto contenuti in queste infrastrutture, considerando che la tecnologia, anche grazie all'apporto dell'intelligenza artificiale, può fornire in tal senso un valido supporto: a partire dall'aggregazione dei dati per fornire informazioni strutturate e supportare il processo decisionale del medico, fino ad algoritmi predittivi per analizzare insiemi di parametri e prioritizzare l'intervento sui pazienti, senza sacrificare la qualità dell'assistenza.

In tal senso riteniamo essenziale indirizzare tali criticità con politiche adeguate, investendo maggiormente in infrastrutture condivise in grado di raccogliere, analizzare e condividere la mole di dati ricavata. La strada in realtà è già definita. Nel precedente Patto per la Salute l'art. 5 prevedendo la stesura di un Piano Nazionale per la Cronicità si insisteva anche sull'importanza dei supporti digitali nella gestione della cronicità.

E questa strada è fondamentale. Infatti, pur rappresentando una priorità nazionale, il livello di sviluppo del digitale nella sanità italiana è ancora troppo limitato e disomogeneo.

Livelli assistenziali di assistenza (LEA)

Nel Patto per la Salute (art. 2) il Governo e le Regioni si impegnano a superare le inefficienze territoriali e si impegnano altresì a favorire comportamenti improntati alla solidarietà e alla corresponsabilità delle Regioni nel perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica. Tuttavia, l'indicazione è quella di utilizzare anche metodologie di *Health Technology Assessment* (HTA) in sede di aggiornamento annuale dei livelli essenziali di assistenza.

Il fine è assolutamente condivisibile e anche l'industria dei dispositivi medici reputa che questa resti, ad oggi, una delle maggiori criticità.

Con il DPCM 12 gennaio 2017 sono stati rivisti integralmente i LEA definiti con il DPCM del 29 novembre 2001. Questo provvedimento è stato un enorme passo avanti che ha permesso di aggiornare i nomenclatori nazionali dopo oltre quindici anni. Il DPCM si suddivide in 63 articoli e 18 allegati e sub- allegati. Inoltre, in attuazione della Legge di stabilità 2016, è stata costituita la Commissione nazionale per l'aggiornamento (continuo) LEA. Anche questo è a nostro avviso un'importante novità rispetto al passato. Infine, in attuazione della Legge di stabilità 2016, sono stati vincolati 800 milioni di € del FSN per l'aggiornamento dei LEA.
Tuttavia, a seguito della pubblicazione del DPCM 12.01.2017 non sono ancora stati pubblicati i decreti che definiscono le tariffe massime ministeriali per tali prestazioni e le tariffe ministeriali attualmente in vigore sono ancora quelle del DM 18.10. 2012 legate ai LEA definiti nel 2001.
Alcune Regioni hanno di fatto già assorbito il nuovo nomenclatore (come, ad esempio Lombardia, Veneto, Emilia Romagna) ma non tutte, creando, ancora una volta, enormi disparità nell'erogazione delle prestazioni su tutto il territorio nazionale.
In concreto, si propone che nel Patto per la Salute 2019-2021, oltre al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), strumento volto a descrivere e monitorare la corretta ed equa erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale, si preveda:

- la pubblicazione di un nuovo Decreto Ministeriale che definisca le **nuove tariffe massime ministeriali** per le prestazioni incluse nei LEA definiti con il DPCM 12.01.2017, affinché le nuove prestazioni possano essere erogate uniformemente su tutto il territorio nazionale (non solo per l'assistenza specialistica ambulatoriale e di laboratorio e integrativa e protesica ma anche per l'assistenza ospedaliera le tariffe ministeriali attualmente in vigore sono ancora quelle del D.M. 18.10. 2012);
- la definizione delle tempistiche delle attività del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG);
- accanto all'aggiornamento delle prestazioni ad opera della Commissione nazionale per l'aggiornamento (continuo) LEA dovrà esserci **anche un aggiornamento continuo delle tariffe massime ministeriali;**

Infine, si richiede maggiore chiarezza riguardo alle procedure di *Health Technology Assessment* (HTA), che dovrebbero integrare le diverse competenze

delle Direzioni del Ministero, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Aifa, dell'Agenas e della cabina di regia per l'HTA dei dispositivi medici all'interno di un unico processo di valutazione, che misurerà il reale impatto attuale e prospettico della proposta di aggiornamento sull'intero sistema sanitario, in termini di benefici, di costi emergenti e di costi evitati. Queste procedure dovrebbero essere rivolte a specifiche categorie di dispositivi medici definite a priori dalla Commissione LEA.

Equità di accesso alle prestazioni

Ad oggi, si verificano ancora troppe differenze tra Nord e Sud.
Il SSN pur avendo garantito un sostanziale universalismo, sembra essersi discostato da alcune aspettative, prima tra tutte quella della riduzione delle disparità territoriali e della garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni su tutto il territorio nazionale, a prescindere da caratteristiche individuali dei singoli cittadini. Il divario tra le Regioni rimane evidente e in larga misura immutato in termini di servizi offerti, per quantità e qualità, di speranza di vita e di accesso alle cure.
Uno degli obiettivi primari di questo nuovo Patto per la Salute non può che essere quello di ridurre le diseguaglianze e le iniquità di accesso alle prestazioni superando lo squilibrio attuale dei Sistemi Sanitari Regionali.
Nel Patto per la Salute 2019-2021 è prevista l'istituzione del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), volto a garantire l'omogeneità dell'erogazione sul territorio nazionale dei LEA, tuttavia, affinché si possano vedere dei passi avanti nella garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni sarà opportuno che **l'NSG sia messo a sistema con**:

(i) i meccanismi di valutazione delle tecnologie (HTA) a livello nazionale, con una piena attuazione del **PNHTA per i dispositivi medici** in modo che non ci siano più valutazioni disomogenee ma si vada verso l'uniformità delle valutazioni e dei processi di accesso delle tecnologie a livello nazionale;
(ii) i **meccanismi di rimborso** che definiscono le tariffe a livello nazionale per superare le differenze regionali e uniformare i meccanismi di erogazione delle prestazioni;

(iii) i **meccanismi di codifica** degli interventi e delle procedure e di tutte le prestazioni, per far sì che i LEA vengano effettivamente erogati e tracciati in modo uniforme per superare le enormi differenze attualmente presenti nei diversi SSR.

Ricerca

Il settore dei dispositivi medici rappresenta un'importante fonte occupazionale investendo notevoli risorse economiche. In particolare, le 3.957 imprese censite dall'osservatorio PRI – produzione, ricerca e innovazione nel settore dei dispositivi medici – di Confindustria Dispositivi Medici danno occupazione a circa 76.400 dipendenti. Le imprese di questo settore presentano alti tassi di competitività a livello internazionale con un valore totale delle esportazioni mondiali superiore ai cinque miliardi di euro e un relativo tasso di crescita del 4,7% rispetto al 2016. In termini di mercato interno, il valore stimato è di 11,4 miliardi – di cui il 66,1% mercato pubblico e il restante 33,9% mercato privato – che complessivamente pesa per il 7,4% della spesa sanitaria totale nazionale (11,4 miliardi su un totale di 152,4 miliardi). Questo livello di spesa, se associato alla popolazione italiana, corrisponde a circa 190 euro pro-capite, valore inferiore alla media europea (213 euro pro-capite) e a quella dei principali paesi avanzati del continente.

Le start-up attive nel settore dei dispositivi medici sono 334, il 5% in meno rispetto a quelle censite lo scorso anno (tra quelle non più attive al 2017, il 38% risultano cessate e il 62% in liquidazione) Tra le start-up censite: il 40% sono start-up o PMI innovative; una su due è nata come spin-off della ricerca pubblica; una su tre è incubata in parchi scientifici. Il 30% ha meno di 4 anni. Rispetto all'anno precedente, si conferma un ruolo importante degli investimenti pubblici nel favorire l'avvio di attività imprenditoriali e una bassa percentuale di spin-off aziendali (2%) che è in linea con la tendenza delle imprese a fare scouting di innovazione all'esterno. La natura multidisciplinare delle attività svolte dalle start-up rispecchia la pluralità delle aziende di dispositivi medici, con una particolare attenzione alla *digital health* (31%).

Il mutamento dei bisogni e delle aspettative del paziente, legato essenzialmente al processo di invecchiamento della popolazione, alle criticità associate

ai flussi migratori, allo sviluppo della scienza in campo medico e all'evoluzione culturale e sociale, sta spingendo verso la definizione di nuovi modelli di assistenza e di erogazione di servizi nel settore della salute, guidati da una visione paziente-centrica del sistema stesso. Nella medicina 4P – predittiva, preventiva, personalizzata e partecipativa – il paziente avrà un ruolo sempre centrale e sarà in grado di prendere decisioni in modo consapevole. Lo sviluppo di nuove tecnologie acquista un ruolo imprescindibile nella nuova concezione di medicina. Si tratta di un sistema capace di gestire i pazienti a 360° in modo innovativo.
A fronte di tutto questo, gli investimenti in ricerca e innovazione per i dispositivi medici (che si articolano in investimenti per la ricerca e sviluppo – ossia tutti gli investimenti sostenuti dalle imprese per completare, sviluppare o migliorare materiali, prodotti e processi produttivi, sistemi e servizi – e investimenti per la conduzione di indagini cliniche – investimenti sostenuti per finanziare le indagini cliniche pre-market e post-market), sono cresciuti del 3% raggiungendo quota 1,2 mld. €, ciononostante la **drastica flessione registrata dagli investimenti in indagini cliniche, ridotti di circa il 50%** (116 mln. € nel 2017 a fronte dei 231 mln. nell'anno precedente). Quest'ultimo dato, purtroppo, mette in luce una scarsa attrattività dell'Italia come Paese nel quale svolgere sperimentazioni cliniche nonostante la forte competitività scientifica e clinica del nostro SSN.
Nel Patto per la Salute (art. 13), si evidenzia che i risultati raggiunti con l'attività di ricerca sanitaria si traducono in miglioramenti concreti dell'assistenza sanitaria, dei servizi e della loro organizzazione con conseguenti guadagni concreti nella qualità di vita della popolazione. Stato e Regioni convengono sull'importanza di ribadire la rilevanza strategica della ricerca sanitaria volta a produrre progressi, grazie alle nuove terapie e ai nuovi modelli di organizzazione, nelle condizioni di salute dei cittadini e, conseguentemente, fornire strumenti per un uso ottimale delle risorse e ridurre eventuali sprechi. Tuttavia le proposte attualmente delineate non contemplano la partecipazione attiva delle imprese del settore dei dispositivi medici con partnership pubblico-privato, né lo snellimento dei processi per condurre indagini cliniche in Italia. È necessario prevedere azioni volte a trasformare l'Italia in un Paese attrattivo per chi vuole investire in ricerca di alto livello.

In concreto, si propone per il Patto per la Salute 2019-2021 (in aggiunta a quanto già definito nell'art. 13):

- oltre al finanziamento con risorse del fondo sanitario regionale, un **aumento del finanziamento nazionale destinato alla ricerca**;
- eliminazione della precarietà del personale addetto alla ricerca medico e non medico e snellire i meccanismi di reclutamento delle risorse, contratti più stabili
- **ecosistema in grado di valorizzare le indagini cliniche** che non solo assicurano terapie innovative per i pazienti ma garantiscono anche la crescita professionale di medici e ricercatori, incrementando la competitività scientifica di tutto il sistema.

Il numero di sperimentazioni cliniche nel settore dei dispositivi medici – sia in fase pre- che post- market – è crollato con una fuga degli investimenti delle imprese verso l'estero e un impoverimento complessivo della ricerca clinica. Per ricominciare ad attrarre investimenti è necessario che:

- si **semplifichino le procedure burocratiche** – attualmente lentissime e farraginose;
- **i comitati etici** che valutano gli studi **abbiano criteri omogenei** e non discordanti;
- i tempi e i costi degli studi siano omogenei sul territorio nazionale.

Le imprese del settore dei dispositivi medici devono inoltre affrontare la sfida imposta dai nuovi e più severi Regolamenti europei per le indagini cliniche. Confindustria Dispositivi Medici, quindi, reputa che iniziative come IFO (Regina Elena e San Gallicano di Roma, il Centro per gli studi clinici di Fase 1 che completa l'offerta e la ricerca traslazionale dell'Istituto nel campo oncologico e dermatologico) o MIND (Milan Innovation District) siano particolarmente importanti con l'auspicio che diventino centri di attrazione anche per le indagini cliniche dei dispositivi medici, prevedendo modalità, tempi e costi coerenti con le esigenze del settore, molto diverse da quelle del farmaco.

Associazione Medici del Territorio Co.Si.P.S. - Coordinamento Sindacale Professionisti della Sanità Aderente a CIMO quale Settore Specifico

Il *medico competente* tra ruolo pubblicistico e promozione della salute

La figura del "medico competente", definito tale dall'attuale normativa, è presente nella storia della legislazione italiana sin dai primi decenni del secolo scorso ma solo in seguito al recepimento delle direttive CE in materia di tutela della Sicurezza e Salute nei luoghi di lavoro – per ultimo il D.Lgs. 81/2008 - è stata definita in modo certo con un profilo professionale dalle caratteristiche sempre delineate per la definizione dei titoli necessari e il progressivo ampliamento delle competenze e del ruolo nel mondo del lavoro (collaborazione alla valutazione dei rischi di natura sanitaria, partecipazione al sistema di gestione della Salute e Sicurezza delle varie aziende, attività di formazione dei lavoratori, sorveglianza sanitaria e promozione della salute). In effetti con il Decreto 81 e i successivi pronunciamenti della Suprema Corte di Cassazione è venuta a configurarsi la nuova figura di medico competente come di un vero e proprio *manager della Sicurezza*: egli gioca un ruolo preminente affinché le finalità del decreto di cui all'art.1 siano perseguite, cioè quelle di garantire l'uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori sul territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alle condizioni delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati. Si tratta, quindi, di una categoria professionale medica "specialistica" a sé stante, del

tutto peculiare nell'ambito del pur vasto panorama sanitario nazionale, tuttora "esterna" al Servizio Sanitario Nazionale nonostante l'oggetto della sua attività, ovvero la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici, sia un tema di interesse costituzionale che coinvolge pressoché la totalità della popolazione in età lavorativa con importanti ripercussioni importanti sotto il profilo economico e sociale.
L'attività professionale del Medico Competente, purtroppo, si confronta con molteplici difficoltà per il professionista sin dal conseguimento della specializzazione, criticità che configurano un concreto ostacolo per il corretto svolgimento del proprio incarico. Molti adempimenti indicati nella norma non generano alcun vantaggio alla tutela della salute dei lavoratori, rappresentando esclusivamente orpelli burocratici senza valore pratico e alcuni degli obblighi previsti dalla legge possono costituire un notevole appesantimento organizzativo per il medico competente, specie quando ci si trova a gestire numerose piccole aziende (come accade per la maggioranza dei libero professionisti). Per quanto riguarda lo stesso ruolo e le attribuzioni del medico competente, l'attuale normativa presenta aspetti non sufficientemente chiari che meriterebbero di essere approfonditi e meglio definiti. Molto spesso la "terzietà" del MC tra lavoratori e datore di lavoro, ben incardinata e prevista dal DL 81/08, viene messa a rischio da una concezione economicistica che ritiene che il MC, retribuito dal datore di lavoro, debba svolgere il proprio lavoro nell'interesse esclusivo dell'azienda e possibilmente con tariffe ribassate al massimo.
Probabilmente uno dei nodi cruciali di buona parte delle criticità che vive tale categoria professionale, insito nello stesso inquadramento normativo, consiste nel fatto che - caso più unico che raro tra tutte le specialità mediche - il Medico Competente è chiamato a svolgere per quanto riguarda la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori un ruolo pubblicistico attraverso una modalità di contrattualizzazione di tipo privatistico. La posizione *sui generis* del medico competente è ben chiarita da questo passaggio, integralmente riportato: "*Nel sistema della sicurezza del lavoro, la figura del Medico Competente ben si può considerare come un ibrido giuridico. Tecnicamente, infatti, egli è un collaboratore dell'imprenditore: in quanto tale egli è scelto e retribuito da quest'ultimo nell'ambito di un rapporto privatistico, avente ad oggetto l'assistenza del vertice aziendale nell'esercizio degli obblighi prevenzionali che richiedono*

una competenza medica. Funzionalmente, però, il Medico Competente svolge un compito di natura pubblicistica, in tanto in quanto finalizzato alla tutela della salute e dell'integrità fisica dei lavoratori. Si spiega così la ragione per cui un tale soggetto è, da un lato, sottoposto a eventuali controlli e, dall'altro, destinatario esclusivo di alcuni reati propri" (Giunta, Micheletti - Il nuovo diritto penale della sicurezza nei luoghi di lavoro, 2010).

Si impone, quindi, pertanto, una revisione del sistema mediante la previsione normativa dello svincolo del Medico Competente dal libero mercato con l'inserimento in un Albo nazionale (che vada a sostituire l'attuale "elenco" dei MC presso il Ministero della Salute) e lo stesso sistema retributivo predefinito, al fine di garantire una reale autonomia e una effettiva cooperazione pubblico/privato per la tutela della salute dei lavoratori. A tale riguardo le associazioni del settore hanno da sempre sostenuto posizioni volte a proporre soluzioni alternative che riportassero al centro la qualità della professione del medico competente a tutto vantaggio del lavoratore e del datore di lavoro ed è tuttora in atto un intenso dibattito in merito alle ipotesi di cambiamento strutturale dell'impianto normativo, che possano incidere su questo fondamentale aspetto. Le soluzioni prospettate sono state diverse, andando dal semplice ripristino di un tariffario ordinistico minimo che garantisca il mantenimento di un livello professionale adeguato fino a proposte di modifica della normativa miranti a sottrarre il medico competente dal rapporto diretto con il datore di lavoro. La nomina e la revoca del Medico Competente, infatti, andrebbero sottratte all'arbitrio da parte del datore di lavoro e affidate a una struttura "terza"; in entrambi i casi andrebbero poste adeguate motivazioni con possibilità di controllo e verifica da parte degli Organi di Vigilanza e degli stessi Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza. In questa direzione è stata proposta l'istituzione di ente neutrali, quali consorzi di aziende di settore o del territorio anche attraverso Enti bilaterali oppure – sul modello francese - la costituzione di una sorta di Agenzia Nazionale di Medici Competenti, Ente a carattere nazionale soggetto a controllo governativo, in grado di garantire un rapporto più stretto con il SSN confermando così il ruolo pubblicistico del MC.

L'attività del Medico Competente contribuisce alla conoscenza e alla soluzione dei problemi di salute e sicurezza dei lavoratori esposti ai rischi professionali e i relativi dati sanitari aggregati costituiscono un indispensabile elemento

conoscitivo dello stato di salute dei lavoratori, a fronte dei rischi occupazionali. Tali dati sono periodicamente inviati mediante l'Allegato 3B del D.Lgs. 81/08, a fronte dell'obbligo previsto dall'art. 40, che va però ripensato, rimarcando la funzione pubblicistica del Medico Competente e i suoi corretti e indispensabili rapporti con il SSN. È necessario stabilire con attenzione come le informazioni derivanti dalla sorveglianza sanitaria in un determinato comparto e in una determinata area geografica possano venire condivise tra gli operatori interessati, per migliorare la qualità del proprio lavoro e le attività di Prevenzione, ipotizzando uno strumento agile che permetta di raccogliere tali informazioni e in grado di restituirle in tempi ragionevoli, in forma aggregata, al SINP, agli Organi di Vigilanza, alle società scientifiche del settore e agli stessi Medici Competenti del territorio considerato.
Ma anche i LEA prevedono il coinvolgimento del sistema di prevenzione delle aziende, per quanto riguarda la prevenzione delle malattie lavoro correlate, cronico-degenerative e la promozione degli stili di vita. A tale proposito, sempre grazie al suo peculiare ruolo attivo nella sorveglianza sanitaria della popolazione lavorativa, il MC può offrire un fondamentale contributo al SSN attraverso la pianificazione delle attività preventive possibili. La sorveglianza medica dei lavoratori consente di monitorare nel tempo le condizioni di salute e/o le caratteristiche dei vari soggetti, suddivisi nei vari settori di lavoro, per genere e per età (basti pensare, ad esempio, al recente fenomeno del progressivo "invecchiamento" e del relativo impatto sulla capacità lavorativa in addetti a compiti che richiedono impegno fisico e necessità di reazione a situazioni di emergenza). Raccogliere e catalogare in modo adeguato i dati collettivi della sorveglianza sanitaria può offrire anche la possibilità di identificare precocemente attività, sindromi o vere e proprie patologie meritevoli di una valutazione o di intervento, condizioni che minano il benessere lavorativo o che possono ricoprire valenza sociale (come diabete, obesità, ipertensione per citare le malattie cronico-degenerative più note e indagate).
Il MC, infine, può offrire un supporto fondamentale nell'ambito di programmi di promozione della salute in azienda, indirizzando i lavoratori ad assumere corretti stili di vita (alimentazione corretta, incoraggiamento all'attività fisica, abolizione di abitudini voluttuarie negative quali tabagismo e alcolismo) e favorire l'adesione ai programmi di *screening* e profilassi vaccinale coerenti con i piani nazionali e regionali di prevenzione. Sono state realizzate

e sono in corso iniziative in tal senso da parte di numerose aziende sanitarie pubbliche e private, attività che andrebbero però maggiormente supportate a livello nazionale e regionale nonché di singole ASL, assegnando ai MC un corretto ruolo di supervisione e gestione dell'interfaccia pubblico/privato e per la gestione delle relative risorse.

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi

1. Premessa generale: dare gambe ad un concetto di Salute scientificamente, culturalmente e socialmente aggiornato nel nuovo Patto per la Salute

A. La legge 833/78, che ha fondato il nostro Sistema Sanitario, dava allo stesso la missione di tutelare la "salute fisica e psicologica", recependo così la visione della Salute contenuta nella nostra Costituzione, scritta negli stessi anni in cui l'OMS dichiarava la salute come una sintesi tra aspetti biologici e psicologici. Tuttavia, mentre il Sistema si è fortemente evoluto per riconoscere ed intervenire sugli aspetti biologici, quelli psicologici sono risultati fortemente negletti, anche se oggi le evidenze ci mostrano come questi ultimi svolgano un ruolo importante sia come fattore di rischio che prognostico nei disturbi e malattie fisiche e psichiche, generando forti costi sanitari e sociali ma anche importanti risparmi quando intercettati e adeguatamente trattati. La categoria "persona" verso la quale si vuole orientare il Sistema ("curare la persona" ha ricordato recentemente il Presidente della Repubblica) vuol dire essere in grado di capire, valutare, trattare, relazionarsi con delle persone e non semplicemente con degli "organismi biologici". Ma la "persona" è un insieme di corpo e psiche e quindi occorrono strumenti e competenze biomediche e psicologiche per prevenire, curare e riabilitare.

B. Il precedente Patto della Salute ha cominciato a recepire questa necessità indicando tra l'altro l'umanizzazione delle cure, la multi professionalità dell'assistenza territoriale (cure primarie), l'adozione di un Piano Nazionale per le Malattie Croniche, la lotta ad dolore, la revisione dei LEA, il potenziamento della prevenzione, la valorizzazione delle risorse umane del Ssn

per favorire un'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi.

C. Le indagini promosse sull'umanizzazione hanno messo in luce l'importanza dei bisogni psicologici e relazionali degli utenti dei servizi e le forti criticità presenti e che spesso condizionano la qualità percepita, l'alleanza terapeutica e gli stessi outcome delle cure.

D. I nuovi LEA hanno recepito i bisogni di salute psicologica della popolazione e previsto adeguati interventi e così il Piano Nazionale della Cronicità ma la presenza di Psicologi nel contesto sanitario è fortemente inadeguata sia in termini numerici che organizzativi, basti pensare che – secondo l'indagine di Cittadinanzattiva – l'assenza di risposte psicologiche è una delle criticità più rilevate dagli utenti e il numero di psicologi precari che collaborano con il SSN solo grazie a finanziamenti di privati non ha paragoni con nessun altra professione sanitaria. Dal punto di vista organizzativo la mancata adozione di uno standard di riferimento per i servizi di psicologia, tale da coordinare ed ottimizzare le risorse esistenti, rende la situazione assolutamente disomogenea tra le varie regioni o aziende e non rispondente a criteri di sana efficienza.

E. Un problema che il nuovo Patto per la Salute ha di fronte e che dovrebbe superare è la forte distanza tra le evidenze scientifiche ed economiche, i bisogni, le sensibilità e aspettative degli utenti da un lato e la realtà nel campo degli aspetti psicologici della salute dall'altro.

F. Competenze dello Psicologo: lo psicologo non è chiamato solo ad occuparsi (diagnosi, cura, abilitazione e riabilitazione) degli aspetti clinici del disagio e dei disturbi psichici nei minori e nell'adulto, ma anche degli aspetti che riguardano lo sviluppo della comunicazione e delle relazioni tra operatori ed utenti e tra gli operatori, dell'empowerment (parola derivata dalla psicologia) degli operatori, ivi inclusi gli aspetti della gestione delle emozioni, dei processi di lavoro in team, del consenso informato, del rischio clinico, dello stress lavoro correlato e del burnout; degli aspetti psicologici (relazionali e comportamentali) della prevenzione della salute e legati al processo di cura e alla gestione della malattia. La rilevazione e gestione del disagio psicologico strutturato nelle diverse forme e fasi della vita affinché non degeneri in manifestazioni comportamentali, relazionali o sociali negative e disfunzionali o in disturbi e malattie vere e proprie. Le scienze psicologiche

si occupano di comprendere il senso ed il significato dei comportamenti e dei vissuti delle persone o dei gruppi nelle diverse situazioni.

G. L'intervento dello psicologo è di carattere monoprofessionale o integrato con altri professionisti e costituisce un ponte scientifico, operativo e culturale tra la dimensione più organica e biomedica e quella sociale e tra la dimensione clinica e quella organizzativa.

2. Garanzia dei LEA e Piani di rientro

A. L'aggiornamento dei LEA presuppone l'implementazione degli stessi e a seguito della verifica "sul campo" si procede alla revisione degli stessi. Non si può aggiornare ciò che non è stato ancora applicato, perché il processo di aggiornamento diverrebbe esclusivamente teorico.

B. L'assistenza sanitaria di base art. 24 del DPCM 12 gennaio 2017 "assistenza socio sanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie"; art. 25 assistenza socio sanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo"; art. 26 "assistenza socio sanitaria alle persone con disturbi mentali"; art. 27 "assistenza socio sanitaria alle persone con disabilità"; art. 28 "assistenza socio sanitaria alle persone con dipendenze patologiche"; art. 29 "assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario"; art. 31 "assistenza sociosanitaria residenziale alle persona nella fase terminale della vita"; e così per gli artt. 32, 33, 34 e 35.

C. Si tratta di ambiti che in buona parte rappresentano bisogni molto importanti e significativi dei singoli e della società, che generano – qualora non ricevano attenzione e risposta – costi umani, sanitari e sociali molto gravosi, come dimostra una ampia e convincente letteratura. Se ignorati dal sistema pubblico solo una parte di essi può trovare risposte di tipo privato, poiché spesso i titolari di tali bisogni non hanno la possibilità di pagare l'assistenza di tasca propria. La garanzia della presenza dello Psicologo in ciascuno degli ambiti su indicati discende direttamente dal concetto di Salute così come riportato in precedenza e definito dall'ICF: "*nell'ambito del concetto di Salute le funzioni corporee solo le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse le funzioni psicologiche*."

D. Va completato il quadro di monitoraggio relativo alla attuazione dei LEA

e del monitoraggio delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie includendo gli ambiti e gli interventi di tipo psicologico previsti dalle normative vigenti ma attualmente carenti di idonee forme di rilevazione.

3. Omogeneità ed integrazione nei servizi di assistenza territoriale sociosanitaria (art.10). Presa in carico nel percorso di cura

A. Condivisibile il principio di implementazione di un sistema accessibile, centrato sulla persona, che integri servizi sanitari e sociali, assicurati da team multiprofessionali e multidisciplinari, garantendo coordinamento e continuità con gli altri setting assistenziali. La effettiva presa in carico deve tener presente quanto definito dall'ICF "Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute". Per rimane nell'ambito della Salute l'ICF ci dice che "Le funzioni corporee solo le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse le funzioni psicologiche." Escludere dai team multiprofessionali e multidisciplinari la presenza degli psicologi, significa intervenire solo sulle funzioni organiche. E di certo non è questo il concetto di Salute riconosciuto a livello internazionale. Centrare sulla persona i percorsi assistenziali significa tener conto delle "funzioni psicologiche" che sono parte integrante delle "funzioni corporee". In caso contrario l'intervento resta di tipo emergenziale ma non strutturale.
B. Per centrare sulla persona l'intervento è necessario promuovere e valorizzare la figura professionale dello Psicologo da integrare con tutte le altre figure professionali ed in tutti i servizi deputati alla prevenzione e promozione della salute, alle cure primarie, alla salute mentale, alle cure domiciliari, comprese quelle palliative. Anche nella definizione degli standard deve essere valorizzata la figura (psicologo) che interviene sulle "funzioni psicologiche" così come definite dall'ICF.
C. I nuovi LEA letti insieme al Piano della Cronicità ed in generale con gli indirizzi programmatici prevedono una lettura complessiva dei bisogni di salute della persona e perché questo accada è necessario che le competenze biologiche dei sanitari siano integrate con quelle psicologiche, relative agli aspetti psichici in senso stretto ma anche relazionale e comportamentale.
D. Le malattie croniche hanno portato in primo piano il paziente come per-

sona, protagonista di una condizione che dura nel tempo e che richiede un processo di adattamento, un ruolo attivo e consapevole, il sostegno di altre persone (caregiver), una buona alleanza con i sanitari su obiettivi condivisi. Se questa situazione si realizza abbiamo un minore "peso" della malattia per la persona, per i suoi cari, per il sistema sanitario e per la società nel suo complesso. Accanto al tradizionale parametro di "gravità" della malattia, qui abbiamo in primo piano il parametro "gestione" della malattia, che vede nella persona l'elemento decisivo. Mettere in condizione la persona di fare al meglio la sua parte è obiettivo fondamentale e costante del sistema di cura e assistenza. E l'attuazione del Piano per essere credibile, deve prevedere la presenza dello Psicologo nel team assistenziale, non certo in modo causale ed episodico (come è attualmente) ma strutturale ed organico. Risulta importante sia un'azione di prevenzione relativa ai fattori psicosociali che concorrono alla diffusione della cronicità, che l'integrazione di questi aspetti nelle strategie di assistenza alle persone con queste problematiche. D'altro canto tutte le principali linee- guida di intervento delle patologie hanno già da tempo inserito tali aspetti tra le azioni di valutazione ed intervento e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha emanato indirizzi e linee di azione che vanno in questa direzione (WHO 2014).

E. Tali aspetti rivestono un ruolo significativo nell'aderenza alle cure, nella costruzione di una alleanza terapeutica, nell'autogestione della malattia, nella qualità della vita, nella risposta ai trattamenti, nella evoluzione della patologia e, infine, nei costi economici connessi alla malattia stessa, ivi inclusi gli aspetti relativi ai caregiver (Kelly e Ismail, 2015; Kivimaki e Steptoe, 2018, Pilling, 2012).

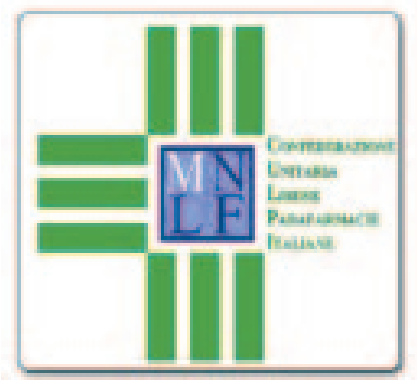
F. Questo anche in considerazione del fatto che si dispone di interventi psicologici efficaci, sostenibili, generalizzabili che possono essere inseriti con criteri di appropriatezza e stratificazione all'interno della rete assistenziale. Interventi che, in molti casi, risultano anche produttivi dal punto di vista costo-benefici, innescando risparmi che superano in vario grado i costi dell'intervento (Parsonage et al., 2016).

4. Standard assistenza ospedaliera (art. 16).

A. Va superato il limite organizzativo del DM 70/15 che pur prevedendo gli psicologi negli ospedali non contempla le forme organizzative. Senza il superamento di questa lacuna si rischia una frammentazione e moltiplicazione irrazionale delle risorse. Appare infatti del tutto incongruo che esistano servizi di psiconcologia, psicodiabetologia, psicocardiologia e così via e non invece dei servizi di psicologia in grado di governare unitariamente tutte le risorse disponibili e di allocarle ed utilizzarle in base alle esigenze e priorità, pur nel rispetto delle specificità. Servizi la cui organizzazione deve essere coerente con il livello complessivo dell'ospedale, così come contemplato del Documento di consenso sulla Psicologia Ospedaliera redatto nel 2013 da tutte le società scientifiche operanti nel settore.

In generale a supporto di quanto sopra si rimanda ai due documenti approvati dal Consiglio Nazionale dell'Ordine e redatti con il supporto delle società scientifiche:

1. La Psicologia nei LEA (Quaderno CNOP n.1/2018)
2. Lo Psicologo nel Piano Nazionale della Cronicità (Quaderno CNOP n.2/2019)



Il cittadino e il suo benessere devono essere al centro di ogni scelta legislativa, a maggior ragione nel delicato e nevralgico ambito sanitario.

La nostra ricerca di soluzioni legislative inclusive sono ispirate dalla necessità di una maggiore equità nell'accesso alle cure che attraverso una nuova governace del farmaco porti ad una maggiore efficienza ed appropriatezza delle risorse, a cominciare dalle professionalità inespresse come quella del farmacista.
Proprio in quest'ottica le parafarmacie e i farmacisti che vi lavorano sono una potente risorsa sociale, sanitaria professionale, economica, lavorativa, fiscale.

Competenze, servizi, capillarità, reperibilità, concorrenza etica, risparmio, libertà di scelta, a tutto vantaggio del cittadino/paziente/cliente, a costo zero per lo Stato.

Farmacia e parafarmacia si reggono sulla medesima figura del **farmacista**, e questo si riflette sulla loro comune natura duale di imprenditoria e servizio: servizio al cittadino e sostenibilità imprenditoriale sono aspetti che solo se vanno di pari passo concorrono al raggiungimento della nostra completezza professionale e di vera utilità sociale.
È possibile concretizzare con pochi interventi mirati non solo una pacifica convivenza, ma *sinergica coesistenza* professionale e imprenditoriale con gli altri attori della filiera di distribuzione e dispensazione del farmaco.

Crediamo sia utile ricordare che farmacie e parafarmacie, oltre ad avere il medesimo farmacista, sono sottoposte ai medesimi controlli, ispezioni or-
evono rispondere agli stessi requisiti tecnici e or-
esse garanzie di sicurezza in ogni ambito, esclusi
i a ciò che ad oggi in parafarmacia non è consentito

ıte è possibile se si avrà il coraggio di mettere da
ıe, se si avrà il coraggio di cambiare mettendo al
:a riformatrice l'unico soggetto a cui il legislatore
o.
nalità noi avanziamo due proposte in grado di ri-
:ribuzione del farmaco.

- Istituzione della farmacia non convenzionata
- Estensione alle parafarmacie della possibilità di erogare servizi

FARMACIA NON CONVENZIONATA - La distribuzione dei farmaci è attualmente riservata, per i farmaci con obbligo di ricetta, alle sole farmacie. Noi chiediamo di allargare tale distribuzione anche alle parafarmacie per i tutti i farmaci con ricetta che il cittadino paga di tasca propria. Questo con alcune regole e alcuni punti fermi, trasformando questo luogo ove opera il farmacista in un vero e proprio presidio sanitario. Per analizzare i vantaggi di una riforma di questa portata è necessario analizzare i dati a disposizione, ponendo particolare attenzione ad alcuni aspetti. In particolare su due: la mancata crescita dei farmaci generici nel settore dei farmaci di fascia C con ricetta e a pagamento e l'insostenibilità economica crescente per una larga parte della popolazione italiana.
I dati confermano questi rilievi.
Nel 2017 la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 29,8 miliardi di euro, di cui il 75% rimborsato dal SSN. In prevalenza i medicinali a carico del SSN sono stati dispensati ai cittadini attraverso il canale delle farmacie territoriali pubbliche e private (**35%**). La spesa dei farmaci acquistati direttamente dal cittadino è stata di **6.923 milioni di euro**, composta soprattutto dai farmaci di classe C con obbligo di ricetta (**10,%**).
Adottando uno sguardo di medio periodo è evidente come negli ultimi 6 anni la spesa privata sia cresciuta anche più fortemente di quella pubblica,

raggiungendo la cifra complessiva di **8,3 miliardi di euro nel 2015 e 8.8 nel 2017.**
La componente più rilevante della spesa farmaceutica privata è costituita dai farmaci in **classe C con ricetta**, che hanno raggiunto i **2,8 miliardi di spesa nel 2017 (+8,8%), seguiti dai farmaci in automedicazione (2,7 miliardi, +12,4%),** dal contributo di compartecipazione (ticket e differenza dal prezzo di riferimento per 1,5 miliardi., +0,6%) e dai farmaci di classe A acquistati privatamente (1,3 miliardi, +0,6%). La dinamica di queste quattro categorie è però **profondamente diversa** e rappresenta alcune tendenze emergenti. Se nell'ultimo anno la spesa privata è rimasta pressoché inalterata, i trend di medio periodo mostrano che tra 2011 e 2017 è cresciuta significativamente la spesa per acquisti privati in classe A (+28,4%), così come sono aumentate in doppia cifra la spesa per compartecipazione (+15,9%) e la spesa per automedicazione (+29,3%). All'opposto, la spesa per farmaci di classe C con ricetta è diminuita (-10,4%), **segnalando probabilmente la difficoltà a sostenere questo tipo di spese che emerge ciclicamente dalle indagini nazionali sul reddito e sui consumi delle famiglie.**
Se la spesa maggiore per i farmaci d'automedicazione può essere in parte giustificata da un leggero aumento dei consumi (287 milioni di confezioni nel 2013, 321 nel 2017) abbiamo un calo per i farmaci con ricetta (254 milioni di confezioni nel 2013, 226 nel 2017). Fatto questo che può essere spiegato anche come una difficoltà del cittadino a sostenere i costi dei farmaci prescritti mediamente più alti di quelli d'automedicazione e il ricorrere a soluzioni «fai da te» ignorando o rinunciando alle terapie prescritte.
Altro segnale lo riveliamo analizzando un'altra voce della spesa privata: la spesa per compartecipazione. All'interno della «spesa per compartecipazione», infatti, confluiscono due componenti di spesa: quella relativa al **ticket applicato** da alcune regioni e quella relativa al **differenziale di prezzo** che il cittadino è disposto (o indotto) a pagare tra il farmaco in classe A al prezzo più basso e lo stesso farmaco "branded" a un prezzo superiore. Mentre la spesa per il ticket è in complessivo calo negli ultimi anni (-10,5% tra 2011 e 2017 - 577 milioni di euro nel 2011, 499 nel 2017), la spesa derivante dal differenziale rispetto al prezzo di riferimento è in costante aumento (+38,15% nello stesso periodo - 760 milioni di euro nel 2011, 1050 nel 2017), **a testimonianza di come ancora permanga la tendenza ad acquistare (e prescrivere)**

farmaci di marca al posto del rispettivo generico a un prezzo più basso.

È interessante notare come, nel trend 2009-2017, la crescita delle confezioni vendute in classe A si sia accompagnata a un costante calo dei valori con un complessivo effetto positivo in termini di capacità da parte del sistema di garantire una crescente disponibilità di farmaci a un prezzo medio costantemente decrescente.
Nell'analisi per tipologia di farmaci si rileva il ruolo del farmaco generico nel contribuire a questa dinamica.
Nel 2017 i volumi dei farmaci generici sul totale del mercato rappresentano **il 24,3%,** mentre il restante 75,7% corrisponde ai farmaci branded.
Per quanto riguarda i farmaci in classe C (con ricetta e non rimborsati) si rileva invece un trend opposto. Il numero di confezioni consumate registra infatti una leggera riduzione negli ultimi anni, mentre sale il valore complessivo delle vendite, in particolare a partire dal 2010.
In questa classe di farmaci, in cui il vantaggio economico per il paziente è immediato, il farmaco generico fatica a conquistare quote di mercato. Tra 2009 e 2015 la quota di mercato dei farmaci generici in Classe C è infatti passata da 11,3% a 14,8% a volume e da 5,7% a 7,8% a valore. Una crescita davvero debole, anche considerando che si tratta di un mercato che negli ultimi 7 anni è cresciuto complessivamente del 13% a valore. Nel primo trimestre 2018 in classe C il generico equivalente quota 253 milioni euro di fatturato (14,2% del proprio giro d'affari) e rappresenta il 2% delle confezioni vendute nella relativa classe; appena 22 milioni di euro di fatturato
Questo mentre in classe A il generico cresce in consumi passando dal 13,7 % di quota di mercato al 26,6% (+ 12,9%) negli ultimi 7 anni.
Perché accade questo, perché questa differente crescita in un settore che sostanzialmente è lo stesso, il farmaceutico e ove operano le stesse aziende?
Quel'è la differente dinamica per cui il farmaco generico cresce nella fascia A e stenta invece a decollare nella fascia C?
I motivi sono gli stessi che portarono all'insuccesso del **Decreto Storace** del maggio del 2005, allorché fu data la possibilità alle farmacie di praticare sconti sul prezzo massimo dei Sop e Otc . **Risultato pochissime farmacie fecero sconti.**
Non accade la stessa cosa dopo il decreto Bersani che introdusse un elemento

pro- concorrenziale attraverso l'entrata nel mercato di nuovi attori.
Anche per il farmaco generico che cresce nella fascia A ed è fermo nella fascia C il motivo è lo stesso: **senza un sistema duale di confronto dell'offerta, non c'è concorrenza e di conseguenza non vi sono vantaggi per i consumatori. Assenza di concorrenza con i prezzi dei farmaci branded che non si abbassano, ma che continuano a crescere che ha non solo dei risvolti in termini economici sia dal lato dei prezzi e dell'offerta, ma anche di carattere sociale.**
Se l'Istat certifica per il 2017 che **1 milione e 778mila famiglie 6,9% (6,3% 2016) in cui vivono 5 milioni e 58mila individui** sono in povertà assoluta, rispetto al 2016 la povertà assoluta cresce in termini sia di famiglie sia di individui. Dati sostanzialmente confermati per il 2018 con il 7% delle famiglie e l'8,4% degli individui
Anche la povertà relativa cresce rispetto al 2016. Nel 2017 riguarda 3 milioni 171mila famiglie residenti (12,3%, contro 10,6% nel 2016), e 9 milioni 368mila individui (15,6% contro 14,0% dell'anno precedente).
Se il Banco Farmaceutico su dati Istat certifica che il 23% degli italiani non ha potuto acquistare farmaci per motivi economici e 580mila persone hanno bussato alla porta di enti assistenziali per avere i medicinali il problema è anche di carattere sociale. Un'indagine commissionata sempre da **Banco Farmaceutico a Doxa,** rileva come anche chi non è povero fatica a curarsi: **una persona su,tre** è stata costretta a rinunciare almeno una volta ad acquistare farmaci o ad accedere a visite, terapie o esami, mentre il 16% ha sommato tutte le tipologie di rinuncia.
Questi dati non possono essere ignorati, ma interpretati come segnale forte di un disagio che non può essere spiegato solo come la conseguenza di una negativa congiuntura economica; significa che il sistema di distribuzione del farmaco non è adeguato a sostenere chi si trova in difficoltà.
E' probabile che un minor costo dei farmaci di fascia c derivante da un processo peo- concorrenzialedella catena distributiva possa avere gli stessi effetti positivi, soprattutto carico del sistema sanitario nazionale. La farmacia «non convenzionata» che dispensa farmaci di fascia C con obbligo di ricetta, ma anche servizi, fa bene ai cittadini, ma anche al Ssn, generando risparmi che potrebbero essere utilizzati per affrontare le sfide a cui saremo chiamati da un invecchiamento della popolazione e dalle nuove terapie ad alto costo.
Un sistema legislativo che permette alle parafarmacie di dispensare tutti i

farmaci veterinari anche quelli destinati agli stabilimenti per l'allevamento di animali di cui l'uomo si ciberà, ma non permette di curare quell'uomo con le stesse molecole ha qualcosa di profondamente sbagliato.
Per questi motivi noi proponiamo l'introduzione nel sistema della distribuzione dei farmaci della **farmacia non convenzionata** che partendo dalla positiva esperienza delle parafarmacie, attraverso regole (distanza minima per i nuovi insediamenti e divieto di aprirne nuove nei comuni sedi di farmacie sussidiate) sia in grado di allargare la rete di distribuzione ed efficentare il sistema.

Questo in sintesi prevede la nostra riforma:
- **Conversione delle parafarmacie attive in farmacie non convenzionate su richiesta al Ministero della salute**
- **Dispensazione delle farmacie non convenzionate dei farmaci di fascia A e C ad esclusione dei farmaci su ricetta S.S.N**
- **Distanza minima di 200 metri per le nuove aperture, salvo il pregresso in via transitoria**
- **Obbligo per chi richiede la conversione in farmacia non convenzionata ad avere un direttore laureato in farmacia**
- **Incompatibilità tra titolarità di Farmacia non convenzionata e Farmacia convenzionata con il S.S.N.**
- **Divieto di apertura nuove farmacie non convenzionate in comuni ove opera una farmacia rurale sussidiata**
- **Dispensazione di tutti i farmaci in carico solo al personale laureato ed abilitato in farmacia assunto esclusivamente con CCNL farmacie private**
- **Legge 153/2009 e servizi estesi alla Farmacie non convenzionate**
- **Laboratorio facoltativo con strumentazione tecnica minima e possibilità di allestire anche preparazioni magistrali.**

SERVIZI NELLE PARAFARMACIE: Il Farmacista è riconosciuto come Figura Sanitaria anche dal Ministero della Salute con D. Lgs. 08.08.1991, n. 258 (G.U. 16.08.1991, n. 191). In questo Decreto Legislativo, si parla solo ed esclusivamente della figura del farmacista, senza alcuna distinzione della sede in cui viene svolta l'attività professionale. Pertanto per la legge italiana, tutti i far-

macisti sono delle figure sanitarie.
Anche il TAR della Toscana, attraverso la sentenza n° 00855/2016, identifica le Parafarmacie come dei veri e propri "**esercizi sanitari**", in quanto "come accade in farmacia, il servizio fornito non è un mero scambio di natura commerciale tra venditore e cliente ma, data la sua rilevanza per tutela del diritto alla salute, hanno un contenuto strettamente professionale potendo essere erogati soltanto da soggetti particolarmente qualificati come i farmacisti che l'ordinamento nazionale, non a caso, considera come persone esercenti un servizio di pubblica necessità (art.359 del Cp)".
Gli stessi concetti sono stati ribaditi più volte anche dall'antitrust, non ultimo il parere n° 69 del 22 ottobre 2018, dove scrive esplicitamente di essere favorevole ad estendere tutti i servizi presenti nelle farmacie, anche alle parafarmacie, quali CUP, ritiro referti autoanalisi di 1 e 2 istanza, dispositivi per diabetici, presidi protesici e alimenti per fini speciali.
Infatti, alcune regioni (Piemonte e Sicilia) permettono di effettuare questo tipo di prestazioni, ma ciò non è omogeneamente uguale su tutto il territorio nazionale. Si riterrebbe pertanto necessaria una regolamentazione nell'immediato a livello ministeriale che possa finalmente
uniformare i vari servizi anche nelle Parafarmacie e il riconoscimento delle stesse come "esercizio sanitario" con la presenza obbligatoria di un farmacista come direttore responsabile. L'evoluzione in farmacia non convenzionata sarebbe poi per il legislatore naturale approdo di un percorso che si compie.
Quale problema ostativo impedisce di estendere anche a questi esercizi dei servizi che facilitano e migliorano la vita dei cittadini? Sicuramente non la competenza, sia in farmacia che in parafarmacia sono presenti professionisti laureati ed abilitati. Non problemi tecnici, come per esempio nel caso dei Centri Unici di Prenotazione e nel caso delle autoanalisi. Nel primo caso si tratta di utilizzare un portale gestito dalle regioni, nel secondo caso di analisi in cui la struttura mette a disposizione unicamente lo strumento. Certo, non l'approvvigionamento dei prodotti come nel caso degli alimenti per i celiaci e la consegna di materiale protesico.
L'unico motivo che spiega tale «ostracismo» e che lede anche gli interessi del cittadino è la tutela di alcuni privilegi.
Le parafarmacie italiane questi servizi vogliono offrirli e allo stesso modo e

con lo stesso entusiasmo vogliono offrire le proprie competenze per partecipare attivamente a campagne d'informazione e sensibilizzazione che il Ministero della Salute vorrà avviare. Questo perché i farmacisti che operano in queste strutture sono una risorsa, non utilizzarla è atto contrario all'interesse dei cittadini.

FARMACIEUNITE

Farmacieunite è un'associazione di categoria che tutela gli interessi dei titolari di farmacia.

É una formazione giovane ma in continua espansione: nata nel 2014 con circa 190 iscritti, ne assomma oggi circa 500, distribuiti prevalentemente nelle regioni del Veneto, dell'Emilia Romagna, del Friuli Venezia Giulia e della Lombardia.
L'idea distintiva dell'Associazione è quella secondo la quale gli interessi delle farmacie non possono essere portati avanti attraverso una strenua difesa delle prerogative del passato bensì attraverso un'attenta ricerca di integrazione nelle politiche sanitarie del presente e del futuro condotta con spirito di collaborazione con le Istituzioni per la loro attuazione.
É con questa prospettiva che è stata esaminata la bozza del Nuovo Patto per la Salute 2019/20.
La linea d'azione che da esso emerge è perfettamente condivisa da Farmacieunite e gli obbiettivi di Salute in esso tratteggiati appaiono talmente elevati che ci sembrano richiedere uno sforzo delle farmacie, non solo esclusivamente adesivo, ma anche proattivo.
Ed è in questo senso che muove la Nostra proposta.
Essa, in estrema sintesi, si fonda sulla valorizzazione dell'aspetto strutturale ed imprenditoriale della farmacia.
La farmacia, infatti, è, da un lato, professione sanitaria, ma dall'altro struttura imprenditoriale organizzata in forma di azienda entro la quale la professione viene esercitata. Riteniamo che nell'ambito del Patto per la Salute in esame si sia data per implicita la considerazione della componente professionale

tradizionale della farmacia (che si incentra sulla distribuzione dei medicinali sul territorio); si sia valorizzata in chiave prospettica la componente professionale/sanitaria "complementare" (la Farmacia dei Servizi), ma non si sia considerato il potenziale che, nell'attuazione di molti obbiettivi di Piano, può assumere la componete strutturale delle farmacie, sia considerate singolarmente sia come sistema.
Le farmacie italiane, infatti, rappresentano una struttura già presente sul territorio, ,efficacemente capillarizzata, che si articola attraverso unità che dispongono di locali attrezzati (che, di media, occupano circa 80 mq) ed informatizzati attraverso sistemi che, già ora, le rendono integrate con il SSN.

Non dimentichiamo che la farmacia è anche impresa, il che presuppone una vocazione all'investimento di chi la gestisce.

Vocazione che sicuramente deve ritenersi in via di rapido accrescimento a seguito dell'approvazione della L. 124/2017, che ha aperto alle società di capitali la titolarità delle farmacie e, quindi, agli investimenti di grandi capitali nel settore.
Crediamo che il coinvolgimento delle farmacie - intese come strutture sanitarie territoriali - in alcuni progetti evidenziati nel Patto per la Salute possa rappresentare elemento di grande agevolazione per la loro realizzazione, anche previo eventuale accreditamento.
Ne citiamo alcuni a mero titolo esemplificativo.

Quanto agli obbiettivi di cui **all'art. 10** della Bozza di Patto per la Salute esaminata osserviamo:

a) La farmacia può rappresentare articolazione del Distretto e porsi come struttura di coordinamento e di erogazione di servizi deputati alla prevenzione e alla promozione della salute e all'erogazione delle prestazioni che in essa possono trovare sede (quelle di infermieri e fisioterapisti);
b) La farmacia può essere elemento strutturale che, per ragioni di prossimità e di consolidamento nel rapporto con i pazienti, meglio può assicurare supporto per garantire la continuità assistenziale e terapeutica ai soggetti fragili;
c) La farmacia, sempre per ragioni di prossimità e di consolidamento del rap-

porto con i pazienti e con i loro *care givers*, può essere sede e/o elemento di collegamento territoriale per le politiche di valorizzazione di questi ultimi;

d) La farmacia, per ragioni di prossimità, di orario, di comodità d'accesso, può essere elemento su cui fondare l'integrazione delle cure primarie, potendosi porre come "front office" del sistema integrato dell'assistenza primaria;

e) La farmacia, in quanto struttura sanitaria di più ricorrente e facile accesso per soggetti affetti da patologie croniche e per la popolazione fragile, può essere sede elettiva per lo sviluppo di strumenti di analisi e profilazione dei soggetti fragili finalizzato allo sviluppo della medicina di iniziativa e di sistemi di presa in carico globale;

f) La farmacia può essere elemento strutturale che investe in sistemi informativi digitali e della telemedicina;

g) La farmacia può rappresentare punto d'accesso unificato per i percorsi sanitari, sociosanitari e sociali ed elemento di coordinamento per l'erogazione congiunta dei medesimi;

h) La farmacia può essere elemento su cui fare affidamento per garantire continuità dei percorsi assistenziali tra strutture e servizi territoriali e con i servizi ospedalieri.

Riteniamo, inoltre, che la valorizzazione delle strutture rappresentate dalle farmacie territoriali nell'ambito di programmi generali di politica sanitaria possa, come detto, incentivare gli investimenti dei titolari delle farmacie stesse (anche in forma *lato sensu* consortile) e che questo processo possa liberare risorse ai fini degli investimenti di cui **all'art. 9** della bozza del Piano della Salute esaminata.

Farmacieunite, alla luce di quanto sopra, propone che nell'art. 10 del Patto per la Salute sia inserito che le farmacie territoriali possano essere considerate anche come strutture organizzate su cui poter fare affidamento per la realizzazione delle reti strutturali di assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria secondo gli obbiettivi di cui alla corrispondente bozza di articolato.

La Società Scientifica di Medicina Interna FADOI (*Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti)* è fortemente impegnata nella promozione e valorizzazione del ruolo della Medicina Interna ospedaliera, sempre più centrale nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria.
In occasione della Maratona di ascolto del Ministero della Salute sul Patto per la salute, FADOI propone alcuni MODELLI OPERATIVI e STRATEGICI su cui stanno da tempo lavorando gli Internisti Ospedalieri , che pensiamo utili al SSN e alla definizione del nuovo Patto per la Salute.

CRONICITÀ
La Medicina Interna provvede a una quota rilevante (circa il 14%) di tutti i ricoveri ospedalieri, e gran parte di questi ricoveri riguarda eventi acuti o riacutizzazioni in pazienti con multiple patologie croniche e situazioni complesse da un punto di vista sanitario ma spesso anche molto rilevanti sul piano sociale.
La gestione di queste condizioni richiede un'appropriata organizzazione ospedaliera, e gli Internisti di FADOI hanno nel tempo elaborato modelli di assistenza ospedaliera evoluti e consegnati alla letteratura scientifica (*"acute complex care model" / "acute chronic care model")*.
La FADOI, inoltre ha elaborato uno score, il COMPLIMED, per la valutazione multiparametrica del paziente "complesso", molto più semplice e di facile applicazione rispetto a quelli già esistenti. Tale score può avere pratiche applicazioni anche per la stratificazione prognostica nel singolo paziente, utili come ulteriore elemento di giudizio ai fini della decisione clinica, dell'allocazione delle risorse e della gestione delle informazioni al paziente, alla fa-

miglia e ai *caregivers.*
Un'appropriata (e sostenibile) gestione dei pazienti con patologie croniche non può peraltro che basarsi su un'ottimizzazione del funzionamento della filiera territorio – ospedale – post-acuzie – riabilitazione – territorio, e in questa prospettiva l'Internista Ospedaliero può ancora una volta assolvere ad un ruolo centrale, come riferimento specialistico per le Cure Primarie (auspicabilmente anche con un più significativo coinvolgimento nei percorsi di formazione dei Medici di Medicina Generale), e nella impostazione di un idoneo percorso assistenziale post-ricovero.
I reparti di Medicina Interna si trovano, inoltre, ad affrontare con importante frequenza una delle principali sfide della Medicina, le problematiche connesse al fine vita. Da alcuni anni FADOI ha promosso una intensa attività di approfondimento culturale e di sensibilizzazione su questi temi, rivolta ai propri Associati ma più in generale ai professionisti sanitari, affrontando i temi della palliazione ma anche della comunicazione inter-personale, per realizzare un sapiente , efficace e condiviso modello di gestione, attento ai bisogni della persona ed eticamente orientato.

GOVERNANCE
Per la realizzazione di questi obiettivi è a nostro avviso critico perseguire una *Governance* di sistema che veda il Dipartimento di Medicina Interna come modello organizzativo e di governo clinico in una Sanità moderna che favorisca l'unità funzionale fra le discipline specialistiche.
In questa prospettiva, il Direttore del Dipartimento di Medicina Interna dovrebbe a pieno titolo far parte delle funzioni del *"middle management"* , che operano in stretta sinergia con le Direzioni strategiche degli Ospedali. Le competenze multidisciplinari e sistemiche dell'Internista lo rendono poi particolarmente in questa prospettiva, il Direttore del Dipartimento di Medicina Interna dovrebbe a pieno titolo far parte delle funzioni del *"middle management"*, che operano in stretta sinergia con le Direzioni strategiche degli Ospedali. Le competenze multidisciplinari e sistemiche dell'Internista lo rendono poi particolarmente indicato ad una funzione di coordinamento delle cure ospedaliere per pazienti ricoverati in reparti specialistici, medici così come chirurgici, ma che presentano le complessità cliniche (multimorbilità, ma anche età avanzata, politerapie) prima ricordate.

Da questo punto di vista FADOI, attraverso un Master realizzato in collaborazione con l'Università degli Studi di Genova, si è attivata per la formazione di figure professionali sul modello dell'*Hospitalist* americano, ma adattato all'organizzazione sanitaria italiana.
La Medicina Interna deve poi essere attenta alle evoluzioni proposte dalla tecnologia e che possono favorire l'ottimizzazione della gestione dei pazienti. La rivoluzione digitale in atto, e che avrà verosimilmente un impatto rilevante soprattutto per il trattamento delle cronicità, è un argomento al quale FADOI è particolarmente sensibile, tanto da aver programmato per i prossimi mesi la realizzazione di una Scuola di Alta Formazione sul ragionamento clinico che si deve avvalere anche delle moderne tecnologie digitali.
Un ulteriore aspetto che FADOI ha particolarmente curato è relativo alla documentazione delle Competenze dell'Internista. A valle di un articolato percorso che ha portato alla definizione di differenti livelli di *Competence* in funzione degli *skill* acquisiti, FADOI sta attualmente testando un modello di verifica teorico-pratico delle competenze, che potrebbe rappresentare un utile riferimento per la disciplina della Medicina Interna.

RICERCA

FADOI ha tra le sue principali missioni, nell'ottica della promozione della disciplina della Medicina Interna, la realizzazione di progetti di formazione e di ricerca. L'omonima Fondazione, fondata da FADOI nel 2009, è attualmente al primo posto fra le Associazioni Medico-Chirurgiche Provider ECM per numero di eventi formativi accreditati.
Attraverso il proprio Centro Studi, che si avvale di professionisti dedicati e della consulenza scientifica di alcuni *top-scientists* italiani, FADOI ha promosso e promuove numerosi studi in molteplici aree di interesse per la Medicina Interna, e che hanno coinvolto complessivamente oltre 350 Ospedali del Servizio Sanitario Nazionale. Recentemente FADOI ha allargato il proprio ambito di attività di ricerca promuovendo studi di intervento che coinvolgono centri di Paesi UE e extra-UE.
Oltre a ciò, FADOI è da anni impegnata in una opera di sensibilizzazione e nella definizione di proposte pragmatiche di tipo normativo e organizzativo/strutturale destinate alle Istituzioni, con l'obiettivo di rendere maggiormente efficiente e competitivo il sistema della Ricerca Clinica del Paese. Questo im-

pegno parte dal presupposto che esista un circuito virtuoso fra l'assistenza sanitaria e la ricerca clinica, e che attraverso una partecipazione diffusa alla ricerca clinica da parte di Ospedali del Servizio Sanitario Nazionale sia possibile migliorare significativamente il ragionamento clinico e l'appropriatezza delle cure.
Origina anche dalla convinzione che *la ricerca clinica, oltre ad un indiscutibile valore scientifico, etico, culturale e sociale, possa rappresentare una dimensione importante per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e un importante asset per il Paese anche da un punto di vista economico e occupazionale.*
L'impegno di FADOI si è in particolare concretizzato nella realizzazione di un Convegno Nazionale a cadenza biennale, giunto alla Quinta Edizione, prevalentemente focalizzato sulla ricerca indipendente ma che ha di fatto affrontato criticità che riguardano la ricerca clinica nel suo complesso. Ogni edizione del Convegno è stata seguita dalla redazione di un Documento propositivo contenente una serie di raccomandazioni rivolte alle Istituzioni, e che in alcuni casi sono state positivamente valutate e recepite. Nello specifico, la Legge 3/2018 e il recente Decreto Legislativo 14.05.2019 hanno stabilito la necessità di rimuovere il vincolo attualmente ancora presente che non permette l'utilizzo a scopo registrativo / regolatorio (e quindi in qualche modo commerciale) dei risultati della ricerca promossa da entità no profit, e questa è una istanza che FADOI ha da sempre sostenuto.
Il più recente Documento propositivo, pubblicato a Novembre 2018, ha trovato un'amplissima condivisione nel mondo della ricerca italiana, ed è stato sottoscritto da oltre 200 fra Associazioni Scientifiche, IRCCS, Comitati Etici, Associazioni di Pazienti etc.
Il testo, scaricabile al link https://www.fadoi.org/news/pubblicato-dentro-la-ricerca-la-persona-prima-di-tutto-una-proposta-in-10-punti/ è stato redatto con l'obiettivo di sostenere l'opportunità di alcune misure di carattere generale, ma anche di proporre indicazioni che possano risultare utili per la definizione (attualmente in corso) dei Decreti legislativi correlati alla Legge 3/2018.
Di seguito una sintesi delle raccomandazioni formulate:

- Opportunità di prevedere un finanziamento per la ricerca no profit come quota fissa del fondo SSN (almeno 1%, auspicabile 3%)
- La promozione della ricerca clinica dovrebbe essere compresa fra i principali

criteri di valutazione dell'operato dei Direttori Generali
- Griglia predefinita di requisiti per l'idoneità dei Centri (stratificata per tipologia di studio)
- Documentazione degli studi valutata da un solo Comitato Etico, con modulistica omogenea a livello nazionale e quindi con significativa semplificazione procedurale
- E' necessario favorire l'utilizzo di "materiale biologico clinico residuo" a scopi di ricerca, anche attraverso un coinvolgimento consapevole dei cittadini / pazienti ("donazione" / "Patto di Partecipazione")
- Va perseguita una ottimizzazione degli strumenti informatici per la ricerca, e una sempre più efficiente informatizzazione delle Aziende Sanitarie
- Vanno promosse attività didattiche a livello Universitario ed iniziative nelle strutture sanitarie con l'obiettivo di diffondere la cultura sulla metodologia della ricerca.
- Si propone la creazione di una Agenzia Nazionale della Ricerca, per coordinare e raccordare strutturalmente gli Enti e Centri di Ricerca, definire strategie ed obiettivi generali di ricerca, valutare e finanziare in modo competitivo le proposte progettuali
- Sono opportuni alcuni adeguamenti delle normative sulla Privacy, a tutela dei dati raccolti nelle sperimentazioni e per favorire il riutilizzo dei dati
- È urgente dare piena attuazione al riconoscimento del "Ricercatore" e all'implementazione e diffusione di figure professionali di supporto alla ricerca (Coordinatore di Ricerca Clinica / Data Manager, Infermiere di Ricerca, Biostatistico, personale con competenze per il trasferimento tecnologico). Queste misure dovrebbero essere valide in generale per le strutture del SSN e non soltanto, come è stato fatto fino ad ora, per i soli IRCCS pubblici.

FASSID
Federazione Aipac Aupi Simet Sinafo Snr Dirigenti

Dopo l'unificazione nell'area quarta tra area medica e area della dirigenza sanitaria la FASSID è formalmente il quarto sindacato dopo ANAAO, CIMO e AAROI (ma sostanzialmente terzo alla pari con gli anestesisti se si considerano i quasi 400 iscritti attribuiti erroneamente alle singole sigle aderenti nell'ultima rilevazione 2018). Questa intuizione unitaria, che data ormai da molti anni, l'unione SNR, AIPAC e SIMET con AUPI e SINAFO, ha reso giustizia ad una scelta tra il mito dell'isolamento medico e quello della sinergia tra le varie professioni senza minimamente rinunciare alle peculiarità ed alla specificità medica. Un'unione fatta di interessi comuni e di principi condivisi realizzata attraverso un confronto esplicito e privo di infingimenti che attraverso crisi e riflessioni ci porta oggi ad esprimere una forza reale fatta di idee e progetti che trovano espressione a tutti i livelli da quello nazionale a quello aziendale passando per le regioni.
Questi **i temi per noi prioritari:**

Personale SSN

A) **La formazione specialistica** dei medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, psicologi, chimici e fisici, pur rendendo possibile una progressiva attribuzione di autonomia e responsabilità specifici compiti che possono essere attribuiti, richiede, in ogni caso la presenza obbligatoria di uno specialista strutturato. **Lo specialista in formazione non può mai sostituire la presenza dello strutturato.**
B) La possibilità di prevedere e disciplinare un alternativo percorso formativo regionale impartito dall'Università secondo modalità definite con appositi

protocolli d'intesa e la formazione pratica nelle strutture del servizio sanitario regionale, deve realizzarsi all'interno di un percorso formativo nazionale standard al quale i protocolli regionali devono far riferimento. È impensabile che **percorsi di formazione specialistica regionale configurino 21 modelli specialistici** per ciascuna specializzazione con l'effetto di rendere impossibile la mobilità tra le regioni medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, psicologi, chimici e fisici specializzati.

C) Esprimiamo la nostra **totale** contrarietà all'ingresso nel servizio sanitario **di medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, psicologi, chimici e fisici, privi del diploma di specializzazione.**

D) **Il tema della carenza del personale non è esclusivo del profilo professionale medico ma è comune a tutte le professioni della dirigenza sanitaria** (medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, psicologi, chimici e fisici). Non si comprende in che modo il tema delle professioni sanitarie possa impattare quello più ampio della carenza di personale (medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, psicologi, chimici e fisici). Sono due temi che vanno affrontati separatamente.

E) Il tema delle specializzazioni è comune a medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, psicologi, chimici e fisici.

F) **Anche il numero di specialisti in Radiologia non è meno carente di altre specialità**. Già negli ultimi mesi numerosi concorsi per assunzioni a tempo indeterminato sono andati deserti. Speriamo di non assistere ad un film già visto. Con pensionamenti ed invecchiamento **abbiamo bisogno di un numero di specialisti più elevato di quello attuale per mantenere gli standard di qualità** del nostro Sistema Sanitario non per caso cosi elevati. Dall'inizio del nuovo millennio la diffusione dei RIS PACS e l'avvento di macchine sempre più performanti ha fatto sì che l'accento venisse posto molto sull'efficienza e poco sulla efficacia. Rispetto alla domanda sempre crescente di salute ed all'invecchiamento della popolazione è questa una delle cause, minore ma non secondaria, dell'incremento del numero di esami di *imaging* nel nostro paese che non è oggi di circa 120 milioni, due all'anno per cittadino, comprese le prestazioni in attività complementare, ma vanno infatti aggiunti ai 59 milioni rilevati dal Ministero della Salute per il 2016, ed ai 30 milioni recentemente descritti nella ricerca RBM Censis in attività privata, gli esami effettuati in corso di presentazione al

PS che sono attualmente, da nostre rilevazioni su venti ospedali di diverse dimensioni e vocazioni, 1,1 per accesso quindi circa 20 milioni. Preoccupante il ricorso incrementale ad esami TC che sostituiscono per la maggiore sensibilità e spesso per difesa gli esami di radiologia tradizionale.

G) Il modello radiologico italiano è un modello peculiare che risulta vincente per la qualità della nostra assistenza. La presenza di 250 punti di guardia radiologica attiva e 400 reperibilità, la valutazione clinica contestuale dell'ecografia eseguita direttamente, la responsabilità clinica delle radiazioni e della RM sono caposaldi di una buona sanità collocata sulle nostre spalle.

H) Ma il modello vincente è stato realizzato sulla pelle di coloro che si sono impegnati a garantirlo con sforzi e tensione etica che hanno determinato stili di vita ed impegni che oggi, in assenza di prospettive di carriera e di sviluppo tecnologico, ed a questo proposito non può essere sottaciuto il tema della obsolescenza, i giovani non ritengono allo stato dell'arte giustificati.

I) **Altrettanto dicasi per i Laboratori Analisi**: la rete capillare di Laboratori Analisi ospedalieri e territoriali è stata per molti anni un riferimento soprattutto per quelle categorie più fragili di pazienti (pz. in terapia anticoagulante orale, pz. oncologici, diabetici etc) che vi afferivano per ottenere una refertazione del dato analitico certa e qualificata e soprattutto rapida!

