

PARTITO LIBERALDEMOCRATICO

**PROPOSTE PROGRAMMATICHE PER IL
RILANCIO E LA SOSTENIBILITÀ DEL
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Sommario

PREMESSA: LA NOSTRA POSIZIONE SUL SERVIZIO SANITARIO A COPERTURA UNIVERSALE	4
PRIMO AMBITO – IL SISTEMA DI GOVERNANCE.....	6
1. Riforma costituzionale del Titolo V per il passaggio allo Stato della competenza primaria in materia sanitaria	6
2. Centralizzazione regionale dei dipartimenti di prevenzione	7
3. Istituzione di un centro servizi regionale condiviso (o Shared Service Center)	8
4. Realizzare un modello di sistema sanitario regionale uniforme in tutto il Paese	9
SECONDO AMBITO – PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO	11
1. Definizione, da parte del Ministero, di una struttura di piano sanitario regionale e di una metodologia di elaborazione omogenea, comune a tutte le regioni	11
2. Obbligo, per tutte le regioni, di adottare il piano sanitario regionale (PSR), pena la trattenuta di una quota dei fondi spettanti alla regione, fino all'adozione dello stesso.....	12
3. Definizione, da parte del Ministero, di un modello comune di rilevazione delle attività e prestazioni erogate, dei costi e della rendicontazione degli stessi, per aree gestionali omogenee, ai fini del controllo di gestione e della comparabilità dei dati a livello interaziendale	13
4. Commissariamento effettivo delle regioni che non sono in grado di assicurare livelli sufficienti dei servizi sanitari e capacità gestionali adeguate	14
TERZO AMBITO – PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	15
1. Proposta di riforma della Medicina Generale.....	15
2. di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) omogenei a livello nazionale	18
3. Potenziamento delle attività dei Pronto Soccorso.....	19
4. Potenziamento delle attività di prevenzione	20
5. Attuazione del Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale e integrazione sociosanitaria	21
QUARTO AMBITO– RAZIONALIZZAZIONE ORGANIZZATIVA E CONTENIMENTO DEI COSTI	23
1. Revisione dei processi di gestione, sia in ambito sanitario, sia in ambito amministrativo, verso modalità più efficaci e più efficienti.....	23
2. Centralizzazione delle sedi ed estensione gli orari di attività delle apparecchiature diagnostiche, con particolare riferimento a quelle più costose, quali risonanze magnetiche, TAC, PET e altre tecnologie avanzate, su più turni, per almeno 12 – 18 ore giornaliere.....	24
3. Centralizzazione dei laboratori di analisi	24
4. Dismissione obbligatoria di tutte le società in house per la produzione di servizi a favore delle aziende sanitarie	25
5. Cessione di tutti gli immobili non strumentali.....	26
6. Avvio di un progetto di efficientamento energetico delle aziende sanitarie e di autoproduzione di energia, con priorità agli interventi ad alto rendimento economico.....	26

QUINTO AMBITO – REALIZZAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE), SVILUPPO DELL'INFORMATION TECHNOLOGY, DELLA TELEMEDICINA E DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE	29
1. Completamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) secondo un'architettura nazionale interoperabile. Introduzione della certificazione degli applicativi clinici adottati in tutte le regioni, che ne garantisca l'interoperabilità con il FSE.....	29
2. Adozione di sistemi informatici omogenei, almeno a livello regionale, sia in ambito clinico, sia in ambito amministrativo-gestionale. Introduzione di una certificazione nazionale, sia per gli applicativi clinici, sia per gli applicativi amministrativo-contabili	31
3. Sviluppo e implementazione di soluzioni di intelligenza artificiale in sanità.....	32
SESTO AMBITO - POLITICHE DI GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	34
1. Progressivo incremento dei livelli retributivi del personale sanitario, accompagnato dalla razionalizzazione delle mansioni, dalla riduzione della burocrazia e dall'incremento della produttività.....	34
2. Incrementi retributivi al personale sanitario, condizionati ad un sistema di valutazione delle performance, basato su obiettivi individuali e di reparto. Riconoscimento economico delle ore di lavoro straordinario	35
3. Facilitare l'assunzione a tempo indeterminato dei medici specializzandi, valorizzando l'attività formativa pratica svolta durante il percorso di specializzazione.	35
4. Introduzione della facoltà, per i medici che praticano l'Attività Libero Professionale in Intramoenia (ALPI), di rinunciare in modo permanente all'ALPI per dedicare un equivalente numero di ore di lavoro all'attività pubblica, in cambio di una congrua remunerazione delle ore aggiuntive.	36
5. Divieto di esercitare l'intramoenia al di fuori delle strutture pubbliche nelle quali si opera assicurando, da parte dell'azienda di riferimento, la disponibilità di spazi e strutture idonee all'esercizio dell'attività libero-professionale.	36
6. Abolizione della responsabilità penale per l'attività sanitaria, mantenendo la responsabilità civile.	36
7. Divieto di ricorso alle cooperative di gettonisti. I medici non inseriti organicamente nel SSN, devono essere valutati e selezionati da apposite commissioni pubbliche, istituite da ogni regione con personale comandato dalle aziende.	37
SETTIMO AMBITO - SVILUPPO DI POLITICHE DI PARTNERSHIP CON LE AZIENDE DELLA FILIERA SANITARIA...	38
1. Abolizione dei tetti di spesa su farmaci e dispositivi medici e abolizione dei relativi pay-back.	38
2. Abolizione del prontuario farmaceutico regionale.....	38
3. Creare un rapporto di partnership con gli erogatori privati di prestazioni in convenzione	39
IL FINANZIAMENTO	42

PREMESSA: LA NOSTRA POSIZIONE SUL SERVIZIO SANITARIO A COPERTURA UNIVERSALE

La possibilità di poter contare su servizi sanitari adeguati, a prescindere dalle proprie condizioni economiche, è uno dei principali baluardi del welfare. Esso contribuisce in modo significativo alla serenità delle famiglie e dei lavoratori, conferisce maggiore capacità di lavoro ai cittadini, è un elemento irrinunciabile del contratto sociale degli italiani e rappresenta un punto di forza per l'intero Paese. **Tale possibilità è oggi assicurata dall'esistenza del servizio sanitario nazionale (SSN) a copertura universale.**

La gestione del SSN comporta costi pubblici assai significativi, finanziati attraverso l'imposizione fiscale. La rinuncia al SSN permetterebbe, nel breve termine, un risparmio significativo per le casse pubbliche ma comporterebbe maggiori oneri, più che proporzionali, a carico dei cittadini. A tal proposito è utile ricordare che, mentre nei paesi europei occidentali, caratterizzati da sistemi sanitari a copertura universale, la spesa sanitaria complessiva in rapporto al PIL si aggira tra l'8 e il 12-13%, negli Stati Uniti, che rappresentano l'esempio più emblematico di gestione privatistica dei servizi sanitari, con copertura prevalentemente assicurativa, la spesa nazionale complessiva si aggira intorno al 17% del PIL. Nonostante questo livello di spesa complessiva, importanti fasce di popolazione non possono permettersi le cure mediche e sono escluse dai programmi di prevenzione. La verità è che i sistemi sanitari pubblici a copertura universale sono in grado di garantire elevati risultati di salute per la popolazione e, se ben gestiti, sono quelli che permettono di limitare la spesa sanitaria complessiva e, può sembrare controintuitivo, anche la quota pubblica di spesa sanitaria.

