



L'AGENDA SUL FUTURO DELLA SANITÀ ITALIANA

RELAZIONE FINALE

PREMESSA

Negli ultimi trent'anni il Servizio Sanitario Nazionale ha assicurato a generazioni di italiani servizi di buon livello e accessibili a tutti e oggi si trova ad operare in un contesto diverso rispetto al passato a causa di fattori tecnici, economici ed etici. Il progresso tecnico, insieme ai trend demografici, contribuisce ad allungare la vita media aumentando la domanda di prestazioni sanitarie. I vincoli e i limiti di natura economica hanno un peso sempre maggiore nei processi decisionali. Per fronteggiare queste sfide, il Sistema Sanitario Italiano dovrà sapersi muovere sotto diversi aspetti: continuare a migliorare la prevenzione delle malattie e l'efficienza delle strutture sanitarie, ridurre le disparità tra le prestazioni, definire una politica sanitaria nazionale integrata con le priorità industriali del Paese e semplificare la burocrazia.

Dopo il grande successo della scorsa edizione, tenutasi a Ferrara, anche quest'anno Motore Sanità ha promosso ed organizzato la seconda Winter School 2018, a Como. Le tre giornate, 25,26,27 Gennaio, hanno coinvolto Direttori Regionali e Generali, Senatori e Deputati, Presidenti di enti sia pubblici che privati, rappresentanti di Centri di ricerca e dell'Università, oncologi di livello internazionale, associazioni di categoria, aziende del settore farmaceutico e della salute.

Come si dovrebbero ulteriormente attrezzare le regioni, quale il confine tra politica e tecnocrazia, e quali competenze debbano appartenere al governo centrale per favorire un'omogeneizzazione dell'offerta a livello nazionale, e se la Conferenza Stato-Regioni continui ad essere il collante tra le due realtà: questi sono gli interrogativi posti alla Winter School 2018.

Con il fallimento del referendum sulla modifica della Costituzione e l'approvazione dei temi referendari autonomistici del Veneto e della Lombardia, che si aggiungono alle richieste dell'Emilia-Romagna per un decentramento di competenze attualmente centralizzate, il tema del **regionalismo** e di una **maggiore autonomia gestionale regionale**, già importante per ciò che concerne la sanità, diventa insieme al finanziamento del SSN il tema principale degli ultimi mesi.

1. Temi di discussione sono stati le **'reti delle patologie'** e le **difficoltà regionali** con riferimento alle malattie rare, infettive-croniche, cardiopatie e al trattamento del diabete: la rete è un modello innovativo di organizzazione dell'assistenza fondato sulla condivisione delle conoscenze e sulla collaborazione clinica, finalizzato a migliorare la qualità e l'appropriatezza di cura di una malattia e l'efficienza del Sistema nell'utilizzo delle risorse, orientando allo stesso tempo il paziente nei

percorsi di cura, con la riduzione dei tempi di attesa e della mobilità.

2. Si è trattato il tema del ‘*market access*’ in un’ottica di centralità del paziente e dell’importanza dell’investimento in tecnologie per investire sulla salute. L’attuale modello regolatorio e di governance a livello centrale, che fino ad oggi è stato in grado di governare la spesa farmaceutica territoriale, si sta mostrando incapace e inadeguato a governare la spesa farmaceutica ospedaliera con il conseguente sfondamento dei tetti di spesa.

3. La cronicità ha aperto il dibattito sulla *delibera del Riordino della Rete di Offerta* e la *modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili della Lombardia* e del *Veneto*; sul *ruolo dei Medici di Medicina Generale*, sia per la gestione del paziente cronico sia per la stesura dei piani terapeutici.

4. Gli altri temi di confronto: la **Legge Gelli-Bianco** (la responsabilità del medico e ‘medicina difensiva’) con l’intervento dell’Onorevole Amedeo Bianco, co-proponente della legge; l’**innovazione in campo oncologico**, quindi l’**importanza dei PDTA** e del **PAI** e della ‘**medicina di precisione**’ e le **ricadute per la sostenibilità del SSN**.

PRIMA PARTE:

L’AGENDA SUL FUTURO DELLA SANITA’ ITALIANA

SOSTENIBILITA’ E REVISIONE DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI IN ITALIA

I due temi affrontati nel corso di giovedì 25 gennaio sono stati il **futuro della sanità italiana** e la **sostenibilità e revisione del farmaco e dei dispositivi in Italia**.

