

Con il patrocinio di:



## DOCUMENTO DI SINTESI

L'intervento di **Chiara Sapigni**, Assessore alla sanità, servizi alla persona, politiche familiari, Comune di Ferrara - ha riportato l'attenzione sul tema della risorse, sempre in calo. Sarà quindi necessario fare delle scelte anche in Area Vasta introducendo una "governance politica" come già avviene a livello provinciale. Intorno all'obiettivo della riduzione delle liste d'attesa, l'assessore alla Sanità vede nell'agire sull'appropriatezza delle prescrizioni, il cui indice è superiore alla media regionale, un mezzo per risolvere la situazione. Istituzionalmente il piano sociosanitario 2008-2010 ha già individuato un sistema di governance dove anche il cittadino ha un ruolo. Chiaramente non da solo, ma in sinergia con la Regione e gli enti locali. Ma ci vuole un altro passaggio di ruolo per gli enti locali ed è il distretto, specie oggi che l'ente provincia ha subito un radicale ridimensionamento. Il comitato del distretto è formato dai sindaci, dimostrazione di quanto il mondo del sociale e del sanitario si siano oggi sempre più avvicinati. È necessario cambiare il modo di vedere il privato in modo da poter veicolare risorse private verso cose che servono a tutti. Questo anche in termini di co-partecipazione delle famiglie.

**Marcella Zappaterra**, Consigliere Componente IV Commissione Regione Emilia-Romagna - sostiene, nel suo intervento, che cambia sostanzialmente l'organizzazione del sistema, così come cambia la governance e il rapporto tra stato e società. Ciò che compete al comune è l'ambito sociale, con l'obiettivo di tutelare gli utenti dell'accompagnamento sociale garantendo la qualità dell'offerta e la capacità di risposta ai bisogni di salute. In Regione Emilia Romagna, si continua con l'impegno a garantire servizi sanitari efficienti per i cittadini e a investire sul piano delle politiche per la prevenzione. Il modello organizzativo che si sta implementando è di cercare di costruire un equilibrio tra istituzione stato e le regioni. La Consigliera è convinta che il sistema regionale possa realizzare i livelli di assistenza dando la migliore risposta rispetto alle necessità del cittadino rendendo sostenibile il sistema e tenendo conto delle risorse nel rispetto dell'equità.

Secondo **Claudio Vagnini**, Direttore Generale AUSL Ferrara – gli obiettivi in termini di assistenza primaria e di arricchimento dell'assistenza territoriale inteso anche come potenziamento economico, si scontrano con i limiti dell'ambito regionale in quanto si è finanziati appena sufficientemente per la domanda di esigenze. Collaborare con il privato, è quindi una questione fondamentale anche per governare la mobilità. Il riordino dell'assistenza ospedaliera, il consolidamento delle cure primarie, lo sviluppo delle Case della salute, l'integrazione ospedale-territorio, la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie e l'attività di prevenzione e promozione della salute sono tutti gli altri principali obiettivi della nuova direzione.

**Franco Ripa di Meana**, Presidente FIASO – ha spiegato che il nostro SSN che mantenuto un ottimo posizionamento nelle classifiche internazionali per l'efficienza da un lato con una spesa privata in costante crescita, dall'altro con prezzi da 100mila euro a ciclo terapeutico richiesti per farmaci con solo il 16% dei costi giustificati dall'effettivo miglioramento dei pazienti. Dal punto di vista dell'azienda non si è più in una fase di isomorfismo nei comportamenti dei singoli individui, dedicando poca attenzione allo studio delle variabili organizzative e strategiche capaci di orientare il processo di budget e di incrementarne l'efficacia in termini di integrazione organizzativa. Di fronte alle politiche di contenimento della spesa e dei crescenti vincoli posti alla gestione delle Aziende sanitarie, forte è in alcune Regioni e da parte di alcuni Direttori Generali, la tentazione di "rispolverare" logiche e metodi di governo tramite il modello di comando-controllo tipico della burocrazia weberiana o della più moderna, ma non meno dannosa, "burocrazia manageriale" che intende applicare in modo rigido e uniforme sistemi di ottimizzazione nella gestione.

**Gabriele Pellissero**, Presidente Nazionale AIOP - spiegando come la crisi economica degli ultimi anni abbia messo in difficoltà i sistemi di welfare in tutta Europa, in particolare in Italia si è avuta una riduzione progressiva dell'investimento pubblico in Sanità che sta andando sotto un valore del 6,5% del PIL, un elemento preoccupante e con un trend che rischia di allontanare il nostro paese dai livelli tecnologici che gli competono e dalla capacità di produrre prestazioni in analogia con quelle dei 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 una 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.