Date queste premesse, la salvaguardia del sistema sanitario rappresenta per il Partito Liberaldemocratico una priorità. Oggi tuttavia il nostro SSN non è sempre in grado di rispondere ai bisogni degli assistiti.

Mai, come negli ultimi anni, il nostro SSN ha subito una così grave crisi di fiducia da parte dei cittadini!

A questo punto, è ancora possibile salvarlo?

Secondo noi del Partito Liberaldemocratico è ancora possibile, alle seguenti condizioni:

1. Che **si razionalizzi il sistema di governance**, nazionale e regionale
2. che **si metta in campo una capacità gestionale decisamente più elevata**, ai diversi livelli: ministero, assessorati, direzioni aziendali. Oggi l'appartenenza politica prevale sulle competenze gestionali;
3. che **si introducano alcuni correttivi all'attuale modello di sistema sanitario**, nato dal D.Lgs. 502 del 1992, alla luce delle criticità emerse nei primi trent'anni di esercizio;
4. che il ministero della salute garantisca il **monitoraggio continuo del livello di servizio nelle diverse regioni** e, laddove necessario, assuma i poteri sostitutivi necessari per garantire il diritto alla salute e l'equità di accesso ai servizi, ai cittadini di tutte le regioni.

Noi del **Partito Liberaldemocratico** non ci limitiamo alle dichiarazioni di principio, ma lavoriamo in modo costruttivo alla ricerca delle migliori soluzioni, sia sul tema sanitario, sia su tutti gli altri temi centrali per lo sviluppo sociale ed economico del Paese.

Abbiamo costituito quindi il **Dipartimento Sanità**: un gruppo di studio specifico che sulla base di analisi approfondite individua soluzioni efficaci. Dal lavoro di questo gruppo di studio nascono le nostre proposte programmatiche, periodicamente aggiornate e integrate. Si tratta di una serie di misure in grado di migliorare notevolmente l'efficacia e l'efficienza (e quindi la sostenibilità nel tempo) del nostro SSN. Per l'adozione di alcune di esse sarebbe necessario un apposito intervento normativo, ad integrazione del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., per altre sarebbero invece sufficienti delle semplici linee guida.

Su queste proposte intendiamo ingaggiare un dibattito con le altre forze politiche, che non hanno idee in proposito, che fingono uno scontro, ma che in realtà propongono la stessa cosa: aumentare la spesa, come se l'aumento della spesa a carico dei contribuenti fosse in grado, da sola, di risolvere i problemi organizzativi e gestionali che affliggono l'efficienza del sistema. Peraltro esse non indicano dove intendono prendere i soldi, posto che la spesa pubblica supera già ampiamente le entrate e che il nostro debito pubblico è già tra i più alti del mondo.

Anche noi del PLD siamo consapevoli che è necessario incrementare il fondo sanitario nazionale, ma non senza intervenire, contestualmente, su tutti i meccanismi che impediscono il buon funzionamento del SSN, che generano sprechi e disservizi. Spendiamo meglio i fondi già attualmente disponibili, solo così le maggiori risorse investite sul servizio sanitario potranno produrre risultati tangibili.

Le numerose proposte formulate sono ordinate e classificate nei seguenti ambiti di intervento:

1. sistema di governance
2. pianificazione, programmazione e monitoraggio;
3. presa in carico del paziente, appropriatezza, assistenza territoriale e attuazione del DM 77/2022;
4. razionalizzazione organizzativa e contenimento dei costi;
5. sviluppo dell'Information technology, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e dell'intelligenza artificiale;
6. politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane;
7. sviluppo di politiche di partnership con le aziende dell'indotto del SSN, in particolare case farmaceutiche, produttori di dispositivi medici, operatori privati convenzionati;
8. il finanziamento.

PRIMO AMBITO – IL SISTEMA DI GOVERNANCE

In questo ambito vengono argomentate le seguenti proposte:

1. riforma costituzionale del Titolo V, attraverso la quale la competenza primaria in materia sanitaria torni allo Stato;
2. centralizzazione regionale dei Dipartimenti di Prevenzione;
3. istituzione di un centro servizi regionale condiviso (*Shared Service Center*) per l'espletamento di tutte le attività amministrative e di supporto;
4. realizzazione di un modello di sistema sanitario regionale uniforme in tutto il Paese.

1. Riforma costituzionale del Titolo V per il passaggio allo Stato della competenza primaria in materia sanitaria

Il Titolo V della Costituzione attribuisce infatti competenza concorrente a Stato e regioni in materia sanitaria. Ne consegue che lo Stato si limita a disciplinare e aggiornare i LEA, mentre le regioni legiferano liberamente nei rispettivi territori. Da ciò deriva la necessità di rimettere mano al Titolo V, per rafforzare le competenze nazionali di indirizzo, monitoraggio e intervento sostitutivo.

Occorre tuttavia tenere conto che la gestione unitaria necessita comunque di un coordinamento a livello locale e regionale, e riconoscere che alcune regioni hanno sviluppato negli anni modelli virtuosi. La sfida consiste dunque nel conciliare l'esigenza di ricostruire un servizio sanitario omogeneo su base nazionale, valorizzando le esperienze regionali positive già esistenti.

Una possibile soluzione, in grado di conciliare le due opposte esigenze, consiste nel prevedere che la competenza primaria torni allo Stato, il quale conferisce delega alle regioni per la gestione operativa. Nei casi di grave inadempienza di una regione, lo Stato toglierebbe la delega e assumerebbe, per un periodo definito, la gestione diretta del sistema sanitario regionale.

Questa soluzione garantirebbe ai cittadini delle regioni virtuose di mantenere la gestione regionale, mentre offrirebbe una prospettiva di rilancio alle regioni in difficoltà.

