



Conclusione del percorso

# 10 QUESTIONI DI POLICY STRATEGICA

una piattaforma politica per sanità e welfare in Lombardia

**Giovedì 19 Maggio**

**Ore 19:00 Aperì-cena:**

- Accoglienza dei partecipanti e convivialità

**Ore 20:00 Apertura e introduzione:**

- Michele Orlando, Segretario Provinciale PD Brescia
- Paolo Pagani, Dipartimenti Sanità e Welfare
- Mario Barboni, Coordinatore Dipartimenti Welfare della Lombardia

**Ore 20:30 Sintesi del percorso effettuato:**

- Marianna Dossena, Dipartimenti Sanità e Welfare

**Ore 21:00 Dieci questioni: valutazione dei risultati e confronto con i partecipanti:**

- Francesco Longo, Direttore CERGAS Università Bocconi

**Ore 22:00 Conclusioni politiche:**

- Sara Valmaggi, Vicepresidente Consiglio Regione Lombardia
- Gianantonio Girelli, Consigliere Regionale
- Luca Gaffuri Consigliere regionale
- Guido Galperti, Parlamentare

Saranno presenti e porteranno il proprio contributo i rappresentanti politici bresciani, i parlamentari, i consiglieri regionali e i forum salute e welfare della Lombardia

l'incontro si terrà  
presso il  
**Distaccamento LABA,**  
Via privata De Vitalis, 1  
Brescia



Dipartimenti salute e welfare



## Questione n° 1

---

### **QUAL'E' LA MISSIONE DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO LOMBARDO?**

- Curare i cittadini lombardi?
- Curare i cittadini lombardi ed essere un grande attrattore di pazienti fuori regione (come si regola la competizione/solidarietà con le altre regioni)?
- Curare i cittadini lombardi ed essere un grande attrattore di pazienti fuori regione e europei assicurati dalle loro assicurazioni sociali?
- Curare i cittadini lombardi ed essere un grande attrattore di pazienti fuori regione e internazionali a pagamento?

## Il contesto

### Mobilità attiva e passiva da/verso Lombardia, secondo i dati economici (in milioni di euro) relativi all'anno 2013

*(Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria)*

**Attiva**  
**819**

**Passiva**  
**322**

**Saldo**  
**497**

**Eccessivo! Problema di equità nazionale e vantaggio per alcune regioni. Significa non porsi il problema delle minori risorse che restano al sud e della solidarietà nazionale**

80% ospedaliera; 10% Specialistica ambulatoriale; 5% farmaceutica; 5% altro

### I saldi positivi di altre regioni:

**Emilia Romagna**      **+ 335**

**Toscana**              **+ 140**

**Veneto**                **+ 86**

# Le risposte: organizzazione del SSN



Fornire risposta ai problemi di salute vicino ai luoghi di vita dei cittadini

Disegnare un vero SSN organico secondo il principio di solidarietà



Tendere alla graduale riduzione delle discrepanze tra i flussi sanitari migratori da sud a nord, lasciando aperta una possibilità di scambio bidirezionale in una logica di rete

**Va inserito nell'agenda politica l'obiettivo di riequilibrare il SSN definendo gli strumenti atti a raggiungerlo**

## Attrattività: focus on



**Le problematiche di salute rare** o che richiedono **alte specializzazioni/competenze** dovrebbero trovare una risposta in una logica di rete regionale-nazionale, caratterizzata da pochi centri super-specialistici coordinati a livello regionale/nazionale, così come la **ricerca**

Il Sistema SocioSanitario lombardo **può garantire cure di particolare complessità e/o super-specialistiche** sia per:

- cittadini di altre regioni,
- cittadini EU all'intero degli accordi di mobilità,
- sia a pagamento per altre nazioni,
- **sia tramite accordi politici con paesi in via di sviluppo**



# Attrattività internazionale

**Attrarre cittadini EU e i pazienti paganti dei paesi emergenti anche per motivi di cura è una reale opportunità di sviluppo economico per la Lombardia.**

**Può essere un'occasione per migliorare anche i servizi locali.**

**Il PD ritiene corretto che la sanità lombarda colga questa opportunità.**

**E che anche il servizio pubblico vi partecipi.**

Mercato estero:

- Cina e altri possono competere su prodotti a basso costo in altri settore industriali che richiedono scarse competenze, diverse dalla sanità
- la sanità produce più della moda o della finanza in Lombardia, ma non ne siamo sufficientemente consapevoli e non pensiamo di utilizzarla per fare sviluppo economico. La nostra sanità ha 3 vantaggi competitivi rispetto all'estero:

- ✓ Turismo ( 4/5 nel mondo per turisti stranieri: es: Russi/Tedeschi sul Garda)
- ✓ Buon sistema (l'errore è la scarsa visibilità del SSR; non si vede l'eccellenza)
- ✓ Prezzi bassi

**L'attrattività non dipende solo dall'aver un prodotto di buon livello, bisogna saperlo vendere. Non sappiamo vendere sanità.**

**Il PD ritiene che questo impegno sia da mettere nell'agenda politica.**

## Questione n° 2

### ACCENTRAMENTO E DECENTRAMENTO ISTITUZIONALE



- La Regione deve accentrare o decentrare la **pianificazione** del sistema?
- Cosa deve rimanere accentrato (es. definizione degli obiettivi sanitari) e cosa deve essere decentrato (es. decisione sulle soluzioni organizzative)?
- A quale livello deve decentrare: ATS o province o comuni?
- Le soluzioni organizzative possono essere molto diversificate a livello infra-regionale, considerando le forti eterogeneità socio-economiche della regione o le architetture devono essere il più omogenee possibili?