**Nicoletta Luppi**, Presidente Gruppo Vaccini Farmaindustria – obiettivo dell'accesso al mercato e del paziente al centro. Ha portato la visione di questa tavola rotonda "Sostenibilità e allocazione delle risorse" spiegando che con i vaccini si riduce il rischio di contrarre gravi malattie e quindi non solo le malattie che comunemente associamo alle vaccinazioni come epatite, tetano, parotite, ma oggi anche prevenzione oncologica come nel caso dell'HPV. Nei primi del '900 tante erano le cause di morte legate alle malattie sopra citate, ma grazie ai vaccini si è ridotto il numero di decessi salvando ogni anno dai 2 ai 3 milioni di vite in tutto il mondo. I vaccini sono fondamentali anche per i pazienti affetti da malattie croniche: riduzione del 28% per i diabetici, il 50% delle malattie cardiovascolari e il 24% per gli ictus. 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. La prevenzione e la vaccinazione in Italia rappresentano il 4-5 % del fondo sanitario

nazionale 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.

**Fernanda Gellona**, Direttore Generale Assobiomedica - L'innovazione ha consentito di migliorare la vita delle persone pensiamo ai diagnostica delle immagini, dei dispositivi medici in generale fondamentali per la cura ma anche per l'ottimizzazione delle risorse. Prendiamo la laparoscopia che ha tagliato nettamente i giorni di degenza. Oggi abbiamo tutta una serie di dispositivi che possono essere controllati da remoto per esempio quelli impiantabili. Quello che manca quindi cosa può essere? La gestione corretta delle tecnologie potrebbe consentire ai decisori politici ad azioni più consapevoli riguardo le prestazioni. In Italia ci sono troppe apparecchiature, troppo vecchie e che lavorano troppo poco. Quindi ragionando con il pubblico e con il privato e con le istituzioni bisognerebbe trovare una soluzione a queste tre problematiche.

**Kyriakoula Petropulacos**, Direttore Generale cura della persona, salute e welfare Regione Emilia-Romagna - il sistema di accordi che nel tempo ha introdotto alcuni elementi di innovazione anche nel privato, oggi andrebbe rivisto nel suo complesso poiché si trova a qualche passo indietro. È necessario cercare di andare incontro alle esigenze perché innovazione significa sapere fondare delle relazioni su un interesse comune e che mettano in campo capacità che abbiano le stesse finalità. Varrebbe, quindi la pena impiegare l'innovazione anche nel sistema pubblico oltre che nel privato. Il sistema sanitario è lo specchio delle differenze che intercorrono tra le varie regioni. Per quanto riguarda l'Emilia Romagna si sta già lavorando in ambito della prevenzione e in ambito delle risorse nei contratti.

**Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità - ha parlato di Bundled Payment: un sistema prospettico (e non retrospettivo) di pagamento complessivo di prestazioni di singoli providers (non singolarmente i medesimi) generalmente per un singolo episodio assistenziale (acuzia e post acuzia) riducendo le prestazioni non necessarie (appropriatezza). Mentre in un a *fee-for-service* system il costo è legato al volume dei servizi offerti, nel BP vi è un incentivo all'uso appropriato dei medesimi con riduzione dei costi. I meccanismi del BP sono: ridurre l'offerta di prestazioni non necessaria durante il ricovero e nel post ricovero mirando ad una riduzione delle riammissioni in ospedale e se il costo complessivo è minore della somma BP prestabilita vi è un guadagno per i providers che vi partecipano, viceversa vi è una perdita se il paziente non è stato correttamente curato (qualità ed appropriatezza). La riduzione di un rimborso intorno ad una ospedalizzazione può ridurre l'assistenza non necessaria ma anche quella necessaria. Per minimizzare queste variabili la qualità dell'assistenza deve far parte del BP system con appositi indicatori di processo ed outcomes. Per definire un costo standard adeguato del processo devono essere previsti aggiustamenti del case mix del processo assistenziale stesso. Il risparmio dipende dal disegno del BP system, dai servizi offerti, e dalla performance dei partecipanti. Il BP per un processo assistenziale è basato su una media dei costi per quel processo con una riduzione pianificata in relazione all'aumento dell'efficienza ed alla riduzione delle complicanze. Il BP system deve tener conto della severità della patologia per evitare che i pazienti non vengano presi in carico per evitare perdite finanziarie legate al pagamento del processo. Il BP system è di più facile applicazione per alcune patologie e/o processi che per altri. Per esempio è di più facile applicazione nelle cardiopatie acute o nelle protesi d'anca che nelle esacerbazioni di malattie croniche quali il diabete.

**Gianluca Lazzeri**, Presidente del Comitato di Indirizzo e Controllo dell'Agenzia Regionale di Sanità, Regione Toscana - Le scelte di politica Sanitaria della Regione Toscana, attuate fino ad oggi, hanno penalizzato sempre più le periferie che si sono viste togliere servizi, erogati solo a livello centrale. I più colpiti da queste scelte, sono naturalmente i cittadini più deboli che talvolta hanno dovuto rinunciare alle cure a causa di difficoltà sociali ed economiche che gli impedivano di sostenere ticket, contributo di digitalizzazione (ulteriore tassa non proporzionata al reddito presente solo in Toscana) o spostamenti nel territorio.