J) L'attuale logica di centralizzazione delle strutture, dettata sicuramente da comprensibili criteri di risparmio e di potenziamento tecnologico, **non tiene conto di queste necessità**. I prelievi inviati a molti km di distanza dalle sedi di prelievo allungano enormemente i tempi di risposta, generando un senso di disagio per gli utenti, che si sono rivolti nel tempo a soluzioni alternative, spesso non appartenenti al SSN.

K) Inoltre questa progressiva centralizzazione, accompagnata dalla convinzione che la presenza del Dirigente medico e/o sanitario nell'ambito dei servizi di Patologia Clinica costituisca un "optional", sostituibile praticamente in tutto da figure professionali, pur altamente qualificate, ma con un iter formativo assolutamente diverso, ha reso le specializzazioni che afferiscono ai Laboratori Analisi sempre meno appetibili per possibilità di lavoro e di carriera. Pertanto vi è davvero "necessità che il Governo as-

suma iniziative normative straordinarie e urgenti per la risoluzione della situazione emergenziale di carenza di medici specialisti in organico nel SSN determinatasi, con particolare riferimento ad alcune discipline, in parte dalla carenza di specialisti, in parte dalla mancata o molto limitata partecipazione alle procedure concorsuali"

L) Altro punto condivisibile è l'art. 14 Revisione della disciplina del ticket e delle esenzioni e abolizione quota fissa 10 euro per ricetta prestazioni di specialistica ambulatoriale: Governo e Regioni convengono inoltre sulla necessità di procedere all'abolizione della quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da parte degli assistiti non esentati. Questo iniquo balzello ha costituito per anni un altro elemento di disaffezione per i Laboratori Analisi dei SSR delle Regioni in cui è applicato, costituendo un aggravio di spesa di cui i contribuenti non comprendono la motivazione.

M) È giunto il momento di riesaminare l'organizzazione delle Reti dei Laboratori Analisi alla luce dei risultati concreti e non soltanto delle affermazioni teoriche, tenendo conto sì del contenimento dei costi economici ma considerando anche quelli pagati dagli utenti e dagli operatori.

Governance Farmaceutica e dei dispositivi medici

Si parla tanto di **sostenibilità** del SSN che non può realizzarsi, però, con tagli lineari e un federalismo iniquo della sanità.

La vera sfida è infatti identificare nuovi percorsi, condivisi a livello interdisciplinare, che garantiscano un sistema assistenziale equo ed universale ma allo stesso tempo credibile, basato cioè sulle migliori evidenze scientifiche per evitare sprechi, corruzione e inefficienze.

I dirigenti farmacisti del SSN, all'interno dei servizi farmaceutici ospedalieri e territoriali **assolvono, oltre a tutte le funzioni assegnate dalle norme vigenti in tema di assistenza farmaceutica (**farmacovigilanza, farmacosorveglianza, farmacoutilizzazione, appropriatezza prescrittiva, ecc.) **anche** all'importante ruolo di osservatori critici dei fenomeni prescrittivi, grazie alle costanti analisi **farmaco-epidemiologiche.** Attraverso l'analisi dei consumi dei farmaci possono essere individuate aree di spreco come l'abuso, l'uso improprio di farmaci o semplicemente la mancata adozione/prescrizione di

equivalenti (generici o farmaci a brevetto scaduto) e farmaci biosimilari di pari efficacia. Ma possono, altresì, essere esplorate e scoperte aree di bisogni insoddisfatti tipo la mancata aderenza/continuità di trattamento in patologie croniche, che richiederebbero interventi di riconversione delle risorse impiegate con miglioramento degli esiti.
L'implementazione di piani di miglioramento dei processi sanitari delle Aziende del SSR non potrà compiutamente realizzarsi se non verrà posta la **giusta attenzione** nei riguardi dei Servizi Farmaceutici ospedalieri e territoriali che dovranno essere potenziati sia nel numero dei dirigenti, sia nella dotazione di risorse umane sia nella messa a disposizione di risorse strutturali molto spesso estremamente carenti. Tutto ciò al fine di consentire ai farmacisti del SSN di esercitare a pieno titolo la loro funzione ovunque siano allocati, in ospedale o nel territorio, ed in tutti gli ambiti di competenza.
In considerazione delle criticità rappresentate FASSID suggerisce una lista di interventi da favorire e più esattamente:

- Potenziare la sorveglianza sulla spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale, attraverso l'implementazione del personale dirigenziale farmacista;
- Monitoraggio intensivo delle "innovazioni" e della spesa farmaceutica convenzionata, ottimizzazione delle risorse;
- Realizzare la gestione e la vigilanza completa sui dispositivi medici attraverso il monitoraggio e l'analisi HTA;
- Incrementare l'informazione **indipendente**, affiancandola a quella attualmente svolta in regime di esclusività da parte delle aziende produttrici, rivolta agli operatori e ai professionisti della sanità, ai medici prescrittori e ai cittadini. Questi ultimi dovranno essere resi edotti, coscienti e consapevoli del ruolo attivo che viene loro richiesto nella condivisione di quei processi di cambiamento che coinvolgono oggi tutti i livelli di assistenza;
- Definire le aree di gestione del rischio clinico e farmacovigilanza, con particolare riguardo all'ambito oncologico.

Queste quindi le proposte:

- istituzione di almeno un'Unità di allestimento farmaci antiblastici nelle Farmacie Ospedaliere presenti in ogni Azienda Sanitaria che abbia Unità Oncologiche cliniche al suo interno. Questa operazione, peraltro prevista dalle leggi e raccomandazioni ministeriali oltre che dalle Norme di Buona

Preparazione della farmacopea Ufficiale, consentirà di completare un percorso che ha messo in sicurezza questo tipo di preparazioni galeniche con risparmi economici enormi (dose unitaria);
- istituzione di un laboratorio galenico in ogni Azienda Sanitaria in cui siano presenti Presidi ospedalieri;
- istituire almeno un'equipe dedicata ad attività di HTA (health technology assessment) in strutture ospedaliere medio-grandi;
- assicurare in ogni Servizio Farmaceutico Territoriale la realizzazione di linee di attività di Farmacoepidemiologia/Farmacosorveglianza, che garantiscano le necessarie analisi dei consumi e della variabilità prescrittiva mirate all'identificazione degli sprechi e dei bisogni reali;
- prevedere un piano di rinnovamento tecnologico delle attrezzature di laboratorio e radiologiche e di sviluppo della governance secondo criteri e linee guida di carattere nazionale.

Tutto questo necessita di un adeguamento degli organici attuali che deve passare attraverso una rivisitazione degli standard non solo per farmacia e radiologia ma per tutti i servizi ospedalieri e territoriali. Va sottolineata la necessità di intervenire sui criteri con i quali vengono determinate le dotazioni organiche delle aziende, da correlare ai volumi di attività, ai posti letto ed ai bacini d'utenza del territorio, scollegandole dalle logiche di ridimensionamento che hanno caratterizzato la recente riorganizzazione della rete ospedaliera assistenziale.
In definitiva è di tutta evidenza il fatto che compiti e funzioni dei servizi farmaceutici, di laboratorio, radiologici e di psicologia si sono nel tempo ampliati a dismisura.
In particolare per la farmacia dalla semplice gestione di magazzino si è passati a incombenze sempre più complesse, in armonia con gli obiettivi della pubblica amministrazione e dei percorsi formativi dei farmacisti. La programmazione di linee di attività, volta a garantire l'assistenza farmaceutica nel suo complesso, può essere efficacemente perseguita investendo risorse in ambiti finora non valorizzati. Anche i provvedimenti legislativi su continuità assistenziale ospedale/territorio, appropriatezza della prescrizione, valutazioni sul profilo di rischio, gestione dei flussi informativi, elaborazione di **strumenti HTA nella gestione dei dispositivi medici**, contenimento della

spesa ospedaliera e della farmaceutica convenzionata, adempimenti autorizzativi e controlli su tutta la filiera farmaceutica, richiedono ulteriori sforzi in termini di risorse ed energie professionali.
I compiti istituzionali attribuiti al dirigente Farmacista, unico (ripetiamo) dirigente che, grazie al percorso formativo pre/post laurea garantisce la realizzazione di tutte le attività in tema di assistenza farmaceutica intra - extra moenia, sono svolti nella necessaria (quanto prevista) veste di terzietà e governo della prescrizione medica generale e specialistica, da cui discendono importanti meccanismi regolatori della spesa pubblica e della sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.
Serve pertanto un salto di qualità nell'assistenza farmaceutica rispetto agli anni precedenti e **una concreta presa di coscienza politica a livello nazionale** da riproporre a livello locale in modo da non creare diseguaglianze di trattamento nella gestione del "bene salute". Razionalizzare il sistema farmaceutico è certamente possibile, a condizione che si investa in modo adeguato su personale e strutture.

Reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria
Le reti sono garanzia di omogeneità ed integrazione nei servizi di assistenza territoriale sociosanitaria e della presa in carico del paziente nel percorso di cura

A) Condivisibile **il principio di implementazione di un sistema effettivamente accessibile, centrato sulla persona, che integri servizi sanitari e sociali, assicurati da team multiprofessionali e multidisciplinari, capace di garantire coordinamento e continuità con gli altri setting assistenziali**. La effettiva presa in carico deve tener presente quanto definito dall'ICF "Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute". Per rimanere nell'ambito della Salute l'ICF (OMS) "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, ci dice che "*Le funzioni corporee sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse le funzioni psicologiche.*" **Non esplicitare la presenza degli psicologi e dell'assistenza psicologica nei team multiprofessionali e multidisciplinari, significa intervenire solo sulle funzioni fisiologiche ed organiche in assoluta controtendenza rispetto al concetto di Salute riconosciuto a livello internazionale.** Centrare sulla persona i percorsi

assistenziali significa tener conto delle "funzioni psicologiche" che sono parte integrante delle "funzioni corporee". In caso contrario l'intervento è di tipo emergenziale ma non centrato sulla persona.

B) Per centrare sulla persona l'intervento è necessario promuovere e valorizzare la figura professionale dello Psicologo da integrare con tutte le altre figure professionali ed in tutti i servizi deputati alla prevenzione e promozione della salute, alle cure primarie, alla salute mentale, alle cure domiciliari, comprese quelle palliative.

C) Anche nella definizione degli standard deve essere valorizzata la figura (psicologo) che interviene sulle "funzioni psicologiche" così come definite dall'ICF.

D) Prioritario verificare la completa attuazione di quanto previsto dall'art. 24 del DPCM 12 gennaio 2017 "**assistenza socio sanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie**"; art. 25 "**assistenza socio sanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo**"; art. 26 "**assistenza socio sanitaria alle persone con disturbi mentali**"; art. 27 "**assistenza socio sanitaria alle persone con disabilità**"; art. 28 "**assistenza socio sanitaria alle persone con dipendenze patologiche**"; art. 29 "**assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario**"; art. 31 "**assistenza sociosanitaria residenziale alle persona nella fase terminale della vita**"; e così a seguire per gli artt. 32, 33, 34 e 35.

E) La necessità della presenza dello Psicologo in ciascuno degli ambiti su indicati discende direttamente dal concetto di Salute così come definito dall'ICF: "nell'ambito del concetto di Salute le funzioni *corporee sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse le funzioni psicologiche*."

F) A fronte del fatto, a tutti noto e per altro ampiamente condiviso e scientificamente fondato, che la prevenzione deve assumere un ruolo centrale in un modello di offerta sanitaria sostenibile ed efficace, si deve rilevare che **il documento in analisi non ha un capitolo specificatamente dedicato ai Dipartimenti di Prevenzione**, articolazioni operative dei Servizi Sanitari Regionali, deputati alla erogazione del Primo LEA - Prevenzione collettiva e sanità pubblica- La Prevenzione rappresenta l'elemento cardine di tenuta del SSN: ci sono paesi europei in cui le persone con una aspettativa di vita simile alla nostra, hanno solo 8,7 anni di vita in cattiva salute, mentre in Italia in media gli anni vissuti in non buona salute sono più di 20.

G) In media ogni Italiano per 4 lustri sarà affetto da patologie croniche degenerative, tutte assolutamente prevenibili, che comporteranno, oltre le sofferenze e le limitazioni dell'autonomia, enormi consumi di prestazioni sanitarie e farmaci: con la demografia che ci attende se non riusciamo a rinviare di almeno di dieci anni questo fenomeno comprometteremo l'esistenza stessa del SSN. Potremo riuscirci solo con l'implementazione diffusa, stabile ordinaria di strategie e interventi di prevenzione omogeneamente su tutto l'ambito nazionale. **Il 5% del Fondo Sanitario Nazionale, dovrebbe essere vincolato alle attività di prevenzione, ma storicamente in Italia il primo LEA è stato, e continua ad esser sotto finanziato in tutte le regioni.**

H) I Dipartimenti di Prevenzione devono essere messi nelle condizioni di svolgere il ruolo che il PNP e il Primo LEA assegna loro: ruolo di stewardship e facilitatori delle politiche trasversali di prevenzione che devono coinvolgere stakeholder all'interno, ma soprattutto all'esterno dei meri circuiti sanitari.

I) Pur apprezzando molte delle cose espresse all'art. 10 -*Reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria. Presa in carico nel percorso di cura* -, a nostro avviso in tale sede occorre evidenziare che **anche il Dipartimento di Prevenzione deve essere coinvolto nei nuovi modelli organizzativi integrati, in particolare per i precorsi di prevenzione primaria (promozione della salute, vaccinazioni) e prevenzione secondaria (screening).** Si esprimono, inoltre, forte perplessità e stupore, su quanto espresso in merito al Distretto: "Si ri*tiene fondamentale rafforzare la governance del sistema sociosanitario territoriale. La normativa vigente attribuisce al Distretto tale ruolo, che tuttavia sta cambiando profondamente anche in ragione dei processi di accorpamento ed evoluzione del sistema d*i aziendalizzazione" che sembrerebbe ventilare ipotesi di superamento del "Distretto", in ragioni di esigenze di sistema che per altro non sono definite o esplicitate. L'assistenza alla **cronicità e agli anziani richiede la presenza diffusa sul territorio di una rete di servizi assistenziali e socio assistenziali fortemente integrati e coordinati**, nei quali l'elemento umano, professionalmente e umanamente, ma anche numericamente, adeguato costituisce la risorsa cardine. **I Distretti devono continuare ad esser**e il fulcro dell'assistenza territoriale, interfaccia **operativa cittadino-**ASL, il luogo in

cui avviene la reale presa in carico dell'assistito, che deve **essere guidato e agevolato in tutto il percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo richiesto dal suo stato di salute.**

J) Nell'ambito del livello dell'assistenza territoriale deve essere ribadito l'imprescindibile ruolo e valorizzato il profilo professionale specialistico dei dirigenti medici del territorio: le scelte organizzative e gestionali dell'assistenza professionale richiedono specifiche capacità e competenze professionali che costituiscono il nostra tradizionale bagaglio culturale e scientifico.

INFORMAZIONE SCIENTIFICA DEL FARMACO:
SQUILIBRIO TRA LEGISLAZIONE VIGENTE E REALTA' DEI FATTI, FONTE DI GRAVE ALLARME SOCIALE MA CHE POSSIAMO TRASFORMARE IN GRANDE OPPORTUNITA' DI SALUTE CON EFFETTO PoSITIVO SUL PIL

Io sono CARLO DI NALLO, da più di 30 anni Informatore Scientifico del Farmaco, sono componente del Direttivo Nazionale di FEDAIISF, la Federazione delle Associazioni degli Informatori Scientifici del Farmaco; ma sono anche componente del Direttivo del COORDINAMENTO NAZIONALE ISF di FILCTEM CGIL.
Prima di esporVi le ragioni del mio intervento ho necessità di fare 3 premesse-flash affinchè si possa comprendere meglio lo stato dell' arte delle cose ed i pericoli a ciò connessi, ma voglio evidenziare anche le opportunità che possono essere generate.

Premesso che: l' Uomo alla nascita ha solo due certezze, la 1.a) che un giorno morirà e la 2.a) che prima o poi sarà un PAZIENTE, e quando si diventa pazienti, o lo diventa un nostro familiare, ci aspettiamo il più efficace trattamento sanitario e farmacologico possibile.

Premesso pure che: la Salute è strettamente collegata al PIL, basti pensare al costo complessivo di una banale epidemia influenzale; il XIX Congresso della Società Italiana di Pneumologia ha quantificato economicamente questa comunissima morbidità, in 1 punto di PIL (15 Miliardi di €); il costo, naturalmente, non solo comprende la spesa farmaceutica, poca cosa, ma tiene conto della mancata produzione, delle assenze dal posto di lavoro, dei ritardi

burocratici generati dalle assenze sul posto di lavoro, ecc. ecc.

Ultima premessa: Una recente ricerca dell' Università di Harvard ha stabilito che *IL SAPERE MEDICO, IN 10 ANNI, SI AZZERA DEL 90 %*, cioè nell' arco di 10 anni il 90 % delle certezze terapeutiche sono annullate dal progresso delle conoscenze scientifiche e dal progresso terapeutico.

Da qui la necessità di una sempre maggiore ricerca, ma i risultati della ricerca scientifica devono essere fruibili da tutti altrimenti resta un puro esercizio teorico; qui mi piace ricordare una frase di Henry Ford: "*L' INNOVAZIONE NON E' UTILE SE NON E' ALLA PORTATA DI TUTTI*".
Negli ultimissimi anni la ricerca, in campo farmaceutico, ha avuto un profondo cambiamento, praticamente sdoppiandosi e facendo nascere un nuovo filone interessantissimo ed importantissimo, gli studi REAL LIFE.
Fino a qualche anno fa l' unica ricerca farmaceutica era quale in fase di realizzazione di un farmaco, si sperimentava in 4 fasi, giungendo alla commercializzazione del farmaco stesso e li terminava.

Oggi a questa ricerca si affiancano i già citati STUDI REAL LIFE, cioè nella vita reale, la vita quotidiana.
Per farmi comprendere meglio, prima si studiavano solo pazienti altamente selezionati e si escludevano pazienti con patologie o comportamenti che interferissero con il disegno dello studio, al solo scopo di dimostrare l' efficacia del nuovo farmaco.
Oggi invece si studia anche il farmaco nell' uso di tutti i giorni, quando il paziente è a casa, fa la vita quotidiana, assume altri farmaci per altre patologie.
Questi nuovi studi, nell' arco dei prossimi 5 anni interesseranno il 99 % dei farmaci in commercio, quindi non solo dei nuovi farmaci ma anche di quelli più datati e gli studi stessi si protraggono anche per tempi lunghissimi per poter verificare i profili di efficacia e di sicurezza a lungo termine.
Oggi il REAL LIFE interessa ancora meno di un terzo dei farmaci in commercio, 5 anni fa non esisteva questa metodica di studio e come detto tra 5 anni pressochè la totalità dei farmaci ne sarà oggetto.
Purtroppo, come affermato, lo scorso giovedì nell' Assemblea Pubblica di Farmindustria, dal Direttore Esecutivo dell' EMA, l' ente europeo che si occupa

della supervisione e del controllo dei farmaci, in Italia, questa tipologia di studi, è ancora troppo poco sviluppata, rispetto agli Stati Uniti ed ai principali Paesi Europei, ma abbiamo le risorse scientifiche e le capacità organizzative per recuperare il gap.

Per esplicitare quanto questa nuova metodica, gli STUDI REAL LIFE, ha portato ad acquisizioni scientifiche inimmaginabili prima, bastano 2 esempi per tutti:

1º) la scoperta che dosi importanti di PARACETAMOLO, il farmaco che tutti prendiamo quando abbiamo la febbre, assunte durante la gravidanza, comporta il rischio di sterilità nei feti femmina o di futuro aumento del rischio di tumore alla prostata nei feti maschi;

2º) la scoperta che l' HTZ, un diuretico presente in un' infinità di farmaci per la pressione, a dosi normali, se assunto per lungo periodo, aumenta notevolmente il rischio di due tipi di tumore della pelle, con conseguente necessità di uno stretto monitoraggio dei pazienti che lo assumono.

Alla trasmissione di tutta questa massa di sapere scientifico è deputata la figura dell' ISF, figura professionale essenziale perché oltre ad informare il medico delle caratteristiche del farmaco, della corretta posologia, degli studi comparativi con precedenti terapie, ha, inoltre, l' ISF, il compito raccogliere dai medici, notizie sugli effetti collaterali od indesiderati del farmaco, ponendosi, in questo modo, quale primo e fondamentale anello della filiera della FARMACOVIGILANZA a tutela della pubblica salute.
Per farvi meglio comprendere quanto gli ISF, con la loro attività, abbiano cambiato la vita di tutti noi Vi cito solo un esempio, l' ULCERA GASTRICA.
Correva l' anno 1953 quando un medico greco ebbe l' intuizione che questa patologia avesse una causa batterica, il medico raccolse una copiosa casistica, 30.000 soggetti trattati, anche in collaborazione con altri colleghi, ma non riuscì mai ad ottenere pubblicazioni scientifiche o riconoscimenti, anzi ebbe parecchi guai giudiziari.
Il modo di approcciare l' ULCERA GASTRICA cambiò a metà degli anni '80, cioè 30 anni dopo, quando gli ISF cominciarono a presentare ai medici nuovi approcci terapeutici che si rifacevano a quelle stesse intuizioni del medico greco.

Visita dopo visita degli ISF, anche al medico nel più sperduto ed isolato dei paesini, da Pantelleria fino al Brennero, si è avuto come risultato un approccio diverso al trattamento dell' ulcera, l' intervento chirurgico di ulcera gastrica, nell' arco di pochissimi anni non è stato più eseguito.
Fino ad allora, l' intervento chirurgico di ulcera era il più comune atto chirurgico, dal nuovo approccio proposto dagli ISF, non viene più effettuato perché non è più necessario farlo, basta la terapia medica.
Ma dobbiamo tener presente che oggi la terapia medica si basa sulle stesse intuizioni scientifiche del medico greco; il medico greco però non aveva la capacità di contattare tutti i suoi colleghi e di contattarli ripetutamente, gli ISF quella capacità l' hanno avuta ed hanno cambiato la storia clinica dell' ULCERA GASTRICA, portando a guarigione oltre un miliardo di persone in tutto il mondo, naturalmente negli anni, rendendo non più necessari oltre un miliardo di interventi chirurgici, con incalcolabili risparmi di vite umane e di immense risorse economiche, ottenendo nel contempo una qualità di vita dei pazienti inimmaginabile prima.
In definitiva gli ISF, inducendo un cambio di approccio all' ulcera gastrica, hanno, allo stesso tempo, influenzato virtuosamente: sulla qualità/quantità di vita dei pazienti, sulla riduzione di spesa sanitaria e sul PIL per la mancata assenza sui posti di lavoro.
La Legislazione italiana, per prima in Europa e forse nel Mondo, ha colto la delicatezza e l' importanza del ruolo dell' ISF; il Parlamento Italiano, agli inizi degli anni '90, proprio per questa importanza e delicatezza di ruolo, volle regolamentare la figura dell' ISF con il D.Lgs 541/92.
La Comunità Europea prendendo a base questo nostro D.Lgs, all' inizio degli anni 2000, ha varato le Direttive Comunitarie 2001/83/CE e 2003/94/CE, direttiva recepite dal Parlamento Italiano ed attuate con il D.Lgs 219/2006.

Cosa prevede e cosa impone il D.Lgs 219/2006:

- Prevede che l' informazione sui medicinali al medico ed al farmacista può essere fornita tramite gli ISF
- Prescrive quali sono le lauree con le quali si può svolgere la professione di ISF
- Impone la dipendenza degli ISF dal SERVIZIO SCIENTIFICO delle aziende
- Impone agli ISF di riferire al Servizio Scientifico tutti gli effetti collaterali

emersi dai colloqui con i medici
- Impone alle Aziende che il SERVIZIO SCIENTIFICO sia indipendente dal SERVIZIO MARKETING e che ogni azienda ne sia dotata.
- Impone che l' azienda provveda alla formazione degli ISF ed alla verifica di tale formazione specifica

Ma qual' è la realtà delle cose oggi:
- Il CCNL della Chimica Farmaceutica inquadra gli ISF al livello B1, cioè IMPEGATI con FUNZIONI DIRETTIVE, ma gerarchicamente posizionati nell' AREA FUNZIONALE E COMMERCIALE MARKETING/VENDITE cioè tutto il contrario di quanto disposto dal n° 6 dell' Art. 122 e dall' ultimo periodo del n° 1 dell' Art. 126 del D.Lgs 219/2006.
- Ma poiché al peggio non c'è mai fine, sempre più aziende, dalle grandi alle piccole, assumono gli ISF con contratto ENASARCO, cioè come rappresentanti di commercio; per essere più comprensibile, come se divulgare l' innovazione in campo medico fosse la stessa cosa che vendere panettoni o bulloni.
  La cosa più allarmante risiede nel fatto che questa forma contrattuale basa la retribuzione dell' ISF sulle vendite effettuate dalle farmacie.

Questo disallineamento, tra le la legislazione nazionale, recepente le direttiva comunitarie, e le realtà contrattuali degli ISF continuano a generale situazioni che giungono a sfiorare l' allarme sociale, situazioni che riassumerei così:

1. Negli ultimi 10 anni circa 15.000 ISF sono stati licenziati per la decisione, di quasi tutte le aziende, di ridurre la comunicazione scientifica presso classe medica; riduzione di informazione portata ai medici nonostante la sempre crescente mole di nuovi dati forniti dalla ricerca clinica e nonostante i crescenti risultati economici delle aziende.
2. Negli ultimi mesi si è giunti, addirittura, per gli ISF, ai <u>licenziamenti individuali per motivi economici</u>, ex art. 18 dello Statuto dei Lavoratori come modificato dalla Legge Fornero, cioè per chiusura dei territori dove l' azienda farmaceutica ritiene meno economicamente vantaggioso continuare a portare l' aggiornamento scientifico alla classe medica di quello stesso territorio.

Nella realtà dei fatti come se in quelle zone, chiuse dalle aziende farmaceutiche, le persone non avessero gli stessi diritti, del resto dei cittadini italiani, ad avere informazione alla classe medica sulla migliore opportunità terapeutica. Se questo principio passa come legittimo presto avremo una sanità per le zone ricche, avanzata ed aggiornata, ed una sanità per zone meno ricche, più arretrata e meno aggiornata; dobbiamo rassegnarci al fatto che lo spartiacque della scelta sarà il fatturato ?

3 In questo modo, la deriva commerciale porterebbe, per assurdo, a quei cittadini che vivono nelle zone meno ricche, un' attenuazione di quelle garanzie Costituzionali sancite dagli Artt.: 2, 3, 4 e 32 della Carta costituzionale.

4 In ultimo, una deriva commerciale dell' INFORMAZIONE SCIENTIFICA DEL FARMACO potrebbe portare ad illecite inframettenze, che troverebbero terreno di coltura tra una correlazione stretta tra remunerazione degli ISF e prescrizione del farmaco, generando, anche teoricamente, il sospetto che la prescrizione non sempre sia quella più utile al paziente o quella più giusta per lui, con possibili conseguenza sulla salute pubblica e per l' erario. Non a caso lo Stato, per evitare squilibri territoriali, nell' aggiornamento medico, ha voluto che la spesa per l' INFORMAZIONE SCIENTIFICA sia computata già in sede di determinazione del prezzo del farmaco, onde perseguire un' appropriata ed uniforme informazione a tutta la classe medica senza costringere le aziende produttrici ad illeciti artifizi per rientrare dalle spese di informazione.

Avviandomi a conclusione del mio intervento chiedo alla Sig.ra Ministra, per quanto sopra rappresentato:
Di emettere, al più presto, un atto, quello che ritiene più opportuno, Circolare Ministeriale, Decreto o qualunque altro documento ritenga giusto, dal quale atto si evidenzi in modo INEQUIVOCABILE che gli ISF non debbono avere una dipendenza gerarchica dal settore commerciale marketing/vendita dell' azienda ma gerarchicamente devono dipendere dal servizio scientifico, come stabilito dal D.Lgs 219/2006.
Oppure, se la Sig.ra Ministra, ritiene opportuno e giusto quanto è nello stato dei fatti oggi, cioè la prevalenza dell' aspetto commerciale sull' aspetto scien-

tifico, proponga al Parlamento di cambiare la legislazione vigente, legislazione ricordo che recepisce le direttive comunitarie.

In definitiva o adeguiamo i contratti di lavoro alla legge o cambiamo la legge adeguandola ai contratti di lavoro improntati con visione commerciale.

L' una o l' altra opzione, una terza via, cioè quella di non decidere, non è più possibile percorrere, il rimandare ancora ci condurrebbe ad un punto di non ritorno.

La necessità di scegliere, **e di scegliere ora**, penso che sia chiara a Tutti; ma nello scegliere è necessario tener presente alcuni fattori:

- Il ritardo della scelta porterebbe, in primis, un danno al mondo della Farmaceutica che è il fiore all' occhiello dell' industria italiana; la farmaceutica è un settore ad altissimo valore aggiunto che negli ultimi anni, nei comparti di ricerca e produzione ha generato crescenti e qualificati livelli occupazionali, a tali risorse bisogna necessariamente fornire un adeguato anello di collegamento con il mondo clinico, l' unico anello legittimato per legge è costituito dagli ISF che anzi nello stesso periodo sono stati ridotti dei 2/3.
- Farmindustria, nel proprio CODICE DEONTOLOGICO ha dedicato addirittura tutto un capitolo, il 2°, all' INFORMAZIONE SCIENTIFICA DIRETTA, capitolo tutto improntato sull' etica e sulla correttezza d' informazione.
- Giovedì scorso, nell' Assemblea Pubblica di Farmindustria, il Presidente Scaccabarozzi ha tenuto ad evidenziare che, per la sua Associazione, le Persone, cioè i pazienti, vengono prima dell' utile economico.
- Sempre giovedì scorso, il dott. Scaccabarozzi, ha chiesto: "REGOLE DURATURE, CERTE E CERTAMENTE APPLICATE" , è quello che chiediamo pure noi per l' INFORMAZIONE SCIENTIFICA DEL FARMACO; ora bisogna DECIDERE E FAR APPLICARE LA DECISIONE se gli ISF sono derivazione territoriale del SERVIZIO SCIENTIFICO, come stabilisce la Legge, o sono la derivazione territoriale del COMMERCIALE MARKETING/VENDITE come lo vogliono i contratti di lavoro.
- La domanda è: PREVALE LA LEGGE DELLO STATO O PREVALE QUANTO STABILITO NEI CONTRATTI DI LAVORO ?

Signori qui, ora, può nascere un patto di collaborazione tra tutti gli attori del Pianeta Sanità, un Patto improntato sull' Etica, finalizzato alla salute di Tutti; un Patto capace di mantenere l' industria farmaceutica italiana saldamente prima in Europa; un Patto in grado di accrescere livelli occupazionale e PIL, sia diretto che indotto; un Patto che possa avvalersi anche di una futura tracciabilità di filiera, che potremmo chiamare Brand Italia; un Patto che veda gli ISF sempre più impegnati nel conseguimento dell' obiettivo di migliorare le aspettative di maggiore e migliore quantità e qualità di vita di Tutti, anche attraverso programmi condivisi con eventuali iniziative ministeriali, che potremmo chiamare Informa Italia.

Si signori è necessario un Patto di collaborazione tra tutti gli Attori del Pianeta Sanità e gli ISF ci saranno, un Patto di collaborazione perché come diceva Henry Ford:
"Mettersi insieme è un inizio, rimanere insieme è un progresso, lavorare insieme è un successo"

Feder - A.I.P.A.
ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PAZIENTI
ANTICOAGULATI

Consideriamo di grande importanza coinvolgere le associazioni di cittadini e di pazienti nella programmazione e nell'attuazione del Patto della salute rendendo stabili i momenti partecipativi. Per questo le associazioni che come la nostra partecipano alle attività del Patient Advocacy Lab hanno elaborato due documenti in cui propongono che le amministrazioni rendano permanenti funzioni di servizio come il FACILITATORE DELLA PARTECIPAZIONE, che faccia da referente costante con le associazioni e che abbia o acquisisca competenze nella Patient Advocacy

PATIENT ADVOCACY FACILITATOR (PAF):
IL FACILITATORE DELLA PARTECIPAZIONE DEI PAZIENTI

L'attuale difficoltà determinata dall'impossibilità di avvalersi del contributo dei pazienti nelle scelte di carattere sanitario crea disagi alla comunità dei pazienti, che subiscono decisioni non idonee riguardanti la propria salute. Il progetto, attraverso l'istituzionalizzazione di una nuova figura ("*P.A. Facilitator*") agevola la presa di coscienza dei bisogni dei pazienti da parte dei *policy makers*, attraverso una strategia che modifichi gli esiti delle politiche pubbliche per migliorare la salute dei singoli e della collettività.
Il progetto, promosso da un gruppo di associazioni firmatarie che seguono un percorso formativo presso ALTEMS dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, si colloca come **momento partecipativo nel processo di riorganizzazione di una Sanità al "servizio delle persone"**. Ciò che si auspica con il progetto proposto è l'opportunità di una effettiva condivisione delle scelte programmatiche sanitaria non solo per i pazienti, ma anche per l'Istituzione che dalla visione dei pazienti potrebbe trarre importanti benefici in termini

di eliminazione degli sprechi e migliore impiego delle risorse.
Il progetto PAF propone **una figura esperta in politiche sanitarie e Patient Advocacy, in grado di intraprendere rapporti di collaborazione continuativa con i decisori, e di dare un contributo tangibile nell'approvazione di politiche sanitarie aderenti ai bisogni della comunità.**
Il contributo sarà erogato nei seguenti ambiti:

1. decisioni strategiche per le quali si richiede un consenso esteso e partecipativo delle persone;
2. valutazioni per ricevere il punto di vista associativo, come insieme comune delle necessità reali;
3. opportunità di condividere e veicolare corrette informazioni in una comunicazione sincronizzata tra istituzioni e associazioni di pazienti.

Il **coinvolgimento degli stakeholders** è inteso come **strategia che valorizza le scelte dei pazienti**, che attraverso l'istituzionalizzazione del P.A. Facilitator (PAF), trovano un portavoce dei loro interessi nelle riforme sanitarie. Pertanto, al fine di raggiungere la piena attuazione del *principio di sussidiarietà nel Terzo settore*, che oggi regolamenta il ruolo di partecipazione attiva delle associazioni, e consentire così alle Istituzioni di costruire il giusto rapporto con le associazioni pazienti, occorre l'intervento di un **professionista dell'advocacy in grado di mediare e facilitare le parti nelle necessarie fasi di confronto**.
Il modello proposto dal Progetto PAF integra l'accesso dei portatori di interessi ai processi decisionali, la legittimazione delle loro proposte, la pianificazione dei rapporti fra i decisori e pazienti, il contrasto delle resistenze all'inclusione.
Il PAF sarà interlocutore privilegiato da coinvolgere prima delle decisioni di carattere sanitario. **Il parere non vincolante del *Facilitator* sarà richiesto in fase di consultazione preventiva**. A sua volta **il PAF avrà il compito di raccogliere le istanze delle Associazioni Pazienti per la tematica cardine del dibattimento legislativo e di inserirle in momenti partecipativi, costruendo con loro una cabina di regia che si intrecci con i momenti cardine delle politiche sanitarie**.
La figura sarà inserita in soluzioni organizzative e funzionali di tipo innovativo che, grazie all'uso di tecnologie informatiche, operino attraverso una

collaborazione in rete, nel rispetto dei ruoli istituzionali e delle autonomie associative.
L'obiettivo generale è istituzionalizzare presso l'ente pubblico la figura del "*P.A. Facilitator*", Esperto certificato in Patient Advocacy, che affiancherà le Associazioni Pazienti che intendano presentare istanze motivate in tematiche prestabilite, nei rapporti con le Istituzioni, tutelando i loro interessi, analizzando criticità, proponendo soluzioni compatibili, fungendo da *trait d'union* tra i bisogni dei pazienti e le risorse pubbliche.
In particolare, il PAF darà supporto nella presentazione alle Istituzioni, di istanze singole che abbiano specifici requisiti, individuerà all'interno delle Associazioni pazienti esperti che partecipino attivamente ai processi decisionali nei tavoli di lavoro tematici, faciliterà le relazioni fra Istituzioni e Associazioni Pazienti, per migliorare e rendere più accessibili l'offerta sanitaria, le cure, l'assistenza, e costruire così un consenso partecipato intorno all'organizzazione e alle modalità di fornitura dei servizi, limitando gli sprechi.
Per la realizzazione del progetto abbiamo ipotizzato **tre Azioni.**

La **PRIMA** si occuperà di definire attraverso la richiesta di requisiti minimi, la figura del "P.A. Facilitator" che, oltre alla comprovata esperienza associativa pluriennale, riguarderà una preparazione specifica in Patient Adovacy. Per poi passare al reclutamento del PAF attraverso pubblicazione di Bando ufficiale da parte dell'Ente promotore, con relativo budget di riferimento e all'istituzione di una graduatoria di merito.
La **SECONDA** azione riguarderà l'istituzione di tavoli di valutazione partecipata tra PAF e Associazioni a livello regionale, in aree tematiche definite (cronicità, accesso alle terapie, servizi, ecc), la raccolta delle istanze associative e la rielaborazione delle stesse da parte del PAF.
La **TERZA** azione riguarderà la presentazione e la discussione del parere non vincolante del PAF in fase di consultazione da parte dell'Ente Pubblico e la successiva partecipazione al tavolo di lavoro con le Istituzioni.
Si auspicano azioni complementari di aggiornamento formativo in Patient Advocacy e formazione integrativa in argomenti affini.

Proposta di modifiche/integrazioni al documento
"Bozza Patto per la Salute 2019-2021"
(del 27.05.2019)

DEFINIZIONI
PAF: Figura professionale regolamentata da ogni Regione sul modello presentato dal Ministero della Salute. Esperto in Patient Advocacy ("Facilitator"), che coordina facendosi portavoce degli interessi delle associazioni coinvolte indirettamente nelle riforme sanitarie.

LEA *- (art.2)*

1. *Governo e Regioni in sede di aggiornamento annuale dei livelli essenziali di assistenza si impegnano ad utilizzare anche metodologie di Health Technology Assessment (HTA), integrando le diverse competenze delle Direzioni del Ministero, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Aifa, dell'Agenas,* ***del PAF*** *e della cabina di regia per l'HTA dei dispositivi medici all'interno di un unico processo di valutazione, che misurerà il reale impatto attuale e prospettico della proposta di aggiornamento sull'intero sistema sanitario, in termini di benefici, di costi emergenti e di costi evitati.*
2. *...*
3. *In considerazione .... A tal fine si conviene di costituire uno specifico gruppo di lavoro interistituzionale con la partecipazione delle Regioni,* ***del PAF****, del Ministero della salute, coordinato dal Ministero della Salute, per definire i contenuti della revisione del decreto legislativo n. 502/1992 entro la prossima legge di bilancio.*

MOBILITÀ SANITARIA *- (art. 6)*

1. *Nell'intento di ridurre i disagi per i cittadini determinati dalla mobilità sanitaria extraregionale per carenze di offerta nel territorio di abitazione, fatta salva la libertà di scelta del paziente, Governo e Regioni si impegnano a declinare e regolare le componenti che determinano la mobilità sanitaria interregionale,* ***sentito anche il parere non vincolante del PAF****. In particolare verranno distinte e trattate separatamente le seguenti fattispecie:*
   a) ....b)...

c) *Mobilità sanitaria extra-regionale... programmando obiettivi mirati per tipologia di prestazione, da raggiungere mediante potenziamento della capacità di offerta interna attraverso la presentazione di specifici Piani di recupero della mobilità passiva da sottoporre ai Tavoli di cui agli articoli 9 e 12 dell'accordo Stato- Regioni del 23 Marzo 2005* ***con la partecipazione del PAF.***

2. *...*
3. *Le Regioni eroganti si impegnano a realizzare controlli di appropriatezza e di qualità delle prestazioni corrispondenti a quelli effettuati per le prestazioni erogate a residenti con obbligo di comunicazione degli esiti alle regioni di residenza del paziente* ***ed al PAF****.*
4. *...*
5. *Viene istituito centralmente l'Osservatorio statistico sulla mobilità extraregionale....* ***Il PAF partecipa all'Osservatorio.***

GOVERNANCE FARMACEUTICA E DEI DISPOSITIVI MEDICI *- (Art. 8)*

1. *Stato e Regioni ... affidando al Tavolo tecnico il compito di declinare le azioni da realizzare per il perseguimento degli obiettivi individuati nelle guida e definirne le modalità di valutazione e monitoraggio nel tempo.*
2. *A tal fine, il Tavolo tecnico, sulla base dei contenuti dei rispettivi documenti, dovrà definire un cronoprogramma delle azioni da porre in essere per attuare gli indirizzi in essi contenuti, monitorarne l'avanzamento, nonché individuare le modalità di valutazione del raggiungimento degli obiettivi* ***con l'ausilio del PAF.***

Feder
ANISAP

LEA

Appare evidente che la discussione sui LEA non si può esimere dal problema delle tariffe per il quale, come Federazione, abbiamo partecipato al Gruppo di lavoro del Ministero della Salute. Che fine hanno fatto? Sentiamo parlare di integrazioni, modifiche, variazioni, sotto quale aspetto e come le stesse hanno trovato una soluzione economica competitiva fra le Regioni non virtuose (sottoposte al Piano di rientro) e quelle virtuose?

È appena il caso di ricordare a tutti che LEA sta per LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA da garantire ai Cittadini a norma della Costituzione ma quando si arriva alle Regioni, tutto è frammentato e cambiato con tutte le regole che fanno capo alle esigenze regionali.

Alcuni esempi: Lazio, Campania, Calabria come si regoleranno e quali livelli assistenziali avranno i cittadini?

Incidentalmente ricordo che tutte le strutture sono accreditate con un contratto unilaterale soggetto a variazioni economiche che dipendono dal MEF.

Inoltre, come tutti ricordano, il DL 95/2012 che disciplina la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, ha dettato tutte le procedure concernenti le riduzioni di spesa programmata nel triennio fino al 2014 e riprese successivamente dal MEF al fine di eliminare pagamenti alle strutture prestazioni fuori contratto con l'obiettivo di contrarre ulteriormente la spesa anche in parte Pubblica con le conseguenze negative nell'assistenza che tutti gli operatori conoscono ma che di fatto costringono anche la parte Pubblica a non favorire l'assistenza tramite le strutture pubbliche.

Tenendo conto che la Legge di Bilancio 2019 ha previsto, all'art.1 comma 516 lettera f, che si superi il rigido regime dal D.L. 95 del 2012, Federanisap ritiene

che il Patto per la Salute debba prevedere un meccanismo di flessibilità rispetto ai tetti di spesa sanitaria imposti dal D.L. 95/2012 (c.d. spending review).
Ricordo inoltre che la nostra programmazione quando entreranno i LEA, verrà modificata in quanto le nuove voci inserite, determineranno l'uscita di altre perché obsolete, per esigenze economiche le nuove non verranno erogate e i Cittadini saranno privati, di fatto, del diritto di usufruire dei LEA in assistenza totale.
Ci permettiamo di ricordare che le strutture di Laboratorio (Diagnostica strumentale) con l'avvio del riordino del settore (Legge Finanziaria 2007)mai completato e guidato da apposite Linee Guida, hanno in essere i Requisiti Minimi strutturali risalenti al 1997 mentre il mondo scientifico è andato avanti con procedure novative (vedi service, punti e centri prelievo e quant'altro di utile al paziente), tecnicamente il settore è rimasto in attesa di variazioni che, se inserite in un programma di riconversione industriale, oggi consentirebbe agli imprenditori di erogare prestazioni di elevato livello, con un controllo di spesa e consumi di notevole entità.

MOBILITÀ

Anche per la mobilità ritorniamo ai problemi regionali.
Sono gli stessi che oramai da anni interessano le Regioni del Sud dal Lazio in giù, verso le Regioni del Nord nella loro interezza.
Per illustrarvi meglio, porto un esempio: la Mobilità assistenziale segue il percorso tracciato dalle FF.SS., basta vedere dove vanno le Frecce Rosse e da lì si evince che l'area del Sud è abbandonata con la conseguente migrazione verso il Nord per avere un'assistenza degna di essere un cittadino italiano.
Appare evidente che le compensazioni fra Regioni per le prestazioni erogate, presentano notevoli criticità fra Regione e Regione e le regole che verranno applicate in maniera rigida, costringeranno i Cittadini a cui non verrà concessa la migrazione, di rinunciare alle cure e si curerà solo chi avrà la possibilità di pagare di tasca propria l'assistenza. Determinando così cittadini di serie A e di serie B, condizione inaccettabile per la Costituzione italiana.
Infatti sulla Mobilità intervengono fattori di una gravità eccezionale onco-

logia, trapianti, visite specialistiche con macchinari all'avanguardia, nuove soluzioni riabilitative, screening, percorsi a favore degli Utenti.
Chi le erogherà e come?
Confidiamo che sul problema della mobilità, non solo sia aperto un tavolo di confronto fra le istituzioni accreditate e il Ministro ma che siano presenti tutte le Regioni, al fine di armonizzare regole, diritti e doveri di tutti.

LISTE D'ATTESA

Problema di non semplice soluzione.
Se nei punti precedenti parlavamo di diritti e doveri, le Liste d'Attesa sono l'esatta fotografia di come in Italia viene fornita l'assistenza sanitaria e vengono trovate le soluzioni per i pazienti.
Ci sono Regioni che oltre a garantire all'interno delle strutture pubbliche una procedura cautelativa per i Cittadini che a mezzo dei CUP o equivalenti, ricevono l'assistenza entro un massimo di 60/90 giorni, ci sono Regioni in cui le Liste d'attesa superano le tre cifre 120/160/180 giorni. Una condizione esasperante per gli Utenti.
Un intervento straordinario organizzativo ed economico, potrebbe essere una soluzione e andrebbe affrontato.
Ricordiamo che i contratti unilaterali che appartengono alle istituzioni accreditate non prevedono rimborsi per sforamento di budget, né sono previsti percorsi straordinari per esigenze eccezionali (vedi oncologia, ecografie per donne in gravidanza, TAC, RSM, PET) il tutto a invarianza di budget e con una gestione non solo controllata ma distruggente per la struttura.
Un intervento straordinario potrebbe essere utile a determinare la scala delle urgenze coinvolgere gli accreditati per le prestazioni soggette a controllo indifferibile perché erogate in un regime sperimentale per superare di Liste d'attesa a 90 gg. e fatturarle direttamente alle Regione mese per mese, con la verifica di una tempistica utile ad abbattere le Liste e gli sprechi.
Come Presidente di una Organizzazione che vede presenti in tutto il territorio nazionale le nostre strutture accreditate in rapporti continuativi con lo Stato, siamo di fatto in trincea in quanto le nostre strutture sono il primo punto di incontro con le esigenze del Cittadino garantite dallo Stato.

Auspichiamo che queste segnalazioni oggi comunicate al Ministro, cui siamo grati per questo incontro, possa consentire di affrontare nelle opportune sedi i confronti utili fra lo Stato, le Regioni e gli Operatori, con lo scopo di migliorare l'assistenza sanitaria a tutela dei pazienti.
Ma che assistenza si da ai Cittadini?
Chiudo questa mia nota indicandovi un dato: mediamente ogni Regione effettua 100/150 milioni di prestazioni (fra pubblico e privato), circa 2 miliardi l'anno.
Ci vogliamo riflettere?

Premessa

È in gioco la sostenibilità del SSN

Come oramai accertato da più fonti istituzionali e da numerosi Istituti di Ricerca, un decennio di tagli alla spesa sanitaria ha avvicinato il Sistema Sanitario Nazionale al punto di rottura. È necessario e urgente che sia invertita la rottura, attraverso la previsione di un vincolo che renda certe ed esigibili le risorse previste dal Patto per la Salute 2019/21 (no alla formulazione prevista dall'art.1) e di un impegno in termini di investimento finanziario straordinario del Governo, a valere sulla prossima Legge di Bilancio, previsione tali da garantire l'esigibilità dei rinnovi contrattuali e degli investimenti quali-quantitativi sulle risorse umane e sull'innovazione, anche tecnologica, dei modelli organizzativi e assistenziali.

Qui i dati più significativi:

- Il contributo della spesa sanitaria alla riduzione della spesa pubblica è stato superiore di oltre un miliardo di euro rispetto al solo 2017, il più alto nel complesso della PA, si riduce il peso dei redditi da lavoro, a causa del perdurante blocco del turn over, ma aumenta sensibilmente la spesa per consumi intermedi e per servizi acquistati da privati. La spesa sanitaria sul PIL è pericolosamente prevista dal Def in avvicinamento al 6,4% del PIL (6,6% nel 2018) e si riduce il peso della spesa sanitaria sulla spesa corrente della PA passando dal 16% del 2013 al 15,8% del 2018.
- Il SSN ha perso negli ultimi 6 anni quasi 27mila unità di personale, con

perdite maggiori in numero assoluto tra infermieri, amministrativi e tecnici, nonché quasi 3500 medici. Sono oltre 42mila le unità di personale perdute dal 2008 al 2017, meno 6,2%, il dato più alto dopo il comparto delle Regioni ed Enti Locali. Per contro, negli ultimi 5 anni i precari sono aumentati del 50% per una spesa complessiva di oltre un miliardo e 750milioni di euro. Sono oltre 37mila i tempi determinati nel SSN (2017), il numero più alto raggiunto nel decennio. Più della metà dei lavoratori somministrati in servizio nella PA lavorano nel SSN (7443 su 116697). L'età media del personale passa dai 47,5 anni del 2010 ai 50,7 del 2017. L'applicazione dei vincoli di spesa al personale, unitamente alle procedure dei Piani di Rientro, hanno contribuito ad amplificare le diseguaglianze territoriali già esistenti tra i SSR. I provvedimenti contenuti del DL 35/19, fotografano e amplificano ulteriormente tale situazione (apprezziamo comunque lo sblocco del turnover per le regioni in pdr).

L'insufficienza delle risorse ad oggi disponibili per i rinnovi contrattuali che, ricordiamo, non attengono solo al diritto ad una retribuzione giusta e dignitosa ma anche e soprattutto al sostegno, attraverso il giusto riconoscimento salariale, al governo e all'implementazione dei modelli organizzativi e dei relativi percorsi di cura, nell'ospedale come nel territorio; l'emergenza personale che, quotidianamente denunciata, perdura nonostante la recente conversione in legge del DL35/19, evidentemente insufficiente a garantire il ritorno alla normalità per ciò che riguarda il personale, sono per noi le due questioni pregiudiziali alla formulazione di un giudizio positivo sullo schema di Patto per la Salute 2019/21.

Sull'articolato della Bozza di Patto della Salute 2019/21:

Art.2 Garanzia dei LEA e Governance del SSN

L'entrata in vigore dall' 1/1/2020 dei nuovi LEA e del Nuovo Sistema di Garanzia previsto dal DM 12/3/19, pubblicato in G.U. il 14/6, richiede, necessariamente, un attento lavoro di monitoraggio e di accompagnamento da parte delle Istituzioni e degli organismi preposti e, nel contempo, richiede la contestuale entrata a regime della nuova metodologia per la determinazione dei fabbisogni di personale, di cui all'art.5 del Patto, a cui, tra l'altro, è legata, dal 2021, la possibilità di utilizzare il 5% del differenziale del FS attribuito

alle Regioni di cui al DL 35/19 (convertito in L.60/19). La metodologia per la determinazione dei fabbisogni del personale che, a regime, sostituirà le attuali dotazioni organiche classicamente intese, è un passaggio essenziale nonché condizione imprescindibile per l'effettiva esigibilità dei LEA. Chiediamo che il percorso di definizione della metodologia suddetta, prevista dal crono programma del Patto a 3 mesi dalla sua sottoscrizione, si svolga anche attraverso un apposito tavolo di confronto con le OO.SS. e il Ministero della Salute, ed entri in vigore dall'1/1/2020.
Riguardo la governance del SSN, se da un lato alcuni degli impegni previsti dal Patto vanno nella direzione di un rinnovato rapporto Conferenza Stato Regioni in materia di salute, occorre rafforzare tali percorsi, migliorandoli, per evitare che le richieste di autonomia differenziata avanzate da alcune regioni ai sensi dell'art.116 della Costituzione, possano ulteriormente divaricare le differenze tra le regioni, incrementando, tra le altre cose, la mobilità sanitaria e, soprattutto, mettendo a rischio il diritto alla salute delle persone. In questo senso la governance del SSN, sia nel rapporto Stato Regioni sia nei diversi modelli istituzionali e organizzativi regionali va sicuramente migliorata, superando taluni limiti di un'aziendalizzazione che ha prodotto, negli anni, evidenti distorsioni, eccessi di centralismo regionale che, per alcuni aspetti, hanno fattuo perdere di vista i bisogni di salute dei territori, spostando l'attenzione del management sanitario dalla fase della programmazione alla fase della produzione. La notevole riduzione del numero delle aziende sanitarie e aziende ospedaliere negli ultimi anni è avvenuta in maniera disomogenea e con modelli organizzativi, cui sono collegate autonomie e poteri dirigenziali, molto diversi da regione a regione, con effetti distorsivi e controproducenti anche sul sistema delle relazioni sindacali.

Art.3 Piani di rientro aziendali e Art.4 Piani di riorganizzazione e riqualificazione del SSR

Positiva la ripresa del dialogo inter-istituzionale volto al raggiungimento dell'intesa in sede di Conferenza Stato Regioni necessaria, anche a seguito della sentenza della Corte n°192 del 20 giugno '17, per condividere le metodologie di calcolo utili ai Piani di Rientro Aziendali. In questo senso occorrere rendere coerenti i criteri e le metodologie che verranno individuati con quanto previsto dal successivo art. 4 il quale, positivamente, supera le vigenti mo-

dalità dei PdR che hanno mostrato tutti i loro limiti in termini di mancato raggiungimento degli obiettuivi per i quali erano stati pensati, in particolare sotto il profilo dei LEA e degli effetti sul personale sanitario. Positivo, almeno nell'impostazione generale, la previsione di un ruolo di partnership e accompagnamento da parte delle Regioni virtuose.

Art.5 Risorse umane

I contenuti del DL 35/19, pur dando una prima risposta, in termini di sblocco del turnover per le regioni in PdR, ripropongono in ogni caso, un vincolo di spesa sul personale che, incorporando le scelte, per le regioni non in PdR, e i vincoli, per quelle in Piano, non affronta né risolve l'emergenza dovuta alla carenza di personale sanitario, sia della dirigenza che del comparto. L'entrata a regime dei nuovi LEA, un rinnovato rapporto tra Stato e Regioni in tema di SSN, quale quello che sembra prefigurarsi, almeno negli intenti, nel Patto per la Salute 2019/21, richiederebbe un investimento straordinario di risorse tale da invertire la rotta dell'ultimo decennio. I nuovi standard di fabbisogno di personale che verranno determinati debbono diventare essi stessi un Livello Essenziale di Assistenza verso il quale, fermo restando gli equilibri di bilancio, tutte le Regioni debbono essere messe in grado di tendere.

L'obiettivo della valorizzazione e dello sviluppo delle competenze professionali di tutte le professioni sanitarie va realizzato attraverso:

- adeguate risorse per i rinnovi contrattuali che garantiscano e sostengano l'implementazione di modelli organizzativi innovativi, a partire da quelli necessari alla riorganizzazione e alla crescita quali-quantitativa dei servizi territoriali
- un impegno condiviso affinché i lavori della Commissione Paritetica presso l'Aran per la revisione del sistema di classificazione del personale del comparto possano procedere efficacemente e celermente nella direzione di predisporre un quadro classificatorio rispondente ai modelli organizzativi già esistenti e a quelli in divenire, modelli che siano in grado di dare risposte professionali ed economiche a tutti i professionisti che operano nel SSN. È solo attraverso la contrattazione collettiva, a tutti i livelli, che tali risposte possono essere trovate, valorizzando il ruolo delle professioni sanitarie, dell'autonomia che esse hanno progressivamente acquisito, sia nel sistema delle acuzie che in quello territoriale, valorizzando le altre aree pro-

fessionali, da quella socio-sanitaria, fondamentale nell'integrazione ospedale-territorio, a quella tecnica ambientale e dei fattori produttivi, essenziali per una visione realmente globale dei percorsi di salute delle persone, salvaguardando la logica della multidisciplinarietà nei PDTA.

Art.6 Mobilità

Positivo il fatto di aver, dopo ripetuti rinvii, predisposto una tempistica per la realizzazione degli obiettivi di riduzione della mobilità sanitaria, fenomeno che ha, tra le altre cose, un effetto distorsivo sia nella programmazione sanitaria dei diversi SSR sia nella costruzione di un rapporto equilibrato tra pubblico e privato convenzionato. La mobilità è intrinsecamente connessa con l'esigibilità dei LEA e con il fenomeno delle liste di attesa. In entrambi casi, è evidente, si ripropongono i temi relativi all'emergenza della carenza del personale sanitario e del progressivo definanziamento del SSN.

Art.9 Investimenti

Come certificato dalla Corte dei Conti nel recente rapporto sulla Finanza Pubblica, negli ultimi 5 anni c'è stato un calo considerevole degli investimenti infrastrutturali complessivi in sanità, dai 2,4 miliardi del 2013 a 1,4 del 2018. Aumentano quelli in tecnologie e macchinari, diminuiscono quelli sui fabbricati e altri beni, con evidenti ed importanti ripercussioni in tema di salute e sicurezza degli ambienti di lavoro. Solo a titolo di esempio, dei 90 miliardi previsti nel 2013 per adeguamenti alla normativa antincendio, ne sono stati spesi solo 42 e quasi tutti nelle regioni del Nord. È necessario garantire non solo le risorse adeguate ma anche un presidio centralizzato che funga da garante dei processi e della capacità di spesa degli Enti del SSR. La Cabina di Regia individuata può andare nella direzione giusta. Si valuta negativamente il fatto che sia stato approvato nei giorni scorsi il cd decreto "sblocca cantieri" che, al contrario, rischia di minare alle fondamenta un sistema di appalti pubblici già gravato da pesanti fenomeni di criminalità organizzata e di corruzione. Allo stesso modo è necessario vigilare affinché i progetti di partenariato pubblico-privato per la costruzione di infrastrutture sanitarie, in particolare ospedali, avvengano in un contesto di trasparenza, legalità, minor costo per la pubblica amministrazione, rispetto dei diritti.

Art.10 Reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria. Presa in carico nel percorso di cura.

Si condivide la necessità, oramai inderogabile, di investire, in termini quali-quantitativi, sulle reti dell'assistenza territoriale socio-sanitaria, anche e soprattutto definendo, a livello nazionale, degli standard omogenei su tutto il territorio nazionale, in linea con quanto già previsto dal DM 70/15 per le acuzie, in modo da ridurre la disomogeneità dei modelli organizzativi sperimentati e attuati nel tempo dalla regioni. Modelli che, se da un lato non sempre garantiscono l'universalità e l'esigibilità del diritto, dall'altro moltiplicano all'infinito modelli organizzativi e professionali che rischiano di pregiudicare la comune volontà di valorizzare il personale del SSN in una logica contrattuale unitaria.

Anche qui, come giustamente richiamato nell'art.2, c'è in gioco la governance unitaria ed omogenea del SSN, il ruolo del Distretto e di tutti quegli enti intermedi, di diversa denominazione che, in particolare negli ultimi anni, dentro una logica di semplificazione istituzionale, hanno in realtà, in alcuni casi acuito la separatezza tra ospedale e territorio e messo in discussione l'unitarietà del percorso di cura, privatizzandolo in molti suoi segmenti, o per scelta organizzativa del SSR o per scelta, inevitabile, delle persone e degli assistiti. Il Distretto può e deve tornare ad essere lo snodo nel quale i percorsi di cura si ricompongono e luogo di governo della rete assistenziale territoriale, a partire dagli ospedali di comunità, dagli ospedali virtuali, in particolare nelle aree interne del paese, dalle AFT e dalle UCCP: per questo vanno ricostituite le equipe multidisciplinari e multiprofessionali in tutti i servizi distrettuali, oggi decimate dal blocco del turn over, e va data stabilità professionale e contrattuale agli operatori che vi lavorano.

Art. 13 Ricerca

Per la prima volta si fa un passo avanti sul ruolo e sulle funzioni che gli IRCCS hanno nell'ambito della ricerca sanitaria e del loro impatto sul sistema del servizio sanitario nazionale.

Si passa infatti dalle semplici enunciazioni dell'art. 20 del Patto per la salute relativo al triennio 2014-2016 ad una serie di contenuti che finalmente entrano maggiormente nel merito di che cosa ha determinato il passaggio della gestione degli IRCCS e della loro attività di ricerca alle Regioni.

Bene quindi gli impegni a proseguire il percorso di valorizzazione della figura del ricercatore, e per migliorare le norme che hanno consentito dopo anni di lotte di avere finalmente riconosciuto il ruolo e la funzione che meritano, auspichiamo che fra i primi impegni vi sia quello del l'introduzione di una dotazione organica della ricerca.
Cosi come l'essersi finalmente resi conto che esiste un problema sui nuovi riconoscimenti, prevedendo che i ruolo delle Regione oltre che proponenti diventi anche quello di finanziatrici degli ulteriori costi, anche se su questo punto permangono però alcune perplessità relative alla previsione dell'incremento di 3 milioni di euro all'atto del riparto successivo al riconoscimento che non si comprende se varrà sia per gli IRCCS pubblici che privati. Riteniamo per questo che ben venga finalmente la presa in carco di questo problema rimane però a nostro avviso la necessità che sulla questione riconoscimenti/conferme del carattere di IRCCS pubblici e privati vengano assunte nuove regole che possano complessivamente riorganizzare il percorso di riconoscimento.
Tutto questo unito ad una più attenta e gestita valutazione delle necessità di ricerca per il sistema Paese che potrebbero essere demandate ad una specifica agenzia nazionale con il compito di determinare indirizzi e ambiti di ricerca su cui sviluppare le attività di ricerca, e di un organismo decisionale per il riconoscimento. Agenzia i cui componenti potrebbero essere individuati a sorte tra un elenco di ricercatori in possesso di specifiche caratteristiche. Rimane inoltre a nostro parere la necessità di affrontare più complessivamente la questione dei costi degli IRCCS che è cosa ben diversa da quella del "*semplice*", anche se finora connotato da storici rimpalli di responsabilità, finanziamento dell'attività di ricerca.
Infine riteniamo sia assolutamente in linea con quanto anche da noi auspica che si determinino percorsi specifici per i direttori Generali e Scientifici degli IRCCS.
Nel merito riterremmo però altresì utile che tenuto conte delle relative specificità tali percorsi fossero assunti anche per gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali

Art.15 Sistema comune di controlli di appropriatezza degli erogatori accreditati
Il tema dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici e

privati è una delle questioni chiave per la sostenibilità del SSR e, soprattutto, lo è nell'ottica di una visione complessiva, che guardi al futuro, del nostro SSN. Sino ad oggi, su questo tema, poco e male ha funzionato la leva della spending review inaugurata con il DL 95/12 (abbattimento dei volumi acquistati dagli erogatori privati accreditati) e nessun passo in avanti è stato effettuato sul lato dei sistemi di autorizzazione ed accreditamento delle strutture e dei servizi (che comprendono, lo ricordiamo, ,gli standard assistenziali quindi i fabbisogni di personale. Il lavoro di Agenas e Siveas è fermo al 2015) rispetto ai quali permangono forti eterogeneità tra le regioni. Allo stesso modo nessun passo in avanti è stato effettuato nella definizione di criteri omogenei per la determinazione di un sistema tariffario (fermo al 2012), anch'esso omogeneo sul territorio nazionale, tale da garantire l'appropriatezza e il rispetto dei diritti contrattuali per gli operatori della sanità privata.
In questo senso la formulazione dell'articolo 15 del Patto appare del tutto generica e priva di impegni precisi e verificabili. Peraltro, leggendo la Direttiva per l'attività amministrativa e la gestione del Ministero della salute per il 2019, in particolare nel punto 4.5 (Promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria) appare chiaro come già in questi primi mesi del 2019 alcuni degli obiettivi lì indicati dovevano essere già stati raggiunti (la revisione del sistema DRG, l'implementazione condivisa con le regioni di un sistema omogeneo di autorizzazione e accreditamento (ex Intesa Stato Regioni 20 dicembre 2012 e 19/2/15) riguardo la quale si sarebbe dovuto produrre un primo rapporto ad Aprile 2019).
Ancora lontani dagli obiettivi i lavori dei tavoli e dei gruppi tecnici sull'accreditamento dei servizi territoriali (es. Adi) rispetto ai quali, invece, il tema del rapporto pubblico-privato, dell'appropriatezza e della qualità delle cure appare quanto mai rilevante.
Ad oggi il controllo di appropriatezza nelle cure sanitarie è affidato al Siveas (Sistema nazionale di verifica e di controllo dell'assistenza sanitaria), un sistema interistituzionale che raccorda norme e organismi cui sono affidate funzioni in tal senso (Ministero, Agenzie, Regioni). Tale Nucleo, composto da personale in comando dal SSN/SSR, svolge attività di verifica delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie secondo criteri di efficienza e di appropriatezza. Tali funzioni andrebbero adeguatamente supportate, infor-

matizzate e fornite di un quadro chiaro di strumenti di lavoro, soprattutto in vista dell'entrata in vigore del NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per garantire, appunto, dal 2020, l'applicazione dei nuovi LEA.
È evidente che un quadro così frammentato non favorisca comportamenti virtuosi del sistema degli erogatori privati e possa fornire alibi al mancato rinnovo del CCNL della sanità privata.

Art.16 Aggiornamento DM 70/15
L'eventuale revisione del DM 70/15, ad appena 4 anni dalla sua emanazione, senza alcuna verifica preventiva, senza che sia stato prodotto un analogo sistema di standard per l'assistenza territoriale, rischia di tradursi in un ulteriore taglio nella dotazione dei posti letto per abitante (Dati Ocse, l'Italia ha una dotazione di posti letto per abitante, 3,4 sistematicamente inferiore alla media Ocse,4,8, quasi la metà di quella della Francia, 6,4 e meno della metà di quella della Germania 8,3). Lo stesso effetto, quello di ulteriori e pericolosi tagli all'assistenza sanitaria, si otterrebbe senza che fossero colti gli obiettivi previsti e dichiarati all'articolo 15 del Patto (efficacia e appropriatezza delle cure). Peraltro anche il rapporto SDO 2017 consegna un quadro complessivo in progressivo miglioramento dei percorsi di cura.

Art.17 PNGLA
Vi è un semplice richiamo agli obiettivi del Piano Nazionale per la Gestione delle liste di attesa. Quii, come altrove, al di là degli obiettivi condivisibili del Piano, si pone ancora una volta un problema di adeguatezza delle risorse e degli organici, un problema, di nuovo, di controllo dell'appropriatezza delle cure (ruolo dei MMG e delle AFT), il tema della libera professione e del suo rapporto con l'attività istituzionale, il tema dell'equità nell'accesso alle cure e, di conseguenza, il rapporto tra consumi sanitari privati e Fondi Integrativi. Nella maggior parte dei SSR, il problema dei tempi di attesa e dei costi per le prestazioni diagnostiche e specialistiche è ancora troppo rilevante, ponendo un problema enorme di equità negli accessi alle prestazioni, così come evidenziato nel 2° Report Crea Sanità predisposto per FP Cgil e presentato nello scorso mese di maggio.

FEDERCHIMICA
ASSOBIOTEC
Associazione nazionale per lo sviluppo delle biotecnologie

Priorità di Policy

Premessa
L'attuale sistema di governo della spesa farmaceutica parte con un problema di fondo, rappresentato dal fatto che il finanziamento pubblico per la spesa farmaceutica non è sufficiente a coprire la domanda pubblica corrente.
Nello specifico, il problema di fondo deriva dal sotto-finanziamento della spesa per acquisti diretti, ambito in cui si concentra un bisogno di cura crescente, dove vengono dispensati i farmaci più innovativi e dove la spesa è sicuramente la più appropriata dell'intera spesa sanitaria per beni e servizi, in base a registri, centri autorizzati selettivamente, accordi di risk/cost sharing, payment by results, ecc.
Se da un lato, il sotto-finanziamento strutturale della diretta comporta l'attivazione sistematica del meccanismo del payback da parte dell'industria – sulla quale, quindi, grava interamente l'onere di un inadeguato finanziamento pubblico della spesa farmaceutica – dall'altro, l'introduzione dei tetti per l'innovazione e l'oncologia innovativa ha segnato un passo importante verso il riconoscimento del valore dell'innovazione farmaceutica.
Infatti, sviluppo e produzione di nuovi farmaci sono processi particolarmente complessi, ad alta intensità di capitale e con un elevato fattore di rischio. Senza adeguati tutela e finanziamento molti dei farmaci innovativi non sarebbero attualmente a beneficio dei pazienti.

Proposte:
1. Conservazione dei tetti per l'innovazione e per l'oncologia innovativa, senza i quali una situazione di finanziamento già precaria divente-

rebbe non sostenibile per le aziende, e compensazione degli stessi affinché l'eventuale finanziamento eccedente la spesa effettiva in uno dei due fondi resti affidato all'innovazione.

2. Compensazione dei tetti della spesa convenzionata e diretta, sovra-finanziata la prima e palesemente sotto-finanziata la seconda, con conservazione delle risorse destinate alla farmaceutica all'interno del comparto.
3. Revisione delle norme sulla cosiddetta trasparenza, sia nel senso dei prezzi applicati ai farmaci autorizzati in Italia (sconti riservati Aifa) sia in quello delle spese di ricerca e sviluppo da condividere al momento della negoziazione con CPR, misura, quest'ultima, impossibile da applicare a causa della complessità.