# Le risposte: la “pianificazione”

**Rilevazione dei  
bisogni sociali e di salute**



**Analisi dei bisogni ed  
elaborazione dei dati**



**Definizione delle priorità**

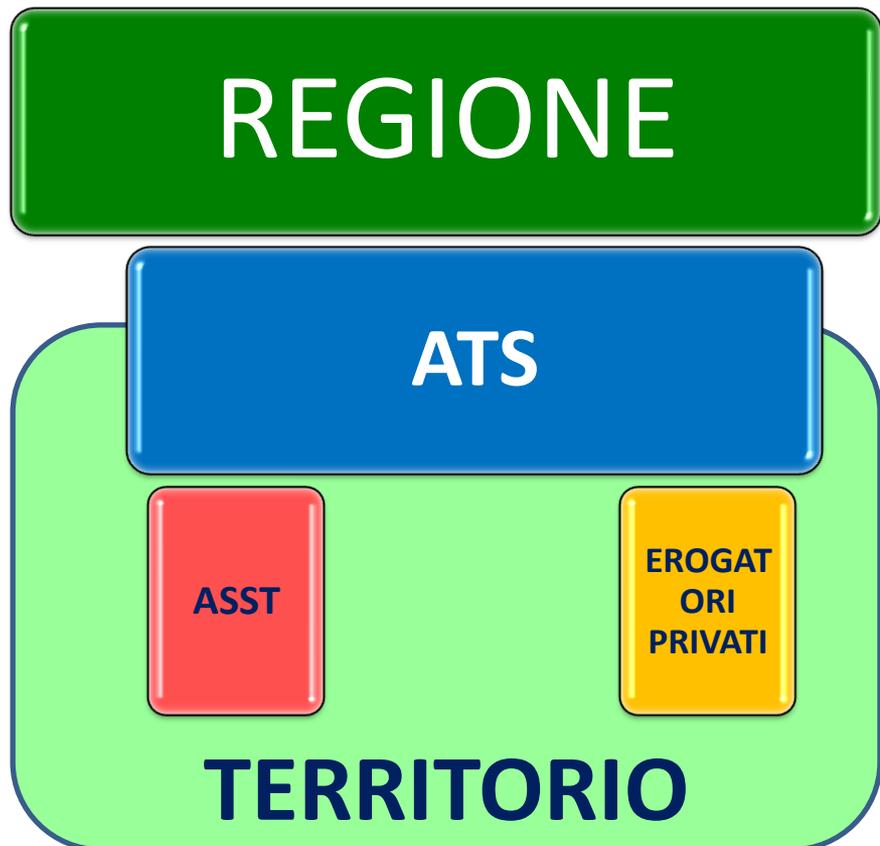


**Organizzazione ed  
erogazione delle attività**

**Pianificazione e  
programmazione  
Degli interventi**

**Definizione degli obiettivi  
sociali e di salute , dei criteri di  
riferimento, degli indicatori di  
risultato (controllo) e  
individuazione delle risorse**

## 2016 applicazione legge 23: criticità



### CRITICITA'

- Centralizzazione delle scelte
- Privato avvantaggiato
- Comuni emarginati
- Mancata analisi dei bisogni
- Mancata pianificazione territoriale
- Medicina generale esclusa
- Mancata individuazione dei presidi HUB
- L'ATS è solo l'esecutore delle decisioni regionali

## Questione n°3

---

### ASSETTO ISTITUZIONALE DELLA REGIONE

La regione oggi ha fondato moltissime agenzie che si occupano a tempo pieno o parziale di sanità: Lombardia Infrastrutture, ARCA, Agenzia dei controlli, Eupolis, Agenzia per la promozione del sistema socio-sanitario, GATTS per HTA farmaci e medical device, Fondazione per la Ricerca, Lispa.

- Quante agenzie deve avere la Regione che si occupano di sanità? Nessuna, una, alcune, molte?
- Quali?



## Questioni n° 4 - 5

### ATS

- Quale è il ruolo delle ATS?
- Quante ATS servono per la Regione?
- Dipendono dagli stakeholder locali (sindaci) o dalla Regione?
- Quali funzioni dovrebbero rimanere nelle ATS e, di conseguenza, quanti dipendenti dovrebbero avere e con quali competenze prevalenti?



