



# L'OSSERVATORIO INNOVAZIONE DI MOTORE SANITÀ



# L'OSSERVATORIO INNOVAZIONE DI MOTORE SANITÀ

PRESENTA

## PENSIERO N° 1

EVITARE IL SOTTOFINANZIAMENTO DEL SSN.  
LA NUOVA LEGGE DI BILANCIO

**6 Dicembre 2022**

dalle 14.30 alle 18.00

Sala Capitolare presso il Chiostro  
del Convento di Santa Maria sopra Minerva  
Piazza della Minerva, 42  
**ROMA**



## INTRODUZIONE DI SCENARIO

Il 24 Ottobre scorso sono state approvate nel documento della Conferenza delle Regioni le "Proposte strategiche per i prossimi provvedimenti legislativi della nuova legislatura e sulla legge di bilancio dello Stato 2023-2025".

Un documento che si suddivide in diverse tematiche, tra cui anche quelle inerenti al settore Salute. Tra i temi prioritari mossi, i nuovi oneri per la sanità territoriale in attuazione del regolamento del PNRR M6-C1, per i quali è necessario definire esigenze organizzative, economico-finanziarie e di personale.

La carenza di personale sanitario rappresenta un'altra delle principali criticità riscontrate, tema strategico per la tenuta del SSN e che sta assumendo i connotati di un'emergenza nazionale.

E ancora, affiora la necessità di un confronto sulle prospettive e sullo sviluppo dei settori farmaceutico e dei dispositivi medici del nostro Paese. Tra le proposte strategiche, gli indennizzi dovuti alle persone danneggiate da trasfusioni o vaccinazioni ed il contrasto alla pandemia da Covid-19.

Il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, proprio in riferimento a quest'ultimo aspetto, ha di recente affermato - intervenendo all'Assemblea dell'Anci a Bergamo: "con la pandemia abbiamo compreso che serve una sanità più attenta ai territori, servizi di cura più vicini alla persona, assistenza più aderente ai bisogni delle famiglie, soprattutto delle più svantaggiate e in difficoltà".

Ma quali sono gli obiettivi e i principali interventi della Legge di Bilancio? Le risorse sono sufficienti a finanziare il Servizio Sanitario Nazionale per il 2023 ed i prossimi anni e a fornire una risposta adeguata all'emergenza sanitaria?

Il Fondo Sanitario Nazionale crescerà di ulteriori 2 miliardi nel 2023, e complessivamente di 7,6 miliardi nel triennio 2023-2025. Per il 2023, una buona parte dell'incremento di 2 miliardi - pari a 1,4 miliardi - verrà destinato per il caro energia. Inoltre, aumenta di 650 milioni il fondo per l'acquisto di vaccini e farmaci anti Covid.



L'indennità di Pronto soccorso è stata finanziata per 200 milioni, ma scatterà a partire dal 2024. Questi finanziamenti arrivano su un SSN già duramente messo alla prova dal sottofinanziamento degli anni precedenti, dalle spese causate dal Covid-19, dai costi energetici e dall'inflazione.

Il documento delle regioni ricorda che, per il solo anno 2021, i maggiori oneri dovuti dalla pandemia sono pari a 4,6 miliardi, che hanno trovato copertura parziale - 1,6 miliardi - nei provvedimenti emergenziali fatti dal Governo.

È evidente che, per il 2023, l'incremento del fondo indica un ridimensionamento della previsione della spesa sanitaria. Inoltre, viene riconfermato il tetto di spesa per il personale che rischia di creare una situazione di carenza di servizi e ingovernabilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Intanto, sono iniziati i lavori per realizzare le opere previste dal PNRR, ospedali di comunità e case della salute per il cui funzionamento saranno necessari nuovi operatori sanitari. In rapporto agli altri Paesi, l'Italia solo grazie alla diminuzione del PIL nel 2020 ha sfiorato la media europea, restando comunque distante quanto a investimento pubblico rispetto alle grandi economie europee (Regno Unito, Germania e Francia), che mostrano un valore Pro Capite simile tra loro e nettamente superiore a quello dell'Italia.

L'Osservatorio Innovazione di Motore Sanità intende organizzare un tavolo di confronto tra tutti gli attori di sistema per passare in rassegna le principali criticità ma anche le proposte strategiche, operare un confronto chiaro tra le spese sanitarie italiane e quelle europee e capire che cosa è già stato fatto degli investimenti sanitari del PNRR e che cosa rimane da fare.