Federconsumatori

Federconsumatori apprezza l'iniziativa di audizione delle Associazioni di tutela dei pazienti sulla proposta in discussione tra Stato e Regioni sul nuovo patto per la salute. Come meglio specificheremo successivamente riteniamo che si debba stabilire un rapporto piu' continuativo e preventivo che riconosca effettivamente il ruolo dei cittadini e delle loro associazioni come terzo pilastro del SSN.

Modelli di offerta sanitaria

Federconsumatori è piu' volte intervenuta in questi ultimi mesi in difesa del sistema sanitario nazionale condividendone i principi che ne hanno ispirato la sua istituzione e che hanno rappresentato uno dei migliori esempi al mondo. Tuttavia a fronte delle nuove sfide in atto (demografiche, sociosanitarie, tecnologiche ...), che richiedono una riorganizzazione nonchè nuovi e diversi investimenti, si assiste a un costante e progressivo definanziamento che sta rischiando di mettere in discussione il diritto costituzionale alla salute e, quindi, il sistema pubblico di sanità.

Siamo ben consapevoli che l'attuale bozza dell'art. 1 del patto per la salute non è altro che la sostanziale riproduzione di quanto disposto dal DLGS n. 502 del 1992. Sarebbe dunque opportuno un **impegno per una modifica dello stesso che riporti il sistema nelle giuste coordinate enunciate dalla Corte Costituzionale con la sentenza n.275 del 2016** valorizzandone le argomentazioni ove si chiarisce, circa l'art. 81 Cost., che è "la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione". Va quindi garantito che il diritto ai LEA non costituisca un diritto finanziariamente condizionato.

Occorre maggiore consapevolezza di ciò anche da parte dei cittadini e la con-

divisione di un forte impegno da parte del Ministero e delle Regioni per assicurare maggiori e piu' adeguati finanziamenti, condizione essenziale per la credibilità del patto stesso, a partire da dal finanziamento dei LEA, oggi indisponibili in numerose Regioni.
Ciò deve essere accompagnato da una seria lotta agli sprechi e, soprattutto, al perseguimento di una appropriatezza delle prestazioni, partecipata e condivisa con i cittadini.
Nello stesso tempo occorre ripensare e rivedere profondamente l'esperienza della sanità integrativa.
Le Assicurazioni e i fondi sanitari, che ad oggi usufruiscono di cospicue agevolazioni fiscali, non possono sostituire o crescere a scapito della sanità pubblica e universale o proponendo prestazioni superflue (con interventi di pseudo prevenzione) che alimentano il consumismo sanitario e alla fine contribuiscono ad alimentare le stesse liste di attesa e l'inappropriatezza delle prestazioni. Occorre che il pubblico orienti l'attività dei Fondi integrativi, verso attività non duplicative di quelle offerte dal servizio pubblico ma realmente integrative rispetto ai LEA. I benefici fiscali (molto ingenti) vanno destinati solo a quest'ultimo tipo di prestazioni. Sono ormai note le distorsioni di questi fondi : costi di gestione elevati, benefici fiscali pagati e redistribuiti in modo iniquo.
Federconsuamtori è fortemente contraria all'idea che la risposta all'attuale crisi del sistema pubblico possa venire dal cosiddetto " secondo pilastro" obbligatorio per tutti, un vero e proprio regalo di miliardi di euro alle assicurazioni e al mondo da esse controllato.
Aggiungiamo che il passaggio ad una sanità finanziata a prestazione ha agevolato un indirizzo generale volto ad equiparare nel SSN la sanità privata accreditata e la sanità integrativa a quella pubblica ma non è affatto garanzia di recupero d'efficienza e certezza di spesa rispetto ad un sistema a costo fisso.
È dunque opinabile la compatibilità tra una liberalizzazione dell'offerta sanitaria tutta a carico del SSN e dei lavoratori e l'interesse pubblico. Tale questione segna palesemente le differenze economiche tra le varie aree del paese e si traduce in un aggravio di costi per le regioni che patiscono una forte mobilità passiva per prestazioni sanitarie ad elevata complessità. Ma siccome la garanzia dei LEA è garanzia della tenuta democratica di un paese è fonda-

mentale che venga recuperata l'assoluta centralità del servizio pubblico assumendosi **l'impegno per modifiche al DLGS n. 502 del 1992 che prevedano espressamente il divieto di partecipazione sostitutiva dei privati accreditati nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.**

Reti strutturali di assistenza sociosanitaria

Condividiamo la proposta contenuta nella nuova bozza del patto (art. 10). Le difficoltà che oggi si riscontrano nell'applicazione del DM 70/2015 o il malessere che ne deriva da una sua rigida applicazione dipende molto dalle carenze strutturali e organizzative che si manifestano, in particolare in alcune aree, a livello territoriale.

La nuova necessaria organizzazione sanitaria deve sempre più fare perno sulla medicina di base e territoriale e garantire uno stretto rapporto tra ospedale e territorio e una efficace continuità assistenziale. Un ospedale senza muri che non rappresenta la "soluzione" ma che è parte di un percorso di cura. La rete territoriale deve comprendere le cure intermedie e palliative, non più viste come sbocco in uscita dall'ospedale ma strutture a disposizione dei MMG, il cui ruolo va adeguatamente valorizzato, per la gestione nel territorio dell'assistito senza ricorrere, se non strettamente necessario al ricovero ospedaliero. Delle linee chiare e cogenti in tal senso, se accompagnate da adeguati investimenti, supererebbero le attuali criticità e diseguaglianze.

Va peraltro contrastata una visione fin troppo economicistica d'assistenza all'invalido come avvenuto con la figura del "case manager" il cui interesse economico è "in conflitto" palese col diritto d'assistenza del paziente gestito.

Va inoltre osservato come il socio sanitario incide pesantemente sulla percezione stessa della qualità del servizio da parte degli stakeholder. Deve pertanto essere previsto un impegno per la costituzione di un apposito e distinto fondo socio sanitario.

Abbattimento liste attesa

Il tema dell'abbattimento delle liste di attesa, assieme a quello della compartecipazione che, nelle forme attuali spesso rende ormai quasi più conveniente il ricorso al privato, rappresenta un obbiettivo strategico per ridare fiducia sul SSN.

I PNGLA è un ottimo esempio in termini di chiarezza, omogeneità di indirizzi e monitoraggio degli esiti e di coinvolgimento delle associazioni di tutela e volontariato, che, come detto, va ulteriormente ampliato e strutturato.
Tema quest'ultimo che, anche in coerenza con quanto affermato nella premessa politica del patto, di considerare i cittadini e le loro associazioni come un pilastro essenziale del SSN crediamo possa essere meglio specificato e approfondito all'art.18.
Federconsumatori, in quest'ottica e allo scopo di rinnovare e implementare il coinvolgimento dei cittadini e dello loro associazioni di rappresentanza, come indicato anche dall'OMS, propone di procedere a una verifica delle merito delle prassi instaurate nelle diverse Regioni, per procedere e promuovere eventuali interventi di carattere legislativo e organizzativo per adeguare e qualificare ulteriormente il loro ruolo imprescindibile per rendere i cittadini sempre più consapevoli e partecipi .
È quindi fondamentale che al DLGS n.33 del 2013 vengano apportate modifiche che impongano in campo sanitario alle aziende pubbliche e private accreditate la predisposizione e la pubblicazione obbligatoria di Carte di servizi, e non dei meri standard dei servizi, concertate con le associazioni di tutela dei consumatori e con un contenuto regolamentare obbligatorio che vada oltre la consultazione e che preveda la partecipazione delle associazioni di tutela e dei pazienti alla definizione dei principali atti di programmazione, di monitoraggio e valutazione degli esiti.. così come in parte previsto nel PNGLA oltre che un aumento dei dati obbligatori di pubblicazione che consentano di rendere pubblico e cristallino, oltre che l'utilizzo dei posti letto ospedalieri nelle urgenze per le prestazioni di ricovero, la produttività dei reparti e la qualità della prestazione sanitaria erogata che consentano al cittadino di avere una più corretta percezione del livello dell'offerta sanitaria.
Pertanto è quanto mai imprescindibile nell'ottimizzazione del servizio, e quindi nella logica dell'abbattimento delle liste d'attesa, che venga combattuta qualsivoglia forma di gestione "privata" delle liste d'attesa prevedendo pure speciali forme d'accesso ai registri pubblici di prenotazione delle associazioni di tutela oltre che la predisposizione di apposite azioni legali di tutela collettiva che consentano un più permeante capacità di controllo e d'intervento in materia sanitaria.
Si fa altresì presente l'assoluta criticità del diritto d'accesso in lista in materia

trapiantologica dove particolare è lo squilibrio tra il potere di "dare vita" e la fragilità del cittadino ed è quindi imperativo che vengano assicurate adeguate, specifiche, forme di pubblicità totalmente mancanti che consentano un controllo dello scorrimento ed una verifica dei tempi, specie per le liste regionali.
Federconsumatori ha in programma, con avvio nel mese di settembre, una grande campagna nazionale sul tema delle liste di attesa, di informazione dei cittadini dei diritti esistenti, di assistenza nel renderli effettivi e di confronto con le strutture sanitarie che saranno inadempienti rispetto al PNGLA approvato dal Ministero.
Un aspetto che sta particolarmente a cuore a un'associazione di rappresentanza dei cittadini riguarda il tema della sanità partecipata. La partecipazione attiva dei cittadini può rappresentare una leva importante nel processo di rilancio del servizio pubblico sanitario, sia nell'ottica di migliorarne le performance qualitative che in quella di ridurne gli sprechi, finalizzando quest'ultimo aspetto ad investire dove davvero è necessario.
Federconsumatori è fortemente interessata a progetti, anche in collaborazione con il Ministero, sui temi dell'appropriatezza, dell'uso e consumo dei farmaci, degli stili di vita, solo per fare alcuni esempi.

FEDERAZIONE FARMACISTI E DISABILITÀ ONLUS

Il sociologo ed economista **Friedrich August**, premio Nobel per l'economia nel 1974, afferma che: "la concorrenza non è la lotta di tutti contro tutti, ma un processo di identificazione dei più «sociali», dei più capaci di soddisfare gli interessi reciproci."
Nel Rapporto sulle politiche della cronicità presentato la scorsa settimana da **Cittadinanzattiva** si evidenzia una situazione di disparità crescenti, tanto da auspicare l'emanazione ed applicazione di tutte quelle norme che possano ridurre le differenze di accesso alle cure, ponendo maggiore attenzione verso le condizioni di fragilità sociale, economica e psicologica, attraverso la messa a punto di un **provvedimento nazionale di riordino del settore farmaceutico e del conseguente accesso alle terapie farmacologiche**.
In questa direzione va la nostra proposta di legge che brevemente vengo ad illustrare la quale, in attuazione dell'articolo 32 primo comma e dell'articolo 117 secondo e terzo comma della Costituzione, si prefigge attraverso il potenziamento del sistema concorrenziale, proprio di **aumentare l'accesso alle terapie farmacologiche a totale carico del cittadino e la qualità dei servizi a questi offerti**.
Nonché, ai sensi dell'articolo 3, dell'articolo 41, primo e terzo comma della Costituzione ed in armonia con il decreto legislativo 2 febbraio 2006 n. 30 e con la legge 1° marzo 2006 n. 67, di **favorire l'accesso alla professione di farmacista**.
Nello specifico, si stabilisce per il sistema delle farmacie in Italia, la formula del "**doppio binario**", uno rappresentato dall'attuale **farmacia convenzionata** con il SSN e l'altro da una **farmacia non convenzionata** con il SSN, vero e

proprio presidio sanitario armonicamente inserito nell'ambito di un Sistema Sanitario Nazionale, nato dalla naturale evoluzione degli esercizi di vicinato di cui all'articolo 4, comma 1, lettera *d),* del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 114, in possesso del codice di tracciabilità del farmaco rilasciato dal Ministero della Salute e dell'autorizzazione rilasciata dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) e soggetto agli obblighi in materia di controlli e farmacovigilanza previsti dall'attuale normativa per le farmacie convenzionate.
Mentre per le prime si mantiene l'esclusività della convenzione con il SSN e quindi la dispensazione in esclusiva dei medicinali prescritti dal medico su ricettario del SSN, in quelle non convenzionate è effettuabile la dispensazione dei farmaci a pagamento del cittadino, naturalmente dietro presentazione di regolare ricetta bianca.
Al fine di garantire la sostenibilità del sistema distributivo, oltre a prevedere tra le due tipologie un'incompatibilità dal punto di vista della proprietà, la sede della farmacia non convenzionata con il SSN di nuova apertura dovrà essere situata ad una distanza in base al numero di abitanti di 200 o 3.000 metri dalle altre farmacie convenzionate e non convenzionate con il SSN.
Inoltre, riguardo la titolarità delle farmacie non convenzionate con il SSN, per le società di capitali i soci, per almeno due terzi del capitale sociale e dei diritti di voto, devono essere farmacisti iscritti all'albo.
La riforma proposta, auspicata e sollecitata più volte dall'Antitrust e da esperti del settore, oltre ad essere in linea con quanto già applicato nei maggiori Paesi europei come Regno Unito e Germania, introdurrebbe nel sistema modalità gestionali in grado di influenzare positivamente il mercato del farmaco, con ripercussioni benefiche anche sul versante della spesa sanitaria, erogando sul territorio quei servizi di assistenza che il cittadino sempre più richiede ad un sistema di *welfare* evoluto.

Mi avvio alla conclusione con questa osservazione
L'articolo 11 del decreto legge 24 gennaio 2012 (Cresci Italia), prevede il potenziamento del servizio di distribuzione farmaceutica attraverso l'apertura di oltre 4.000 nuove farmacie.
Andrà bene se alla scadenza della deroga data dal passato Governo agli iniziali due anni previsti dal decreto per la fine del termine di validità delle graduatorie del concorso straordinario, si arriverà all'apertura di 500 nuove farmacie.

Quindi una domanda sorge spontanea:
Essendo il saldo di farmacie sul territorio negativo rispetto a quello che dovrebbe essere, il nostro Paese è realmente coperto dal servizio di distribuzione del farmaco ?

federfarma
federazione nazionale unitaria
dei titolari di farmacia italiani

MARATONA PATTO PER LA SALUTE: LE PROPOSTE DI FEDERFARMA

Nuova remunerazione, nuova convenzione e definizione del ruolo della farmacia nella gestione del paziente cronico, in sinergia con gli altri operatori sanitari del territorio, a partire dai medici di medicina generale, sono elementi essenziali affinché la farmacia possa contribuire alla sostenibilità del sistema e al miglioramento del livello di assistenza garantito ai cittadini.
In quest'ottica è positivo che le bozze del Patto per la salute fin qui circolate contengano un esplicito riferimento alla Farmacia dei servizi quale modello utile per potenziare il servizio offerto ai cittadini. Tuttavia, in assenza di una riforma della remunerazione delle farmacie, ciò non basta a garantire un'elevata efficienza del servizio farmaceutico.
La riforma della remunerazione – oggi legata esclusivamente al prezzo del farmaco - non è più differibile a causa del costante calo dei prezzi dei farmaci forniti dalle farmacie in regime di SSN. Il calo dei prezzi, infatti, determina la progressiva riduzione del margine sui farmaci SSN. Questo genera una situazione economica insostenibile per tutte le farmacie e in particolare le farmacie piccole e per quelle situate in zone disagiate, dove i farmaci SSN costituiscono la quota più importante del fatturato.
Una nuova remunerazione delle farmacie è necessaria anche per rendere competitiva e meno costosa la distribuzione in farmacia dei medicinali ad alto costo, che oggi vengono distribuiti direttamente da ospedali e ASL. Con grandi disagi per i cittadini, per i quali sarebbe certamente più comodo ritirare

i farmaci nella farmacia sotto casa.
Federfarma chiede quindi di prevedere, nell'ambito del Patto per la salute, l'apertura di un tavolo istituzionale che coinvolga le Regioni e le categorie interessate alla definizione condivisa di una nuova metodologia di remunerazione.
Nell'ambito del Patto per la salute è fondamentale anche ribadire l'impegno del Governo e delle Regioni sul fronte del rinnovo della convenzione farmaceutica nazionale, con l'obiettivo di definire un nuovo ruolo della farmacia soprattutto per quanto riguarda la gestione dei malati cronici. Per migliorare l'assistenza è infatti necessario individuare in modo chiaro il ruolo della farmacia nelle varie fasi di gestione del paziente cronico sul territorio, dalle attività di prevenzione al monitoraggio delle cure, dal supporto al paziente nell'aderenza alla terapia alla partecipazione all'assistenza domiciliare.

AZIENDE SANITARIE E COMUNI
PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Personalizzazione delle cure mediante integrazione strutturata dei professionisti sul territorio: il contributo di Federsanità per il nuovo Patto della Salute

Federsanità presente alla Maratona "Patto per la Salute" organizzata dal Ministero della Salute per le giornate dell'8,9,10 luglio con lobiettivo di raccogliere i contributi di tutti i protagonisti del SSN.
Federsanità ha scelto di "far parlare le aziende", in particolare dando voce ad uno dei modelli piu avanzati sul territorio in termini di realizzazione dell'integrazione socio sanitaria quello dell'Azienda Toscana Sud est, che ha già mostrato esiti di salute per i cittadini e risparmi significativi per il sistema.
"In particolare - ha detto Tiziana Frittelli Presidente di Federsanità Anci- sono stati proposti, come contribuito al Patto, i cardini di quello che è ormai conosciuto come modello delle "Reti cliniche integrate e strutturate. L'aumento della cronicità e fragilità rappresentano il "banco di prova" per la sostenibilità del SSN. La visione prevalente, fortemente orientata alla risposta medico specialistica erogata negli ospedali - non è in grado di affrontare la sfida dei nuovi bisogni di salute e la presa in cura delle cronicità né il contenimento delle loro complicanze. Pertanto, in linea con il programma Health 2030 e con il Piano nazionale Cronicità, abbiamo proposto un nuovo modello professionale e organizzativo, già sperimentato in Italia che, declinando il Population Health management si basa su 5 P: prevenzione, prossimità, proattività, personalizzazione, partecipazione".
Le reti cliniche Integrate e strutturate promuovono come modello assistenziale una presa in cura proattiva che si realizza mediante una valutazione

multidimensionale dei determinanti sanitari, e della fragilità sociale e socio assistenziale del singolo paziente, con attenzione alla persona e non alle patologie, e sulla definizione delle cure sulla base di un Piano Assistenziale Individuale, che tenga conto dei PDTA delle singole patologie, ma anche appunto dei problemi sociali del paziente nell'ottica della personalizzazione ed umanizzazione delle cure.
Il Piano Assistenziale individuale viene formulato e poi nel tempo garantito al cittadino da un nuovo modello professionale: il Team multiprofessionale –integrato e strutturato (Primary Care Team), dove si integrano tutte le figure professionali che "ruotano" attorno alla presa in cura del cittadino: Medico di Famiglia, Medico di Continuità Assistenziale, Infermiere, Specialisti internisti e di branca, Assistente Sociale, oltre alle altre figure territoriali necessarie per le specifiche patologie come Fisioterapista, Dietista ecc. Importante l'inserimento nel Team del Farmacista che può contribuire a migliorare l'aderenza alla terapia e la prevenzione degli eventi avversi da farmaci.
"Caratteristica fondamentale e distintiva delle Reti cliniche integrate e strutturate e proprio la "strutturazione" - ha spiegato la Presidente Frittelli - cioè la individuazione nominale dei componenti del team, che operano come una "comunità di pratica" in modo che non sia garantita solo la continuità delle cure ma anche la continuità del Team di Cura. Le diverse modalità di presa in carico comportano la necessità di ridefinire il modello organizzativo, prima di tutto del territorio, ma anche dell'Ospedale, prevedendo anche di "strutturare" modalità di stabile collaborazione territorio-ospedale-territorio".
"Collante" di tutto il modello è la realizzazione di un solido sistema informativo abilitante che permetta l'interoperabilità e lo scambio di dati tra i setting assistenziali e con il cittadino, nel rispetto della normativa privacy europea, cosa che richiede un intervento legislativo specifico.

"Tutti i cittadini hanno pari dignità.
È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana"
(art. 3 Costituzione della Repubblica Italiana)

Reti cliniche Integrate e Strutturate: la proposta per un nuovo modello di gestione proattiva della cronicità e della fragilità

Sintesi:
L'aumento della cronicità e fragilità rappresentano il "banco di prova" per la sostenibilità del SSN.
La visione prevalente, fortemente orientata alla risposta medico specialistica erogata negli ospedali, non è in grado di affrontare la sfida dei nuovi bisogni e la presa in cura delle cronicità né il contenimento delle loro complicanze. Pertanto si propone un nuovo modello professionale e organizzativo cosiddetto "Reti cliniche integrate e strutturate", già sperimentato anche in Italia che, declinando il Population Health management sia basato su: prevenzione, prossimità, proattività, personalizzazione, partecipazione.
Il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina proattiva, che si è realizzato negli ultimi anni, come primo tentativo di risposta al problema gestione della cronicità e sostenibilità del sistema, ha portato alla adozione di modelli diversi di gestione proattiva di cronicità e fragilità, che hanno sicuramente prodotto importanti effetti positivi, confermando la bontà e la necessità di un approccio proattivo, ma che hanno anche rivelato criticità correlate ai modelli adottati.
È necessario quindi definire un nuovo modello per la gestione proattiva della cronicità e della fragilità, che il Progetto "Reti cliniche integrate e strutturate" individua nel Population Health Management, ritenendolo il più idoneo a realizzare il Piano nazionale della Cronicità.
Cardine di questo nuovo approccio è la formulazione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI), frutto di una valutazione multidimensionale sia dei de-

terminanti sanitari che di fragilità sociale e socio assistenziale, che permetta di garantire la personalizzazione della cura superando l'approccio per singola patologia proprio della gestione mediante PDTA di patologia.
Le Reti cliniche Integrate e strutturate propongono anche un nuovo modello professionale: il PAI è definito e assicurato al singolo paziente da un Team multiprofessionale (Primary Care Team), che vede al centro il medico di medicina generale, responsabile clinico del paziente "over time" e composto da vari professionisti: medico di continuità Assistenziale, Specialisti internisti e di branca, Infermieri, Assistenti Sociali ed altri professionisti del Territorio.
Ulteriore cardine del Progetto è che tutti i professionsiti del Primary Care Team siano nominalmente individuati, per garantire la umanizzazione delle cure, in modo che il team operi come "comunità di pratica" attorno ai cittadini che assiste.
Importante l'inserimento nel Primary Care Team anche del farmacista, che può contribuire a migliorare l'aderenza alla terapia e la prevenzione degli effetti avversi da farmaci.
Naturalmente il medico convenzionato, nel suo ruolo centrale, avrà anche un diverso modo di essere valutato rispetto al Sistema, ovvero, la quota variabile stipendiale, sarà commisurata agli esiti delle cure: es. ospedalizzazione e riospedalizzazione, degli accessi al ps ecc.. oltre che ai costi intermedi connessi ai percorsi di cura (farmaci, esami strumentali...).
La valutazione multidimensionale consente anche una stratificazione per gravità/intensità di cura della popolazione e la definizione di differenti modalità di presa in cura dei pazienti e di setting assistenziale a seconda che si tratti di pazienti in cui prevale la sola polipatologia, che necessitano di essere presi in cura nelle strutture ambulatoriali territoriali della Medicina Generale, oppure di pazienti con polipatologia e fragilità sociale e socio assistenziale, sia cronicamente "stabili", sia momentaneamente instabili"- perché in fase post-acuta correlata alla dimissione ospedaliera o per riacutizzazione di situazioni stabili sul territorio - che devono essere assistiti al loro domicilio quando possibile (ADI) o nelle strutture residenziali intermedie.
Queste diverse modalità di presa in cura comportano la necessità di ridefinire il modello organizzativo, prima di tutto del territorio, ma poi anche dell'Ospedale, prevedendo anche di "strutturare" modalità di stabile collaborazione territorio-ospedale-territorio.

Il Progetto Reti cliniche Integrate e strutturate propone di riorganizzare la Medicina Generale in AFT (Legge Balduzzi) con assegnazione nominale dei medici della Continuità Assistenziale e creazione di reti informatiche per la condivisione dei dossier clinici dei pazienti che, nel rispetto della normativa Privacy, consenta la presa in carico efficace ed efficiente del cittadino h24 e 7 giorni su 7 e al contempo la ristrutturazione delle sedi di lavoro della medicina generale creando una rete di sedi comuni in ogni AFT, dotate di personale e di diagnostica di primo livello, che diventano anche le sedi del Primary care Team (UCCP della Legge Balduzzi).
Parimenti il Territorio deve rivedere la propria strutturazione realizzando il Distretto "forte facilitatore" dove per Distretto si intende non una struttura "poliambulatoriale", bensì un ambito dell'Azienda deputato alla interlocuzione istituzionale, con i professionisti ed il volontariato, dove attuare rilievo dei bisogni, programmazione degli interventi e controllo dei risultati raggiunti, per garantire ai cittadini il loro diritto alla salute, facilitando i professionisti cui è deputata la erogazione dei processi e percorsi assistenziali.
In quest'ottica il Territorio deve rivedere il numero e la distribuzione di posti letto delle cure intermedie – Ospedali di comunità, Moduli di continuità Assistenziale posti alle porte degli ospedali, Moduli Sanitari Speciali posti nelle RSA- e la organizzazione della Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che deve essere in grado di operare h24 e 7 giorni su 7.
Anche l'Ospedale deve essere riorganizzato, riscoprendo la sua vocazione di alta specializzazione per la cura all'acuto a media ed alta complessità, mediante adozione del modello organizzativo per intensità di cura e la creazione di una rete integrata "orizzontale " che superi il modello "Hub e Spoke" (che ha creato professionisti di serie A e di serie B), e faciliti la mobilità degli specialisti tra i presidi ospedalieri così da garantire gli stessi modelli di qualità in tutte le aree anche più interne d'Italia (ed eviti, invece, di spostarsi ai pazienti).
Inoltre il modello intende favorire l'integrazione degli ospedali di prossimità, anche attraverso la telemedicina e supportando la distribuzione delle specialità per garantire la concentrazione per alcuni interventi (volume-esiti) e con la finalità di individuare un ospedale di riferimento per ogni AFT .

Infine il modello, che nasce dal riconoscere la cruciale importanza al raccordo operativo tra Ospedale e Territorio prevede la strutturazione di Agenzie di

Continuità Ospedale – Territorio (ACOT) che gestiscano i pazienti fragili e complessi sia in dimissione dall'Ospedale, sia quando presentano riacutizzazione della loro cronicità sul Territorio, sempre mediante la formulazione del PAI da parte del Primary Care Team integrato dai componenti dell'ACOT e dallo specialista del reparto dimettente in caso di dimissione ospedaliera.
"Collante" di tutto il modello è la realizzazione di un solido sistema informativo abilitante che permetta l'interoperabilità e lo scambio di dati tra i setting assistenziali e con il cittadino attraverso il fascicolo sanitario.

Razionale del cambiamento e linee generali

In questi ultimi anni si è registrato un aumento di prevalenza delle malattie croniche e della condizione di fragilità, dovuto all'invecchiamento della popolazione ed alla crescente esposizione a fattori di rischio geografici, come il risiedere nelle cosiddette "zone interne", ambientali collegati all'inquinamento outdoor ed indoor e sociali come il livello di istruzione, l'aumento delle persone sole, il reddito – aumento della povertà e l'indice di disoccupazione.
Contemporaneamente, si registra un anticipo nel tempo delle prime manifestazioni di malattie croniche: aumentano gli anni "vissuti male" e si riducono gli anni di vita in buona salute, aumentano i comportamenti a rischio (fumo, alcool, sedentarietà, alimentazione non salubre) ed aumenta la prevalenza di persone con disabilità (4,1 milioni Censis 2016).
Le malattie croniche nei Paesi occidentali rappresentano l'80-85% dei costi sanitari e provocano circa l'86% dei morti. Si assiste ad un aumento dei cosiddetti "costi intermedi" e complessivamente aumenta la spesa per la sanità (sia pubblica che privata) con un trend annuale di circa 2,6% che porterebbe ad un raddoppio dei costi nel 2040 e quindi ad una insostenibilità del SSN.
La sostenibilità o insostenibilità del SSN dipenderà quindi da come sarà gestita la cronicità e fragilità. Il modello attuale di gestione ha dimostrato i suoi limiti e la inadeguatezza di un'organizzazione pensata quando il quadro epidemiologico e le possibilità di cura erano assai differenti ed avevano orientato la organizzazione del SSN alla cura delle singole patologie in un sistema sostanzialmente ospedalecentrico. Serve un nuovo modello ed appare pertanto evidente come il Sistema Sanitario Nazionale (e quello Regionale, così come

le direzioni strategiche delle Aziende sanitarie) sia chiamato a definire un nuovo ed impegnativo "Priority Setting" per cronicità e fragilità, capace di assicurare il maggior valore alle scelte adottate, il migliora mento della qualità percepita da parte dei nostri cittadini, oltre che il contenimento dei costi e la sostenibilità economica del sistema, eliminando ogni fonte di spreco e inappropriatezza, affrontando le carenze e al contempo evitando pericolosi tagli all'innovazione tecnologica, rimanendo al contempo ancorato all'etica che impone di pensare a servizi basati sull'equità delle cure e sulla condivisione partecipativa sia per i professionisti che per i cittadini.
Il modello, in accordo con i numerosi contributi disponibili in letteratura, a livello nazionale ed internazionale, deve tendere a favorire il superamento della frammentazione (a silos) della risposta sanitaria e socio–sanitaria e quindi a garantire piani assistenziali Individuali (PAI) - cioè piani di cura personalizzati ed integrati - e, insieme, la concentrazione dei saperi specialistici negli ospedali e team multidisciplinari per la presa in carico e la continuità delle cure in prossimità, sul territorio.
C'è oggi ampia condivisione che centrale debba essere il ruolo delle cure primarie (Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta) oggi resa maggiormente operativa ed efficace attraverso i nuovi modelli organizzativi previsti (e resi obbligatori) dalla L. 189/2012 (AFT – UCCP/Case della Salute) e da un approccio multiprofessionale, cardine della risposta alla complessità, attraverso il supporto essenziale dell'infermiere di comunità, dei servizi sociali integrati ASL – Comuni e dal ruolo professionale del farmacista che opera nelle farmacie territoriali pubbliche e private - veri e propri presidi attivamente e capillarmente presenti anche nelle aree più disagiate – che può contribuire a favorire, la correzione degli stili di vita, la continuità delle cure e, in particolare, l'aderenza terapeutica ed il controllo delle interazioni tra farmaci e delle reazioni avverse e il corretto uso dei farmaci e dei Devices.

Descrizione del Progetto Reti cliniche Integrate e Strutturate
Il modello delle "Reti cliniche integrate e strutturate" attuando le indicazioni del Piano nazionale Cronicità, rappresenta la pratica realizzazione del "Population Health management" - che a sua volta si evolve dai principi che sono alla base del Chronic Care Model, già positivamente sperimentato -, ed è basato su un approccio di Medicina d'iniziativa e su un forte patto con i Comuni, con la Comunità e con il cittadino.
L'esperienza italiana relativa al Chronic Care Model, che ha mostrato anche le sue criticità, ed i risultati del sistema americano del Kaiser Permanent hanno infatti dimostrato che è necessario passare da una "medicina di attesa", intesa come disponibilità a prendersi cura del cittadino solo quando questi pensa di aver bisogno di cure, ad una modalità assistenziale "proattiva – d'iniziativa", definendo per il cittadino percorsi di prevenzione, diagnosi precoce e follow -up programmato. La Medicina di attesa, che è l'attuale modello di gestione della cronicità e fragilità, ha comportato, infatti, da un lato l'assoluta mancanza di controllo della progressione delle malattie croniche perché si vive passivamente la lenta, ma inesorabile, evoluzione della malattia e la comparsa di complicanze, dovendovi far fronte "a posteriori" e dall'altro la impossibilità di ottimizzare i processi di cura, sia sotto il profilo dei risultati di salute ottenibili, sia sotto quello dei risultati di ottimizzazione dei costi, perché esiste una ampia variabilità di interventi nella gestione del malato cronico o fragile, altamente indipendente da fattori oggettivi come lo stato di gravità della malattia, i determinanti di disagio sociale e/o la facilità di accesso alle cure, dipendendo questi interventi invece dalla percezione soggettiva del bisogno che ha il singolo soggetto.

La Medicina proattiva – di iniziativa è, nella sua essenza, un approccio metodologico alla presa in carico e al processo di cura del paziente, caratterizzato dall'interazione tra il paziente reso esperto ed un team multi-professionale e consiste nel richiamo attivo periodico del paziente per sottoporlo ad attività educative e clinico assistenziali volte alla correzione degli stili di vita, all'empowerment, alla diagnosi precoce e al monitoraggio delle malattie croniche conclamate al fine di rallentarne la comparsa, l'evoluzione e prevenirne le complicanze.
Cardine di questo nuovo approccio proattivo proposto dal Progetto Reti cli-

niche Integrate e strutturate è la formulazione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI).
Occorre comunque definire, per ogni patologia cronica, un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) che fissi, per quella patologia, il "cosa fare" ed ogni quanto, sulla base di una lettura "Real Life" delle indicazioni delle Linee Guida, permettendo anche di specificare la «quantità» di prestazioni connesse, ed il «chi fa cosa» secondo un criterio cost-effectiveness tra le varie figure professionali del team tenendo conto della gravità della patologia nel singolo soggetto. Ne risulta un percorso integrato di primo-secondo livello, dove la gestione ordinaria della patologia è affidato alla Medicina Generale e al Team di base, tutto il resto del percorso, agli altri professionisti, Specialisti in particolare.
Alla luce della valutazione multidimensionale del singolo paziente, tenendo conto delle indicazioni dei percorsi di patologia per quel paziente e della presenza/assenza di condizioni di fragilità sociale o socio-assistenziale è possibile costruire un Piano Assistenziale Individuale.

Il nuovo modello professionale e di presa in cura della popolazione
Il modello Reti cliniche integrate e strutturate propone come modello professionale un raccordo di reti integrate e ben strutturate fra i medici delle cure primarie, gli specialisti, ospedalieri e territoriali, e le altre figure professionali, infermieri e Assistenti Sociali in primis, per garantire i Piani Assistenziali Individuali con la caratteristica distintiva e ineludibile della individuazione nominale dei componenti. Questo approccio trova un valido supporto nelle scienze sociali attraverso quelle che sono definite, all'inizio degli anni Novanta negli Stati Uniti, come Comunità di Pratica (E. Wenger), ovvero, gruppi di persone che, pur avendo ruoli e competenze diverse, tendono ad un obiettivo comune, con un impegno reciproco, un repertorio condiviso, in cui l'apprendimento, dunque, da fatto esclusivamente individuale e mentale, diviene un fenomeno sociale, continuo e collettivo. Questa nuova visione implica una forte correlazione tra apprendimento e identità: infatti, apprendere all'interno di una comunità, significa imparare ad essere e ad agire come membro della comunità, nel nostro caso intra ed inter-professionale. In tal modo, si costruiscono nuove identità collettive e competenze professionali, che trasformano la capacità del professionista di operare da

solo o per ruolo funzionale, ad un'identità versatile capace di visioni olistiche ed in grado di confrontarsi, prendere in carico i problemi, nel rispetto delle singole specializzazioni, in modo sinergico.
Per la identificazione del team è necessario partire dall'identificazione di popolazioni definite, rispetto alle quali costruire tutte le risposte che il team dovrà garantire.
Il modo più semplice è quello di realizzare le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT, L. 189/2012), perché aggregando i Medici di medicina generale si individua in automatico la comunità dei pazienti che li hanno scelti: a questa popolazione vanno garantite tutte le risposte ai bisogni, sia sanitari che sociali, da parte di un Team multiprofessionale: il Primary Care Team. Anche l'accesso agli accertamenti strumentali e alle eventuali visite specialistiche, deve avvenire, all'interno del Team, in prossimità della presa in carico (dove si prescrive, si prenota), anche in aree più periferiche, e secondo classi di priorità che diversificano la prima visita (da fare in tempi brevi perché necessaria alla decisione diagnostico– terapeutica) dalla visita di controllo che necessita di una piattaforma dedicata e basata sulla previsione della quantità di prestazioni necessarie connesse con i PAI così come previsto dal PNGLA.
Utilizzando la valutazione multidimensionale sanitaria e socio-assistenziale è possibile stratificare la popolazione che afferisce alla AFT secondo la presenza e gravità/complessità delle principali malattie croniche e delle condizioni di disagio socio-assistenziale fino alla non autosufficienza. Questo consente di individuare modalità diverse di presa in carico per intensità di cure e d i setting assistenziali diversi.
Applicando la valutazione multidimensionale al singolo cittadino non solo si permette al Team di elaborare il PAI, ma si consente anche di individuare il setting più idoneo per la presa in cura di quel singolo cittadino.

Il nuovo modello organizzativo
La definizione di modelli di presa in cura e setting clinico assistenziali diversificati rende necessario ridefinire e riorganizzare il Territorio, i rapporti Territorio – Ospedale e l'Ospedale stesso

La riorganizzazione del Territorio
Il primo intervento di riorganizzazione del territorio deve consistere nella

creazione di una rete di "sedi comuni" della medicina generale all'interno di ciascuna AFT, dotate di personale di studio appositamente formato, di personale infermieristico e di diagnostica di primo livello in grado di operare anche in telemedicina, elemento essenziale per creare integrazione ed interazione tra soggetti e setting, affinché la popolazione della AFT abbia a disposizione punti di accoglienza, presa in carico ed erogazione delle cure, anche alternativi al ricorso improprio al Pronto Soccorso, disponibili h12 e dove ogni medico dell'AFT vi svolga almeno parte del suo lavoro per garantire ai cittadini la sanità di iniziativa e le risposte di prossimità proprie della ass istenza di primo livello. Queste sedi comuni diventano anche le sedi del Primary Care Team (UCCP della Legge Balduzzi).

Un ruolo cardine è svolto dal "Distretto funzionalmente forte", cioè da un Distretto, comunque definito, inteso come una struttura aziendale che cura il rapporto con le comunità e le istituzioni locali e che ha con ruolo organizzativo, gestionale e di facilitazione allo svolgimento delle attività sanitarie e socio sanitarie di un ambito territoriale – ovvero la comunità omogenea di cittadini, ove si estrinseca, la partecipazione e la governance. Il Distretto è quindi l'ambito ove si valuta il fabbisogno e la domanda di salute della popolazione di riferimento e riveste prioritariamente un ruolo di tutela e programmazione, mentre le attività sanitarie e socio sanitarie territoriali integrate sono affidate ai team, che utilizzando i vari setting assistenziali territoriali messi a dispos izione dallo stesso Distretto (funzione di facilitatore), le svolgono assicurando un'autorevole presa in carico "over time", anche attraverso il raccordo con le attività ospedaliere (also commissioning) garantito dal Distretto stesso. Il Distretto così inteso rappresenta, in quanto interfaccia fra la ASL e la comunità, il punto di riferimento in grado di trasmettere ai cittadini la fiducia circa la qualità e la sicurezza dei servizi erogati nel territorio. Assicura la continuità Ospedale-Territorio e favorisce l'integrazione socio-sanitaria, e, a tal fine, adotta un sistema di obiettivi e di indicatori per valutare l'efficienza, la qualità e la sicurezza dell'assistenza erogata.
Il Distretto rappresenta, inoltre, il punto di riferimento per le cure domiciliari (ADI, cure palliative) e per la rete dei vari presidi territoriali socio-sanitari – sistema della Residenzialità, Cure Intermedie -, che comprende, oltre alle

attività ambulatoriali e alle cure residenziali, presidi sociosanitari per la prevenzione e la cura di ambiti specifici (la salute mentale, le dipendenze). In tal senso è anche necessario allora procedere ad una rivisitazione del modello di ADI, che deve essere in grado di dare risposte h24 e 7 giorni su 7 e ad una revisione dei posti letto delle RSA e delle strutture sanitarie intermedie, realizzando anche, laddove necessario, nuove tipologie come il Modulo di Continuità Assistenziale (Mo.di.C.A)..

Il Mo.di.C.A è un modulo di posti letto territoriali, ubicato però in Ospedale, a gestione organizzativa infermieristica territoriale e gestione clinica da parte della Medicina Generale (medico di medicina generale curante del paziente e Coordinatore clinico di struttura medico di medicina generale), a degenza media breve, ma ad intensità assistenziale territoriale elevata, con la vocazione di diminuire le giornate di degenza anticipando la dimissione o di evitare ricoveri impropri di pazienti cronici provvisoriamente riacutizzati. I moduli specialistici- base, demenze, motorio – sono letti sanitari territoriali a bassa intensità inseriti nelle RSA che offrono letti "sociali".
Infine, elemento indispensabile per garantire l'effettiva continuità di cura Territorio-Ospedale- Territorio è la creazione, in ogni Distretto, di un organismo di valutazione, facilitazione e pianificazione rappresentato dall' Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT) con il compito principale di favorire la interazione tra team ospedaliero e team multiprofessionale territoriale, mediante la formulazione condivisa del PAI, per gestire in modo efficace ed efficiente le "dimissioni difficili", spesso motivo di re-ricovero nei primi 30 giorni.

Riorganizzazione dell'Ospedale

Poiché due terzi dei costi per la cronicità del SSN sono legati ai ricoveri, un importante obiettivo del Progetto Reti cliniche Integrate e Strutturate è quello di realizzare una riduzione delle giornate di degenza e dei ricoveri, che renda possibile la riduzione posti letto che a sua volta è la condizione per la effettiva riduzione dei costi oltre che rappresentare un proxy di aumentata salute della popolazione. È necessaria la adozione del modello organizzativo per intensità di cura e la creazione di una rete integrata "orizzontale" tra gli ospedali, che

superi il modello "Hub e Spoke" favorendo la integrazione degli ospedali di prossimità, anche attraverso la telemedicina e supportando la di stribuzione delle specialità, pur garantendo, altresì, la concentrazione per alcuni interventi (volume-esiti).
La migliore mobilità – programmata – degli specialisti nella rete degli Ospedali va realizzata attraverso una proiezione specialistica nei vari nodi della rete, cosicché anche i Presidi ospedalieri di riferimento territoriale o zonale (i cosiddetti "Piccoli Ospedali", termine da superare), che permettono alla persona anziana e/o cronica un'insostituibile risposta di prossimità, potranno avvalersi di un continuo aggiornamento di branca e, contemporaneamente, il riferimento specialistico verrà consolidato nell'intera rete ospedaliera, che diviene –quindi– sempre più orizzontale (complanare), superando modelli che, inevitabilmente, tenderebbero a creare ospedali di serie A-B-C...
Al contrario, negli ospedali in rete, devono essere svolte attività appropriate, garantendovi – altresì
– un'adeguata saturazione dei fattori produttivi (SS.OO., PP.LL. tecnologie, costi fissi), cui consegue una (dimostrata) riduzione dei costi! In tale logica si colloca, in particolare, il Sistema di Emergenza Urgenza che può garantire, oltre la tempestività dell'intervento, l'individuazione del presidio ospedaliero più sicuro (e preparato) cui far arrivare il paziente (ad es. nel caso dell'infartuato: non l'ospedale più vicino!) .
La riorganizzazione della rete ospedaliera ha anche la finalità di individuare un ospedale di riferimento per ogni AFT che "fornisce" al team gli specialisti nominalmente individuati, e le attività di Day Service per la diagnostica e specialistica prevedibile in base ai PAI.

Infine, come "collante" dell'intero modello si individua la necessità di supportare il modello con un solido sistema ICT, in grado di garantire la fruibilità di dossier clinici, dei referti, delle immagini, dei dati di laboratorio e le attività di telemedicina tra i componenti del team multiprofessionale e tra Territorio ed Ospedale attraverso il teleconsulto, la televisita fra medici ospedalieri e fra medici del territorio con gli specialisti dell'ospedale di riferimento.

I sistemi informativi devono, inoltre, permettere una corretta identificazione e stratificazione della popolazione target e, parimenti, aiutare il Sistema ad

identificare l'andamento delle attività di assistenza rispetto agli obiettivi di esito e di processo adottati, evidenziando anche fenomeni di "overtreatment", così come di "underuse" che costituiscono segnali di allentamento o ritardo dei processi di presa in cura, che le comunità dei professionisti si erano dati. Al fine di poter individuare le migliori soluzioni possibili, soprattutto, ma non solo, nell'ambito delle tecnologie, devono essere sollecitate tutte le idee presenti a livello nazionale ed internazionale sia attraverso eventi di open innovation che avvalendosi delle opportunità offerte grazie al nuovo codice degli appalti, come le "call for idea"e le forme di partenariato innovativo che permettono di avvicinare bisogni e risposte, creando nuovi spazi di lavoro e mettendo in circolo idee ed opportunità.

Sintesi

Aspetti peculiari del Modello Reti cliniche integrate e strutturate

- *gestione della cronicità e fragilità con la modalità di medicina di iniziativa*
- *valutazione multidimensionale sanitaria e socio assistenziale del singolo paziente, con attenzione alla persona e non alle patologie*
- *definizione delle cure sulla base di un Piano assistenziale individuale, che tenga conto dei PDTA delle singole patologie nell'ottica della personalizzazione ed umanizzazione delle cure*
- *erogazione delle cure da parte di un team multiprofessionale nominalmente individuato*
- *responsabilità clinica del paziente del Medico di Medicina Generale "over time"*
- *riorganizzazione Medicina Generale-Cure primarie in Aggregazioni funzionali e loro "strutturazione" con sedi comuni, personale e diagnostica*
- *riorganizzazione del sistema della Domiciliarità e Residenzialità -Cure Intermedie che devono diventare "strumenti" a disposizione del team e "strutturazione" della continuità di cura Ospedale – Territorio*
- *riorganizzazione del sistema ospedaliero, come rete "complanare", con la finalità di individuare un ospedale di riferimento per ogni AFT*
- *realizzazione di un solido sistema ICT a supporto della AFT, della gestione della cronicità e della continuità ospedale territorio*

FeDerSerD

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

FeDerSerD è la maggiore e più accreditata società scientifica nel settore delle dipendenze in Italia.
È una Federazione con una forte e strutturata rappresentanza a livello di tutte le regioni italiane.
Conta oltre 3000 iscritti, gestisce una rivista periodica inviata a tutti gli operatori dei settore ed un sito web. Si pone a disposizione del Ministero della Salute per una analisi puntuale del sistema di intervento per le dipendenze e per formulare proposte operative utili.
Di seguito indichiamo gli argomenti più urgenti da affrontare.

- La gravissima carenza di personale nei SerD
- La mancanza di risorse per garantire i LEA
- Le differenze regionali nella organizzazione del sistema di cura
- La necessità di stanziare fondi adeguati per la ricerca e di promuovere interventi di prevenzione e di contrasto della cultura degli eccessi.

Di seguito illustriamo in sintesi alcuni elementi che motivano la individuazione delle priorità sopra indicate
Sia la terapia che la prevenzione e il reinserimento delle dipendenze si trovano di fronte ad un grande problema culturale: le dipendenze non sono più viste come un pericolo e quindi il primo processo che dobbiamo contribuire ad attivare è che il recupero delle persone, al di là del loro impatto sociale, ha un valore generativo per la comunità, che non si può quantificare neanche economicamente, e dobbiamo cercare di recuperare ogni persona perché ogni persona è preziosa, senza distinguo. La nostra cultura appare impregnata dalle culture dell'eccesso e dell'addiction.
Dobbiamo cercare di capire come questa cultura dell'eccesso che analizziamo

da più di 20 anni si è ormai profondamente radicata e di conseguenza ci sono nuove sfide che emergono con prepotenza e richiedono un approccio intelligente e non strumentale.
Se perdiamo una persona perché è diventata dipendente e non è più in grado di dare il suo contributo alla vita sociale attiva con la sua creatività, la sua capacità di fare la propria parte per un progetto di società, perdiamo qualcosa di prezioso e allora tutta la società si impoverisce. Nel momento in cui la dipendenza diventa normalità noi siamo già sconfitti.
Molti pensano che siamo già in questa condizione: lo siamo anche di fronte alle famiglie che chiudono gli occhi di fronte ai comportamenti dei ragazzi.
Dobbiamo tutti assumere questa sfida delle nuove fragilità e questo lo possiamo fare con una riscrittura della 309, in una conferenza nazionale che latita da troppo tempo.
Ci vuole una nuova offensiva culturale.
Perché altrimenti il lavoro eroico nei SerD e nelle Comunità che noi tutti facciamo è destinato a fallire diventando residuale se subiamo una delega sociale affidata agli specialisti, che poi saremmo noi.
Pensate alla riforma della psichiatria con la 180: è stata possibile realizzarla nel momento in cui è diventata una battaglia culturale.
Nel momento in cui la malattia mentale è diventata l'oggetto di un argomento sociale e culturale allora è diventato possibile fare la riforma.
Se fosse rimasta di pertinenza degli specialisti quella sfida non sarebbe mai stata vinta.
Ci vuole un adeguamento della società e ci vuole, per riuscirci, una nuova offensiva culturale e politica.
Sta avanzando una marea culturale che normalizza la dipendenza. Bisogna mettere delle dighe per un Paese che diventa sempre più fragile.
La fragilità è ormai di casa in tutte le famiglie.
Prima le comunità sapevano accogliere le fragilità, ora non è più così.
ln questo scenario la sanità moderna ci pone di fronte a situazioni complesse che sono sanitarie e sociali, e per le quali la società richiede risposte altrettanto complesse, attraverso una medicina che è fatta da una attività che ormai è solo e solamente interprofessionale e interdisciplinare.
La trasformazione in corso scenario epidemiologico, la contrazione delle risorse destinate alla assistenza sanitaria e la presenza nel nostro Paese di

molteplici e a volte troppo differenziate sanità regionali ci spingono a diventare protagonisti e produrre cultura nel definire gli spazi possibili tra le nuove e diverse dimensioni organizzative e l'esercizio della clinica delle dipendenze.
I pazienti con disturbo da uso di droghe o da comportamenti vengono curati gratuitamente nei servizi pubblici per le dipendenze (SerD). Sono strutture del Sistema Sanitario Nazionale, di base e specialistiche, multidisciplinari, distribuiti uniformemente nel territorio nazionale, in ogni ASL, nel numero di 580;
operano in collaborazione e sinergia con le comunità terapeutiche, le amministrazioni comunali, la scuola, gli altri servizi della ASL e il volontariato.
Si occupano di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze.
Nei Ser D si curano annualmente circa 300.000 pazienti affetti da patologie da dipendenze, principalmente eroina, cocaina, alcol, tabacco, cannabinoidi e da gioco d'azzardo patologico (GAP).
Vi operano circa 7.200 operatori delle seguenti professionalità: medico, infermiere, psicologo, assistente sociale, educatore professionale, personale amministrativo. Operatori che con trenta anni di esperienza e con un aggiornamento continuo basato sulle evidenze scientifiche sono in grado di offrire le migliori cure disponibili.
Tutto questo pur in presenza di una forte variabilità regionale nell'offerta quantitativa e qualitativa dei servizi.
I profili socio-demografici di questi pazienti vedono 4/5 di uomini; fa età media è di 39 anni; 2/5 almeno sono diplomati, la metà lavora, ¼ ha figli.
Gli obiettivi delle cure, qui di seguito indicati, sono perseguiti in stretta collaborazione con le Comunità Terapeutiche

- Ridurre o interrompere il consumo di oppiacei
- Prevenire danni futuri associati al consumo di oppiacei
- Ridurre fino ad abolire la assunzione, e anche la assunzione non sicura, degli oppiacei per via iniettiva al fine di prevenire fa diffusione dell'HIV e dell'HCV
- Migliorare la qualità della vita ed il benessere del paziente dipendente da oppiacei
- Ridurre il rischio di overdose
- Ridurre le attività criminali
- Migliorare fo stato fisico e psicologico

La assunzione dei farmaci agonisti avviene negli ambulatori SerD sotto la diretta supervisione del personale infermieristico. Circa il 50% dei pazienti assume la terapia con un regime di affidamento che può avere una periodicità trisettimanale fino anche a mensile. Il dosaggio medio in uso per le terapie di mantenimento è di 60 mg. die per il metadone e 12 mg. die per la buprenorfina.
Ove ce ne siano la indicazione terapeutica e la adesione del paziente allo specifico intervento farmacologico si associa il trattamento psicologico e sociale sia nelle forme di terapia (familiare, individuale, cognitivo comportamentale etc.) che di counselling.
Ogni tre mesi al massimo il medico ridefinisce con il paziente il piano terapeutico con una revisione dei dosaggi e delle modalità di somministrazione e di assunzione.
I soggetti detenuti nelle carceri italiane, se per gli stessi è stata diagnosticata una dipendenza da sostanze ,possono ricevere un trattamento di cura in alternativa alla detenzione, presso i SerD ovvero presso le Comunità Terapeutiche residenziali e/o semiresidenziali, purché fa pena residua sia uguale o inferiore a 6 anni. Tali programmi, che sottraggono i pazienti dipendenti da oppiacei alla carcerazione, possono essere attuati anche al momento dell'arresto o nel mentre sono in attesa di giudizio.
Numerose associazioni di volontariato, ONLUS e delle associazioni professionali, di auto mutuo aiuto e di promozione sociale nel campo dei consumi e delle dipendenze sono attive in tutto il territorio nazionale per essere di supporto alte attività di assistenza, per la tutela dei diritti dei cittadini coinvolti, per promuovere il diritto alla salute, il diritto alla sicurezza e alla qualità dei servizi, ad una pubblicità corretta
Siamo, noi operatori dei SerD, ancora di più ora, impegnati per la qualificazione permanente dei nostri servizi che sono sempre più specialistici per promuovere la caratterizzazione (specialistica) delle varie professioni per promuovere, purtroppo è ancora necessario, l'autonomia professionale all'interno delle equipe multi professionali abbandonando le imposizioni gerarchiche che mortificano le professionalità, legate a retaggi di antica memoria che si rifanno ai ruoli di primario, aiuto, assistente.
La terapia con la partecipazione degli assistenti sociali e degli psicologi migliora la qualità dei risultati e la soddisfazione dei pazienti.

Gli operatori dei SerD, con l'aiuto delle società scientifiche e in prima linea di FeDerSerD, si pongono l'obiettivo di cercare in questo periodo di riorganizzazione governata dall'assillo economico lo spazio per migliorare ancora e per contaminare i colleghi di altri settori: pensiamo alla implementazione delle nuove conoscenze sulle neuroscienze, alla qualità della relazione, ai processi di recovery, alle specificità della nostra clinica, al valore e alla responsabilità di formalizzare una diagnosi.
Il giudizio dei pazienti sui SerD. è oggetto di indagini e rilevazioni: esse indicano un 90% dei pazienti che valutano buona la accessibilità ai SerD.; l'80% sono soddisfatti della terapia in corso; l'80% ritiene di aver migliorato la propria condizione psico-socio-relazionale; il 75% afferma di avere avuto continuità terapeutica in carcere (se ha avuto questa esperienza); il 90% ritiene soddisfacente il programma al SerD.
I costi sociali e sanitari per droghe e dipendenze ammontano all'1,3% del Pil.
I costi delle terapie nei servizi per un ciclo di terapia annuale ambulatoriale comprensivo di accoglienza, osservazione, diagnosi, è di circa 3.000 € per persona dipendente da eroina e determinano un risparmio per lo Stato di un valore almeno 4 volte superiore.

Altrettanto delicata è la cura dei pazienti affetti contemporaneamente da patologia da dipendenza e da patologia psichiatrica.
La specialità nelle Dipendenze si basa su un metodo caratterizzato da interdisciplinarietà, organizzazione a rete relazionale; rete di funzioni, produzione di cambiamento dei riferimenti di significato.
Infatti, rispetto ai pazienti affetti solo da disturbo da uso di sostanze, i pazienti con doppia diagnosi mostrano una maggiore severità psicopatologica, un aumento dei tassi di comportamento rischioso, che può portare ad infezione con il virus HIV e virus dell'epatite C, disturbi psicosociali e comportamenti criminali. Tutto questo comporta costi elevati per la società.
Le principali società scientifiche dell'area delle dipendenze e della salute psichica dei cittadini: Federazione Italiana degli operatori dei dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze - FeDerSerD, Società italiana di psichiatria - SIP, e Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza - SINPIA, hanno adottato una Carta dei Servizi per valorizzare la rete specialistica e integrata dei servizi a tutela dei malati e in applicazione dei LEA.

Centralità della persona, lotta allo stigma, specificità ed appropriatezza degli interventi sono i cardini di questa Carta.
I pazienti che presentano patologie plurime, come patologie psichiatriche concomitanti, vengono avviati ad un trattamento complessivo e gratuito con l'ausilio e la collaborazione dei centri specialistici competenti. Il concetto di comorbilità o doppia diagnosi implica anche le interazioni tra le diverse patologie che influenzano il decorso e la prognosi di entrambi.
Possono verificarsi contemporaneamente o uno dopo l'altro.
L'elevato tasso di comorbilità tra i disordini da uso di droga e altre malattie mentali suggerisce la necessità di un approccio globale all'intervento che identifica e valuta ogni disturbo contemporaneamente, fornendo il trattamento se necessario.
Di qui la necessità di una diagnosi clinica puntuale che superi considerazioni etiolologiche proposte come esaustive e conclusive.
Ci sono dati che dimostrano come pazienti comorbili hanno difficoltà ad accedere ad un trattamento coordinato per entrambe le patologie
La barriera principale per il trattamento è la separazione operativa dei servizi della salute mentale e dei SerD La diagnosi corretta è fondamentale per garantire un trattamento adeguato ed efficace.
Rispetto ai pazienti affetti solo da disturbo da uso di sostanze, i pazienti con doppia diagnosi mostrano:

- una maggiore severità psicopatologica
  (Langås Et al., 2011; Stahler et al., 2009; Szerman et al., 2012)
- un aumento dei tassi di comportamento rischioso, che può portare ad infezione con malattie come il virus dell'immunodeficienza umana (HIV) / Sindrome da deficit di immunodeficienza acquisita (AIDS) e epatite C (Khaksa et al., 2008),
- disturbi psicosociali (ad es. disoccupazione, senzatetto)
- e comportamenti criminali (Greenberg e Rosenheck, 2014; Krausz et al., 2013).

Tutto questo comporta costi elevati per la società (De Lorenze et al., 2014; Whiteford et af., 2013).
Per questi motivi FeDerSerD e la Società Italiana di Psichiatria si sono proposti di promuovere la realizzazione di Linee guida per La gestione clinica dei pa-

zienti con comorbilità psichiatrica e da dipendenza.
Linee guida che hanno nei seguenti concetti i loro principi ispiratori:
- Superamento del concetto di doppia diagnosi
- Diagnosi e valutazione diagnostica multidimensionale
- Presa in carico integrata da parte dei servizi
- Medicina d'iniziativa — diagnosi precoce
- Promozione di un approccio orientato al recovery

A proposito del DPCM del 18 marzo 2017 sui LEA (i livelli essenziali di assistenza), che in qualche misura riscrive il mandato istituzionale dei SerD e di tutto il sistema di intervento sulle dipendenze con gli articoli 28 e 35, dal GAP agli interventi di riduzione del danno, al trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze, gli operatori dei SerD sono molto preoccupati che esso si riduca ad un libro dei sogni per la mancanza di risorse economiche disponibili.
I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota-di-partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).
I LEA hanno riscritto il mandato istituzionale dei SerD e delle Comunità Terapeutiche che operano in collaborazione con SerD per la realizzazione del programma terapeutico predisposto da questi ultimi.
Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività.
Il punto nodale oggi è la carenza di personale nei SerD. Se non assumiamo il personale nella misura necessaria:
- molti pazienti continueranno a restare senza cura
- a molti pazienti non saremo in grado di offrire le tipologie di intervento necessarie

- lo Stato continuerà a spendere molto danaro che altrimenti risparmierebbe, sui capitoli della Sicurezza Pubblica, della Amministrazione della Giustizia e della cura delle patologie correlate.

I professionisti dei SerD sanno che la qualità delle cure potrebbe e dovrebbe migliorare, che sono anni che non si offrono a sufficienza nuovi interventi per le nuove manifestazioni della dipendenza, che ci sono troppi precari che debbono essere assunti a ruolo, che c'è bisogno di nuovo personale per far fronte alle esigenze. In molte realtà italiane ci sono liste di attesa le quali, in questo ambito, unico caso nella sanità italiana, determinano la impossibilità del paziente di curarsi altrove o privatamente.
Nella gran parte delle regioni italiane, specie in quelle dove è in corso un processo di riforma e riorganizzazione del sistema sanitario, si sta decidendo di tagliare, contrarre, accorpare tali Servizi, in totale contraddizione con i bisogni emergenti della popolazione e con le rilevazioni epidemiologiche relative alle patologie direttamente e Indirettamente connesse al consumo a rischio ed alla dipendenza.
Le istituzioni regionali, pur affermando di voler sviluppare i servizi sanitari territoriali, che hanno il compito di assicurare la promozione della salute dei cittadini e la cura delle patologie di tipo cronico, stanno depotenziando inspiegabilmente Servizi pubblici per le Dipendenze, senza fornire ragioni e dati a supporto di tale scelta, negandosi al confronto con gli addetti ai lavori e con le realtà non profit di settore.
Tale fatto è ancora più grave ed inaccettabile, in quanto penalizza persone e famiglie particolarmente fragili, senza potere contrattuale e di pressione, Che non sono nella possibilità di far sentire la propria voce e di difendere propri diritti.
Viene da pensare che proprio in ragione di questa debolezza si proceda a tagliare le risorse e gli investimenti in questo settore: forse scelte in altri settori comporterebbero una diversa fatica e un maggiore rischio di perdita di consenso.
Le responsabilità istituzionali dei SerD sono cresciute negli ultimi anni, anche a seguito di nuove disposizioni normative nel settore della sicurezza sul lavoro, dei codice della strada, della sanità penitenziaria.
Il fenomeno del consumo a rischio e delle dipendenze è in continua ed espan-

sione e i servizi pubblici per le Dipendenze dovrebbero poter differenziare l'offerta, rimodellarsi in funzione di diversi target di utenza, sperimentare proposte di cura specifiche per i più giovani, sviluppare gli interventi di integrazione e partnership territoriali, di pro-attività, per consentire il riconoscimento precoce dei disagio ed anticipare la presa carico.
Ricordiamoci tutti che in questo settore avere un efficace sistema di intervento significa garantire la salute e la legalità.
È importante avviate i processi. Bisogna lavorare per l'applicazione e la applicabilità dei LEA e la revisione della 309 che rafforzi il sistema dei servizi adeguandolo ai bisogni espressi e inespressi dei territori ed è necessario fare questo insieme ad un approccio che si declini senza colpevolizzare i malati e i consumatori, senza punirli, senza perseguirli, senza additarli.
FederSerD si pone a disposizione del Ministero della Salute in una analisi del sistema di intervento per le dipendenze e per collaborare alla stesura di proposte operative utili.

FederSpecializzandi
ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

RISORSE UMANE
FORMAZIONE MEDICA | PROPOSTE DI INTERVENTO

1. PROGRAMMAZIONE E RISORSE
Incremento numero di contratti di formazione specialistica
Aumentare i contratti di formazione specialistica è la condizione necessaria per ogni tentativo di intervento sul post-laurea.

1. Deve essere garantita, prima di tutto, la sistematica **copertura dei fabbisogni espressi annualmente dalla Conferenza Stato-Regioni**.
2. Per **ridurre drasticamente il cosiddetto "imbuto formativo"** devono essere poi avviati dei **piani di investimento straordinario** che nei prossimi anni permettano di assegnare tanti contratti di formazione specialistica, sia Statali che Regionali, quanti sono i **potenziali massimi posti effettivi espressi dalle reti formative**, previa una verifica sistematica delle stesse, in modo da garantire a tutti i neolaureati la possibilità di proseguire nella loro formazione.
3. Infine, **devono essere ridefiniti i metodi per determinare i fabbisogni** al fine di rispondere alle effettive necessità di Salute della popolazione nei prossimi anni e ripartire i posti disponibili tra le specializzazioni carenti.

Riduzione anni specializzazioni
No a riduzioni: che l'obiettivo sia quello di accantonare risorse per finanziare nuovi contratti o quello di accelerare l'ingresso nel mondo del lavoro post-specializzazione, farlo a scapito delle stesse Scuole di Specializzazione risulta una contraddizione in termini.
Già precedenti Governi hanno tagliato la durata di alcune Scuole in modo improprio: ripetere gli stessi errori proponendo una riduzione ulteriore non potrà che inficiare la qualità formativa, già minata da diverse criticità.

2. ACCESSO, SELEZIONE E TRASFERIMENTI

Pre-laurea e accesso programmato ai percorsi universitari

- **Alle attuali condizioni, è necessario mantenere un accesso programmato**. L'aumento anche parziale dell'accesso ai corsi di medicina e chirurgia non può che avvenire solo ed esclusivamente previo un idoneo stanziamento di risorse, sia per l'ampliamento delle strutture per la didattica e per il potenziamento del corpo docenti, che del numero di contratti di formazione specialistica a valle del percorso, al fine di non amplificare il problema dell'imbuto formativo.
- Deve essere poi **mantenuto un test di accesso standard e uniforme** su base nazionale, non vincolato dalla media dello studente o dal superamento di specifici esami.

Laurea abilitante

Sì ad una laurea con abilitazione, a condizione tuttavia di **reimpostare il percorso pre-laurea**, con piani di formazione per competenze, strumenti di valutazione teorici, pratici e comportamentali, e adeguato esame finale. **Se ciò non avverrà, si tratterà semplicemente di una semplice riduzione dei tempi post-laurea senza un miglioramento del modello formativo.**
Inoltre, all'avvio della riforma, bisognerà considerare l'aumento di candidati al concorso nazionale e **calibrare le risorse aggiuntive** per non aumentare il già critico imbuto formativo.

Modalità di accesso alle Scuole di Specializzazione

Bisogna tutelare l'attuale sistema di selezione mediante concorso nazionale, realizzando i diversi miglioramenti richiesti ormai da anni:

- introduzione di un'unica (o pochissime) macrosede concorsuale;
- mantenimento della graduatoria unica, per dare a tutti i candidati il massimo possibile delle scelte in base al punteggio realizzato;
- incremento del numero degli scaglioni con cronoprogramma degli stessi definito e diffuso prima del test e applicato senza interruzioni fino all'esaurimento della graduatoria;
- computo sistematico e recupero dei contratti di formazione non assegnati;
- introduzione di una bibliografia nota;

- aumento complessivo delle domande, strutturati su casi clinici;
- sincronizzazione con i concorsi regionali per il corso di formazione in medicina generale;
- introduzione di meccanismi che, nel rispetto dei vincoli costituzionali, permettano di assegnare prioritariamente i contratti di formazione specialistica a coloro che non abbiano già rinunciato in precedenza a tali contratti o che non risultino in possesso di una specializzazione.

È importante inoltre che **i Ministeri competenti garantiscano una puntuale informazione sulle Scuole di Specializzazione prima del concorso sia in termini quantitativi che qualitativi** al fine favorire scelte consapevoli da parte degli specializzandi.
In particolare, **devono pertanto essere pubblicati in un apposito portale**, prima e dopo ogni concorso, dati relativi a:

- numero di iscritti;
- preferenze di selezione;
- tassi di abbandono e trasferimenti;
- risorse recuperabili dopo gli abbandoni per il finanziamento di nuovi contratti di formazione specialistica;
- descrizione dettagliata dei piani didattici e delle strutture delle reti formative;
- rotazione all'interno delle reti formative e turnazione nei servizi;
- qualità didattica basata sui feedback da parte degli specializzandi.

Trasferimenti
Bisogna definire **regole univoche** per i trasferimenti tra Scuole della stessa tipologia, individuando chiaramente requisiti e condizioni minime (ricongiungimento familiare, malattia grave, etc).
Occorre poi **togliere il vincolo del nulla osta in entrata e in uscita** da parte dei direttori di Scuole, mantenendo solo un vincolo basato sulla capacità ricettiva della Scuola in entrata.
Le richieste di trasferimento devono poi essere poste in carico agli Osservatori Regionali e/o dall'Osservatorio Nazionale, come ente terzo di verifica della domanda e certificazione di idoneità.

3. QUALITÀ FORMATIVA

Certificazione delle competenze e piani formativi
Da sempre chiediamo che il sistema formativo medico post-laurea (e, auspicabilmente anche pre-laurea) **sia riorganizzato "per competenze"**, cioè attraverso l'individuazione delle competenze teoriche, pratiche e comportamentali che il medico in formazione è chiamato ad acquisire durante il suo percorso formativo, nell'ottica di formare professionisti che siano in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni in salute della popolazione.
Gli attuali piani formativi sono poco più che elenchi generici di prestazioni che devono essere eseguite nel corso degli anni, spesso ignorati degli stessi specializzandi. Nulla viene detto sulla tipologia delle attività teoriche e pratiche, su come debbano essere insegnate e valutate e con quale progressione. Come si può dunque valutare davvero quello che imparano i medici in formazione? Come si può pretendere che gli specializzandi di Milano siano formati allo stesso livello degli specializzandi di Palermo, se nemmeno sanno cosa devono imparare?

A tal fine, è necessario costruire *core curricula* nazionali standardizzati per Scuola di Specializzazione, da declinare a livello locale in piani formativi accreditati al pari delle reti formative.
I nuovi piani formativi devono prevedere anche una revisione della didattica, con una pianificazione delle attività da parte di tutor e docenti, anche con l'integrazione di moderne tecniche didattiche quali la simulazione o il *case reporting*.
Ampio spazio deve essere dato alle modalità di valutazione e certificazione delle competenze, sia durante il percorso formativo che alla fine, che devono essere standardizzate e uniformi sul territorio nazionale.