La nostra proposta

Riportare allo Stato la competenza originaria in materia sanitaria. Lo Stato conferisce alle regioni la delega per la gestione operativa nel proprio ambito territoriale. Le regioni vengono sottoposte a monitoraggio continuo, sulla base di indicatori sanitari ed economici definiti dal ministero. In caso di grave inadempienza, accertata attraverso la verifica degli indicatori, lo Stato revoca la delega e assume la gestione diretta del sistema sanitario nella regione per un periodo di cinque anni, nomina i manager chiave (direttori generali, sanitari e amministrativi) e adotta le misure necessarie per riportare il livello delle prestazioni a standard accettabili e/o per risanare l'assetto economico-organizzativo.

Benefici attesi

I cittadini delle regioni incapaci di gestire adeguatamente il proprio servizio sanitario verrebbero protetti grazie all'intervento sostitutivo dello Stato.

I cittadini delle regioni virtuose avrebbero la garanzia della continuità del servizio poiché tali regioni manterrebbero la gestione del proprio servizio sanitario.

Questa possibilità rivestirebbe un carattere di forte deterrenza nei confronti delle giunte regionali che non pongono la necessaria attenzione alla buona gestione dei propri servizi sanitari.

Equità di accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini di tutte le regioni.

2. Centralizzazione regionale dei dipartimenti di prevenzione

Ogni ASL dispone di un **Dipartimento di Prevenzione (DIP)** la cui organizzazione si articola nei seguenti servizi specialistici:

- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP);
- Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL);
- Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN);
- Servizi dell'area veterinaria.

Questi servizi vengono poi articolati in numerose strutture, servizi e attività di dettaglio. Si tratta di attività che non ha senso duplicare in ogni ASL perché produce risultati disomogenei e moltiplica i costi. Si rende quindi necessario passare ad un modello più efficiente e più uniforme, basato su un unico dipartimento di prevenzione regionale centralizzato, con funzioni operative distribuite sul territorio. Le attività operative continuerebbero ad essere svolte a livello locale, attraverso le strutture territoriali delle ASL, in prossimità dei cittadini, ma sotto la direzione di un unico Dipartimento regionale.

Dal punto di vista del servizio, la gestione regionale favorirebbe una maggiore omogeneità, evitando le disuguaglianze oggi riscontrabili tra le diverse ASL. La concentrazione delle funzioni strategiche ed epidemiologiche permetterebbe inoltre di rafforzare la capacità tecnica e scientifica, migliorando la sorveglianza dei fenomeni sanitari e la gestione coordinata delle emergenze.

Dal punto di vista economico, la centralizzazione genererebbe significative economie di scala, eliminando duplicazioni amministrative e organizzative tra le diverse aziende. Laboratori, sistemi informativi, attività di formazione e funzioni di programmazione potrebbero essere gestiti in modo condiviso, anche attraverso una maggiore integrazione con laboratori e attrezzature dell'ARPA, ove tecnicamente e organizzativamente appropriato, in un'ottica di razionalizzazione ed efficientamento del servizio e di migliore utilizzo delle risorse professionali e tecnologiche. Ai fini della razionalizzazione delle attività del DIP regionale, si propone una struttura organizzativa a "matrice", cioè una struttura di comando regionale che coordini le risorse operative distribuite nelle ASL. Le persone che lavorano in ambito DIP nelle ASL risponderebbero, gerarchicamente, alla Direzione della ASL, funzionalmente, al DIP regionale, secondo modalità organizzative e responsabilità predefinite.

La nostra proposta

Passare dall'attuale modello, nel quale il Dipartimento di prevenzione è replicato integralmente in tutte le aziende sanitarie della regione, a un nuovo modello basato su un dipartimento di prevenzione centralizzato a livello regionale, con funzioni operative distribuite sul territorio attraverso le strutture delle ASL e, ove appropriato, mediante le strutture territoriali di prossimità rappresentate dalle **Case della comunità**.

Benefici attesi

Pianificazione delle attività su scala regionale.

Implementazione immediata dei piani di prevenzione nazionali in modo uniforme su tutto il territorio regionale.

Maggiore omogeneità dei servizi di prevenzione, sia tra le diverse regioni sia tra i territori della stessa regione.

Rafforzamento della capacità tecnica e scientifica grazie alla concentrazione delle competenze.

Condivisione di laboratori e servizi specialistici.

Eliminazione delle duplicazioni amministrative.

Riduzione dei costi grazie alla realizzazione di economie di scala.

3. Istituzione di un centro servizi regionale condiviso (o Shared Service Center)

Ogni azienda sanitaria e ospedaliera include, al suo interno, una serie di uffici amministrativi e di supporto, quali: la contabilità generale, il bilancio, la gestione dei pagamenti e degli incassi, l'amministrazione del personale, il provveditorato, l'ufficio tecnico e così via, che impiegano parecchio personale. Una soluzione organizzativa di grande efficacia sarebbe l'istituzione di un centro servizi unico, (o *shared service center*), condiviso a livello regionale, che assicuri tali servizi di supporto a tutte le aziende sanitarie della regione.

Alla medesima struttura verrebbe affidata la gestione centralizzata degli acquisti e delle procedure di gara, con l'obiettivo di incrementare la forza negoziale, grazie ai più elevati volumi di acquisto.

La nostra proposta

Istituzione di un centro servizi condiviso (*shared service center*) in ogni regione, nel quale concentrare le attività di natura amministrativa, contabile e di supporto, oggi replicate in ciascuna azienda sanitaria. Alla medesima struttura verrebbe affidata la gestione centralizzata degli acquisti e delle procedure di gara.

Benefici attesi

Maggiore focalizzazione delle aziende sanitarie sulla gestione delle attività di cura.

Miglioramento della qualità dei dati gestionali e delle capacità di monitoraggio della spesa.

Uniformità dei processi contabili e amministrativi.

Riduzione del fabbisogno di personale amministrativo e conseguimento di economie di scala.

Incremento della capacità negoziale con i fornitori, grazie all'incremento della domanda aggregata gestita.

4. Realizzare un modello di sistema sanitario regionale uniforme in tutto il Paese

Nel tempo, ciascuna regione ha sviluppato un proprio modello di servizio sanitario, sempre più differenziato rispetto alle altre. Questa evoluzione rende diseguale il livello di servizio sul territorio nazionale.

