



La **Summer School "Il futuro del SSN tra modelli organizzativi, sostenibilità ed innovazione"** organizzata dal **18 al 20 settembre** scorsi da Motore Sanità ha avuto per cornice lo splendido ed accogliente altopiano di **Asiago**. Un breve accenno sulla scelta della sede nell'anno del centesimo anniversario dall'entrata dell'Italia nella Prima Guerra Mondiale: la zona è l'unica che nel nostro paese abbia vissuto tutti i 41 mesi della Grande Guerra in prima linea. La grande area delle prealpi vicentine che confina con gli altopiani e le valli trentine fu il luogo dove si svolsero diverse battaglie tra italiani ed austro - ungarici tra cui la "*Strafexpedition*", l'offensiva più grande mai organizzata dagli asburgici prima della Dodicesima battaglia dell'Isonzo. Tutte le montagne, per oltre tre anni, divennero campi di battaglie, teatri di stragi orrende e scenari di gesta eroiche, rese celebri: dalle memorabili pagine di "Un anno sull'altopiano" di Emilio Lussu e dalle narrazioni di Ernest Hemingway, Robert Musil e Franz Kafka.

La particolarità dell'evento organizzata da Motore Sanità , ci teniamo a sottolinearlo, è stato il **clima informale, disteso, di amicizia e di grande partecipazione** con cui gli intervenuti appartenenti ai più svariati settori del mondo della **sanità e dell'innovazione tecnologica**, hanno dato vita alle varie sessioni, **dibattuto**, discusso, riflettuto.

La **Summer School** è stata avviata da una prima tavola rotonda dal titolo "**Il rapporto medico e paziente e l'appropriatezza tra realtà e supposizione**"; l'incontro ha visto succedersi i dottori Paolo Bianchi, Domenico Scibetta e Roberto Mingardi moderata da **Carlo Mochi Sismondi**.

Paolo Bianchi, Medico di Medicina Generale e Specialista in Reumatologia ha sostenuto che il ruolo del medico di famiglia all'interno del SSN è un ruolo fondamentale e si deve apprestare a diventarlo in maniera sempre più importante, perché attraverso la figura da esso rappresentata si trova a passare sia la tutela per la salute del paziente che l'economicità del sistema sanitario nazionale stesso.

Domenico Scibetta, Direttore Sanitario della ULSS 16 di Padova, ha detto che i nuovi modelli organizzativi che ci vengono proposti sono evocati ad un unico principio fondamentale: la **sostenibilità** del nostro **SSN**; invece si sta vivendo in un'epoca di post-welfarismo in cui drammaticamente si sta manifestando una contraddizione tra **bisogni dell'utenza e risorse disponibili** in circolazione. Ecco quindi che il tema

dell'**appropriatezza** diventa un obiettivo da perseguire affinché il sistema diventi realmente sostenibile. Ma se lo si fa solo con i nuovi **modelli organizzativi**, senza avere alla base un **modello culturale**, possiamo preconizzare un fallimento dell'operazione.

Roberto Mingardi, Direttore Sanitario della clinica Villa Berica di Vicenza ha sostenuto che la **cultura medica** deve passare da un approccio biomedico a un approccio bio-psico-sociale. Il problema fondamentale secondo Mingardi è l'approccio verso il paziente perché per capire le sue esigenze lo si deve interrogare circa i suoi **stili di vita** iniziando a far sì che esso modifichi piuttosto quelli e non arrivare direttamente al farmaco. Il dottore ha poi eviscerato il concetto di "**Health literacy**" che implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, di capacità individuali e di fiducia in se stessi tali da spingere gli individui ad agire per migliorare la propria salute e quella della collettività, modificando lo stile e le condizioni di vita personali. Pertanto, "**Health literacy**" non significa solo essere in grado di leggere opuscoli e prendere appuntamenti, ma è un'importante strategia di **empowerment** che può migliorare la capacità degli individui di accedere alle informazioni e di utilizzarle in modo efficace. Mingardi suggerisce un percorso di **follow up** nelle fasi di cronicità della malattia; sostiene che occorrerebbe individuare il ruolo di *cash manager* utilizzato già da 20 anni in USA che richiama ogni 2 anni il paziente a fare dei controlli e nelle organizzazioni puntare su figure moderne e dinamiche di questo tipo che seguano sempre di più i pazienti nei percorsi di *follow up*.