Ci teniamo a sottolineare che ogni riforma del percorso medico post-laurea non sarà veramente tale senza questi passaggi.
Solo a seguito della ridefinizione delle competenze, si potrà procedere alla definizione di un **libretto elettronico**, che permetta di registrare e monitorare tutte le attività dello specializzando.

Reti formative

1. In merito alle reti formative, va ribadita la necessità di un sistema capace di **coinvolgere virtuosamente strutture universitarie, strutture del SSN e del territorio** senza polarizzazioni strumentali, in modo che lo specializzando abbia le possibilità di essere guidato ed entrare in contatto con tutte le realtà, ma solo esclusivamente in funzione delle competenze da acquisire, definite prioritariamente in ***core curricula*** nazionali per Scuola di Specializzazione.
2. A tal proposito, è necessario migliorare il processo avviato con l'introduzione dei meccanismi di accreditamento tramite il DIM 402/2017, **rivedendo i parametri individuati e garantendo una maggior flessibilità** (ad esempio, permettendo alle stesse strutture, con opportuni vincoli, di insistere contemporaneamente e proporzionalmente su più reti formative). Al contempo, tuttavia, deve essere rimarcato chiaramente che le strutture nella rete formativa non devono essere inserite solo per poter utilizzare gli specializzandi come manodopera a basso costo, ma devono rispettare alti standard assistenziali e garantire un programma di formazione certificato. **Le reti sono e devono essere esclusivamente formative, e non devono diventare terreno di contesa di professori, primari o direttori generali per coprire carenze di organico o, peggio ancora, illecite attività ambulatoriali private.** Occorre, infine, regolamentare con chiarezza le **modalità di rotazione** tra le strutture **in rete** e di svolgimento **dei periodi fuori rete**, per dare a tutti gli specializzandi le stesse possibilità.

Monitoraggio e verifica della qualità

1. **Occorre potenziare in maniera significativa l'Osservatorio Nazionale e gli Osservatori Regionali, ridefinendone in maniera precisa i ruoli, le responsabilità e gli ambiti di intervento e aumentandone le risorse economiche e strutturali.** Al livello Regionale si possono demandare funzioni propositive su reti e piani formativi delle Scuole, con verifica routinaria della rotazione e della progressiva acquisizione delle competenze degli Specializzandi.
   Al livello Nazionale può invece essere attribuita la funzione di determinazione degli standard per l'accreditamento delle reti formative, la funzione di verifica e controllo sugli Atenei e sulle strutture del Servizio Sanitario Nazionale in

esse incluse, nonché sugli stessi Osservatori Regionali, la funzione di monitoraggio della qualità formativa e di intervento in caso di irregolarità.

2. Ad entrambi i livelli deve essere garantita l'**equilibrata compresenza di tutti gli attori istituzionali** coinvolti nel processo formativo, e al contempo **occorre aumentare significativamente la presenza dei medici in formazione specialistica, dandone un'ampia e inclusiva rappresentanza**.
3. Deve infine essere garantita la **massima trasparenza** sulle attività degli Osservatori, sia Nazionale che Regionali, mediante la pubblicazione periodica e sistematica di verbali e *report* sulle loro attività.
4. **Gli specializzandi devono poi avere una voce sempre maggiore sul loro percorso formativo.** A tale proposito, bisogna sistematizzare, perfezionare e potenziare gli strumenti di verifica da poco avviati come **questionari e *site visit***, rendendoli in grado di incidere realmente sul processo di accreditamento delle Scuole. Questi devono diventare infatti vincolanti per il processo di accreditamento delle Scuole di Specializzazione. **Inoltre, tutte le figure coinvolte nel processo formativo, dal direttore di scuola ai tutor di reparto, devono essere oggetto di valutazione da parte degli specializzandi in merito alla loro reale capacità formativa**: l'insegnamento non è un'attività da prendere con leggerezza, e non si può accettare che professori e medici strutturati non abbiano l'interesse e le capacità per accrescere le competenze dei futuri specialisti.
5. **Devono essere infine introdotti canali istituzionali di segnalazione di criticità da parte degli Specializzandi agli organi di controllo Regionali e Nazionali**, in modo che siano attivati processi di verifica ed eventualmente comminate le giuste sanzioni.

4. CONTRATTO

Contratto di formazione

1. Il medico in formazione eroga prestazioni assistenziali e lavora sotto la supervisione di tutor, e **in nessun caso la sua attività deve essere sostitutiva del personale di ruolo, anche considerando la sua progressiva autonomia**. **Il contratto deve essere di "formazione specialistica", e va preservato un impianto normativo non sbilanciato che tuteli la doppia**

natura del medico in formazione, da un lato "lavoratore" che svolge un servizio per il SSN e dall'altro "formando" che impara nozioni teoriche e apprende competenze pratiche e comportamentali. È necessario discutere delle autonomie e delle responsabilità, ma ciò che conta è che le due condizioni devono sussistere, mutando il loro equilibro man mano che lo specializzando avanza nel suo percorso formativo.

2. In linea con i principi di trasparenza, equità, uniformità e imparzialità, bisogna **evitare ogni tentativo di frammentare la formazione su base locale, amplificando le disuguaglianze a livello regionale e introducendo percorsi formativi paralleli (il cosiddetto "doppio binario") con diversi inquadramenti contrattuali e formativi. Il contratto deve essere unico a livello nazionale, in modo tutti abbiano gli stessi standard formativi, gli stessi diritti e le stesse tutele.**
3. Le regioni, se lo ritengono opportuno, possono contribuire fornendo risorse per aumentare il numero di contratti di formazione, assicurando quanto più possibile equità di accesso al contratto e alla professione.

Diritti e tutele

Occorre ottenere un miglioramento di diversi diritti attualmente previsti nel contratto di formazione specialistica, rendendone uniforme l'interpretazione e l'applicazione. Tra questi, in particolare:

- **Malattia** - I giorni di malattia per legge non devono essere conteggiati tra i 30 di permesso personale attualmente concessi e deve essere garantita l'aspettativa non pagata per i periodi di assenza superiori ad un anno.
- **Maternità** - Deve essere applicata in maniera uniforme la normativa riguardante la tutela della gravidanza come previsto dal DL 151/2001, con particolare riferimento alla possibilità di usufruire dei riposi giornalieri per la madre e dei congedi per malattia del figlio, al rispetto della normativa riguardo il lavoro notturno ed alla tutela della gravidanza a rischio.
- **Rischio radiologico** - Devono essere concessi agli specializzandi gli stessi diritti del personale dipendente del SSN.
- **Congedo per matrimonio e paternità** - Devono essere garanti giorni aggiuntivi a quelli di permesso personale, come avviene per il personale strutturato.
- **Ferie e assenze** - Devono essere garantiti il riconoscimento delle ferie al

posto dell'attuale "assenze per motivi personali", il congedo matrimoniale, le assenze per aggiornamento formativo.
- **Sciopero** - Deve essere garantito e regolamentato il diritto di sciopero anche ai medici in formazione.
- **Guardie in autonomia** - Garantire che lo specializzando non sia mai da solo, ma con uno specialista in struttura e non in reperibilità, per le guardie mediche.

Previdenza e retribuzione
- Occorre riformare l'inquadramento pensionistico dei medici in formazione specialistica **individuando un'unica cassa pensionistica**, che superi l'attuale dicotomia tra ENPAM e INPS.
- La retribuzione del contratto, ferma al 2006, deve poi essere aumentata in linea con gli incrementi del costo della vita avvenuti negli ultimi 13 anni. Questo anche in virtù delle profonde differenze che esistono tra le diverse regioni e città su cui insistono le Scuole di Specializzazione.

Tassazione universitaria
Alla luce delle differenze nei sistemi di tassazione universitaria, è necessario:
1. definire **criteri uniformi**, in tutto il territorio nazionale, sulla tassazione per le Scuole di Specializzazione Mediche, mediante sistemi equi e progressivi che tengano conto di indicatori familiari e del costo della vita nelle diverse città;
2. rendere **obbligatoria** (con specifiche voci di bilancio) e **pubblica**, per ogni ateneo, **la rendicontazione sui contributi raccolti** tramite la tassazione dei medici in formazione specialistica;
3. **vincolare per legge alle attività formative** delle Scuole di Specializzazione l'utilizzo dei contributi raccolti tramite la tassazione dei medici in formazione specialistica, stabilendo un tetto massimo per le spese amministrative;
4. predisporre delle indicazioni standard sia sulla ripartizione delle risorse tra le Scuole che appartengono allo stesso ateneo, sia sull'accesso di tali risorse da parte dei medici in formazione (ad esempio per rimborsi spese, congressi e altre attività formative).

Incompatibilità lavoro/formazione
Come definito dalla legge, la durata della formazione a tempo pieno inibisce il medico specializzando all'esercizio di attività libero professionale all'esterno delle strutture assistenziali in cui si effettua la formazione e ad ogni rapporto convenzionale o precario con il Servizio Sanitario Nazionale o enti e istituzioni pubbliche e private. Sono compatibili con la formazione solo le seguenti attività: esercizio della libera professione intramuraria, sostituzione di medico di base, guardia medica e guardia turistica.

Queste incompatibilità hanno ragione d'essere in un sistema formativo davvero strutturato che impegni lo specializzando a tempo pieno nel processo di apprendimento e devono pertanto essere mantenute a livello basilare.

Si possono tuttavia ridefinirne i limiti e ampliare la compatibilità con ulteriori attività occasionali opportunamente definite (ad esempio eventi sportivi, relazioni congressuali, episodiche docenze etc.) che non pregiudichino la formazione nelle Scuole di Specializzazione e non siano causa di procedimenti amministrativi o risoluzione anticipata del contratto.

Ingresso nel mondo del lavoro

- L'ingresso nel mondo del lavoro deve essere incentivato **a monte**, mediante **miglioramenti delle condizioni di lavoro, aumenti dei contratti da medico dirigente, stabilizzazioni del personale e sblocco dei tetti di spesa**.

- Per dare la possibilità al medico specializzando all'ultimo anno di avvicinarsi al mondo del lavoro, la possibilità di **partecipare ai concorsi** rappresenta un'opportunità importante, purché l'assunzione sia subordinata all'acquisizione del titolo.

FeSIN

FEDERAZIONE DELLE SOCIETÀ ITALIANE DI NUTRIZIONE

- LEA -

Inserimento Obesità in Elenco Malattie e condizioni croniche e invalidanti

Nell'attuale contesto europeo di insostenibilità dei sistemi sanitari, l'-Health Promotion and Disease Prevention 2017/2018 (EU Science Hub - The European Commission's science and knowledge service) – (https://ec.europa.eu/jrc/en/health-knowledge-gateway/societal-impacts/burden) conferma come ca. 950.000 decessi e oltre 16 milioni di DALY sono attribuibili a rischi dietetici dovuti a diete non salutari; il Global Burden of Diseases (Lancet 2016) evidenzia, inoltre, il ruolo dell'**obesità** quale primario fattore di rischio nei confronti delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e quale fattore corresponsabile della riduzione della speranza di vita globale (http://www.healthdata.org/gbd).

Sullo sfondo di un contesto demografico sempre più complesso, il Global Action Plan 2013-20202 ed il 3rd EU Health Programme 2014-2020 riaffermano il ruolo fondamentale della prevenzione e cura delle MCNT e dei fattori di rischio - a carattere nutrizionale - ad esse correlate, quali strumenti atto a ridurre il carico di malattia e migliorare la sostenibilità dei sistemi sanitari. In quest'ottica **si ritiene prioritario che** l'obesità**, patologia ad etiopatogenesi multifattoriale e ad andamento cronico-recidivante, venga inserita** nell'elenco delle malattie e condizioni c**roniche e invalidanti LEA.** La FeSIN auspica inoltre che **la Visita Specialistica Dietologica** (ascrivibile ai medici specialisti in Scienza dell'Alimentazione o branche equipollenti) sia inserita nell'elenco LEA delle prestazioni di assistenza **specialistica ambulatoriale erogabili, con specifico codice, dal Servizio sanitario nazionale.**

- Personale SSN -

Formazione ECM su Nutrizione Umana di Base, Applicata e Clinica
I risultati di indagini e studi qualitativi (Dietz WH et al. Lancet 2015) dimostrano come i medici di assistenza primaria e secondaria si sentono poco preparati a gestire i pazienti con l'obesità (OB).
Nel complesso, il livello di attuazione della formazione professionale sanitaria sull'OB appare inadeguato, a tutti i livelli, in diversi Paesi.
Tra le carenze esistenti negli attuali servizi sanitari vanno menzionate: un cattivo lavoro di squadra, una mancata corrispondenza delle competenze alle esigenze dei pazienti e delle popolazioni, assistenza e cure episodiche (anziché continue) e mancanza di iperspecializzazione.
E' stato inoltre evidenziato come il personale sanitario presenta spesso bias relativi al peso, comprendenti l'idea che i pazienti con OB: sono pigri, non aderiscono al trattamento, sono poco responsivi al counseling, sono responsabile della loro condizione, non hanno forza di volontà, meritano di essere bersaglio di umorismo dispregiativo, anche nell'ambiente di cura clinica (Swift JA et al. J Hum Nutr Diet 2013; Wear D et al. Acad Med 2006).
Per meglio adeguare la formazione del personale sanitario **si propone**, in analogia a quanto attuato per la formazione continua sulla pratica vaccinale, **di prevedere crediti ECM obbligatori sulla Nutrizione Umana di base, applicata e clinica**, distinti in:
- Area Preventiva (es., formazione su: tecniche di counseling; bias vs. l'obesità; corretto uso dei LARN, etc);
- Area Clinica (es., formazione su: percorsi di cura EBM dell'obesità; adeguatezza della dietoterapia; valutazione e copertura dei fabbisogni nutrizionali in sogg. ospedalizzati; Nutrizione Artificiale; condizioni nelle quali è inadeguato il ricorso a diete di esclusione, al digiuno terapeutico, a diete chetogenetiche, etc).
- **La SINU,** società federata FeSIN, ribadisce l'importanza che gli operatori sanitari abbiano abilità e competenze formative sui LARN e sui fabbisogni nutrizionali ai fini della prescrizione dietetica, nel singolo individuo così come nella ristorazione collettiva, nelle sue varie applicazioni.

Propone quindi ECM aventi l'obiettivo di rendere minima la probabilità di inadeguatezza (per difetto/eccesso) negli apporti di nutrienti.

- Reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria -

"Rete Clinico-Nutrizionale" per la prevenzione e cura della malnutrizione nell'adulto e nell'anziano

Criticità

- Il significativo invecchiamento della popolazione (quota di ultrasessantacinquenni superiore al 22%) fa sì che l'Italia sia uno dei Paesi con il più alto **indice di vecchiaia** al mondo. Entro il 2065 è peraltro prevista una crescita di oltre 5 anni della vita media (che giungerebbe a 86,1 anni negli uomini e 90,2 anni nelle donne), mentre l'età media della popolazione passerà dagli attuali 44,9 a oltre 50 anni. (http://www4.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie), (https://www.istat.it/it/files/2018/05/previsioni_demografiche.pdf).
- L'altissima prevalenza di **MCNT**, condiziona in modo permanente la **qualità della vita**, compromettendo il livello di autonomia e accrescendo la necessità di assistenza e cura. Nella classe 55-59 anni soffre di MCNT il 51,5% della popolazione e la quota raggiunge l'85,2% tra le persone ultra settantacinquenni; tra gli anziani aumenta anche la comorbidità che nel caso delle persone di età ≥75 anni si attesta al ,65,4% (http://www4.istat.it/it/anziani/stili-di-vita-e-salute).
- La prevalenza del "**Rischio di Malnutrizione**", specie in età geriatrica, risulta elevata in tutti i diversi setting in cui è stata rilevata.
- Particolarmente preoccupante è la prevalenza della **Malnutrizione Ospedaliera** (~ 35%) la quale, nonostante le innumerevoli e inconfutabili evidenze scientifiche, mostra in modo evidente come tale "malattia nella malattia" sia sin troppo spesso **sottovalutata o misconosciuta.**
- La malnutrizione proteico-calorica e la Fragilità dell'anziano influenzano, in modo significativo, l'autosufficienza e la salute degli anziani.
- La **sarcopenia** aumenta il rischio di una scarsa qualità di vita e di morte.
- A prescindere dal dato anagrafico, nel mondo, ~ 1 persona su 3 soffre di una forma di malnutrizione, con conseguente notevole incremento dei costi sia in termini di compromissione della salute che socio- sanitari.
- **Il Triple Burden of Global Malnutrition** – *malnutrizione per difetto* (undernutrition), *carenza di micronutrienti* (ne risultano affette ~ 2 miliardi di persone), *sovrappeso e obesità* (~ 1.9 miliardi di persone nel mondo) – è

il principale responsabile di malattie, in tutti i Paesi del mondo e rappresenta una sfida universale che richiede una risposta senza precedenti.

Alla luce delle "Criticità **Clinico**-Nutrizionali" sopra accennate **la FeSIN propone:**
che il Ministero della Salute attivi una "Rete Clinico-Nutrizionale", in coordinamento con le Regioni, per valutare e monitorare lo stato di nutrizione dei soggetti adulti a rischio di malnutrizione (es. ospedalizzati) e degli anziani (Unsuccessful Aging) afferenti ai diversi setting di assistenza socio-sanitaria; ciò al fine di una precoce individuazione dei soggetti a rischio o/e di quelli che risulteranno già affetti da condizioni cliniche di malnutrizione.
La "Rete" che inizialmente potrebbe fare riferimento alle UO di Dietetica e Nutrizione (per le specifiche competenze clinico-nutrizionali) ed ai SIAN (per gli ambiti di specifica competenza territoriale), ***mirerà a coinvolgere le molteplici e diverse strutture sanitarie cliniche e socio-assistenziali.***
Quale strumento operativo, la Rete utilizzerà e disseminerà una "Scheda Nutrizionale", di semplice e **facile esecuzione che, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale**, potrebbe consentire la valutazione e il monitoraggio di parametri che, nel "clinical bedside assessment", non vengono a tutt'oggi di prassi rilevati, quali:
a) rischio nutrizionale, mediante Indici Nutrizionali Integrati;
b) stato di idratazione;
c) valutazione della disfagia;
d) effettivo intake giornaliero/rilievo dei residui nei piatti;
e) previsione di riduzione degli intake (< 50% rispetto ai fabbisogni giornalieri) nei successivi 10 giorni;
f) eventuale calo ponderale negli ultimi 3 mesi;
g) negli anziani, parametri relativi allo stato cognitivo e funzionale, rilevabili mediante:
- scala IADL per le attività strumentali della vita quotidiana;
- velocità del cammino;
- condizioni generali di benessere (ad es.: GHQ-12), etc.

La "Scheda" potrebbe essere somministrata da:
- operatori sanitari delle UU.OO. ospedaliere/universitarie di specifica competenza

- operatori socio-sanitari delle case di riposo
- operatori sanitari delle RSA, Lungodegenze, etc
- Medici di Medicina Generale, etc.

La scheda potrà rappresentare uno strumento semplice ed efficace per la rilevazione costante e precoce del rischio nutrizionale ed andrà sempre compilata nei bilanci salute degli anziani ambulatoriali e nelle cartelle cliniche dei sogg. ospedalizzati, in RSA, istituzionalizzati e, di prassi, riportata nel fascicolo sanitario elettronico del SSN.
L'analisi dei dati, oltre ad essere utile alla definizione della diagnosi (Triple Burden of Global Malnutrition, Fragilità, Sarcopenia, Overfat, etc), potrà indicare l'eventuale percorso clinico-nutrizionale da seguire; il monitoraggio avrà anche un valore prognostico, in funzione dell'andamento nel tempo degli indici monitorati. Considerato che peraltro non esiste una sorveglianza attiva che rilevi lo stato di nutrizione dei soggetti adulti ed anziani a rischio di malnutrizione (nonché, il loro stato funzionale e cognitivo), le UO HUB di Dietetica e Nutrizione Clinica, in collaborazione con i SIAN, potrebbero strutturare, fruendo dei dati uniformemente rilevati mediante "la scheda", una **nuova sorveglianza nutrizionale attiva**, che consenta di meglio orientare e rendere sostenibile l'offerta di salute da parte del SSN, nei differenti contesti regionali e territoriali.
(Si allegano le Tab. 1, 2, 3, che illustrano a mo' di esempio:
- *Scheda ESPEN 2018*;
- *Flow Chart di screening per la valutazione del rischio nutrizionale e Flow Chart operativa (Fonte: Linee di Indirizzo Nazionale per la Ristorazione Ospedaliera e Assistenziale. Ministero della Salute, approvate dalla Conferenza Stato Regioni G.U. n. 37 del 15-02-2011).*
Con riferimento alla terapia nutrizionale mediante **Nutrizione Artificiale**, la **SINPE**, Società Federata FeSIN, sottolinea l'urgente necessità di:
1. inserire la NAD, quale procedura terapeutica, come LEA nell'elenco delle prestazioni di assistenza **specialistica ambulatoriale e domiciliare,** eseguibili da personale medico appartenente a Unità/Servizi/Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica o Unità/Servizi/Strutture con documentata esperienza in NAD.

2. garantire una omogeneizzazione dell'accessibilità ai trattamenti di NAD su tutto il territorio nazionale italiano.
3. **creare un osservatorio nazionale ufficiale oppure osservatori regionali tra loro collegati in rete**, al fine di raccogliere dati relativamente a **indicatori di attività** (prevalenza, incidenza, tipo e durata della NAD), indicatori **di efficacia** (riospedalizzazioni) e indicatori **di sicurezza** (complicanze).

- Reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria -

PPDTA per la prevenzione e cura dell'obesità

Con riferimento a quanto citato dal Patto per la Salute in merito alla necessità di attivare un "*sistema accessibile universalmente, centrato sulla persona, che integri servizi sanitari e sociali, assicurati da team multi-professionali e multi-disciplinari, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra i pazienti e i loro caregiver in un contesto familiare o di comunità garantendo il coordinamento e la continuità delle cure anche con gli altri setting assistenziali (Commission Decision 2012/C198/06 del 27* febbraio 2014)", si individua quale valida ipotesi di sviluppo l'Accordo St**ato Regione del 24 novembre 2016 *"Valutazione delle criticità nutrizionali in ambito nutrizionale e strategie di intervento*"**, il quale prevede l'attivazione, in ogni regione, di un "Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per l'Obesità" - Progetto Pilota su PPDTA per la prevenzione e cura dell'obesità".

Premesso che la World Health Assembly, May 2013 pone, quale obiettivo auspicabile per i Paesi Membri, un incremento zero dell'obesità entro il 2025; nel fare specifico riferimento all'assoluta necessità di un "Early Prevention ed un Early treatment" nei confronti di quei fattori di rischio quali:

- **le scorrette abitudini alimentari** (prima causa nel mondo di DALYs);
- l'obesità (quale prioritario fattore di rischio per MCNT (cfr. The Global Burden Disease, Lancet 2016-2017);

si propone un "Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) per l'obesità dell'adulto e del bambino", basato sia sulla predizione del rischio globale assoluto e sulla presa in carico clinico-nutrizionale dei soggetti affetti da obesità sia, per gli ambiti preventivi, sulla promozione di sani stili di vita e dell'empowerment dell'utente e del suo nucleo familiare.

In tal senso il PPDTA Obesità può rappresentare un **innovativo modello integrato di prevenzione e cura** che trova riscontro:

- nelle premesse del Decreto istitutivo del TaSiN;
- nel documento "Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale", approvato dalla Conferenza Stato Regioni del 24/11/2016;
- nella tabella G3 dei LEA relativi alla Prevenzione (educazione/counseling nutrizionale su gruppi a rischio), per il supporto al cambiamento e la promozione di stili di vita e di alimentazione più salutari;

In sintonia con quanto riportato dalla letteratura scientifica internazionale (es. NICE 2014 - 2016), le Strategie operative del PPDTA prevedono un **approccio clinico** - "non prescrittivo" e "non direttivo" - che mira a valutare lo stato di nutrizione del soggetto, le eventuali patologie concomitanti, le abitudini ed i comportamenti alimentari, le motivazioni, gli obiettivi e le aspettative dell'utenza.
Il Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale verrà realizzato da una **Rete operativa** composta dalle UO di Dietetica e Nutrizione Clinica e dai SIAN, in stretta collaborazione con MMG e PLS.

Le attività clinico-preventive, rivolte a soggetti affetti da obesità semplice, saranno condotte da una equipe multidisciplinare, composta da medici (specialisti in scienza dell'alimentazione, pediatri, igienisti, etc) dietisti, psicologi, assistenti sanitari, laureati in scienze motorie, etc.
In caso di soggetti affetti da obesità grave ad alto rischio cardio-respiratorio e/o da patologie concomitanti, il PPDTA si avvarrà di una **Rete di Supporto,** preventivamente costituita assieme alle diverse Strutture Sanitarie Pubbliche presenti sul territorio di riferimento.
Un PPDTA sperimentale per obesità in età evolutiva è attualmente condotto con il SIAN dell'ASP di Catania, che opera in *Rete con i* Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale, UOC dell'Azienda Sanitaria Provinciale, Aziende Ospedaliere, etc.

Considerato che le attività clinico-nutrizionali e di modifica comportamentale basate sulle evidenze scientifiche (Report of the Commission on Ending Childwood Obesity, 2016; Nice Obesity Guideline, 2014; Nice Obesity Prevention 2015; Guadagnare Salute; etc), pongono particolare attenzione ai bias sul-

l'obesità, *presenti nel personale sanitario,* si è reputato necessario attuare interventi formativi sulla "comunicazione efficace", sull'ascolto attivo ed empatico, sull'importanza di implementazione dell'empowerment del soggetto e del suo nucleo familiare, così favorendo la compliance verso un percorso dietetico "non prescrittivo".
Tramite la Rete del PPDTA sono stati offerti percorsi integrati di presa in carico clinica dei bambini e
contestuali interventi di promozione della sana alimentazione e del movimento, finalizzati anche al diretto coinvolgimento dei genitori. I percorsi hanno previsto l'utilizzo di tecniche di counseling, la realizzazione di laboratori esperienziali (cucina e laboratori didattico-sensoriali), gruppi di cammino, etc, finalizzati all'implementazione dell'auto-efficacia, dell'empowerment e della coscienza critica; l'obiettivo è che la famiglia divenga una risorsa con la quale collaborare attivamente per favorire la stabilizzazione del cambiamento degli stili di vita.

Considerato che:
- **Rete Socio-assistenziale -**

Sistema di Sorveglianza "Early Adiposity Rebound
- nel mondo la prevalenza di bambini "overweight", di età 0-5, nel 2015, era pari al 6.2% e che le proiezioni del Global Health Observatory Data Repository del WHO5 mostrano per l'anno 2025 un trend in crescita (11%);
- vista, nel 2016, la preoccupante prevalenza del sovrappeso e dell'obesità infantile in Italia (30.6% dei bambini di 8-9 anni), condizioni che risultano particolarmente elevate nel Sud Italia (in Sicilia: 35.3%)6;
- considerato che le evidenze scientifiche mostrano come l'inversione "anticipata" verso l'alto della traiettoria del BMI rappresenta un segnale di allarme predittivo del rischio di sviluppare una condizione di obesità infantile, che può diventare persistente nell'adolescenza ed in età adulta;

Risulta particolarmente importante attivare un sistema di Sorveglianza "Early Adiposity Rebound" che, ad oggi, non è stato ancora attivato per la programmazione e realizzazione di interventi di Sanità Pubblica, mirati alla promozione di sani stili di vita.
L'Obiettivo primario è finalizzato a predisporre ed attuare una inedita attività

di Sorveglianza, da realizzare sia in collaborazione con PLS (Bilanci Salute) sia nelle scuole materne, che potrà fornire dati di rilevante importanza epidemiologica e preventiva, inerenti l'osservazione delle curve di crescita (percentili peso, altezza, BMI, WHO) in bambini di età compresa tra 3 e 5 anni, monitorando nel tempo gli eventuali casi di Early Adiposity Rebound, predittivi di tracking di obesità nell'età adolescenziale e adulta.
Facendo riferimento alla letteratura scientifica internazionale, si utilizzeranno le procedure ed i metodi previsti per la rilevazione dei parametri antropometrici (altezza, peso, BMI, curve di crescita, etc) e si costituirà una "Rete di supporto e/o di condivisione, che avrà un ruolo operativo e/o scientifico-socio- culturale e/o logistico, di grande importanza. Saranno invitati a far parte della Rete: Università, Ufficio Scolastico Provinciale; Dirigenti scolastici/insegnanti delle scuole materne; Pediatri; MMG; Ordine dei Medici; SIAN; Responsabili delle ditte della ristorazione scolastica; Terzo settore, Stakeholders, Associazioni, etc).
I risultati della Sorveglianza potranno essere diffusi a decisori politici, popolazione generale, soggetti target, etc., quale presupposto per la pianificazione di interventi mirati ed efficaci di sanità pubblica, per il contrasto del sovrappeso e dell'obesità infantile e dell'adulto e del futuro sviluppo di MCNT in età adulta.

***Tab. 1: ESPEN** guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr, 2017*

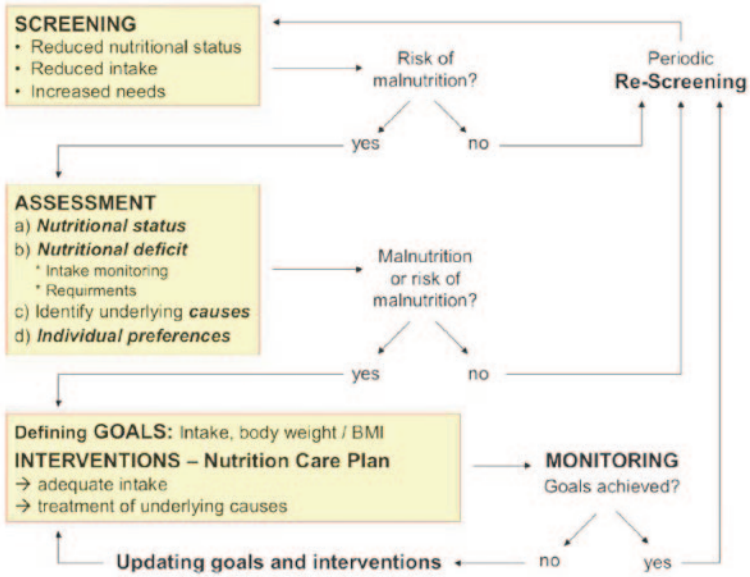


Fig. 1. Process of nutritional care for older persons.
Modified from Volkert et al. [19].

Scheda Nutrizionale (Degenti Ospedalizzati)

Lo screening nutrizionale va effettuato in tutti i soggetti:

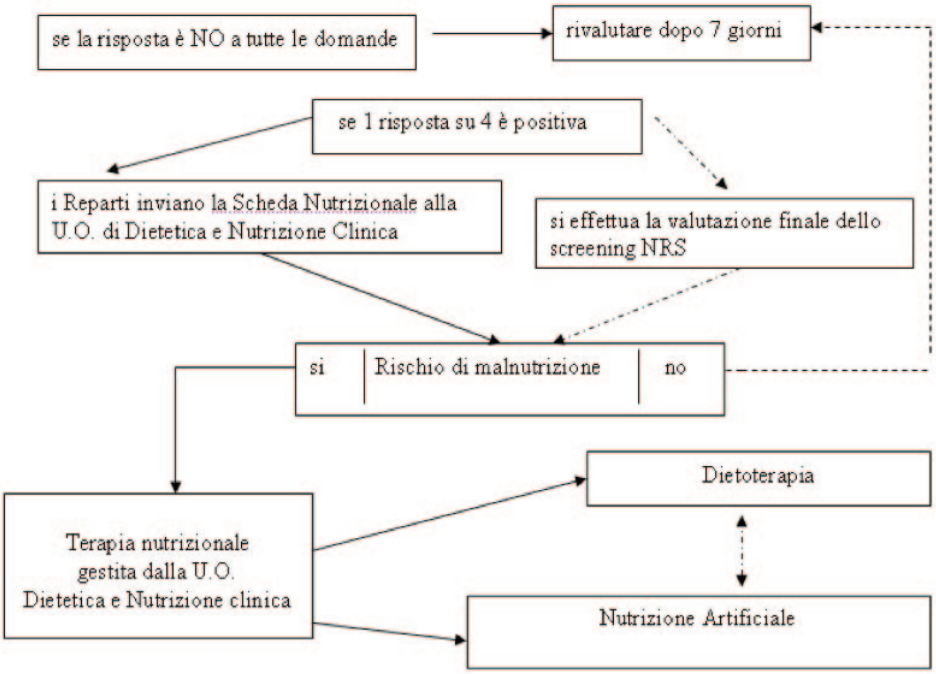
a) al momento del ricovero;
b) ogni 7 giorni (specie qualora si siano aggravate le condizioni cliniche)

Reparto:.....data...../...../.....
Degente: data di nascita:...../...../....., stanza.:....., letto:.....
diagnosi di ingresso:.....
Indicatori nutrizionali: statura.....(m), peso: ..... (Kg). IMC: .....(Kg/m2)

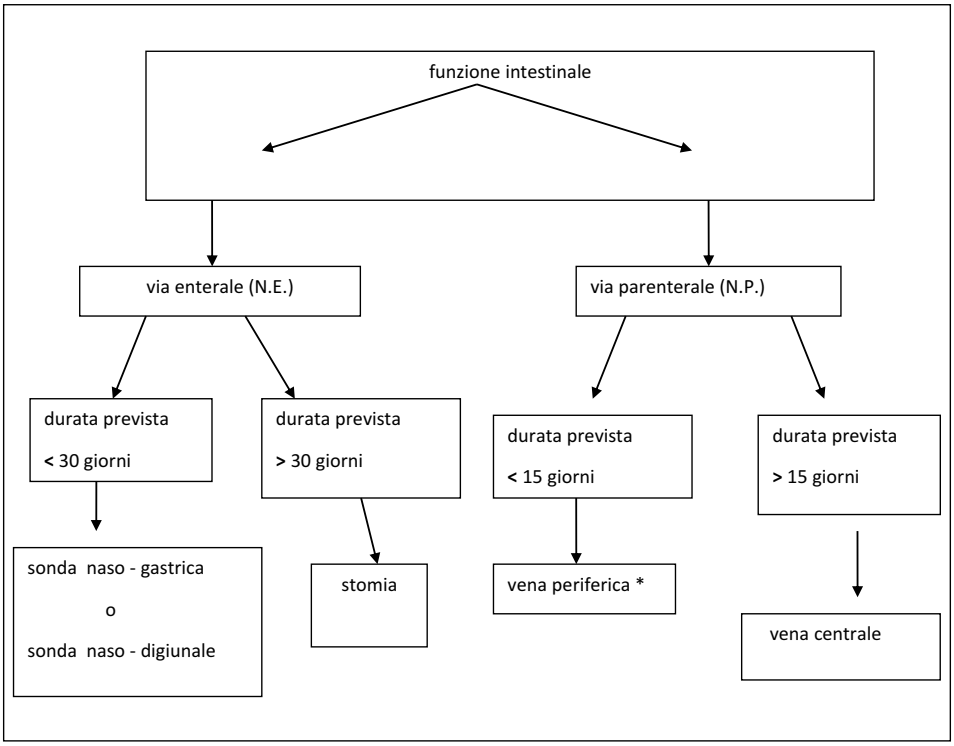
1. IMC.....<20.5?	si	no
2. calo ponderale negli ultimi 3 mesi?	si	no
3. il paziente ha ridotto gli apporti alimentari negli ultimi 7 gg.?	si	no
4. è severamente malato/acuto?	si	no

(N.B. in alternativa si possono utilizzare
il MUST o il **MNA Short-Form per gli anziani**)

***Tab. 2. Linee di Indirizzo Nazionale per la Ristorazione Ospedaliera e Assistenziale, Ministero della Salute**: Flow chart operativa per la valutazione del rischio nutrizionale. Fonte: da Leonardi F. et al. Modificata (40)*



***Tab. 3**. Scelta della via di somministrazione della Nutrizione Artificiale. Fonte: Linee Guida SINPE (25)*



Nel dare atto al Ministro della Salute, **Giulia Grillo,** dell'iniziativa a coinvolgere nell'elaborazione del nuovo patto per la salute 2019-2021 tutti i diretti protagonisti, con la presente, la **FIALS**, nel chiedere l'audizione, invia il proprio documento propositivo.

Fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale – *art. 1 bozza patto della salute*
Il nuovo Patto per la salute deve avere come obiettivo centrale quello di ristabilire il rispetto del diritto alla salute e alle cure dei cittadini, messo in discussione da anni di tagli al Servizio Sanitario Nazionale.
Tale diritto deve essere esigibile in tutto il territorio nazionale, come prevede la Costituzione, tramite l'accesso, in tempi rapidi e certi, a servizi e a prestazioni di qualità, stabiliti nei Livelli Essenziali di Assistenza.
Ciò significa, in primo luogo, immediatamente e senza condizioni, assicurare un incremento significativo delle risorse a disposizione per il triennio 2019-2021, già stanziate in legge di bilancio" (2 mld in più per il 2020 e 1,5 mld per il 2021) e **senza che le stesse siano vincolate, come previsto dall'art. 1, c. 1 dell'articolato della bozza del patto della salute, al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e variazioni del quadro macroeconomico.**
Risorse Umane - *art. 5 bozza patto della salute* -
Riteniamo che al comma 1 dell'articolato sia espressa la vera premessa fondante di questo patto della salute: "le risorse umane sono la prima leva per garantire l'appropriata erogazione dei Lea e la sicurezza e la qualità delle cure (...)" Preoccupa però che già nel patto della salute 2014-2016, all'art. 22, fossero contenuti gli stessi principi ed obiettivi rimasti incompiuti.
Chiediamo che nell'articolato venga esplicitato che "***la metodologia venga***

definita con la partecipazione attiva degli Ordini delle Professioni Sanitarie e le OO.SS. di categoria rappresentative". Difatti, abbiamo già sperimentato gli effetti di una metodologia inadeguata alla determinazione del reale fabbisogno di personale e della formazione delle professioni sanitarie.
Inoltre, nella programmazione dei fabbisogni normativi deve rientrare anche quella del personale appartenente al profilo professionale di **operatore sociosanitario**, nonché tutti i profili di interesse sanitario e di arte sanitaria ausiliaria (***puericultrici***).
Senza dubbio è un articolato molto intenso, ma fortemente incentrato sulla sola valorizzazione della sola dirigenza medica, tant'è che si fa riferimento alle professioni sanitarie solo nelle poche righe del c 7. **Nessun riferimento alla carenza di organico delle professioni sanitarie, specie quelle infermieristiche, e alla loro valorizzazione oltre il tema degli incarichi.** Tema tra l'altro che necessita di una norma ponte per l'effettiva realizzazione.
Il trattamento economico e normativo durante la fase di specializzazione post-laurea delle professioni sanitarie deve essere la medesima per tutte, al pari di quelle mediche, avendo tutti gli stessi doveri ma non gli stessi diritti, trasformando la prevista borsa di studio in un normale contratto di formazione lavoro da regolamentare nella contrattazione collettiva.
Il contratto di formazione lavoro, come già previsto nel CCNL, deve essere previsto come indicazione normativa per il reclutamento, nella misura percentuale da definire, di laureati delle professioni sanitarie di cui alla legge 251/00 da parte delle aziende sanitarie sede di corso di laurea al fine di velocizzazione delle procedure di assunzione.
Questa scelta potenzierebbe la finalità del SSN anche nella formazione come previsto dall'articolo 6 del dlgs 502/92, esaltandone il valore di risorsa; **a tal fine è quanto mai necessario un provvedimento che equipari nella funzione e nelle modalità di attribuzione dell'incarico di docenza e nella partecipazione alla vita accademica, i docenti dei corsi universitari per le professioni sanitarie (attualmente tutte dipendenti dal SSN) a quei docenti dipendenti degli Atenei**.
Per corrispondere la formazione all'evoluzione scientifica, tecnologica ed ordinamentale nonché al mutato quadro epidemiologico e demografico del Paese, si reputa necessario che **vengano rivisti gli ordinamenti dei corsi di laurea magistrale/specialistica delle professioni sanitarie** di cui alla legge

251/00, **prevedendo che abbiano indirizzi non solo gestionali e didattici, ma anche clinici,** al fine di implementare competenze strettamente professionali anche come evoluzione dei master specialistici di cui all'articolo 6 della legge 43/06.
La bozza dell'articolato del patto per la salute, *al comma* 7, riconosce che la valorizzazione delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione (alle quali va aggiunta la professione sociosanitaria di assistente sociale, compresa dalla legge 251/00 e dal CCNL del comparto sanità) è determinata dall'applicazione degli incarichi professionali previsti dal contratto nazionale.
Soddisfatti che il contratto abbia avuto il primato nel riuscire a valorizzare le competenze di queste professioni rispetto ai fallimenti normativi e regolamentari precedenti si ritiene che:

- la scelta strategica di valorizzazione delle professioni sanitarie e sociosanitarie realizzata con gli incarichi professionali, previsti dal contratto nazionale del 21.05.2018, debba essere considerata un investimento da finanziare adeguatamente perché finalizzata ad erogare prestazioni più adeguate, tempestive ed efficaci, a riformulare l'organizzazione del lavoro in sanità rivedendo anche i carichi di lavoro quanti-qualitativi delle professioni e tra le professioni, contribuendo, così anche fronteggiare la carenza di molte specialisti medici;
- **il sistema degli incarichi professionali debba essere esteso a tutti sul modello della dirigenza medica e sanitaria, graduando gli incarichi sulla base delle scelte programmatorie dell'atto aziendale,** sia in ambito distrettuale che dipartimentale ed ospedaliero e sulla base delle competenze acquisite non solo dalla formazione ma anche dalla esperienza positivamente verificata; gli incarichi di esperto e di specialista verrebbero elevati, pertanto ad incarichi di alta professionalità e agli altri verrebbero corrisposti incarichi professionali di base etc.. Ma è necessario prevedere una norma ponte che permetta alle aziende di applicare il Contratto. Basterebbe scrivere che fino alla data del compimento dei corsi universitari di cui all'art.16 comma 7 e 8 del CCNL l'incarico di professionista specialista e di professionista esperto, per il personale del ruolo sanitario e dei profili di collaboratore professionale assistente sociale ed assistente sociale senior, è assegnato in analogia a quanto previsto per il personale appartenente ai ruoli

amministrativo tecnico e professionale.

- considerata l'evoluzione ordinamentale e formativa raggiunta dalle professioni sanitarie, non ha più alcuna motivazione, tanto da **apparire incostituzionale, la differenza legislativa con le professioni sanitarie di medico, odontoiatra, veterinario, farmacista, biologo, chimico, fisico e psicologo nell'esercizio della libera professione intra ed extra muraria e della conseguente indennità di esclusività, in regime di lavoro dipendente esclusivo**. Pertanto, riteniamo urgente e necessaria una nuova strada legislativa. E *proprio sulla indennità di esclusività, appare tanto più anacronistica la differenziazione tra dirigenza sanitaria e dirigenza delle professioni sanitarie.* Andrebbe almeno riconosciuta loro una compensazione, una perequazione economica. É aberrante che ancora oggi, i Dirigenti delle professioni sanitarie all'interno dello stesso contratto della dirigenza sanitaria, siano gli unici ad avere egual doveri ma diversi diritti. **Libera professione intra ed extra muraria e indennità di esclusività per tutti i professionisti sanitari permetterebbe di valorizzare le professioni interessate e di potenziare l'offerta di prestazioni finanziabili non solo dai cittadini ma anche dalla mutualità integrativa, con evidenti vantaggi per le aziende sanitarie.**

Infine per dare piena attuazione alla scelta strategica della integrazione sociosanitaria, è opportuno affrontare la questione delle specifiche risorse umane e professionali di tale area.
É auspicabile che il cronoprogramma dell'attuazione degli obiettivi sulle risorse umane del patto della salute abbia dei tempi certi e non "non definibili".
Per supportare la strategia di promozione del benessere definita dalla Organizzazione Mondiale della Sanità e che trova nel "Patto per la Salute" - *art. 10 dell'articolato della bozza del patto per la salute* -, un forte stimolo attraverso l'integrazione sociosanitaria, è opportuno dare dignità attuativa alla specifica **area delle professioni sociosanitarie**, in quanto si tratta di giusta scelta del legislatore in un settore, quale quello sociosanitario, ad elevata espansione per l'attuale quadro demografico ed epidemiologico.
La legge 3/18 all'articolo 5, dopo decenni di non attuazione della norma già prevista dl 3 octies del dlgs 502/92, ha contestualizzato e rilanciato l'istitu-

zione dell'area delle professioni sociosanitarie, indicando già i primi quattro profili che la compongono, tra cui quello dell'Operatore Socio Sanitario. Nella stessa occorre ricollocare i profili esistenti a rilevanza socio-sanitaria, mentre dovranno, in coerenza, restare esclusi eventuali nuovi profili a rilevanza esclusivamente sociale o esclusivamente sanitaria.
A parere della **FIALS**, proprio per il profilo professionale **dell'Operatore Socio Sanitario**, Ministero della Salute e Regioni potrebbero avviare quel processo di perfezionamento contenuto già nello specifico **Tavolo ministeriale** e mai attuato ad iniziare dalla formazione, ribadendo sia la titolarità delle sedi formative del SSN che un'eguale formazione quanti-qualitativa a livello nazionale.

Reti strutturali di assistenza territoriale socio-sanitaria. Presa in carico nel percorso di cura. – *art. 10 bozza patto per la salute* -
Non può e non deve restare incompiuto l'obiettivo di questo articolato, già previsto da altre normative esistenti (Piano nazionale per le cronicità) ma non ancora attuato per criticità nell'offerta dei servizi e/o per resistenze al cambiamento Ospedale/territorio o per la stessa mancanza di personale medico e professioni sanitarie.
Necessita con urgenza definire il Regolamento degli standard relativi all'assistenza sociosanitaria territoriale, come gli stessi standard del personale, per rispondere adeguatamente al mutato contesto socio-epidemiologico.
La proposta del Patto per la Salute, sempre nell'articolo 10, c. 2, più volte parla e valorizza l'istituzione **dell'infermiere di famiglia/comunità**, peraltro già avviata in alcune Regioni anche da tempo; è evidente che anch'essa rientra negli incarichi di alta professionalità previsti dal CCNL, tuttavia per essere più funzionale ed omogenea al professionista con cui dovrà operare, cioè il MMMG e il PLS si ritiene necessaria attivare anche un Accordo Nazionale Unico per l'infermieristica di famiglia, estendibile, come avviene già nell'ACN della specialistica ambulatoriale, anche ad altre professioni ad esempio della riabilitazione o a quella di ostetrica.
A quarant'anni dall'avvio della Riforma Sanitaria rimane incompiuta l'idea dominante della stessa legge 833/78: il potenziamento della sanità territoriale e la piena dignità in ogni campo con la sanità ospedaliera.
Per rilanciare questa idea, un ruolo determinante lo può e lo deve svolgere

l'organizzazione distrettuale delle Cure Primarie, ad iniziare dalla medicina generale attraverso lo sviluppo di aggregazioni non solo di medici di famiglia o pediatri di libera scelta ma anche e soprattutto di equipe multiprofessionali e multidisciplinari, con la partecipazione di specialisti ambulatoriali, di professioni infermieristiche e riabilitative nonché psicologi, assistenti sociali ed operatori sociosanitari. Ciò permetterebbe di risolvere anche l'annoso e gravoso problema dei tempi di attesa in pronto soccorso, degli accessi inappropriati e delle stesse aggressioni ai danni del personale.
Fermo restando che la definizione del Piano di cura e il coordinamento clinico sono nella responsabilità medica, in questo quadro di riferimento assume un ruolo primario l'assistenza territoriale garantita dalle professioni infermieristiche nel ruolo di case manager nella presa in carico di pazienti in condizioni croniche ad alta complessità o di non autosufficienza/disabilità e al profilo gestionale del personale infermieristico nel nuovo Ospedale di comunità.
Governo e Regioni devono investire nel settore anche al fine di colmare il divario tra spesa ospedaliera e spesa territoriale, iniziando proprio dall'implementazione a livello nazionale del modello di infermiere di famiglia/di comunità, già positivamente e da anni sperimentato in alcune Regioni.
I risultati dell'ultimo Osservatorio civico FNOPI-Cittadinanzattiva chiariscono che oltre il 79% dei cittadini vorrebbe poter scegliere/disporre di un infermiere di famiglia/comunità come con il medico di medicina generale e se è vero come è vero che proprio i cittadini sono gli unici azionisti delle Aziende Sanitarie è ora di dar retta alla "Proprietà" delle Aziende stesse.
Diviene, pertanto quanto mai vincente istituire una forma più avanzata e più rispondente di rapporto di lavoro libero professionale convenzionato per l'infermiere di famiglia analogo a quello del MMG quindi una organizzazione di liberi professionisti convenzionati medici ed infermieri, che insieme collaborano, nel rispetto dei diversi ruoli.
Un'organizzazione del lavoro interprofessionale siffatta prevede che il medico di medicina generale sia il 'clinical manager' dei cittadini mentre l'infermiere sia il "care manager", considerato che eseguita la diagnosi e prescritta la terapia, per il cittadino è altrettanto fondamentale e vitale essere, guidato e aiutato nei suoi bisogni di salute in forma proattiva, competenze proprie della professione infermieristica.

Per queste motivazioni si ritiene quanto mai necessaria ed opportuna l'apertura di un tavolo negoziale per la stipula di Accordi Collettivi Nazionali sia per l'istituzione dell'infermiere di famiglia che per le professioni sanitarie della riabilitazione nonché per l'ostetrica di comunità.
Si ricorda che l'articolo 48 della legge 833/78 prevede che per le modalità con cui si stipulano Accordi Collettivi Nazionali con il personale convenzionato medico si prevede che: " *I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo*"
Malattie croniche e disabilità, ma non solo, abbisognano di un potenziamento delle attività territoriali delle professioni sanitarie della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, podologo, terapista occupazionale...) per le quali si richiede anche per queste branche professionali lo sviluppo di rapporti convenzionali.
Così come per la gestione territoriale della gravidanza fisiologica e l'assistenza post partum alla puerpera, appare quanto mai opportuno prevedere una specifica convenzione per l'istituzione dell'ostetrica di comunità.
Ricerca - art. 13 dell'articolato del patto per la salute –
Relativo alla promozione della "Ricerca" sanitaria, riteniamo che non bastino sommarie dichiarazioni d'intenti prive di finanziamenti dedicati e certi.
Revisione disciplina ticket ed esenzioni – art. 14 bozza articolato patto per la salute –
Prendiamo atto favorevolmente di procedere all'abolizione della quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da parte degli assistiti non esentati, però ci preoccupa fortemente che tale operazione debba essere fatta a isorisorse, con una "*revisione della disciplina della partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini che preveda la graduazione dell'importo dovuto in funzione del costo delle prestazioni e del reddito familiare equivalente – vale a dire del reddito prodotto dal nucleo familiare fiscale rapportato alla numerosità del nucleo familiare*".
Non vorremmo che tale operazione, che rimane anche contabile, ricadesse più fortemente sui cittadini meno abbienti, che già oggi, sono costretti ad abbandonare il loro stato di salute e di benessere.

Conclusioni

Nel ringraziare per questa opportunità di ascolto, ci permetta esprimere le nostre preoccupazioni circa la richiesta di **autonomia differenziata** avanzata da Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna nell'ambito della sanità che rischia di spezzare definitivamente uno dei fili verticali che tengono insieme il nostro Paese e sostengono il senso di comunità nazionale.

Il rischio da evitare è che senza un serio confronto politico e senza un reale coinvolgimento dell'opinione pubblica e delle **parti sociali**, venga cancellata una delle più importanti conquiste di civiltà del nostro Paese. Quel Servizio sanitario nazionale, improntato ai principi di universalità, equità e solidarietà, che garantisce le stesse cure a tutti i cittadini italiani, indipendentemente dalle loro origini, dalla residenza o dalle condizioni socio-economiche, con oneri a carico dello Stato, mediante un prelievo fiscale su base proporzionale.

In un Sistema sanitario già lacerato da importanti differenze, può venir meno definitivamente il concetto stesso di Servizio sanitario nazionale e di politica sanitaria nazionale, con uno strappo definitivo tra Nord e Sud tale che il diritto alla salute cesserà di essere un bene pubblico nazionale per assumere una valenza locale, che diventa così la fonte primaria del diritto.

Ed ancora, in attesa della *definizione degli standard del personale*, riteniamo che **le assunzioni di personale debbano rappresentare un obiettivo primario del patto della salute.**

Senza un immediato **sblocco del turn – over e piano straordinario delle assunzioni**, aumenteranno ulteriormente i carichi di lavoro, già ora insostenibili, con le ovvie ripercussioni sulla qualità e nella quantità dei servizi che si è in grado di offrire ai cittadini, generando in alcuni contesti, come nei pronto soccorso, un aumento delle aggressioni nei confronti del personale sanitario.

Come necessita mettere la parola fine al precariato in sanità. Per accelerare le assunzioni, il termine di maturazione dei requisiti per la procedura di stabilizzazione, prevista dall'art. 20 del d.lvo 75/2017, **deve essere esteso all'anno 2018**.

Per dare certezza a poter corrispondere al personale di nuova assunzione, come allo stesso personale da stabilizzare, gli emolumenti accessori, **necessita che i fondi contrattuali, bloccati alla quantificazione del 2016, abbiano un reale incremento.**

Come FIALS, chiediamo che con la prossima legge di bilancio 2020, venga prevista la soppressione, a decorrere dal 1.1.2020, dell'art. 23, c. 2, del dlvo 75/2017 o in alternativa una sua modifica nel modo seguente: "*Gli Enti ed Aziende del SSN, a seguito di processi di stabilizzazione e di nuove assunzioni previste dai piani di fabbisogno approvati, in deroga al limite previsto dall'art. 23 c. 2 del d.lvo 75/2017, incrementano in quota parte i fondi contrattuali di parte stabile destinati al trattamento economico accessorio del personale".*
Infine, riteniamo quantomai necessario che vengano emanati gli Atti di Indirizzo per i rinnovi contrattuali 2019-2021, stavolta sostenuti da un vero finanziamento per la valorizzazione economica di tutti gli operatori della sanità e dei professionisti sanitari **con retribuzioni vicine a quelle degli altri Paesi Europei.**

CONSIDERAZIONI E PROPOSTE DELLA FIASO FEDERAZIONE ITALIANA AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE

Premessa

Con piacere e in spirito di piena collaborazione, FIASO ha accolto l'invito pubblico del Ministro della Salute che promuove scenari di sistema e di partecipazione qualificata dei diversi stakeholder della sanità, primi fra tutti i cittadini.
FIASO, Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, rappresenta il punto di vista di oltre il 70% delle strutture del SSN (ASL, AO, AOU, IRCCS, Agenzie regionali), e desidera offrire il proprio contributo in questo contesto di ascolto così esteso, mettendo a disposizione un patrimonio di 20 anni di storia dell'aziendalizzazione in sanità.
Si è ritenuto di aderire alla seconda giornata (9 luglio) riservata alle Associazioni delle imprese del settore ricerca e sviluppo non riuscendo a rintracciare tra i soggetti previsti dal Regolamento di partecipazione alcun profilo che si riferisse propriamente alle Aziende Sanitarie.
Il contesto, segnato da criticità del livello di finanziamento del SSN, è stato vissuto dalle Aziende Sanitarie come una forte motivazione a recuperare margini di efficienza attraverso buone programmazioni, buoni sistemi di regole, buone gestioni.
Il perseguimento di questi obiettivi richiede un impegno coerente delle istituzioni centrali, regionali e locali (singole Aziende sanitarie). Sotto questo profilo, negli ultimi anni abbiamo assistito ad un percorso virtuoso ma accidentato del SSN, che occorre consolidare con ulteriori investimenti a favore dell'innovazione e del-

l'aggiornamento strutturale. A conclusione di questo periodo di necessario contenimento dei costi occorre sottolineare come ulteriori margini di risparmio risultano difficili da ipotizzare senza perdite di efficienza con ripercussioni dirette sulla capacità di tenuta del sistema.
Il Patto per la Salute rappresenta la sede nella quale definire obiettivi e strumenti per affrontare le sfide poste al Servizio Sanitario Nazionale, nel quale le Aziende Sanitarie operano ogni giorno per coniugarne qualità e sostenibilità. Le Aziende Sanitarie italiane sono pronte a perseguire in modo responsabile ed efficace gli obiettivi che verranno definiti nel Patto.
FIASO auspica di aprire una collaborazione istituzionale costante sui temi di vitale importanza e cogente attualità per il SSN, nella certezza che l'esperienza aziendale possa concorrere a ridefinire logiche di governo in grado di ottemperare agli obiettivi di sanità pubblica e di sostenibilità del sistema.

Nel documento presentato per la consultazione verranno toccati, fra quelli proposti, 3 temi di particolare attualità:
A. il n. 2 "Personale del SSN";
B. il n. 5 "Reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria";
C. il n. 7 "Efficienza e appropriatezza utilizzo fattori produttivi".

A. Personale del SSN
Le organizzazioni del servizio sanitario sono caratterizzate da elevata complessità e alto tasso di specializzazione del capitale umano e di innovazione tecnologica. Si prestano ad essere considerate organizzazioni della conoscenza nelle quali la valorizzazione del personale rappresenta il fattore strategico per ogni politica aziendale volta a garantire qualità e sostenibilità del SSN.
Negli ultimi anni le Aziende del SSN sono state chiamate a trovare soluzioni organizzative per rispondere ai continui cambiamenti in corso nel contesto economico, politico e demografico, e per rispettare le indicazioni della normativa nazionale e regionale nell'ambito della gestione delle risorse umane.
Tra gli esempi più rilevanti di tali cambiamenti e vincoli di contesto, troviamo il blocco del turnover, la riduzione nel numero degli incarichi di struttura e, a partire dallo scorso anno, l'adeguamento del settore sanitario alla normativa comunitaria in merito all'orario di lavoro del personale sanitario (art. 14

legge 161/2014). Queste misure sono state inserite in un contesto che prevedeva il blocco dei rinnovi contrattuali e vincoli normativi contradditori (ad es. ogni anno -1,4% sulla spesa del personale registrata nel 2004), cui si è sommato il marcato invecchiamento degli organici aziendali: condizioni che hanno reso la gestione del personale un'attività al contempo centrale e difficoltosa.

Negli ultimi tre anni, in particolare, FIASO ha promosso un investimento straordinario sulle politiche del personale quale tema strategico guida per la Federazione, partendo dalle questioni più critiche approfondite con analisi e proposte di intervento su:

- adeguamento del settore sanitario alla normativa comunitaria in merito all'orario di lavoro del personale sanitario con il volume della ricerca "*Impatto della legge 161/2014 sulle Aziende del SSN*" presentato a Roma il 10 marzo 2017;
- CCNL comparto e dirigenza SSN (documento di indirizzo; proposte specifiche);
- dinamica in uscita e in potenziale entrata - tenendo conto dei futuri specializzati - del personale medico dipendente in forza al SSN in un arco temporale che va dal 2012 e si proietta, in una prospettiva di medio periodo, al 2025. Il volume della ricerca "*Dal fabbisogno specialistico di personale SSN allo sviluppo organizzativo delle competenze*" è stato presentato il 12 luglio 2018;
- revisione della disciplina concorsuale per l'accesso al SSN, per consentire maggiore efficienza e coerenza con le mutate situazioni organizzative del SSN;
- sistemi di gestione delle risorse umane nelle Aziende Sanitarie, spostando il focus dall'amministrazione alla gestione e valorizzazione del personale del SSN con particolare attenzione su stato e strategie di intervento per i medici, infermieri, OSS, amministrativi di 12 Aziende sanitarie italiane neo-inseriti (under 35 e 40) o per i senior (over 55 e 60). Il volume verrà presentato il prossimo 11 luglio presso la sede del CNEL a Roma.

Inoltre, dal 2017, FIASO ricopre il ruolo di rappresentanza italiana in Commissione Europea dei datori di lavoro in sanità insieme all'ARAN attraverso HOSPEEM nel Dialogo sociale con i sindacati europei.

In relazione alle proposte sul personale si può far riferimento a quanto portato

all'attenzione del Ministro con nostra nota dello scorso 12 aprile. Rispetto a quelle proposte e agli scenari di uscita dal servizio delineati in quel periodo, FIASO ha aggiornato successivamente il quadro di riferimento, realizzando una ricerca sull'impatto dei più recenti provvedimenti legislativi sull'accesso al pensionamento (cosiddetta *Quota 100*) con la partecipazione di oltre il 50% delle Aziende sanitarie italiane. Il risultato è un'anticipazione del pensionamento di un significativo numero di unità di personale sanitario (+24%), in particolare di amministrativi (+33%), OSS (+26%) e infermieri (20%) con una adesione significativa anche dei dirigenti medici (incremento stimato +16%) che si innesta nel quadro critico attuale e prossimo di fabbisogno specialistico.
Nell'immediato la criticità della situazione rischia di mettere in discussione l'offerta assistenziale e di porre le Aziende sanitarie nella situazione di scongiurare l'interruzione di pubblico servizio attraverso soluzioni che impattano in modo contradditorio con le attuali previsioni normative.
Si ritiene pertanto di formulare alcune proposte operative di breve periodo che servano a tamponare la condizione attuale di assoluta criticità del personale sanitario e altre di medio periodo, tali da offrire una prima risposta alle esigenze del SSN.

- Nel **breve periodo** occorre attivare subito politiche su:
  - Aggiornamento del percorso di specializzazione, consentendo alle Aziende sanitarie non universitarie di stipulare direttamente contratti aggiuntivi rispetto a quelli banditi annualmente dalle Università con l'obiettivo di incrementare considerevolmente il numero di specializzati e di armonizzare la presenza degli specializzandi nelle strutture del SSN;
  - Incarichi libero-professionali, in caso di oggettiva impossibilità di garantire altrimenti i servizi e per il periodo strettamente necessario, a medici abilitati all'esercizio della professione e a medici già collocati in quiescenza;
  - Procedure di selezione.
- Nel **medio periodo** occorre investire per aggiornare e rendere coerente l'intero impianto normativo e contrattuale del personale sanitario alle mutate esigenze del settore:
  - Revisione del percorso di specializzazione;
  - Skill mix;

- Sistemi di gestione delle risorse umane;
- Percorsi di carriera;
- Revisione normativa.

La gravità della situazione esistente impone, inoltre, l'attivazione di iniziative per la riforma complessiva del sistema, alle quali FIASO intende contribuire in maniera fattiva e collaborativa con risposte concrete ed efficaci.
In ogni caso, non dobbiamo dimenticare le iniziative intraprese per il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari nella ricerca di soluzioni: occorre una revisione complessiva di sistema che coinvolga tutte le professioni, per renderle sempre più integrate, in modo da ottimizzare le risorse presenti nel SSN e valorizzarne le competenze. Il SSN del futuro dovrà evolvere, superando l'assetto attuale, strutturandosi su modelli innovativi che tengano conto del cambiamento delle competenze professionali.

B. Reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria.
Le diversificazioni interregionali in tema di qualità dei servizi sanitari e di concreta possibilità di accesso rappresentano la criticità più avvertita del SSN. Per uno dei tanti paradossi nazionali, l'entità delle differenze fra luogo e luogo è inversamente proporzionale alla complessità della prestazione.
Appare, quindi, quanto mai opportuno che la "bozza" del Patto per la Salute affronti ampiamente il problema dei servizi territoriali e preveda l'adozione di un Regolamento che definisca gli standard quali- quantitativi dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale.
Non si sente l'esigenza di riproporre all'attenzione generale questioni fondamentali e mai risolte, come l'integrazione ospedale-territorio, la gestione dei percorsi terapeutici e assistenziali del paziente cronico, il pieno coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nelle attività distrettuali, la presa in carico unitaria dell'assistito da parte dei servizi sanitari, socio-sanitari e di assistenza sociale.
Sarebbe fatica inutile disciplinare strutture e procedimenti senza incidere sulla *governance* delle relazioni fra le Regioni, le Aziende del SSN e gli Enti Locali, titolari delle competenze in materia di assistenza sociale.
L'ingegneria istituzionale – di cui in questo quarto di secolo si è, talvolta,

anche abusato - richiede riflessioni approfondite, non compatibili con la brevità di questo intervento.
Giova, tuttavia, evidenziare sin d'ora che il punto d'incontro fra preesistente e nuovo, e fra Enti di natura diversa, va cercato non tanto nelle dinamiche dell'organizzazione dei servizi (Territoriali ed Ospedalieri) ma nell'esercizio delle *funzioni di tutela*.
Per quanto riguarda il diritto alla salute, tale funzione a livello locale fa capo alle Aziende del S.S.N., mentre le garanzie poste all'esercizio di altri diritti della persona rientrano nelle attribuzioni dello Stato e di quelle dei Comuni e delle loro forme associative.
La legge 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, affermava sul piano funzionale il principio unitario, incarnato nell'Unità Sanitaria Locale. Da allora molte cose sono cambiate: il rafforzamento del ruolo delle Regioni ha generato dinamiche nuove nei rapporti con il Governo centrale e con gli Enti Territoriali che non possono essere ignorate. Per qualsiasi approfondimento si rinvia al volume FIASO del dicembre 2017 *Aziende e management per il futuro del SSN*.
Il Patto per la Salute può ben essere, quindi, il momento, opportuno per proporre al legislatore una innovazione normativa che sappia coniugare l'efficienza della gestione dei servizi con la responsabilità della tutela della salute dei cittadini.

C. Efficienza e appropriatezza utilizzo fattori produttivi

La velocità dei cambiamenti nello scenario evolutivo globale interessa direttamente il sistema sanitario e richiede aggiornamenti per garantire piena efficacia dell'azione delle Aziende sanitarie nell'assicurare la migliore combinazione dei fattori produttivi, in termini di efficienza e appropriatezza, che molto dipende dai modelli organizzativi aziendali. Nel bilanciamento tra costi e qualità e nel rispetto degli obiettivi di sanità e finanza pubblica assegnati, si propone di intervenire attraverso:

- Snellimento burocratico:
  - nei rapporti con i fornitori del SSN, favorendo dialogo e sinergia collaborativa tra soggetti economici con l'obiettivo di rinforzare la forza contrattuale, la trasparenza e l'efficienza nel processo di approvvigionamento (revisione del Codice degli appalti);

  - nell'accesso agli investimenti (ex art. 20 legge 67/88) con un tempio medio stimato di 4 anni tra richiesta e disponibilità dei fondi;
- Superamento dell'articolo 29, comma 1 punto b) del D. Lgs. 118/2011, nel quale si stabilisce che i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione. La normativa non favorisce una gestione coerente degli investimenti.
- Definizione dell'intero impianto attuativo della Legge sulla responsabilità professionale (cosiddetta *legge Gelli*). FIASO collabora con il Ministero dello Sviluppo Economico sullo schema del Decreto Ministeriale attuativo di cui all'art. 10 comma 6 della legge 24/2017. Qualsiasi richiesta di applicazione non può ritenersi del tutto valida senza un intervento normativo che definisca Tabelle di risarcimento per il settore sanitario coerenti in termini di sostenibilità ed equo riconoscimento del danno. Le possibili linee di intervento sono già contenute nella nota dello scorso 16 gennaio del Direttore generale del MISE al proprio Ufficio di Gabinetto e Legislativo.
- Applicazione del Documento finale del Gruppo di lavoro 2 "Metodi, Formazione e Comunicazione" approvato dalla Cabina di regia presso il Ministero della Salute all'interno del programma nazionale HTA. FIASO partecipa attivamente al Tavolo innovazione del Ministero, e si è candidata, rispetto al documento, come sede per sperimentarne la fase applicativa.
- Completamento del processo di dematerializzazione del ciclo passivo promosso dal MEF con il DDT elettronico (documento di trasporto), dopo l'introduzione nel 2015 della fatturazione elettronica – volume di ricerca FIASO presentato nel 2016 - e la prossima, dal 1 ottobre di quest'anno, dell'ordine di acquisto elettronico. Sull'ordine di acquisto elettronico siamo in attesa del regolamento attuativo del MEF con l'auspicio della introduzione di alcuni correttivi già evidenziati dallo stesso Ministero e, per ottimizzarne l'impatto gestionale, della applicazione per *step*, che parta dal settore dei beni sanitari e non sanitari per poi affrontare quello dei servizi;
- Disponibilità dell'esperienza di un gruppo di n. 30 Aziende sanitarie associate FIASO che, sui ricoveri ospedalieri, hanno impiantato un benchmark dei costi per fattore produttivo attraverso la metodologia dell'activity based costing.

FIMEUC
Federazione Italiana
Medicina di Emergenza-Urgenza
e delle Catastrofi

"La Federazione Italiana dell'Emergenza Urgenza e delle Catastrofi alla consultazione per il nuovo Patto per la Salute ha inteso porre l'attenzione del Governo la necessità di una riforma strutturale del sistema della medicina di emergenza/urgenza, per la stabilizzazione dei medici precari del settore, auspicando un piano di nuove assunzioni per il 118" così Fabiola Fini, Presidente della Federazione Italiana dell'Emergenza Urgenza e delle Catastrofi in una dichiarazione per commentare la partecipazione della FIMEUC alla consultazione voluta dal ministro Giulia Grillo sul Patto della Salute.