## EVITARE IL SOTTOFINANZIAMENTO DEL SSN

È stata rilasciata l'analisi della Corte dei Conti che solitamente non è tenera con gli eccessi della spesa pubblica. E che dice apertamente che, dopo la parentesi del triennio Covid, l'attuale legge di bilancio 2023 per i prossimi anni inizia una fase di rientro nel rapporto tra spesa e PIL, che ricolloca il nostro Paese al di sotto della media dei principali partner europei.

Con in più il fatto che in Italia la quota di popolazione anziana, quindi più bisognosa di cure, è superiore. Secondo il metodo dell'Osservatorio Innovazione di Motore Sanità è necessario mettere a confronto tutti i soggetti interessati affinché si trovino le soluzioni sia relative al fondo, sia al fabbisogno di personale. Soprattutto se si considera il fatto che, nei prossimi anni, gli investimenti importanti legati al PNRR che riguardano il territorio avranno bisogno, per non restare scatole vuote, di personale per funzionare.

Tra i punti proposti dall'Osservatorio Innovazione di Motore Sanità, per i primi mesi della Nuova Legislatura al 1° posto è stato messo l'obiettivo di evitare il Sottofinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

In effetti, la nuova Legge di Bilancio proposta dal Governo ha suscitato già tanto dibattito e tanta attenzione sul settore Sanità e sui fondi ad esso riservati, superando rapidamente i limiti mostrati dalla campagna elettorale, in cui l'argomento sanità era parso dimenticato.



**Nel 2025 il fabbisogno del SSN sarà di ben 200 miliardi di €.**

Una cifra "enorme", che si potrà recuperare solo con l'incremento della quota di spesa privata intermediata da fondi integrativi, un piano di disinvestimento dagli sprechi e un'adeguata ripresa del finanziamento pubblico.

- Al fabbisogno totale di 200 miliardi per il 2025 si arriva tenendo in considerazione diversi fattori:
  - l'attuale sotto-finanziamento;
  - il confronto con altri Paesi europei;
  - il rilancio delle politiche per il personale sanitario;
  - gli inadempimenti Lea\*(slide successiva);





La cifra stimata corrisponde a una spesa annua pro-capite di 3.330€, comunque inferiore a quella registrata in Francia, Belgio, Austria, Germania, Danimarca, Svezia e Olanda nel 2013 →

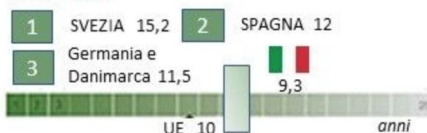
È quindi fondamentale fissare al 7% del PIL il finanziamento del SSN

IL SISTEMA SANITARIO E LA SALUTE IN ITALIA – UN CONFRONTO CON GLI ALTRI STATI EUROPEI

ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA



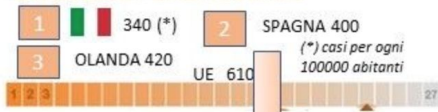
ASPETTATIVA DI VITA IN BUONA SALUTE A 65 ANNI



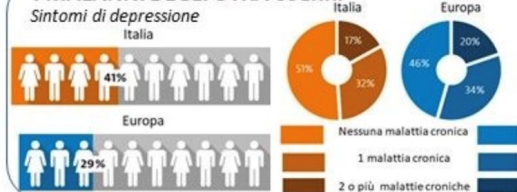
SPESA PUBBLICA PER LA SANITA'



NUMERO RICOVERI IN OSPEDALE CHE SI SAREBBERO POTUTI EVITARE



I MALANNI DEGLI ULTRA 65enni



PERSONALE (ogni 1000 abitanti)

	Medici	Infermieri
1	GERMANIA 4,3	FINLANDIA 14,3
2	SVEZIA 4,1	GERMANIA 12,9
3	DANIMARCA 4	OLANDA 10,9
	ITALIA 4	5,8
	UE 3,6	8,5



EFFICIENZA SISTEMI SANITARI (Classifica Bloomberg 2018)





## Le proposte della conferenza delle regioni

Le proposte approvate dalla Conferenza delle Regioni il 24 ottobre, in un documento sulla Legge di Bilancio dello Stato, dove:

- Si sottolinea la necessità di tenere alto il livello di monitoraggio e di impegno sui maggiori costi per mantenere gli equilibri finanziari del 2022 e del 2023.
- Si richiede di definire una risposta adeguata al fabbisogno di personale determinato dalla riorganizzazione dell'assistenza territoriale, anche in riferimento al PNRR e al Decreto Ministeriale 71.
- Si denuncia la generale carenza di personale come una vera e propria emergenza nazionale, che richiede interventi straordinari e rimozione dei tetti di spesa.
- Si pongono problemi di Governance del settore farmaceutico sia riguardo al Payback, sia sul superamento del tetto di spesa per l'acquisizione di dispositivi medici.