La seconda tavola rotonda ha coinvolto un *pool* di esperti che ha trattato i temi della **sostenibilità** e **universalità** del SSN, dell'**innovazione farmacologica** e nuovi modelli di finanziamento dal punto di vista dell'**economia sanitaria**.

Stefano Campostrini, Professore del Dipartimento di Economia dell'Università Ca' Foscari di Venezia, ha sostenuto che bisogna assolutamente innovare cercando di far funzionare al meglio i nostri sistemi informativi e cercare di ripensare i **modelli** inerenti ai **processi di gestione** e di **organizzazione** diversi. L'**innovazione tecnologica** in medicina solitamente è associata ad un aumento dei costi, ma la sostenibilità non è solo un mero problema di costi: bisogna conoscere in maniera più approfondita per pianificare meglio, **promuovere la salute** e innovare anche nei modelli di gestione in una chiave sinottica.

Giuseppe Turchetti, Professore di Economia e Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, si chiede se può essere l'**HTA** una soluzione a questa ricerca di *trade off* tra innovazione e sostenibilità dal punto di vista economico. Spendere meglio significa effettuare un'attenta **revisione** delle prestazioni erogate, acquistare solo ciò che produce salute, ovvero ciò che rappresenta la **soluzione terapeutica** e **tecnologica** più appropriata e che garantisca maggiore sicurezza per il paziente. Il finanziamento del **SSN** ha subito rilevanti tagli e non è in grado di sopportare ulteriori restrizioni finanziarie, pena un ulteriore peggioramento della risposta ai bisogni di salute dei cittadini e un deterioramento delle condizioni di lavoro degli operatori.

Livio Garattini, RCESAV (Centro di Economia Sanitaria, Istituto Mario Negri di Milano) ha mostrato un video interessante in quanto mette in evidenza le problematiche tutt'ora esistenti nel nostro **SSN** cioè lo scollamento che può esistere tra la **medicina generale** e l'intervento ospedaliero rivolto ai cittadini. Il vero problema è l'**organizzazione dell'assistenza primaria**.

Alberto Bortolami, della Rete Oncologica Regione del Veneto ha declinato gli obiettivi della Rete Oncologica Veneta stessa, ossia i percorsi diagnostici per ogni **paziente oncologico a livello territoriale**, la **diagnostica molecolare**, ed i **farmaci innovativi ad alto costo**. Un percorso in cui sono stati coinvolti tutti i professionisti oncologici del Veneto, dove sono stati fatti più di 100 incontri allo IOV (Coordinatore Regionale della Rete) in cui sono già stati formulati tre percorsi diagnostici per tre patologie: il **colon retto**, il **melanoma** e i **sarcomi**.

Nicoletta Luppi, Presidente del Gruppo Vaccini di Farmaindustria ha portato la propria esperienza attraverso una relazione dal titolo **“Politiche vaccinali: lo scenario nazionale di accesso tra sostenibilità e investimento per il futuro”** sostenendo che con i **vaccini** si riduce sensibilmente il rischio di contrarre gravi malattie e quindi non solo le malattie che comunemente associamo alle vaccinazioni come epatite, tetano, parotite, e anche prevenzione HPV. Nei primi del '900 tante erano le cause di morte legate alle malattie sopra citate, ma grazie ai vaccini si è **ridotto sensibilmente** il numero di decessi. Nel momento in cui decidiamo di vaccinarci si fa una scelta **utile** non solo per **se stessi** ma anche per chi ci sta intorno riducendo infatti la possibilità di **contrarre una malattia** e di **trasmetterla agli altri**. Cosa fare per rendere più sostenibile il nostro SSN se non investire nella prevenzione e promozione di stili di vita attivi. La prevenzione e la vaccinazione in Italia rappresentano il 4/5 % del fondo sanitario nazionale che corrisponde a 1MLD di euro e soltanto il 25% viene dedicato alle vaccinazioni, una cifra ritenuta troppo bassa. Investire in prevenzione e vaccinazione dalla nascita e per tutta la vita di un individuo, in un contesto che è caratterizzato da risorse decrescenti anziché crescenti, significa spendere meno in futuro, rendere sostenibile il sistema e migliorare in generale la salute delle persone.