Considerata la complessità dei sistemi sanitari regionali, è ragionevole ritenere che esistano modelli organizzativi più efficienti di altri. Dal momento che tutti svolgono sostanzialmente le stesse funzioni (con maggiore o minore successo), una volta studiata l'organizzazione regionale più efficiente, sarebbe auspicabile replicarla in ogni regione.

la soluzione più efficiente consiste nel collocare il **centro servizi condiviso** e il **dipartimento di prevenzione regionale** dentro una entità giuridica sovra-aziendale. Questa entità potrebbe svolgere il ruolo di capogruppo, della quale il Centro servizi e il DIP costituirebbero semplicemente delle unità organizzative complesse. Funzione della capogruppo sarebbe il coordinamento delle aziende sanitarie e ospedaliere della regione, il monitoraggio e controllo sul loro operato e sugli indicatori di esito, analogamente a quanto avviene nei gruppi aziendali privati. La direzione generale della capogruppo verrebbe affidata a un manager con adeguate competenze gestionali, in stretto raccordo con la Direzione regionale competente in materia di sanità.

Alla direzione afferirebbero anche alcune funzioni di staff, fondamentali per il funzionamento del sistema: uno staff epidemiologico regionale, uno staff di controllo di gestione e uno staff di internal audit di gruppo.

La capogruppo dovrebbe essere responsabile della redazione del **bilancio consolidato** del servizio sanitario regionale, cioè del bilancio complessivo di tutte le aziende del servizio sanitario regionale, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

La nostra proposta

Si propone di istituire, in ogni regione, un modello organizzativo basato su un'azienda capogruppo, con funzioni di coordinamento delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere. La capogruppo includerebbe alcune unità operative complesse che opererebbero a beneficio di tutte le aziende del gruppo:

- UOC centro servizi condiviso;
- UOC dipartimento regionale di prevenzione;
- staff epidemiologico regionale;
- staff di controllo di gestione di gruppo;

- staff di internal audit.

Benefici attesi

Uniformità organizzativa e razionalizzazione dei servizi sanitari regionali su tutto il territorio nazionale.

Maggiore efficacia operativa.

Contenimento dei costi.

SECONDO AMBITO – PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO

In questo ambito vengono argomentate le seguenti proposte:

1. definizione, da parte del ministero, di una struttura di piano sanitario regionale e di una metodologia di elaborazione omogenea, comune a tutte le regioni;
2. obbligo, per tutte le regioni, di adottare il piano sanitario regionale (PSR), pena la trattenuta di una quota dei fondi spettanti alla regione, fino all'adozione dello stesso;
3. definizione, da parte del ministero, di un modello comune di rilevazione delle attività e prestazioni erogate, dei costi e della rendicontazione degli stessi, per aree gestionali omogenee, ai fini del controllo di gestione e della comparabilità dei dati a livello interaziendale;
4. commissariamento effettivo delle regioni che non sono in grado di assicurare livelli sufficienti dei servizi sanitari e capacità gestionali adeguate.

1. Definizione, da parte del Ministero, di una struttura di piano sanitario regionale e di una metodologia di elaborazione omogenea, comune a tutte le regioni

Ciascun servizio sanitario regionale è costituito da un gruppo complesso di aziende sanitarie locali (ASL) e di aziende ospedaliere (AO), coordinate a livello regionale. Il volume di risorse gestito annualmente da ciascun servizio sanitario regionale è dell'ordine dei miliardi o delle decine di miliardi di euro. Il D. Lgs. 502/92 ha aziendalizzato gli enti del SSN per permetterne una gestione più snella ed efficiente, anche attraverso l'introduzione di metodologie derivate dalla gestione aziendale. Il D.Lgs. 502/92 prevede che ciascuna regione rediga un piano pluriennale: il cd. **Piano Sanitario Regionale (PSR)**, o socio-sanitario. Questo deve avere cadenza triennale.

Nell'applicazione della norma, si verificano le seguenti criticità:

- il PSR è spesso interpretato come un puro atto burocratico formale, senza una vera valenza gestionale;
- ciascuna regione oggi predispone il PSR sulla base di proprie modalità, che non ne consentono il confronto nello spazio (con quello delle altre regioni) e nel tempo (tra periodi diversi);
- molte regioni trascurano di rinnovare il proprio PSR alla scadenza, e alcune di esse sono oggi prive di un Piano Sanitario in vigore;
- talvolta importanti investimenti in strutture e/o tecnologie rispondono più a esigenze di consenso locale che a reali fabbisogni epidemiologici;
- l'assenza di un PSR produce notevoli inefficienze gestionali, dovute all'incoerenza delle azioni intraprese (per esempio, opere di manutenzione straordinaria su immobili destinati alla dismissione). Non è pensabile che sistemi complessi come quello di un sistema sanitario regionale, possano essere gestiti "a vista", senza un piano strategico pluriennale.

La nostra proposta

Il Ministero della salute, in collaborazione con la Conferenza Stato-Regioni, deve farsi promotore della definizione di una metodologia standardizzata per l'elaborazione dei PSR, comune a tutte le regioni, e della loro formalizzazione secondo uno schema comune.

La metodologia deve partire dall'analisi dei fabbisogni dei cittadini, effettuata per aree territoriali omogenee (ad esempio, per distretti sanitari). La definizione dei fabbisogni deve essere effettuata sulla base di analisi demografiche ed epidemiologiche, tenendo conto della situazione logistica e della disponibilità di infrastrutture di trasporto e di comunicazione che permettano la mobilità dei pazienti e l'impiego di soluzioni di telemedicina.

Benefici attesi

Trasformazione dei piani sanitari regionali, da atti burocratici formali, in veri piani strategici pluriennali, in grado di guidare la gestione delle aziende sanitarie in modo coerente con gli obiettivi del piano.

Conoscenza della distribuzione dei servizi esistente, su tutta la regione, e della distribuzione dei servizi necessaria.

Possibilità di misurare il differenziale tra fabbisogno di servizi e offerta effettiva in ogni area territoriale della regione.

Possibilità di quantificare il fabbisogno economico necessario per soddisfare i bisogni non coperti.

Sulla base delle risorse disponibili, stabilire una scala di priorità di intervento, evitando il rischio che le scelte operative vengano orientate agli interessi dei politici locali e alla ricerca del consenso.

Possibilità di comparare centralmente, a livello ministeriale, la situazione esistente nelle diverse regioni italiane.

2. Obbligo, per tutte le regioni, di adottare il piano sanitario regionale (PSR), pena la trattenuta di una quota dei fondi spettanti alla regione, fino all'adozione dello stesso

L'obbligo di adozione del PSR, pur previsto dal D.Lgs. 502/92, è disatteso da diverse regioni, senza che questo comporti alcun richiamo da parte del Governo nazionale.