### ASST

- Quale è il ruolo delle ASST?
- Quante ASST servono per la Regione?
- Dipendono dagli stakeholder locali (sindaci) o dalla Regione?
- Quali funzioni Dipendono gerarchicamente dalle ASST?

# Le risposte: principi

1. **Governo pubblico: governance all'Assessorato**
2. **Agenzia regionale unica di supporto tecnico (oltre ad AREU)**
3. **Funzioni di indirizzo e controllo centralizzate a livello regionale (non servono le ATS)**
4. **Pianificazione pubblica, decentrata, condivisa con gli stakeholders locali nelle ASL**
5. **Organizzazione della rete ospedaliera in hub e spoke con chiara individuazione degli ospedali hub**
6. **Erogazione in collaborazione con il privato**





# Le risposte: ruoli e responsabilità nel SSSR

## ASSESSORATO UNICO SANITA' E WELFARE

Mantiene la governance del sistema sociosanitario.

Assolve al compito politico di confronto con il Ministero.

Definisce gli obiettivi di salute e le risorse per raggiungerli.

Definisce le priorità di interventi di welfare e le risorse da attribuire.

Verifica i risultati ottenuti.

Delega la gestione tecnica all'agenzia regionale.

## AGENZIA REGIONALE

Stabilisce criteri e standard di valutazione delle attività sociosanitarie, comprese le attività dei MMG/PLS.

Esegue i controlli.

Individua i frame-work clinici di riferimento (Linee Guida), organizzativi (criteri per POAS, gare aggregate..), di ICT e HTA.

Fornisce il supporto per consentire alle aziende territoriali di funzionare in modo omogeneo.

Pianifica e organizza le attività sovraterritoriali (es: rete malattie rare con Ministero)

## ASL

Pianifica in collaborazione con gli stakeholders locali gli interventi sociosanitari e acquista ove necessario prestazioni da privati.

Gestisce la rete dei servizi territoriali e ospedalieri.

Coordina le AFT dei MMG/PLS in funzione della rete dei servizi.

Declina i framework regionali:

-Da LLGG a PDTA

-Dal modello organizzativo ai POAS

Partecipa ai network regionali per HTA ed ITC, gare aggregate

## DISTRETTO

Ha dimensione non superiore ai 100.000 abitanti.

Ha il ruolo di coordinamento e integrazione tra tutti i diversi attori pubblici e privati che concorrono agli obiettivi.

E' il luogo della ricomposizione delle risorse sociali e sanitarie e della personalizzazione dei servizi.

Gestisce sia l'erogazione dei servizi che l'erogazione dei contributi economici.

Può consorziarsi con altri Distretti per la gestione collaborativa di specifiche attività



# Le risposte: l'ASL nel SSSR

**ASSESSORATO  
SANITA' E WELFARE**

**INDIRIZZO, CONTROLLO  
E FINANZIAMENTO**

L' AGENZIA REGIONALE GARANTISCE SERVIZI CONDIVISI NEGLI  
AMBITI GENERALI (RISORSE UMANE, AMMINISTRAZIONE,  
CONSERVAZIONE, INFRASTRUTTURE DI BASE, COMUNICAZIONE,  
ECC...), GARANTENDO LA MASSIMA CIRCOLAZIONE E  
CONDIVISIONE DI DATI ED INFORMAZIONI, E LA PIENA  
INTEGRAZIONE CON L'AMBITO NAZIONALE

L' ASL TERRITORIALE UNICA GARANTISCE I RISULTATI DI SALUTE E GLI INTERVENTI DI WELFARE ATTRAVERSO :  
LA RETE DELL'OFFERTA SANITARIA OSPEDALIERA  
LA RETE DELL'OFFERTA SANITARIA E SOCIOSANITARIA DISTRETTUALE

**PER OTTENERE TALE RISULTATO:**

**EROGA I SERVIZI ATTRAVERSO LE STRUTTURE AZIENDALI**

**CONTRATTA CON LE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE PRESENTI SUL TERRITORIO L'ACQUISTO  
DELL'OFFERTA SOCIOSANITARIA INTEGRATIVA E COMPENSATIVA**

**ASSICURA LO SVILUPPO ED IL SUPPORTO A TUTTE LE REALTÀ SUL TERRITORIO PROGETTANDO, IMPLEMENTANDO E  
GESTENDO LE SOLUZIONI PER HTA, ICT, SERVIZI TECNICI E DI INGEGNERIA CLINICA INTEGRATE FRA LORO ED IN  
ACCORDO A LINEE GUIDA E FRAME-WORK NAZIONALI E REGIONALI.**