## La carenza del personale sanitario, una grande criticità

- Il rapporto Censis pubblicato pochi giorni fa segnala che dal 2008 al 2020, in Italia:
  - il rapporto medici/abitanti è passato da 19,1 a 17,3 ogni 10.000 abitanti.
  - il rapporto infermieri/abitanti è passato dal 46,9 al 44,4 ogni 10.000 abitanti.
- Uno degli effetti del blocco delle assunzioni è stato il progressivo innalzamento dell'età media del personale sanitario: 51,3 tra i medici e 47,3 tra gli infermieri, dunque persone vicine alla pensione e che presto, ritirandosi, aggraveranno ancora di più il problema della carenza di personale.
- Durante la fase Covid è vero che sono state assunte decine di migliaia di persone, ma si trattava prevalentemente di assunzioni a tempo determinato, mentre quelle a tempo indeterminato - sempre secondo il Censis - sono state in tutto appena 1.350 medici e 8.700 infermieri.





## Gli obiettivi del pnrr

Nella Misura 6 del PNRR, riguardante la Salute, sono stanziati 15,6 miliardi suddivisi in 2 componenti:

- La prima, riguardante più direttamente il territorio, con un'assegnazione di 7 miliardi prevede reti di prossimità, strutture intermedie, e telemedicina per l'assistenza domiciliare. Entro il 2020 si vogliono costruire 1.288 case di comunità, 381 ospedali di comunità (cure intermedie). Inoltre si prevede di prendersi carico - in assistenza domiciliare - di almeno il 10% della popolazione sopra i 65 anni affetta da patologie croniche o non autosufficiente;
- Nella seconda componente del PNRR si stanziavano investimenti per 8 miliardi per organizzare gli IRCCS in modo da rafforzare e potenziare l'aspetto della ricerca biomedica nel SSN. Si punta inoltre all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero e ospedali sicuri anche rispetto ai problemi sismici. Infine, in questa seconda componente, si assegnano risorse ingenti sulla formazione, sullo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale sanitario.

Tutto ciò da realizzare nel quadro di un nuovo paradigma della sanità del futuro, cioè One Health Digital, un sistema integrato e digitalizzato che favorisce la collaborazione tra le diverse discipline ed un approccio olistico e globale ai problemi della salute.



## Da quale situazione partiamo? Un ssn indebolito dal sottofinanziamento e dalla pandemia

- Questa è la realtà. Osserviamola dal punto di vista del cittadino. Lo fa la Corte dei Conti con i numeri, nel documento che ha presentato Venerdì alla Commissione Bilancio della Camera e del Senato.
- Sono ben 14 le regioni che presentano performance peggiori di quelle del 2019 nel caso di interventi cardiovascolari caratterizzati da maggiore urgenza e che dovrebbero essere eseguiti entro 30 giorni.
- Sono 12 le regioni che hanno peggiorato la loro performance riguardo ai tumori maligni: anche le prestazioni specialistiche ambulatoriali non hanno recuperato i livelli del 2019.
- Nel primo semestre del 2022, le prestazioni ambulatoriali erogate risultavano infatti in media nazionale inferiori del 12% a quelle dello stesso periodo del 2019.

A tutto questo si aggiungono da un lato le grandi differenze territoriali nell'erogazione dei livelli di assistenza e dall'altro una spesa privata gravante sulle tasche del singolo cittadino che nel 2016 raggiungeva il 25% del totale della spesa sanitaria: 37 miliardi, pari al 2,2% del PIL e che oggi, in questa situazione, non tende a calare.



## La nuova legge di bilancio

Le risorse stanziare per il 2023 e per i prossimi anni sono sufficienti a fornire una risposta adeguata all'emergenza sanitaria che abbiamo delineato? Lasciamo parlare la Corte dei Conti:

- Il Fondo Sanitario Nazionale crescerà rispetto alle previsioni di ulteriori 2 miliardi nel 2023 e complessivamente di 7,6 miliardi nel triennio 2023-2025.
- Per il 2023, una buona parte dell'incremento di 2 miliardi - pari a 1,4 - verrà destinata e vincolata per il caro energia.
- Altri 350 milioni vanno al fondo per l'acquisto di vaccini e farmaci anti covid. L'indennità di pronto soccorso con 200 milioni partirà nel 2024.
- Infine, 150 milioni vanno alle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di servizio sanitario nazionale e altri 40 milioni per il contrasto all'antimicrobico resistenza.