"Con il DPR 27 marzo 1992 le prestazioni in emergenza-urgenza diventavano un livello essenziale di assistenza. Il sistema di Emergenza Urgenza appare oggi diverso nelle singole regioni e senza alcuna effettiva integrazione tra il sistema di emergenza preospedaliera ed ospedaliera.
S'impone una revisione della normativa che tenga conto della nuova scuola di specializzazione in medicina di emergenza-urgenza, delle attività di cura e di diagnosi del settore preospedaliero ed ospedaliero, per i pazienti di ogni età, delle carriere e contratti dei medici di emergenza".

"Per il sistema di emergenza sanitaria territoriale si fa semplicemente riferimento alle attività di stabilizzazione e trasporto, e per l' assistenza ospedaliera, si definiscono l'attività del Pronto Soccorso in termini di primi trattamenti diagnostici e terapeutici (regolamentata dalla funzione triage) e l'attività dell'OBI in termini di percorsi diagnostici terapeutici più complessi di fatto, ignorando l'organizzazione hub e spoke della rete ospedaliera e delle reti per le malattie tempo-dipendenti, fulcro del DM70/2015 e l'organizza-

zione dipartimentale quale il Dipartimento Intergrato d'Emergenza".
"Il personale dell'emergenza urgenza, continua Fini, rappresenta uno degli anelli fondamentali del SSN per fornire una adeguata assistenza al cittadino in condizione di emergenza urgenza e per l'appropriatezza del Lea. Esiste, ancora, un forte gap tra necessità di personale dell'emergenza urgenza e numero di borse di studio di scuola di specializzazione nel settore (necessarie almeno 250 borse di specializzazione in medicina di emergenza urgenza)".

"C'è necessità urgente per la tenuta del Sistema Sanitario di potenziare il 118 di permettere anche l'accesso ai medici convenzionati attualmente operanti nel sistema con posti riservati nella specializzazione, con percorsi formativi di specializzazione presso ospedali accreditati, nel corso della loro attività lavorativa, per ottimizzare la loro formazione professionale e poterli così inquadrare tutti in un unico ruolo professionale : la dirigenza Medica. Per questo poi procedere alla realizzazione del medico unico dell'emergenza -urgenza che darebbe risposte certe alle problematiche del settore".
"La FIMEUC, Federazione Italiana dell'Emergenza Urgenza e delle Catastrofi, ritiene siano indispensabili strutture adeguate per i luoghi di cura, con sistemi di controllo efficaci e che si prevedano risorse adeguate per garantire la sicurezza dei professionisti che operano nel SSN, contestualmente garantendo il diritto dei cittadini ad essere assistiti degnamente ed auspica una legge ad hoc per la tutela dei sanitari dalle aggressioni" conclude Fini.

1. Sviluppo organizzativo delle cure primarie per rispondere efficacemente alla gestione della cronicità: il microteam

Lo sviluppo dell'assistenza territoriale necessita non di una ridefinizione del rapporto contrattuale attuale ma di una nuova visione organizzativa e di sistema delle dotazioni tecnologiche e di personale utili a dare una risposta assistenziale coerente con le sfide che le cure primarie dovranno affrontare per gestire al meglio la promozione della salute, l'invecchiamento della popolazione e la cronicità.
Il quadro normativo di liberi professionisti convenzionati e un ACN moderno caratterizzato da investimenti normativi e professionali deve valorizzare la piena potenzialità di un lavoratore autonomo capace di investire su se stesso e sulla propria attività, orientandola agli obiettivi di salute della popolazione e favorendo una reale integrazione con l'organizzazione territoriale mediata dal microteam della medicina generale quale soluzione all'attuale carenza organizzativa e di personale del territorio e anche per gli obiettivi indicati dall'Art 11 della bozza del nuovo Patto per la Salute.

La normativa vigente, con le modifiche apportate all'Art 8 del D.Lgs 502/92 dalla Legge 189/2012 e dalla Legge 60/2019 (c.d. "Decreto Calabria") riorganizza l'assistenza territoriale in:

- Aggregazioni multiprofessionali, caratterizzate dall'interazione in strutture pubbliche tra medici di medicina generale, specialisti, infermieri, assistenti sociali ed altre figure professionali sanitare, **definite UCCP** (Unità Complesse di Cure Primarie). La complessità di tale forma ne limita la dif-

fusione centralizzando a livello distrettuale i servizi specifici offerti alla popolazione afferente, soprattutto nelle aree metropolitane o più urbanizzate, troppo spesso utilizzando strutture dismesse senza alcuna valutazione della logistica stradale e di trasporto che favorisca l'accesso del paziente e con enormi costi di gestione.

- Aggregazioni monoprofessionali della Medicina Generale, caratterizzate dal coordinamento funzionale dei medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale in aree anche a bassa densità di popolazione, **definite AFT** (Aggregazioni Funzionali Territoriali), finalizzate a garantire una risposta di cure omogena della medicina generale a tutta la popolazione per il raggiungimento di obiettivi assistenziali, organizzativi, formativi e di risk management. Le caratteristiche funzionali di tale forma ne garantiscono l'applicabilità e la diffusione in tutto il territorio nazionale, a prescindere dalle peculiarità oro-geografiche e trovano massimizzazione della risposta assistenziale in modelli organizzativi che permettano, rispettando la libera scelta del cittadino, l'accesso con caratteristiche di fiduciarietà e prossimità, rispondendo anche alla crescente richiesta di domiciliarità.
- Aggregazioni multiprofessionali definite dalla presenza, quali contenuti organizzativi minimi nell'ambito dello studio del medico di famiglia, del collaboratore di studio e dell'infermiere, capace di copertura oraria fiduciaria del team e non del singolo medico, integrabili tra di loro (**Fig. 1**) e con i modelli organizzativi esistenti nelle 12 ore del giorno (**Fig. 2**). Questo **micro-team** è definito dalla Legge 60/2019 e può rappresentare l'unità elementare assistenziale cui ogni studio di medicina generale dovrà tendere indipendentemente dalla complessità organizzativa e dalle caratteristiche del territorio in cui è inserito, al fine di garantire la capillarità della risposta assistenziale, l'accessibilità per la popolazione anziana e la domiciliarità per chi non è più in grado di recarsi presso lo studio medico.

Mentre UCCP e AFT sono state normate dal D.L. 189/2012, dal Patto della Salute 2014-2016 e dagli ACN 2009 e s.m.i., trovando già iniziale applicazione in Italia, il micro-team trae origine dalla recente Legge 60/2019 (art 12 comma 6 lettera a); conseguentemente diventa ambito dell'Accordo Collettivo Nazionale e necessita di riconoscimento nel nuovo Patto per la Salute per l'at-

tribuzione a Stato e Regioni delle rispettive competenze in materia.
In particolare, il micro-team potrà valorizzare l'attività assistenziale del Medico di Medicina Generale attraverso:

1) Personale di Studio Medico

Il Collaboratore di Studio e l'Infermiere rappresentano due figure indispensabili ad ogni MMG per l'organizzazione efficiente dello studio, nel rispetto degli specifici ruoli amministrativi ed assistenziali, rimessi alla responsabilità del Medico di Medicina Generale, con modalità contrattuali anche di smart working. Il MMG, infatti, può rappresentare un vero e proprio soggetto d'impresa, capace di produrre valore e creare lavoro su tutto il territorio nazionale, utilizzando risorse economiche in parte derivanti dal compenso professionale del medico. Pertanto chiediamo che l'orientamento legislativo del sistema Stato-Regioni possa impegnarsi ad incentivare le assunzioni del personale di studio con meccanismi riconducibili nelle legislazioni economico-finanziaria indirizzata dagli orientamenti previsti dal patto per la salute (es: decontribuzione fiscale e previdenziale, incremento degli incentivi, coinvolgimento degli aventi diritto al reddito di cittadinanza etc).

2) Dotazioni tecnologiche

Il micro-team, oltre che aumentare la risposta di intensità diagnostica e assistenziale dello studio di medicina generale in tema di prevenzione e presa in carico della cronicità, potrà accogliere/intercettare e gestire i pazienti che presentano una sintomatologia acuta (cronici e non), prevenendo nella maggior parte dei casi gli accessi ai servizi distrettuali e ospedalieri di primo e secondo livello, nonché ai pronto soccorso, che potranno pertanto ridurre i rispettivi costi e tempi di attesa. A tal fine è indispensabile che la dotazione tecnologica degli studi dei MMG si arricchisca di nuove strumentazioni (spirometri, ecografi, elettrocardiografi, POCT per diagnosi di laboratorio, etc) che il Medico, quale soggetto d'impresa, potrà acquistare. Il patto della salute potrà orientare Stato e Regioni a individuare strumenti di facilitazione per l'acquisto agevolato della strumentazione, nell'ambito di specifici accordi convenzionali decentrati (regionali e aziendali), con meccanismi riconducibili alla legislazione economico-finanziaria (es. riduzione IVA al 4% per l'acquisto, iperammortamento, strumenti impresa 4.0)

3) Modelli organizzativi di microteam

Nella definizione di micro-team, il patto per la salute potrà identificare la

necessità di investire risorse finalizzate alla sperimentazione del nuovo modello, in rapporto con le forme organizzative esistenti (medicine di gruppo e di rete), AFT e UCCP. L'unità elementare del microteam, rappresentato da MMG, collaboratore di studio e infermiere, evolve il modello attuale medico- centrico ad un modello team-centrico, in cui il Medico di Medicina Generale riveste ruolo di responsabile clinico e imprenditore etico. Il microteam può evolvere in forme più articolate di complessità attraverso il completamento orario e l'integrazione assistenziale del medico di Continuità Assistenziale o del medico a Ruolo Unico; attraverso il coordinamento con i farmacisti previsto dal D.Lgs. 502/92, Art 8, comma 1, lettera m bis; attraverso l'interazione funzionale con gli specialisti, i professionisti della riabilitazione, gli assistenti sociali e gli psicologi.

2. FORMAZIONE POST LAUREA MMG

Il Patto della Salute dovrà a nostro parere intervenire su due temi

1) La carenza di medici in possesso dei requisiti per l'accesso alla professione di medico di medicina generale

Entro il 2025 si assisterà al pensionamento di circa 21.000 MMG, pari a più del 50% dei MMG attualmente convenzionati. Fino al 2021 si diplomeranno solo 1000 medici di medicina generale all'anno, saranno 2000 nel 2022 (attuale triennio 2018-2021 il cui diploma è previsto nella primavera 2022). Le misure fin oggi adottate – anticipo di un anno per l'accesso al ruolo, inserimento in corso di quote di medici sovrannumerari – sono importanti ma non modificheranno sostanzialmente l'esito di questa emergenza per la quale FIMMG richiede di mantenere i diplomati in Medicina Generale in numero non inferiore ai 2000 all'anno, obiettivo garantito dalla Legge 60/2019 fino al triennio 2021-2024, seppur in carenza di borse di studio, condizione che rischia di mettere in discussione la qualità formativa dei medici diplomati.

2) Formazione lavoro in Medicina Generale (applicazione Legge 189/2012, art 1 comma 5)

Oggi il corso di formazione specifica in medicina generale è prevalentemente osservazionale, mancando la responsabilizzazione professionale del medico

in formazione presente invece nell'ambiente formativo universitario. La Legge 189/2012, all'art 1 comma 5, dispone che "*nell'ambito del patto della salute, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, vengono definite modalità, criteri e procedure per valorizzare, ai fini della formazione specifica in medicina generale, l'attività remunerata svolta dai medici in formazione presso i servizi dell'azienda sanitaria e della medicina convenzionata*". L'applicazione della norma, in combinato disposto con l'Art 9 della Legge 12/2019 e s.m.i., permetterebbe al medico di formarsi nel contesto delle cure primarie, rimettendo agli ACN la definizione contrattuale di formazione-lavoro del tirocinio professionalizzante all'interno dei micro-team di medicina generale, delle medicine di gruppo e rete, delle AFT e delle UCCP, potendosi così anche realizzare un miglioramento reddituale del medico in formazione specifica.

Fig. 1:
schema integrazione figure professionali nel micro team nelle 12 ore

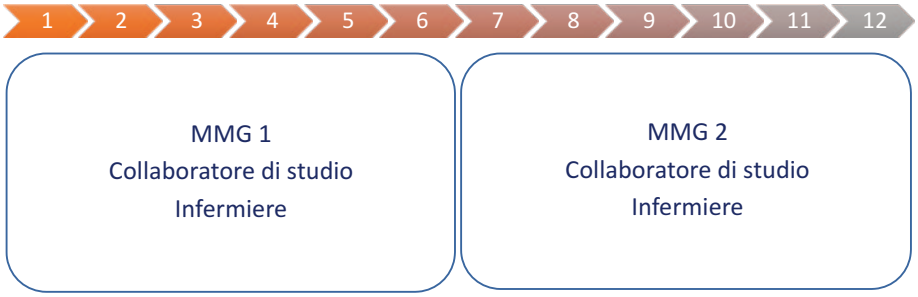
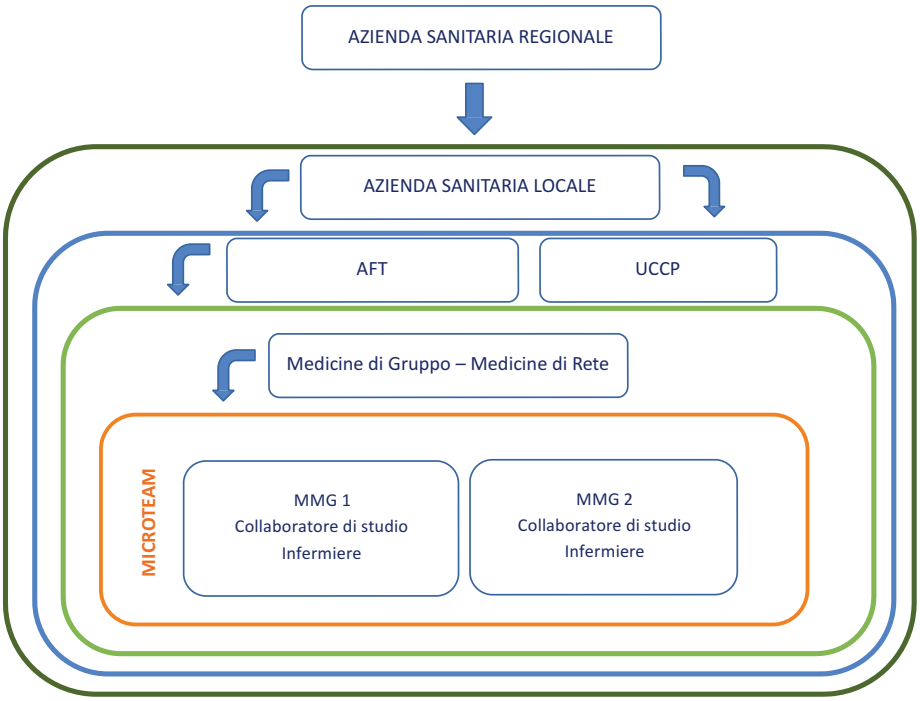


Fig. 2:
schema integrazione micro team nelle forme organizzative attuali



PRESIDENZA NAZIONALE
Patto per la Salute: il ruolo della Pediatria di Famiglia nell'ambito dell'assistenza territoriale

Nel Sistema Sanitario Nazionale che, come molti auspicano, si vuole mantenere in un ambito di equità ed universalità, l'assistenza sanitaria per l'età pediatrica è inserita all'interno delle Cure Primarie ed è affidata dalle attuali leggi e normative alla Pediatria di Famiglia.
Le Cure Primarie Pediatriche (Pediatria di Famiglia) rappresentano nel SSN il primo livello assistenziale, **ad accesso diretto e senza liste di attesa**, per ogni esigenza di salute del bambino e dell'adolescente. Il Pediatra di Famiglia opera all'interno delle Cure Primarie in un continuo e privilegiato contatto con la famiglia dei suoi assistiti, costruendo giorno dopo giorno un forte **rapporto di fiducia, punto di forza e caratteristica irrinunciabile dell'assistenza primaria**.
In questo particolare setting assistenziale possono essere sviluppate e realizzate efficacemente tutte le attività di prevenzione delle malattie, di educazione alla salute e ai corretti stili di vita, di *health improvement*, di *patient enpowerment* affidate al Pediatra di Famiglia che rappresentano un valore aggiunto alla normale attività assistenziale per la patologia acuta e cronica.
Il Pediatra di Famiglia garantisce la **presenza capillare su tutto il territorio nazionale** e prende in carico tutte le necessità e i bisogni con la **capacità di affrontare e risolvere nel proprio studio la maggioranza delle situazioni, riservando al secondo e terzo livello di cure solo quelle che richiedono maggior complessità di intervento**. Assume quindi il ruolo principale nell'ambito

del governo clinico dell'assistenza globale all'infanzia, divenendo promotore e protagonista di **percorsi assistenziali e diagnostici terapeutici (PDTA)** uniformi, condivisi e monitorati, in collegamento con le strutture pediatriche di secondo e terzo livello di riferimento locale, dei quali segue l'intera evoluzione, attivandosi sia sul versante clinico sia su quello socio- assistenziale come supporto fondamentale alle famiglie. La Pediatria di Famiglia è in grado di dare risposte efficaci anche ai **nuovi bisogni di salute** della popolazione pediatrica: lo sviluppo di patologie conseguenti a inadeguati stili di vita e alimentari, l'aumento di malattie croniche complesse e del neurosviluppo, la sempre maggior conoscenza delle malattie rare, la presenza di nuove patologie indotte da fattori ambientali, il mantenimento di adeguate coperture vaccinali, la maggiore "fragilità" genitoriale, la richiesta di una risposta immediata per problematiche falsamente percepite come "urgenti".

La FIMP ha già sottoscritto, con l'ACN (Accordo Collettivo Nazionale) di marzo 2018, **l'impegno alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale che le Regioni dovranno implementare**, ed oggi nelle trattative in corso in SISAC per il rinnovo della parte normativa stiamo discutendo la realizzazione delle **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** che tenga conto della specificità dell'assistenza pediatrica, che ne valorizzi il valore funzionale, senza modificare l'attuale capillarità della presenza sul territorio ed i modelli organizzativi attuali, **al fine di mettere le basi ad un nuovo modo di lavorare nel territorio che valorizzi l'individuazione di obiettivi di salute ed il loro raggiungimento.**

La revisione in atto in Parlamento della legge sull'obbligo vaccinale per la frequenza scolastica necessita di adeguate contromisure che permettano di mantenere e migliorare i risultati raggiunti e, quindi, il ruolo della Pediatria di Famiglia diventa ancor più determinante. Il rapporto di fiducia, la facilità di accesso, l'assenza di liste di attesa, il gradimento delle famiglie e gli ottimi risultati ottenuti nei contesti dove già il pediatra di famiglia vaccina nel proprio studio, **suggeriscono di coinvolgere a pieno titolo le Cure Primarie e, quindi, il Pediatra di Famiglia nel Sistema Vaccinale**, ad integrazione dei servizi vaccinali distrettuali.

Affinché si possa completamente realizzare un'ampia presa in carico delle attività descritte è necessario che sia posta attenzione ad un **investimento nell'ambito organizzativo di tutto il setting delle Cure Primarie**. Gli Studi dei Pediatri di Famiglia devono essere valorizzati e implementati con presenza di ***personale, sanitario e non sanitario*** (infermieri e collaboratori di studio), adeguatamente formato e siano dotati di **attrezzature diagnostiche** (strumenti di self help a risposta rapida), in modo da poter realizzare in pieno il ruolo di primo livello di cura e la governance della maggior parte dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali del bambino e dell'adolescente.

La FIMP sta lavorando per un rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale che sia adeguato alle nuove esigenze dell'assistenza pediatrica ed alla valorizzazione delle Cure Primarie, in sintonia con i Medici di Medicina Generale, affinchè si possa realizzare il vero "**primo pilastro**" del Servizio Sanitario Nazionale per **"i prossimi 40 anni"**.

Il contesto politico attuale vede avvicinarsi la prospettiva dell'**autonomia differenziata**, che produrrà una accentuazione delle differenze tra le regioni in termini di offerta assistenziale, per cui proprio l'accentuazione del **ruolo delle Cure Primarie** e le risposte assistenziali che i cittadini potranno trovare in questo ambito dovranno garantire quelle caratteristiche di uniformità di accesso ed universalità che sono i presupposti costituzionali di garanzia per tutti.

Le problematiche che oggi si pongono nel SSN rispetto ad un ricambio generazionale di specialisti, che deriva principalmente da una programmazione Politica che le Università non hanno saputo prevedere e governare nei modi giusti, interessano anche la Pediatria seppur con qualche precisazione. Per una valutazione più approfondita, la particolarità di cui nell'ambito dell'assistenza pediatrica dobbiamo tener conto rispetto ad altri settori è quella del **forte calo della natalità**, tuttora in trend discendente secondo gli ultimi dati ISTAT. È necessario che anche di questo si tenga conto nell'analisi dei fabbisogni di pediatri in un prossimo futuro, tenendo conto di tutte le variabili, certamente del numero dei pensionamenti e dei nuovi pediatri che usciranno dalle scuole di specializzazione, ma anche della forte denatalità e di un con-

seguente **intervento di ridimensionamento delle strutture ospedaliere**, alcune delle quali fuori dai parametri previsti.

È necessaria una efficace distribuzione delle risorse per mantenere in equilibrio il sistema. Per questo obiettivo è opportuna una programmazione formativa all'interno delle Scuole di specializzazione che permetta ai futuri pediatri la conoscenza di tutti i contesti professionali della Pediatria, compreso quello delle cure territoriali, **prevedendo l'obbligo della frequenza degli studi dei Pediatri di Famiglia durante il percorso formativo delle Scuole.**

F.I.S.M.U.

Federazione Italiana sindacale dei medici uniti

LE PROPOSTE DI FISMU: BASTA PRECARIATO, SERVE UNA GRANDE RIFORMA DELLA SANITÀ PUBBLICA, I MEDICI DEVONO ESSERE CENTRALI

A quarant'anni dall'istituzione del SSN è necessario, anzi urgente, "ripensare" la sanità pubblica e rifondare il sindacalismo medico all'insegna dell'unità, ma anche dell'autonomia, e indipendenza, dal potere politico e dai Partiti. Queste le parole d'ordine della Federazione Italiana Sindacale dei Medici Uniti-Fismu.

La nostra "**mission**". La mutata domanda di salute impone un nuovo progetto politico in grado di ripensare l'ospedalità, le Cure Primarie (e pediatriche), la specialistica ambulatoriale sul territorio, il sistema di emergenza-urgenza e la continuità dell'assistenza. Di rimodulare l'offerta di prestazione per gli assistiti e l'organizzazione per i professionisti, mettendo al centro dell'Agenda politica del Governo i cittadini e i medici.

Lo strumento centrale di questa radicale trasformazione è dal punto di vista normativo **la definizione del contratto unico dei medici del SSN**, categoria ora scissa tra dirigenza e convenzionata, **tra garantiti, sempre più impoveriti, e precari, tra giovani e meno giovani.**

Sono quindi urgenti interventi per porre **uno stop alla giungla causata dal regionalismo** che mette in discussione non solo i diritti dei cittadini, non garantiti adeguatamente ed equamente in tutto il Paese, ma anche le condizioni di lavoro dei camici bianchi.

Non solo, è strategico il **potenziamento del territorio: ruolo unico, accesso unico, tempo pieno, h24.** Chiaramente **ripensare l'ospedalità** e mettere **in rete le Cure Primarie (e pediatriche), la specialistica ambulatoriale sul territorio, il sistema di emergenza-urgenza e la continuità dell'assistenza**. Quindi, stabilizzare il precariato e avviare una **riforma radicale dell'accesso e della formazione** e prevedere una adeguata programmazione del fabbisogno. Infine, prevedere **risorse adeguate**, partendo dal rinnovo del contratto della dirigenza e dal finanziamento del territorio, perché la sanità non è una voce di spesa, ma un investimento per il futuro produttivo del Paese.

Ecco i *quattro i temi di confronto, di uno scenario di analisi che delinea la Federazione Italiana Sindacale Medici Uniti, e anche alcune proposte, seppur non esaustive.*

Contratto unico e quarta riforma, la grande riforma!
Le caratteristiche che avvicinano dirigenza e convenzionata. Le convenzioni a rapporto orario: continuità assistenziale, emergenza 118 (con ferie retribuite), specialistica ambulatoriale (con surrettizie ferie e tredicesima mensilità); UCCP con impegno orario dei medici di famiglia in attività ambulatoriali distrettuali (AGI, PDTA, vaccinazioni, ecc.).
Rapporto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria di diritto privato; attività libero professionale in intra moenia; licenziabilità; struttura della retribuzione articolata con retribuzione di posizione e di risultato; valutazione professionale periodica (almeno quinquennale); direttori di struttura complessa con contratto a termine.
Un contratto unico consente di riparametrare il lavoro professionale all'interno di una unica cornice normativa, all'interno della quale si possono declinare le diverse professionalità in rapporto all'impegno specifico.
La soluzione non è necessariamente il contratto della dirigenza/dipendenza. Può essere un contratto ad hoc per i medici che sia un mix di impegno orario, di presa in carico dei pazienti, di risultati assistenziali.

Esaurimento della spinta propulsiva della riforma sanitaria e analisi di contesto
La legge 833 ha ereditato da un lato la rete ospedaliera figlia della L. Mariotti

(132/1968), già organizzata per enti ospedalieri zonali, provinciali e regionali; dall'altro ha 'esternalizzato' la gestione del territorio affidandola a medici convenzionati, per troppo tempo considerati estranei al sistema. Il contesto al tempo della riforma in qualche misura richiedeva nel territorio un approccio di medicina cosiddetta d'attesà, stante il dato epidemiologico e demografico. Oggi la presa in carico del paziente cronico, che assorbe la maggior parte delle risorse sanitarie, richiede un approccio multiprofessionale (mmg, specialista/i, infermiere, figure sociosanitarie, ecc.) e un impegno quotidiano che avvicinano sempre di più il medico di famiglia e l'area convenzionata a un rapporto più organico con il SSN (medicina di prossimità), di governo dei processi assistenziali in un contesto tecnologico profondamente mutato, che modifica anche gli aspetti professionali e relazionali.

Precariato

Il precariato cronico (stabilizzazione e inserimento di tutti i precari nei corsi formativi): malattia che attraverso da sempre il pubblico impiego e che è devastante in sanità. Le manovre di bilancio bloccano i concorsi per anni, in gran parte delle regioni i piani di rientro hanno esasperato ancor più il problema delle assunzioni, ci sono medici assunti dopo ben 15 anni di precariato in forza di normative speciali. Il precariato nell'area convenzionata, con i ritardi anche pluriennali nella pubblicazione delle zone carenti e gli incarichi tempo determinato nella guardia medica e nell'emergenza territoriale (118), dove non si fanno neanche i corsi di formazione, senza limiti e senza sanzioni per gli amministratori.

L'imbuto formativo frutto di una programmazione sbagliata ha creato oltre diecimila "precari" senza titolo specialistico, non perché non siano 'bravi'(!), ma perché i posti di specialità non sono sufficienti. L'accesso alla facoltà seleziona in rapporto uno a dieci, quindi quelli più bravi, sono gli stessi che superano 40 esami per laurearsi e dopo laureati un esame di abilitazione per poi trovarsi con...un pugno di mosche. Costretti a un eterno precariato. Un paese senza governo, senza politica, produce questi paradossi. Allora, meglio cambiare rotta e da subito i medici laureati in ospedale a formarsi nel territorio con percorsi paralleli ma efficaci. Il corso di formazione in medicina generale deve diventare specializzazione con pari dignità e deve uscire dalla gestione sindacale ordinistica.

Pervasività della politica

Il SSN rimane uno dei non molti serbatoi di consenso elettorale ed è occupato manu militari dalla politica in barba tutti i propositi di aziendalizzazione e autonomia gestionale. Dalle assunzioni agli acquisiti, ai lavori edili, all'esternazionalizzazione dei servizi, la "malapolitica" continua a spadroneggiare. E allora? Rigenerazione e trasparenza. Fuori la politica dalla gestione della sanità, si occupi la politica della programmazione e degli indirizzi generali fissando obiettivi e risultati. Proponiamo una autorità nazionale per gli incarichi di direttore generale, selezione nazionale dei manager e estrazione a sorteggio degli incarichi con assunzione di responsabilità gestionali e nomina dei direttori sanitari e amministrativi, con compensi adeguati alle responsabilità.

SPUNTI SINTETICI DI DIBATTITO LANCIATI DA FISMU, ALCUNE PRIORITÀ PER LA RIFORMA DEL SSN:

1) **Definire il Contratto Unico Nazionale di tutti i medici;**
2) **Stop alla giungla del regionalismo e dei particolarismi, che limitano universalità di accesso alla sanità pubblica per i cittadini, danneggiano la professionalità dei medici e alimentano le ingerenze della mala politica e delle clientele. Stabilire una autorità nazionale per le nomine;**
3) **legge urgente (basta annunci) per la sicurezza dei medici e degli operatori della sanità contro le aggressioni;**
4) **potenziamento del territorio: ruolo unico, accesso unico, tempo pieno, h24, risorse adeguate;**
5) **"ripensare" l'ospedalità. Piano di edilizia e di messa in sicurezza delle strutture. Rinnovare il contratto della dirigenza;**
6) **mettere in rete le Cure Primarie (e pediatriche), la specialistica ambulatoriale sul territorio, il sistema di emergenza-urgenza e la continuità dell'assistenza. Rinnovare, finanziare e ripensare l'Accordo Collettivo Nazionale;**
7) **stabilizzare il precariato, riforma radicale dell'accesso e della formazione. Urgente eliminare l'imbuto formativo consentendo l'accesso alla specializzazione e formazione a tutti i neo medici. Adeguata pro-**

grammazione del fabbisogno futuro.

8) **Digitalizzazione su scala Nazionale della cartella e fascicolo elettronico con gli altri protagonisti della Sanità Territoriale (Medici di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera scelta) e Ospedaliera, che permetterebbe un notevole risparmio di esami diagnostici e strumentali inutili. Ciò permetterà investimenti in tecnologia e attrezzature medicali, per avere un Territorio moderno da mettere a disposizione dei pazienti;**
9) **prevedere un concorso che abiliti al passaggio a dipendenza dopo un certo numero di anni di servizio in convenzionamento;**
10) **mettere in pratica la Balduzzi con Uccp ed Aft per i medici col doppio metodo retributivo, quota capitaria più quota oraria, da estendere nei comuni sotto i mille abitanti a tutti i medici con meno di mille assistiti in cambio di una maggior apertura oraria dell'ambulatorio.**

FNO TSRM PSTRP

Da molti anni i dati demografici ed epidemiologici sono concordi nel prefigurare uno scenario sociale caratterizzato da un numero in costante crescita di anziani affetti da multi-patologie croniche.
Tale situazione è principalmente dovuta all'efficacia del nostro sistema sociale e sanitario nonché all'evoluzione tecnologica, che hanno determinato un allungato della vita media, non sempre in salute, spesso in condizioni patologiche che l'evoluzione scientifica e tecnologica ha reso possibile tenere sotto controllo nel tempo, senza risolverle definitivamente.

A questo cambiamento demografico ed epidemiologico non è seguita la necessaria revisione dell'organizzazione del sistema sanitario, potenziandone la dimensione territoriale e domiciliare.
Ciò è dovuto a una nostra strutturale incapacità di fare programmazione, tanto meno di medio e lungo periodo, e alle resistenze interne al sistema basato sulla centralità dell'ospedale.
Il sistema sanitario deve (ri)organizzarsi in funzione dei bisogni delle persone che assiste, e non delle esigenze, degli interessi e delle disponibilità o delle resistenze di chi vi opera e di chi lo gestisce. Infatti, a ben guardare, le stesse professioni che negli ospedali si lamentano del fatto che devono sottrarre risorse a ciò a cui vorrebbero destinarle poiché sono costrette a occuparsi di chi in ospedale non dovrebbe giungere, sono quelle che, di fatto, hanno impedito e impediscono lo sviluppo della sanità territoriale e domiciliare.
Territorio e domicilio vanno potenziati, urgentemente, quale modalità da

affiancare a quella ospedaliera, che rimane il *gold standard* per la gestione dell'urgenza e dell'acuzie. Il potenziamento del territorio e del domicilio non sono un detrimento per l'ospedale, bensì l'esatto contrario: occupandosi dalla cronicità multi-patologica, gli consentono di gestire in modo esclusivo ciò che gli è proprio.
Chiediamo, pertanto, che il Patto per la salute 2019-2021 contenga un indirizzo politico forte e strumenti efficaci a favore dell'assistenza territoriale e domiciliare, in modo da dare corso a quanto previsto dal Piano nazionale della cronicità, passando dalle parole ai fatti, come poco più di un anno fa ha richiesto Cittadinanzattiva, che per esaltare questo messaggio ha intitolato il suo XVI rapporto nazionale sulle politiche della cronicità: "Cittadini con cronicità: molti atti, pochi fatti". Più che scrivere nuove cose da fare è, infatti, necessario dare attuazione a quelle che sono richieste e scritte da anni:

revisione dei modelli organizzativi, andando al di là di quello ospedalocentrico;

implementazione della telemedicina, sempre più frequentemente in grado di garantire l'assistenza sul territorio e a domicilio, senza detrimento della sicurezza e dell'efficacia, ma con un'aumentata efficienza rispetto a quella ospedaliera;

valorizzare delle professioni sanitarie, dando piena attuazione a quanto previsto e consentito dalle leggi 42/99 e 251/2000, comprese quelle che, come gli Igienisti dentali, sono quasi esclusivamente attive fuori dal sistema sanitario e facendo sempre attenzione a non tradurre gli indispensabili e benvenuti interventi procedurali di efficientamento in limitazioni oggettive della professionalità degli operatori, vero patrimonio del sistema sanitario. Un esempio per tutti: le gare per la protesica acustica che relegano l'Audioprotesista alla ratifica di quel che a monte han deciso le procedure di gara, senza o con limitate possibilità di intervento a valle a favore della personalizzazione della protesi;

incentivi economici per le Regioni che danno attuazione ai tre punti precedenti ovvero

penalizzazioni economiche per quelle che ne rallentano o ne ostacolano la realizzazione.

FNOPI

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Infermieri: in pole position l'infermiere di famiglia e la revisione degli standard del territorio con la valorizzazione di attività e competenze infermieristiche

Due risultati chiari dalla maratona sul Patto per la salute per gli infermieri: l'infermiere di famiglia c'è nel testo del documento e c'è un percorso che in analogia con quanto fatto a suo tempo col DM 70/2015 per l'ospedale, si occuperà di sistematizzare, aggiornare e organizzare gli standard di assistenza sul territorio.

Queste le principali novità d'interesse della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche, FNOPI (oltre 450mila iscritti, la maggiore d'Italia) emerse dalla maratona per il Patto per la Salute voluta dal ministro della Salute Giulia Grillo per confrontarsi con tutti gli stakeholders sul documento che farà da base all'organizzazione sanitaria del prossimo triennio, alla quale a rappresentare la FNOPI c'era Nicola Draoli, componente del Comitato centrale della Federazione e presidente dell'ordine di Grosseto .

Dall'infermiere di famiglia, quindi, asso nella manica per soddisfare i bisogni emergenti e sempre maggiori di cronici e non autosufficienti i cui numeri sono in costante crescita, fino alla valorizzazione dell'infermiere in attività e competenze dove oggi è presente, ma che non si sono potute sviluppare in modo omogeneo su tutto il territorio, come nell'emergenza-urgenza.

Il decreto/regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza sociosanitaria territoriale dovrà prevedere secondo la bozza di Patto la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze delle professioni.

In particolare, di quella infermieristica, finalizzata alla copertura dell'enorme

incremento di bisogno di continuità dell'assistenza, educazione terapeutica, in particolare soprattutto per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità e grazie anche allo sviluppo di strutture intermedie (es.: ospedali di comunità) a gestione infermieristica.
Ma soprattutto prevedendo l'implementazione sul territorio nazionale delle esperienze assistenziali efficaci a partire dall'infermieristica di famiglia e comunità.
L'infermiere di famiglia è uno dei molteplici e importanti esempi delle competenze sviluppate dalla professione, ma ce ne sono molte altre anche riguardo all'assistenza ospedaliera e nell'emergenza urgenza. Proprio per questo FNOPI auspica che il nuovo Patto per la Salute sia volano per lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali degli infermieri.
Così il SSN si innova, si rafforza e cambia nella direzione giusta, quella che serve ai nuovi bisogni di salute delle comunità, ha spiegato la Federazione all'incontro.
"Questo chiedono i cittadini – ha detto Draoli -, questo chiedono i professionisti. Questo ci chiedono le associazioni e le società scientifiche. Questo indicano gli studi e i dati. Questo ci chiede oggi la condizione sociale, sanitaria, economica del nostro paese. Il futuro del benessere dei cittadini passa dall'implementazione dell'assistenza infermieristica, soprattutto quella di famiglia e comunità, ben integrata in équipe ampie con i medici di medicina generale, a casa delle persone. Non possiamo più aspettare e questo Patto è la nostra più grande opportunità di farci trovare preparati ai bisogni reali delle persone. Non vorremmo un documento 'salute per tutti nel 22° secolo' che riprenda quanto si dice ormai da 20 anni".
Per quanto riguarda l'emergenza-urgenza, ad esempio, il modello attuale diffuso nella maggior parte dei territori è efficace, efficiente e soddisfa le aspettative delle Regioni che rispetto a prese di posizione mediatiche sulla presenza dei professionisti sulle ambulanze, hanno detto che si tratta di "strumentalizzazioni di qualcuno per creare divario tra professionisti invece che coesione e multi professionalità".
I risultati delle Regioni dove il modello è utilizzato da anni sono buoni e tangibili e il modello attuale è quello ottimale e dovrà solo essere formalizzato anche nel Patto e si dovranno sviluppare sempre maggiori competenze delle professioni per renderlo ancora più efficiente.

Così la bozza di Patto prevede la realizzazione di un elevato grado di integrazione informativa e funzionale tra i diversi nodi della rete assistenziale (cure primarie, cure intermedie e ospedali per acuti) avvalendosi degli strumenti innovativi collegati alle Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (ICT), la ridefinizione di tutti gli attori della cura accreditati nel territorio per la gestione dell'emergenza-urgenza e della cronicità instabile, anche con l'introduzione di modelli organizzativi dipartimentali "transmurali", cioè di raccordo ospedale-territorio e delle centrali operative.
E di questo gli infermieri sono e saranno protagonisti.

Federazione Nazionale
Parafarmacie Italiane

La nascita delle parafarmacie è stata per molti farmacisti un'OPPORTUNITA
UN'Opportunità di lavoro
Un'opportunità di esprimere la propria professionalità.

Questo anche alla luce di un sistema di accesso alla professione non libero, non meritocratico e co n un sistema concorsuale farraginoso e concorsi della durata di decenni.

Oggi Grazie a quella riforma abbiamo, a costo zero per lo stato, :
- 10000 posti di lavoro in più
- 4300 attività distribuite sul territorio nazionale dove e' sempre presente un farmacista abilitato e iscritto all'ordine.

Attività che dal 2012 con la legge Cresci Italia sono sottoposte a requisiti TECNICI AMMINISTRATIVI che di fatto le assimilano ai requisiti di sicurezza e qualitativi delle farmacie. Nelle parafarmacie italiane abbiamo la tracciabilità del Farmaco, La Farmaco Vigilanza, La REV e quindi la tracciabilità dei farmaci veterinari, le ispezioni deontologiche dell'ordine e ovviamente il GDPR per la privacy.

I farmacisti di Vicinato nelle parafarmacie distribuiti sul territorio sono diventate un presidio della salute apprezzato dal cittadino che quotidianamente le scelglie.
Solo in alcune regioni le parafarmacie offrono il servizio di cup, il ritiro dei referti, la dispensazione dei presidi per diabieti, invalidi, allettati, diabetici e celiaci.

Alla luce di cio' proponiamo che il ministero guardi a questi professionisti che già sono sul territorio italiano come ad un punto in più della salute, da valorizzare, non come ad un mero esercizio commerciale, ma come ad una realtà da usare ed integrare nel ssn, da coinvolgere nelle campagne di screening, in modo da uniformare a livello nazionale i servizi offerti dai farmacisti in parafarmcia. Chiediamo di diventare anche per il ministero quell'interfaccia per la salute che già da tempo il cittadino riconosce nel farmacista in parafarmacia, chiediamo di essere utili al cittadino e alle istituzioni.
Questo Anche attraverso l'istituzione di una figura di Farmacista direttore di parfarmacia.

Proponiamo che le autonalisi o esami di prima istanza, che vengono effettuate anche in autogrill, in banca o ai bordi dei campi sportivi, possano essere effettuati con tranquillità anche in parafarmacia. Eliminando l'assurda attuale situazione di incertezza normativa.

Infine, sempre nell'ottica di valorizzare il professionista e non il luogo, chiediamo l'istituzione della farmacia non convenzionata, in modo che i farmacisti di vicinato possano dispenare nei propri punti vendita tutti i farmaci non mutuabili.

Federazione Ordini Farmacisti Italiani

La Federazione Ordini Farmacisti Italiani, in via preliminare, intende ringraziare per l'opportunità di ascolto fornita dal Ministero, che rappresenta un importante momento per esprimere il punto di vista dei farmacisti italiani su un documento fondamentale quale il Patto per la salute.
In tal senso, si formulano le seguenti osservazioni e proposte.

La professione sta attraversando un momento molto delicato. Si pensi, ad esempio, all'ingresso dei capitali e alle tante tensioni legate alla filiera della distribuzione del farmaco. Si pone l'urgente necessità di riportare i farmacisti al centro della distribuzione del farmaco, ivi inclusi i farmaci innovativi, al fine di assicurare un servizio più efficiente e vicino al paziente.

GOVERNANCE FARMACEUTICA E DEI DISPOSITIVI MEDICI
In relazione ai farmaci innovativi, sarebbe utile prevedere che la **dispensazione dei farmaci innovativi** avvenga **tramite le farmacie** secondo le modalità di cui all'articolo 8, comma 1, lettera a, del D.L. n. 347/2001, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 405/2001, ovvero mediante la **stipula di accordi** con le associazioni sindacali delle farmacie, pubbliche e private, per consentire **l'accesso ai medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente** anche presso le predette farmacie, con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale, da definirsi in sede di convenzione regionale.
La **farmacia**, infatti, rappresenta un **canale di distribuzione adeguatamente controllato** capace di garantire una notevole sicurezza nella gestione del farmaco e delle terapie grazie alle **elevate competenze** dei professionisti che vi

esercitano tenuti anche ad **aggiornarsi costantemente**.
La **dispensazione dei farmaci** innovativi da parte delle farmacie consentirebbe, inoltre, una loro **distribuzione più capillare** su tutto il territorio nazionale e, dunque, un **accesso più ampio** alle cure da parte dei pazienti.
Conseguentemente, la **Federazione degli Ordini** auspica **l'introduzione di un nuovo metodo di remunerazione che valorizzi la prestazione professionale del farmacista sia con riferimento all'atto della dispensazione sia riguardo agli altri servizi cognitivi resi al paziente**, con specifico riferimento alla presa in carico dello stesso per l'aderenza alle terapie farmacologiche.

NUOVI SBOCCHI PROFESSIONALI
È necessario affrontare l'attuale crisi occupazionale, cercando nuovi sbocchi professionali per il farmacista.
In una fase critica come quella attuale del SSN è fondamentale mettere al servizio dei cittadini un sistema sanitario territoriale efficiente, nel quale le farmacie di comunità possano garantire sempre di più universalità ed equità di accesso, qualità delle cure e buon governo della spesa.
Di certo, l'ingresso delle società di capitali ha aperto la strada alla creazione di oligopoli, con una forte prevalenza degli obiettivi di profitto e di mercato e con conseguenze negative per la qualità del servizio reso alla popolazione, inaugurando un percorso differente rispetto a quello ideato dai farmacisti professionisti, attenti alle esigenze del paziente.

PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE (PNP)
Si propone di prevedere la redazione del Piano nazionale della prevenzione (PNP), documento strategico di programmazione e di governo della prevenzione e promozione della salute in Italia, che deve perseguire i seguenti macro obiettivi:
- promuovere la salute e prevenire le malattie croniche non trasmissibili;
- prevenire e ridurre i danni delle dipendenze da sostanze e comportamenti;
- prevenire incidenti stradali e domestici e ridurre la gravità degli esiti;
- prevenire infortuni e incidenti sul lavoro e ridurre la gravità degli esiti;
- prevenire le malattie professionali e ridurre la gravità degli esiti;
- prevenire morti premature, malattie e diseguaglianze dipendenti da inquinamento e peggioramento delle condizioni ambientali;

- prevenire e controllare le malattie infettive prioritarie.

Per quanto riguarda la promozione della salute, un contributo fondamentale alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione può derivare dal ruolo svolto dalle farmacie di comunità.
Infatti, tenuto conto delle competenze professionali del farmacista, nonché della presenza capillare delle farmacie sull'intero territorio nazionale, il nuovo modello della farmacia dei servizi, delineato dalla L. 69/2009 e dai relativi decreti attuativi, può garantire un'efficace azione di orientamento ed educazione sanitaria, anche mediante la realizzazione di specifiche campagne di screening ed attività di prevenzione.
Inoltre, attraverso la presa in carico del paziente, il farmacista è in grado di assicurare l'aderenza alla terapia farmacologica, con benefici in termini di salute per lo stesso, nonché in termini economici per i risparmi che tale prestazione è in grado di assicurare al SSN.

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

Andrebbe, altresì, valorizzato il tema del Fascicolo sanitario elettronico, favorendone la sua concreta attuazione.
Per quanto concerne il Dossier Farmaceutico, apposita sezione del FSE, sebbene l'articolo 12 della L. n. 221/2012 attribuisca espressamente al farmacista la possibilità di aggiornare lo stesso, il disciplinare tecnico, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 settembre 2015, n. 178, impedisce la concreta applicazione della suddetta previsione, limitando l'attività del farmacista, di fatto, alla mera consultazione dei dati anagrafici, prescrittivi e di quelli sul consenso e, ammettendo, esclusivamente per questi ultimi, anche l'attività di scrittura. Nell'ambito della digitalizzazione dei servizi sanitari ed allo scopo di favorire il processo di integrazione e lo scambio di informazioni tra i professionisti della salute, si propone, pertanto, di implementare tale importante strumento operativo, consentendo anche al farmacista, soggetto abilitato alla consultazione e alimentazione del FSE, l'accesso ai dati clinici del paziente. Il dossier farmaceutico, è, infatti, il solo modo per far sì che sia possibile ricostruire la storia farmacologica del paziente, rendendola disponibile sia al medico curante, sia allo specialista sia al farmacista ed è uno strumento per mettere realmente in rete i professionisti della salute che operano sul territorio.

ANTIMICROBICO RESISTENZA

Lo Stato e le Regioni devono impegnarsi a rafforzare **una visione di salute pubblica in un'ottica "*One Health*"**, vale a dire che consideri la salute umana e la salute degli animali come interdipendenti e legati alla salute degli ecosistemi in cui sono contestualizzati, proseguendo l'approccio storicamente adottato nel nostro Paese e assunto dalle organizzazioni internazionali OMS, OIE e FAO.

Una delle aree in cui tale approccio "*One Health*" assume maggiore rilevanza è quello relativo alla resistenza agli antibiotici.

Come è noto, una delle più importanti minacce per la sanità pubblica e per i sistemi sanitari a livello globale è rappresentata **dall'antimicrobico-resistenza**. Si tratta, infatti, di una delle grandi sfide della salute del futuro e per tale motivo l'Italia deve partecipare alla lotta contro la resistenza agli antibiotici.

Il tema dell'antimicrobico resistenza è stato incomprensibilmente espunto dai contenuti del documento in esame.

In proposito, si sottolinea – come, d'altra parte, evidenziato dallo stesso Ministero della salute, che coordina il Tavolo sull'antimicrobico-resistenza al quale partecipa anche la Federazione – l'importanza fondamentale di tale tematica e la conseguente necessità di un suo recupero all'interno del Patto per la salute, anche in linea con le indicazioni provenienti dall'Unione Europea.

Fondazione italiana per il cuore

'Crediamo sia fondamentale che nel Patto per la Salute per il triennio 2019-2021 venga inserita in modo chiaro ed evidente la prevenzione cardio-cerebrovascolare come una priorità poiché sono i numeri a farne un' urgenza' - dichiara la Dr.ssa Emanuela Folco, Presidente della Fondazione Italiana per il Cuore. Infatti, le malattie cardio-cerebrovascolari rappresentano la prima causa di ospedalizzazione nel nostro paese e la prima causa di morte, fra l'altro con una importante prevalenza delle donne, 127.000, rispetto agli uomini, 98.000.

Parliamo di prevenzione cardiovascolare primaria nella popolazione generale, con uno specifico approccio di genere dato che ci sono peculiarità maschili e femminili come pure nelle varie età della vita, con particolare attenzione al bambino e all'anziano.
E' infatti importante osservare che un intervento mirato di prevenzione primaria porta ad aumentare la consapevolezza della popolazione relativamente alla conduzione di uno stile di vita, cosiddetto, 'sano'. Piccoli gesti quotidiani possono cambiare la storia della salute di ogni individuo ed il risvolto economico sul sistema sarebbe decisamente significativo.

Parliamo anche di prevenzione cardio-cerebro vascolare secondaria, cioè la prevenzione di una recidiva dopo un infarto o un ictus. In questo caso, sappiamo che il paziente spesso non riesce a seguire un valido percorso terapeutico, restando intrappolato in reti di presa in carico che oggi sono inefficaci, con potenziali gravi conseguenze compresa la morte e soprattutto la grave disabilità e con i relativi costi a carico della comunità.

Quindi chiediamo che nella stesura definitiva del Patto della Salute venga in-

dicata come chiara priorità per il sistema sanitario la prevenzione di infarto ed ictus.

L'Associazione Fondazione Italiana per il Cuore dal 1990 si occupa di lotta alle malattie cardiocircolatorie tra cui infarto, ictus, scompenso attraverso una serie di attività che includono campagne di prevenzione, sia per i pazienti che per prevenire l'insorgenza di queste malattie che sono ancora oggi la prima causa di morte in Italia e nel mondo, borse di studio e progetti di ricerca che facilitino l'accesso alle cure sempre più innovative da parte dei pazienti.

I nostri scopi includono:

- *sviluppare una attenzione del cittadino nella difesa della propria salute nei confronti delle malattie cardiovascolari e delle malattie collegate come aterosclerosi, diabete, obesità, e dei meccanismi di danno collegati ad alimentazione sbagliata, sedentarietà, inquinamento;*
- *diffondere l'aggiornamento scientifico relativo alle malattie cardiovascolari, ai loro fattori di rischio ed alla loro prevenzione all'interno della comunità medico scientifica;*
- *facilitare un'interazione fruttuosa tra il mondo medico-scientifico ed il pubblico, al fine di far giungere rapidamente al pubblico stesso le informazioni rilevanti che provengono dalla ricerca di base e clinica, sviluppando su questi temi attenzione, sensibilizzazione e conoscenza da parte del pubblico;*
- *interagire con altre Istituzioni pubbliche e private, nazionali ed internazionali, allo scopo di facilitare lo scambio di informazioni e conoscenze;*
- *effettuare studi e ricerche per contribuire allo sviluppo delle conoscenze in campo cardiovascolare in tutti i loro aspetti, quali ricerca scientifica, applicazione pratica, prevenzione, divulgazione ed educazione sociale, favorendo così il trasferimento dei risultati dal laboratorio alla clinica.*

Il Gruppo Formazione Triage (G.F.T.) è una società scientifica multi professionale (medici, infermieri, infermieri pediatrici ed ostetriche), accreditata presso il ministero della salute (L. n°24 8/3/2017); persegue lo scopo di svolgere, promuovere e favorire attività di ricerca e formazione nel settore medico infermieristico e principalmente nel settore emergenze e urgenze con particolare riferimento al triage.
in particolare tra le sue attività ricordiamo le seguenti:

- favorisce l'orientamento professionale di quanti aspirano a svolgere o già svolgono attività di Triage, nonché del personale medico ed infermieristico che opera nell'ambito del pronto soccorso e dell'emergenza;
- è attiva nel campo della formazione multi professionale nell'ambito del triage in proto soccorso;
- promuove conferenze, dibattiti, convegni, ricerche ed ogni altra similare iniziativa, sui problemi della formazione professionale in genere e specifica nel settore;
- svolge attività di consulenza in materia di formazione professionale degli operatori in ambito sanitario;

Il GFT è nato nel 1996, nello stesso anno venivano promulgate le prime linee guida sul triage intraospedaliero (Linee Guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria, Atto d'Intesa Stato Regioni, Maggio 1996). Da allora il GFT ha lavorato in modo assiduo per costruire, confrontandosi principalmente con le esperienze anglosassoni (Triage Mancester Group), statunitensi (E.N.A.), canadesi (C.A.T.S) e australiane (A.T.S.), un modello di triage adeguato alla realtà Italiana: il Modello del Triage Globale, che oggi è ampiamente diffuso sul territorio nazionale. L'applicazione del triage in pronto soccorso vede ancora

oggi molte difformità che dipingono un quadro frammentario sia a livello regionale sia a livello locale. Dal 1996 in poi sono stati emanate altre importanti norme, quali l'Atto di Intesa tra Ministero della Salute e Conferenza Stato Regioni di cui alla G.U. 285 del 7 dicembre 2001, la Raccomandazione 15/2013 del Ministero della Salute e diverse delibere regionali. Dal 2012 sono iniziati i lavori di un tavolo tecnico per la proposta di nuove linee di indirizzo sul triage, al quale il GFT ha partecipato attivamente e, che dopo un'ultima revisione sono state trasmesse alcuni giorni fa dal ministero della salute alla conferenza stato regioni. Dal 1996 ad oggi, il GFT ha continuato la propria attività di formazione, studio e ricerca arrivando nel giugno 2019 alla pubblicazione del suo quarto libro sull'argomento: "Triage Infermieristico 4° edizione, che rispecchia a pieno i contenuti della proposta delle linee di indirizzo e fornisce importanti indicazioni per la loro realizzazione.
Fatta questa premessa, con lo scopo unicamente di rappresentare la titolarità della nostra società scientifica per esprimersi sull'argomento triage, evidenziamo di seguito alcune proposte che possono, a nostro parere, contribuire al miglioramento dei servizi sanitari offerti ai cittadini e rispondere alle esigenze degli operatori del settore.
La tematica all' interno della quale si può inserire la proposta della nostra società è relativa al punto n° 10 "Modelli di offerta sanitaria" che esplicitiamo di seguito:

1 Perseguire l'obiettivo di un Modello di triage unico sul territorio nazionale ed uniformemente applicato: quello del Triage Globale.
I servizi di Pronto Soccorso rappresentano il principale punto di riferimento della popolazione per i bisogni sanitari urgenti: essi garantiscono accesso alle cure secondo criteri di priorità ed equità, risposte adeguate ai bisogni urgenti e non programmati di salute dei cittadini che vi afferiscono in modo non preordinato, con esigenze e priorità differenti.
Oggi il Triage Infermieristico in Pronto Soccorso è considerato una delle attività fondamentali delle strutture di emergenza urgenza; la sua utilità, ormai indiscussa, è prevista anche da specifici provvedimenti legislativi nazionali e da numerose direttive regionali. Negli ultimi 25 anni si è assistito all'attivazione della funzione di triage presso molti dei pronto soccorso italiani e, molte realtà operative, hanno lavorato al fine di migliorare il proprio sistema

cercando di garantirne l'aderenza alla normativa ed alle evidenze scientifiche
La situazione sul territorio italiano è comunque ancora estremamente disomogenea, ogni realtà locale ha sviluppato, talvolta in maniera "artigianale" un proprio sistema di triage, uno dei principali elementi di diversità riguarda il modello di riferimento. La maggior parte degli esperti del settore è concorde nell'affermare che il modello in grado di garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti per il triage in Pronto Soccorso nelle realtà italiane è quello del "Triage Globale", sul quale occorre ancora lavorare per una reale applicazione sul campo.
Le principali criticità nell'attività di triage nel nostro paese sono legati alla sua ancora parziale diffusione sul territorio nazionale, alla scarsa diffusione di un modello unico e condiviso, alla carenza di personale dedicato, alla formazione specifica e alla carenza o mancanza di protocolli e procedure di triage presso alcune realtà. Nell'ultimo periodo inoltre si sta assistendo alla promulgazione di linee d'indirizzo regionali inerenti l'attività di triage che, se da una parte promuovono l'attuazione del modello del triage globale, dall'altra creano ulteriori differenze in termini di percorsi, di risorse, di codifica dei pazienti ecc...
È necessario quindi continuare ad interrogarsi ed a discutere sulle procedure in atto e sulle caratteristiche del sistema di accettazione e selezione dei pazienti al fine di garantire la coerenza con le linee guida, la letteratura e creare uno standard nazionale condiviso e applicato. La proposta delle nuove linee guida nazionali sul Triage i pronto soccorso rappresenta un importante riferimento per realizzare un modello nazionale uniforme, occorre però lavorare affinché quanto specificato a livello teorico trovi reale applicazione presso le realtà operative.

2 Condividere con un'utenza, sempre più informata e desiderosa di contribuire alla definizione del proprio percorso di cura, i principi e gli obiettivi del triage di pronto soccorso al fine di creare un presupposto indispensabile per garantire l'efficacia e l'efficienza del Pronto Soccorso. L'ambiente nel quale operano i professionisti della salute è un'organizzazione complessa che nasce dalla necessità di dare risposte assistenziali ai bisogni delle persone, bisogni per loro natura complessi, sia per la modalità con cui si presentano sia per la varietà di risposte che devono essere messe in campo. Una com-

plessità determinata da aspetti tecnico-operativi e da aspetti relazionali che assumono sempre e comunque un valore paradigmatico rispetto ai risultati ottenuti. È in questo contesto che si realizza la presa in carico della persona e della situazione, dove l'alleanza con il cittadino e la sua famiglia diventa fondamentale per il successo del processo di cura. Da qui la consapevolezza che condividere con il cittadino gli aspetti basilari di un'organizzazione, fondata sui professionisti che vi lavorano, ognuno nei propri ruoli ma coerentemente integrati, non può che portare ad un miglioramento dei processi di cura. È necessario realizzare delle attività di informazione / educazione / condivisione con la popolazione, al fine di contribuire all'instaurazione di quel rapporto di fiducia ed affidamento responsabile, presupposto fondamentale per la presa in carico e l'accoglienza in pronto soccorso.
Terminata la fase di spiegazione di cosa è il triage occorre realizzare processi di informazione relativi ai reali principi del triage, all'organizzazione del pronto soccorso e alla descrizione dei reali profili di preparazione professionale, responsabilità e competenza di tutti gli attori del processo di cura.

3 Ottimizzazione dei flussi di trattamento in pronto soccorso e permettere, quando, possibile l'attivazione del corretto percorso di cura dal triage, attraverso la capacità di integrare le differenti professionalità coinvolte nella presa in carico dell'utente.
I Pronti soccorsi devono strutturarsi con percorsi di cura che iniziano direttamente dal triage, differenziati tra loro per intensità di cure e relativo impiego ed organizzazione delle risorse, in base a protocolli concordati ed in grado di dare risposte efficaci ai reali bisogni di salute.
Per raggiungere questo obiettivo è indispensabile parlare di dialogo interprofessionale ovvero della capacità da parte dei professionisti di lavorare in team, ciascuno con il proprio ruolo e messo nella condizione di esprimere le proprie competenze. La creazione dei percorsi di cura, la costruzione di protocolli condivisi, l'organizzazione dei processi assistenziali, la gestione delle risorse sono prerogativa di un gruppo multi professionale che ha la capacità di condividere conoscenze, rispettare le professionalità e i ruoli con fiducia e collaborazione e che si traduce con la presa in carico e la risposta ai bisogni di cura della persona e della collettività garantendo a tutti adeguata tempistica ed efficacia dei trattamenti.

4 Potenziare la motivazione e creare indirizzi operativi chiari affinché operatori ed istituzioni si adoperino per tradurre in pratica quanto previsto dalle evidenze scientifiche e dai provvedimenti normativi.

Nell'attuale scenario il compito essenziale delle società scientifiche dei professionisti sanitari non è più la sola produzione di conoscenze scientifiche e tecniche, bensì la loro applicazione a problemi e bisogni della persona, promuovendo momenti di confronto dei professionisti a diverso titolo impegnati nell'attività di pronto soccorso per l'elaborazione di strumenti operativi condivisi (protocolli - procedure) ed adeguati alle realtà operative a cui si riferiscono. Porre la giusta attenzione alla programmazione delle iniziative formative e dei processi di miglioramento della funzione di triage costituisce un valido strumento per stimolare gli operatori sanitari, a diverso titolo coinvolti nell' attività di triage, a individuare strategie di superamento delle criticità presenti ed a rafforzare la loro motivazione.

Il triage è il primo ingranaggio di un meccanismo complesso che influenza in modo sostanziale tutto il processo di cura. Soltanto lavorando attivamente per tradurre in pratica quanto elaborato negli ultimi 23 anni per l'ottimizzazione di questa importante attività, si riuscirà a rispondere in modo adeguato alle esigenze degli infermieri che svolgono l'attività di triage, di tutti gli operatori dell'emergenza, delle istituzioni e soprattutto delle persone che ogni giorno si rivolgono in qualità di utenti ai pronto soccorsi italiani.

La riflessione per il miglioramento del servizio offerto dall'utenza nell'emergenza deve considerare il triage come il primo fondamentale momento di presa in carico della persona, non può però prescindere dal considerare tutti gli altri importanti elementi che contribuiscono al processo di cura. Ed è proprio in quest' ottica che si deve sviluppare un ragionamento sistemico che vede attivamente coinvolti tutti gli attori del processo di cura, operatori, responsabili organizzativi, istituzioni, e popolazione, ciascuno secondo il ruolo che lo contraddistingue.

GIDM – Gruppo Italiano Data Manager e Coordinatori di Ricerca Clinica

"La sperimentazione clinica oggi, per le sue implicazioni cliniche, etiche e legali, sta diventando sempre più complessa, e la sua realizzazione necessita di un TEAM multidisciplinare, composto da diverse figure professionali: medici, farmacisti, statistici, infermieri, biologi/ tecnici di laboratorio e coordinatori di ricerca clinica (CRC).
Ne consegue dunque che il successo nella conduzione di una sperimentazione clinica deriva dall'interazione di tutte queste figure professionali, al fine di monitorare e facilitare il lavoro del team di ricerca, mantenendo le relazioni con tutte le strutture coinvolte, nonché di garantire gli elevati standard di qualità richiesti dalle normative in vigore e dalle Autorità Regolatorie.
Nonostante la letteratura dimostri ampiamente come la presenza del coordinatore di ricerca clinica garantisca non solo un valido apporto da un punto di vista documentale e amministrativo, ma anche una risorsa cruciale per quello che riguarda gli indicatori di etica e di qualità della ricerca, ad oggi non esiste un suo riconoscimento istituzionale, né tantomeno un contratto dedicato all'interno del Sistema Sanitario Nazionale. Questo mancato riconoscimento sta dando vita a un preoccupante fenomeno di migrazione di personale esperto verso le organizzazioni di ricerca a contratto (CRO) e le aziende farmaceutiche, creando un vacuum professionale che rischia di mettere in ginocchio la competitività della ricerca clinica italiana, insieme alla possibilità di offrire terapie sperimentali innovative ai pazienti, con conseguenze di natura etica piuttosto gravi.
Diventa pertanto necessario provvedere al riconoscimento di questa figura

di supporto alla ricerca clinica, declinandola nei decreti attuativi alla legge 3/2018 e permettendo anche alle aziende ospedaliere e ospedali universitari di inserire tali figure in organico.
La recente approvazione della Piramide dei Ricercatori, che riguarda esclusivamente IRCCS pubblici e gli istituti zooprofillatici, rischia infatti di penalizzare fortemente la rete di ricerca clinica diffusa su tutto il territorio nazionale (escludendo di fatto Aziende Ospedaliere, Ospedali Universitari, ATS etc.), oltre che non rappresentare una forma ottimale di stabilizzazione.
Ci auguriamo inoltre che queste occasioni di ascolto e confronto diventino il punto di forza di questo Paese e che il Ministero della Salute condivida con AIFA e gli stakeholders della sanità i futuri decreti attuativi della recente legge 3/2018."

GRUPPO OCULISTI AMBULATORIALI LIBERI

Il territorio necessità di una valorizzazione con un investimento significativo riguardante sia il personale che la strumentazione .
Anche le sedi strutturali sanitarie territoriali dovranno avere carattere di locazione geografica strategica, tenendo conto delle modalità di trasporto a disposizione.
Anche il comfort delle sedi dovrà avere un adeguato livello qualitativo in quanto rappresentano la porta d'ingresso della sanità territoriale, con le necessarie ritualità di accoglienza.
Tutto ciò potrà permettere alla realtà ospedaliera di poter svolgere il suo ruolo di attività istituzionale, quale la gestione delle patologie acute ed i Pronto Soccorso svolgere la reale attività di competenza, senza dover sopperire alle carenze del territorio per i pazienti cronici.
Alle attività territoriali dovrà essere conferita massima attenzione alla prevenzione per tutte le fasce di età: pediatrica, lavorativa ed anziana.
L'investimento sulla prevenzione avrà una inevitabile ricaduta sul risparmio di quella assistenza dedicata a soggetti inabili ed invalidi a causa di patologie non adeguatamente controllate, con conseguente buon uso delle risorse economiche .
Occorre incrementare il personale medico e quello delle altre professionalità sanitarie con un occhio particolare al ricambio generazionale, in maniera da avere a disposizione elementi effettivamente attivi al 100%, collocando opportunamente coloro che hanno ridotte capacità lavorative.
Attenzione particolare va riservata al personale di sesso femminile ed alle sue necessità per problematiche di ordine familiare e sociale.
Si dovrà cercare di instaurare un sistema di welfare aziendale, tale da tutelare i lavoratori e permettere loro

di poter lavorare in serenità e sicurezza .
In tal modo la resa produttiva non potrà che beneficiarne, anche con una riduzione dell'orario di lavoro senza penalizzazione pecuniaria .
Al medico dovrà essere riconosciuto un pieno ruolo organizzativo, utilizzando come collaboratori di supporto altre figure tecniche sanitarie ed amministrative. Si ravvisa la necessità di lavorare in team. Ognuno per le proprie competenze, ma con obiettivi ben definiti e realizzabili.
La formazione professionale di tutto il personale dovrà avere carattere prioritario con le metodologie più congeniali di espletamento ed il tempo e gli argomenti adeguati.
L'aggiornamento dovrà essere utilizzato come mezzo di collaborazione sinergica fra il personale sanitario del territorio e quello dell'ospedale, al fine di una reciproca crescita professionale .
Tale formazione dovrà comprendere anche una effettiva parte pratica, oltre a quella puramente teorica.
Una modalità da incentivare è quella della formazione sul campo, impiegando le migliori risorse interne al sistema sanitario aziendale, ma al contempo potendo usufruire di docenze esterne competenti e qualificate.
Particolare attenzione dovrà essere dedicata alla formazione professionale assegnandole anche un ruolo interdisciplinare, coinvolgente le varie branche specialistiche .
Il tempo dedicato alle prestazioni mediche dovrà essere considerato con attenzione in maniera da permettere una adeguata comunicazione tra medico e paziente ed evitare il reiterarsi delle prestazioni per giungere ad una diagnosi e terapia mirata.
Tutto ciò potrà permettere un giusto rapporto medico paziente, contenere i contenziosi medico-legali e quindi il ricorso alla medicina difensiva. La qualità di salute percepita dai pazienti non potrà che beneficiarne, scongiurando gli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari. Ciò comporterebbe un risparmio di spesa da reinvestire in retribuzione del personale e adeguamento diagnostico e terapeutico con l'utilizzo delle tecnologie innovative.
Le agende di prenotazione dovranno tenere conto sia di patologie aventi carattere cronico e sociale, che di carattere preventivo pediatrico e quindi appositamente dedicate ad esse. Sicuramente sono da prendere in considerazione la realizzazione di agende dedicate a patologie croniche aventi carattere

di malattia sociale.
Adeguata attenzione merita la educazione sanitaria dei cittadini attraverso campagne di informazione, al fine di scongiurare gli effetti negativi delle fake news.
A tal fine occorrerà attrezzarsi per utilizzare i moderni mezzi quali i social network, le televisioni, la radio e gli organi di stampa in genere. Indispensabile la collaborazione con le varie associazioni dei pazienti e promuovendo campagne di informazione con la effettuazione di screening a livello territoriale.

Per quanto riguarda il settore specifico dedicato alla salute visiva, occorre riportare ordine e specificare i ruoli professionali coinvolti ed i loro compiti.
Quello del medico oculista rimane quello esclusivo dedicato alla diagnosi ed alla terapia con la piena responsabilità della salute visiva dei pazienti .
Altre figure possono essere necessariamente di supporto, ma non sostitutive o alternative.
Alcune figure non mediche possono espletare solo attività commerciale di ausili visivi su prescrizione del medico oculista, approntandone la realizzazione e trattandone la vendita . Sono altresì utili per orientare il paziente verso le formule tecnologicamente evolute ed eventualmente utilizzabili per la sua situazione .
Altre figure sanitarie non mediche non possono esercitare attività commerciale, ma supportare il medico oculista su sua indicazione, per effettuare esami diagnostici utili per giungere alla migliore diagnosi o agire sinergicamente per le attività di prevenzione e riabilitazione visiva.
La collaborazione e la buona comunicazione tra i medici oculisti del territorio con i colleghi ospedalieri, può permettere la diagnosi precoce di patologie oftalmologiche che richiedono l'esecuzione veloce della terapia mirata necessaria in ambito ospedaliero e il rientro in fase di stabilizzazione sul territorio.
La telemedicina e tutte le forme di supporto informatico possono essere utilizzate per velocizzare i processi di comunicazione, coinvolgendo anche il paziente nella dovuta maniera .
Auspicabile la collaborazione con figure professionali emergenti quali l'ingegnere biomedico, ma anche professionalità che ormai sono indispensabili per il settore sanitario come economisti, psicologi,

giuslavoristi, bioetici. Tale collaborazione potrà permettere un rinnovamento culturale della figura del medico, ridandole dignità professionale, contrastando il fenomeno del burn-out ed avviando il necessario ricambio generazionale che vede la presenza professionale sempre più marcata del sesso femminile.
Andrà intensificata la collaborazione tra le società scientifiche, le varie associazioni e una apertura maggiore verso l'Europa, affinchè si possa raggiungere uno standard sanitario qualitativamente valido ed omogeneo.