La nostra proposta

Per rendere effettivo tale obbligo, si propone di trattenere una quota del finanziamento sanitario spettante alla regione, fino a quando essa non avrà adempiuto all'obbligo di dotarsi di un piano sanitario.

Benefici attesi

Effettiva adozione dei piani sanitari da parte delle regioni, pena la perdita di una quota del fondo sanitario regionale.

Gestione più ordinata delle risorse a disposizione, evitando azioni incoerenti tra loro e conseguente spreco di denaro.

Certezza dei tempi di compimento delle azioni previste dal piano regionale, sulla base di cronoprogrammi precisi e dell'assegnazione delle relative responsabilità.

Disponibilità, per le singole ASL e AO, di un piano regionale al quale far riferimento per il proprio piano aziendale pluriennale e per il proprio budget, cioè programma e bilancio di previsione aziendali.

Assicurare continuità alle azioni pluriennali già intraprese, anche in caso di cambio di maggioranza, al fine di evitare sprechi per interruzione di percorsi già avviati.

3. Definizione, da parte del Ministero, di un modello comune di rilevazione delle attività e prestazioni erogate, dei costi e della rendicontazione degli stessi, per aree gestionali omogenee, ai fini del controllo di gestione e della comparabilità dei dati a livello interaziendale

Uno dei nodi critici nei processi direzionali riguarda la capacità delle regioni di produrre una rendicontazione omogenea e quindi la possibilità, da parte del Ministero, di esercitare un monitoraggio efficace. Oggi queste funzioni risultano compromesse dall'assenza di criteri uniformi di rilevazione dei dati, dalla qualità spesso inadeguata dei sistemi informatici in uso e dalle limitate competenze di molti operatori. Per ovviare a queste lacune è necessario definire, a livello centrale, un modello condiviso di rilevazione delle attività, delle prestazioni erogate e dei relativi costi, articolato per aree gestionali omogenee.

La nostra proposta

Questa soluzione richiede un percorso di implementazione che deve partire dall'emanazione di apposite linee guida da parte del Ministero della salute, che presentino:

- l'indicazione delle aree omogenee rilevanti ai fini della comparazione;
- l'emanazione di regole rigorose sulle modalità di rilevazione dei dati (attività e costi) per area omogenea, attraverso lo sviluppo di un vero sistema di contabilità analitica. Oggi pochissime aziende sanitarie pubbliche sono in grado di produrre report di contabilità analitica infrannuali affidabili. I sistemi informatici devono essere in grado di supportare le regole contabili stabilite dal ministero.

Si tratta quindi di avviare un percorso culturale-manageriale che richiede tempo e competenze tecniche.

La **funzione di Controllo di Gestione** deve essere in grado di misurare la quantità, la tipologia e la valorizzazione delle prestazioni erogate, per grandi aree organizzative omogenee, e di rilevare le risorse assorbite da ciascuna area di responsabilità e dalle principali prestazioni, lasciando alle singole aziende la libertà di procedere ad ulteriori "esplosioni di dettaglio" per uso interno. Il modello di rendicontazione deve riflettere quello del budget. In questo modo i dati saranno omogenei e comparabili, tra azienda e azienda, anche di regioni diverse. Questo standard permetterebbe, tra l'altro, di identificare le best practice, di studiarne le caratteristiche e di poterle replicare.

Benefici attesi

Introduzione di un vero sistema di contabilità dei costi, uniforme, che permetta la comparazione di indici di efficienza tra aziende diverse, sia nell'ambito della stessa regione, sia tra regioni diverse.

Possibilità di individuare le soluzioni organizzative che danno origine ai risultati migliori.

Maggiore trasparenza, accessibilità e possibilità di interpretazione dei dati.

4. Commissariamento effettivo delle regioni che non sono in grado di assicurare livelli sufficienti dei servizi sanitari e capacità gestionali adeguate

Tutte le regioni ricevono una quota del fondo sanitario nazionale proporzionale al numero dei propri assistiti, e in linea con le regole di riparto. Ciò nonostante, vi sono differenze notevoli tra le performance realizzate dai diversi sistemi sanitari regionali. Per garantire a tutti i cittadini equità di accesso all'assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale, lo Stato deve avere la potestà di intervenire direttamente nella gestione dei SSR che non siano in grado di garantire livelli adeguati di assistenza e di governo del sistema, attraverso l'esercizio dei poteri sostitutivi, avocando a sé la nomina dei direttori generali e la realizzazione di progetti di adeguamento e di razionalizzazione gestionale. Fino ad oggi il commissariamento di un servizio sanitario regionale è stato attuato solo in caso di elevato disavanzo economico. È necessario estendere la possibilità di commissariamento, per almeno un quinquennio, anche ai casi di manifesta incapacità della regione di garantire ai propri cittadini l'accesso alle prestazioni sanitarie previste dai LEA e un adeguato livello di governo del proprio servizio sanitario regionale.

La nostra proposta

Le regioni incapaci di garantire adeguati livelli di assistenza o di assicurare un governo efficiente del proprio SSR devono essere sottoposte a commissariamento attraverso l'esercizio dei poteri sostitutivi dello Stato. Il commissario straordinario deve essere una figura esterna alla Giunta Regionale, così da assicurare indipendenza e competenza tecnica. È necessario prevedere la costituzione di un nucleo tecnico presso il Ministero, in grado di affiancare l'assessorato regionale con un proprio team di comprovata competenza ed esperienza.

Benefici attesi

Possibilità di assicurare adeguati livelli di servizio a tutti i cittadini, indipendentemente dalla regione di residenza, garantendo l'equità di accesso anche dal punto di vista geografico.

Funzione di deterrenza nei confronti delle giunte regionali che non perseguono i più elevati standard gestionali del proprio servizio sanitario.

TERZO AMBITO – PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI

In questo ambito vengono argomentate le seguenti proposte:

1. proposta di riforma della medicina generale;
2. introduzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) omogenei a livello nazionale;
3. potenziamento delle attività dei Pronto Soccorso;
4. potenziamento delle attività di prevenzione.

1. Proposta di riforma della Medicina Generale

Dal punto di vista organizzativo, il distretto sanitario è responsabile della programmazione operativa dei servizi territoriali, del coordinamento delle strutture e della presa in carico della popolazione. Tuttavia, questa funzione di governo non è definita attraverso processi organizzativi chiari ed espliciti. È evidente che la presa in carico del paziente non può prescindere dall'impiego ottimale dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), ma il rapporto tra la nuova infrastruttura territoriale e l'organizzazione professionale della medicina generale resta in larga misura affidato alle scelte organizzative delle singole regioni e delle aziende sanitarie, contribuendo una volta di più alla disomogeneità del servizio sanitario sui territori.