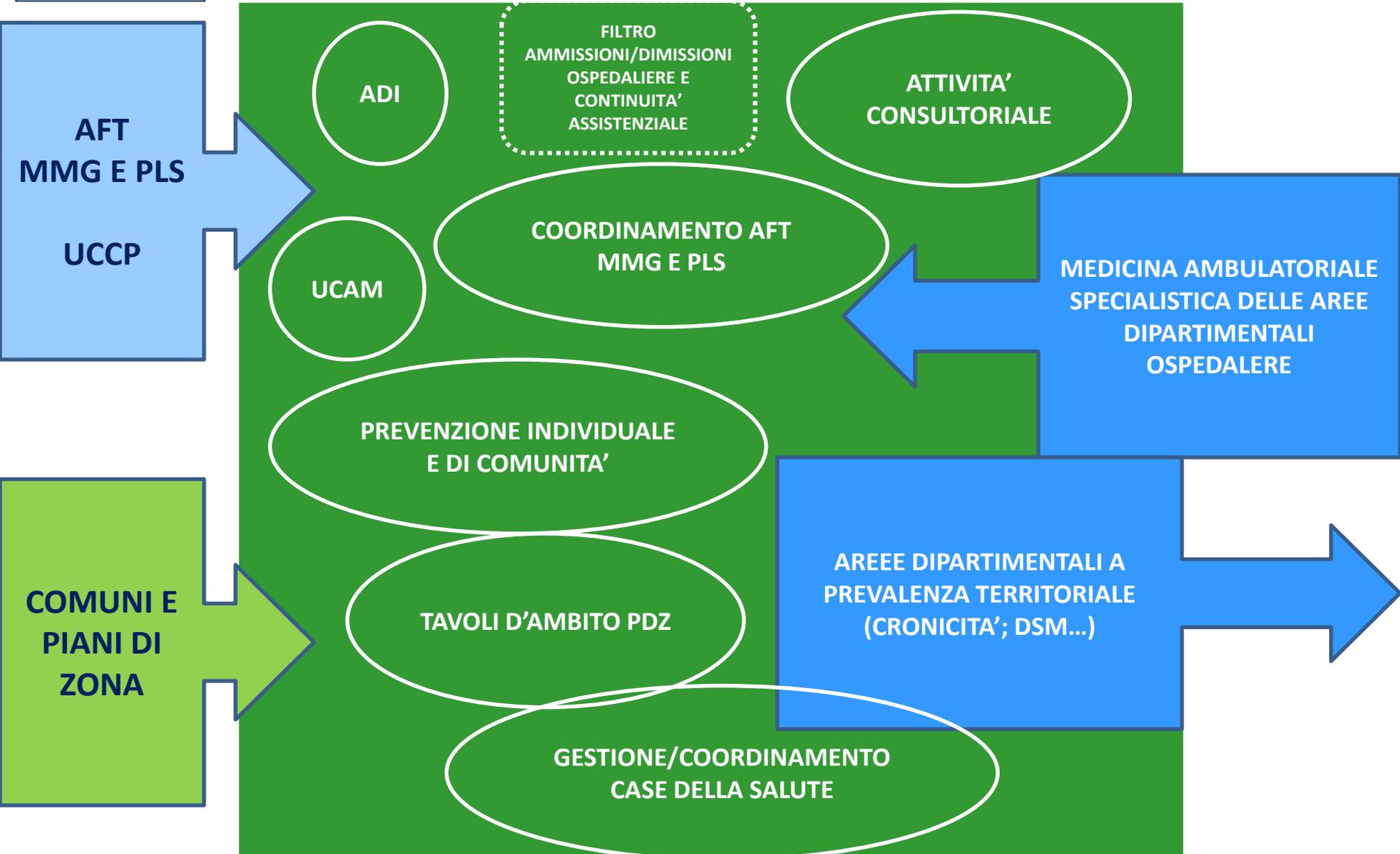
**COORDINA LE AFT DEI MMG/PLS**

**PIANIFICA I SERVIZI IN COLLABORAZIONE CON I COMUNI ATTRAVERSO I PIANI DI ZONA**

### CURE PRIMARIE

- Quale è il modello di servizi da privilegiare? AFT o UCCP o Casa della Salute?
- E' opportuno che le cure primarie tendano a diventare più simili a dei privati accreditati (più imprenditoriali) o più simili a divisioni delle ASST (più allineamento istituzionale)?
- Quali servizi, oltre ai MMG e Infermieri devono essere nelle unità di cure primarie? Specialistica ambulatoriale, ADI, farmaceutica, consultorio, continuità assistenziale, PLS....?
- Le unità di cure primarie devono dipendere dalla ASST o ATS?
- Il CREG è un modello da espandere o sopprimere o correggere in quale direzione?

# Assetto dei Distretti





# Le risposte: collaborazione e corresponsabilità tra gli attori con coordinamento distrettuale

## AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI DI MMG E PLS

Le AFT dei MMG/PLS sono l'unità minima della medicina generale.

Organizzano le attività in conformità ai criteri e agli standard regionali

Partecipano allo sviluppo della rete distrettuale attraverso la collaborazione con gli altri attori coordinati a livello distrettuale.

Gli strumenti per il loro inserimento nella rete sono: il governo clinico, i PDTA, i protocolli operativi territoriali e di raccordo con l'ospedale, gli interventi di prevenzione.