Ha concluso la tavola rotonda di dibattiti e relazioni **Fernanda Gellona, Direttrice Generale di Assobiomedica**, ha proposto un *excursus* sui diversi modelli di **market access** europei sostenendo che il ruolo dell'**industria nell'innovazione** all'interno del mondo della sanità, in particolare i dispositivi medici che sono costantemente nel settore innovazione. Il vero problema è come accedere al mercato. Ci sono diverse modalità per governarla e renderla sostenibile, occorre però avviare un dibattito molto serio e concreto con tutti gli attori e in questo dibattito l'industria può essere di supporto a livello anche di sostenibilità del sistema.

La seconda giornata della Summer School Asiago 2015 è stata aperta da **Claudio Zanon**, Direttore Scientifico di Motore Sanità dipingendo un quadro atto a fornire ai partecipanti alcuni dati numerici circa il finanziamento che i Paesi appartenenti al sistema OCSE fa sulla Sanità in base al PIL; Zanon ha poi citato il documento *“Euro Health Consumer Index 2014”* circa il rapporto tra pubblico e privato in ambito sanitario.

A seguire, il contributo di **Angelo Del Favero**, Direttore Generale ISS e Presidente Federsanità ANCI il quale ha notato come la situazione della sanità, da qualche anno è incappata nella cosiddetta *“tempesta perfetta”*, vale a dire in un periodo di recessione (con fiscalità decrescente) si sono innestati sia una domanda crescente di servizi da parte dell'utenza, che l'ingresso sul mercato di **farmaci innovativi** ad alto costo. Il presidente ha

insistito circa la predisposizione di categorie per poter portare ad un lavoro di efficientamento e costi standard veramente uguali per tutti (partendo dal modello di termosifone da installare, ai dispositivi protesici in uso alle Aziende Sanitarie), su un controllo della spesa che non sia un mero taglio lineare dei costi, in quanto ormai assodato che abbatta in maniera importante i servizi a disposizione dell'utenza e sull'aumento dei servizi offerti dai sistemi informatici (hardware e software) applicati alla sanità.

Roberto Moriondo, Rappresentante delle Regioni AGID, ha animato una tavola rotonda che poneva al centro del dibattito il tema del sostegno che le nuove tecnologie possono apportare al sistema sanitario, oltre che alle problematiche che vanno disciplinate con l'aiuto di esperti e professionisti che non appartengono al mondo della sanità.

Paolo Colli Franzone, Direttore Scientifico del Forum sulla Sanità Digitale dopo aver chiarito che l'IT applicata alla sanità non è o per lo meno non è solo mera informatica trasformata adattandola ai bisogni per il sistema sanitario, ha quindi illustrato quali sono i 5 ambiti diversi in cui si può ripartire la sanità digitale:

- 1) **HIT informatica tradizionale** per la sanità: quindi soluzioni di B2B (vendor – persona giuridica), settore che coinvolge 1,2 milioni di operatori e che vale, ad oggi 1,5 miliardi di Euro;
- 2) La **telemedicina**, che in Italia è ancora un mercato marginale da sviluppare che però vessa in regime di sperimentazione continua;
- 3) La **robotica** vera e propria;
- 4) La tecnologia **App & Web** destinata direttamente al pubblico e quindi al settore *retail*;
- 5) **Social Media**

Questo mercato vale in totale tra i 7,5 e i 10 miliardi di Euro all'anno.