La medicina generale continua ad essere esercitata prevalentemente in forma individuale, negli studi medici convenzionati. Alla luce del DM 77/22, la presa in carico richiede un soggetto clinico organizzato, responsabile della gestione dell'assistenza su una popolazione definita. Questa funzione, oggi implicita nella medicina generale, richiede una esplicitazione organizzativa coerente, che può trovare una configurazione adeguata in una **Unità Operativa di Medicina Generale (UOMG)**, evoluzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali in senso multiprofessionale. Fermo restando il rapporto fiduciario dell'assistito con un MMG scelto, la UOMG, nel suo complesso, garantirà la continuità assistenziale, il governo dei percorsi di cura nel rispetto dei PDTA e l'utilizzo delle strutture introdotte dal DM 77 come piattaforme operative. Occorre prevedere un responsabile dell'UO di medicina generale, scelto tra i MMG che risponda al direttore di distretto e coordini i MMG facenti capo ad una Casa di Comunità (CdC). L'UO di medicina generale potrà essere assegnataria di obiettivi di budget. Questa soluzione richiede il varo di un'apposita riforma della Medicina Generale, che viene tratteggiata nel box successivo. Per completare questa possibile riforma, occorre intervenire anche sul percorso formativo dei medici di medicina generale, attualmente organizzato a livello regionale, auspicando che la formazione specialistica della medicina generale venga ricondotta all'interno delle università, con pari dignità rispetto alle altre specializzazioni mediche.

1.1 Introduzione strutturale della Medicina Generale nel corso di laurea in medicina e chirurgia

In seguito alla riforma di cui al DM 77/2022, la medicina generale è oggi asse portante dell'assistenza territoriale. È necessario che l'insegnamento di questa disciplina diventi parte integrante del corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia.

Benefici attesi

Ampliamento delle competenze cliniche trasversali di tutti i laureati.

Maggiore consapevolezza del ruolo della medicina generale nell'assistenza territoriale.

Maggiore attrattività della futura formazione specialistica in medicina generale.

1.2 Inserimento della formazione specialistica in Medicina Generale nel sistema delle specializzazioni universitarie

La formazione dei medici di medicina generale dovrebbe essere ricondotta nell'ambito delle scuole di specializzazione universitarie, superando l'attuale gestione regionale e adeguando il valore delle borse di studio (che oggi hanno un valore inferiore alla metà di quello delle borse di studio delle altre specializzazioni mediche).

Benefici attesi

Standardizzazione nazionale dei contenuti formativi.

Equiparazione rispetto alle altre specializzazioni.

Maggiore attrattività della disciplina, anche grazie all'adeguamento delle borse di studio.

1.3 Creazione dell'Unità Operativa territoriale di Medicina Generale (UOMG)

Si tratterebbe di una soluzione nuova ed efficace per rompere l'isolamento del medico di famiglia. L'UOMG opererà sotto la guida di un responsabile di unità operativa scelto tra i MMG (equivalente al primario). Sarà la struttura di coordinamento dei MMG e di integrazione con quella degli altri professionisti operanti nella Casa di Comunità. Garantirà l'assistenza alla popolazione che fa capo alla casa di comunità.

Fermo restando il rapporto fiduciario dell'assistito con il MMG scelto, la UOMG garantirà la continuità assistenziale anche nelle ore notturne e festive, secondo l'organizzazione territoriale prevista, e il coordinamento dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e i Piani Assistenziali Individualizzati (PAI).

Benefici attesi

Completare e dare concretezza alla previsione del DM 77 di gestione dell'assistenza sulla popolazione che fa riferimento alla CdC, che tuttavia il decreto non disciplina in modo esplicito.

Superare le AFT, rivelatesi inadeguate, evitando inutili sovrapposizioni.

Superare l'isolamento del medico di famiglia.

Contribuire a decongestionare il pronto soccorso.

1.4 Redistribuzione degli studi dei MMG e PLS, tenendo conto della distribuzione della popolazione assistita e favorendo l'aggregazione di medici che facciano capo alle Case della Comunità

Gli studi dei MMG e PLS devono essere distribuiti sul territorio per assicurare un servizio di prossimità agli assistiti. La Casa della Comunità potrà ospitare una parte degli studi, compatibilmente con la distribuzione della popolazione assistita. Ciascun MMG e PLS, a prescindere dalla localizzazione fisica del proprio studio, farà capo all'UOMG con sede presso la CdC. Alla CdC il MMG e il PLS dovranno garantire una parte delle proprie ore di lavoro per attività comuni e per contribuire alla copertura della continuità assistenziale h24, 7 giorni su 7. In tutti questi casi, l'ubicazione dello studio dovrebbe essere definita in accordo con il direttore del distretto, tenendo conto delle esigenze complessive del bacino di utenza.

Le AFT sono state disciplinate con atti legislativi nel 2012, in un'epoca in cui non esistevano le Case della Comunità. Alla luce della riforma dell'assistenza territoriale, esse vengono superate e le loro funzioni assorbite dall'UOMG. Gli obiettivi attribuiti alle AFT, come aggregazioni virtuali, possono più efficacemente essere conseguiti dalle UOMG.

Benefici attesi

Reale continuità assistenziale in assenza del medico titolare.

Integrazione multiprofessionale e superamento dell'isolamento professionale.

Promozione del lavoro d'équipe.

Migliore pianificazione territoriale.

1.5 Abilitazione dei MMG e dei PLS all'esecuzione di esami diagnostici di primo livello

Previo percorso formativo certificato, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta devono poter eseguire direttamente esami di primo livello nelle Case di Comunità, anche con il supporto della telerefertazione.

Benefici attesi

Maggiore tempestività diagnostica e continuità assistenziale.

Riduzione delle prescrizioni e maggiore appropriatezza clinica.

Riduzione delle liste d'attesa.