## LA SILVER ECONOMY

È necessario far comprendere che bisogna determinare una quota che sia sufficiente ad assicurare il futuro del SSN stesso, soprattutto per quanto riguarda l'accesso all'innovazione, che deve essere omogenea in tutto il Paese, e l'equità di accesso ai servizi.

Un esempio classico è quello della cosiddetta silver economy: la maggior parte dei risparmi e dei possedimenti immobiliari in Italia è in mano a persone over 65enni i quali, se non hanno la sicurezza di un SSN che offra risposte adeguate alle loro necessità, invece di spendere in cultura, ristoranti, turismo e così via, mette da parte i soldi in caso i medesimi abbiano, nel futuro o nel presente, problemi di salute. Tutto questo riduce in maniera significativa la crescita del Prodotto Interno Lordo (PIL).

### Dati Istat sulla silver economy

- Oggi gli over 65 sono il 23,2% della popolazione pari a 14 milioni di persone
- Nel 2050 saliranno al 35%
- L'obiettivo è l'active aging (invecchiamento attivo) che prevede inclusione sociale, prevenzione, risposta alla cronicità, global age friendly city (città a misura del diversamente giovane secondo il progetto OMS)
- Gli over 65 (media italiana) vivono in casa di proprietà, hanno buone disponibilità finanziarie, conducono una vita sociale, frequentano spesso gli amici, fanno sport, vanno in vacanza e si dedicano al volontariato



## Dati Economici

- Se fosse stato sovrano la Silver Economy sarebbe la terza potenza economica mondiale (Oxford Economics e Technopolis Group-UE)
- La ricchezza delle famiglie italiane è di 10.000 miliardi (4 volte il debito pubblico) ed il 60% è nella disponibilità degli over 65
- Entro il 2025 nella UE la Silver Economy arriverà a 5,7 trilioni di euro e darà lavoro a 88 milioni di persone
- Il modello sta entrando in difficoltà perché se ha resistito alla pandemia, la terza età spende meno per l'incertezza economica, energetica (la guerra) e l'insufficiente risposta del SSN



## DIRITTO ALL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA E GOVERNO DELLA SOSTENIBILITÀ

Grazie allo sviluppo di nuovi farmaci efficaci per malattie per le quali non esistevano cure o trattamenti, o comunque esistevano trattamenti poco efficaci, nel corso degli anni la spesa farmaceutica in alcuni ambiti è cresciuta.

Ma l'invecchiamento della popolazione e l'aspettativa di vita sempre più avanzata solo l'elemento che maggiormente impatta sulla spesa farmaceutica italiana in termini assoluti.

Tetti di spesa farmaceutica negli anni

Fonte legislativa	Tetto di spesa territoriale (convenzionata)	Tetto di spesa ospedaliera (diretta)	Tetto di spesa farmaceutica complessiva
L. 405/2001 (art.5)	13,0%	-	13,0%
L. 326/2003 (art. 48)	-	-	16,0%
L. 222/2007 (art. 5)	14,0%	2,4%	16,4%
L. 77/2009 (art. 13)	13,6%	2,4%	16,0%
L. 102/2009 (art. 22)	13,3%	2,4%	15,7%
L. 135/2012 (art. 15)	13,1%	2,4%	15,5%
L. 135/2012 (art. 15) – per il 2013	11,35%	3,5%	14,85%
L. 232/16	7,96	6,89	14,85
<b>L. 178/20</b>	<b>7,00</b>	<b>7,85</b>	<b>14,85</b>