## COMUNI

L'assemblea dei sindaci del Distretto è l'unità minima di riferimento. Ha la titolarità della programmazione sociale e un ruolo di collaborazione con ASL per la programmazione dei servizi sanitari.

I Comuni partecipano alla pianificazione dei servizi attraverso pareri obbligatori espressi:

- nella assemblea dei sindaci del Distretto
- nella conferenza dei sindaci dell'ASL.

## ALTRI EROGATORI (FARMACIE, RSA ECC..)

Erogano le prestazioni sociosanitarie di pertinenza attraverso contratti/convenzioni con ASL in una logica di rete coordinata dal Distretto, garantendo adeguati tassi di copertura, specialmente per ADI e RSA.

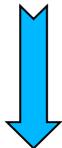
## TERZO SETTORE VOLONTARIATO

Collabora alle finalità del sistema sociosanitario entrando a far parte della rete secondo modalità concordate e definite, contribuendo con le proprie risorse presenti sul territorio.

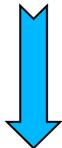
# Le risposte: collaborazione e corresponsabilità tra gli attori con coordinamento distrettuale

## L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI AL CITTADINO

LIVELLO TERRITORIALE  
ELEMENTARE (AFT)



LIVELLI TERRITORIALI PIU'  
ARTICOLATI (UCCP / CASA  
DELLA SALUTE)



OSPEDALE

### VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE:

- nuovi ruoli gestionali (infermiere di famiglia, case manager, disability case manager, ...)
- cooperazione con i MMG/PLS nelle AFT/UCCP

### RUOLO DEI MMG-PLS

centrato sulla appropriatezza della presa in carico:

- **tempestiva**, per i problemi emergenti
- **continuativa**, per i malati cronici,
- con **attivazione delle AFT o UCCP o Casa Salute** (L. Balduzzi) – con definizione di standard
- con **coinvolgimento dei Medici di Continuità Assistenziale** in modo da garantire la copertura 24/24H

### SERVIZI TERRITORIALI:

**RIFERIMENTO ANCHE PER LA GESTIONE DI PROBLEMATICHE FISILOGICHE, PREVENTIVE, CRONICHE:**

gravidanza, menopausa; prevenzione, screening; salute mentale, contrasto alle dipendenze; malattie, disabilità e fattori di rischio cronici

# Le risposte: collaborazione e corresponsabilità tra gli attori con coordinamento distrettuale

G  
O  
V  
E  
R  
N  
O

D  
I  
S  
T  
R  
E  
T  
T  
U  
A  
L  
E

*Potenziare i Distretti quale luogo di **coordinamento** delle risorse territoriali, con il coinvolgimento **dei Comuni**, dell'insieme degli Enti e degli operatori sanitari, sanitario-assistenziali e sociali che sono attivi nel corrispondente territorio, in particolare in funzione della **integrazione e continuità di cura** delle cronicità, fragilità e disabilità;*

## **SPOSTARE NEL TERRITORIO SERVIZI ATTUALMENTE CONCEPITI COME EMANAZIONE DELL'OSPEDALE:**

- servizi **dell'area materno-infantile** (consultori, servizi di supporto alle fasi perinatali, ...), in raccordo con i PLS e agganciando ai servizi territoriali i momenti ospedalieri (parto)
- assistenza **specialistica ambulatoriale** (escluse le "super specialità")
- servizi per la **salute mentale e contrasto alle dipendenze**, per adulti e dell'età evolutiva;
- **cure intermedie:**
  - "pacchetti" coordinati di prestazioni specialistiche ambulatoriali
  - ricoveri brevi presso RSA aperte o ospedali di comunità a *conduzione clinica del MMG e a gestione infermieristica, con governo distrettuale /d'ambito*
  - messa in rete **dell'accesso alla riabilitazione** ambulatoriale e residenziale, alle attività/cure subacute, alle RSA, agli hospice.

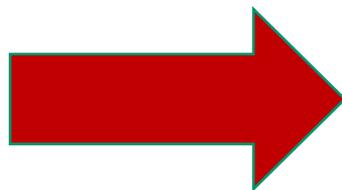
## **Le risposte: collaborazione e corresponsabilità tra gli attori nella comunità locale**

**La comunità locale è il luogo privilegiato per favorire l'incontro tra i diversi protagonisti e realizzare il coordinamento delle risorse sociali e sanitarie.**

**Adottare un modello decentrato, che preveda l'integrazione tra diversi attori, significa passare dal "modello medico" basato sulla cura della malattia al "modello di comunità", dove gli aspetti della cura individuale sono solo una parte degli interventi. Potrebbero entrare in gioco molti attori, sicuramente i medici e i pediatri di famiglia, ma non dimentichiamo i sindaci, i farmacisti, il volontariato e il terzo settore, l'associazionismo sportivo, le scuole ... al fine di promuovere comportamenti e stili di vita a valenza preventiva!**