1.6 Evoluzione del rapporto contrattuale dei MMG e dei PLS

L'attuale regime convenzionale appare sempre meno coerente con la crescente integrazione del medico di famiglia nell'organizzazione del SSN. Si propone l'assunzione dei nuovi MMG e PLS con contratto di lavoro subordinato, senza oneri aggiuntivi, garantendo possibilità di sviluppo professionale e accesso progressivo ai ruoli dirigenziali interni. Ai medici già in servizio potrebbe essere lasciata facoltà di opzione (convenzione – vs – rapporto di lavoro subordinato). L'orario di lavoro sarà pari a 38 ore settimanali per tutti i MMG, come per gli altri medici dipendenti. Almeno 20 ore saranno ore di studio (oggi sono al massimo 15, o 18 per i medici che superano il tetto dei 1.500 assistiti), al servizio dei propri pazienti, le restanti ore saranno a disposizione della Casa della Comunità e/o del distretto. Resta immutata la possibilità di scelta del medico di medicina generale da parte degli assistiti e il mantenimento del rapporto fiduciario continuativo dell'assistito con il proprio MMG. Una quota della retribuzione del MMG deve essere ancorata al numero di assistiti che lo hanno scelto, e avrà carattere premiale.

Benefici attesi

Maggiore integrazione organizzativa.

Migliore adesione ai principi della riforma dell'assistenza territoriale.

1.7 Piattaforma informatica unica e interoperabile, per tutti i MMG e PLS

La frammentazione dei sistemi informativi regionali rappresenta un ostacolo all'efficienza operativa. Si propone l'adozione di una cartella clinica elettronica unica per i MMG e PLS, interoperabile con tutti gli applicativi regionali e con il Fascicolo Sanitario Elettronico. La cartella clinica elettronica deve essere certificata dal Ministero e acquisita dalla regione attraverso procedura di gara pubblica.

Benefici attesi

Riduzione delle attività amministrative manuali.

Miglioramento della qualità e completezza del dato clinico.

Maggiore integrazione informativa tra livelli assistenziali.

Più tempo disponibile per l'assistenza ai pazienti.

2. di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) omogenei a livello nazionale

I percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) sono uno strumento avanzato per la gestione clinica del paziente, sulla base delle evidenze scientifiche, adattate al contesto di risorse tecniche e di distribuzione dei servizi presenti sul territorio. Si tratta quindi del percorso che il paziente dovrà seguire, sulla base dei suoi bisogni, dal momento in cui entra in contatto con il servizio sanitario, fino alla diagnosi e cura, agli eventuali follow up e ai supporti multidisciplinari e socio-sanitari conseguenti.

La nostra proposta

Elaborazione, a livello nazionale, di linee guida di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), da adottarsi da parte di tutti i sistemi sanitari regionali, in collaborazione con le proprie aziende sanitarie e ospedaliere, per tutti gli adattamenti necessari, tenendo conto delle peculiarità territoriali, al fine di garantire a tutti i cittadini le stesse opportunità di cura, indipendentemente dalla regione e dal distretto sanitario di residenza.

I PDTA vengono progettati anche tenendo conto delle linee guida emanate dalle società scientifiche e sono soggetti al continuo monitoraggio di appropriatezza ed efficacia, in coerenza con le nuove scoperte e conoscenza scientifica e con le nuove tecnologie disponibili.

Benefici attesi

Uniformità di trattamento del paziente, in linea con il miglior risultato atteso, a parità di patologia o di gruppo di patologie, a prescindere dal distretto sanitario di provenienza o dal punto di primo contatto con il sistema sanitario.

Massima efficacia sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.

Riduzione dei rischi di errore clinico.

Riduzione dei costi legati a diagnosi e cure inappropriate o errate e a conseguenti ripetizioni di prestazioni.

Miglior rapporto costo-efficacia.

Limitazione della cd. “medicina difensiva” e delle relative prestazioni inappropriate, in quanto il PDTA rappresenta un valido scudo a sostegno dell’operato del medico.

Razionalizzazione dell’impiego delle risorse a disposizione e riduzione degli sprechi.

3. Potenziamiento delle attività del Pronto Soccorso

Oggi chi si reca nel pronto soccorso è generalmente costretto a lunghe attese, talvolta intere giornate o notti, prima di essere visitato. Questo è dovuto fondamentalmente a due concause. Da un lato una domanda eccessiva, spesso inappropriata, dall’altro un sottodimensionamento del pronto soccorso, che non di rado operano sotto organico.

L’inappropriatezza della domanda è ascrivibile anche al fatto che talvolta il cittadino si reca al P.S. perché non trova altre modalità rapide di risposta ai propri bisogni.

Un ulteriore elemento critico è la scarsità di personale sanitario disponibile. Il personale impiegato nei P.S. è sottoposto a forte stress, a fronte di una remunerazione analoga a quella degli altri colleghi. Questo ne demotiva l’accesso. Il ricorso ai cosiddetti gettonisti, oltre ad essere particolarmente oneroso, è poco efficace perché i medici reclutati dalle cooperative possono essere frequentemente spostati tra diversi pronto soccorso, in base alle esigenze della cooperativa. Hanno quindi difficoltà ad integrarsi nei team ed a prendere familiarità con le attrezzature presenti in ciascun sito e con le cartelle cliniche in uso.

La nostra proposta

La nostra proposta di risoluzione del problema si articola nei seguenti quattro punti:

- prevedere, presso il pronto soccorso, un percorso parallelo per gli assistiti che, in seguito al triage, vengono classificati come codici bianchi. In questo caso, senza dover attendere gli specialisti dell’emergenza, gli assistiti dovrebbero accedere all’ambulatorio di medici MMG e PLS, che abbiano volontariamente aderito alla possibilità di erogare presso un pronto soccorso le proprie ore aggiuntive. L’assistito potrà così essere visitato più rapidamente, e sarà tenuto al pagamento del ticket, in quanto codice bianco. Il MMG che lo visiterà avrà la possibilità di accedere a servizi diagnostici rapidi già disponibili per l’area dell’emergenza. Se necessario, potrà comunque contare sul supporto del personale medico specialista dell’area di emergenza (anche a garanzia per l’assistito di un servizio adeguato al livello di complessità del suo caso). Qualora il MMG/PLS lo ritenesse necessario, potrebbe cambiare il codice dell’intervento e reindirizzare l’assistito nel canale principale del P.S.;
- liberare il Pronto Soccorso dall’incombenza di gestire pazienti già destinati al ricovero ma ancora presenti in Pronto Soccorso per mancanza di posti letto presso i reparti di competenza. Si stima che l’assistenza ai pazienti impropriamente ricoverati, anche per diversi giorni, distrae il personale sanitario del P.S. per una quota di tempo rilevante. Questo tempo potrebbe essere più utilmente impiegato nelle attività di emergenza, tipiche del dipartimento. Il tempestivo ricovero presso i reparti, a seconda dei casi specifici, può essere realizzato attraverso miglioramenti organizzativi e/o attraverso l’incremento dei posti letto

nei reparti e/o la realizzazione di una “astanteria”, laddove non sia già presente, gestita da infermieri che, ove necessario, ricorrono agli specialisti del Pronto Soccorso;

- realizzare un efficace filtro ai pazienti che si recano in P.S. grazie allo sviluppo dei servizi nelle case di comunità che operano 24 ore al giorno, e alla presenza presso le CdC dei medici di continuità assistenziale;
- vietare il ricorso alle cooperative di gettonisti. I medici non inseriti organicamente nel SSN, devono essere valutati e selezionati da apposite commissioni pubbliche, istituite in ogni regione con personale delle aziende sanitarie.