Gli scenari sono però incoraggianti soprattutto per due ragioni:

- 1) La **Sanità Digitale**, applicata correttamente può essere un valido aiuto alla ricerca continua di sostenibilità da parte del SSN;
- 2) Sta nascendo una vera domanda dal basso di Sanità Digitale con utenti sempre più informati e pratici delle nuove tecnologie che chiedono, loro per primi, l'applicazione di tali tecnologie.

Francesco Grillo, AD di Vision & Value Management Consulting ha portato un confronto fra le varie esperienze europee cominciando da una tabella sul **rapporto tra spesa sanitaria globale e aspettativa di vita media** e ha fatto notare che oltre una certa soglia, gli investimenti in Sanità non impattano più sull'aspettativa di vita media ALLEGARE SLIDE (teoria della "frontiera"). Ha mostrato come, a parte gli USA, i grandi paesi industrializzati hanno una prevalenza di sanità pubblica; giudica un errore la mancata applicazione in toto della sanità digitale, in quanto è stato dimostrato che è l'ambito in cui le risorse investite generano un ritorno maggiore in proporzione agli altri settori della sanità. Ammonisce però circa i rischi che si potrebbero generare da questa "rivoluzione digitale", poiché si potrebbero creare software, App, sistemi perfetti, ma non utili o utilizzati dagli utenti che richiedono sempre di più una distribuzione verticale di tali tipi di servizi.

Ernesto Bellisario, Avvocato, membro del tavolo permanente per l'innovazione e l'agenda digitale, ha esordito facendo notare come nel nostro sistema, una norma, dalla sua approvazione alla sua applicazione, necessita di 480 giorni di media, aggiungendo a tale dato il fatto che i sistemi giuridici si reggono da sé si comprende come sia meglio "prevenire che curare" utilizzando le norme già disponibili e redigendo meglio i bandi e i contratti. Ha rilevato quali possono essere i rischi impattanti sulle normative circa la privacy: pensiamo al fatto che quasi tutti i cittadini/lavoratori sono presenti su uno o più *social web* e che lavorano per le amministrazioni pubbliche, ma di queste ultime solo talune si sono dotate di una policy circa l'utilizzo di tali sistemi (ad esempio un infermiere di un reparto per malati di AIDS si fa un "selfie" nel suo reparto da pubblicare su Facebook, mentre alle sue spalle passa un malato riconoscibile dalla foto); pensiamo alla enorme mole dei dati sensibili immessi in rete (i profili della acquisizione, della conservazione, della trasmissione e della pubblicità di tali dati). I problemi attinenti ai profili di proprietà intellettuale (pensiamo ai modelli protesici da scaricare e da stampare in 3D). Inoltre il diritto non deve essere visto come filtro eccessivo anche perché non si trasformi in un alibi per i decisori.

Un esempio virtuoso di app per il web destinate al miglioramento dei servizi è stato portato da **Giorgio Scivoletto**, Direttore Generale ASL Milano 1. Il Direttore ha presentato il modello "*APP facile*" compatibile con il sistema Android ed ora anche Smartphone della AslMi1 rappresenta un esempio di innovazione tecnologica rivoluzionaria per la Pubblica Amministrazione perché permette di rimodellare e riorganizzare la rete assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale per rispondere, da un lato alle caratteristiche emergenti di una nuova domanda di salute (invecchiamento della popolazione, nuovo concetto di benessere, cronicità, nuove fragilità e nuovi bisogni sociali e sociosanitari) e dall'altro all'esigenza di garantire un più avanzato efficientamento complessivo del sistema.