**Quindi una valorizzazione della comunità è la via per passare da una strategia dell'alto rischio, fondata su un approccio individuale, quello dei "casi" (modello medico), ad una strategia di approccio collettivo attento globalmente alla popolazione.**

## Focus on: aggiornare il linguaggio



- Il sistema pubblico deve utilizzare gli strumenti comunicativi odierni per incrociare i bisogni dei cittadini, in particolare **dei giovani**. Le tematiche della prevenzione ad esempio, troveranno maggiore ascolto attraverso l'utilizzo dei social network. I canali di comunicazione alternativa possono coinvolgere le scuole o gli ambienti più frequentati dai ragazzi.
- Il multilinguismo degli operatori è un requisito indispensabile in un sistema sanitario che opera in un contesto globalizzato



## Questione n° 7

---

### Long Term Care

- In Lombardia ci sono 400.000 non autosufficienti e tra 15 anni saranno 600.000.
- 60.000 sono in RSA, 130.000 sono a casa con la badante, 210.000 non ricevono servizi, “fluttuando” nel sistema socio-sanitario, consumandone il 10/12% per prestazioni socio-sanitarie e non sanitarie. Il 55% riceve assegno di accompagnamento (504 euro mese) a prescindere da reddito o reti familiari presenti. Cosa fare?
- Chi deve occuparsi di LTC? INPS, comuni o il sistema sanitario?
- E' ipotizzabile ricomporre tutte le risorse disponibili (enti locali, INPS, sanità) in un unico contenitore istituzionale e quale?
- Quali sono i tassi di copertura del bisogno che riteniamo necessari?
- Alle persone non autosufficienti a cui non riusciamo ad offrire servizi di presa in carica globali, cosa dovremmo offrire de minimis?

## Focus on: libertà di scelta

Oggi il SSN ha effettivamente in carico in Lombardia solo una piccola parte dei malati fragili multiproblematici: il sistema attuale è insufficiente ed iniquo. Chi può permetterselo acquista qualsiasi prestazione in regime di solvenza, al di fuori di regole chiare rispetto al reale valore od efficacia della prestazione stessa. Chi non può permettersi servizi a pagamento non ha alcuna possibilità di scelta perché il servizio offerto dal SSN è standard e non personalizzabile.

Possiamo pensare a un sistema pubblico capace di ricomporre le risorse e proporre ai cittadini un pacchetto di interventi diversificati:

- L'utente esprime le proprie preferenze e concorda il piano di cura
- Davanti ad un bisogno sociosanitario il soggetto, accompagnato dal Servizio Pubblico, è libero di scegliere tra una gamma di servizi appropriati
- L'utente, con una maggiorazione a suo carico, può integrare il servizio base fornito

# Le risposte: ricomporre le risorse e personalizzare i servizi



## PROBLEMA PRINCIPALE:

### LA FRAMMENTAZIONE E INSUFFICIENZA DELLE RISORSE E DEGLI INTERVENTI

Iniquità del sistema: i cittadini più fragili rinunciano frequentemente ai servizi perché non hanno le competenze per ricomporre i contributi disponibili, frammentati in una molteplicità di erogatori. Il SSN è ufficialmente universalista ma nell'area della non autosufficienza ha risorse per coprire il 20% del bisogno.



## LE SOLUZIONI:

- **Per i malati cronici: ASSUMERE MODELLI ORGANIZZATIVI INNOVATIVI.** I CReG reclutano una minima parte dei cronici e si pongono solo obiettivi economici. Si propone il superamento dell'attuale impostazione, mantenendo la remunerazione "a presa in carico," ma introducendo chiari obiettivi di salute e l'estensione della presa in carico alla totalità dei cronici, soprattutto quelli attualmente misconosciuti o sottotrattati.
- **Per i malati fragili e multiproblematici: ISTITUIRE SPORTELLI UNICI** distrettuali per fornire ai cittadini un unico punto di accoglienza, valutazione e presa in carico con accesso alla rete. Superare la logica dei voucher e dei contributi economici specifici per passare ad un **BUDGET UNITARIO PERSONALIZZATO. PERSONALIZZARE I SERVIZI** consentendo ai cittadini di avere un portfolio di servizi tra cui scegliere, concordando eventuali estensioni/surplus a carico dell'utente.



## Questione n° 8

---

### GLI IRCCS

La Lombardia è la Regione dove risiedono i principali IRCCS pubblici e privati del paese. Tra i pubblici: Policlinico MI, Besta, Tumori, S. Matteo PV. Tra i privati: S. Raffaele, Humanitas, S. Donato, Maugeri.

- Quale è il mix tra la vocazione di ricerca, assistenziale e didattica che devono avere?
- Gli IRCCS pubblici devono rimanere separati o convergere progressivamente verso un unico soggetto istituzionale per favorirne la visibilità/incisività internazionale?
- Quali forme di competizione o alleanze tra IRCCS pubblici e privati?