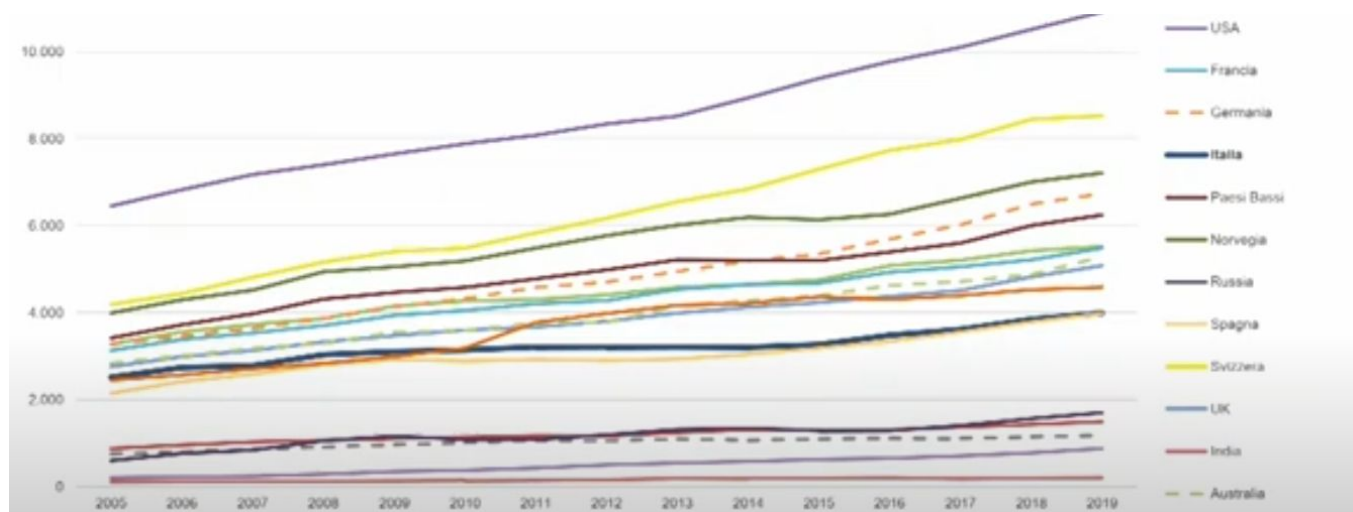
## Innovazione e sostenibilità

E' quindi necessario, in un ambito di risorse limitate, riuscire a garantire un efficientamento del sistema organizzativo per identificare le risorse da allocare all'innovazione.

- Per garantire l'accesso dei pazienti all'innovazione dobbiamo, nel contesto italiano, migliorare l'efficienza, allocativa e tecnico/organizzativa;
- L'organizzazione si è dimostrata, negli ultimi sviluppi tecnologici della sanità, la funzione aziendale più debole;
- Il modello di organizzazione snella (ovvero di diminuzione della funzione gerarchiche è quello che si è dimostrato più adatto;
- L'abbinamento con l'impementation sciente assicura l'applicabilità.

## Spesa pro-capite

La spesa pro-capite a livello nazionale è ancora troppo bassa rispetto agli altri principali paesi industrializzati.



L'Italia, visto gli altri livelli di sanità offerti rispetto alle risicate risorse, è tra i paesi più efficienti al mondo in termini di sanità. Nonostante questo, per far fronte all'innovazione, è fondamentale riuscire a efficientare ancora di più determinate organizzazioni.



## QUALE MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA SANITÀ PER RISPONDERE AI BISOGNI DI CURA

Le grandi sfide a cui siamo andati incontro in questo ultimo biennio hanno cambiato il mondo, facendo comprendere come la salute sia un impegno globale che va sostenuto con più risorse e più energia.

E nessuno si sarebbe aspettato poi che in uno scenario di guerra causata dal virus SARS-CoV-2, già di per sé così complesso, riapparisse lo spettro di una guerra folle, una guerra fratricida combattuta in Europa da uomini. Dobbiamo cambiare, tutti siamo d'accordo su questo, occorre però per questo riportare l'attenzione su una ripartenza difficile che richiederà azioni rapide e concrete da mettere in campo.

Le prospettive demografiche ed epidemiologiche continueranno ad avere intuibili conseguenze sull'assistenza socio-sanitaria a causa del numero elevato di nuovi malati e nuovi malati cronici. In tutto questo la notizia positiva è che non solo la scienza non si è fermata, ma anzi ha prodotto una innovazione straordinaria che deve però essere supportata da una analoga velocità del sistema di recepirla e metterla a terra in modo uniforme.

E non è più il momento di aspettare, adesso è il momento di fare, di cambiare e riprogrammare: se è stato compreso che il fattore prognostico a più alto impatto è il modello organizzativo da rinnovare e sono state finalmente messe a disposizione risorse adeguate attraverso il PNRR, cosa vogliamo ancora attendere?