Migliorare la prevenzione delle malattie e l’efficienza delle strutture sanitarie, ridurre le disparità tra le prestazioni, definire una politica sanitaria nazionale integrata con le priorità industriali del Paese e semplificare la burocrazia. Queste sono le nuove sfide che dovrà affrontare il Servizio Sanitario Nazionale di fronte allo straordinario progresso tecnologico, alla crescita della domanda di prestazioni sanitarie dei cittadini (che vivono più a lungo rispetto al passato) alla gestione della cronicità (che in Italia interessa il 30 per cento della popolazione) fino ai vincoli e ai limiti delle risorse economiche che hanno un peso sempre maggiore nei processi decisionali.

Quale modello sanitario potrà rispondere al diritto alla salute dei cittadini? I massimi esperti della sanità presenti alla tavola rotonda di Como hanno cercato di rispondere al quesito proponendo modelli di sostenibilità che rispondono a concetti chiave, come *semplificazione* (a dispetto di una burocratizzazione del sistema salute nel suo complesso), centralismo *versus federalismo*, con la chiarezza espositiva in cui si delinea non il concetto di più stato versus più regione, ma più stato e più regione chiarendo i rispettivi ruoli e il punto cruciale dell’offerta LEA che deve diventare omogeneo in tutto il paese, e *lavoro in rete tra Asl e all’interno delle stesse* di cui un buon strumento possono essere i *Dipartimenti interaziendali* diffusi sul territorio.

La *ricomposizione*, altra necessaria chiave di volta, è intesa come omogeneizzazione di gestione, programmazione ed integrazione dei servizi e dei professionisti che operano nel campo della cronicità al fine di ottenere un’unica modalità di approccio nei confronti del paziente cronico. Risulta essere determinante nel processo di cambiamento anche la *sinergia tra gli attori del sistema*, nonché *modelli organizzativi* che non dimentichino, però, il rapporto paziente-medico e paziente-infermiere, la *richiesta di autonomia differenziata* e la proposta di una *sanità integrativa*.

Risulta chiaro che la sostenibilità economica futura del sistema è arrivata ad una svolta, ove o si implementa il finanziamento pubblico, possibilmente a parità di tassazione per evitare di deprimere la debole crescita economica, oppure si cambia il sistema, da sistema a fiscalità diretta ad un sistema misto-pubblico assicurativo, intendendo come tale soprattutto la componente dei fondi integrativi e la mutualità sociale oltre alle assicurazioni private. Il decrescere del finanziamento in

rapporto al PIL, che passerà dal 6,7 al 6,3 nel 2020, pone problemi seri di mantenimento funzionale e strutturale del SSN.

Altro tema è la riconfigurazione della governance aziendale, ove date le attuali dimensioni assunte dalle aziende sanitarie, si ripropone da parte di alcuni la presenza affiancatrice del Direttore Generale di un Consiglio di amministrazione composto da tecnici, sulla cui indipendenza dalla politica pone quesiti di non facile soluzione.

Inoltre se la *tecnologia è un potenziale driver di cambiamento* (si pensi, ad esempio, alla prospettiva di sviluppo della robotica nella domiciliatura delle cure) e fattore di crescita a crescita vertiginosa sia negli ospedali che nel territorio, resterà fondamentale il ruolo del *medico specialista e di famiglia* e dei *farmacisti* sul fronte della cura sul ‘territorio’, della prevenzione e nell’educazione sanitaria, oltre che al compito specifico dei vari attori del sistema.

Altro tema di rilievo affrontato è stato quello della *legge Gelli-Bianco*: se ha ampliato l’ambito di tutela del diritto alla salute ricomprendendovi la sicurezza delle cure, le strutture sanitarie, socio-sanitarie e gli esercenti la professione, proprio per salvaguardare tale diritto, dovranno adottare risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative adeguate, tra le quali deve ricomprendersi necessariamente anche il rispetto della normativa sulla *privacy*.

Infine, considerando la necessità di *delisting*, la rimozione dal prontuario dei farmaci e dei dispositivi obsoleti, anche *strumenti digitali innovativi* all’interno della sanità hanno un ruolo strategico. Essi servono non solo per portare l’innovazione nel servizio digitale al cittadino aumentando la sicurezza delle cure e ostacolandone la duplicazione inutile ed onerosa (per es. la telemedicina), ma anche per raccogliere le informazioni e supportare i processi decisionali in campo farmaceutico e generale, come prescrivere e somministrare i farmaci in ospedale o impiegare protesi e dispositivi in tempo reale per il cittadino.