**Claudio Pilerici**, Direttore Sezione Attuazione della Programmazione Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto – con il nuovo assetto delle ULSS e azienda zero nel gennaio 2017, gli obiettivi della Regione Veneto sono: integrare le strutture private accreditate nella programmazione sanitaria, la differenziazione del loro ruolo e la specializzazione delle eccellenze. Il nuovo assetto vede la riduzione del numero delle ASL. Il nuovo assetto vede la riduzione del numero delle ASL e presuppone nuovi modelli di gestione. Il ruolo del privato è fortemente integrato e ha una forte collocazione con 26 strutture (3 presidi e 23 strutture nodo di rete).

**Mariella Enoc**, Presidente Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - ha sottolineato che anche la sanità cattolica è di per sé una sanità privata e il Bambino Gesù è uno degli ospedali che la rappresenta che oggi si deve interrogare non solo sulla sostenibilità economica, ma anche sulla sua missione. Essere presenti sul territorio è una priorità, non solo svolgendo missioni in Africa ma, avendo un dialogo con il pubblico per lo sviluppo di una nuova progettualità: una rete di supporto per le strutture medio piccole che si vogliono rinnovare per garantire la prossimità sul territorio. La presidente ha inoltre sottolineato importante il tema della ricerca che è fondamentale ed è un principio attivo della cura per la sanità.

**Monica Calamai**, Direttore Generale AOU Careggi Firenze – ha spiegato che la nostra sanità è cambiata negli anni e pertanto necessario rinnovare anche i centri socio-sanitari, affinché possano offrire percorsi efficienti di assistenza ai cittadini, un servizio di qualità e una presa in carico immediata, evitando inoltre un uso sbagliato ed un abuso delle strutture ospedaliere. L'obiettivo principale del progetto Careggi è sviluppare un metodo che non si limiti alla gestione dei rischi negativi ma che prenda in considerazione il potenziale di integrità presente all'interno del settore sanitario per riconoscerlo e valorizzarlo. La proposta formativa che ne deriva affronta i temi dell'integrità, compresa l'analisi e la promozione di un cambiamento culturale e organizzativo, affinché tutti coloro che operano al servizio della salute siano un corpo sempre più integro, formato e competente rispetto ai possibili rischi di opacità nel contesto lavorativo.

**Fabio Aprea**, Responsabile Area Legale SORESA, Regione Campania – ha parlato di razionalizzazione della spesa, di riduzione dei costi, di economie di scala e di monitoraggio della spesa. In questo contesto, vi è la necessità di garantire, da parte delle Aziende del Servizio Sanitario regionale, un approccio omogeneo alla problematica di revisione del livello assistenziale al fine di consentire alla Regione di monitorare l'applicazione delle disposizioni e di conseguire periodicamente le informazioni utili al conseguimento degli obiettivi di risparmio. La centralizzazione delle procedure di acquisto, unita all'utilizzo di strumenti evoluti di e-procurement, porta benefici in termini di risparmi ma anche di aumento della qualità delle forniture, trasparenza, semplificazione ed efficacia delle stesse. La So.Re.Sa. ha dunque l'ulteriore funzione di autorizzare le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere nell'acquisto di beni e attrezzature sanitarie e di servizi non sanitari.

In virtù di tale funzione, ai sensi del Decreto del Commissario ad acta n. 58 del 18 luglio 2011 (Disposizioni urgenti in materia di centralizzazione degli acquisti), la So.Re.Sa. ha il compito di provvedere a fornire, qualora ricorrano specifiche condizioni, apposita autorizzazione alle singole Aziende Sanitarie per l'espletamento di autonome procedure d'acquisto entro e non oltre il termine di 10 giorni dalla richiesta avanzata dalle Aziende stesse, trascorsi i quali, l'istanza si intende accolta.

**Davide Croce**, Direttore CREMS Università Carlo Cattaneo – LIUC Castellanza (VA) – ha spiegato che il CREMS è il centro di ricerca che si occupa di sanità ed è focalizzato sull'innovazione manageriale e quella tecnologica con l'HTA e tutto ciò che concerne il miglioramento e la gestione del SSN. L'attività di ricerca e di formazione vuole essere di supporto nell'ambito di questo paese dove l'assistenza ha ancora delle difficoltà.

**Alberto Fantini**, CONSIP – l'obiettivo è quello finalizzato a generare delle collaborazioni e una razionalizzazione della spesa sanitaria. In questo contesto, è partito un progetto legato all'attivazione del tavolo dei soggetti aggregatori proprio con la finalità di realizzare una collaborazione e una pianificazione integrata delle attività per ridurre la spesa, garantire i livelli di servizio, ponendo un'attenzione particolare al mercato della fornitura e di condivisione delle migliori pratiche per far crescere un sistema di soggetti qualificati.