Abbattiamo le barriere professionali, formiamo gli operatori per essere efficaci in questo scenario di cambiamento, diamo contenuti condivisi alle nuove strutture a supporto del territorio, rivediamo il ruolo di una rete ospedaliera che dovrà rimanere snodo chiave della assistenza sanitaria, diamo concretezza all'idea condivisa ormai da tutti di passare in Sanità dal concetto di costo a quello di investimento ed in tema di innovazione è necessario costruire strumenti/percorsi che impongano il concetto di valore trasversale a tutti gli attuali modelli organizzativi. Buone leggi e buone nuove regole sono scritte e si stanno scrivendo, la legge sulle malattie rare, le nuove Note AIFA, i diversi piani nazionali (PNC, PNCAR, PNAIDS, PNEV) ne sono un esempio.



Mettendo al centro il lavoro delle nostre Aziende sanitarie, dei nostri professionisti, delle strutture accreditate, delle aziende farmaceutiche e tecnologiche.

Ma poniamoci alcune domande: a quanti modelli messi in campo corrispondono già percorsi assistenziali operativi, applicati, adeguati alle nuove tecnologie messe a disposizione dalla ricerca (farmaci, devices, strumenti informatici)? Quanti sono diventati strutturali cessata l'emergenza pandemica? Come passare dai numeri di nuove strutture previste dal PNRR a contenuti in linea con i nuovi bisogni di salute? Il PNRR con le riforme scritte e le risorse disponibili riuscirà ad alimentare le carenze di personale che stanno portando al collasso il sistema? Riusciremo ad uscire da una logica troppo legata agli interessi delle singole categorie professionali?



## INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA L'HOME CARE

L'emergenza COVID, tutt'altro che conclusa, ha posto il Sistema Sanitario ad uno "stress test" che ne ha messo a nudo le principali fragilità. Non tanto la rete ospedaliera che, sebbene caratterizzata da limiti strutturali e tecnologici, ha saputo reagire bene e, pur a fronte di enormi sacrifici da parte del personale sanitario, ha saputo riorganizzarsi realizzando, in tempi brevissimi, un cambiamento straordinario e capace di fronteggiare la crisi.

La vera fragilità è emersa sul territorio. Ossia laddove era opportuno e necessario concentrarsi per contrastare con efficacia il diffondersi del virus e per assicurare terapie e monitoraggio alle persone positive che non necessitavano di ricovero ospedaliero.

È chiaro che la debolezza dei settori della prevenzione e dell'assistenza primaria ha determinato, per la rete ospedaliera, compiti ancor più gravosi per il successivo trattamento di persone non intercettate tempestivamente come positive o che, in ogni caso, hanno visto peggiorare le loro condizioni di salute, in solitudine, presso il loro domicilio.

Non apprendere questa magistrale lezione, significa non dar valore ai tanti decessi che sono stati registrati nel Paese e, in particolare, a quelli che si sono registrati tra il personale sanitario. Il potenziamento del territorio, tuttavia, va immaginato nella consapevolezza che il COVID ha cambiato per sempre i paradigmi fondamentali sui quali si è basata e organizzata, tanto sul territorio quanto in ospedale, il sistema sanitario.

La sfida consiste nell'identificazione di strategie capaci di assicurare, al contempo, continuità di cura e assistenza ai pazienti (COVID e no-COVID) riducendo all'essenziale il passaggio fisico nelle strutture sanitarie includendo, in questo concetto, anche gli studi dei MMG.

La telemedicina sembra lo strumento più idoneo per perseguire questo obiettivo anche se, va sempre ricordato, la tecnologia resta solo uno strumento a disposizione e non il fine di un processo di cambiamento che, prima di tutto, deve essere culturale e, poi, organizzativo.



Anche il ruolo del cittadino/paziente cambia radicalmente per trasformarsi da soggetto passivo che, solo in caso di peggioramento del suo stato di salute, si rivolge al sistema sanitario a ruolo attivo e consapevole nella gestione del proprio stato di salute.

L'augurio è che di questi temi non ci si limiti solo a parlarne per cominciare davvero presto a vedere i segni tangibili di quel cambiamento che il nostro Sistema Sanitario ha da tempo bisogno e che l'emergenza COVID oggi ci impone.



## CONCLUSIONI

È evidente che **per il 2023** l'incremento del fondo indica un ridimensionamento della spesa sanitaria con la riconferma di tetti e limiti - per il personale in particolare - che rischia di creare una **situazione drammatica di carenza dei servizi**.

- Facciamo parlare ancora la Corte dei Conti:
  - La previsione della spesa sanitaria in termini di contabilità economica raggiungerebbe i 133,8 miliardi, ponendosi poco al di sotto di quella prevista per il 2022, cioè 133,9 miliardi.
  - Il profilo della spesa in termini di prodotto è confermato in riduzione per il prossimo biennio: - 1,1%. In questo modo, il rapporto tra spesa sanitaria e PIL si porta su livelli inferiori rispetto a quelli precedenti la crisi sanitaria già nel 2024, cioè al 6,3% per ridursi ancora di un punto (al 6,2%) per il 2025.