SECONDA PARTE:

LA RIORGANIZZAZIONE DEL SSN TRA CENTRALISMO E REGIONALISMO CRONICITA’ E MODELLO LOMBARDO

E’ possibile, a legislazione vigente, potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sui 21 sistemi sanitari regionali, nel pieno rispetto delle loro autonomie?

La **riorganizzazione del servizio sanitario nazionale tra centralismo e regionalismo** è stato il tema della seconda giornata Winter School 2018. Ospite d’onore della sessione di studio e di confronto, che ha coinvolto i massimi esperti della sanità italiana, è stato il Professor Renato Balduzzi, Membro del Consiglio Superiore della Magistratura che ai presenti ha portato la sua *Lectio magistralis*. Il Dottor Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE ha sciorinato numeri su numeri per documentare le enormi differenze tra i 21 sistemi sanitari: dagli inadempimenti sui Lea, al programma nazionale esiti, dalle differenti modalità di applicazione del ticket agli stili di vita per la prevenzione primaria.

Di fronte alla chiarezza espositiva del Professor Balduzzi è emersa l’incongruenza di pensare che la modifica dell’articolo V sia focale per i rapporti istituzionale tra enti centrali ed intermedi, poiché la regionalizzazione è insita nella legge 833 e nei vari passaggi derivati, per cui il periodo della sua reale applicazione sono stati gli anni ‘90 e che la partita si gioca sull’applicazione omogenea dei LEA il cui score di valutazione regionale appare datato. E’ emerso altresì la necessità di un salto culturale tra i cittadini, gli operatori e la politica per un governo del cambiamento che sta avvenendo silenziosamente a scapito dell’universalità e dell’equità del sistema sanitario.

Il secondo tema della giornata è stato la **“cronicità”** con la presentazione del *modello lombardo* e del *modello veneto* in cui il *ruolo dei Medici di medicina generale* e dei *farmacisti* sarà strategico nell’accompagnamento del paziente nel percorso di cura e nella fornitura di servizi che vanno oltre

la somministrazione del farmaco.

In Regione Lombardia vivono 3,3 milioni di persone affette da patologie croniche, il 32% dell'intera popolazione, e assorbono il 77% del Fondo sanitario regionale. La Regione Lombardia, sistema sanitario di eccellenza per avere tanti ospedali di grande qualità diffusi sul territorio, e per avere una rete territoriale fatta di medici con i quali in questi anni si sono fatte sperimentazioni importanti di presa in carico dei pazienti cronici, prova a lanciare una nuova sfida, costruire un *modello di presa in carico del paziente cronico*. In questo progetto sono coinvolti 294 gestori, tra medici di medicina generale e strutture sanitarie e socio sanitarie accreditate e contrattualizzate con il sistema sanitario che si occuperanno di trattare i pazienti affetti dalle 65 patologie croniche individuate. Il paziente non si dovrà più preoccuparsi di prenotare gli esami ma ci sarà il gestore-struttura che prenoterà tutto quello che è compreso nel Piano assistenziale individuale (Pai) redatto dal proprio medico. Così fatta, l'organizzazione della gestione del paziente cronico consentirà da una parte di alleviare il carico dei pronti soccorsi, di rendere meno lunghe, o ancora meglio, di azzerare le liste d'attesa; dall'altra far sentire il paziente realmente accompagnato e non abbandonato, con il miglioramento degli out-come.

Il modello della Regione Veneto è basato su “un modello di presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza” volto alla gestione della cronicità semplice (con le Medicine di gruppo integrate) e alla gestione della cronicità complessa ed avanzata. Quest'ultima prevede: la costruzione di team multiprofessionali e specialistici che garantiscano il coordinamento dei diversi nodi della rete nell'attuazione dei Pai condivisi dal team e dal paziente, coinvolgendo anche la rete ospedaliera, con importante funzione consulenziale e di supporto alla domiciliarizzazione; l'offerta di cure domiciliari con programmazione degli accessi 7 giorni su 7, dalle 7 alle 21; favorire il consolidamento delle cure palliative anche con la strutturazione dell'attività ambulatoriale ad integrazione e supporto delle cure domiciliari e dell'ospedalizzazione; dimensionare i team multiprofessionali per la gestione della cronicità complessa e avanzata sulla base della popolazione target.