**Giovanni Porcelli**, Presidente SORESA Regione Campania – ha spiegato che So.Re.Sa. è nata per la cartolarizzazione del debito della sanità campana, ma è stata poi successivamente individuata come soggetto aggregatore della spesa da una norma nazionale. Per cui, al di là di essere poi diventata centrale di committenza e quindi centro acquisti per la Regione Campania e per le partecipate della Regione Campania per ciò che riguarda la spesa sanitaria, dall'anno scorso, So.Re.Sa. è stata individuata come soggetto aggregatore della spesa. In questo momento è un soggetto che ha il numero più alto di volumi di aggregazioni anche se comunque non supera il 40-50%. Dall'acquisto dei farmaci, abbiamo risparmiato 112 milioni di euro nel 2016 e come centrale di committenza il risparmio è stato di 42 milioni.

**Rosa Martino**, Direttore Sanitario Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione Pascale, Napoli – ha voluto portare un punto di vista diverso: quello del malato. Per garantire il migliore percorso diagnostico terapeutico assistenziale, bisogna utilizzare al meglio le risorse disponibili se servono le centrali d'acquisto per permettere ciò, ben vengano.

**Annarosa Racca**, Presidente Federfarma – ha spiegato che in un Paese, come l'Italia, che spende per la Sanità pubblica il 36% in meno della media degli altri Stati europei e l'89% della spesa sanitaria privata (che ammonta a 36 miliardi) è out of pocket, cioè versata direttamente dai cittadini, non può più essere rimandato un dibattito aperto e franco sulla cosiddetta assistenza integrativa, cioè fondi privati, mutualità sociali e assicurazioni sanitarie. La Presidente ha inoltre ricordato le opportunità della farmacia dei servizi e di attività di pharmaceutical care come il monitoraggio dell'aderenza terapeutica. Si tratta di una vigilanza che assicura l'appropriato uso del farmaco e quindi il giusto uso delle risorse questo significa che avviare sul territorio programmi di questo genere assicura benefici non solo agli assistiti, ma anche al servizio sanitario e alla collettività. In una governance che vede la collaborazione tra pubblico e privato, ha proseguito la presidente, le farmacie diventano quindi la leva per un'assistenza a "chilometri zero", dove la capillarità della rete, la professionalità dei farmacisti e la convenienza della farmacia sono al servizio del cittadino.

**Nicola De Conti**, Direttore Unità Organizzativa Acquisti Centralizzati SSR Regione del Veneto - ha sottolineato l'importanza delle centrali di acquisto perché rappresentano il futuro del sistema sanitario. Sono inoltre indispensabili per razionalizzare e fare economie mantenendo alta l'efficienza. Il modello veneto differisce dalle centrali di committenza regionali e nazionali: si tratta di una struttura interna all'area sanità dove la base di partenza è una corretta programmazione, in questo caso biennale, che comincia con la valutazione delle gare da acquisire. Dei singoli prodotti, che siano beni o servizi, vengono analizzati i dati dei consumi e scelti dei professionisti per ogni singolo oggetto di gara. Successivamente vengono raccolti i fabbisogni da parte delle strutture sanitarie molto utili a capire se si possono ledere gli interessi degli operatori. Gli step successivi sono ovviamente la gara e l'aggiudicazione. Un'altra fase molto importante è il controllo dal punto di vista della qualità del prodotto.

**Luciano Flor**, Direttore Generale AOU Padova - sottolinea che le aziende sanitarie sono state ridotte e con la realizzazione dell'Azienda Zero, che funge da soggetto aggregatore, si ottimizza la spesa. Flor ha sottolineato l'importanza dell'efficienza che ha valenza nell'acquisizione di prodotti e servizi ma anche quando ci sono i risultati clinici.

**Anna Citarella**, Direttore Comunicazioni e Relazioni Istituzionali J&J Medical - ha spiegato quanto sia importante promuovere iniziative di formazione su come l'innovazione consenta la sostenibilità, se è attenta a dei bisogni oggettivi e dia un valore aggiunto. Per esempio, la chirurgia laparoscopica riduce il dolore e la degenza e quindi comporta un vantaggio economico, ma anche un vantaggio per il paziente.

**Fabio Faltoni**, Direttore Generale Servizi Ingegneria Clinica e Soluzioni Integrate ICT Italia, TBS Group - Il gruppo TBS punta all'evoluzione dell'ingegneria clinica, sia nelle apparecchiature tecnologiche, sia nei processi. I nuovi percorsi clinici assistenziali richiedono una riorganizzazione dei modelli di cura che deve essere accompagnata da un rinnovato tecnologico a supporto dei nuovi processi. Faltoni ha inoltre evidenziato che la domiciliarità è un nuovo approccio al processo di scelta della tecnologia.