COMMUNITY CARE

Processi di trasformazione strategica e organizzativa
Modelli organizzativi, gestionali e profili di assistenza e di cura
Decision making and problem solving
Innovazioni e sperimentazioni gestionali

E' un concetto di centralità della persona sui suoi bisogni assistenziali e sociali per una presa in carico globale da parte dell'équipe multiprofessionale.

Oggi, al paziente non basta l'eccellenza del singolo specialista, ma quel che conta è il tasso complessivo di interazione di più soggetti sulla malattia, nella quale, i diversi operatori mettono in campo le proprie individualità e specificità, dando vita a quell'intreccio di "pluricompetenze" che è la base del lavoro di équipe.

Il No profit in Italia coinvolge 9,5 milioni di cittadini, 75.000 organizzazioni, 960.000 occupati e 500.000 volontari a tempo pieno, con una tipologia di servizi che spaziano dalle cure riabilitative all'assistenza domiciliare, dal sostegno ai minori all'istruzione scolastica.

Per ora, nel nostro Paese, il terzo settore costituisce il 3,5% dell'occupazione nazionale.

Di questi, i lavoratori dipendenti regolarmente stipendiati equivalgono all'1,8% dei lavoratori nazionali, e producono ricchezza per quasi

80 mld €, pari al 3% del PIL

PROGETTO SALUTE

DIAGNOSI PRECOCI:

1.078 lesioni

19.843 cittadini indirizzati presso Ospedali Pubblici della Regione Campania

ATTIVITA'

265.843	visite
145.375	donne
109.468	uomini
291.423	indagini

Risparmio per il S.S.R. in 15 anni:

10mln €

BISOGNI EMERSI

Per il rischio di tumore al seno si è notevolmente abbassata la fascia di età della popolazione femminile

Le donne dai 25 ai 45 anni non sono coperte dai programmi di screening gratuiti del S.S.N.

Il terzo settore investe tantissimo sui bisogni di questa fascia di popolazione con programmi gratuiti di prevenzione, diagnosi precoce e comunicazione

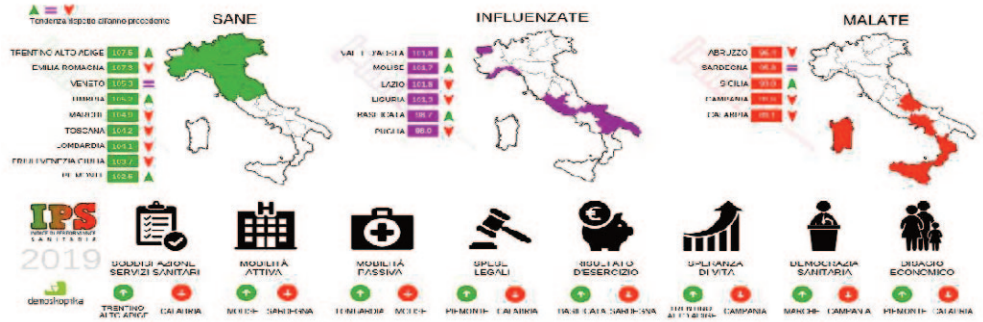
Bisogna aprire al pubblico i Dipartimenti di prevenzione delle AA.SS.LL. il sabato e la domenica perchè le donne hanno più tempo libero e meno impegni

Bisogna ridefinire il ruolo delle BREAST UNIT

SUD ITALIA Meno tumori, sopravvivenza più bassa, meno persone da gestire

DIAGNOSI PRECOCE Aumenta la sopravvivenza e migliora la qualità di vita

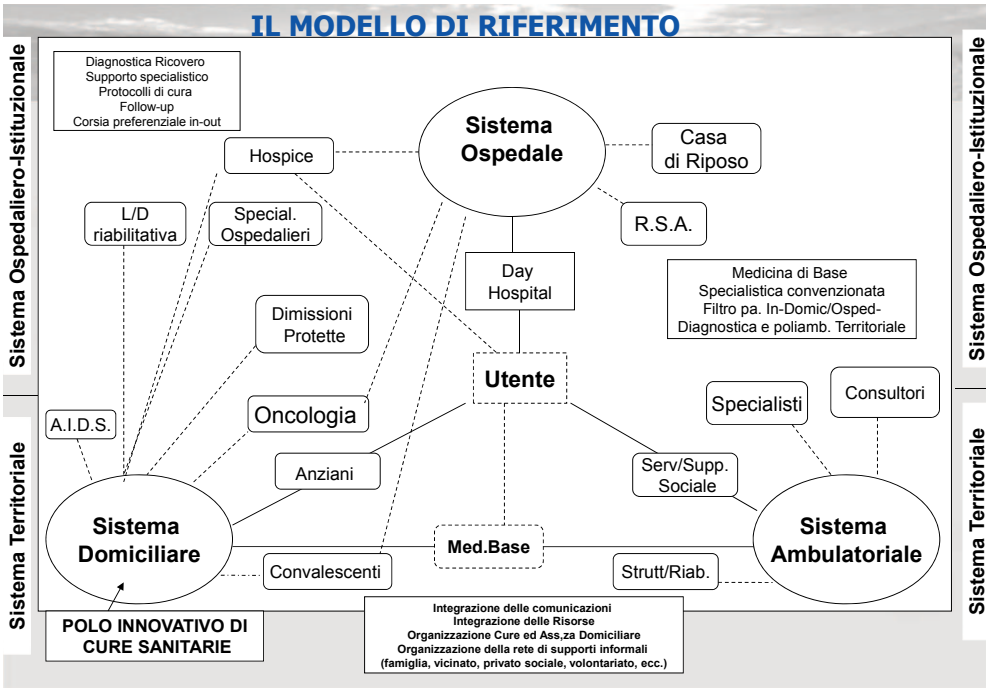
Al Sud si sopravvive meno perché le diagnosi di tumore sono più tardive

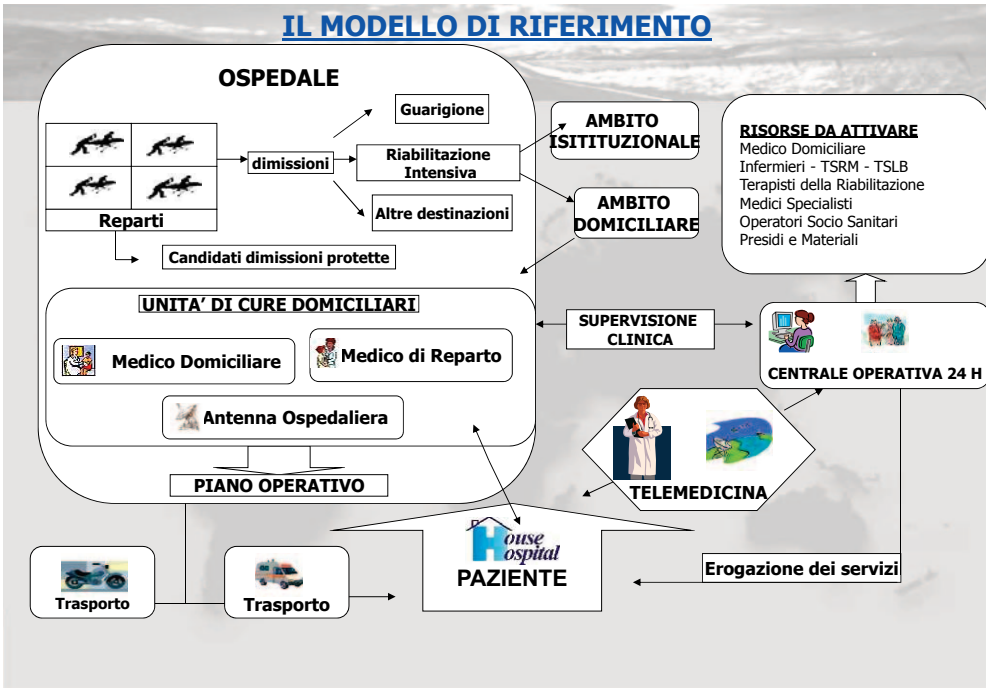


ASSISTENZA DOMICILIARE

Progetto ACARD-RS

Sperimentazione di ospedalizzazione domiciliare per malati algici, cronici e terminali e reinserimento sociale


IL MODELLO DI RIFERIMENTO
Sistema Ospedaliero-Istituzionale
Sistema Territoriale
Diagnostica Ricovero
Supporto specialistico
Protocolli di cura
Follow-up
Corsia preferenziale in-out
Sistema Ospedale
Hospice
Casa di Riposo
R.S.A.
L/D riabilitativa
Special. Ospedalieri
Day Hospital
Medicina di Base
Specialistica convenzionata
Filtro pa. In-Domic/Osped-
Diagnostica e poliamb. Territoriale
Dimissioni Protette
Utente
Specialisti
Consultori
A.I.D.S.
Oncologia
Anziani
Serv/Supp. Sociale
Sistema Domiciliare
Med.Base
Sistema Ambulatoriale
Convalescenti
Strutt/Riab.
POLO INNOVATIVO DI CURE SANITARIE
Integrazione delle comunicazioni
Integrazione delle Risorse
Organizzazione Cure ed Ass,za Domiciliare
Organizzazione della rete di supporti informali
(famiglia, vicinato, privato sociale, volontariato, ecc.)


IL MODELLO DI RIFERIMENTO
OSPEDALE
Guarigione
dimissioni
Riabilitazione Intensiva
Altre destinazioni
Reparti
Candidati dimissioni protette
AMBITO ISITITUZIONALE
AMBITO DOMICILIARE
RISORSE DA ATTIVARE
Medico Domiciliare
Infermieri - TSRM - TSLB
Terapisti della Riabilitazione
Medici Specialisti
Operatori Socio Sanitari
Presidi e Materiali
UNITA' DI CURE DOMICILIARI
Medico Domiciliare
Medico di Reparto
Antenna Ospedaliera
SUPERVISIONE CLINICA
CENTRALE OPERATIVA 24 H
PIANO OPERATIVO
TELEMEDICINA
House Hospital
PAZIENTE
Trasporto
Trasporto
Erogazione dei servizi

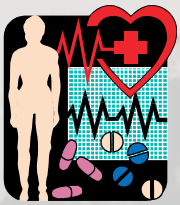
Teleassistenza domiciliare
Una delle possibili soluzioni...
CRC
Interfaccia web
Paziente
In linea con la salute
CST
TV interattiva per accesso ai servizi
Interfaccia web
Paziente
MMG
Dispositivi biomedici wireless a casa del cittadino
Presentazione sulla TV di casa dei parametri fisiologici
Specialisti e MMG

RETE LOCALE
CURE PALLIATIVE
(Hospice, Ambulatorio, Day Hospice,
Terapia del Dolore, Formazione e Ricerca)
Ut simus...
Ut demus...
Ut agamus...
House Hospital
Associazione onlus

BISOGNI EMERSI

Accreditamento

Terzo settore



Formazione Volontari

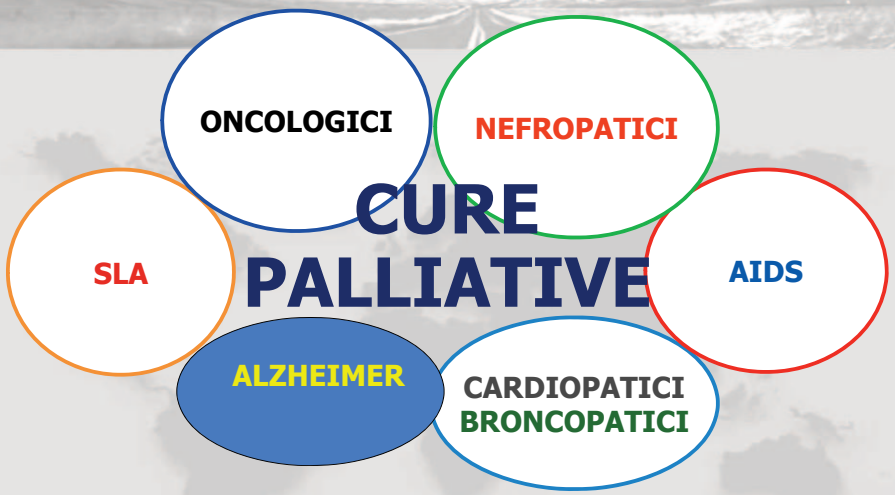
Caregivers

Simultaneous Care

Le cure simultanee/cure palliative precoci nel malato oncologico è un modello organizzativo mirato a garantire la presa in carico globale del malato attraverso un'assistenza continua, integrata e progressiva fra terapie oncologiche e cure palliative quando l'outcome non sia principalmente la sopravvivenza del malato.

L.E.A.

prevedono che ai malati in ricovero ordinario vengono garantite tutte le prestazioni cliniche, diagnostiche e riabilitative inclusa la terapia del dolore e le cure palliative.



CONFERENZA STATO/REGIONI
UNIFORMITA' DELLE TARIFFE DI RICOVERO

EQUIPE MULTIPROFESSIONALE
E MULTIDISCIPLINARE
MEDICO DI MEDICINA GENERALE
PSICOLOGO
SOCIOLOGO
TERAPISTA OCCUPAZIONALE
ASSISTENTE SOCIALE
PAZIENTE
MEDICO ESPERTO IN CURE PALLIATIVE
INFERMIERE
OSS
VOLONTARIO
ASSISTENTE RELIGIOSO
FISIOTERAPISTA
MUSICOTERAPISTA
ARTETERAPISTA

Medico on-line
Psicologo on-line
800.367701
PRONTO PAIN
Avvocato on-line
Conoscere per sapere
800.367701
FISICO 22%
PSICOLOGICO 10%
SPIRITUALE 10%
DOLORE
BUROCRATICO 28%
SOCIALE 10%
FAMILIARE 20%
INDAGINE CAMPIONE SU 2.682 CONTATTI ANNO 2018

Osservatorio Regionale
Cure Palliative e Medicina del Dolore
House Hospital Associazione onlus

- **GESTIONE ECONOMICA 28%**
- **GESTIONE LOGISTICA 12%**
- **REPERIMENTO FARMACI O PRESIDI 22%**
- **INVALIDITÀ… 34%**
- **VALUTAZIONE DELLA PRESA IN CARICO 4%**

DOLORE BUROCRATICO

COSTI

400 Posti letto Rianimazione (3.000 €)/Terapia Intensiva (1.500 €)/Medicina (800 €) x tariffa giornaliera media 1.200 € x 365 giorni degenza= **175.200.000 €**

400 Posti letto **Hospice** x tariffa giornaliera 252 € x 365 giorni degenza= **36.792.000 €**

Risparmio ogni anno: 138.508.000 €

Cure Palliative Domiciliari € 71,53 (alta intensità) ed € 61,90 (media intensità) x 365 giorni x 400 pazienti= **10.443.380 € (alta intensità) - 9.037.400 € (media intensità)**

Risparmio ogni anno: 164.756.620 € (alta intensità) - 166.162.600 € (media intensità)

www.hospicecampania.it/bozza/
Osservatorio Regionale
Cure Palliative e Medicina del Dolore
House Hospital
Associazione onlus
Home
Mission
Normative vigenti
Aree Tematiche
Formazione
Ricerca Scientifica
Info e Contatti
Medicina del dolore
Cure Palliative
Hospice
Assistenza Riabilitativa
Assistenza Spirituale
Sociologia
Psicologia
Attività Ludiche
Comunicazione
www.hospicecampania.it

OSSERVATORIO REGIONALE
CURE DOMICILIARI
CAMPANIA
House Hospital
Associazione onlus
OSSERVATORIO REGIONALE ONCOLOGICO
Campania
House Hospital
Osservatorio Regionale per il Monitoraggio dei Disturbi dello Spettro Autistico
CAMPANIA
Medico on-line
Psicologo on-line
CHIAMA
392.5933155
SOS AUTISMO
Avvocato on-line
Conoscere per sapere
CHIAMA
392.5933155
www.osservatoriocuredomiciliari.it
www.osservatorioregionaleoncologico.it
www.osservatorioregionaleautismo.it

Nel nostro paese, una legge speciale e lungimirante, la Legge n.548 del 1993 recante '*Disposizioni per la prevenzione e la cura della fibrosi cisticà* ha istituito in ogni regione un Centro specializzato per la cura della fibrosi cistica, assicurato ai malati la gratuità dei farmaci prescritti dai centri, stanziato fondi per la ricerca. Nonostante ciò, mancano ancora oggi strumenti di monitoraggio in grado di ottimizzare e controllare l'uso di queste risorse pubbliche, al fine di garantire ai pazienti elevati standard di cura e l'uniformità delle cure su tutto il territorio nazionale.
Per la sua complessità, incidenza e gravità, la fibrosi cistica ha richiesto a suo tempo una legge specifica ed è considerata ancora una malattia ad alto interesse sociale. È quindi fondamentale che le Regioni, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari, si assumano l'impegno di rispettare e applicare quanto stabilito dalla legge in oggetto indicata relativamente a:

EROGAZIONE DEI FONDI: il comma 2 dell'art.10 recita che l'onere derivante dalla attuazione della legge è a carico dello stanziamento di bilancio relativo al Fondo sanitario nazionale che per l'anno 1994 destinò al suo finanziamento la somma di 15 miliardi di lire e di 10 miliardi per gli anni successivi, oggi circa 5 milioni di euro, risorse che devono essere erogate alle Regioni e specificamente finalizzate alle attività dei centri di cura FC. Come da riepilogo delle delibere CIPE allegato, tra il 2008 e il 2017, si riportano molte anomalie nella corretta allocazione dei fondi tra Assistenza e Ricerca e forti ritardi nell'erogazione degli stessi.

DIFFORMITÀ di APPLICAZIONE: la conseguenza più immediata del punto precedente riguarda la difformità di applicazione della legge tra regione e

regione, che comporta situazioni tuttora precarie nella gestione dei centri di cura, soprattutto per quanto riguarda il personale, con ricadute sulla qualità delle cure per i pazienti e un forte divario tra il Nord e il Sud Italia.

FARMACI: il comma 1 dell'art. 3 prevede la gratuità di tutto il materiale medico, tecnico e farmaceutico e quanto altro ritenuto essenziale per la cura e la riabilitazione a domicilio dei malati di fibrosi cistica. Come recentemente avvenuto nella Regione Puglia, poiché in piano di rientro, i pazienti con fibrosi cistica si sono visti negare l'erogazione gratuita dei farmaci in fascia C.

PERSONALE MEDICO E SANITARIO: in base al comma 4 dell'art. 3 le regioni assicurano al Centro di Cura strutture, personale e attrezzature adeguati alla consistenza numerica dei pazienti assistiti e della popolazione residente nonché, secondo l'art.1 comma 2, devono provvedere alla preparazione e all'aggiornamento professionale del personale medico e socio sanitario. Attualmente, la maggior parte dei centri registrano carenze a livello di personale, spesso inserito con fondi propri delle Associazioni Regionali LIFC, così come è a carico dell'Associazione di pazienti la formazione del personale medico in quanto, non tutti i centri sono in grado di inserire personale specializzato in fibrosi cistica.

TRAPIANTI: al comma a 8 dell'art. 3 la legge stabilisce che le Regioni devono assicurare l'eventuale trapianto di organi ed il servizio di trasporto immediato, anche aereo, per tale trapianto senza alcun onere per il paziente e la famiglia, indipendentemente dal reddito. Come si evince dal report 2018 del Centro Nazionale Trapianti, tra Nord e Sud Italia, si registra un forte divario nel numero di trapianti di doppio polmone effettuati, con la conseguenza che la migrazione sanitaria dei pazienti e delle famiglie dal sud al nord Italia è sempre maggiore.

CENTRI FC ADULTI: la circolare attuativa del 15 aprile 1994 recante '*Prime indicazioni per l'applicazione della legge 548/1993*' prevede che nel caso in cui il Centro si trovi ad assistere una quota consistente di malati adulti, si strutturi presso il Centro una specifica sezione per adulti in quanto il paziente adulto con FC ha bisogni di vita e di cura differenti da un paziente di età pediatrica,

aspetto ignorato in alcune Regioni.
Questi punti sono stati recepiti dal **Manuale Istituzionale per l'Accreditamento dei Centri FC** riorganizzato secondo gli 8 criteri previsti dalla Conferenza Stato Regioni e basato sugli standard di qualità europei.
Infine, le problematiche di cui sopra, in questi anni sono state ampiamente condivise con le Istituzioni competenti tra cui, AIFA con l'allora Direttore Mario Melazzini, il Ministero della Salute con l'allora Ministro Beatrice Lorenzin e attualmente con il Prof. Salvatore Sciacchitano, infine sul tema dei trapianti è in corso da anni un dialogo con il Centro Nazionale Trapianti avviato con l'allora Direttore Alessandro Nanni Costa.

ALLEGATI:

Lega Italiana Fibrosi Cistica ONLUS

RIEPILOGO DELIBERE CIPE FSN DALL'ANNO 2008

ANNO 2008	15.09.2011	3.100.000	ASSISTENZA
ANNO 2009	29.09.2011	3.100.000	ASSISTENZA
ANNO 2010	24.04.2013	3.100.000	ASSISTENZA
ANNO 2011	24.04.2013	3.100.000	ASSISTENZA
ANNO 2012	26.11.2015	3.100.000	ASSISTENZA
ANN0 2013	26.11.2015	3.100.000	ASSISTENZA **
ANNI 2008-2009-2010-2011-2012	11.03.2016	6.450.000	RICERCA
ANN0 2014	19.08.2015	3.100.000	ASSISTENZA **
ANNO 2015	23.12.2015	4.390.000	ASSISTENZA 3.100.000 + RICERCA 1.290.000
ANNO 2016 finanziam. indistinto LEA	13.06.2017	4.390.000	ASSISTENZA 3.100.000 + RICERCA 1.290.000
ANNO 2017 finanziam. Indistinto LEA	24.03.2018	4.390.000	SENZA INDICARE quota ASSISTENZA quota RICERCA

** ANNI 2013-2014 NON DESTINATI FONDI PER LA RICERCA

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE ONLUS
Medicina Democratica

Medicina Democratica con questo breve documento vuole sollevare l'attenzione su alcuni degli argomenti affrontati nella bozza del Patto per la Salute 2019-2021.

LEA

L'obiettivo di assicurare l'uniformità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per superare le differenze territoriali è definito fra i punti caratterizzanti. Questa finalità è in linea di principio condivisibile, tuttavia la nostra associazione è fortemente preoccupata dalla parallela proposta di legge relativa al cosiddetto "regionalismo differenziato" che andrebbe invece molto probabilmente ad approfondire le attuali differenze fra le regioni del nord e del sud del paese.

Già oggi, infatti, le regioni che non raggiungono dei punteggi ritenuti sufficienti fra gli indicatori della griglia per la valutazione del "mantenimento nell'erogazione dei LEA" sono concentrate nelle regioni meridionali. Se al riconoscimento di ulteriori competenze si dovrà prevedere un trasferimento di risorse necessarie per l'effettivo esercizio di tali autonomie e pertanto una maggiore responsabilità (e perciò possibilità di definire normative peculiari) temiamo che, partendo dalla attuale situazione concreta caratterizzata da importanti differenze, possano cristallizzarsi de facto 21 servizi sanitari differenti che difficilmente potranno essere omogenei.

Questa emanazione di regole non coerenti fra di loro, come sottolineeremo per gli altri argomenti che vogliamo affrontare, potrebbero fortemente ledere i principi alla base del servizio sanitario nazionale come ad esempio l'universalismo e pertanto aumentare le diseguaglianze fra le persone.

Equità nell'accesso alle cure

Conseguentemente a quanto riportato relativamente alla questione della gestione dei LEA in un regionalismo differenziato, una delle preoccupazioni maggiori per la nostra associazione riguarda il perseguimento dell'equità nell'accesso alle cure.

Riteniamo che il progressivo ridisegno della geografia organizzativa sanitaria che si è sviluppata nel tempo aumentando l'aggregazione delle aziende sanitarie ha senza dubbio risposto all'esigenza degli obiettivi di economie di scala ma nel contempo ha determinato una importante riduzione della partecipazione da parte della popolazione in ambito sanitario portando, anche fisicamente, i rappresentanti istituzionali più lontani dai territori periferici (solitamente quelli più penalizzati sotto vari aspetti).

La nostra associazione invece ritiene che la partecipazione e l'utilizzo dell'epidemiologia dovrebbero essere poste al centro delle politiche sanitarie per le positive ricadute a livello di focalizzazione degli interventi negli ambiti di maggiore sofferenza, migliorare il livello di salute generale ed ottenere anche ricadute positive in termini economici. Gli interventi devono considerare tutti i maggiori determinanti di salute, pertanto non solo quelli prettamente sanitari ma considerare con lo stesso peso anche quelli sociali. Non è possibile legare l'idea di salute semplicemente con il volume delle prestazioni erogate. Si dovrebbe rivedere la centralità dei comuni nella definizione delle politiche sanitarie legate alle politiche socio-sanitarie e sociali.

Esistono delle esperienze in tal senso come quella recente della Consulta di Napoli, la quale ha prodotto uno studio sullo stato di salute della popolazione, punto di partenza del Referto epidemiologico comunale (Rec). A questo fine, si è calcolato, quartiere per quartiere, il Rapporto standardizzato di mortalità (Smr) confrontando il numero di decessi "osservati", cioè reali, con quelli "attesi" cioè quelli che si sarebbero verificati se la mortalità avesse seguito in modo uniforme l'andamento standard della città. I risultati hanno evidenziato una divisione del territorio in due con un differenziale di mortalità più elevato nei quartieri con un alto grado di vulnerabilità sociale e materiale, confermando che le condizioni sociali ed economiche rappresentano un determinante primario della salute.

Riteniamo inoltre di evidenziare un argomento non certo secondario per le sue potenziali conseguenze sull'equità del sistema sanitario nazionale, sui

suoi principi fondanti quali la solidarietà e l'universalismo: la definizione di un secondo pilastro per la copertura dei servizi sanitari.
Con la collaborazione di altre associazioni, abbiamo presentato due documenti esplicativi (all.1 e all.2) che inseriamo per una più puntuale argomentazione.
Vogliamo solo aggiungere che le proposte di regionalismo differenziato del Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna riportano nel loro articolato la volontà di poter creare anche a livello regionale dei fondi integrativi sanitari. Questa eventuale ulteriore attribuzione di autonomia legislativa, amministrativa ed organizzativa in materia (anche per eventualmente ampliarne l'oggetto di applicazione) renderebbe ancora più frastagliato il sistema e molto più concreta la possibilità di opting out con la creazione di più sistemi di coperture che determineranno un aumento delle diseguaglianze all'accesso ai servizi.

Liste d'attesa

La problematica delle liste d'attesa è divenuta emergenziale in quanto si inserisce in un quadro generale molto complesso, con diversi interessi in gioco.
Non vi è dubbio che il progressivo sottofinanziamento subito dal sistema sanitario in questi ultimi anni, come rilevato dai maggiori osservatori italiani, la riduzione del personale, una sovraprescrizione dovuta anche alla cosiddetta medicina difensiva hanno contribuito notevolmente all'esplosione del fenomeno.
Nondimeno questa situazione, che di fatto genera ulteriore iniquità, disagio e diffusa diffidenza rispetto al servizio sanitario pubblico, può essere utile a coloro i quali puntino semplicemente all'introduzione del "secondo pilastro" non intervenendo a monte del problema.
Lo scorso mese di febbraio è stato varato il nuovo Piano nazionale per il governo delle liste di attesa (PNGLA) che avrebbe dovuto essere recepito da tutte le regioni.
Al suo interno vi sono delle misure anche interessanti come il blocco dell'attività libero- professionale in caso di superamento dei tempi di attesa massimi previsti. Successivamente a questo documento si è assistito ad una levata di scudi contraria da parte di alcune associazioni mediche di categoria.
Ricordiamo che la legge 3/8/07 n.120 (Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria ed altre norme in materia sanitaria) già indicava "il progressivo allineamento dei tempi di prestazione delle erogazioni

nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza dell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale". Crediamo che il ministero debba intervenire direttamente per definire in maniera chiara l'argomento.
Anche la considerazione dell'abbattimento delle liste d'attesa come criterio principale per le conferma dei Direttori Generali può senza dubbio essere una modalità per indurre un allineamento dei tempi.
A questo deve anche essere aggiunto l'abbattimento dei tetti di spesa che attualmente, in diverse realtà, determina la paradossale saturazione dei posti disponibili già nei mesi estivi.
Ovviamente dovrebbe essere innanzitutto varata una legislazione che favorisca la prescrizione delle sole procedure con supportate evidenze di reale efficacia per la salute, riducendo pertanto i volumi di attività non utili alle persone malate e procedere con la formazione e l'assunzione di personale sanitario in numero utile per raggiungere gli scopi del servizio sanitario.

Finanziamento
In conclusione, esprimiamo la nostra contrarietà all' inserimento della clausola di salvaguardia finale che avvolgerebbe tutto il Piano in un ambito di quasi aleatorietà mettendo in dubbio ogni capitolo di finanziamento. Crediamo che il sistema sanitario nazionale, già sottofinanziato da diversi anni, debba poter invece godere di una programmazione, anche economica, certa se si desiderano realmente superare diverse delle problematiche che abbiamo in precedenza brevemente ricordato.

Si aggiungono, nei due allegati, un focus sulla questione dei fondi sanitari e una proposta di emendamento all'attuale articolo 11 dell'utlima bozza del Piano per la Salute 2019-2021 a nostra conoscenza, sottoscritto con altre associazioni.

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE ONLUS
Medicina Democratica

Allegato.1

Sanità "integrativa" nel Patto per la Salute. Proposte di modifica all'art. 11, per non buttar via il SSN

Come dovrebbe esser chiaro, oggi la Sanità integrativa è tale solo di nome, potendo fornire fino all'80% di prestazioni "duplicative", in concorrenza con il SSN. La competizione si gioca fornendo le stesse prestazioni del SSN ma in modo (per ora) più pronto e con frequenza maggiore (anche se spesso si tratta di prestazioni di low value, inappropriate e persino iatrogene). La maggior tempestività può verificarsi oggi, ma solo finché i beneficiari della Sanità integrativa sono una minoranza, mentre a pagarne le prestazioni sono tutti gli italiani, anche in modo indiretto con i benefici fiscali concessi ai primi.
I beneficiari hanno l'illusione di spender meno aderendo alla Sanità integrativa, senza rendersi conto che stanno pagando due volte: infatti continuano a finanziare con le proprie tasse anche il SSN, e in più pagano le integrazioni (anche se queste – per ora - in modo agevolato, finché gli iscritti restano minoranza, e gli esclusi maggioranza, che pure contribuisce senza saperlo a sussidiare gli iscritti ai Fondi!).
Questo regalo fiscale a gruppi relativamente già più avvantaggiati è stato calcolato in oltre 4 miliardi di Euro dal GIMBE (già autore di un magistrale capitolo di denuncia sulla deriva della Sanità integrativa nel suo 4° Rapporto sulla Sostenibilità del SSN), ed è tanto più inaccettabile quanto più il SSN è in sofferenza sempre più grave, per i continui tagli di risorse.
Oltre a ciò, la maggioranza inconsapevole, che si lamenta delle liste di attesa, non ha compreso un ulteriore paradosso: a forza-lavoro sanitaria costante, gli iscritti a Fondi e Assicurazioni sanitarie "tagliano" le code per sé e familiari, ma... a spese di tutti gli altri! Infatti, se gli iscritti si inseriscono nelle file davanti agli altri, ne consegue che gli altri/non iscritti precipitano sempre più indietro, pur contribuendo con le proprie tasse a pagare benefici e privilegi (effimeri) degli iscritti alla Sanità "integrativa"!

Ogni persona civile reagirebbe con indignazione di fronte al sopruso di chi scavalcasse una fila di persone davanti a una biglietteria: dunque ci si aspetta che i cittadini italiani, presa consapevolezza, reagiscano al sopruso in atto con le liste di attesa per accedere ai servizi sanitari, a maggior ragione per la beffa che gli oneri di chi scavalca le code siano alleggeriti con le tasse di chi è scavalcato!
Uno degli esiti di quanto sopra è stato negli ultimi anni, anche in correlazione allo sviluppo della Sanità integrativa, un aumento della spesa sanitaria totale, pubblica e per paradosso anche della spesa sanitaria privata, se correttamente si sommano spesa privata out-of-pocket e spesa privata intermediata da Fondi e Assicurazioni sanitarie. Il fenomeno trova conferme anche a livello internazionale.
Alla lunga, inoltre, chi riceve già le prestazioni dalla Sanità integrativa non vorrà più finanziare con proprie tasse anche un SSN che non usa (quasi) più, e invocherà un opting out, come già accade in alcuni Paesi europei (che hanno la più alta spesa sanitaria complessiva, e non per caso).
Così il sistema si avviterebbe: da una parte un SSN sottofinanziato, residuale, per chi non potrà aderire alla Sanità integrativa; dall'altro Fondi e Assicurazioni, che però, per la ben documentata tendenza a inflazionare domanda e offerta di prestazioni, finirebbero per diventare incapaci di
garantirle. L'adesione a Fondi e Assicurazioni diverrebbe quindi più costosa, con limiti posti alle prestazioni offerte: scenario già attuale negli USA.
Nel frattempo, purtroppo, anche la salute della comunità peggiorerebbe, per l'inflazione di test futili e inappropriati, diagnosi non necessarie/che non modificano le prognosi, sovratrattamenti e iatrogenesi.
Infine, per l'insostenibilità economica del sistema costruito sulla Sanità integrativa, le Regioni dovranno ripianare i debiti di Fondi e Assicurazioni con i soldi di tutti, sottraendone ancor più ai servizi sanitari pubblici, come in passato quando il SSN ha assorbito i debiti delle Mutue, non più in grado di pagare fornitori ed erogatori. Solo che questa volta il SSN ne uscirebbe distrutto.
Purtroppo, il tempo dei discorsi generali di principio sta scadendo, perché chi ha redatto la bozza di Patto per la Salute ha riproposto l'Articolo sulla Sanità Integrativa con contenuti analoghi alla precedente stesura (ex art. 5), nonostante le critiche ricevute. Dunque potrebbe essere opportuno che le

Regioni e coloro che vogliono intervenire si esprimano non (solo) sui principi, ma anche in modo concreto sul testo di quell'Articolo, come se esso già configurasse una bozza di nuovo testo legislativo.
Abbiamo pertanto provato a indicare nell'Allegato proposte puntuali di modifiche all'art. 11, per prefigurare una direzione di marcia e dare strumenti precisi a chi, con le migliori intenzioni e d'accordo sui principi, avesse difficoltà a declinarli concretamente nel poco tempo limitato disponibile, prima che lo Stato assuma formali iniziative normative.

Fondazione Allineare Sanità e Salute
Slow Medicine
ISDE, Medici per l'Ambiente – Italia
Gruppo NoGrazie
Medicina Democratica Onlus

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE ONLUS
Medicina Democratica

Allegato.2

Proposta di modifiche a bozza di Patto per la Salute pubblicata

A cura di:

- ✓ **Fondazione *Allineare Sanità e Salute***
- ✓ **Gruppo NoGrazie**
- ✓ **ISDE, Medici per l'Ambiente–Italia**
- ✓ **Medicina Democratica Onlus**
- ✓ **Slow Medicine**

Proposta di revisione - **Legenda**:

- rosso evid. giallo proposte di integrazione
- ~~doppio barrato evid. grigio~~ proposte di cancellazione
- a pie' di ciascuna pagina, precedute da n. di riferimento: motivazioni essenziali delle proposte

ART 11

Funzione complementare e riordino dei fondi sanitari integrativi

I fondi sanitari integrativi sono una realtà presente da anni nello scenario sanitario nazionale e sono nati con la finalità di potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza e con questi comunque direttamente integrati. La normativa consente, dal 2008, che tali fondi siano anche parzialmente integrativi e possano avere diverse modalità di gestione. In considerazione del fatto che tali Fondi beneficiano di vantaggi fiscali e quindi rappresentano un costo per il bilancio dello Stato, è necessario che la loro attività costituisca un ulteriore strumento a supporto della garanzia della tutela della salute della popolazione e della sostenibilità del sistema. Governo e Regioni convengono sull'opportunità di una revisione della disciplina di settore attualmente in vigore, al fine di stabilire ~~incrementare l'erogazione di prestazioni integrative rispetto a quanto garantito dal Servizio Sanitario Nazionale e~~ [1] la relativa quota di risorse vincolate a tali fini, necessarie per l'iscrizione all'anagrafe dei Fondi Sanitari istituita presso il Ministero della Salute e per l'eventuale [2] accesso a~~lle~~ correlate forme di agevolazione fiscale.

La revisione muove dalla consapevolezza che i fondi sanitari convivono e si pongono in stretta relazione con un Servizio pubblico connotato dai principi di universalità, uguaglianza, equità nell'accesso alle prestazioni ed ai servizi, della centralità della persona e globalità della copertura assistenziale. La revisione normativa intende regolamentare la materia ~~superare la duplicità delle forme previste dalla legislazione~~

[1] La Sanità Integrativa fornisce già ora in gran parte prestazioni di *low value*, inappropriate, duplicative con cadenze di ripetizione inflattive rispetto a quelle riconosciute dal SSN (v. ad es. slide 25 e 26 dell'allegato 1). Non è proprio il caso di mettere nel Patto che addirittura tali prestazioni vanno aumentate! (il che verosimilmente implica anche dirottamento verso la Sanità Integrativa di più risorse, sottratte al SSN).
Non si dovrebbe pensare alle prestazioni sanitarie come a un insieme "a numero e perimetro fisso", come un "gioco chiuso e a vasi comunicanti" tra SSN e Sanità *integrativa*. In entrambi i comparti gli erogatori, se pensano di averne un vantaggio, sono in grado di aumentare in modo discrezionale la propria offerta/prescrizione/erogazione.

[2] L'accesso ad agevolazioni fiscali non dovrebbe essere affatto scontato, ma subordinato al rispetto di condizioni che oggi mancano quasi completamente.

~~vigente e regolamentate dai decreti ministeriali 31 marzo 2008 e 27 ottobre 2009,~~ [3] nel rispetto dei principi di non selezione dei rischi, trasparenza della gestione, assenza di scopo di lucro.

I fondi sanitari integrativi, per la loro vocazione solidaristica d'inclusione sociale e di patto intergenerazionale, presentano, anche attraverso il ricorso alle agevolazioni fiscali, le caratteristiche idonee per sviluppare un sostanziale ruolo di complementarietà in diversi ambiti, quali la prevenzione primaria basata sull'attuazione di corretti stili di vita e di comportamenti salutari, [4] soprattutto per le malattie croniche degenerative, l'implementazione della Long Term Care, e ~~la compartecipazione della spesa sanitaria da parte dei cittadini,~~ [5] l'odontoiatria compresa la prevenzione in ambito odontoiatrico. Vanno promosse le prestazioni che presentano prove ~~evidenze~~ [6] scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale e collettivo, e quelle appropriate sia rispetto alle specifiche esigenze di salute del cittadino, sia rispetto alle modalità di erogazione delle prestazioni, privilegiando un'educazione alla salute scientificamente valida e indipendente da interessi commerciali [7] e supporti/incentivi per rendere facili comportamenti e scelte salutari, anche nel contesto del *welfare* aziendale. In particolare va promosso ciò che è meritorio/offre vantaggi in salute estesi anche alla comunità, e a ciò che abbassa i costi per il SSN, concorrendo a liberare risorse utilizzabili per gli altri. [8]

---

[3] La "duplicità di forme previste dalla normativa" dovrebbe anzi essere rafforzata, nel senso che gli iscritti a Fondi con caratteristiche sostitutive/duplicative oltre una certa (e bassa) soglia non dovrebbero avere accesso ad alcun beneficio fiscale. Anche per le prestazioni integrative si dovrebbero distinguere da un lato quelle con caratteristiche di necessità, *value*, appropriatezza e **meritorietà** (nel senso che migliorano anche la salute di *altri* oltre ai diretti beneficiari, e/o che hanno valide prove di ridurre i costi sanitari, liberando risorse del SSN destinabili ad *altri*): queste sarebbero le uniche a rigore a giustificare benefici fiscali. E dall'altro lato le altre prestazioni, che – ancorché non futili o iatrogene (e in tal caso da vietare) – migliorano la salute del solo destinatario e non riducono i costi netti per il SSN: per prestazioni di questo tipo i benefici fiscali non sembrano giustificabili.

[4] La prevenzione primaria (e terziaria, per evitare recidive) basata su corretti stili di vita/comportamenti è oggi attuata poco e male dal SSN, e potrebbe essere un'area di espansione della Sanità Integrativa, che contribuirebbe a colmare una grave lacuna nei Sistemi Sanitari, applicando tecnologie semplici e a basso costo oggi sottoutilizzate, riducendo i costi complessivi del SSN. Ciò per altro non ha nulla a che vedere con il rimborso di integratori alimentari, vitaminici, ecc., senza prove di efficacia (salvo in condizioni di documentata carenza), e persino iatrogeni se assunti senza necessità in dosi eccedenti quanto una sana alimentazione è comunque in grado di apportare.

[5] Alla Sanità integrativa non si dovrebbe consentire il rimborso dei ticket. Ciò infatti vanificherebbe almeno due delle funzioni dello strumento: dare al cittadino un poco di consapevolezza di quanto sta consumando, a prevalente carico della comunità; e indurre il medico prescrittore, per non scontentare il proprio assistito-cliente, a meglio selezionare e prescrivere alternative che non dilatino senza buoni motivi clinici i costi che lo stesso dovrà direttamente sopportare. Il rimborso dei ticket da parte della Sanità integrativa avrebbe l'effetto di togliere consapevolezza e responsabilizzazione a entrambe le figure, favorendo un maggior consumismo sanitario, i cui molteplici incentivi sarebbero gli unici a continuare a operare.

[6] "Evidenze" è un termine da abbandonare, essendo la cattiva traduzione dell'inglese "evidence", che significa "prova, documentazione". "Evidenza" in italiano ha addirittura il significato opposto: ciò che "è (auto)evidente", che dunque per sua natura non ha bisogno di alcuna "prova" o "documentazione di efficacia".

[7] Oggi purtroppo gran parte della cosiddetta "informazione" ed "educazione" sanitaria è inquinata da interessi commerciali più o meno palesi: si pensi agli annunci pubblicitari promotori di consumi sanitari tramite i media, a buona parte dell'informazione veicolata da stampati gratuiti nelle farmacie, a pieghevoli e altre iniziative per pazienti di vari gruppi di *advocacy* finanziati da produttori di tecnologie sanitarie o di "integratori", a molta ECM sponsorizzata dall'industria...

[8] I benefici fiscali possono avere senso solo per prestazioni ***meritorie*** che abbiano uno o entrambi i seguenti requisiti:

- oltre a dare benefici netti al singolo, offrono in modo provato vantaggi in salute estesi alla comunità (v. esempi in **lista A**)

Va tuttavia posto ~~a attenzione~~ divieto [9] a che i suddetti fondi, qualora l'accesso preveda benefici fiscali:

- ~~non~~ assumano carattere ~~prevalentemente~~ [10] sostitutivo/duplicativo delle prestazioni coperte da ~~del~~ finanziamento pubblico, mettendo così a forte rischio il modello universalistico che si intende salvaguardare;
- ~~non~~ consentano l'effettuazione di prestazioni inappropriate, di efficacia implausibile, che gonfiano in modo improprio molte liste d'attesa. [11]

- riducono in modo provato i costi per il SSN, liberando risorse per gli altri (dunque il SSN può decidere di restituire parte delle risorse risparmiate come incentivo destinato a chi permette di generare tale risparmio – v. esempi in **lista B**, di cui ai file allegati).

Lista A: prestazioni ***meritorie*** che giovano anche alla salute degli altri (in pratica, si tratta di alcune delle prestazioni di prevenzione primaria). Esempi relativi al Welfare aziendale:

1) educazione sanitaria scientificamente valida e indipendente da interessi commerciali ed *empowerment* + supporti/*benefit* per render facili comportamenti e scelte salutari, per l'individuo che vi accede e per la sua cerchia familiare e relazionale
2) disassuefazione dal fumo sul luogo di lavoro con counselling breve strutturato delle 5A + offerta gratuita dei farmaci di efficacia dimostrata o sigarette elettroniche per chi intraprende un percorso di disassuefazione guidato da sanitari, e finché è in atto tale percorso [Razionale: chi smette di fumare non solo ha benefici personali, ma ha meno assenteismo/assenze per malattia e rende di più sul lavoro, non espone colleghi e familiari al fumo passivo, riduce danni a eventuali prodotti del concepimento...]
3) opportunità di attività fisica offerte e incentivate sul luogo di lavoro [Razionale: chi vi partecipa non consegue solo benefici personali, ma ha meno assenze per malattia, rende di più sul lavoro, e dà benefici socio-relazionali e al clima aziendale. Se aumenta anche la mobilità sostenibile, aiuta a frenare l'inquinamento da traffico veicolare e il degrado ambientale...]
4) disponibilità di cibi salutari nei distributori automatici e nei bar/ristorazioni aziendali, gruppi di acquisto di prodotti biologici, a km zero... [Razionale: chi vi accede non ottiene solo benefici personali a breve termine, ma impara a mangiare meglio nel tempo e trasferisce gli apprendimenti in famiglia, ha meno assenze per malattia e rende di più sul lavoro, produce benefici socio-relazionali e al clima aziendale. Dà anche un contributo a frenare i guasti climatici, poiché un'alimentazione dannosa alla salute lo è anche per l'equilibrio ecologico, climatico, per i consumi di suolo, acqua, energie non rinnovabili, cintura dell'ozono...]
5) politiche di contrasto e supporto alla correzione di abusi di bevande alcoliche (o di impiego di sostanze d'abuso) [Razionale: oltre ai benefici personali, genera anche maggior sicurezza per gli altri sul lavoro e alla guida, meno comportamenti antisociali...]

[9] Non si tratta di "porre attenzione", ma di vietare benefici fiscali per chi riceve prestazioni sostitutive/duplicative (in realtà, si tratta spesso di prestazioni che si vanno a sommare all'offerta pubblica già in atto, aumentando costi e rischi iatrogeni)

[10] Il termine "prevalentemente" starebbe già a indicare una quota sostitutiva/duplicativa inferiore al 50%, mentre oggi questa è in media molto maggiore. Comunque non si intravvede alcuna giustificazione per riservare benefici fiscali a prestazioni sostitutive/duplicative, neppure se fossero ben inferiori al 50%, per chi:

- riceva prestazioni di cui è il solo beneficiario
- a maggior ragione se è già soggetto relativamente privilegiato (quanto meno perché un lavoro ce l'ha - v. la slide 4 del 1° file allegato)
- ancor peggio se le prestazioni di cui trattasi sono inappropriate e inflattive e lui stesso rischia di non averne benefici netti in salute: v. **esempi concreti** nelle slide 25-26 del 1°file...
- ... ma comunque gonfiano i costi del SSN (in modo rapidamente insostenibile anche per le Regioni più ricche: si considerino ancora gli esempi nelle slide 25-26 del 1°file (rappresentative di tendenze generali di Fondi Sanitari e Assicurazioni commerciali), che confrontano le frequenze previste in base a prove scientifiche con quelle offerte dalla Sanità *integrativa*), e ingigantiscono le liste di attesa...
- ... liste d'attesa che gli iscritti a Fondi e Assicurazioni oltretutto scavalcano, **allungandole al tempo stesso per tutti gli altri,** che – se la forza lavoro sanitaria è costante - sono spinti sempre più indietro (v. la slide 5 del 1° file). In pratica aggravano l'iniquità anche sotto questo profilo, che oggi sembra il più avvertito dalla popolazione.

[11] È del tutto evidente che le liste d'attesa, già oggi inflazionate di prestazioni inutili, non potrebbero sopportare l'espansione di offerte (per altro a effetto netto iatrogeno https://bit.ly/2ITsJmu , https://bit.ly/2XRP4r2) come quelle di cui le suddette slide 25-26 forniscono solo uno dei tanti possibili esempi.

ART 11 – Funzione complementare e riordino dei Fondi sanitari integrativi

Bozza articolato

1. Per garantire la sostenibilità del sistema e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse pubbliche è opportuno mettere a fattor comune tutte le risorse che vengono a qualunque titolo impiegate per l'erogazione di prestazioni sanitarie; a tal fine si conviene di migliorare la funzione di complementarietà dei fondi sanitari integrativi nello scenario sanitario nazionale, in una logica di integrazione rispetto alle prestazioni garantite dai LEA da parte del Servizio Sanitario Nazionale, che ha la finalità primaria di tutelare la salute di tutta la popolazione.

2. Si conviene quindi sulla necessità di aggiornare e rendere più organica la normativa che regolamenta i fondi sanitari, con ridefinizione del rapporto di integratività rispetto al Servizio sanitario nazionale alla luce dell'attuale consistenza delle attività svolte nel settore e tenendo conto degli obiettivi istituzionali del Servizio sanitario nazionale.

3. ~~Si conviene di ampliare sia il novero dei soggetti iscritti o beneficiari del regime di vantaggio fiscale sia i soggetti beneficiari delle prestazioni anche con riferimento al periodo di collocamento a riposo o di cessazione dell'attività lavorativa~~. [12]

4. Si intende operare, in particolare, sulla determinazione della quota di risorse vincolate ~~e sul superamento della duplicità delle forme previste dai decreti ministeriali 31 marzo 2008 e 27 ottobre 2009~~, [13] nel rispetto dei principi di non selezione dei rischi/di condizioni mediche preesistenti, di non discriminazione nell'accesso alle prestazioni, di trasparenza e pubblicità della gestione e assenza di scopo di lucro. ed esclusione dai benefici fiscali di prestazioni sostitutive/duplicative o di Fondi che le eroghino in quota superiore al 10% in valore (calcolato in base al tariffario nazionale) della propria complessiva fornitura, [14] (prevedendo anche l'assistenza indiretta, rispettosa del rapporto di fiducia e della libertà di scelta). Non sono comunque computabili ai fini di benefici fiscali rimborsi di quote di partecipazione (ticket) alla spesa, né prestazioni complementari di carattere non sanitario (es. differenze di trattamento alberghiero). [15]

5. Si conviene che i fondi sanitari integrativi siano indirizzati, anche attraverso il ricorso alle

---

Si aggiunga che questa strada, purtroppo aperta con l'accordo dei maggiori sindacati, che già all'inizio configura un grave attentato all'uguaglianza di accesso alle cure, nel breve-medio termine si paleserà insostenibile. Infatti, mano a mano che aumentano le iscrizioni alla Sanità Integrativa (oltre a far mettere in discussione la tassazione universale per un SSN) si aggraverà quanto già si intravvede in ritardi dei pagamenti agli erogatori. Anche negli USA, patria delle assicurazioni sanitarie, le prestazioni offerte hanno limiti proprio perché insostenibili economicamente. Un esito prevedibile sarebbe che le Regioni dovranno ripianare i debiti di Fondi e Assicurazioni con i soldi di tutti, sottraendone ancor più ai servizi sanitari pubblici. Per servizi destinati a *una parte* dei cittadini pagheranno *tutti* i contribuenti. Inoltre è improbabile che professionisti capaci si lascino attrarre dai contratti poco vantaggiosi spesso proposti da queste assicurazioni: se ciò avverrà, ne risentirebbe anche la qualità dei servizi e prestazioni della Sanità *integrativa*. Quanto oggi è presentato come "soluzione" farà tornare alle "mutue", i cui debiti furono assorbiti dal SSN. Sembra il déjà vu di un'operazione a perdere!

[12] È una condizione già garantita da un SSN universalistico. Se estesa alla Sanità Integrativa non eviterebbe l'esito descritto al p. 11, semmai lo anticiperebbe: aumentando la platea dei beneficiari (a maggiore scapito dei cittadini che ne resterebbero esclusi...!) **potrebbe solo ingolfare del tutto il sistema di erogazione**.

[13] v. nota 3.

[14] Idealmente nessuna quota duplicativa dovrebbe essere accettata a fini di benefici fiscali. In pratica, per difficoltà di catalogare prestazioni borderline, si potrebbe accettare una quota molto bassa, come quella indicata a titolo di esempio.

[15] v. nota 5 per i ticket. Riservare benefici fiscali per il rimborso di maggior comfort alberghiero (o utilità assimilabili) sarebbe socialmente ancor più inaccettabile e dirompente.

agevolazioni fiscali, verso un ruolo di complementarietà dei LEA, in ambiti quali la prevenzione primaria e terziaria basate su gli stili di vita, soprattutto per le malattie croniche degenerative (evitando comunque l'offerta di prevenzione secondaria con screening non validati o con screening duplicativi dell'offerta del Servizio Sanitario Nazionale), [16] l'implementazione dell'area sociosanitaria per la Long Term Care, e ~~la compartecipazione della spesa sanitaria da parte dei cittadini,~~ [17] l'odontoiatria non duplicativa dei LEA compresa la prevenzione in ambito odontoiatrico. Va altresì prestata attenzione a che i fondi non divengano sostitutivi e che non consentano di autorizzare prestazioni inappropriate.
~~6. Si conviene di favorire il ricorso a strutture pubbliche o private accreditate per l'erogazione delle prestazioni agli iscritti ai fondi sanitari~~, [18] senza per altro prevedere canali di accesso preferenziali rispetto ai criteri generali stabiliti dal Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa. [19]
Se il fondo si avvale di una forma di riassicurazione o di gestione amministrativa da parte di compagnie assicuratrici, le stesse non possono proporre agli associati al fondo propri piani assicurativi. [20]

---

[16] Sarebbero già discutibili benefici fiscali a carico di screening validati, in quanto – nonostante la diffusa mispercezione, generata da informazioni a senso unico - allo stato delle conoscenze riducono la mortalità specifica, ma non riducono la mortalità totale (*Saquib N, Saquib J, Ioannidis JPA. Int J Epidemiol 2015*) né probabilmente i costi sanitari complessivi.

[Questo merita una parentesi di approfondimento. Esempi dello screening mammografico (raccomandato) e di quello con PSA per il ca. prostatico (ufficialmente non raccomandato, ma praticato quanto la mammografia). **Screening mammografico** **Mortalità totale**: metanalisi dei trial clinici/RCT disponibili → RR a 13 anni 0,99, IC 95% 0,97-1,01 (*Cochrane Review 2013*); RR a 25 anni 1,02, IC 95% 0,98-1,06 (*Miller, BMJ 2014* – unico RCT con follow-up a 25 anni). **Costi**: non conosciamo valutazioni economiche indipendenti. Per altro, è vero che la diagnosi precoce riduce del ~20% la mortalità specifica per ca. mammario e consente interventi meno demolitivi, ma anticipa la diagnosi e i costi delle cure connesse di molti anni, e – a fronte di 1 morte da ca. mammario evitata - determina ~3 diagnosi di ca. che non si sarebbero manifestati nella vita della donna (*Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. Lancet 2012*)

Screening PSA per ca. prostata **Mortalità totale:** sostanzialmente invariata, anche nel RCT ERSPC, citato a modello: RR 0,99 IC 95% 0,98-1,01 a 16 anni di follow-up. (*Hugosson J et al. Eur Urol 2019*). **Costi: in Italia enormi**, dato che **per evitare una morte da ca. prostatico** bisogna invitare allo screening ben 44.232 maschi di 50-74 anni, ed effettuare **in media 673 diagnosi di ca. prostatico!** cui seguiranno di norma interventi chirurgici o sorveglianza attiva con procedure di follow-up intensive e biopsie ripetute. Inoltre con lo screening nei maschi ≥70 anni c'è un lieve, non significativo aumento sia della mortalità totale, sia della mortalità per ca. prostatico! **NB: almeno metà dei maschi che fanno il PSA di screening ha ≥70 anni, e la Sanità *integrativa* lo propone ogni anno fino agli 80 anni o per tutta la vita** v. slide 25 e 26 dell'allegato 1]

Tornando agli screening validati, essi sono comunque già offerti dal SSN, con la periodicità appropriata (e in pratica senza attese per le urgenze), e non hanno senso benefici fiscali. Sarebbe ancor più inaccettabile dare benefici fiscali per screening non validati/non offerti dal SSN, con benefici sanitari netti complessivi dubbi o negativi, e ricadute di maggiori costi sul sistema sanitario. I cittadini ne andrebbero adeguatamente informati, e chi scegliesse comunque di accedervi li dovrebbe pagare senza alcun aggravio per la collettività.

[17] v. nota 5

[18] Non si tratterebbe certo di una soluzione! Oggi non manca certo una "capacità prescrittiva" di prestazioni, ma c'è una crescente difficoltà erogativa, dovuta in gran parte anche all'eccesso di prescrizioni inappropriate, che intasano il sistema e allungano le attese per quanto davvero necessario. Se quanto cancellato restasse, si aggraverebbe solo la situazione, aumentando prescrizioni e aspettative che il sistema erogativo avrebbe ancor più difficoltà a smaltire.

[19] Se ciò continuasse ad avvenire, ma per una platea ancor più vasta di beneficiari che by-passano le liste di attesa a scapito di tutti gli altri, si aggraverebbe solo l'iniquità già in atto, rendendo insoddisfazione e frustrazioni ancora più dirompenti. Molti che oggi auspicano per sé e per i propri familiari un simile privilegio si indignerebbero vedendo in una coda qualcuno che pretende di inserirsi davanti agli altri in attesa! Ma la Sanità Integrativa di fatto propone anche questo. Si aggiunga che ciò vanificherebbe i miglioramenti attesi dal Piano Nazionale di Gestione delle Liste di attesa.

[20] La Sanità integrativa non dovrebbe costituire, per multinazionali for profit che "riassicurano" i Fondi sanitari, anche un "cavallo di Troia" per acquisire dati di clienti cui proporre tanti altri prodotti assicurativi, in un continuo "gioco di scatole cinesi".

7. Si conviene di rafforzare il sistema di vigilanza sulle attività svolte dai fondi integrativi e a tal fine si prevede, ai sensi dell'art. 3, comma 9, del decreto ministeriale 27 ottobre 2009, l'adozione di un decreto che individui più specificamente le modalità di funzionamento a regime dell'anagrafe del Ministero della salute, con l'obiettivo di garantire maggiore trasparenza e tutela ai cittadini iscritti ai fondi. A tal fine, il Ministero della Salute effettua rilevazioni presso i Fondi, anche attraverso questionari, per integrare le informazioni a sua disposizione circa la quantità e la tipologia di prestazioni erogate dagli stessi Fondi.

8. Si conviene di istituire presso il Ministero della salute un apposito gruppo di lavoro misto, Ministero della salute e Regioni, che elabori un documento tecnico di proposta di revisione della normativa vigente e definisca anche le modalità di istituzione e funzionamento dell'apposito Osservatorio nazionale dei fondi sanitari integrativi.

	Entro
Costituire un Tavolo Ministero-Regioni avendo raccolto le designazioni del Coordinamento delle Regioni, prevedendo anche il coinvolgimento del Ministero dell'Economia e delle Finanze	3 mesi
Predisporre il testo per la revisione della normativa attualmente in vigore, avviando le attività dalla proposta di una modifica legislativa all'articolo 9 del d.lgs. 502/92; da condividere preliminarmente con le regioni	12 mesi
Delineare le linee di fondo per la modifica degli aspetti di disciplina amministrativa	12 mesi
Attivare forme di consultazione con i principali Fondi integrativi ed esperti della materia liberi da conflitti di interesse [21]	3 mesi
Rivedere il testo, se necessario, tenendo conto dei risultati delle consultazioni (NB: non affrettarsi a chiudere comprimendo un adeguato dibattito su un tema su cui è in gioco la natura e la tenuta del SSN!)	2 mesi
Acquisire l'Intesa della Conferenza permanente Stato-Regioni	2 mesi
Predisporre la relazione illustrativa e quella tecnica	2 mesi
Avviare l'iter del disegno di legge, come emendamento da apportare nell'ambito di una più ampia manovra	non definibile
Avviare la riforma dei decreti ministeriali 31 marzo 2008 e 27 novembre 2009, che prevede un ulteriore iter con la predisposizione del testo di decreto nell'ambito del tavolo Ministero-Regioni	non definibile
Acquisire l'intesa in Conferenza Stato-Regioni, fino alla pubblicazione e registrazione della Corte dei conti	non definibile

[21] Per tutelare gli interessi della maggioranza della popolazione, il Governo non dovrebbe consultare solo i principali Fondi integrativi (che metteranno in campo i *propri* esperti), ma anche ampie consultazioni con esperti senza conflitti di interesse/relazioni finanziarie con Fondi e Assicurazioni (pregresse, presenti o prospettate per gli anni a venire).

movimento GIOTTO
WWW.MOVIMENTOGIOTTO.ORG
Giovani Medici di Medicina Generale

L'evoluzione della Medicina Generale:
una proposta politica alla politica

Ad inizio 2019 abbiamo prodotto ed inviato alle istituzioni un documento dal nome "L'evoluzione della Medicina Generale: una proposta politica alla politica". Il documento completo è accessibile liberamente qui. Ora proponiamo alcune delle istanze già segnalate, selezionate ed aggiornate, ritenendole cruciali per il prossimo Patto per la Salute.

Proposte
In questo contesto segnaliamo riforme o migliorie relative ai temi "personale, modelli di offerta sanitaria,
equità nell'accesso alle cure".

1. **Riorganizzare la Medicina Generale**
   a. **Formazione**
      i. Come già suggerito nella bozza del Patto per la Salute la formazione in Medicina Generale necessita non di una revisione ma proprio di una adozione di un Core Curriculum, assente da oltre 25 anni, con uno schema di svolgimento della formazione che vada oltre la segmentazione in periodi formativi e che colga l'importanza di una formazione basata sulle competenze e sul loro riconoscimento in una rete integrata, su un sistema di ricertificazione delle competenze che integri o superi l'attuale sistema ECM, la possibilità di svolgere periodi riconosciuti ed acquisire competenze nello spazio della Unione Europea ed in reti formative diverse dalla propria per periodi predefiniti.

ii. Riformare l'impianto formativo ed organizzativo dei CFSMG per ottenere una caratterizzazione universitaria mantenendone la specificità.
iii. La formazione necessita di enunciazioni chiare rispetto alle metodologie didattiche, alla selezione dei tutor, alla selezione delle sedi d'apprendimento
iv. La formazione può essere incanalata in un progetto di formazione-lavoro, dove alla remunerazione basale viene aggiunta una remunerazione per attività assistenziale tutorata a crescente autonomia all'interno dell'AFT di competenza
v. Il tutoraggio in MG è in carico al singolo medico, la responsabilità formativa è in carico alla AFT ed ai gruppi afferenti ad essa. Il MMG in formazione è a tutti gli effetti un medico, temporaneo, dell'AFT
vi. Il completamento della formazione deve essere la *condicio sine qua non* per l'accesso al ruolo
vii. Tutela di genitorialità, infortunio e malattia, ferie, ristoro

b. Accesso

i. Si deve superare l'attuale graduatoria per titoli sancita in ACN, superando il concetto stesso di graduatoria e premiando vocazione, qualità e merito a dispetto di criteri di anzianità e quantità di lavoro svolto e geografia delle residenze. I titoli di servizio ottenuti senza il riconoscimento pregresso della formazione in medicina generale non devono poter essere conteggiati in quanto non vi è merito né garanzia di aver esercitato competenze proprie della medicina generale o delle cure primarie
ii. L'accesso al ruolo deve continuare ad avvenire per ambiti territoriali di carenza
    1. Impostando incentivi per aree geografiche cronicamente carenti o svantaggiate
    2. Obbligando l'entrata in servizio in una medicina di gruppo costituita o da costituirsi entro un tempo certo, comprendente servizio infermieristico e segretario clinico
    3. Incentivando l'ingresso in UCCP sia come sede principale che come sede distaccata

c. Funzione

i. Completare l'attuazione della Legge 189/2012 in merito a AFT ed UCCP in quelle Regioni ancora non ottemperanti, rendendolo un obiettivo obbligatorio per gli Assessorati alla Salute e per i Direttori Generali d'Azienda

ii. Riorganizzare la Continuità Assistenziale, abolendola in parte

1. Sospendere le attività notturne 24-8, considerando che se un problema di salute non è rimandabile di almeno 8 ore nella sua risoluzione allora diviene automaticamente a carattere di Emergenza quindi demandabile al servizio 118 dedicato
2. Sostituire l'attuale Continuità Assistenziale, integrando il servizio nell'attuale Assistenza Primaria nell'orario 8-24 prevedendo attività di consulto telefonico ed ambulatoriale, da svolgersi direttamente dai medici afferenti alla AFT di riferimento

iii. Promuovere il lavoro in equipe di cure primarie in cui il MMG è inserito con almeno un infermiere ed un segretario clinico (istituendo una formazione universitaria per infermieri in cure primarie e formazioni professionalizzanti o universitarie per segretari clinici) come elemento base delle Cure Primarie. L'equipe è composta dal gruppo di medici, dagli infermieri e personale segretariale e di front-office a loro assegnati o da loro selezionati; la responsabilità delle azioni sanitarie è in carico al singolo professionista mentre la responsabilità delle pianificazioni assistenziali è in carico alla equipe; l'equipe può dotarsi od essere dotata di ulteriori elementi professionali da condividere nel gruppo

iv. Promuovere la diversificazione delle attività del singolo MMG e della categoria di MMG territorialmente presenti, andando oltre il concetto di special interest ma muovendo verso il concetto di special activities ovvero attività non specialistiche ma vere e proprie nuove attività interne alle Cure Primarie dal counseling, al coordinamento, alla integrazione delle cure, alla palliazione, alla prevenzione dalla primaria alla quaternaria, alla continuità assistenziale, ricerca, formazione permanente, piccola chirurgia ambulatoriale, eccetera

v. Promuovere la possibilità di svolgere il part-time all'interno di gruppi di MMG o di AFT con possibilità di locum, part-time assi-

stenziale o di altra forma

vi. Spostare il salario del MMG da una minor parte fissa a quota capitaria con una maggior parte variabile a incentivi per obiettivi da raggiungere e pianificazioni da realizzare

vii. Superare la concezione del medico prestatore d'opera verso una concezione, operativa, di MMG come presidio del SSN e servizio dove il cittadino possa soddisfare i bisogni di salute ascrivibili alle cure primarie. In quest'ottica devono divenire obiettivi della programmazione e dei modelli di offerta sanitaria i seguenti punti:

1. Superare il gate-keeping per il concetto di net-keeping
2. Delega supervisionata dei task amministrativi verso il segretario clinico, liberando tempo di cura per il medico
3. Superamento dei Piani Terapeutici per DOAC e ADO di nuova generazione, consentendo al MMG la prescrizione autonoma degli stessi: promuove l'accesso e l'equità dello stesso a standard di cura, individua nei MMG un presidio dove si possa svolgere formazione per importanti patologie croniche che possono richiedere queste tipologie di scelte terapeutiche
4. Potenziare la domiciliarità rivedendo l'attuale sistema e remunerazione di ADI e ADP, vincolandoli a piano assistenziali individualizzati temporanei o permanenti
5. Ristrutturare l'attuale sistema di referral della specialistica ambulatoriale\ospedaliera considerando gli specialisti come i consulenti del MMG sul singolo caso prevedendo la possibilità della presa in carico del problema o della semplice consulenza al problema: promuove l'integrazione dei servizi

2. Nell'ambito dei medici convenzionati riteniamo necessaria la separazione degli ambiti professionali della Emergenza Territoriale da quella della Medicina Generale. La separazione deve avvenire nell'inquadramento contrattuale, nelle modalità di accesso ai contratti, nei percorsi formativi e di ricertificazione permanente. Sul piano funzionale si propone una maggior integrazione tra MG ed ET attraverso codici e percorsi condivisi su raccomandazioni nazionali e declinazioni regionali.

3. Risolvere la carenza di MMG sul territorio italiano

a. Impellente una programmazione funzionale all'ammodernamento del ruolo del MMG: è possibile incrementare il massimale dei MMG inserendoli ed integrandoli in equipe di cure primarie
b. Aggiornare le borse di formazione in funzione del calcolo delle carenze sui pensionamenti e sulla programmazione regionale a dieci anni, incrementandole laddove vi sia una stima di carenza attuale e\o futura e riducendole laddove vi sia stima di surplus.