Pasquale Frega membro della Commissione direttiva Assobiotec, ha svolto un intervento sul ruolo della ricerca tra **universalità** e **sostenibilità** del SSN, intervento in cui ha mostrato dati a supporto dell'importanza clinica come elemento funzionale al miglioramento della pratica clinica e allo sviluppo economico e sociale del Paese, infatti le eccellenze sanitarie italiane si trovano là dove si è investito di più in passato e si continua a investire a testimonianza dell'innescarsi di tale circuito virtuoso. Il dottor Frega ha anche sostenuto il fatto che per la sostenibilità del SSN bisogna insistere sui due driver:

- 1) **Prevenzione** (sia primaria che secondaria)
- 2) **Innovazione**

Roberto Norgiolini, Responsabile del Centro Diabetologia, Città di Castello USL Umbria 1 ha divulgato alcuni dati sulla situazione del **diabete**, patologia cronica in costante crescita che serve da esempio in quanto tocca tutti gli ambiti del SSN, dal medico di famiglia, allo specialista, dalle strutture ospedaliere (Pronto Soccorso degli ospedali, ricoveri...), agli ambulatori presenti sul territorio. Il percorso diabetologico che ha mostrato Norgiolini permette di ridurre i costi come i ricoveri in ospedale, meno accessi al Pronto Soccorso, meno visite specialistiche non programmate, monitoraggio più efficiente del paziente, con conseguente educazione del paziente e aderenza alla terapia che stimola lo stesso a fornire dati e regolarsi di conseguenza. Il paziente viene facilitato quindi nell'accesso alle prestazioni le cui erogazioni, per il SSN, risultano più fluide e codificate contribuendo al miglioramento del sistema in generale.

Ha aperto il pomeriggio della seconda giornata di tavola rotonda intitolata “**L’apporto della medicina di famiglia alla trasformazione del sistema**”, **Domenico Crisarà**, Segretario Regionale FIMMG Veneto, sostenendo nel suo intervento che la medicina generale dentro l’**organizzazione del sistema** può fornire un grosso aiuto. Il vero problema è quanto il sistema voglia investire sulla professionalità dei medici e sulla loro capacità di gestione fornendo loro le strutture, il personale, e i supporti tecnologici necessari affinché anche il territorio sia un punto di riferimento sicuro per i cittadini come l’ospedale.

A seguire il Vicepresidente Feder Anziani e Presidente Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla salute, **Giuseppe Pozzi**, che nella sua relazione intitolata “**L’invecchiamento della popolazione: prospettive future del SSN**”, ha dichiarato che il diritto alla salute deve essere tutelato secondo l’*art. 32* della nostra Costituzione e che a fianco del concetto di **diritto** si debba parlare anche di **dovere** del paziente. Ha continuato dicendo che la nostra sanità ha un buco nero: la prevenzione. Occorre insistere, investire, formare e informare il cittadino, lavorare sulla fragilità del malato, investendo di più sul fondo unico nazionale e cercare di avere uno sguardo attento sociale anche per le malattie rare.

Ha poi continuato **Luigino Schiavon**, Presidente Coordinamento Regionale Collegi Infermieri del Veneto, illustrando nel suo intervento “**L’evoluzione delle competenze infermieristiche: un valore aggiunto al sistema salute**” esplicando quanto sia fondamentale il ruolo dell’infermiere rispetto ai modelli che si stanno evidenziando, nella sua evoluzione quanto possa essere di supporto al sistema sanitario in generale. È diventata a tutto tondo una professione autonoma e potrà dare un grande contributo al sistema sanitario nazionale.

La seconda tavola rotonda dal titolo “**Tra centralismo e regionalismo: chi fa cosa ovvero da come si programma a come funziona il sistema**” ha visto come protagonisti i quattro esperti **Thomas Schael, Luciano Flor, Valerio Alberti e Valerio Sotte**.

Thomas Schael, Direttore Generale Azienda Sanitaria di Bolzano, ha parlato della **centralizzazione e decentralizzazione** delle competenze sulla sanità affermando che è un tema che interessa sicuramente i legislatori e la politica, ma in primis l’azienda sanitaria che eroga le prestazioni. Per cui l’obiettivo definito è quello di coinvolgere le aziende, investendo nel **management** e nel **middle management** delle aziende sanitarie per garantire la riuscita dei vari processi day by day.

Ha proseguito il dibattito **Luciano Flor**, Direttore Generale Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, che ha elencato alcune soluzioni per il SSN distinguendo il livello centrale, lo Stato, il Ministero e il livello regionale affermando che il punto di partenza siano le buone pratiche, i migliori risultati e la loro diffusione presso le altre aziende del servizio sanitario.