## Questione n° 9

---

### **SALUTE E SVILUPPO ECONOMICO**

La Lombardia è la sede delle principali imprese farmaceutiche e di medical device del paese, delle principali università di medicina, dei primi IRCCS a livello nazionale, degli headquarter dei principali gruppi socio-sanitari privati, delle assicurazioni sanitarie, ecc.

- Quanto è rilevante usare il sistema socio-sanitario per lo sviluppo economico della regione?
- Come?
- La proiezione deve essere nazionale o internazionale?
- La politica socio-sanitaria deve essere usata anche per fare politica industriale del settore?

# Alta specialità e Università: un problema bresciano?

## *L'emendamento proposto e non introdotto nella legge 23*

*La regione individua le ASST nel cui polo ospedaliero sono istituiti uno o più presidi ospedalieri di II livello (di cui al Decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70, allegato 1, punto 2.4). Tali presidi assumono le funzioni di Hub anche per le eventuali ASST viciniori che ne siano sprovviste, e sono sede preferenziale di attività didattiche e di ricerca in convenzione con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia.*

**Alle ASST che contengano presidi ospedalieri con funzioni di secondo livello deve essere riconosciuto il **finanziamento** delle prestazioni per il bacino sovraterritoriale di riferimento**

## **Nella situazione bresciana:**

**Per essere competitivi l'Ospedale di secondo livello e l'Università Statale devono insistere su **un territorio e un bacino** d'utenza sovraprovinciale identificabile con la Lombardia orientale**

**L'Università deve recuperare il **rapporto convenzionale** in particolare con le strutture pubbliche di Brescia e della Lombardia Orientale**

# Le risposte: un metodo di sistema per ricerca e sviluppo dell'indotto



Il Servizio Sociosanitario pubblico può e deve promuovere e orientare la ricerca e lo sviluppo dell'area produttiva farmaceutica e dei dispositivi medici quale volano per il sistema economico:

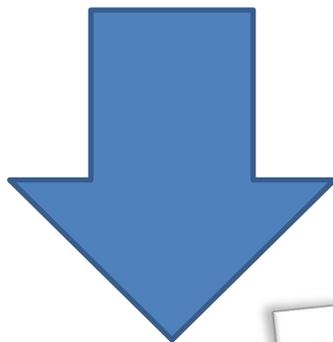
- Attribuire all'Università pubblica/IRCCS un ruolo chiave per la partecipazione ai trials internazionali sviluppando competenze e attività di fund raising
- Mantenere una proiezione internazionale strutturata attraverso una rete di grandi ospedali che si muovono unitariamente
- Esplicitare una chiara "etica della ricerca"
- Partire dalle reali esigenze rilevate dal SSR, anche contrastando possibili distorsioni delle lobby farmaceutiche e/o dei dispositivi sanitari
- Orientare i fondi di ricerca a un congruente disegno strategico unitario ed esplicito, che parta dalle strategie delle aziende sanitarie pubbliche o dalla Regione

## Le risposte: attenzione particolare a...



**Promozione della salute  
e prevenzione di comunità**

**Contrasto al consumismo sanitario  
e alla medicalizzazione inappropriata**



**Sostenere ambiti di ricerca,  
sperimentazione e  
produzione innovativi  
ad alto valore sanitario aggiunto**





## Questione n° 10

---

### RISORSE

- Le risorse per il SSN sono insufficienti. Ai 110 Mld di spesa pubblica si aggiungono 33 Mld di spesa privata dei cittadini, che si consumano soprattutto nelle Regioni ricche (Lombardia, RER, Veneto). Cosa è necessario fare?
- Resistere e aspettare che le possibilità per la finanza pubblica riprendano tra qualche anno, tenendo le attuali lunghissime liste di attesa e circa 9% di italiani che rinunciano alle cure?
- Introdurre una imposta di scopo regionale (es. per la LTC) per avere più risorse per il sistema socio-sanitario lombardo?
- Integrare le risorse pubbliche con quelle spese out of pocket dalle famiglie?
- Reintrodurre la tassa sulla I casa per avere risorse aggiuntive per il SSN?

# Il contesto



## **SPESA PRO CAPITE PER SANITA' E WELFARE:**

In Italia: 1800 euro

In Germania e Francia: 2500 euro

## **INCIDENZA DELLA SPESA PENSIONISTICA SULLA SPESA PUBBLICA COMPLESSIVA**

In Italia: 53%

In altri paesi UE: 40% in D; 36% in UK  il 13% di differenza trasferito nei servizi reali in funzione dei bisogni (sanità, servizi sociali, scuola, trasporto) e non prevalentemente del reddito pregresso

## **In Italia:**

- Decrescita
- Denatalità
- Spesa sanitaria/PIL: bassa
- Tasso di copertura del dentista pubblico: 5%
- Specialistica ambulatoriale: 50% a carico del SSN; 50% spesa privata a carico dei cittadini (OOP); copertura non autosufficienza 20%