La *sanità privata* vuole essere un'opportunità di risposta ai bisogni della cronicità garantendo prestazioni di eccellenza a costi sostenibili, erogando più livelli di assistenza ospedaliera, specialistica, residenziale, ricoveri intermedi, da qui la necessità di coinvolgerla nella programmazione del sistema, non solo come terminale dei servizi ma come co-gestore dei medesimi

Che contributo potrà dare *la tecnologia* alla presa in carico del paziente cronico?

Grazie a progetti di informatizzazione della presa in carico, come il progetto *Ticuro Reply*, il cittadino è spinto a diventare sempre più protagonista del percorso di cura individuale pensato – per e con lui – da équipes multiprofessionali, in seguito a una valutazione multidimensionale; il progetto, esempio di best practices, punta alla integrazione dell'assistenza primaria, alla continuità assistenziale modulata sulla base dello stadio evolutivo della malattia, al potenziamento delle cure domiciliari e all'attenzione ai bisogni globali dei pazienti; punta alla forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche, nonché al potenziamento delle cure domiciliari, riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di “tecnoassistenza”.

TERZA PARTE:

IL FUTURO DELL'ONCOLOGIA E LA SOSTENIBILITÀ DEL SSN

L'ultima giornata della Winter School 2018 dedicata all'*innovazione dell'oncologia* è stata aperta dal saluto del Professor Mario Melazzini, Direttore Generale di Aifa, il quale come già chiarito dal Prof. Vella, Presidente di AIFA, che ha aperto la seconda giornata della Winter School, ha rilanciato l'impegno di AIFA per una vera innovazione sostenibile economicamente. «Auspicio che tutti gli attori della Sanità partecipino insieme alla sfida che il Ssn oggi impone, che i pazienti siano aderenti alle terapie e che si affidino a chi quotidianamente deve garantire loro rapide risposte».

La prevenzione, le diagnosi precoci ma anche le nuove armi terapeutiche a disposizione permettono guarigioni o lunghe sopravvivenze. L'oncologo si trova di fronte al grande progresso delle terapie oncologiche da una parte, ma dall'altra parte si scontra con i *limiti attuali della genetica oncologica*. Oltre 3.000.000 di cittadini italiani vivono nel 2017 dopo una diagnosi di tumore (fonte: Aiom-Artum). Si rendono pertanto necessari, anche in oncologia, *nuovi modelli organizzativi* che potenzino ciò che da sempre caratterizza la 'presa in carico' di un paziente oncologico, ovvero la creazione di percorsi trasversali che superino la frammentazione di percorsi di diagnosi e trattamento, garantiscano continuità nell'accesso alla rete dei servizi e appropriatezza nelle prestazioni.

L'oncologia ha visto negli ultimi anni una profonda evoluzione a partire dai riferimenti biologici, alle potenzialità cliniche fino agli aspetti organizzativi. Il fenomeno della cronicizzazione, la classificazione sulla base della tipizzazione biomolecolare, le opportunità della medicina di precisione, l'espansione della immunoterapia, sono alcuni degli aspetti più significativi. Ad essi si aggiungono gli sforzi per implementare le reti oncologiche come modello organizzativo più efficace e gli impegni, spesso anche complessi, per garantire la sostenibilità delle cure in un settore che vede i costi in continuo aumento. Trovare la quadra tra innovazione, appropriatezza, qualità ed equità delle cure è la scommessa che politica, clinica, industria e società civile devono tentare insieme (Professor Gianni Amunni, Direttore Generale dell'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) della Regione Toscana).