Valerio Alberti, Direttore Generale ASL Torino 2, ha sostenuto che nel dibattito si debba tornare a parlare del ruolo delle aziende sanitarie perché è proprio da lì che si realizza la garanzia dei **livelli essenziali di assistenza**. Al di là dell’impiego delle risorse, bisogna riportare l’attenzione sulle aziende il che significa ripartire, rilanciare il loro ruolo. Occorre investire nel management attraverso processi di formazione, selezione e valutazione del loro operato e nel middle management ossia nei direttori di ospedali, capi distretto, capi

uffici tecnici cioè in tutti quei quadri che all'interno di questa macchina complessa della sanità possano garantire livelli di qualità accettabili pur in riduzione di risorse.

Ha concluso questa tavola rotonda **Valerio Sotte**, che durante la sua relazione ha dichiarato che centralismo e regionalismo sono un tema vasto con alta risonanza nel panorama sanitario soprattutto perché bisogna decidere chi programma cosa e come viene programmato. Oltre all'aspetto programmatico incide l'aspetto di **spesa sanitaria**, e **l'impiego delle risorse**. Vi è un importante ruolo svolto dalla Corte Costituzionale in materia che si trova da una parte a giudicare di questioni riguardanti l'ingerenza dello Stato, sulla disciplina dei dettagli di competenza regionale e viceversa delle "intrusioni" delle Regioni sui principi fondamentali che riguardano il tema salute ricordando che l'art. 117 comma 3 è una materia di legislazione concorrente. Valerio Sotte ha citato il disegno di legge 1492 Renzi/Boschi che prevede l'eliminazione del comma 3 dall'art. 117 cioè le competenze concorrenti Stato/Regioni per attribuire la potestà esclusiva dello Stato sia di tutela della salute sia di coordinamento di finanza pubblica, e alle Regioni solo una competenza legislativa residuale.

Ha aperto la giornata odierna la Professoressa **Sabina Nuti**, Ordinario di economia e gestione delle imprese presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha tenuto una relazione dal titolo: "**Modelli multiregionali di valutazione delle performance in sanità**". La sanità è la branca della Pubblica Amministrazione che ha dovuto sopportare i cambiamenti più importanti, inoltre è il settore che ha i criteri di valutazione più imparziali e meno autoreferenziali, quindi è sotto la lente di ingrandimento anche perché è un comparto che impatta fortemente il cittadino. La professoressa Nuti ha spiegato alcune delle categorie di valutazione del sistema in generale e del sistema sanitario in particolare rilevando inoltre quali possono essere alcuni dei problemi di distorsione del SSN e delle Amministrazioni Pubbliche ad esempio l'effetto tunnel.

Ha concluso la tre giorni di incontro **Gabriele Pellissero**, Presidente AIOP, che è intervenuto con la sua relazione dal titolo "**Confronto tra sistemi di governance nel mondo sanitario e quello industriale**" spiegando come la crisi economica degli ultimi anni abbia messo in difficoltà i sistemi di welfare in tutta Europa, in particolare in Italia si ha avuto una riduzione progressiva dell'investimento pubblico in Sanità che sta andando su un valore del 6,5% del PIL, un elemento preoccupante che rischia di allontanare il nostro paese da livelli tecnologici e dalla capacità di produrre prestazioni in analogia con quelli che sono i paesi europei di riferimento come la Francia e la Germania. Per contrastare questo è indispensabile perseguire anche una maggiore efficienza all'interno del nostro SSN che oggi è composto dal 25 % da operatori di diritto privato e dal 75 da operatori di diritto pubblico che tutti insieme erogano le prestazioni del SSN. Per maggiore efficienza è necessario incrementare questo livello di confronto, introdurre elementi di competitività perché solo attraverso essa è possibile stimolare tutti gli operatori sia pubblici che privati per realizzare livelli di efficienza migliori mantenendo e accrescendo progressivamente la qualità del sistema.

Chiara Gallochio
Ufficio Stampa Motore Sanità