**SIAMO IN REGIME DI SOTTOTRATTAMENTO.**

**BISOGNA AMMETTERE CHE LE RISORSE PER WELFARE SONO INSUFFICIENTI:  
DOVE RECUPERARLE?**

# Documento di Economia e Finanza 2016: risorse, problema nazionale

it [Tweet](#) [G+](#) [Consiglia](#) 29 [stampa](#)

Senato. Ricciardi (Iss): "Sanità italiana stretta tra scarsità risorse e aumento domanda. Iss può ricoprire ruolo chiave come produttrice di conoscenza"

Home . Salute . Sanità . Def 2016, Fondazione Gimbe: "Da Stato e Regioni colpo di grazia al Ssn"

## Def 2016, Fondazione Gimbe: "Da Stato e Regioni colpo di grazia al Ssn"

SANITÀ

### IL VERO WELFARE DEGLI ITALIANI

ASSISTENZA SANITARIA  
INSEGNANTE DI SOSTEGNO  
CUCINA APERTA 24h/24  
SOSTEGNO PSICOLOGICO  
TRASPORTI

ALBERGO DIURNO  
ASILO NIDO  
MICRO CREDITO  
ASSISTENZA ANZIANI  
CIABATTE "EDUCATIVE"

LA MAMMA

YAMA 2016

+I-I

ANSA

Def: ok da Comm. Sanità Senato, ma più attenzione a personale



# Le risposte

---

**1 - EQUITÀ FISCALE.** Va recuperata credibilità nella lotta all'evasione e ricercata una maggiore equità fiscale e di compartecipazione alla spesa

**2 - OTTIMIZZAZIONE DEL SISTEMA.** L'organizzazione ad efficienza zero non esiste. Non ci sono altri significativi margini per l'efficientamento del sistema utili a coprire i bisogni senza riallocazioni radicali delle risorse e riorganizzazioni profonde della geografia dei servizi.

Il sistema pubblico è in carenza di investimenti, sia in tecnologie, sia in infrastrutture, sia in ICT. Inoltre: come finanziare i nuovi farmaci?

**3 - RIQUALIFICARE LA SPESA:** incentivare il ricorso a gare aggregate; realizzare sistemi di anticorruzione meno burocratici e più sostanziali; favorire azioni proattive (PDTA e responsabilizzazione degli operatori in una logica di governo clinico) e non repressive verso l'appropriatezza

**4 - RICOMPORRE LE RISORSE:** pianificare gli interventi sulla base dei bisogni valutati complessivamente attraverso l'attribuzione di budget unitari

**5 – INTRODURRE UN FONDO OBBLIGATORIO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**



# Focus on: ottimizzare il sistema

## Come si rende più efficiente il sistema? Attraverso:

### **SCELTE DI CARATTERE POLITICO:**

- Rivedere la convenzione nazionale della medicina generale introducendo e rendendo vincolanti standard di riferimento misurabili, da documentare sistematicamente
- Attivare un sistema per la comunicazione al cittadino completo, aggiornato, nell'ottica della semplicità di uso e della trasparenza
- Individuare ed eliminare aree di sovra/sottoutilizzo di prestazioni/risorse utilizzate in misura inappropriata
- Superare la logica certificativo-burocratica e attivare un nuovo sistema di governo complessivo, unitario esplicito, caratterizzato da indicatori/obiettivi/verifiche chiari, definiti a priori, resi pubblici, correlati ai meccanismi di incentivazione

### **SCELTE DI CARATTERE ORGANIZZATIVO:**

- Sviluppare e finanziare la dematerializzazione delle procedure sviluppando un sistema informativo del SSN che sia strumento di effettivo supporto operativo alla integrazione e ai percorsi sanitari in un'ottica della semplicità di uso, in grado di monitorare con efficienza tutti i dati di processo e di esito
- Qualificare e razionalizzare la spesa mediante: individuazione ed eliminazione degli interventi non di provata efficacia; accorpamento/eliminazione/conversione dei servizi non necessari o di dimensioni inadeguate; ottimizzare le procedure di acquisto

# La proposta

**Istituire un Fondo obbligatorio per la non autosufficienza:  
proposta universalistica che aumenta lo spazio pubblico  
e riduce lo spazio di mercato**

Rispetto agli attuali 33 mld di out of pocket o all'introduzione di casse mutue (che offrono servizi diversificati a seconda delle disponibilità del contraente) questa proposta è più equa



## **Una possibile via**

18 mld assegno accompagnamento INPS  
+ 11 mld fondi regionali  
+ 5 mld da recuperare  
= Risorse ricomposte e aumentate per welfare e sanità

# Assumere lo sguardo del cittadino più debole



*Non un partito debole, ma un partito che,  
forte della sua capacità di essere comunità disponibile  
a diverse e flessibili dimensioni di coinvolgimento,  
con un progetto condiviso e partecipato,  
interpretato da una leadership democraticamente legittimata,  
sappia proporre politiche per il paese, nell'interesse di tutti.*