L'*immuno-oncologia* è la quarta arma contro il cancro che si affianca a quelle 'classiche' costituite da chirurgia, chemioterapia e radioterapia. Dopo le prime due 'ondate' rappresentate dalla chemioterapia e dalle terapie mirate, stiamo assistendo a un vero e proprio 'tsunami' nel trattamento del cancro grazie alla progressiva estensione dell'efficacia dell'immuno-oncologia. È la quarta arma contro il cancro che si affianca a quelle 'classiche' costituite da chirurgia, chemioterapia e radioterapia. Nel 2013 la prestigiosa rivista americana *Science* collocò l'immuno-oncologia al primo posto della 'top ten' delle più importanti scoperte scientifiche dell'anno. Oggi, dopo 5 anni, sono stati raggiunti risultati importantissimi e molte conquiste sono considerate ormai acquisite: nel melanoma metastatico grazie all'immuno-oncologia il 20% dei pazienti è vivo a 10 anni dalla diagnosi. E sono promettenti i risultati in neoplasie che, finora, in stadio avanzato presentavano scarse opzioni terapeutiche: ad esempio nella vescica quello ottenuto con l'immuno-oncologia è il primo reale progresso negli ultimi 30 anni. E le prospettive si estendono alle neoplasie del polmone, del rene, del fegato, del colon-retto, del distretto testa-collo e del linfoma di Hodgkin. Per molte persone colpite da queste malattie in fase avanzata l'immuno-oncologia ha rappresentato una vera e propria svolta. Questo approccio non solo allunga la sopravvivenza a lungo termine cronicizzando in alcuni casi la malattia, ma garantisce anche una buona qualità di vita. Due studi presentati al Congresso della Società europea di Oncologia Medica (ESMO), che si è svolto lo scorso settembre a Madrid, mostrano importanti prospettive. Innanzitutto nivolumab, molecola immuno-oncologica, ha evidenziato una riduzione del rischio di recidiva della malattia del 35% in pazienti con melanoma in stadio IIIB/C o stadio IV dopo resezione chirurgica. È stato dimostrato in questo modo che il trattamento precoce con l'immuno-oncologia nella terapia adiuvante del melanoma (cioè dopo l'intervento proprio per ridurre il rischio di recidiva) può determinare benefici a lungo termine. Un altro studio presentato a Madrid ha confermato dell'efficacia della combinazione di due

molecole immuno-oncologiche, nivolumab e ipilimumab. Il 58% dei pazienti trattati con questa combinazione è vivo a tre anni, si tratta di un dato senza precedenti che rende concreta la possibilità di cronicizzare il melanoma in più della metà dei casi perché sappiamo che dopo 36 mesi le percentuali di sopravvivenza si mantengono stabili nel tempo. (Professor Paolo Ascierto, direttore dell'Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative dell'Istituto Nazionale Tumori Fondazione 'G. Pascale' di Napoli).

Gli oncologi oggi vogliono avere una *visione di insieme delle mutazioni dei geni e dell'epigenetica* per curare più persone possibile e quindi ridurre il costo delle cure contro il cancro. Le metastasi sono diverse dal tumore primitivo e modificano le loro caratteristiche nel corso del tempo, per questo esiste la necessità di andare oltre la "foto" del momento diagnostico del tumore primitivo e di creare invece un "film", una sequenza di scatti che descriva nel tempo lo sviluppo delle cellule che danno le metastasi. (Professor Pierfranco Conte, Professore Ordinario Oncologia Medica, Direttore della Scuola di Specializzazione in Oncologia Medica Dipartimento Di Scienze Chirurgiche Oncologiche e Gastroenterologiche Università di Padova).

La necessità di una visione di insieme richiede strumenti tecnologici molto sofisticati. E' necessario investire di più per ridurre il costo della diagnostica e per migliorare l'outcome delle cure, e implementare la conoscenza utile per avere strumenti di prevenzione di diagnosi precoce che permetterà di guarire più persone. Approfondire dall'inizio la diagnostica su tutti i malati non solo permette di curare meglio i malati e creare i presupposti per sviluppare meglio le cure personalizzate, ma anche di mettere le basi per avere maggiore conoscenza e aumentare le probabilità di guarigione nei malati, magari affrontando la malattia in fase precoce. (Professor Filippo De Braud, Direttore Dipartimento Oncologia Medica dell'Istituto Nazionale dei Tumori).

Il *modello "melanoma"*. Questa neoplasia che è in continuo aumento, presenta una prognosi favorevole se viene asportata in fase iniziale a livello cutaneo, ma può portare allo sviluppo di metastasi a organi interni quali polmone fegato e encefalo, in caso di diagnosi cutanea tardiva. Proprio per i pazienti con melanoma metastatico, negli ultimi anni grazie allo sviluppo delle nostre conoscenze in ambito di pathway molecolari e immunologici coinvolti nello sviluppo della neoplasia, si è assistito ad un sensibile incremento della sopravvivenza, da una mediana di 6-8 mesi fino al 2010, a valori attuali superiori a 24 mesi; queste modifiche si sono verificate anche in un periodo di tempo breve, e abbiamo inoltre attualmente in fase di studio ulteriori farmaci e combinazioni che promettono ulteriori miglioramenti. (Professor Pietro Quaglino, Dermatologo della Città della Salute e della Scienza di Torino).