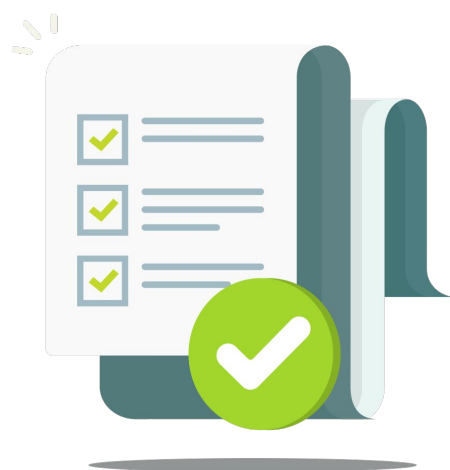
Un **livello inferiore alla media europea** e distante da paesi europei che assumiamo come punto di riferimento. Infatti dopo l'emergenza che ha caratterizzato lo scorso triennio, si ripropone il gap irrisolto tra le risorse dedicate nel nostro paese al sistema sanitario e quelle dei principali partner europei, una differenza resa ancora più grave dagli andamenti demografici, per la quota di popolazione anziana - e quindi bisognosa di cure - superiore agli altri paesi.

- Eppure, nonostante tutte le criticità elencate, ben il 61% degli italiani crede che nei prossimi anni il SSN possa migliorare anche grazie alle lezioni apprese durante la pandemia:
  - il 93% ritiene che la spesa pubblica in ricerca, salute e sanità sia un investimento
  - il 92,1% ha molta o abbastanza fiducia nel personale medico e sanitario





Con questo ottimismo della volontà che condividiamo con i nostri concittadini e, siamo certi, con tanti operatori della sanità, abbiamo organizzato la discussione di oggi per cercare proposte e risposte adeguate coinvolgendo - come metodo di Motore Sanità - tutti i soggetti interessati.



**SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):**

**Lucia Aleotti**, Vice Presidente Farmaindustria

**Gianni Amunni**, Coordinatore Rete Oncologica Regione Toscana

**Armando Bartolazzi**, Presidente del Comitato Scientifico Nazionale LILT

**Alessandro Beux**, Componente del Comitato centrale (Direttivo nazionale) della FNO TSRM e PSTRP

**Simone Bezzini**, Assessore al Diritto alla Salute e Sanità, Regione Toscana

**Fabiola Bologna**, Dirigente Medico, già Segretario Commissione Affari sociali e Sanità, Camera dei Deputati

**Americo Cicchetti**, Direttore ALTEMS, Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari - Past President Società Italiana Health Technology Assessment SIHTA

**Ettore Cinque**, Assessore al Bilancio - Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, Regione Campania

**Davide Croce**, Direttore Centro Economia e Management in Sanità e nel Sociale LIUC Business School, Castellanza (VA)

**Luciano Flor**, Direttore Generale Area Sanità e Sociale Regione del Veneto

**Marco Furfaro**, Membro Commissione Affari Sociali della Camera

**Antonella Guida**, Centro Studi Eumed Responsabile Sanità

**Stefano Locatelli**, Vicepresidente Anci

**Walter Locatelli**, Direzione Scientifica Motore Sanità

**Francesco Saverio Mennini**, Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Research Director-Economic Evaluation and HTA, CEIS, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" - Presidente SIHTA