4. La MG come presidio per l'equità

a. Garantire a tutti i presenti sul territorio italiano, anche solo in via temporanea, l'accesso gratuito al MMG ed ai LEA da esso erogabili senza discriminazione di alcun genere
b. Favorire l'azione del medico per mantenere nel livello delle Cure Primarie la maggior casistica possibile:
    i. Liberare tempo di cura eliminando azioni vetuste e superabili come la certificazione di inabilità temporanea al lavoro per periodi brevi e\o motivazioni non oggettivabili
    ii. Affidare al MMG il governo clinico delle Cure Primarie, ed alla sua equipe la gestione delle prestazioni diagnostiche e consulti ambulatoriali
    iii. Digitalizzare e trasmettere in tempo reale la produzione di dati sanitari da parte di professionisti e strutture del SSR, rendendole accessibili nei presidi ed ai professionisti in accordo alle normative della privacy
    iv. Rendere l'AFT interlocutore delle amministrazioni locali in merito a problematiche di salute ambientale, di salute collettiva, di prevenzione (da primaria a quaternaria), di tematiche di fine vita

Movimento Nazionale Liberi Farmacisti

***Il FARMACISTA** è il professionista esperto in farmaci e in prodotti per la salute (alimenti, integratori alimentari, dispositivi medici, prodotti cosmetici). Con il suo lavoro tutela la salute delle persone attraverso l'informazione e la sensibilizzazione sull'uso appropriato dei medicinali. Deve essere in grado di spiegare al paziente le interazioni tra farmaci, tra farmaci e alimenti, le eventuali controindicazioni e i possibili effetti collaterali. Fornisce informazioni sanitarie sull'utilizzo dei medicinali; permettendo di evitare: l'uso improprio, il dosaggio incongruo, l'assunzione di farmaci antagonisti, la sospensione anticipata o il prolungamento non necessario della terapia.*

Questa libera professione è quindi legata alle conoscenze del professionista, alla sua preparazione per cui lo Stato investe denaro pubblico. Una professione che può essere potenzialmente esercitata in molti contesti, ma che di fatto, è molto limitata da una legislazione autoreferenziale.

Arthur Hendrick VANDENBERG è stato uomo politico americano a cavallo della seconda guerra mondiale, prima convinto isolazionista e contrario agli aiuti alla Gran Bretagna poi, dopo Pearl Harbor grande sostenitore di Roosevelt tanto da entrare nelle commissioni per il piano Marshall. Una volta disse: "**È più importante la ridistribuzione delle opportunità che quella della ricchezza**."

Opportunità ed equità.
Il Farmacista è riconosciuto come Figura Sanitaria dal Ministero della Salute con D. Lgs. 08.08.1991, n. 258 (G.U. 16.08.1991, n. 191). In questo Decreto Legislativo, si parla solo ed esclusivamente della figura del farmacista, senza

alcuna distinzione della sede in cui viene svolta l'attività professionale. Pertanto per la legge italiana, tutti i farmacisti sono delle figure sanitarie. Analogamente il TAR della Toscana, attraverso la sentenza n° 00855/2016, identifica le Parafarmacie come dei veri e propri "esercizi sanitari", in quanto "come accade in farmacia, il servizio fornito non è un mero scambio di natura commerciale tra venditore e cliente ma, data la sua rilevanza per la tutela del diritto alla salute, hanno un contenuto strettamente professionale potendo essere erogati soltanto da soggetti particolarmente qualificati come i farmacisti che l'ordinamento nazionale, non a caso, considera come persone esercenti un servizio di pubblica necessità (art.359 del Cp)". Tre le nostre proposte per rendere questa professione più' utile alla salute dei cittadini per facilitare l'accesso al farmaco e alla sua economicità, per estendere competenze ovunque si dispensi farmaci e per aumentarne il controllo:

Introduzione della farmacia non convenzionata
Obbligo della presenza del farmacista ovunque si dispensi il farmaco
Introduzione della ricetta elettronica per tutti i tipi di prescrizione

FARMACIA NON CONVENZIONATA - Il concetto da cui parte il nostro motivo di esistere è il seguente: lo Stato, secondo Costituzione, ha tutto il diritto di indicare il numero di farmacie che per proprio conto distribuiscono i farmaci all'interno del S.S.N., quello che a nostro avviso non può fare è limitare il numero di esercizi che distribuiscono i farmaci, con ricetta e senza, che il cittadino paga di tasca propria, quindi fuori dal regime assistenziale.
Da questo concetto la necessità di superare l'attuale assetto legislativo introducendo nell'ordinamento la farmacia non convenzionata, istituto sottoposto alle stesse regole delle farmacie, che dispensa tutti i farmaci a carico del cittadino. Una soluzione che offre numerosi vantaggi pro-concorrenziali ed aiuta lo stesso S.S.N. a mantenere elevati standard qualitativi e quantitativi.

		2013 *milioni*	2014 *milioni*	2015 *milioni*	2016 *milioni*	2017 *milioni*	Δ% 14/13	Δ% 15/14	Δ % 16/15	Δ % 17/16
1	Spesa convenzionata netta	8.863	8.598	8.477	8.254	8.116	-3,0	-1,4	-2,6	-1,7
2	Distrib. diretta e per conto di fascia A	3.003	3.250	4.921	5.556	4.793	8,2	51,4	12,9	-13,7
1+2	Totale spesa pubblica	11.866	11.848	13.398	13.810	12.909	-0,2	13,1	3,1	-6,5
3	Compartecipazione del cittadino	1.436	1.500	1.521	1.540	1.549	4,5	1,4	1,2	0,6
4	Acquisto privato di fascia A*	1.468	1.442	1.487	1.309	1.317	-1,8	3,1	-11,9	0,6
5	Classe C con ricetta	2.985	2.937	2.997	2.642	2.874	-1,6	2,1	-11,8	8,8
6	Automedicazione (SOP e OTC)	2.278	2.269	2.375	2.429	2.732	-0,4	4,7	2,3	12,4
7	Esercizi commerciali	-	-	-	301	333	-	-	-	10,8
3+4+5+6+7	Totale spesa privata	8.168	8.148	8.380	8.221	8.806	-0,2	2,9	-1,9	7,1
	Totale spesa farmaceutica	20.035	19.996	21.778	22.030	21.715	-0,2	8,9	1,2	-1,4
	Quota a carico SSN (%)	**59,2**	**59,3**	**61,5**	**62,7**	**59,4**				

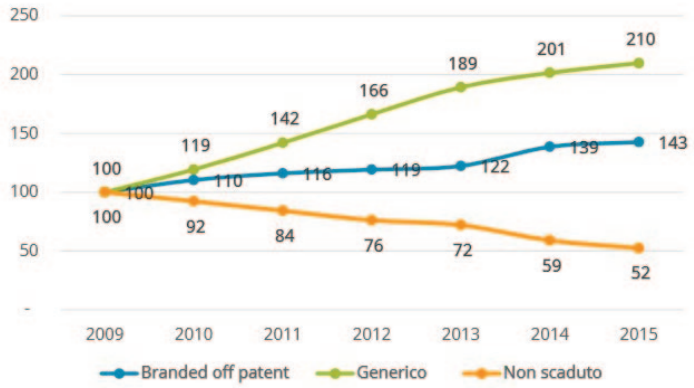
* Il dato relativo alla spesa privata di farmaci rimborsabili dal SSN è stato stimato sulla base della serie storica 2013-2016.

Fonte: elaborazione OsMed su dati Tracciabilità del Farmaco (per i dati di spesa privata). Elaborazione sui dati IMS Health per la stima della spesa privata per gli anni precedenti al 2016.

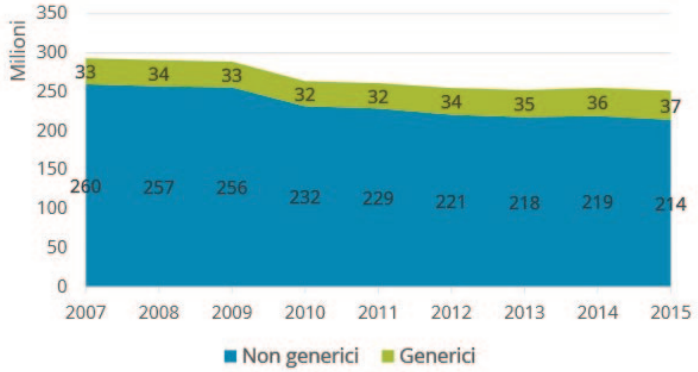
Per realizzare ciò è fondamentale considerare gli esercizi di vicinato (parafarmacie), introdotti dalla riforma sui farmaci d'automedicazione, quale risorsa per il Sistema Sanitario Nazionale, risorsa imprescindibile proprio perché in questo ambito opera un professionista della salute quale è il farmacista. Per analizzare i vantaggi di una riforma di questa portata è necessario analizzare i dati a disposizione, ponendo particolare attenzione ad alcuni aspetti. Adottando uno sguardo di medio periodo è evidente come negli ultimi 6 anni la spesa privata sia cresciuta anche più fortemente di quella pubblica, raggiungendo la cifra complessiva di 8,3 miliardi di euro nel 2015 e 8.8 nel 2017. La componente più rilevante della spesa farmaceutica privata è costituita dai farmaci in classe C con ricetta, che hanno raggiunto **i 2,8 miliardi di spesa nel 2017 (+8,8%)**, seguiti dai farmaci in automedicazione (**2,7 miliardi, +12,4%**), dal contributo di compartecipazione (ticket e differenza dal prezzo di riferimento per **1,5 miliardi., +0,6%**) e dai farmaci di classe A acquistati privatamente (**1,3 miliardi, +0,6%**). La dinamica di queste quattro categorie è però profondamente diversa e rappresenta alcune tendenze emergenti. Se nell'ultimo anno la spesa privata è rimasta pressoché inalterata, i trend di

medio periodo mostrano che tra **2011 e 2017** è cresciuta significativamente la spesa per acquisti privati in classe A (**+28,4%),** così come sono aumentate in doppia cifra la spesa per compartecipazione (**+15,9**%) e la spesa per automedicazione (+2**9,3%**). All'opposto, la spesa per farmaci di classe C con ricetta è diminuita **(-10,4%**), segnalando probabilmente la difficoltà a sostenere questo tipo di spese che emerge ciclicamente dalle indagini nazionali sul reddito e sui consumi delle famiglie. All'interno della «spesa per compartecipazione» , infatti, confluiscono due componenti di spesa: **quella relativa al ticket applicato da alcune regioni e quella relativa al differenziale di prezzo che il cittadino** è disposto (o indotto) a pagare tra il farmaco in classe A al prezzo più basso e lo stesso farmaco "branded" a un prezzo superiore. Mentre la spesa per il ticket è in complessivo calo negli ultimi anni (**-10,5%** tra 2011 e 2017 - 577 milioni di euro nel 2011, 499 nel 2017), la spesa derivante dal differenziale rispetto al prezzo di riferimento è in costante aumento (**+38,15%** nello stesso periodo - 760 milioni di euro nel 2011, 1050 nel 2017), **a testimonianza di come ancora permanga la tendenza ad acquistare (e prescrivere) farmaci di marca al posto del rispettivo generico a un prezzo più basso.** È interessante notare come, nel trend 2009-2017, la crescita delle confezioni vendute in classe A si sia accompagnata a un costante calo dei valori con un complessivo effetto positivo in termini di capacità da parte del sistema di garantire una crescente disponibilità di farmaci a un prezzo medio costantemente decrescente. Nell'analisi per tipologia di farmaci si rileva il ruolo del farmaco generico nel contribuire a questa dinamica. Nel 2017 i volumi dei farmaci generici sul totale del mercato rappresentano il **24,3%,** mentre il restante **75,7%** corrisponde ai farmaci branded. Per quanto riguarda i farmaci in **classe C** (con ricetta e non rimborsati) si rileva invece un **trend opposto**. Il numero di confezioni consumate registra infatti una leggera riduzione negli ultimi anni, mentre sale il valore complessivo delle vendite, in particolare a partire dal 2010.

Farmaci di Classe A –Trend di consumo farmaci generici confezioni (2009=100) – Anni 2009 - 2015



Farmaci di Classe C – Confezioni consumate (milioni) – Anni 2009 - 2015



Perché accade questo, perché questa differente crescita in un settore che sostanzialmente è lo stesso, il farmaceutico e ove operano le stesse aziende? Qual'è la differente dinamica per cui il farmaco generico cresce nella fascia A e stenta invece a decollare nella fascia C? I motivi sono gli stessi che portarono all'insuccesso del Decreto Storace del maggio del 2005, allorché fu data la possibilità alle farmacie di praticare sconti sul prezzo massimo dei Sop e Otc . Risultato pochissime farmacie fecero sconti. Non accade la stessa

cosa dopo il decreto Bersani che introdusse un elemento pro-concorrenziale attraverso l'entrata nel mercato di nuovi attori.
Anche per il farmaco generico che cresce nella fascia A ed è fermo nella fascia C il motivo è lo stesso: senza un sistema duale di confronto dell'offerta, non c'è concorrenza e di conseguenza non vi sono vantaggi per i consumatori. Assenza di concorrenza con i prezzi dei farmaci branded che non si abbassano, ma che continuano a crescere che ha non solo dei risvolti in termini economici sia dal lato dei prezzi e dell'offerta, ma anche di carattere sociale. Se l'Istat certifica per il 2017 che **1 milione e 778mila famiglie 6,9%** (6,3% 2016) in cui vivono **5 milioni e 58mila** individui sono in povertà assoluta, rispetto al 2016 la povertà assoluta cresce in termini sia di famiglie sia di individui. Dati sostanzialmente confermati per il 2018 con il 7% delle famiglie e l'8,4% degli individui.
Anche la povertà relativa cresce rispetto al 2016. Nel 2017 riguarda 3 milioni 171mila famiglie residenti (12,3%, contro 10,6% nel 2016), e 9 milioni 368mila individui (15,6% contro 14,0% dell'anno precedente).

Se il Banco Farmaceutico su dati Istat certifica che il **23% degli italiani** non ha potuto acquistare farmaci per motivi economici e **580mila persone hanno bussato alla porta di enti assistenziali** per avere i medicinali il problema è anche di carattere sociale. Nel 2015 nel nostro Paese le persone indigenti hanno potuto spendere per curarsi 29 centesimi al giorno, ovvero 106 euro l'anno (14 euro in meno rispetto all'anno precedente), contro i 695 euro (più del 13%) del resto della popolazione. Le famiglie povere hanno potuto spendere solo il 2,4% del proprio budget in salute (22 euro circa su circa 900 euro mensili), contro il 4,5% (112 euro su 2.500 euro mensili) delle famiglie non povere.
Se il gap di medicinali affligge i poveri, un'indagine commissionata sempre da Banco Farmaceutico a Doxa, rileva come anche chi non è povero fatica a curarsi: **una persona su tre** è stata costretta a rinunciare almeno una volta ad acquistare farmaci o ad accedere a visite, terapie o esami, mentre il 16% ha sommato tutte le tipologie di rinuncia.
Se In Italia dal 2006 al 2013 è aumentata la povertà sanitaria in media del 97%: sono aumentati i cittadini che hanno difficoltà ad acquistare i medicinali anche quelli con prescrizione medica. Se prima la crisi colpiva le famiglie co-

stringendole a fare a meno di alimenti, di vestiario e di generi di consumo, oggi è in difficoltà anche la capacità di procurarsi le medicine. Se questi dati sono incontrovertibili non possono essere ignorati, ma interpretati come segnale forte di un disagio che non può essere spiegato solo come la conseguenza di una negativa congiuntura economica; significa che il sistema di distribuzione del farmaco non è adeguato a sostenere chi si trova in difficoltà.

È probabile che un minor costo dei farmaci di fascia c derivante da un processo di liberalizzazione della catena distributiva possa avere gli stessi effetti positivi, soprattutto a carico del sistema sanitario nazionale. La farmacia «non convenzionata» che dispensa farmaci di fascia C con obbligo di ricetta, ma anche servizi, fa bene ai cittadini, ma anche al Ssn, generando risparmi che potrebbero essere utilizzati per affrontare le sfide a cui saremo chiamati da un invecchiamento della popolazione e dalle nuove terapie ad alto costo.

Un sistema legislativo che permette alle parafarmacie di dispensare tutti i farmaci veterinari, anche quelli destinati agli stabilimenti per l'allevamento di animali di cui l'uomo si ciberà, ma non permette di curare quell'uomo con le stesse molecole ha qualcosa di profondamente sbagliato.

Si dice e si ripete come un mantra, ed anche la politica ci casca, che le sentenze della Corte Costituzionale e della Corte di Giustizia sono un ostacolo all'apertura del mercato dei farmaci di fascia C.

La Corte Costituzionale giudica la legittimità costituzionale delle leggi, non fa le leggi, e soprattutto non vieta al Parlamento di riformarle. Allo stesso modo la Corte di Giustizia non impedisce di legiferare e di riformare. Le sentenze si limitano a ritenere "non irragionevole" il regime vigente, senza mai escludere che un sistema diverso sarebbe ugualmente idoneo a essere «a garanzia dei cittadini e dell'efficacia dell'assistenza» (e, pertanto, conforme al dettato costituzionale e comunitario).

Nulla quindi osta a continuare nella strada delle riforme in questo settore, riforme da non confondere con liberalizzazioni anarchiche, come quella avvenuta con l'ultimo Ddl concorrenza, in cui l'avvento del capitale privato nella proprietà delle farmacie ha, di fatto, sancito la trasformazione di un monopolio in un oligopolio. Aumentare la concorrenza non è un favore che si fa agli operatori del settore, ma ai cittadini. E le riforme debbono sempre guardare all'interesse generale, con regole ma senza privilegi per alcuno.

Quella poca concorrenza ottenuta con le precedenti parziali riforme ha contenuto i prezzi dei farmaci e di conseguenza, nel tempo, permesso risparmi ai cittadini, ma soprattutto ha consentito anche alle farmacie di adeguarsi ed attrezzarsi per una competizione virtuosa che ha portato ad una maggiore attenzione ai bisogni dei cittadini. Tutti ne hanno beneficiato.
Questa la riforma che vorremmo per punti:

- **Conversione delle parafarmacie attive in farmacie non convenzionate su richiesta al Ministero della salute**
- **Dispensazione delle farmacie non convenzionate dei farmaci di fascia A e C ad esclusione dei farmaci su ricetta S.S.N**
- **Distanza minima di 200 metri per le nuove aperture, salvo il pregresso in via transitoria**
- **Obbligo per chi richiede la conversione in farmacia non convenzionata ad avere un direttore laureato in farmacia**
- **Incompatibilità tra titolarità di Farmacia non convenzionata e Farmacia convenzionata con il S.S.N.**
- **Divieto di apertura nuove farmacie non convenzionate in comuni ove opera una farmacia rurale sussidiata**
- **Dispensazione di tutti i farmaci in carico solo al personale laureato ed abilitato in farmacia assunto esclusivamente con CCNL farmacie private**
- **Legge 153/2009 e servizi estesi alla Farmacie non convenzionate**
- **Laboratorio facoltativo, anche magistrali, strumentazione tecnica minima**

PRESENZA OBBLIGATORIA DEL FARMACISTA - razionalizzare ed uniformare l'approvvigionamento, la conservazione, l'allestimento e la distribuzione dei farmaci negli istituti di ricovero, nelle case di cura private ove vengono utilizzati i farmaci. Troppo spesso questo servizio è affidato in maniera estemporanea a figure professionali che non hanno conoscenze sufficienti a comprendere la complessità della dispensazione del farmaco. E' necessario affidare il coordinamento e la responsabilità all'unico professionista opportunamente formato per questo compito: il farmacista. Tale figura professionale ha acquisito negli ultimi anni competenze che vanno anche al di la delle proprie conoscenze chimiche, biologiche e farmacologiche, aggiungendo competenze cognitive diversificate come conoscenze di farmaco-economia, conoscenze cliniche, conoscenze di tipo legislativo, conoscenze di strumenti

manageriali quali la programmazione e il controllo. E' del tutto palese che l'inserimento nell'organigramma delle strutture ove sono utilizzati i farmaci di una o più unità professionali laureate, abilitate ed iscritte all'ordine porterebbe vantaggi non solo organizzativi, ma anche di razionalizzazione e risparmio di risorse economiche. Inoltre, la collaborazione in team tra questo professionista e il personale medico e quindi i medici di medicina generale, sarebbe auspicabile anche per la scelta del percorso terapeutico che trarrebbe indubbi vantaggi per i pazienti rispetto ai possibili effetti collaterali, interazioni e indicazioni terapeutiche dei farmaci scelti. Pazienti che, con la presenza del farmacista, potrebbero essere seguiti anche dopo le dimissioni in un apposito programma di controllo dell'aderenza terapeutica. Uniformare la qualità e l'organizzazione della gestione del farmaco in tutte le strutture ove esso è utilizzato attraverso il coordinamento responsabilizzato del farmacista potrebbe contribuire a risparmi sia durante la degenza che nella fase successiva delle dimissioni grazie ad una migliore aderenza alle terapia assegnata.

RICETTA ELETTRONICA PER TITTI I TIPI DI PRESCRIZIONE - Nell'ultimo rapporto del Gruppo di Coordinamento dell'Onu sulla resistenza antimicrobica (Iacg) si legge che se non s'interviene al più' presto potrebbero esserci 10 milioni di morti ogni anno entro il **2050** e danni per l'economia paragonabili alla crisi finanziaria del 2008/2009. Dice l'Onu presentando il suo rapporto sull'antibiotico resistenza: « La resistenza antimicrobica è una delle maggiori minacce che affrontiamo come comunità globale. Questo rapporto riflette la profondità e la portata della risposta necessaria per frenare la sua ascesa e proteggere un secolo di progressi nella salute".
Ogni anno in Europa muoiono 33mila persone a causa dell'antibiotico-resistenza e più di un terzo sono italiani. A conferma di questo scenario, gli ultimi dati forniti dal Rapporto Osservasalute 2018, testimoniano come in tredici anni è raddoppiata la mortalità sepsi-correlata passando da **18.668 decessi del 2003 a 49.301** del 2016. Allo stesso modo, l'uso dei psicofarmaci in Italia nei giovani tra i **15 e i 34** anni, risulta essere più diffuso dopo la cannabis e le NPS (nuove sostanze psicoattive), tali sostanze mescolate con l'alcool sono la nuova frontiera dello «sballo» low cost con effetti devastanti anche superiori a quelli dell'eroina.

Per tali motivi riteniamo che sia arrivato il momento di un'azione energica di contrasto all'uso errato dei farmaci. Sia arrivato il momento di agire. Certamente le campagne di sensibilizzazione sono utili, insieme ad altri mezzi, ma occorre tempo, tempo che non abbiamo. Bisogna cambiare strategia e studiare altri mezzi di lotta.
Noi crediamo sia arrivato il momento d'intervenire regolando in maniera più' efficace la dispensazione dei farmaci con la possibilità di monitorare in tempo reale i consumi ed invertire questo trend negativo.
Noi proponiamo l'introduzione della ricetta elettronica per la prescrizione dei farmaci non a carico del SSN con obbligo di ricetta medica ripetibile e non ripetibile.

“Nonno Ascoltami!”Onlus

Ringrazio il ministero della Salute per l’opportunità data che consente a voci come la nostra, che rappresentano l’associazionismo e gli utenti, di portare all’attenzione dei decisori politici proposte volte a migliorare la vita dei cittadini.
La nostra Onlus da oltre 10 anni si occupa di prevenzione dei disturbi uditivi attraverso campagne di sensibilizzazione organizzate in tutto il territorio nazionale. In particolare abbiamo coinvolto gli Ospedali e i medici specialisti, che dedicano intere giornate alla prevenzione in piazza, incontrando i cittadini ed effettuando attività di screening e di informazione. Questo evento, partito da una sola piazza, negli anni è cresciuto esponenzialmente coinvolgendo ora oltre 40 città italiane. Negli anni confrontandoci con i cittadini abbiamo, infatti, compreso che la perdita uditiva è assolutamente sottovalutata e trascurata con gravi conseguenze in termini di isolamento per gli anziani e di difficoltà di apprendimento per i bambini. Un segmento estremamente a rischio è quello degli adolescenti, visto che secondo l'OMS entro il 2050 oltre 1 miliardo di giovani rischia danni permanenti all'udito per l'uso improprio dei dispositivi audio. Per completare il quadro del problema riporto le cifre diffuse dall’Oms: il 5% della popolazione mondiale vive con una perdita uditiva disabilitante; in Italia oltre 7 milioni di persone hanno un disturbo uditivo (1 su 3 degli over 65); il 47% non ha mai effettuato una controllo uditivo; 24 miliardi di euro è il costo della perdita uditiva non trattata. La buona notizia è che il 50% dei casi di ipoacusia potrebbe essere evitato con un’adeguata informazione ed educazione sanitaria.
Per questo rispondendo all'allarme lanciato dall'OMS, che sullo specifico ar-

gomento ha emanato una direttiva nel maggio 2017 (la n. 70.13) chiediamo al Governo di valutare l'opportunità di istituire programmi di formazione per professionisti del settore acustico e altri operatori sanitari; di rendere accessibili gli apparecchi acustici di alta qualità e altri servizi di comunicazione; di applicare la legislazione sull'esposizione al rumore nei luoghi pubblici e in generale di migliorare gli investimenti e l'accesso ai servizi sanitari, alla riabilitazione e alle tecnologie assistive.
Noi ci candidiamo ad essere portavoce presso il governo nazionale delle istanze relative alla cura delle capacità uditive; a diffondere campagne di conoscenza e dei corretti stili di vita e a sostenere i programmi governativi di screening di massa e di sensibilizzazione.

Nursind: infermieri risorsa per superare criticità Ssn.

Le proposte del sindacato:
rivedere vincoli spesa personale, competenze professionali e istituire figura infermiere di famiglia

In occasione delle tre giornate di ascolto previste dal Ministro della Salute sul Patto per la salute 2019-2021, il Nursind, principale sindacato delle professioni infermieristiche, ha fatto sentire la sua voce. Nell'audizione, che si è tenuta oggi, il sindacato si è soffermato, in particolare, su tre aspetti qualificanti: la spesa per il personale e la definizione del fabbisogno, la valorizzazione della professione infermieristica e la necessaria istituzione dell'infermiere di famiglia per rispondere ai maggiori bisogni della cronicità nel territorio.
"Abbiamo evidenziato – ha affermato il segretario nazionale Andrea Bottega - la necessità di superare i vincoli normativi sulla spesa del personale che attualmente, anche dopo la legge 60/2019 (conversione in legge del decreto Calabria), sono praticamente fermi alla spesa del 2004. Anche il Servizio sanitario nazionale ha la necessità di adeguare gli organici dopo anni di blocco assunzionale. Il risanamento economico è avvenuto principalmente, anche a detta della Corte dei Conti, sulla pelle dei lavoratori che hanno visto l'aumento dei carichi di lavoro e la diminuzione della forza lavoro. Le liste d'attesa sono un fenomeno di negazione del diritto alla salute che è specchio di questa realtà fattuale. Anche il minore finanziamento dei contratti di lavoro della sanità rispetto a quello statale è la riprova dell'insufficienza delle risorse

economiche riservate a questo settore della pubblica amministrazione".
Il Nursind ha poi espresso la propria contrarietà in merito a una definizione del fabbisogno del personale basato sul cosiddetto "minutaggio" e su criteri prettamente economicisti: "Proponiamo l'uso della metodologia RN4cast per la definizione degli standard assistenziali – ha rilanciato il segretario nazionale -, metodologia che ci consente di comparare dati e servizi con molti paesi europei ed extra Europa".
Gli infermieri possono essere la soluzione di molti problemi che impediscono ai cittadini di esigere il diritto alla salute. Proprio in quest'ottica, Bottega ha rimarcato come "la professione infermieristica, assieme a quella ostetrica, a differenza delle altre professioni sanitarie" si caratterizzi "per la presa in carico del paziente e per la garanzia della continuità assistenziale. Il Patto per la salute può essere il trampolino di lancio - ha insistito - per rivedere le competenze delle professioni sanitarie anche attraverso un revisione della normativa invariata da vent'anni". Infine, il Nursind ha sollecitato l'istituzione della figura dell'infermiere di famiglia "quale risposta nel territorio all'aumento dei bisogni dei cittadini legati alla cronicità. Ciò - ha concluso - comporta anche l'introduzione della possibilità di prevedere la prescrizione per l'infermiere di alcuni farmaci e presidi tipici dell'agire professionale".

Nursing Up
il sindacato degli infermieri italiani

Le proposte del sindacato: Aumentare il personale infermieristico nel SSN e riconoscere nel contratto la qualificazione professionale per garantire la qualità delle cure

Il Nursing Up, storico sindacato di categoria fondato nel 1997 da un gruppo di infermieri per difendere gli infermieri, ha preparato una serie di importanti proposte da presentare durante la Maratona del Patto per la Salute 2019-21: si tratta di proposte che contribuiscano a stabilire le politiche sanitarie del prossimo triennio e che verranno portate in sede Aran davanti alla Commissione paritetica sull'ordinamento professionale, prevista dall'articolo 12 del CCNL 21.5.2018 e composta dai sindacati firmatari del contratto, dalle Regioni e dalla stessa Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni.
"Per noi infermieri la priorità assoluta è assumere nuovo personale per scongiurare il collasso del SSN – ha dichiarato il presidente Antonio De Palma - e intendiamo ottenere il riconoscimento economico e giuridico dell'elevata qualificazione professionale degli infermieri e delle altre professioni sanitarie giuridicamente affini per garantire ai cittadini la qualità delle cure. I tempi sono ormai maturi per l'introduzione di un ordinamento contrattuale analogo a quello dei dirigenti medici: ci sono tutte le condizioni per farlo, come anche per il doveroso passaggio in posizione sovraordinata di tutti i professionisti sanitari che ne hanno titolo, affinché si operi una completa revisione sotto il profilo ordinamentale e remunerativo di tali qualifiche per lungo tempo sottostimate".

Il Nursing Up propone due nuove categorie contrattuali, la E e la F, oppure un archetipo contrattuale analogo a quello della dirigenza medica. "Siamo pronti a discutere su un fronte o sull'altro – prosegue De Palma - purché si riconosca ai professionisti sanitari l'evoluzione legislativa degli ultimi decenni. È questa la nostra idea della Sanità del futuro e porteremo le nostre proposte anche in sede Aran, dove denunciamo che si sono bloccati i lavori della Commissione paritetica sull'ordinamento professionale per fare spazio al rinnovo contrattuale dei medici".
Il sindacato di categoria ha anticipato durante la Maratona la proposta su come inquadrare il professionista sanitario del nuovo millennio, figura chiave del comparto sanità, investita negli ultimi decenni da nuove competenze e pesanti responsabilità nell'ambito di un processo inarrestabile di continua innovazione, sempre in linea con gli standard internazionali di alta qualità dell'assistenza al cittadino. "Ora si tratta di disciplinare gli ambiti di afferenza contrattuale delle professioni sanitarie e riconoscere finalmente il ruolo che hanno conquistato con competenza ed abnegazione. Sarebbe inaccettabile – avverte il presidente Nursing Up – continuare a non farlo dopo vent'anni di duro lavoro. È giunto il momento per gli infermieri di raccogliere i frutti della lunga marcia che li ha resi veri e propri protagonisti del SSN".
Ma non è finita, perché la vera sfida da raccogliere viene dal territorio. Riguardo alle reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria, secondo il Nursing Up i cittadini hanno diritto, oltre all'assistenza medica territoriale, anche dell'assistenza infermieristica. In questa ottica, la creazione dell'infermiere di famiglia rappresenterebbe lo strumento per abbattere gli alti costi del SSN legati ai ricoveri impropri, perché è dimostrato che gran parte dei ricoveri ospedalieri da parte dei cittadini è dovuto all'esigenza di prestazioni di tipo infermieristico che gli stessi potrebbero avere erogate dall'infermiere di famiglia, ma che, non avendo a disposizione tale figura, sono costretti a chiedere alle strutture ospedaliere. "Realizzare il progetto dell'assistenza territoriale – ha concluso De Palma – significherebbe evitare che tante situazioni a rischio cronicità precipitassero o, ancor peggio, che tanti disturbi della popolazione anziana facilmente curabili a domicilio, ma oggi trascurati, si complicassero trasformandosi, a lungo andare, in malattie croniche".
Sul delicato tema dell'equità di accesso alle cure infine, il Nursing Up chiede la possibilità di riconoscere il diritto dei cittadini di scegliere di farsi seguire

a regime intramoenia o libero-professionale dall'infermiere pubblico dipendente da loro prescelto, come accade già per i medici. Ciò costituirebbe uno strumento di garanzia nei confronti del cittadino perché gli verrebbe riconosciuto il diritto di richiedere una prestazione infermieristica a regime libero-professionale nello stesso modo con cui gli viene concessa la possibilità di richiedere una prestazione medica. D'altronde una tale novazione potrebbe di ridurre le liste d'attesa negli ospedali italiani, come già accade per l'attività dei medici, e garantirebbe il principio di equità ai cittadini nel loro diritto di accesso alle cure, avendo così a disposizione ciò che loro desiderano secondo i propri bisogni

Emergenza carenza medici SSN

TEMATICA 1
La responsabilità professionale sanitaria in relazione all'aumento della sinistrosità, anche successivamente all'entrata in vigore della legge 24/2017 (nel 2017 si è assistito ad un aumento del 21% delle denunce di sinistro – bollettino Ivass n. 14/2018).
All'aumento dei contenziosi in materia di responsabilità professionale sanitaria si associano oggi le nuove procedure introdotte dalla legge 24/2017 (quali la comunicazione ex art. 13) che hanno intensificato la dicotomia e la conflittualità tra le Aziende Sanitarie ed il proprio personale dipendente.

PROPOSTA
Creazione di una Commissione Regionale di Conciliazione.

Ambito
La gestione in via stragiudiziale di tutti i sinistri inerenti le Aziende del SSR per ogni Regione (sul modello francese).

Funzione
Risarcire i pazienti in tempi brevi e sulla base di parametri predeterminati. Il costo di ciascun sinistro aumenta del 30% per ogni anno per cui si protrae il contenzioso raddoppiando il costo in 3 anni e triplicando in 5 anni.
Composizione della commissione: magistrati (se in carica con autorizzazione

Csm o in pensione) (– presidente di commissione), rappresentati di Aziende, rappresentanti delle professioni medico-sanitarie con comprovata esperienza e preparazione nella specifica materia, rappresentanti delle associazioni di pazienti, medici legali ed ausiliari tecnici medici specialisti per branca.
Attivazione della procedura: direttamente da parte dell'Azienda che abbia ricevuto la richiesta di risarcimento (non solo stragiudiziale, anche giudiziale) con la trasmissione di tutta la documentazione relativa al paziente e di una prima relazione medico-legale effettuata a livello aziendale (ulteriore possibile estensione: attivazione anche svincolata dalla richiesta risarcitoria; attivazione anche da parte del paziente in autonomia senza la necessità di assistenza da parte di un avvocato).

Modalità
Assegnazione della pratica (e di tutta la documentazione utile e necessaria per l'istruzione del fascicolo) ad un medico legale affiancato sempre da medico specialista di branca che funge da ausiliario tecnico che redigano la loro relazione sulla base della quale la commissione formula la propria proposta; il medico legale e l'ausiliario specialista avranno la facoltà di richiedere ogni ulteriore documentazione ed esame alle parti e, nel caso, di richiedere un'unica proroga del termine. Le parti possono quindi partecipare con o senza assistenza legale.

Termine della procedura
3/6 mesi per formulare la proposta di liquidazione alle parti; termine alle parti (Azienda e paziente) di un ulteriore mese per comunicare l'accettazione o il rifiuto della proposta. La procedura si conclude con un accordo transattivo tra le parti (non potendo allo stato avere efficacia di titolo esecutivo, alla sottoscrizione dell'accordo dovrà essere contestuale il pagamento del risarcimento – è possibile prevedere un accordo preliminare) o con un verbale negativo. Nel caso in cui il paziente abbia già precedentemente intrapreso il procedimento giudiziario le parti si impegneranno, in sede di accordo transattivo, a rinunciare a spese compensate al giudizio, qualora non sia ancora stato intrapreso alcun procedimento giudiziario le parti rinunciano ad intraprenderne in futuro.

Vantaggi

- Per il paziente, avere un risarcimento "certo" e in tempi brevi (la durata media di un processo – primo e secondo grado - è tra i 5 e i 10 anni).
- Per il SSR, limitare il costo complessivo dei risarcimenti, soprattutto nel lungo periodo (l'eccessiva durata del processi comporta l'aumento esponenziale del costo risarcitorio, come specificato nel rapporto Ivass n. 14/2018).
- Per il professionista sanitario, ridurre il contenzioso giudiziario promosso a suo carico, non solo in sede civile ma soprattutto penale (spesso usato strumentalmente dal paziente per stimolare un più rapido risarcimento).
- Per il SSR diventa inoltre motivo di attrattività per figure professionali che vivono il contenzioso legale e la gestione della sinistrosità come uno delle principali causa di disaffezione nella professione e quindi riduzione delle performance ed aumento dei costi (medicina difensiva).

TEMATICA 2

È sempre minore l'attrattiva per i professionisti sanitari a far parte del SSN, i concorsi per la dirigenza medica vanno spesso deserti e ciò acuisce le già difficili condizioni di lavoro dei professionisti sanitari del SSN aggravando oltretutto la – oramai sistemica - carenza di personale.

PROPOSTA

Stipulare un "patto di professionalità" che incentivi il professionista sanitario ad entrare nel SSN e a mantenere il proprio ruolo all'interno del SSN stesso.

Modalità

Prevedere scaglioni/bonus di aumento di stipendio su base annuale o pluriennale (applicati oltre a quanto già previsto dal CCNL) parametrati non solo al raggiungimento di budget aziendali ma anche a due dati estremamente semplici: la mera durata del rapporto di lavoro e il gradimento da parte dei pazienti.

Ai pazienti viene data la facoltà di esprimere (attraverso un sistema informatico o, nel primo periodo anche cartaceo presso la segreteria di ogni re-

parto) un parere, solo positivo, nei confronti del personale sanitario con cui è entrato in contatto. L'accordo con il professionista sanitario per l'applicazione del bonus può essere contrattualizzato a livello aziendale.

Vantaggi

- Per il paziente, rendersi partecipe del miglioramento del SSN esprimendo la propria valutazione positiva sul singolo professionista sanitario.
- Per il professionista sanitario, la gratificazione – non solo economica – connessa al corretto adempimento della sua attività professionale.
- Per il SSN, soprattutto nel medio-lungo periodo, mantenere il proprio personale qualificato all'interno del SSN ed attrarre nuovi professionisti sanitari.

Incentivare la crescita ed il miglioramento del rapporto medico-paziente.

TEMATICA 3

Si evidenzia ogni giorno di più la necessità per i Medici ed i professionisti della salute di avere competenze adeguate, nell'ambito della comunicazione, nello svolgere la loro attività con il paziente, i familiari, i colleghi. A tal fine si è pensato di proporre un modello che formi Operatori in grado a loro volta di formarne altri, con l'obiettivo di potenziare abilità comunicative da poter condividere con i colleghi nella quotidianità operativa delle U.O. di appartenenza, attraverso un modello di Peer Teaching e Peer Tutoring. Questo intervento formativo si inserisce in un progetto che preveda:

- Formazione di personale esperto nella comunicazione che potrà assumere il ruolo di tutor dopo essersi sottoposto ad un training formativo che contempli: l'osservazione e l'autoanalisi delle proprie modalità comunicative, l'individuazione delle strategie migliori nella comunicazione con il paziente, i familiari ed i colleghi; la comprensione delle diverse peculiarità dei contesti comunicativi
- La supervisione degli stili comunicativi dei discenti da parte di psicologi nella quotidianità operativa;
- La supervisione degli stili comunicativi reciproca tra discenti futuri tutor;
- La simulazione di un contesto formativo

RISULTATI ATTESI

Risultato 1 Acquisizione di competenze teoriche sui processi comunicativi verbali e non verbali.

Risultato 2 Miglioramento dei processi comunicativi con il paziente, i famigliari, i colleghi

Risultato 3 Acquisizione di competenze teoriche e pratiche sulle abilità di comunicazione di base

Risultato 4 Acquisire conoscenze teoriche e capacità applicative del protocollo Buckman

Risultato 5 Acquisire conoscenze e teoriche e abilità pratiche nel rapporto di tutoring

Obiettivi formativi Acquisire abilità comunicative e relazionali
Acquisire conoscenze teoriche e/o pratiche

Metodologia didattica frontale ed Interattiva
- Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale con presentazione delle conclusioni (metodologia interattiva)
- Lezione Frontale/Relazione con dibattito (metodologia frontale)
- Lezione Frontale/Relazione (metodologia frontale)
- Presentazione e discussione di problemi o di casi didattici in grande gruppo (metodologia interattiva)
- Role playing (metodologia interattiva)

Tale progetto pilota è già attivo presso l'Ospedale San Bortolo di Vicenza in collaborazione con la Regione Veneto, la DMO e la Psicologia Ospedaliera ed ha visto la formazione di 25 medici specialisti, che attualmente stanno tenendo corsi di formazione per altri colleghi medici, estendendo il progetto a tutti gli ambiti specialistici. I risultati ottenuti sono in via di pubblicazione.

SICVE

Società Italiana di Chirurgia
Vascolare ed Endovascolare

La SICVE (Societá Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare) rappresenta la Chirurgia Vascolare Italiana, ritenuta Alta Specialità in precedenti Patti della Salute. I Soci sono oltre 700 chirurghi vascolari endovascolari italiani. Scopo principale della Società è quello di favorire e promuovere le attività, gli studi e le ricerche nel campo della Chirurgia Vascolare ed Endovascolare per curare le malattie vascolari sia in capo arterioso (dall'aorta a tutti i suoi rami principali e secondari), che in campo flebologico, mediante le tecniche chirurgiche classiche standardizzate e quelle piú recenti innovative all'avanguardia (minininvasive, endovascolari, robotiche). Tali malattie nel suo complesso sono di gran lunga la prima causa di mortalitá e invaliditá nel nostro Paese con costi sociali molto gravosi e sono la conseguenza di malattie epidemiologicamente ad altissimo impatto socio-economico quali aterosclerosi, vasculiti, processi degenerativi vascolari, diabete mellito, ipertensione arteriosa, dislipidemie, obesitá, inquinamento ambientale, fumo attivo e passivo, malattie genetiche e cosí via.

La SICVE promuove studi, ricerche e patrocina attività congressuali. Importanti sono gli scambi con Società Scientifiche straniere come la Società Europea di Chirurgia Vascolare, Americana (SVS), Francese (SCVE), Spagnola e le collaborazioni con numerose Società Scientifiche italiane.

Importanti sono anche le collaborazioni con le Istituzioni (Ministero della Salute, Federazione delle Società Medico Scientifiche, Agenas, Regioni) e con Associazioni Pazienti (Federanziani, Cittadinanza Attiva, Alice, Marfan).

Ha un suo organo ufficiale di pubblicazione, l'Italian Journal of Vascular and Endovascular Surgery, edito da Minerva Medica, ed é presente in internet : www.sicve.it
La SICVE da tempo partecipa a diversi Tavoli Tecnici istituzionali, nazionali e regionali, e ha già da tempo attivate le seguenti Commissioni che mette a disposizione e per ognuna delle quali avanza le seguenti proposte:

1. Liste d'attesa per ricovero. Da un confronto interregionale risulta un'estrema variabilitá tra regione e regione e in alcuni casi tra distretto e distretto sanitario nelle effettive liste d'attesa per ricovero per diverse patologie, quali aneurismi aortici, stenosi carotidee, arteriopatie periferiche, flebopatie. Si ritiene fondamentale una condivisione e una omogenea adozione e applicazione di criteri massimi da rispettare, a seconda della gravitá della singola patologia e del suo grado di rischio, anche in base ai parametri indicati dalle linee guida nazionali e internazionali. La SICVE mette a disposizione un Documento.
2. Messa in Rete dei Centri di Chirurgia Vascolare Endovascolare a livello regionale, sistema Hub e Spoke. Per coniugare appropriatezza ed efficacia dei ricoveri e delle prestazioni con razionalizzazione e giusta allocazione delle risorse pubbliche si ritiene doverosa e fondamentale una caratterizzazione strutturale e logistica dei centri di chirurgia vascolare in Hub (centri per patologie ad alta complessitá assistenziale) e Spoke (centri per patologie a bassa e media complessitá assistenziale). La SICVE mette a disposizione un Documento che stabilisce i criteri operativi e i conseguenti requisiti strutturali e organizzativi dei centri Hub e Spoke, auspicandone la Messa in Rete nelle Programmazioni e nelle Delibere Regionali.
3. Gruppo Tematico Angiologia/Cardiologia/Chirurgia Vascolare presso AGENAS. La SICVE lavora ad un Tavolo Tecnico intersocietario presso AGENAS per condividere e stabilire criteri e parametri per le prestazioni ambulatoriali di visite angiologiche/chirurgiche vascolari e di esami diagnostici quali ecocolordoppler. Si ritiene fondamentale l'applicazione a livello nazionale di tali criteri e parametri.
4. Linee Guida. Adesione a Piattaforma SNLG-CNEC. La SICVE é tra le poche Societá Scientifiche nazionali che ha prodotto e pubblicato Linee Guida (2015-16) ritenute valide dal punto di vista metodologico in una revisione

e pubblicazione del GIMBE. Si ritiene opportuna la revisione e il continuo aggiornamento di tali Linee Guida, nel rispetto dei criteri emanati di recente dal SNLG-CNEC, nonché la adozione nel nostro Paese di tali Linee Guida italiane, che meglio di quelle straniere sono conformabili, aderenti e applicabili alla nostra realtá nazionale.

5. Revisione dei DRG. Si ritengono superati e inadeguati i criteri valoriali economici nonché gli indicatori parametrici dei DRG per quanto riguarda le patologie vascolari. La SICVE si mette a disposizione delle Commissioni di Revisione dei DRG.
4. Registro nazionale di Procedure e Outcome in chirurgia vascolare – Raffronto con PNE/Agenas. La SICVE pone dei dubbi sulle pubblicazioni del PNE e in particolare sulle procedure di estrazione, ricavo e calcolo delle procedure e dei relativi esiti del PNE. E' pronta a sedersi ad un Tavolo di Confronto con PNE/Agenas. Ha a disposizione un Registro nazionale (SICVEREG) nel quale da anni vengono registrate le procedure chirurgiche vascolari ed endovascolari e che la SICVE mette a disposizione, nell'intento di rilanciarlo adeguando gli indicatori ai parametri europei.
5. Formazione dei Giovani Chirurghi Vascolari. Si ritiene fondamentale per il futuro di questa specializzazione un serio piano di investimento per promuovere assieme e favorire l'iscrizione di un numero maggiore di giovani laureati in medicina e chirurgia alla specializzazione in chirurgia vascolare, che probabilmente dovrebbe denominarsi "in Chirurgia Vascolare ed Endovascolare" e non piú solo "in Chirurgia Vascolare". Viene chiesto un maggior numero di Borse di Studio per la Specializzazione in Chirurgia Vascolare e la promozione di scambi culturali e stage all'estero per i nostri specializzandi. Negli ultimi tempi la SICVE ha attivato una sezione "SICVE Young" e dei social media. La SICVE da anni eroga delle borse di studio dedicate ai giovani ricercatori per la formazione presso centri di riferimento nazionali ed internazionali o per la partecipazione ad eventi congressuali internazionali.
6. ICT- Information Comunication Technology – Informazioni al Cittadino – Prevenzione vascolare- Sportello Paziente. In questi ultimi anni la nostra Societá ha creduto e investito molto in ICT e sistemi internet di informazione al cittadino/paziente, in quanto é risaputo che la prevenzione e l'informazione rappresentano la prima cura da offrire per combattere le ma-

lattie vascolari. Conoscere é prevenire e prevenire é vincere, oltre che risparmiare in termini economici e migliorare in termini di Quality of Life. Si ritiene fondamentale la collaborazione con le Associazioni Cittadini e le Associazioni Pazienti.

La SICVE è strutturata in Commissioni Regionali ciascuna coordinata da un Referente Regionale e ogni Commissione Regionale si interfaccia con le istituzioni locali e i cittadini/pazienti da una parte e con altre associazioni locali dall'altra.
La SICVE è disponibile quindi e auspica un Tavolo Tecnico Permanente per il prossimo Patto della Salute, vale a dire confronto e collaborazione continua con Ministero, Stato-Regioni, Agenas, mettendo a disposizione le sue varie Commissioni. Tale confronto e collaborazione continua é da ritenersi fondamentale per migliorare l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni medico- specialistiche in tema di chirurgia vascolare endovascolare nel nostro Paese.

Società Italiana FArmacisti Preparatori

SIFAP è un'associazione di farmacisti che si occupa di aspetti scientifici e divulgativi in merito alla preparazione di medicinali personalizzati nelle farmacie aperte al pubblico o ospedaliere. Si tratta di un'attività residuale per frequenza, in quanto i medicinali sono generalmente prodotti dall'industria, ma molto rilevante in termini sociali poiché in situazioni specifiche permette al paziente di avere un medicinale che altrimenti non potrebbe avere (nutrizione artificiale, farmaci orfani, dosaggi pediatrici, problemi legati agli eccipienti o alle forme farmaceutiche, eccetera).

SIFAP dal 6 novembre 2018 è stata inserita nell'elenco delle società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie riconosciute, un traguardo molto importante e un riconoscimento del lavoro svolto negli anni a favore della preparazione dei medicinali in farmacia.
SIFAP da sempre collabora con le Istituzioni. I suoi componenti hanno fatto parte della Commissione Permanente per la Revisione e la Pubblicazione della Farmacopea Ufficiale, ha fatto parte del Tavolo di lavoro tecnico per l'aggiornamento della FU da dicembre 2017 a maggio 2018. SIFAP ringrazia il Ministro Giulia Grillo che ha ricostituito il Tavolo di lavoro per continuare a migliorare e attualizzare i contenuti della Farmacopea Ufficiale Italiana.
SIFAP -in collaborazione con SIFO e AFI- ha compilato le procedure previste dalle Norme di Buona Preparazione (NBP) della Farmacopea Ufficiale Italiana, accreditate dalla FOFI. SIFAP è stata la prima società scientifica di farmacisti a lanciare una consultazione pubblica con il Position Paper Formule Magistrali (2014). Se, infatti, è ormai riconosciuto che in molte situazioni non si può fare a meno di medicinali allestiti in farmacia, d'altra parte occorre prestare

la massima attenzione alla tutela della salute: il farmacista deve valutare se l'allestimento di un preparato magistrale rappresenti un effettivo vantaggio rispetto a quanto già presente in commercio e, in caso affermativo, deve analizzare i rischi connessi alla sostanza utilizzata ed alla difficoltà di allestimento della forma farmaceutica, garantendo la preparazione sulla base di un idoneo sistema di assicurazione della qualità (SAQ).
Dal 2008 molti farmacisti associati partecipano a controlli semestrali sui preparati (uniformità di contenuto), organizzati da SIFAP, affinché il farmacista possa monitorare la propria attività e dal 2017 ha proposto un percorso di accreditamento che prevede -nell'arco di 2 anni- 48 ore di formazione ed esito positivo a 2 controlli di qualità.

Il tema ancora irrisolto che SIFAP valuta di fondamentale importanza per l'equità di accesso alle cure è la rimborsabilità in SSN/SSR di alcuni preparati magistrali indispensabili che non hanno un riscontro in medicinali industriali. Si tratta per lo più di medicinali pediatrici, che l'industria non fornisce per dosaggio e/o forma farmaceutica, ma il cui medicinale con AIC per l'adulto risulta inserito nel prontuario farmaceutico. Attualmente la possibilità per il paziente di ottenere il medicinale è molto difforme da regione a regione e questo crea in alcune situazioni disagi molto significativi. Si pensi ad esempio ai pazienti intolleranti al lattosio che non trovano nessun prodotto industriale privo di questo eccipiente e devono ricorrere alla preparazione magistrale con costi a loro carico.

fondata nel 1952

SOCIETA' ITALIANA DI FARMACIA OSPEDALIERA E DEI SERVIZI FARMACEUTICI DELLE AZIENDE SANITARIE

GOVERNANCE FARMACEUTICA E DEI DISPOSITIVI MEDICI

Oggetto del patto della salute è anche la ricerca di nuovi modelli di governance sanitaria, per il raggiungimento di un equilibrio tra la i servizi erogati e la sostenibilità economica, che riguardano i farmaci, i dispositivi medici e le tecnologie, per l'ottimizzazione della spesa farmaceutica sanitaria. Questo processo presenta chiare connotazioni multidisciplinari e la figura del farmacista delle Aziende Sanitarie viene riconosciuta come professionista attivo e propositivo in questa fase di cambiamento capace di lavorare in sinergia con gli altri stakeholder della salute. La Società Italiana di Farmacia ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende sanitarie (Sifo) ha come mission la promozione e diffusione della conoscenza, mediante attività di ricerca e di formazione a garanzia delle migliori cure e della sostenibilità del SSN. La Sifo si è dotata di un sistema di gestione per la qualità, che regolamenta le proprie attività all'interno e nei rapporti con gli stakeholder, al fine di diffondere la diffusione uniforme di una cultura della qualità e sicurezza anche negli ambiti lavorativi delle aziende sanitarie a beneficio ultimo dei pazienti, degli operatori e di tutte le parti in causa. A partire dai documenti ministeriali in tema di governance farmaceutica e dei DM, si evidenzia la necessità di:

1) **Consolidamento della comunicazione tra le parti**
2) **Implementazione di sistemi di gestione secondo standard di qualità e sicurezza,** omogenei su tutto il territorio nazionale
3) **Promozione degli strumenti di governance** quali HTA, HS, audit clinico e organizzativo, gestione del rischio, evidence-based medicine, linee guida e PDTA, sistemi informativi integrati, etc.

4) **Attività di prevenzione, quale termine indispensabile per la sostenibilità del SSN**
5) Consolidamento dell'appropriatezza prescrittiva e d'uso
6) **Consolidamento delle attività di formazione e informazione indipendente**
7) **Consolidamento della presenza attiva del farmacista ospedaliero e territoriale nei setting che erogano salute**, a garanzia della continuità delle cure e relazione tra i diversi setting assistenziali: Assistenza Farmaceutica Ospedaliera, Cure intermedie, Assistenza Farmaceutica Territoriale, Istituti penitenziari, in continuità e collaborazione con le Farmacie di comunità.
8) **Integrazione e continuità delle cure**: durante tutto il percorso di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Il Farmacista delle Aziende Sanitarie, presente su tutto il territorio nazionale, sia nell'ospedale sia nei distretti sanitari, intende rappresentare una task-force nell'ambito dell'integrazione e della continuità
9) **Partecipazione del farmacista ospedaliero e territoriale ai Tavoli ministeriali di governance del SSN** con riferimento ai farmaci, ai DM, ai percorsi di cura, ai livelli essenziali di assistenza, alle cronicità.
10) **Governo della spesa attraverso il monitoraggio costante delle risorse, dei prodotti, dei risultati e** dell'andamento dei processi di cura.
11) **Potenziamento del sistema di monitoraggio e di vigilanza.**
Va rilevato che i responsabili aziendali della Farmacovigilanza sono nel 90% dei casi Farmacisti Ospedalieri o dei Servizi Farmaceutici Territoriali, a riconoscimento della loro capacità e professionalità nell'attuare un attento monitoraggio dei nuovi medicinali, dei farmaci biologici e biosimilari e di quei farmaci che richiedono particolari condizioni di attenzione e/o sicurezza (monitoraggio addizionale).
12) **Informatizzazione dei percorsi di cura e dossier farmaceutico**
13) Governo dell'innovazione

delle nuove tecnologie in termini di efficacia e sostenibilità economica

Governance dei farmaci

Consapevoli che una programmazione innovativa e sostenibile della nuova governance farmaceutica possa passare dall'inclusione e integrazione di

molteplici aspetti nelle politiche di riorganizzazione del sistema del farmaco, SIFO propone per la discussione i seguenti argomenti che individua come prioritari per la professione del Farmacista Ospedaliero in primis ma soprattutto per il contributo che questi potrà fornire al sistema salute.
In generale, rafforzare il ruolo del farmacista SSN sul **piano normativo**, affinché venga chiarito il suo ruolo e il suo percorso anche il base alle sue competenze e attribuzioni che da sempre, storicamente, riveste, anche in termini di responsabilità all'interno dei contesti del SSN.
Più in particolare, puntare l'attenzione sulle complessità e dunque lasciare spazio al **farmacista clinico**: considerando la presenza di asimmetrie di costo ed intensità di cura in alcune aree terapeutiche ritenute critiche, si ritiene auspicabile l'inserimento della figura del farmacista clinico a supporto di percorsi assistenziali multidisciplinari, in particolare in PDTA strategici e percorsi ad elevata complessità. Si fa riferimento in particolare ad aree di Oncologia ed Ematologia, anche pediatrica, Infettivologia, cronicità, trapianti d'organo e patologie ad alto impatto sulla popolazione come quelle neurodegenerative, cardiovascolari e diabetiche.
Nell'area dei farmaci si ritiene necessario costituire un **tavolo permanente** nazionale per individuare, parimenti ai dispositivi, i relativi LEA, così come opportuna la costituzione di un repertorio nazionale dei dispositivi medici che vada oltre l'impegno di classificazione, fissando i criteri di rimborsabilità HTA-based.
Il percorso può essere ottimizzato tramite la prioritizzazione dei **percorsi decisionali** del farmaco.
Questa fase analitica dovrebbe essere svolta preferibilmente in senso univoco e centralizzato, a partire da AIFA con la costituzione di un segretariato tecnico a supporto della CTS e CPR, a cui sia demandata l'attività istruttoria. anche grazie all'istituzione di commissioni regionali, con il coinvolgimento del farmacista ospedaliero.
Si suggerisce inoltre di porre attenzione ai seguenti temi:
Attività di "**horizon scanning**", con la finalità di ottenere informazioni disponibili a livello EMA su farmaci in corso di approvazione, al fine di gestire eventuali conseguenze organizzativo/gestionali e assistenziali che valutazioni di impatto economico-finanziario.
Scientific advice. Si suggerisce un maggior coinvolgimento, con l'inclusione

degli attori e stakeholders interessati, in primo luogo AIFA, organismo preposto a questo ruolo, nelle attività di scientific advice condotte dall'EMA e internazionali; a livello nazionale, si auspica che i pareri e le linee guida predisposti vengano adeguatamente diffusi e condivisi, in particolar modo per quanto riguarda la tematica dell'equivalenza terapeutica,
Adeguamento della **normativa** italiana alle direttive europee, con particolare riferimento ai farmaci coperti da brevetto.

Governance dei Dispositivi Medici

Il "Documento in materia di Governance dei dispositivi medici" mira all'efficiente allocazione delle risorse del SSN, alla sostenibilità dell'innovazione, al potenziamento della vigilanza e alla messa in trasparenza delle azioni e relazioni inerenti all'approvvigionamento e l'utilizzo dei dispositivi medici. Sulla base degli obiettivi presenti in tale documento, la SIFO propone i seguenti suggerimenti:

a) Ottimizzazione attività di governance. si evidenzia una forte necessita di formazione ed informazione, in cui SIFO è
da sempre impegnata e propone la sua collaborazione.

b) Governo della spesa
- Il codice degli appalti, all'art.95 c.4a, prevede di utilizzare il criterio del prezzo minore in caso di forniture con caratteristiche standardizzate o definite dal mercato. Si propone di individuare tali classi di prodotti in modo da avere un ma di stabilire anche il prezzo base d'asta per consentire minore discrezionalità alle stazioni appaltanti e quindi minori oscillazioni di prezzo per gli stessi prodotti.

c) Potenziamento del sistema vigilanza
- Si propone di sviluppare maggiore attenzione alla normativa sui dispositivi prodotti con stampanti 3D, soprattutto all'interno delle strutture sanitarie. Una regolamentazione maggiore comporterebbe una maggiore tracciabilità e sicurezza d'impiego del DM fabbricato.
- Si propone di sviluppare maggiore attenzione ai dispositivi che prelevano tessuti umani (pelle, adipe, midollo...) e lo lavorano.
- Si propone di ampliare il numero di registri attualmente previsti anche ad altri DM quali gli impiantabili attivi.
- Si propone di sviluppare maggiore attenzione al campo dei dispositivi destinati ad essere connessi con attrezzature e definire se la compatibilità

o l'esclusività di utilizzo vada dichiarata dal fabbricante dell'attrezzatura o del dispositivo da connettere
- si propone l'elaborazione di linee di indirizzo o position paper su alcune classi di DM con l'obiettivo di creare uno strumento teso al miglioramento della pratica clinica, del corretto utilizzo dei dm e la possibilità di intercambiabilità degli stessi.

d) Governo dell'innovazione
- utilizzare nella valutazione di HTA anche indicatori di utilità come i QALY (Quality adjusted life years) per comparare esiti clinici differenti in una scala confrontabile.
- elaborare linee comuni e obiettive per definire la tipologia corretta di acquisizione delle attrezzature tenendo conto di tutti i parametri per l' ottimizzazione delle spesa e uso di attrezzature adeguate alla richiesta sanitaria.

CRONICITA'

Si propone di Inserire nel DM 70 la rete di assistenza farmaceutica integrata H-T per ottimizzare la continuità di setting assistenziale che attualmente non risulta funzionale alla gestione organica del percorso assistenziale del paziente con particolare riferimento alla gestione delle terapie.

Il PDTA rappresenta lo strumento ideale per la gestione del percorso del paziente cronico attraverso l'integrazione delle competenze e dei servizi offerti. Per superare una logica settoriale che ha dimostrato di non 'pagare' in termini di efficacia e sostenibilità, sarebbe necessario parlare oggi piuttosto di percorso di salute per patologia: dalla prevenzione quindi alla riabilitazione; il Farmacista delle Aziende Sanitarie rappresenta l'unica figura professionale che si interfaccia con tutte le figure coinvolte nella costruzione dell'offerta assistenziale per il paziente cronico e quindi può essere identificato come connettore di sistema per l'attuazione ed il monitoraggio dei PDTA. Sarebbe importante rendere i requisiti dei PDTA omogenei sul territorio nazionale pur nella contestualizzazione delle realtà locali. La possibilità di accesso alla cura per il paziente cronico è anche condizionata dal canale di erogazione di farmaci e DM. Si evidenzia la necessità di una revisione della DPC attraverso la definizione di linee guida nazionali di attività e di benchmarking, a supporto delle organizzazioni regionali che, nell'assumere decisioni, partano da una

analisi di HTA per la definizione e la scelta dei canali di erogazione, tenendo in considerazione il punto di vista dei diversi stakeholder. La SIFO ha lavorato ad uno strumento tecnico di analisi che nella prospettiva del SSN può essere di supporto ai decisori regionali, in considerazione delle specifiche realtà ed esigenze locali. L'attivazione della farmacia dei servizi rappresenta un'importante risorsa, in particolare se in forma pienamente e sinergicamente integrata con le Aziende Sanitarie: l'assistenza farmaceutica è offerta e gestita dalle Aziende sanitarie sui territori direttamente dalle farmacie Ospedaliere e dai Servizi farmaceutici Territoriali aziendali e indirettamente per il tramite delle Farmacie di Comunità convenzionate con le Aziende Sanitarie stesse; Le Farmacie

Diretta di farmaci (A-PHT e H esitabili) e Dispositivi Medici agli aventi diritto e l'informazione ed educazione sull'uso corretto di farmaci e dispositivi Medici, rappresentano solo le attività terminali che prevedono comunque a monte un'attività di pianificazione e programmazione che passa dall'intercettare i bisogni di salute per la definizione dei fabbisogni e anche dal pianificare e gestire le gare ed assicurare la catena degli approvvigionamenti. Un ruolo molto importante a supporto della gestione delle cronicità è svolto dalle attività di Farmacia Clinica già in molte realtà presenti a supporto dei clinici per la gestione del paziente cronico in continuità assistenziale nei diversi setting, ospedaliero (Farmacista di dipartimento e/o di reparto) e territoriale (farmacista di Distretto presso Ambulatori Distrettuali, UCCP, RSA/SIR e Penitenziari)); Si suggerisce il potenziamento dell'assistenza territoriale e la promozione di un approccio sinergico, tra i diversi contesti aziendali (aziende sanitarie, aziende ospedaliere e aziende universitarie) insistenti sui medesimi territori, di presa in carico del paziente cronico, evidenziando la necessità di un focus specifico sulle attività di assistenza farmaceutica; tale obiettivo potrebbe perseguirsi attraverso la costituzione strutturale di GRUPPI DI LAVORO interaziendali ed interdisciplinari divisi su aree tematiche di malattie croniche costituiti da Medici Specialisti/Farmacisti Ospedalieri/ MMG e associazioni dei pazienti, con la finalità di garantire la migliore presa in carico del paziente cronico e di disegnare percorsi e progetti per migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi alla persona garantendo il monitoraggio e la rilevazione della qualità delle cure, misurando il grado di

soddisfazione dei pazienti, con lo scopo di produrre azioni correttive che possano ridurre i disagi dei pazienti cronici. Molto importante si ritiene possa essere la conduzione di uno studio di nuovi modelli di monitoraggio e controllo dell'aderenza alle terapie farmacologiche dei pazienti cronici che supportino il paziente attraverso tutto il percorso assistenziale coinvolgendo tutte le figure sanitarie coinvolte, compreso il farmacista delle aziende Sanitarie. Analogamente, si ritiene debba essere promossa la ricerca di nuovi modelli per il monitoraggio e la verifica dei percorsi integrati ospedale –territorio che partano dalla promozione della diagnosi precoce e formazione sui corretti stili di vita, attività per le quali il farmacista Ospedaliero e Territoriale delle aziende Sanitarie può svolgere un importante ruolo di supporto e raccordo

EQUITA' DI ACCESSO ALLE CURE

In tema di Unitarieta' e Universalità del Sistema Salute, si evidenzia la necessità di un focus sull'unitarietà dell'assistenza farmaceutica che 'de facto' può incidere fortemente sull'equità di accesso alle cure. Si ritiene che un piano per la salute debba avvalersi di strumenti che possano evidenziare le differenze, i gap delle diverse realtà del Territorio Nazionale e produrre azioni correttive che portino a garantire gli stessi diritti per pazienti ed operatori sanitari, uniformemente, in tutte le 20 regioni Italiane. La SIFO ha investito nella realizzazione di un suo Osservatorio Nazionale sull'uniformità dell'assistenza farmaceutica che, dotato di infrastruttura tecnologica, possa realmente porre la rete capillare di farmacisti che la società rappresenta a servizio delle istituzioni e dei decisori per la rilevazione delle realtà e delle criticità di assistenza farmaceutica sui diversi territori nazionali. Si sottolinea anche l'importanza cruciale dell'accesso uniforme alle terapie per i farmaci innovativi, poiché la realtà attuale restituisce un quadro molto disomogeneo nelle diverse organizzazioni regionali. Problemi importanti da fronteggiare sono rappresentati dai passaggi autorizzativi interni per le commissioni e le centrali di committenza. Si propone quindi un percorso fast track per i farmaci innovativi, che preveda un unico percorso che possa eventualmente recepire un contratto nazionale unico e univoco per tutte le centrali di committenza e che possa rendere sincroni i percorsi da parte di tutte le Regioni Si propone l'attivazione di uno studio di modalità per l'abbattimento delle liste d'attesa

nei percorsi diagnostico-terapeutici e per la riduzione della mobilità sanitaria extraregionale e di uno studio di modalità per l'abbattimento della burocrazia nei diversi servizi erogatori del SSN.
Le scelte operate dalle Regioni in piena autonomia, per motivi etici prima ancora che politici, devono tuttavia garantire i LEA e tendere ad ottimizzare le risorse disponibili per un miglioramento continuo dell'offerta di assistenza sanitaria.

SOCIETÁ ITALIANA HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Coinvolgimento dei pazienti nella valutazione, regole a tutela dell'innovazione e tracciabilità dei dispositivi medici fra le argomentazioni portate all'attenzione del ministro

Anche l'Health technology assessment fra i temi trattati dalla **Maratona per il Patto della salute**. All'iniziativa indetta dal Ministero della Salute nelle giornate dell'8, 9 e 10 luglio, la Società italiana di Health technology assessment (Sihta) ha rappresentato le sue proposte per la programmazione del Servizio sanitario nazionale (Ssn).

«Abbiamo accolto subito l'opportunità della Maratona per illustrare, sebbene il poco tempo messo a disposizione per tutti i partecipanti, la Società scientifica e le proposte avanzate dalla *governance* Sihta, frutto di un'esperienza ventennale di *stakeholder* che hanno iniziato a trattare l'Hta e a credere fin dagli albori nella valutazione delle tecnologie sanitarie innovative (intese come farmaci, dispositivi medici, sistemi informativi e procedure)», commenta **Pietro Derrico, presidente Sihta e direttore Tecnologie e Infrastrutture dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma.**

Nella prima giornata, **Matteo Ritrovato, segretario del Comitato tecnico scientifico della Sihta e responsabile dell'Health Technology Assessment Dell'irccs Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma**, ha ricordato il ruolo espresso dalla Società scientifica di testimone e promotrice della crescita dell'importanza dell'Hta nell'ambito dei programmi ministeriali e delle leggi dello Stato con l'obiettivo della sostenibilità del Ssn. «È necessario ripensare l'impostazione decretata dalla finanziaria 2015, riaccreditando importanza alla componente meso, parimenti necessaria rispetto a quella macro», ha detto Ritrovato. Altri aspetti toccati dal segretario del Comitato tecnico scien-

tifico sono stati il **coinvolgimento concreto dei pazienti** nell'ambito dei processi di valutazione e l'**urgenza di integrare i curriculum accademici** della futura classe medica con percorsi formativi specifici sull'Hta.
Nella giornata del 9 luglio, il **professor Francesco Saverio Mennini**, **vice presidente vicario – presidente designato della Sihta, direttore Eehta, Ceis della Facoltà di Economia Università di Roma "Tor Vergata",** è intervenuto alla Maratona riguardo al **valore delle tecnologie sanitarie dei dispositivi medici.**
«In questo periodo caratterizzato dall'ingresso rapido di tecnologie, occorrono regole chiare che definiscano e tutelino l'innovazione, accompagnate da nuovi modelli finanziari e supportate da una *governance* proattiva», ha affermato il professor Mennini.
Sul piano delle proposte, il presidente designato della Sihta ha sottolineato la necessità di «garantire la tracciabilità dei dispositivi medici all'interno delle schede di dimissioni ospedaliere, così da poter utilizzare il dato amministrativo in un'ottica di programmazione e pianificazione sanitaria accompagnata da una corretta analisi del Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale seguito dal paziente». Per quanto concerne le problematiche legate alle gare, il professor Mennini ha inoltre suggerito di «implementare modelli di valutazione economica e di Hta, che facciano riferimento a validati indicatori per una corretta gestione dei criteri qualità-prezzo». Infine, il professore ha auspicato «l'introduzione del concetto del "value for money"». Riconoscere il valore (che non coincide con il solo concetto di efficacia) significa pagare per il "valore" che si ottiene.