**Fausto Nicolini**, Direttore Generale IRCCS Santa Maria Nuova, Reggio Emilia - La centralizzazione degli acquisti per la fornitura di beni e servizi in sanità è uno strumento importante sotto il profilo dell'economicità generale del sistema, ma a patto che venga adottato in modo appropriato. Applicata in questo modo rischia invece di diventare un'arma a doppio taglio se spinta all'eccesso, ovvero se applicata a livello regionale o ancor più a livello nazionale, come sta avvenendo negli ultimi anni e come temiamo avverrà in modo più strutturato quando verranno ridotte le centrali di acquisto regionali. Un prezzo sostenibile è sicuramente un importante obiettivo dell'acquisto, ma soltanto se non riduce la qualità della prestazione erogata avvalendosi del bene acquisito. L'eccessiva massificazione degli acquisti non va incontro al concetto di cura mirata o personalizzata che sta facendo passi avanti grazie alle straordinarie potenzialità della tecnologia, ma verrebbe ostacolata da una generica centralizzazione, e quindi da una standardizzazione dell'acquisto, troppo spinta.

Secondo **Danilo Greco**, Head of Sales Siemens Healthcare - L'innovazione tecnologica è un elemento critico e chiave nello sviluppo di chi fa sanità. Partendo dal fatto che in Italia ci sono liste di attesa 298 giorni per una TAC al capo, è inevitabile l'aumento della spesa out of pocket da parte del cittadino. Ci sono paesi come la Francia, in cui l'innovazione viene affrontata in modo diverso, dove più le tecnologie diventano vecchie più il rimborso si abbassa. Siemens offre servizi digital per l'integrazione in un'unica piattaforma gestionale dei differenti applicativi specifici di ogni reparto con un'attenzione particolare ai temi di data privacy (ISO

27001) e sicurezza delle informazioni.

**Raffaele Stefanelli**, Amministratore Delegato Boston Scientific - ha sottolineato nel suo intervento quanto sia importante investire nell'innovazione. L'azienda che rappresenta, Boston Scientific, investe il 12% del fatturato, circa 1 miliardo di dollari. Ricerca e innovazione sono i "prerequisiti" per mettere a disposizione dei medici e dei pazienti soluzioni diagnostiche e terapeutiche sempre più efficaci capaci anche di generare sostenibilità. L'AD ha inoltre ricordato che vi sono innovazioni di prodotto e di servizio: la batteria del dispositivo impiantabile ne è un esempio di prodotto. Con l'avvento del nuovo codice etico, le aziende che sono a capo Medec, si adegueranno a fare sponsorizzazioni indirette a partire dal 1 gennaio 2018. "Educare" è un'innovazione di servizio, un pacchetto esaustivo di programmi di training e di tools di formazione per supportare i professionisti in ambito medicale. Educare fornisce anche soluzioni digital, per formare adeguatamente gli HCPs, agevolando la normale vita lavorativa di tutti i giorni ed accelerando l'accesso alla formazione medica. Boston Scientific opera per migliorare la qualità della vita dei pazienti in tutto il mondo, supportando soluzioni mediche innovative garantite dalla continua attività di ricerca. L'ampia gamma di soluzioni offerte, oltre ad avere come scopo principale la qualità della vita dei pazienti, sono tali da contribuire al contenimento della spesa sanitaria.

**Luigi Inglese**, Responsabile Gestione Medica Gruppo GVM - è partito dallo scenario di riferimento della sanità in Italia ossia, insieme alla Germania, il paese "più anziano d'Europa". Nel 2050 il 33,1% della popolazione avrà più di 64 anni con un incremento di almeno il 3% delle malattie croniche. La spesa pro capite ha un divario del 30% verso la Germania e del 23% verso la Francia. Per un'evoluzione sostenibile della sanità è necessario rafforzare la sanità integrativa in modo tale da rendere il finanziamento del sistema socio-sanitario più flessibile e più equilibrato e ridurre il divario dell'Italia nel confronto europeo in termini di risorse investite in sanità. Attraverso una maggiore centralizzazione, bisogna rivedere la governance della spesa farmaceutica ed elaborare un piano strategico delle scienze della vita e rafforzare le politiche di prevenzione e i PDTA per le patologie più diffuse.

**Sebastiano Marra**, Direttore Dipartimento Cardiologia Villa Pia Hospital Torino - ha parlato di strutture accreditate nell'ambito della cardiocirurgia. Secondo il direttore la cardiologia interventistica ha tolto alla terapia cardiocirurgica una grande parte della popolazione di pazienti principalmente quelli a rischio medio-basso o molto alto non operabili. La mini-invasività e le tecniche di riparazione hanno allargato lo spettro di pazienti con indicazione chirurgica rispetto al passato. La struttura accreditata non è dotata di Pronto Soccorso ma ha richieste di interventi in Urgenza/Emergenze da ospedali del territorio che non trovano pronto accesso in strutture pubbliche. Nella città di Torino si hanno 3 Cardiocirurgie: Centro di riferimento trapianti (cuore e polmone) Città della Salute e della Scienza, Ospedale Mauriziano, e il Maria Pia Hospital. Nel 2016 sono stati 380 gli interventi maggiori (coronari, valvolari, aneurismi, ecc.). Le strutture pubbliche o accreditate hanno uguali livelli di risultati, non si deve entrare in competizione, ma in armonica cooperazione.