**Francesca Milito**, Direttore Generale Asl Roma 3



**Antonio Misiani**, Vicepresidente della 5<sup>a</sup> Commissione permanente (Bilancio),  
Senato della Repubblica

**Stanislao Napolano**, Presidente dell'Associazione Italiana di Cure Domiciliari

**Enzo Paolini**, Vicepresidente Acop

**Anna Maria Parente**, Presidente Commissione Sanità Diciottesima Legislatura

**Danilo Pasini**, Componente del Consiglio Direttivo Federazione nazionale degli  
Ordini TSRM-PSTRP

**Paolo Petralia**, Direttore Generale Asl 4 Regione Liguria e Vicepresidente Fiaso

**Antonio Postiglione**, Direttore generale Tutela della Salute Regione Campania

**Enrico Rossi**, già Presidente Regione Toscana

**Michele Uda**, Direttore Generale Egualea (Industrie Farmaci Accessibili)

**Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità



**MOTORE  
SANITÀ**

**panacea**

f **ORGANIZZAZIONE e SEGRETERIA**

🐦 Francesca Romanin - 328 8257693

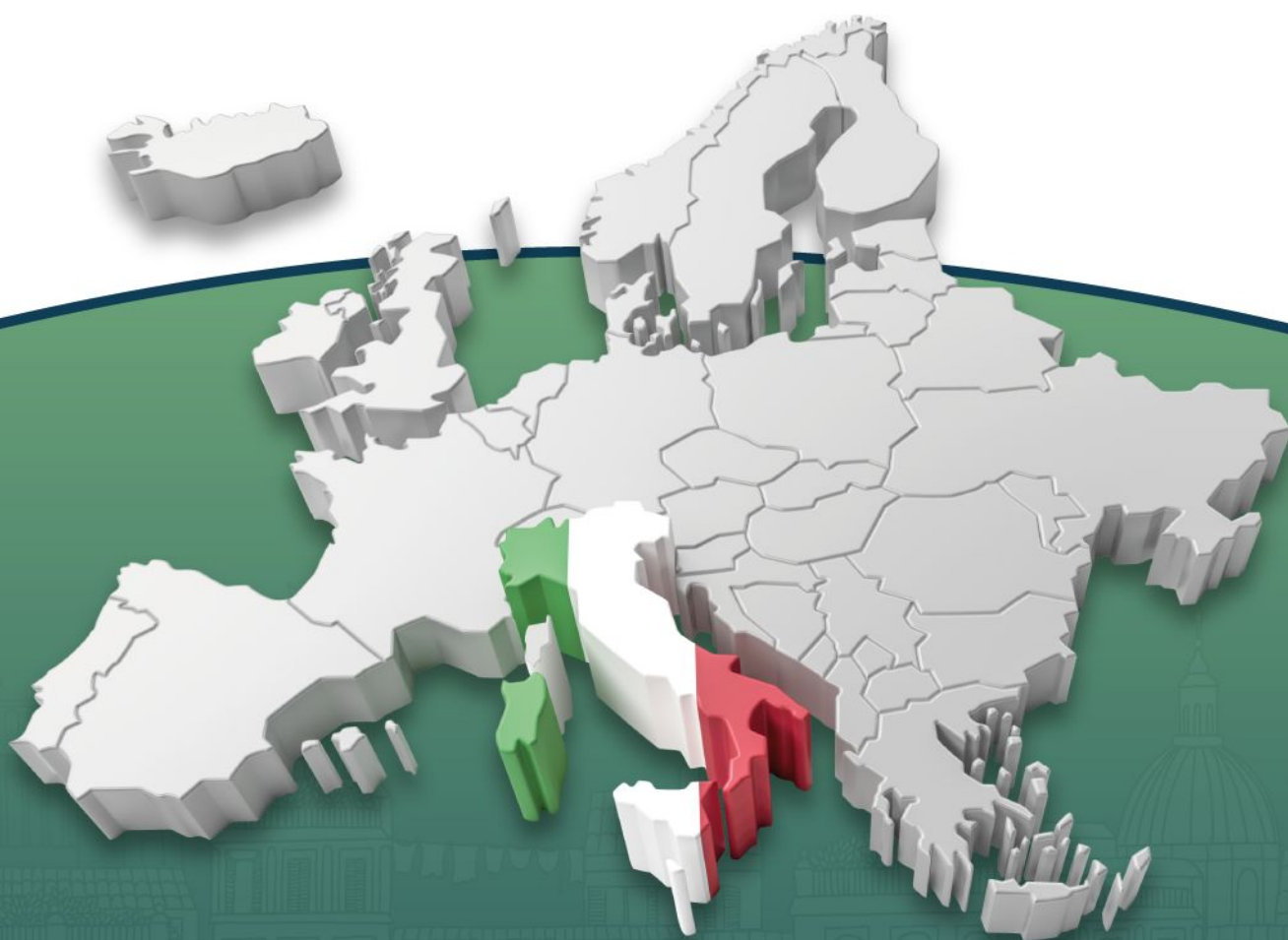
📷 Elisa Spataro - 350 1626379

📧

📧 [b.pogliano@panaceascs.com](mailto:b.pogliano@panaceascs.com)

📧 [f.romanin@panaceascs.com](mailto:f.romanin@panaceascs.com)

in [e.spataro@panaceascs.com](mailto:e.spataro@panaceascs.com)



[www.motoresanita.it](http://www.motoresanita.it)