SIMPE
SOCIETÀ
ITALIANA
MEDICI
PEDIATRI

Cari colleghi,
vi informo che il percorso di accreditamento di SIMPE presso il Ministero della Salute ha previsto, in data 8 luglio nella sede di Lungotevere Ripa, la partecipazione alla giornata sui temi legati al Patto della Salute e dedicata all'ascolto delle Società Scientifiche, delle Federazioni degli ordini professionali, delle associazioni dei cittadini e sindacali. La SIMPE è stata rappresentata dal del Segretario Generale, Dott. Roberto Sassi e della Dott.ssa Teresa Rongai.
Un'occasione pubblica che ha consentito agli operatori di essere ascoltati fuori da incontri privati e di poter formulare delle richieste e proposte.
L'invito del Ministro, presente in aula in una prima parte dei lavori e, successivamente, dei referenti del dicastero, è stato rivolto alla costruzione del sistema salute come sistema equo ed efficiente.
Grazie alle idee emerse nel corso dell'incontro, il Patto per la Salute 2019-2021 sarà il frutto di un percorso comune e condiviso.
In tale contesto la SIMPE ha esposto una sintesi delle progettualità concluse e di quelle in corso di realizzazione, proponendosi per la realizzazione di un progetto dedicato alla "Medicina di Iniziativa Proattiva Digitale in Pediatria di Famiglia" con un focus alla ricerca, ai modelli di offerta sanitaria all'informatizzazione degli studi, all'equità nell'accesso alle cure.
I principali ambiti di applicazione del progetto riguardano:
Identificazione precoce (18/24 mesi) dei disturbi dello spettro Autistico attraverso M-Chat R/F;
Valutazione delle tappe dello sviluppo neuro-psico-motorio in età evolutiva;
Riconoscimento dei segni delle malattie neuromuscolari;

Inquadramento delle malattie da accumulo lisosomiale attraverso la repertorizzazione dei segni e dei sintomi.
Il progetto è peraltro rivolto alla promozione di percorsi di educazione sanitaria attraverso il monitoraggio a distanza di:
- parametri auxologici;
- stili di vita, sicurezza in auto e in casa;
- abitudini alimentari;
- calendario vaccinale
- bilanci di salute.

Con orgoglio credo di poter affermare che la SIMPE è stata tra le poche società presenti a presentare un articolato contributo che potrà costituire una piattaforma di lavoro per un più complesso confronto con il Ministero della Salute.
In attesa di potervi fornire ulteriori aggiornamenti, invio cordiali saluti.

S.I.M.S.PE. – ONLUS
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA E SANITÀ PENITENZIARIA

L'ASSISTENZA SANITARIA IN AMBIENTE PENITENZIARIO: STATO DELL'ARTE, CRITICITÀ, PROSPETTIVE ED ESIGENZE

PREMESSA

Il transito alla sanità pubblica dell'assistenza sanitaria presso gli Istituti Penitenziari, attribuzione del Ministero della Giustizia, già regolata dal vigente Ordinamento Penitenziario e, per il personale, dalla Legge 740/70, era stata considerata una naturale evoluzione del sistema ed un oggettivo vantaggio per la integrazione nell'ambito della sanità pubblica, meglio dotata di possibilità diagnostiche e terapeutiche.

Purtroppo la storia di questo decennio ci ha fatto toccare con mano tali ed infinite difficoltà da rendere oggi estremamente complesso lavorare come sanitari (medici – psicologi – professioni sanitarie) in carcere.

Dopo 11 anni dal DPCM 1aprile 2008, anche se ancora qualcuno nostalgicamente rivolge lo sguardo al passato, abbiamo però il dovere morale e professionale, piuttosto, di guardare in avanti. Verso il futuro di questo piccolo, ma specifico, complesso e delicato, settore di sanità pubblica. È necessario che sia definita con chiarezza la nostra specificità e la nostra collocazione strutturata nell'ambito delle discipline sanitarie e della organizzazione aziendale. Chi siamo oggi? È la prima domanda che ci dovremmo porre. Certamente **siamo personale sanitario esperto del contesto penitenziario** nel quale quotidianamente si opera, anche se c'è ancora chi preferisce considerarci **generalisti nel contesto penitenziario** nonostante la complessità dell'attività, la poliedricità delle competenze, la complessità organizzativa.

È questo che rimane il nodo di fondo, laddove la scelta al ribasso di un de-

cennio or sono è stata la seconda: quella scelta che ha mortificato le migliori professionalità ed alimentato situazioni tuttora persistenti di disallinamento con la sanità pubblica nazionale. Una scelta mascherata da una visione, ogni tanto riproposta quasi una icona, non più attuale rispetto alle necessità emergenti quotidianamente dal sistema, che mai come adesso cercano faticosamente soluzioni.
"Il carcere è territorio" nel senso organizzativo del termine. Quotidianamente all'interno dell'offerta assistenziale dei Distretti, si sviluppa un'attività sanitaria in un segmento nuovo e specifico, dove multiprofessionalità e multiculturalità garantiscono un servizio alla persona ed alla istituzione. La riforma declinata al *minus* per il personale e per le strutture si è dimostrata un fallimento. Il DPCM proprio in questo aspetto si è rivelato errato nei concetti sostanziali. Il confronto interno fra due amministrazioni non può che avvenire fra soggetti di pari dignità professionale e formale. Ciascuno con le sue competenze, ma con le sue responsabilità. I servizi sanitari intramurali non possono più essere considerati aree operative delle Direzioni penitenziarie: sono servizi paralleli dipendenti da altro soggetto giuridico. Il rapporto con le Direzioni degli Istituti non può essere una conquista individuale, come spesso purtroppo ancora accade. Deve essere un elemento strutturale del sistema.
Ed è proprio questo, elemento, scotomizzato da troppi per i più svariati motivi, ci rende oggettivamente parte integrante della sanità pubblica. Dovrà avvenire una nuova riforma del sistema, perché alla marea montante delle problematiche sanitarie – incluso il dilagante disagio mentale – le risposte non possono essere mediate solo in via burocratica. Sarà un impegno. Ma sarà utile per tutti gli attori di questo singolare sistema.
In particolare, l'organizzazione della Sanità Penitenziaria appare ancora molto variegata tra le diverse regioni e spesso anche tra i singoli Istituti Penitenziari della stessa regione, mostrando spesso notevoli e diversificati problemi, fra cui carenze nell'offerta sia diagnostica che terapeutica, nei tempi di risposta degli esami richiesti, nell'utilizzo di strumenti disponibili ma obsoleti, insieme ad una scarsa sinergia con i Servizi territoriali per la continuità assistenziale e terapeutica.
In molti Istituti penitenziari sono segnalate carenze di organico dell'area sanitaria, con conseguente insufficienza nel rapporto numerico tra medici di reparto e pazienti detenuti. Sarebbe auspicabile poter contare su un per-

sonale sanitario numericamente più consistente, con mansioni e competenze per i diversi ruoli specifiche per l'ambiente penitenziario.
Tra la maggior parte dei decisori dei Servizi Sanitari Regionali italiani, non appare recepita la riflessione sulla necessità, ovviamente anche in termini di investimento di risorse, di dotare tutti i presidi sanitari penitenziari di nuove strumentazioni per la diagnosi e il trattamento nell'ambito dell'assistenza specialistica, in modo da ridurre il crescente uso, con conseguente importante spesa, delle traduzioni di pazienti detenuti dagli Istituti ai relativi presidi ospedalieri territoriali.

LE EMERGENZE PATOLOGICHE: UN ESEMPIO SIGNIFICATIVO: la eradicazione del virus HCV

Gli aspetti clinici nei quali è necessario essere segmenti della rete sono molteplici: le cronicità, le patologie infettive, la tossicodipendenza, il disagio mentale.
Si porta a paradigma la problematica attuale della diagnosi, a fini di trattamento eradicante, della patologia da HCV in carcere poiché una significativa maggiore prevalenza di infezione da HCV rispetto alla popolazione generale è da tempo e diffusamente riportata nella letteratura internazionale all'interno delle mura penitenziarie.
Se per raggiungere questo ambizioso e fondamentale obiettivo disponiamo oggi di farmaci così potenti da garantire l'eradicazione di HCV nella quasi totalità dei casi e così tollerabili da non riscontrare praticamente mai effetti collaterali significativi, non abbiamo al momento parallelamente sviluppato percorsi organizzativi strutturati e stabili per l'individuazione, la stadiazione clinica ed l'avvio alle terapie antivirali della massa critica e non precisamente quantificabile dei pazienti HCV viremici che non ne sono consapevoli. Questo tipo di problemi appaiono ancora più complessi all'interno delle mura penitenziarie.
Per questi motivi, pertanto, è mandatorio individuare metodologie interdisciplinari condivise con tutte le professionalità operanti all'interno degli Istituti Penitenziari, per implementare l'accesso alle cure anti-HCV di una popolazione *difficile* quale quella detenuta. L'applicazione di interventi mirati volti a migliorare la possibilità di diagnosi tempestiva di tale infezione, con programmi di counselling, educazione sanitaria e prevenzione, insieme al-

l'applicazione di percorsi che assicurino la stadiazione clinica, l'eventuale eleggibilità ai nuovi farmaci anti-HCV altamente attivi e l'inizio del trattamento, appaiono indispensabili per raggiungere gli obiettivi posti da WHO a livello mondiale e dal Ministero della Salute in Italia.
È paradigmatico come ancora le barriere ad un controllo diffuso delle infezioni in questo ambito appaiono ancora estese.
In particolare, facendo riferimento all'infezione cronica da HCV con le sue possibili evoluzioni in Epatite Cronica Attiva e Cirrosi Epatica nei suoi diversi stadi clinici, che presenta una elevata massa critica di pazienti detenuti da diagnosticare, stadiare clinicamente ed avviare al trattamento antivirale con probabilità di guarigione vicine al 100%, appare evidente che i suddetti problemi organizzativi rappresentano senza dubbio una limitazione reale al trattamento diffuso intramoenia ed all'eradicazione di massa di HCV, nei luoghi dove appaiono maggiormente concentrati i "serbatoi umani" dell'infezione.
Inoltre, oltre un terzo della popolazione giornalmente detenuta è in attesa di giudizio e, pertanto, soggetta a numerosi e rapidi "rientri in libertà" spesso seguiti da altrettanto rapidi "nuovi ingressi" anche a breve distanza nello stesso o in altro carcere. Appare concretamente necessario prevedere l'implementazione di sistemi informatici per il mantenimento delle informazioni sanitarie raccolte ad ogni detenzione, che possano tornare immediatamente disponibili ad ogni eventuale nuovo ingresso.
Tutte queste e molte altre esigenze organizzative specifiche per una gestione adeguata dei Servizi Sanitari in favore delle Persone Detenute, sono state recepite solo da poche regioni "virtuose", ma è assolutamente necessario che possano essere diffuse il più possibile a tutto il Sistema Penitenziario Nazionale.
Per raggiungere tali obiettivi, appare necessario:

- Promuovere un modello di co-working per implementare la diagnosi di infezione da HCV tra i detenuti negli Istituti Penitenziari Italiani e per ridurre la percentuale di quelli inconsapevoli di tale infezione,
- Individuare i motivi della mancanza di trattamento e cure tra i pazienti HCV-viremici noti, per i quali sono necessarie consulenza specialistiche e continuo sostegno anche psico-sociale oltre che clinico,
- Attuare tra tutti i pazienti detenuti, la stessa flow-chart clinico-diagnostica

per l'infezione da HCV
- Ampliare l'educazione alla necessità di salute per aumentare l'adesione ai programmi di screening,
- Identificare tutti i pazienti-detenuti HCV-viremici candidabili alla terapia antivirale con DAA
- Stadiarli ed avviarli all'accesso alle cure, con l'inserimento nel Registro AIFA.

CONSIDERAZIONI GENERALI E PROPOSTE

Le medesime considerazioni possono essere riproposte per altri, anche ampi, settori di intervento della sanità penitenziaria, in particolare il disagio/disturbo mentale, la tossicodipendenza, la gestione delle patologie croniche di ambito internistico.

Se dunque è necessario garantire **equità nell'accesso alle cure** a questa parte di popolazione, le cui esigenze sono incrementate dallo stato di detenzione e dalla insita difficoltà di accedere a terapeuti di personale fiducia, diviene fondamentale ridisegnare, in armonia con i sistemi regionali, una rete nazionale di assistenza sanitaria e sociosanitaria pienamente integrata con le singole reti aziendali e regionali. Dovrà evitarsi una erogazione di prestazioni diseguale e disarmonica.

Rimane quindi nodale il problema irrisolto del **personale**. Se recenti proposte provenienti dall'area anche sindacale della medicina generale evidenziano alcune significative positività, ciò che non è affrontato è il modello generale, seppure da ridefinirsi per singola azienda sede di istituto/i penitenziari, cioè la **rete strutturale di questa specifica assistenza territoriale sociosanitaria**.

Quindi chiediamo, nell'ambito delle azioni del prossimo Patto per la Salute una attenzione specifica alla Medicina Penitenziaria:
- **sotto il profilo della organizzazione dei servizi intramurali e della integrazione con le reti aziendali territoriali ed ospedaliere**
- **sotto il profilo della contrattualizzazione del personale, adeguata, incentivata e riferita alle funzioni esercitate**
- **sotto il profilo della formazione**
- **sotto il profilo del rapporto fra Aziende Sanitarie, i Presidi interni agli Istituti Penitenziari e le relative Direzioni**

Analogamente segnaliamo la necessità sempre più cogente di un **Osservatorio Epidemiologico Nazionale** sulle patologie in carcere

Non crediamo necessario riscrivere il DPCM, ma certamente una sua riattualizzazione alle mutate esigenze del sistema ed alla luce dei nodi irrisolti nel decennio diviene necessaria per assicurare ai detenuti – comunque da ritenersi una popolazione fragile nell'ambito delle generali fragilità – un sistema di cure che sia adeguato alle problematiche ma, nel contempo, allo sviluppo dei saperi in ambito sanitario. In collaborazione con la Giustizia ed in diretta collaborazione anche con l'Autorità Giudiziaria.
È imperativo abbattere la tanta medicina difensiva ancora praticata per una medicina proattiva ed efficace, adeguata ai tempi ed alle esigenze, anche mutate *ex lege* quali le conseguenze della chiusura degli OPG.

Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia.

1. FORMAZIONE SPECIFICA IN IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE

La Società scientifica che ho l'onore di presiedere svolge da oltre 60 anni in Italia compiti di promozione dello studio e della ricerca nel campo della Medicina Trasfusionale, per supportare e sostenere l'evoluzione scientifica e la crescita professionale degli operatori del settore, di promozione del miglioramento e dello sviluppo clinico-organizzativo della rete dei Servizi Trasfusionali, al fine di erogare livelli omogenei e qualitativamente uniformi di assistenza sanitaria, nonché di interlocuzione e di supporto tecnico-scientifico alle istituzioni nelle tematiche di pertinenza della disciplina, allo scopo di proporre percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici basati sulle più attuali evidenze scientifiche e di orientare le scelte in tema di politica ed economia sanitaria correlate alla Medicina Trasfusionale.

Una delle principali missioni che la Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia (SIMTI) si è data è quella della costituzione di percorsi di formazione di base ed avanzati finalizzati a rispondere al fabbisogno formativo dei professionisti e al mantenimento e sviluppo delle competenze in Medicina Trasfusionale dei dirigenti (medici e biologi) e del personale del comparto (tecnici e infermieri).

Tali attività si sono rese necessarie in quanto, **in Italia, nel percorso formativo dei medici è del tutto assente una programmazione educativa e didattica inerente alla Medicina Trasfusionale, sia a livello del core curriculum del corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia sia nel percorso post-laurea delle scuole di specializzazione.**

Questa grave carenza ha come conseguenze la totale inesperienza nella di-

sciplina da parte dei medici che accedono alle strutture trasfusionali, che - ricordo - in Italia sono integrate pienamente nella rete ospedaliera pubblica, e anche una ingravescente difficoltà a reperire professionisti in grado di essere inseriti, sia a livello dirigenziale sia apicale, nelle strutture complesse che, organizzate in una rete di oltre 200 Servizi trasfusionali, operano al fine di erogare ai cittadini i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di Medicina Trasfusionale definiti dalla Legge 219 del 2005.
Si consideri che, ogni anno, sono oltre 3 milioni le unità di sangue e di emocomponenti che vengono trasfuse in Italia nei più disparati ambiti della Medicina e della Chirurgia nei quali il supporto trasfusionale svolge un ruolo chiave e insostituibile: si pensi ai trapianti d'organo e di midollo osseo, alla onco-ematologia, alle varie discipline chirurgiche e alla traumatologia.
Si consideri anche che la terapia trasfusionale comporta per il paziente, oltre al beneficio che ne è l'obiettivo, una possibile serie di problematiche, potenzialmente anche assai gravi, inerenti alle complesse reazioni del sistema immunitario indotte dalla interazione tra il prodotto biologico di un donatore, il sangue o l'emocomponente trasfuso, e il sistema immunitario del ricevente; le predette problematiche possono essere prevenute e gestite solo grazie al bagaglio di conoscenze tecnico- scientifiche che costituiscono il patrimonio culturale degli esperti in Medicina Trasfusionale.
La nostra Società Scientifica e i singoli professionisti esperti nella disciplina offrono la loro disponibilità a singole istituzioni universitarie nell'organizzare "master" o, in qualità di esperti, a partecipare a corsi in discipline affini che non sono tuttavia in grado di rispondere al reale fabbisogno educativo e, soprattutto, non costituiscono titolo di accesso e di selezione per i meccanismi concorsuali.
Da tempo abbiamo segnalato tale criticità sottolineando in particolare come già oggi e sempre più nei prossimi anni, permanendo l'attuale situazione di assenza di programmazione educativa e didattica inerente alla Medicina Trasfusionale, si è venuta a creare una **carenza grave di personale medico qualificato nel settore della Medicina Trasfusionale** con rilevante nocumento delle garanzie di sicurezza e qualità delle cure per i cittadini assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale.
Chiedo quindi, a nome di tutto il contesto della Medicina Trasfusionale italiana che la SIMTI rappresenta, che venga affrontato in tempi brevi il tema del

reale inserimento della predetta disciplina nel percorso formativo universitario, mediante l'inclusione della stessa nel core curriculum del corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, e in quello post-universitario, attraverso l'attivazione di un percorso didattico in Medicina Trasfusionale collegato ad una Scuola di Specializzazione che possa soddisfare il fabbisogno educativo dei professionisti deputati a garantire la continuità nella erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di Medicina Trasfusionale.

2. STRUTTURAZIONE DELLA RETE TRASFUSIONALE

Il sistema trasfusionale italiano è caratterizzato da due settori principali di attività, definite come LEA dalla legge 2019 del 2005:

- **attività di produzione e qualificazione biologica del sangue e degli emocomponenti;**
- **attività assistenziali di Medicina Trasfusionale.**

Le attività produttive comprendono, oltre alla raccolta del sangue e degli emocomponenti (incluso il plasma destinato alla lavorazione industriale per la produzione di MPD), la raccolta delle cellule staminali emopoietiche periferiche e del sangue del cordone ombelicale, nonché di altri componenti ematici impiegati per terapie cellulari.

Le attività assistenziali comprendono, fra l'altro, la gestione dell'assegnazione di emocomponenti con tutti gli aspetti di valutazione clinica e di appropriatezza ad esso associati, l'effettuazione di procedure terapeutiche o finalizzate all'alta specialità (terapie infusionali, salasso- terapie, aferesi terapeutiche, raccolte di cellule staminali emopoietiche periferiche, granulociti e linfociti, banking di sangue del cordone ombelicale) e attività, in regime ambulatoriale, con presa in carico di pazienti emopatici e trasfusioni di emocomponenti.

Le predette attività rivestono un ruolo strategico e infungibile, a supporto dei più impegnativi e delicati percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici, da quelli di emergenza e urgenza, al trattamento delle emopatie, alla chirurgia di media e alta specialità e dei trapianti di organi.

Il Sistema trasfusionale garantisce complessivamente l'autosufficienza nazionale per tutti gli emocomponenti labili ad uso clinico (globuli rossi, piastrine, plasma), grazie agli scambi compensativi fra Regioni/Province autonome con produzione eccedentaria pianificata e Regioni/Province autonome carenti. La gestione degli scambi non programmati e in emergenza è stata

resa possibile dall'interazione in rete tra le Strutture Regionali di Coordinamento, unitamente al coordinamento esercitato dal CNS.
Una criticità dell'attuale organizzazione discende dal fatto che, a fronte del principio enunciato dalla medesima legge 2019 del 2005 (art. 11) che *"l'autosufficienza di sangue e derivati costituisce un interesse nazionale sovraregionale e sovraziendale non frazionabile per il cui raggiungimento è richiesto il concorso delle regioni e delle aziende sanitarie"*, **i modelli organizzativi delle singole regioni e aziende sanitarie di fatto subordinano le attività trasfusionali alle dinamiche di eterogenei dipartimenti ospedalieri aventi altre *mission*, e di fatto neppure a livello delle regioni più virtuose si è assistito alla creazione di una vera e propria rete trasfusionale autonoma, analogamente a quanto fatto per altre reti assistenziali**.
Questo limite, seppur discendente dal modello di organizzazione sanitaria regionalistico sviluppatosi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, sta condizionando negativamente il funzionamento della rete trasfusionale, ostacolando la sua funzione di garanzia dell'autosufficienza.
Si richiede quindi, a garanzia dell'erogazione dei LEA di Medicina Trasfusionale, **lo sviluppo a livello nazionale di un modello di Rete Trasfusionale forte, nel quale siano centrali il ruolo e le competenze degli Specialisti in Medicina Trasfusionale, sia nelle strutture operanti negli ospedali, sia nelle strutture di Coordinamento Regionale e Nazionale.**

3. IMPLEMENTAZIONE DEL PATIENT BLOOD MANAGEMENT PBM E DI SISTEMI DI SICUREZZA PER LA PREVENZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI ALLA TRASFUSIONE (ERRORE TRASFUSIONALE ABO).
Il Sistema trasfusionale svolge anche un ruolo determinante nel garantire l'appropriatezza della gestione organizzativa e clinica della risorsa sangue anche basandosi, secondo i più recenti orientamenti internazionali, su una innovativa progettualità multiprofessionale, multidisciplinare e multimodale che si riassume nella definizione anglosassone di ***Patient Blood Management* (PBM).** Il PBM coniuga gli obiettivi di migliorare gli *outcome* dei pazienti e di ridurre la spesa sanitaria, concentrando l'attenzione non già sulla risorsa sangue allogenica ma su quella del paziente stesso. Esso va ben oltre il concetto di uso appropriato degli emocomponenti e dei medicinali plasmaderivati, perché ne previene e ne riduce in modo significativo l'utilizzo, affron-

tando tutti i fattori di rischio trasfusionale modificabili ancor prima che sia necessario prendere in considerazione il ricorso alla terapia trasfusionale stessa.
L'adozione estesa del PBM, che come ricordato si è dimostrato **migliorare gli esiti dei trattamenti chirurgici in termini di riduzione della mortalità e morbilità perioperatoria e nel decorso post-operatorio, è oggi considerata lo standard ottimale di trattamento**, è stata da anni raccomandata dalla nostra Società scientifica e dalle istituzioni (Ministero, Centro nazionale Sangue), ed è ora prescritta dal D.M. 2/11/2015.
Risulta tuttavia ancora eterogenea la sua applicazione nelle diverse aziende sanitarie: pare quindi necessaria **una forte azione promozionale per garantire a tutti i pazienti uguali condizioni si appropriatezza e sicurezza**.
Analogo discorso vale per **l'implementazione di sistemi di sicurezza trasfusionale**, specie quelli oggi disponibili basati su tecnologie informatizzate, volti alla sicura identificazione del paziente al momento del prelievo dei campioni per i test pretrasfusionali ed al momento della trasfusione, al fine di **eliminare del tutto l'occorrenza di incompatibilità ABO** che anche la Raccomandazione n. 5 del Ministero della Salute considera un evento sempre prevenibile in quanto legato ad errore.

Società Italiana della Riproduzione Umana

La SIRU, quale società scientifica accreditata dal Ministero della Salute nell'ambito della infertilità e della procreazione medicalmente assistita (composta da ginecologi, andrologi, biologi/embriologi, genetisti, ostetriche, medici consultoriali, infermieri, psicologi) **intende sottolineare l'importanza e la necessità di inserire e rafforzare nel Nuovo Patto per la Salute i temi della prevenzione della infertilità e della preservazione della salute riproduttiva, integrando il settore materno infantile**
– che è considerato uno degli ambiti prioritari di intervento - con il settore della PMA.
L'aumento della infertilità – causata anche dall'impatto sempre più evidente dell'inquinamento ambientale - insieme a al tardivo accesso alla diagnosi è strettamente legato alla carenza e inefficacia dei sistemi di presa in carico della persona in età adolescenziale e della coppia. Si calcola che il ritardo per una coppia che ha intenzione di avere un figlio sia almeno di 4 anni. L'età delle donne che accedono a cure per l'infertilità è ormai a 37 anni. Tutto ciò ha conseguenze dirette e indirette anche sulla decrescita della natalità che assume ormai a vera e propria emergenza nazionale.
In Italia, non vi sono i percorsi diagnostici e assistenziali (PTDA) in tale ambito. Paradossalmente, mentre si è proceduto nel 2019 a emanare (e poi recepire in molte regioni) il PTDA sull'oncofertilità, nulla è stato fatto per la costruzione, l'integrazione e il potenziamento tra il settore che si occupa di tutela della salute riproduttiva, la procreazione medicalmente assistita (come possibilità di intervento preventivo e di cura) e il percorso materno-infantile.
Allo stesso tempo, la mancata attivazione dei LEA sulla PMA determina forti squilibri regionali che si riflettono sia sull'accesso alle prestazioni sia sulla

reale presa in carico. Secondo l'ultima relazione del Ministro della Salute sulla PMA appena pubblicata, la mobilità in tale ambito è arrivata al 30% (a fronte di un tasso fisiologico dell'8%). A causa della mancata applicazione dei LEA nazionali sussiste tuttora un sistema differente di tariffazione e di definizione delle prestazioni determinando un sistema opaco, non controllabile da parte degli enti regionali e che crea incertezza per i cittadini. Le regioni – soprattutto del SUD - in assenza di LEA e di PTDA non riescono né a investire né a mettere in sinergia strutture e servizi già esistenti né a predisporne di nuovi e più efficaci. La disparità riguardano anche sull'accesso ai farmaci e ai presidi necessari che sono erogati con modalità e regole diverse tra regione e regione. Si avverte sempre di più un'assenza di garanzie e il dubbio che la scelta delle regioni non sia realmente fondata su evidenze scientifiche ma solamente sul risparmio della spesa pubblica, del tutto inefficace e non efficiente se non si pongono le scelte in un progetto ampio, rigoroso e ancorato alla buona medicina. Il riconoscimento dell'autonomia e della responsabilità del medico sono sempre più in discussione da provvedimenti e circolari differenti e contrastanti che limitano di conseguenza le possibilità di una azione sanitaria coerente e rispondente a evidenze scientifiche.
La SIRU ha negli ultimi due anni proceduto su 4 livelli di intervento: attivare la Rete per la fertilità come strumento di informazione e sensibilizzazione sulla infertilità e la salute riproduttiva; predisporre Linee guida specifiche di gestione clinica dell'infertilità (da maggio 2019); attivare la costruzione di PDTA specifici, fondati sulle evidenze scientifiche e le buone pratiche, predisporre una proposta di legge nazionale, aggiornata con le modifiche apportate dalla Corte costituzionale alla Legge 40/2004 e con l'evoluzione del settore, includendo specificamente la parte di prevenzione della salute riproduttiva e della infertilità e di preservazione della fertilità nonché coerente e rispondente alle esigenze dei cittadini.
Occorre tuttavia un impegno istituzionale nazionale importante: **l'inserimento nel Patto della Salute di un PROGETTO SPECIFICO SUL SETTORE che contempli l'attivazione dei LEA, la costruzione di PTDA specifici legati a Linee guida e la omogeneizzazione del settore in tutti i suoi aspetti. Ciò è essenziale per garantire equità di accesso e rispondenza a evidenze scientifiche.**

S.I.Ve.M.P.

Sindacato Italiano Veterinari Medicina Pubblica

Oggi alla partenza della Maratona di audizioni del Ministero sul Patto per la salute il Segretario Nazionale SIVeMP Aldo Grasselli ha esordito così rivolgendosi al Ministro della salute Giulia Grillo:

Prendendo la parola in questo consesso sento che tutto, tranne la sua personale cortesia - gentile Ministro Grillo - è contro di me. Si parla qui del Patto della salute in cui non c'è traccia di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare.

La veterinaria pubblica non ha mai goduto di tanta importanza a livello mondiale come in questi anni di globalizzazione dei commerci e degli scambi di merci e di conseguenza dei rischi per la salute animale e umana.

Suona strano che nel Patto che – tra l'altro - regola le relazioni tra Stato e Regioni non sia stata prevista una riflessione per riequilibrare alcune competenze che le Regioni in cerca di autonomia da sole non possono svolgere e che il Ministero della salute, senza il coordinamento delle Regioni attraverso una pronta e efficiente catena di comando sui servizi veterinari rischia di non poter più fare per garantire salute animale e umana, consumatori imprese e mercati.

Entro il 2025 andrà in pensione il 40% dei veterinari pubblici. Servono veterinari pubblici?

L'importanza e la crucialità della categoria professionale si affermano in modo inconfutabile ma, forse, allo stesso tempo misconosciute per la gran parte delle realtà regionali che hanno esigenze molteplici e sempre prioritarie rispetto alla prevenzione e soprattutto tendono a ritenere decorativa l'attività dei dipartimenti di prevenzione, ha detto il dr. Aldo Grasselli.

La conclusione è che se le Regioni non correranno ai ripari, proprio l'Italia – ponte sul Mediterraneo e patria del food di qualità – potrebbe diventare luogo di diffusione di gravi patologie animali che impatterebbero pesantemente sulla nostra

economia, con il rischio di non poter esportare prodotti agro alimentari per anni. L'efficacia e il riconoscimento internazionale dell'appropriatezza dei servizi veterinari a tutti i livelli di "autorità competente" (Ministero-Regione-ASL) non è solo fondamentale per garantire il "benessere" e la salute animale, è anche fondamentale per gli sbocchi commerciali delle nostre imprese.
In un'ottica "One Health" il ruolo dei servizi veterinari è indispensabile per dare senso alla lotta alla antimicrobico resistenza e alla lotta alle malattie infettive trasmissibili all'uomo (70% sono di origine animale).
Poi, in un'epoca e in uno scacchiere globale che finalmente attribuisce grande valore a vigilanza, presidio delle filiere alimentari e certificazioni, per arrivare alla qualità ambita dai consumatori e premiata dai mercati, sarebbe assurdo non prevedere le necessarie innovazioni di un sistema che viene ritenuto – a ragione – un modello ideale, frutto delle riforme sanitarie italiane (833/78 e 502/92) che ancora danno robustezza al Ssn.
Grasselli ha poi segnalato una patologia l'Afta Epizootica, che è la madre di tutte le malattie animali. La patologia serpeggia nell'Africa del nord e potrebbe affacciarsi sulle nostre coste facendo molti morti (solo animali) ma danni immensi alla nostra economia e al nostro PIL.
"*Segnatevi questo nome: Afta Epizootica. Se nei prossimi anni sarà destrutturata le rete dei servizi veterinari il nostro Paese potrebbe trovarsi senza strumenti per debellare in poco tempo una malattia che colpisce praticamente tutti i grandi animali allevati costringendoci a olocausti e a danni irreparabili per la zootecnia e il suo indotto di filiera, dai foraggi ai trasporti, dal food alla manutenzione del territorio rurale.*
A fronte di tutto ciò è lecito attendersi uno sforzo programmatorio maggiore da parte delle istituzioni nazionali e regionali, centrato proprio sulla risorsa professionale di una medicina veterinaria pubblica in seno al Ministero della salute, la sua formazione e impiego in tutti i gangli dell'organizzazione sanitaria e della produzione agro-zootecnico-alimentare.
L'occasione di questa consultazione pubblica per preparare il prossimo Patto per la Salute non deve essere sprecata Ministro Grillo – ha concluso Grasselli - *i veterinari pubblici oggi le hanno prospettato gli scenari futuri e si aspettano un segnale che indichi un cambio di strategia.*

Sindacato Medici Italiani

Siamo venuti a questa consultazione per la definizione del nuovo Patto per la Salute con la consapevolezza che il personale del sistema sanitario nazionale è necessario per l'appropriatezza dell'erogazione dei Lea così Pina Onotri, Segretario Generale dello SMI, esordisce in una dichiarazione, commentando la presenza del Sindacato Medici Italiani alla consultazione voluta dal Ministro delle Salute per la redazione del nuovo patto per la Salute.
C'è la necessità di misure urgenti per la risoluzione dei problemi emergenziali legati alla carenza di specialisti e medici di medicina generale. La soluzione consiste nell'aumentare il numero di posti disponibili nelle scuole di specializzazione e del corso di formazione in medicina generale; numero di posti che deve essere tarato sul fabbisogno stimato delle professionalità in relazione alla tipologia di popolazione da assistere aggiunge Onotri.
Infatti, attualmente circa il 33% dei medici laureati non può accedere alla specializzazione perché Regioni e Ministeri competenti non offrono posti sufficienti.
Il vincolo economico non può essere più adottato come scusante all'imbuto formativo; in alternativa si può prevedere il pagamento delle borse di studio ai più meritevoli e posizionati prima in graduatoria oppure la possibilità di frequentare la specializzazione in sovrannumero.
Sempre in quest'ambito va ribadito che alcune specialità mediche hanno posti in eccesso rispetto alla reale domanda, mentre altre sono in forte carenza. Un caso emblematico in tutto il Paese è rappresentato dalla medicina d'urgenza che ha una mancanza di medici su tutto il territorio nazionale fa notare la segretaria generale dello SMI.

Vi è, per questo, la necessità di potenziare il 118 e di permettere l'accesso ai posti riservati nella specializzazione di Medicina di Emergenza - Urgenza ai medici convenzionati che, attualmente, già operano nel sistema, per poi arrivare all'inquadramento nel ruolo della dirigenza medica. Nel frattempo sarebbe opportuno che anche per i medici convenzionati nel sistema Emergenza - Urgenza sia previsto un tavolo di contrattazione nazionale nell'ambito della discussione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale.
C'è bisogno di rivedere i contenuti didattici dei corsi di formazione in medicina generale incentivando la costituzione dei dipartimenti misti Università/ medicina generale sul modello della regione Liguria, dando così seguito al documento varato dell'Osservatorio sulla formazione, che può rappresentare un primo passo per una specializzazione in M.G. al fine di superare le sperequazioni economiche e didattiche tra il corso di formazione in M.G. e le scuole di specializzazione.
La carenza di medici di MG è diffusa in tutto il paese. Da nord al sud, nei piccoli centri e anche nelle città. Tale carenza non è risolta dall'attuale sistema di formazione e di reclutamento, basato su corsi regionali che servono al medico per convenzionarsi con il SSN e poi avviare uno studio di medicina generale.
Nel dare piena attuazione ai modelli di riorganizzazione dei servizi territoriali (AFT e Uccp), come parte fondamentale dei sistemi di rete integrata, bisogna prevedere il pieno coinvolgimento dei comuni e degli enti locali con l'obbligo, nell'ambito della coordinazione sociosanitaria, di destinare specifiche voci del bilancio alle reti assistenziali per la presa in carico di soggetti affetti da patologie complesse o pluri patologie.
C'è necessità di valorizzare la medicina generale come supporto ai processi di prevenzione e di educazione sanitaria anche nelle scuole avvalendosi di "salvadanai istituzionali", cioè di progetti obiettivo cofinanziati, in questo caso dal Ministero della Pubblica Istruzione. Infatti, la prevenzione e un'educazione dei cittadini in merito all'adeguata utilizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per contrastare la farmaco – dispersione, produrrebbe un risparmio, che potrebbe essere utilizzato come investimento nella medicina territoriale.
Ulteriori risorse potrebbero derivare dalla riallocazione dei risparmi di una sana gestione territoriale; occorre valutare la riassegnazione della gestione della cronicità ai medici di medicina generale, in rete con la specialistica am-

bulatoriale e con i servizi socio sanitari, evitando la dispersione in progettualità ospedale - centriche anche se virtuali (art. 10 "Ospedale Virtuale Territoriale") o meno come le Case della Salute o la Farmacia dei Servizi.
Per risparmiare bisogna produrre salute e non rincorrere la malattia e per produrre salute occorre prossimità e domiciliarità delle cure, con processi organizzativi snelli e facilmente esportabili, applicabili su tutto il territorio nazionale, evitando così la privatizzazione del Sistema Sanitario.
In tal senso ci battiamo per l'attuazione dell'assistenza H 24 con il ruolo unico, che deve essere declinata come accesso unico e tempo pieno per tutti coloro che lavorano con il sistema sanitario nazionale; ciò comporta che, a parità di prestazioni, anche le retribuzioni devono essere uniformate. Da questo quadro lo SMI sostiene la necessità di uniformare tutte le aree contrattuali, in termini di tutele e garanzie, nell'ambito degli ACN per la MG. Non si può più prescindere, se si vuole evitare il collasso del sistema pubblico, dall'assumere personale medico portando a target le piante organiche.
La giusta retribuzione dei medici, secondo standard europei, è l'altra condizione per evitare la grande fuga di professionisti dal SSN. Quanto oggi destinato alle detrazioni fiscali per le polizze sanitarie integrative e per il welfare aziendale dovrebbe, in parte, essere recuperato e destinato all'implementazione di servizi e personale, nonché alle retribuzioni.
Per concludere, la redazione del nuovo Patto per la Salute deve prevedere: implementazione dei fondi regionali per la piena attuazione della Legge Balduzzi in relazione alla relazione dei PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) nelle UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie), al fine di migliorare la qualità delle cure, dei servizi erogati e per l'efficientamento dei costi. Tale finanziamento non deve essere residuale ma specifico per singole regioni che devono reinvestire quanto risparmiato dai tagli dei posti letto e soppressione dei piccoli ospedali.
Occorre fare un gioco di squadra a tutti i livelli istituzionali e definire anche con atti legislativi il coinvolgimento di altri ministeri ognuno per la propria peculiarità e specificità, come Istruzione, Economia e Finanze, Sviluppo Economico, Lavoro e politiche Sociali per potenziare il FSN (Fondo Sanitario Nazionale) conclude Onotri.

Il Sumai, che rappresenta la stragrande maggioranza degli specialisti ambulatoriali interni, medici, veterinari e professionisti (biologi, chimici, psicologi) che operano nei poliambulatori territoriali e ospedalieri, universitari, nelle strutture intermedie, nelle case della salute, nei DSM, nei SERD, nei dipartimenti di prevenzione nonché a domicilio del paziente, presso i luoghi di detenzione e nelle strutture a diretta gestione del Ministero della Salute SASN (porti ed aeroporti), già antecedentemente alla legge Balduzzi, 189/2012, aveva espresso la propria adesione alle nuove forme organizzative territoriali, le AFT e le UCCP.

L'occasione di questo incontro/maratona per il nuovo Patto della Salute avviene a pochi giorni della sottoscrizione del nuovo ACN che rimarca la strada già intrapresa, che inserisce la specialistica in un quadro di riferimento nazionale affrontando alcuni temi di rilevanza sanitaria che attengono in particolare alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza, Prevenzione e Controllo della resistenza antimicrobica), pur lasciando spazio alla programmazione regionale per le esigenze assistenziali del proprio territorio. Tali opportunità fanno della specialistica un partner duttile, per lo svolgimento delle tante funzioni, e affidabile, per il quadro normativo a cui fa riferimento l'ACN.

Tuttavia dobbiamo rilevare alcune criticità già evidenziate in precedenti documenti.

Innanzitutto **il blocco del turnover**, che avviene in maniera immotivata in molte regioni, e che ha di fatto **depauperato il territorio di circa 1/3 delle ore**

di specialistica ambulatoriale, arricchendo di qualificate presenze specialistiche l'ospedale ma alimentando sul territorio l'ulteriore allungamento delle già lunghe liste di attesa e l'accesso improprio ai Pronto Soccorso. Per riequilibrare la situazione e recuperare l'attività specialistica territoriale bisogna apporre i giusti correttivi: quindi **reintegrazione delle risorse economiche distratte dal territorio e stornate verso l'ospedale, mantenimento del finanziamento senza depauperare il territorio di ore di specialistica ambulatoriale e applicazione di quanto previsto dagli obiettivi prioritari sopra citati**.
Sulla componente specialistica convenzionata, sempre più ridotta di numero, si scarica una **eccessiva attività burocratica** che **compromette così il tempo clinico** che il personale specialistico, sempre più spesso lasciato da solo durante la propria attività, dedica al proprio lavoro a discapito principalmente della comunicazione con il paziente. Come tutto questo si potrà combinare con quanto previsto dalla legge 24 del 2017 (Gelli-Bianco) sulla responsabilità professionale e come sarà possibile applicare le linee guida e le buone pratiche che raccomandano, il giusto tempo di cura e di comunicazione?

La proposta, da parte di alcune Regioni, di imporre l'applicazione di tempari prestazionali, riducendo ulteriormente il tempo di visita, conferma come vi sia un'insufficiente offerta specialistica. La riduzione dei tempi di esecuzione di una visita specialistica, mantenendo contemporaneamente la riduzione dell'offerta di ore di specialistica, fa intravedere anche la **volontà di ridurre la erogazione diretta di prestazioni da parte delle Aziende Sanitarie, prevedendone, in alternativa, l'acquisto presso gruppi privati**. È d'uso comune la mancata riassegnazione delle ore di specialistica ambulatoriale, resesi disponibili con l'andata in quiescenza degli specialisti titolari, agli aventi diritto e ai medici da tempo in graduatoria, ore queste che essendo già finanziate e in bilancio andrebbero utilizzate invece che sostituite con l'acquisto all'esterno di prestazioni specialistiche a maggior costo e a minore garanzia in quanto non erogate con certezza da professionisti con titolo di specializzazione e formazione continua certificata in quanto soggetti a scopo di lucro.

Le soluzioni che noi proponiamo sono: **ridurre i costi improduttivi, attrezzare in maniera adeguata il territorio** (strutture, strumentazioni e personale tec-

nico e infermieristico), **attuare la presa in carico del paziente cronico come pure dell'urgenza a bassa priorità** (codici bianchi o 4/5 secondo le nuove definizioni), **modificare l'utilizzo di eventuali risorse economiche per le liste di attesa** in particolare attraverso la **ripresa regolare del turnover, con l'incremento di ore (fino ad arrivare al massimale) per gli specialisti ed i professionisti che già operano nelle varie strutture e, nel contempo, facilitare l'accesso di nuovi specialisti che vedono ancora oggi nella nostra convenzione uno sbocco serio e qualificato, e sicuramente preferenziale, alla necessità di recarsi all'estero per trovare lavoro.**

SUNAS- Sindacato Unitario Nazionale Assistenti Sociali

Il SUNAS è impegnato a coniugare le istanze dei professionisti assistenti sociali con quelle dei cittadini e della comunità. In quest'ottica riteniamo che la valorizzazione delle professioni che operano nella sanità, incluse quelle sociali è una condizione necessaria per poter garantire il diritto alla salute a tutti i cittadini attraverso servizi sanitari e socio-sanitari efficaci ed efficienti, fondati sull'appropriatezza e sulla qualità delle risorse umane e strumentali e degli interventi. Occorre migliorare le condizioni degli operatori soprattutto in termini di carichi di lavoro, di sicurezza e di prevenzione dalle aggressioni, riconoscendo adeguate incentivazioni in funzione delle responsabilità e dell'effettivo merito, ponendo maggiore attenzione alla formazione ed in particolare alla formazione continua, definendo con chiarezza le competenze, incluse quelle avanzate e specialistiche, i percorsi di inquadramento e le responsabilità delle varie figure professionali. È necessario, poi, affrontare alcune criticità, quali la cronica carenza organica delle strutture sanitarie, il forte incremento del precariato e le esternalizzazioni eccessive, le false partite iva, una spending review realizzata fino ad ora con tagli orizzontali e indifferenziati, piuttosto che tramite una efficace riqualificazione della spesa, a discapito dei servizi resi e dell'occupazione, la forte corruzione e gli enormi sprechi uniti alla stretta influenza politica nella scelta dei manager della Sanità. C'è poi un'esigenza di definire e attuare adeguati ed innovativi modelli organizzativi. Per quanto riguarda il Servizio Sociale Professionale (SSP), riteniamo che per dare completa attuazione all'organizzazione dei servizi territoriali, come previsto dalla L. n. **189/12** e per dare organicità funzionale alla prevista "**integrazione con il sociale**" ed al conseguente "**sociale a ri-**

levanza sanitaria", in attuazione anche di quanto previsto dalla L. n. **251/00** – come modificato dall'art. 2-sexies della L. n. **138/04** e dall'art. 1-*octies* della L. n. **27/06** –, all'interno delle Aziende sanitarie debba essere prevista un'area autonoma del SSP, dotata di una propria struttura organizzativa e funzionale, diretta da un professionista *appartenente al servizio sociale professionale e individuato attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati,* così come espressamente previsto dalla L. 251/00 sopra richiamata, *al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse* umane e professionali e per realizzare gli obiettivi del Piano sanitario regionale e della pianificazione strategica aziendale. Il SSP: assicura l'efficacia e l'efficienza degli interventi, relativamente alla presa in carico globale della persona, al fine di incidere in modo significativo sul benessere del singolo e dell'intera comunità; consente di realizzare un modello di intervento basato su un concetto multidimensionale ed integrato di salute; ha il compito di mettere in rete tutte le risorse presenti sul territorio, al fine di garantire interventi integrati e sinergici, svolgendo un ruolo di regia dei processi in ambito sanitario e socio sanitario, promuovendo strategie di razionalizzazione degli interventi e di integrazione fra il sistema sanitario e quello sociale, in un'ottica di raccordo, anche con gli organismi del terzo settore e del volontariato, in conformità agli obiettivi di integrazione tra ospedale e territorio stabiliti dal Patto per la Salute e dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria, nazionale, regionale ed aziendale.

Le argomentazioni che seguono sostengono la proposta di aumentare di un ordine di grandezza le disponibilità per il comparto sociosanitario ad elevata integrazione, seguendo l'esempio di altri Paesi della UE, che da molti anni hanno destinato o che stanno per destinare il ricavato di una-due giornate di lavoro a questo scopo.

Ricordo che il Baby Boom è avvenuto negli anni del dopoguerra, dal 1945 al 1963, dopo di che il calo drammatico delle nascite ha portato a dimezzare il numero dei nati in Italia in pochi anni. Contemporaneamente è iniziato l'enorme aumento dell'attesa di vita, dell'ordine di due-tre mesi l'anno per entrambi i generi, trasformando la piramide della popolazione in un'anfora a pancia larga e base stretta, ben lontana dalla figura del rettangolo che darebbe una stabilizzazione del rapporto fra lavoratori attivi, pensionati e minorenni non ancora inseriti nella produzione e nella capacità contributiva.

Le migliorate condizioni sociali e l'aumento dell'efficacia delle cure sanitarie ha determinato questo grande progresso, contrastando la selezione naturale che elimina le persone più deboli, ma non si deve dimenticare che le nuove cure salvano vite, ma in alcuni casi aumentano gli anni di vita in buona salute e in altri casi quelli in cattiva salute, che esigono continue cure. Sia per la terza e quarta età, sia per l'infanzia si assiste al paradosso che le cure più efficaci, generalmente più costose delle precedenti, aumentano la platea di coloro che ne hanno bisogno e per più tempo (incidenza e prevalenza). I costi delle presa in carico crescono a grande velocità, e così deve essere se la società ritiene che sia un vanto aumentare il livello di dignità della persona fragile e malata. Le risorse necessarie finora sono prevalentemente umane, in attesa che i robot possano sostituirle in parte maggiore.

La disabilità dei bambini, in particolare quella grave mentale, che aumenta anno dopo anno, sono provocate da cause sociali, come l'aumento dell'età sia della donna sia quella dell'uomo (vedasi i casi di autismi) al momento della procreazione, e dal miglioramento delle potenzialità sanitarie, in grado di iniziare e condurre a termine gravidanze un tempo impossibili e di salvare neonati di peso inferiore a mezzo chilo, in parte senza disabilità e in parte con disabilità. Anche la procreazione assistita aumenta l'incidenza della disabilità. Spesso la natura si vendica su chi cerca di forzarla.
L'innovazione e in particolare l'automazione nel settore sanitario e ancor più in quello sociosanitario procedono lentamente (il Giappone, che condivide con noi il massimo della popolazione anziana, è all'avanguardia in questi studi) e perciò siamo ancora molto lontani da quanto avviene nella produzione degli altri beni e servizi di consumo, che dall'invenzione della catena di montaggio in poi hanno ridotto sempre più il bisogno di risorse umane, provocando disoccupazione. La soluzione che appare evidente è il riconoscimento ufficiale del lavoro del care giver, piuttosto che l'allungamento dell'età pensionabile della donna sandwich adottato da noi. Non basta l'incentivo della medaglietta al merito, tanto è che accanto a questo riconoscimento si è messo in atto un vero e proprio meccanismo di costrizione, per cui la traduzione del termine inglese non deve più essere prestatore volontario di cure, bensì quella di prestatore coatto di cure.

Porto alcuni casi successi nelle nostre due città più vecchie.
Anziana con Alzheimer, ictus invalidante, infetta da Klebsiella antibiotico-resistente contratta in precedente operazione eseguita quoad vitam. BINA altissimo e ISEE personale bassissimo. L'ospedale la trasferisce alla lungodegenza e da qui in una CRA dell'ASP. Dopo un mese scatta il pagamento parziale (51 Euro al dì, che sono meno della metà prevista dai LEA, ma si limita la durata a un mese, che invece non è prevista dai LEA). I familiari pagano ma non si fermano i tentativi opprimenti e minacciosi di mandarla a casa, cercando di obbligare le figlie a diventare care giver. Dopo miei incontri-scontri avuti con i funzionari dell'USL e del Comune, la donna è finalmente morta, togliendo il disturbo. Questo il motivo del fiorire delle case famiglia, che sono incontrollabili per la loro diffusione capillare e che devono fornire una minore assistenza per contenere i prezzi.

Ragazzo diciannovenne con grave autismo ma ad alto funzionamento dell'intelligenza. Nessuna residenza in Regione riesce a tenerlo e viene palleggiato fra SPDC e casa, dove c'è soltanto la madre, che si è rovinata per lui. La mancanza nei LEA (che pure dedicano l'art.60 all'autismo) di un adeguato riconoscimento delle tariffe degli interventi indicati nella Linea guida n.21 dell'ISS e nei LEA è una delle cause della mancanza di cure adeguate ed appropriate e rende lettera morta le indicazioni delle Linee di indirizzo del 2012 e del 2018 sull'autismo. Si propone pertanto:

1) QUANTIFICAZIONE OGGETTIVA DEI LEA : nuovi parametri urgenti di tipo quantitativo che misurino ad esempio ore di intervento reale psicoeducativo sui disabili con autismo, indipendentemente dalla età (oggi si misurano solo i posti letto e i semiresidenziali e residenziali)
2) QUANTIFICAZIONE OGGETTIVA DELL'INVESTIMENTO MEDICO (Npia e psichiatria innanzitutto) nei Centri Pubblici per Autismo : nuovi parametri urgenti di tipo quantitativo che misurino ad esempio il numero di equipe multidisciplinari senza soluzione di continuità tra minori e maggiori di età, dedicate per l'autismo , sulla Rete Territoriale della NPIA e Salute Mentale collegata alla RETE OSPEDALIERA, per una reale presa in carico sanitaria di tutta la salute degli autistici;
3) istituzione di una nuovo Albo Sanitario pubblico e riconosciuto relativo alla abilitazione comportamentale e cognitiva degli autistici.

Ragazzino tredicenne intelligente con ADHD, disturbo dell'umore e provocatorio, escluso fin dai sette anni di età da molte scuole pubbliche con l'espediente dell'educazione parentale "accettata" obbligatoriamente dalla madre sola. Il minore non viene trattenuto in ospedale specializzato dove lo aveva portato la madre durante una crisi perché l'ospedale non può trattenere nessuno, non avendo neppure il portiere che controlla le uscite dei minori. La seconda volta che è successo c'erano 9 sanitari attorno a lui ma lo hanno lasciato uscire limitandosi a chiamare la Polizia quando ormai se ne era andato. Nel Veneto esistono pochissime residenze "chiuse" per minori e tantissime richieste di ricovero che restano in lunghe file di attesa. Hanno accolto il minore per due settimane, durante le quali era molto migliorato, ma poi hanno dovuto mandarlo a casa per rispettare la precedenza di un minore lì residente nella Regione. Anche la Toscana e la Provincia di Bolzano limitano l'afflusso di residenti fuori del loro territorio. Il nostro S.S. Nazionale diventa sempre

più regionale. Dobbiamo favorire l'assistenza a domicilio, ma in un quadro di valutazione precisa dei bisogni e del costo monetario ed anche umano della stessa. Se il sistema deve recare benessere (welfare) si deve prendere atto che l'assistenza diretta ad un familiare può essere gratificante ma anche, in diversi casi, estremamente penosa per l'assistente e/o per l'assistito. Il malato può non avere piacere di mostrarsi ai familiari in una situazione degradata. Il familiare può andare in depressione e avvilirsi quando vede un proprio caro modificare in peggio la propria personalità fino ad arrivare a "non essere più lui". La nostra famiglia è, fra tutte quelle di Paesi simili per sviluppo, quella che "tiene di più" e nella maggior parte dei casi la donna italiana si fa carico dei familiari con problemi. Il senso di colpa dell'abbandono è diffusissimo e contiamo molte persone che continuano ad assistere mentre dovrebbero essere assistiti loro stessi.

I LEA del 2017, che ribadiscono ed ampliano i diritti dei precedenti LEA del 2001, non vengono rispettati. Esempio di questo la delibera sulle RSA (qui rinominate CRA) del 2017 della CTSS di Bologna, poi ripresa testualmente dall'ASL Bologna, con ricorso al TAR delle nostre associazioni, ancora pendente a distanza di due anni, nel nostro Stato di diritto. Le condizioni economiche (ISEE residenziale) e familiari incidono in modo talmente pesante che l'indicatore di gravità BINA sociale, elevato da 230 a 500 per ridurre le file d'attesa lunghissime, ne viene surclassato. Inoltre le assistenti sociali hanno il potere di fare entrare persone con BINA compreso fra 400 e 500 per emergenze sociosanitarie. In questa situazione l'aspetto economico viene illegittimamente usato per limitare l'accesso alle cure e non soltanto, come sarebbe legittimo, per calcolare la quota di compartecipazione. Nella realtà, dato il breve intervallo fra il raggiungimento dei 500 punti BINA e la morte, vengono così esclusi per sempre dal servizio coloro che hanno maggiormente contribuito a pagarne i costi, coi contributi prima e le imposte dopo. Nel 2019 la CTSS, rendendosi finalmente conto dopo ben due anni di sperimentazione di quanto da noi denunciato nel 2017, ha alleggerito il punteggio socioeconomico, ma purtroppo il principio illegittimo che condiziona all'ISEE l'accesso al servizio, è rimasto.

I pazienti ipoacusici sono circa 7 milioni in Italia, e le risorse umane degli specialisti audioprotesisti non mancherebbero per soddisfare la domanda relativa. Tuttavia la domanda effettiva di audioprotesizzazione, nonostante

il nostro Paese abbia una popolazione più anziana, e quindi con maggiore frequenza di presbiacusia, è molto inferiore a quella di altri Paesi vicini e la capacità dell'offerta resta in parte non utilizzata. inferiore a quella che sarebbe necessaria. I motivi sono prevalentemente culturali perché molti concittadini non vogliono ammettere la sordità, considerata uno stigma sociale. A differenza di altri comparti sanitari, dove mancano operatori e si creano file di attesa, qui si assiste ad una parziale inoccupazione di specialisti audioprotesisti. La soglia di sordità elevata imposta dai nuovi LEA per garantire l'intervento pubblico del SSN favorisce questa situazione. In un quadro simile si inserisce una mancata attuazione delle norme dei LEA favorevoli alle persone che necessitano delle audioprotesi digitali, che ormai da molti anni non possono classificarsi come novità. La motivazione ufficiale del ritardo di oltre due anni è la difficoltà di attuare le gare, bloccando il sistema già consolidato delle tariffe. C'è da temere invece che la mancanza di fondi sia la vera causa del ritardo. Se il Parlamento e la CONSIP ritengono che le gare non si adattino a questo tipo di interventi, vi sono motivi per ritornare al precedente sistema anche per le audioprotesi digitali e sbloccare questa situazione che danneggia le persone, costringendole a pagare di tasca propria per avere le protesi appropriate.
Si deve inoltre considerare che il grado di soddisfazione degli utenti registrato nel precedente sistema era elevato, anche perché si consentiva una possibilità di scelta dell'audioprotesista e della audioprotesi, che un sistema di gare rischia di rovinare.

Sempre in merito alla mancata osservanza dei LEA per le condizioni di malattia e disabilità si aggiunge la recentissima delibera della CTSS Conferenza Territoriale SocioSanitaria di Bologna città metropolitana e della sua ripresa da parte dell'AUSL di Bologna, sui criteri di accesso alle CRA (che sono le RSA rinominate)
Da quanto descritto a voce dall'Assessore e dai funzionari in recenti convegni sembra che dopo due anni di «sperimentazione», che ha recato gravi danni a diverse centinaia di persone privandole del diritto all'accesso alle CRA (non più esigibile semplicemente perchè nel frattempo la grande maggioranza di loro sono morte) la CTSS e l'AUSL si siano rese conto dell'enormità della bestialità commessa, subito denunciata nel 2017 dalle nostre associazioni nel

ricorso al TAR (che resta sempre in attesa di giudizio da parte di un'inerte Magistratura) dando un peso enorme alle condizioni sociali ed economiche della persona interessata e dei suoi familiari anche non conviventi. Perciò questa correzione riduce drasticamente il peso dato nella prima delibera.
Resta tuttavia la lesione del principio irrinunciabile secondo il quale le prestazioni previste nei LEA sono universali e il loro accesso non deve essere condizionato dalle condizioni sociali ed economiche, che possono soltanto essere utilizzate ai fini di determinare eventuali compartecipazioni alla spesa.
Quanto all'altra parte della delibera contestata riferita alla disposizione del trasferimento dalle Residenze per disabili alle CRA al compimento dell'età di 65 anni, sembra che si stia applicando l'interpretazione che l'Assessore ha dato, adeguandosi alle nostre richieste formulate nel ricorso al TAR. Il compimento di un'età non deve essere il criterio per una deportazione, così come giustamente prescrive anche la Regione ER. Nel frattempo diverse persone con disabilità che non hanno familiari disponibili a pagare la differenza (2000-3000 euro al mese) sono state trasferite e restano dove sono, perdendo la qualità di vita alla quale avrebbero diritto.
Il Tribunale della Salute continuerà a battersi perché i LEA vengano applicati subito in tutto il Paese, e constata che neppure un fondo per la non autosufficienza di circa mezzo miliardo, quasi interamente pagata con la contribuzione regionale, non è sufficiente per una popolazione di cinque milioni di abitanti come quella dell'ER. Occorre pertanto che il FNA nazionale decuplichi le attuali risorse, anche mediante le giornate lavorative in più dedicate allo scopo, come insegnano altri Paesi.

“Per rilancio Ssn sblocco del turnover, equiparare Sanità Pubblica e Privata”

Presso il Ministero della Salute, ha preso il via, oggi 8 luglio, e continuerà il 9 e 10 luglio, la “Maratona Patto per la Salute” alla quale ha partecipato anche l’UGL Sanità.
“Nella presentazione della ‘Maratona Patto per la SalutÈ due slide hanno particolarmente colpito la nostra attenzione: ‘Tutti voi siete i pilastri della SalutÈ e ‘bisogna sapere ascoltarÈ. Preso atto di tale importante attestato di fiducia da parte del Ministero e sulla base della situazione attuale del SS, indichiamo quali sono, secondo noi, le criticità e le priorità da adottare per il rilancio del nostro comparto. Prima di tutto, per rilanciare il SSN, occorrono lo sblocco del turnover e l’equiparazione Sanità pubblica e privata, ponendo attenzione agli effetti di quota 100”. Sono le parole congiunte del segretario nazionale Ugl Sanità, Gianluca Giuliano, e del dirigente nazionale Ugl Sanità, Gianluca Gaeta.
“La Sanità italiana, nonostante le moltissime eccellenze, sia in campo medico scientifico sia in ambito di assistenza diretta, non riesce a fornire prestazioni adeguate alle reali necessità dei cittadini. L’UGL Sanità si è già espressa positivamente sugli aumenti dei fondi destinati all’edilizia sanitaria e a quelli destinati agli abbattimenti delle liste di attesa. Ora è tempo però per il governo di affrontare la vera questione insoluta della Sanità partendo dallo sblocco del turn over e rinunciando al dannoso e fallimentare sistema dell’outsourcing”. “Un’attenzione particolare va posta anche sui possibili effetti di ‘quota 100’. Alla fine del 2018 circa 140.000 operatori sanitari dipendenti del SSN

hanno raggiunto i requisiti per la pensione anticipata. Si tratta del 7.72% di tutti gli operatori della sanità del SSN. In un colpo solo, un perdita superiore a quella che il SSN ha subito tra il 2009 e il 2016. Questo è certamente un dato significativo, sulla base del quale bisogna pianificare in modo oculato i futuri piani di integrazione del personale".
"Secondo la nostra visione, è assolutamente doveroso equiparare i contratti della sanità pubblica e di quella privata, anche attraverso il rinnovo del CCNL della Sanità privata fermo da 12 anni, in modo da scongiurare definitivamente il rischio di ritrovarsi con lavoratori di serie a e lavoratori di serie b. Solo così riusciremo a ridare dignità e credibilità a tutta la sanità e ai suoi lavoratori".

Da una recente analisi si stima che dal 2010 al 2019 siano stati sottratti al Sistema Sanitario Nazionale circa 37 miliardi di euro attraverso un definanziamento rispetto al rapporto con il PIL. Questa operazione criminogena, protrattasi lentamente ma costantemente, è iniziata negli anni Novanta sotto la spinta dei tagli e delle privatizzazioni nella Sanità per rientrare nei parametri del trattato di Maastricht e del Patto di Stabilità.

Dalle corsie dei reparti di Ospedale, ai Pronto Soccorso, ai servizi territoriali e alle strutture per la cronicità i gridi di allarme si sono levati sempre più spesso. Medici, infermieri, oss e tutto il restante personale che lavora quotidianamente sul territorio italiano hanno dovuto fronteggiare richieste di assistenza e cura sempre più pressanti, calcolando l'oramai risaputo invecchiamento della popolazione. A supporto si sono sommati blocchi delle assunzioni e del relativo turn over, l'età che avanza degli stessi lavoratori, stipendi rimasti al palo, aumento dei carichi di lavoro, stress lavoro correlato e la continua minaccia di denunce e aggressioni.
Un quadro ben conosciuto per chi lavora nel SSN e ne conosce le problematiche. I cittadini purtroppo devono farsi carico del fardello più pesante, non degno di un paese che si considera civile. Quello delle liste di attesa infinite, del miraggio di un posto letto in ospedale, della sofferenza che si prova a passare giorni su una barella di un Pronto Soccorso, della scarsa qualità dell'assistenza percepita a causa delle dotazioni organiche ai minimi assistenziali. Gli operatori sanitari sono stremati, costretti a straordinari per garantire la continuità assistenziale, sotto una pressione continua che non fa bene né a chi costituzionalmente pretende il diritto alla salute né a chi ha il dovere di assicurarlo.

Come stabilisce il Decreto del Ministero della Salute 70/2015 si è proceduto in questi anni ad una riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Purtroppo tale efficientamento ha prodotto, tra le tante criticità, anche una disomogeneità nel tasso medio dei posti letto per mille abitanti negli ospedali in Italia, dati del Ministero della Salute 2013-2016. Esempio il Friuli che ha 5,02 posti letto ogni 1000 abitanti. All'estremo opposto c'è la Calabria che ha appena 1,95 posti letto ogni mille abitanti.
Alla riduzione dei posti letto si deve aggiungere una disparità presente negli ospedali italiani riguardo il rapporto infermiere-paziente, dato che risulta più eclatante se si vuole spostare lo sguardo in ambito europeo.

Su questo punto è utile a nostro parere portare l'attenzione sugli esiti di uno studio (denominato RN4CAST, da Registered Nurses Forecasting) sostenuto dal Settimo programma quadro dell'Unione europea e dall'Istituto nazionale di ricerca infermieristica (Ninr) del National Institutes of Health britannico, pubblicato dalla rivista Lancet. Il risultato è inequivocabile: quando il rapporto tra staff di assistenza e pazienti ricoverati è superiore a 1:6 (o 7) aumentano gli esiti negativi e le cure infermieristiche non erogate. Un aumento dei carichi di lavoro degli infermieri ospedalieri per ciascun paziente aumenta la probabilità di morte in ospedale del 7 per cento. Laddove gli infermieri devono occuparsi di un minor numero di pazienti e dove il loro livello formativo è più elevato si riduce significativamente il numero delle persone che muoiono durante il ricovero. Questa importante evidenza si scontra nella realtà quotidiana di rapporti infermieri/pazienti di anche 1:30.
A nostro avviso il tema del rapporto numerico certo Infermiere/paziente dovrebbe essere inserito in una normativa nazionale, al riparo da interpretazioni o da altro, per orientare il Governo nazionale e di pari passo le Regioni verso l'acquisizione di risorse umane nei servizi sanitari, con la finalità di adeguare le equipe di assistenza agli standard ottimali, per garantire qualità delle cure e sicurezza dei cittadini assistiti.
Di pari passo con la volontà politica va la necessità di una programmazione più stringente in Sanità e l'impegno di non diminuire un euro al Fondo Sa-

nitario Nazionale senza taglio del finanziamento in caso di peggioramento del quadro macroeconomico. Apprezzabili risultano essere le parole espresse dal Ministro della Salute Giulia Grillo a difesa del finanziamento del Fondo in questione.

In conclusione, riteniamo necessario che si inizi un massiccio piano di assunzioni su tutto il territorio italiano, rivalorizzando nel frattempo anche l'istituto della mobilità, tale da garantire tutela e sicurezza del personale ed erogazione adeguata dei servizi ai cittadini. Con regole e parametri certi riguardo ai rapporti infermieri/pazienti, con un adeguato supporto del personale ausiliario, così da mettere da parte una volta per tutte decreti regionali inadeguati o vecchie normative che permettono sempre e solo il minimo assistenziale. Bisogna ridare dignità e risorse alla Sanità universalistica, ai suoi Lavoratori, ai pazienti, ad una popolazione sempre più anziana prima che faccia breccia la convinzione che assicurarsi per la Salute sia indispensabile e conveniente.

UNaFTiSP
ASSOCIAZIONE SINDACALE

UNIONE NAZIONALE FARMACISTI TITOLARI DI SOLA PARAFARMACIA

L'iniziativa di questa "Maratona Patto per la Salute" è senz'altro un fatto rilevantissimo per la sanità italiana e per la tutela della salute dei cittadini, del quale è doveroso ringraziarla. Per le nostre organizzazioni sarebbe stato importantissimo, oltre che un onore, poter contribuire a questo confronto esponendo la situazione in cui versano i farmacisti indipendenti titolari di sola parafaramacia. Ma è proprio la gravità di questa situazione che ci impedisce di essere presenti ai lavori: per noi avrebbe significato dover chiudere i nostri esercizi, con le immaginabili conseguenze economiche.
Oggi, infatti, le parafarmacie che non appartengono a società o a titolari di farmacie o di altre attività, vivono una fortissima crisi, sulla quale incombe anche l'inasprirsi della concorrenza che si realizzerà con l'arrivo delle grandi società di capitali nella distribuzione del farmaco.
Del resto, in una congiuntura in cui le stesse farmacie sono sempre più spesso costrette al fallimento, per le parafarmacie senza capitali alle spalle la situazione e le prospettive non possono che essere peggiori e difatti si assiste a un numero sempre maggiore numero di chiusure degli esercizi, con gravi conseguenze per l'occupazione, che determinano una vera e propria emergenza sindacale.
Siamo certi, Ministra, che questo quadro le è presente e siamo fiduciosi che vorrà considerare soluzioni e provvedimenti che possano far uscire i titolari di sola parafarmacia da una crisi che non può essere sanata con ulteriori liberalizzazioni che, anzi, andrebbero ad aumentare il peso di soggetti economici estranei allo spirito che ha retto sin dalla sua nascita il Servizio Sanitario Nazionale universalistico e solidale.

MARATONA PATTO SALUTE

Quotidiano Sanità edizioni

COLLANA
MEDICINA
E SOCIETÀ