**Dario Talarico**, Market Access Director Celgene Italia - ha spiegato che i concetti di innovazione, sostenibilità, equità e governance devono focalizzarsi su un unico obiettivo: il paziente favorendo una partnership più stretta tra pubblico e privato, incentivando l'innovazione e garantendo un accesso più rapido alle cure.

**Vittorio Morello**, Presidente AIOP Veneto - si è concentrato, nel suo intervento, sul Rapporto Osservasalute 2015 e sulla propensione dei cittadini italiani al non rivolgersi alle cure. I



motivi sono che sono più sensibili ai vincoli della crisi economica che produrrebbe la difficoltà di pagare il ticket e la maggiorazione di prezzo dello stesso. Anche gli operatori sanitari, subendo gli effetti della crisi cercano di limitare il numero di prestazioni a quelle più necessarie. Per quanto riguarda gli altri Paesi si osservano ulteriori trends preoccupanti: in Irlanda e in Spagna il numero organi donati è in continua diminuzione, mentre sono in aumento, del 20%, gli stati depressivi e di conseguenza i suicidi.

**Domenico Mantoan**, Direttore Generale Sanità e Sociale Regione del Veneto - insiste sul cambiamento del sistema. La globalizzazione ha contribuito alla miseria, infatti c'è una fascia di popolazione che non riesce a pagare i 30 euro di ticket. Poi c'è il tema delle liste d'attesa che in Veneto sono rispettate per il 90%, ma ammontano a circa 180 giorni. La Regione sta cercando di fare la propria riforma rinnovando la gestione degli MMG e riorganizzando il modello di governance con l'Azienda Zero. E si come comunque tra le migliori come performance.

**Angelo Del Favero**, Direttore Generale ISS, Presidente Federsanità ANCI - quello che i cittadini spendono di tasca propria, che ammonta a circa a 33 miliardi a cui se ne sommano 9 per la sanità convenzionata, accreditata e il pubblico rappresenta 1/3 della spesa sanitaria e quindi è ovvio che il settore privato è importante, ma va elaborata una progettualità comune tra pubblico e privato in maniera tale che l'uno sia complementare con l'altro e non in dimensione concorrenziale. Il nostro compito è quello di monitorare e di essere di supporto alle regioni e agli enti sanitari locali per individuare i processi, sviluppare metodologie che consentono di controllare i fenomeni e quindi di intervenire sulla popolazione sia in termini preventivi che terapeutici ove necessario.

**Enzo Chilelli**, Direttore Generale Federsanità ANCI - ha sottolineato che la qualità delle risposte deve essere mantenuta negli standard richiesti pur nella scarsità delle risorse del sistema sanitario e chi si occupa di sociosanitario, siano esse Organizzazioni del sistema sanitario pubblico o del privato o strutture riferite ad enti locali o territoriali. Di fronte ad una emergenza continua sul versante epidemiologico e demografico è inevitabile riconoscere l'importanza di strumenti sicuramente oggetto di giustificata rivalutazione rispetto al passato come la progettazione, la pianificazione e la programmazione. Per molti anni il SSN si è preoccupato di erogare prestazioni sanitarie formando ottimi professionisti della cura e della prevenzione mentre, particolarmente in ambito pubblico, si è data meno importanza alla gestione e ai suoi strumenti e a come questi possano essere applicati efficacemente nell'ottica del miglioramento dei servizi.

**Stefano Zingoni**, Presidente FIMMG - La disuguaglianza esiste indipendentemente dal pubblico e privato ed è insita in uno schema generale di approccio ai servizi. Si tratta di vedere se esiste una possibilità di definire in maniera condivisa che cosa si intenda per integrazione tra pubblico e privato. Il presupposto è la conoscenza dei due poli che si devono integrare. La necessità che rivendichiamo come medici di medicina generale, vicini alle esigenze delle famiglie, è che le famiglie abbiano la possibilità di essere tutelate nei loro diritti di attesa di salute e di servizi, sia in un pubblico che finalmente dica che cosa vuole erogare e come, e in un privato che venga regolamentato per quanto riguarda il potere contrattuale nelle famiglie stesse nei riguardi dell'acquisizione del servizio privato perchè altrimenti potremmo correre il rischio di avere un servizio sanitario nazionale che si sgonfia e che deperisce e un privato che invece si propone con le logiche aziendali.