E' importante che le novità dei nuovi farmaci siano però associate ad una *nuova gestione del paziente* che deve conferire la metodologia adeguata per garantire la corretta gestione del trattamento stesso. La nuova gestione deve partire dal concetto della "presa in carico" del paziente. Significa sostanzialmente prendersi cura della persona per l'intero iter clinico e assistenziale da quando mette piede in ospedale, e deve svilupparsi nell'ambito della "interdisciplinarietà" come interazione di più discipline e quindi attraverso riunioni interdisciplinari dei medici e non semplici consulenze in cui il paziente viene inviato dai vari medici. (Professor Pietro Quaglino, Dermatologo della Città della Salute e della Scienza di Torino).

Passaggio dai Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) al Piano assistenza individualizzato (PAI). Le necessità dei pazienti oncologici sono mutate nel tempo. La prevenzione, le diagnosi precoci ma anche le nuove armi terapeutiche a disposizione permettono guarigioni o lunghe sopravvivenze. Oltre 3.000.000 di cittadini italiani vivono nel 2017 dopo una diagnosi di tumore (fonte: Aiom-Artum). Si rendono pertanto necessari, anche in oncologia, nuovi modelli organizzativi che potenzino ciò che da sempre caratterizza la 'presa in carico' di un paziente oncologico, ovvero la creazione di percorsi trasversali che superino la frammentazione di percorsi di diagnosi e trattamento, garantiscano continuità nell'accesso alla rete dei servizi e appropriatezza nelle prestazioni. Da tempo la gestione del paziente oncologico si fonda sulla inter e multidisciplinarietà e sulla necessità che attorno ai bisogni espressi dal paziente e dalla famiglia trovino una reale integrazione funzionale e operativa molteplici competenze professionali non solo

sanitarie ma anche socio-sanitarie. Da sempre la connessione tra le strutture ospedaliere e le attività territoriali è presente nel viaggio del paziente oncologico, dal follow up alle cure palliative. I PDTA rappresentano "in astratto" tutte le prestazioni necessarie in ogni fase della malattia oncologica per assicurare il percorso di cura. La declinazione "personalizzata" sul singolo individuo è costituita dal PAI (Piano assistenza individualizzato) che, come dice la parola stessa, consentirà al "clinical manager" del paziente di stilare, attingendo dagli esami ritenuti appropriati e necessari dal PDTA, un profilo ritagliato sulle esigenze del singolo paziente. Si tratta di un progetto da sviluppare con attenzione, e non con poche difficoltà, che ruota intorno ad uno strumento clinico-organizzativo, con funzioni di facilitazione e di coordinamento.

Le *Reti Oncologiche* hanno un ruolo strategico nella gestione del paziente oncologico. E' necessario che vadano rinforzate per proteggere sia il paziente sia l'operatore. Il passaggio dai Pdta ai Pai rappresenta una vera e propria estensione della Rete Oncologica.

Infine uno sguardo preoccupato alle *Infezioni ed al loro impatto socio-economico*. Oltre a essere un problema sanitario, le infezioni sono un fenomeno dal notevole impatto socio economico: una singola infezione ospedaliera ha un costo di circa 9.000-10.500 euro poiché prolunga la degenza del 7,5-10% delle giornate di ricovero. Un aspetto evidenziato dalla ricerca "Burden economico delle infezioni ospedaliere in Italia", realizzata dalla Facoltà di Economia dell'Università di Tor Vergata di Roma è quello per cui partendo dal presupposto che le infezioni ospedaliere compaiono in circa 3 casi ogni 1.000 ricoveri in regime ordinario, la stima media annua dei costi raggiunge 69,1 milioni di euro, oltre all'incremento della spesa media per singolo ricovero. (Francesco Saverio Mennini, Professore di Economia sanitaria, Eehta Ceis; Università di Roma "Tor Vergata", Kingston Universtiy, London, UK, che ha anche sollecitato la creazione di un Osservatorio permanente sulle infezioni in collaborazione con il Ministero della Salute).

La giornata si è chiusa con una tavola su come comunicare in sanità. Il problema delle fake news a partire da dati imprecisi e non supportati da evidenza (stima delle persone che rinunciano alle cure, il livello posto dall'OMS sulla quota di 6,5 in rapporto al PIL per assicurare una sanità sufficiente alle esigenze della popolazione, etc.) si accumula alla tendenza della notizia che stupisce o impressiona. Anche i mezzi di comunicazione dovranno fare la loro parte per la sostenibilità culturale futura del nostro SSN.

Liliana Carbone
Motore Sanità
28 Gennaio 2018