**Tonino Aceti**, Coordinatore Nazionale Tribunale per i diritti del malato, Cittadinanzattiva – ha spiegato che lo scenario nel quale si sta lavorando prende spunto dalle segnalazioni dei cittadini che riscontrano: difficoltà accesso alle prestazioni per tempi e per costi. Si riscontra anche in aree come l'oncologia anche nelle strutture di eccellenza come il Pascale. Entrate sul privato e i costi fissi accollati sul pubblico. A questo c'è un'ulteriore distorsione: le prenotazioni al CUP deviano sul privato. Il SSN è sostenibile se non produce gli effetti sopra citati. Le politiche dell'accesso al servizio sono residuali in molti ambiti come l'ospedaliero e il farmaceutico. Non c'è una politica nazionale.

**Giovanni Monchiero**, Membro XII Commissione (Affari Sociali) Camera dei Deputati – ha spiegato che il nuovo modello si basa su alcuni elementi cardine: governance pubblica del percorso di assistenza per garantire, oltre ai livelli elementari di assistenza, equità di accesso e garanzia dell'esercizio del diritto da parte dei cittadini; gestione integrata che vede il soggetto del privato sociale affiancare il sistema pubblico in tutte le parti che costituiscono il processo, attraverso un percorso di accreditamento e controllo pubblico a garanzia di qualità e trasparenza; forte presenza di attori privati, come cooperative sociali, cooperative di utenza, medici di medicina generale organizzati in forma cooperativa e forme di assistenza sanitaria integrativa volontaria.

**Fiorenzo Corti**, Vice Segretario Nazionale FIMMG – ha spiegato che la mission è quella di sostenere la sostenibilità del SSN potenziando l'area dell'assistenza primaria e delle cure, un'area che vede un primo momento di confronto con il cittadino, e un rapporto stretto tra medico e paziente instaurando così un meccanismo di fiducia. La professione del medico di base è cambiata in base anche all'aumento degli anziani e i pazienti cronici. Le necessità non sono più legate al semplice farmaco o prestazione diagnostica, ma quello che si mantiene viva è la volontà del professionista di ascoltare le esigenze del paziente e mettersi a disposizione per un percorso di cura accurato e mirato.

**Roberto Moriondo**, Direttore Scientifico Motore Sanità Tech – l'evento è stato un modo per mettere in evidenza concetti fondamentali come innovazione tecnologica, di processo e di prodotto per la PA che negli anni ha stratificato una normativa di prevenzione della corruzione che è particolarmente complessa e non sembra essere idonea allo sviluppo dell'innovazione. Il nostro Paese ha ancora difficoltà ad adottare soluzioni tecnologiche che magari negli altri paesi sono già presenti, e utilizzate in tempi molto più brevi. L'immissione dell'innovazione nei sistemi pubblici incide non soltanto sulla spesa ma anche sulla vita dei cittadini. Dalla discussione è emersa la necessità di acquisire nuove competenze e intelligenze aprendo un dibattito anche con i legislatori in maniera da eliminare determinati elementi che fanno da ostacolo all'immissione dell'innovazione.

**Tiziano Carradori**, Direttore Generale AOU Ferrara – ha spiegato che nello sviluppo delle architetture e degli applicativi ICT, bisogna creare le condizioni affinché a livello aziendale possano essere perseguiti efficacemente gli obiettivi per lo sviluppo dell'ICT con il fine di supportare la semplificazione ed il miglioramento dell'accessibilità. Le aree in cui prioritariamente saranno sviluppati i progetti sono: l'integrazione socio-sanitaria, l'innovazione dei sistemi per l'accesso, la razionalizzazione ed innovazione di sistemi applicativi di Area vasta e regionali, mettendo in campo le azioni necessarie per la costruzione dell'Anagrafe Regionale Assistiti, la dematerializzazione dell'intero ciclo passivo degli acquisti (ordine, documento di trasporto e fattura). Particolare impegno si richiede nell'adozione e diffusione del nuovo software della scheda sanitaria individuale dei medici di medicina

generale. In particolare dovrà essere realizzata l'unificazione dell'infrastruttura software CUP e ALP a livello interprovinciale tra Piacenza e Parma.

**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 (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.

**Filippo Leonardi**, Direttore Generale AIOP - ha tratto le conclusioni delle tre giornate partendo dal concetto delle inerzie che ci sono all'interno del SSN, soprattutto inerzie istituzionali che rischiano di condurci a prendere delle decisioni senza una guida. Dobbiamo interrogarci sulle modalità del governo e preoccuparci delle esigenze dei cittadini. Le persone autorevoli che hanno animato la Winter School in questi giorni, certo potranno contribuire culturalmente alle scelte per il futuro di tutti.

**Nicola Ruggiero**, Vice Presidente ANITEC - La diffusione delle malattie croniche richiede di identificare nuovi metodi e sistemi per il loro monitoraggio e la loro prevenzione. In questo processo, la tecnologia dell'Internet of Things e tutto l'ecosistema che ruota intorno ad essa, aiuteranno il paziente ed il sistema sanitario con la creazione ed attuazione di sistemi integrati e in rete, a supporto di interventi di prevenzione e di miglior gestione della complessità territoriale, con maggiore efficienza e minor costo per tutti. In questo ambito si aprono scenari applicativi e di business per tutto il settore ICT: informatica e telecomunicazioni entreranno sempre di più nei processi di cura quotidiana di una massa diffusa di persone. Ci aspettiamo un cambiamento di paradigma pari a quello che la sharing economy ha indotto in altri settori. Anitec è già attiva su questo fronte e i suoi associati sono impegnati a collaborare per trovare soluzioni per migliorare la prevenzione delle malattie. Parliamo di sviluppi tecnologici atti a migliorare la qualità di vita dei malati e anche a ridurre i costi della sanità pubblica.

**Dimitri Tartari**, Segreteria Commissione Speciale dell'Agenda Digitale della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - Le tecnologie ICT secondo l'Agenda Digitale Europea ci aiuteranno ad affrontare le sfide che attendono la nostra società, come l'invecchiamento della popolazione, i cambiamenti climatici, la riduzione dei consumi energetici, l'efficienza dei trasporti e la mobilità, la salute, l'inclusione dei disabili. Le soluzioni ICT sono dunque viste come abilitanti lo sviluppo intelligente, sostenibile e inclusivo, che l'Unione Europea ha definito nella propria visione strategica Europa 2020. Il ruolo e le potenzialità delle tecnologie digitali per la sostenibilità dello sviluppo sono anche al centro della Agenda Digitale dell'Emilia-Romagna, discussa in questi mesi con le parti interessate ed incentrata sugli obiettivi chiave di una regione al 100% digitale, che presenti "zero differenze" tra luoghi, cittadini, imprese e città in forza di un "ecosistema digitale" adeguato per tutti.

**Gabriella Levato**, Medico di Medicina Generale, FIMMG Lombardia - nel quadro socioeconomico che si è andato delineando, appare impossibile immaginare una gestione

delle malattie croniche e del- l'invecchiamento della popolazione non basata sulla medicina Generale, organizzata, attrezzata, coadiuvata da figure professionali che ad essa facciano capo e rispondano. Gli studi economici inoltre confermano che i costi delle prestazioni necessarie per dia- gnosi e monitoraggio diminuiscono quando queste vengono erogate nelle strutture meno complesse. Per questo il passaggio alla medicina pro-attiva per le condizioni di cronicità si rende indispensabile. Tra gli obiettivi di salute che devono essere perseguiti l'invecchiamento attivo, assume un carattere prioritario affiancare e guidare il paziente di ogni le età nella scelta di uno stile di vita che regali salute e vita ai suoi anni, è infatti un compito particolarmente importante, anche in termini di sostenibilità economica, in un paese che ha una tra le popolazioni più anziane del mondo. È compito del medico di famiglia, proprio per la visione olistica che inevitabilmente manca allo specialista. Il medico deve quindi acquisire capacità di management, nell'ambito dell'attività, delle forme organizzati- ve della professione, e anche di gestione integrata delle patologie e della prevenzione. il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina proattiva implica un cambio di marcia, un diverso modo di operare che potrà rendere nel tempo più operativo, più proficuo e meno gravoso il lavoro. L'elemento critico di questa innovazione è che il dato abbia una lettura "esperta" in grado di interpretarlo. È necessaria dunque una "interfaccia professionale" in grado di contestualizzare quel dato e saperne realizzare una lettura esperta.

**Paolo Colli Franzone**, Netics – ha sottolineato l'importanza del Digitale e dell'innovazione al servizio della Sanità, perchè possono contribuire a offrire servizi migliori e meno cari. Grazie alla digital transformation è possibile ristrutturare la spesa ospedaliera. Netics da tempo ipotizza uno scenario di piena e profonda digitalizzazione della Sanità italiana realizzabile esclusivamente creando una sorta di "corsia preferenziale" per le iniziative di partenariato pubblico-privato capaci di garantire efficacia e sostenibilità a processi di innovazione che il pubblico da solo non riesce ad attuare.

**Ermes Zani**, Partner Healthy Reply – ha sottolineato un aspetto fondamentale sia nel pubblico che nel privato ed è quello della continuità della cura al cittadino e supportare gli enti che lo hanno in carico. Con la piattaforma sviluppata si cerca di dare un determinato percorso sanitario al paziente sia che si trovi dentro o fuori casa. Non necessariamente dev'esserci una centrale operativa, ma potrebbe essere anche una struttura sanitaria privata o pubblica che si organizzano in modo da erogare prestazioni intra-ospedaliere e prestazioni sul territorio. Tutta una serie di device non necessariamente medicali, legati alla domotica e allo stile di vita, possono essere di supporto alla determinazione di dati utili alla presa in carico dei soggetti.