Benefici attesi

Riduzione dei tempi di attesa presso i Pronto Soccorso.

Miglioramento del servizio per gli assistiti che devono essere trattenuti e ricoverati in ospedale.

Maggiore integrazione e scambio di competenze tra i medici di MMG e i medici dell'emergenza, con indubbe opportunità di crescita professionale reciproca.

4. Potenziamento delle attività di prevenzione

Oggi le attività di prevenzione differiscono molto da regione a regione e, talvolta, da un'azienda sanitaria ad un'altra, pur nell'ambito della stessa regione. Esistono talune attività di prevenzione che sarebbe necessario estendere a tutto il Paese, in modo omogeneo. Si tratta tipicamente di campagne di vaccinazione in grado di prevenire il possibile sviluppo di patologie, o di screening in grado di rivelare la presenza delle patologie in fase embrionale, prevenendone lo sviluppo o rendendole facilmente curabili. In molti casi, il costo della prevenzione sarebbe ampiamente compensato dai risparmi derivanti dalla riduzione delle patologie e delle loro conseguenze.

La nostra proposta

Per tutti questi casi, proponiamo di investire quote aggiuntive di fondo sanitario nazionale per finanziare programmi di prevenzione uniformi, su scala nazionale, gestiti direttamente dal Ministero, che si raccordi direttamente con i dipartimenti di prevenzione su tutto il territorio nazionale. A questo proposito sarebbe molto più efficace l'interlocuzione diretta con i dipartimenti di prevenzione regionali, come da nostra proposta n.2 del primo ambito. Il finanziamento verrebbe erogato ai dipartimenti di prevenzione secondo una tariffa predefinita per ciascuna prestazione (vaccinazioni o screening) effettivamente erogata.

L'elenco delle attività di prevenzione che è opportuno rendere omogenee su tutto il territorio nazionale deve essere definito dall'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con le società scientifiche.

Benefici attesi

Miglioramento della qualità della vita dei cittadini, grazie alla prevenzione o all'individuazione precoce di importanti patologie.

Risparmio economico per il SSN che, grazie ad un investimento iniziale limitato, si assicura un risparmio certo per il futuro, grazie al gran numero di patologie che secondo la statistica medica saranno evitate o ridimensionate.

5. Attuazione del Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale e integrazione sociosanitaria

La legge 180/1978, disponendo la chiusura degli ospedali psichiatrici, ha superato il sistema separato dell'assistenza psichiatrica consentendo l'integrazione della tutela della salute mentale nel Servizio Sanitario Nazionale.

Nel nuovo assetto, i servizi di salute mentale hanno dovuto assumere fin dall'origine funzioni più ampie di quelle specialistiche, non solo unificando prevenzione, cura e riabilitazione ma anche facendosi carico, per i disturbi gravi, delle problematiche di socializzazione. I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) hanno dovuto confrontarsi con i limiti del sistema delle cure primarie e con la separatezza dei servizi sociali degli enti locali. La riforma dell'assistenza territoriale introdotta dal DM 77/2022 e da ultimo il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale 2025–2030 (PANSM) offrono oggi l'occasione di potenziare l'azione dei DSM integrandola pienamente nella Medicina Distrettuale e tramite le Case della Comunità sviluppando le necessarie connessioni con il lavoro sociale degli operatori degli enti locali nelle forme più avanzate. Del resto, i DSM rappresentano per tradizione un terreno di esperienze avanzate di integrazione tra trattamenti sanitari, riabilitazione e inclusione sociale, orientate a valorizzare le risorse e le capacità delle persone oltre che a compensarne le condizioni di vulnerabilità: una prospettiva coerente con i principi del welfare generativo.

La nostra proposta

L'organizzazione della salute mentale territoriale può essere letta lungo due assi complementari: il DSM, polo specialistico unitario e integrato, e il Distretto, con le Case della Comunità come sede operativa dell'integrazione tra medicina generale, psicologia, infermieristica, servizi sociali, DSM e risorse della comunità.

Proponiamo di:

1. generalizzare su tutto il territorio nazionale il modello dipartimentale a matrice integrata e inclusiva descritto nel PANSM, comprendente salute mentale dell'adulto, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipendenze e un'Unità Operativa di Psicologia;
2. rafforzare l'integrazione tra DSM, Distretto e Case della Comunità (CdC), prevedendo anche attività ambulatoriali del DSM nelle CdC e percorsi condivisi con medicina generale, infermieristica, servizi sociali e comunità, senza creare nuovi contenitori di prestazioni e personale;
3. assumere recovery e welfare generativo come criteri di orientamento dei servizi, valorizzando psicoeducazione, Utenti Esperti in Supporto tra Pari, autonomia e inclusione lavorativa, abitativa e sociale;
4. adeguare prioritariamente gli organici dei servizi di salute mentale agli standard nazionali

AGENAS del 2022, condizione necessaria per rendere effettiva l'attuazione del PANSM.

Benefici attesi

Rendere più omogenea, sul territorio nazionale, l'organizzazione dei servizi di salute mentale, favorendo continuità tra età evolutiva, età adulta, dipendenze e psicologia.

Rendere concreta l'integrazione sociosanitaria tra DSM, cure primarie, servizi sociali e comunità, utilizzando Distretto e Case della Comunità come luoghi di raccordo operativo.

Ridurre frammentazione, duplicazioni, invii impropri e vuoti assistenziali attraverso un migliore coordinamento delle risorse e dei percorsi.

Rafforzare autonomia, partecipazione e inclusione sociale, sviluppando un modello di welfare generativo trasferibile ad altre aree di bisogno complesso, come disabilità, cronicità e non autosufficienza.

QUARTO AMBITO- RAZIONALIZZAZIONE ORGANIZZATIVA E CONTENIMENTO DEI COSTI

In questo ambito vengono argomentate le seguenti proposte:

1. revisione dei processi di gestione;
2. centralizzazione delle sedi ed estensione degli orari di attività delle apparecchiature diagnostiche;
3. centralizzazione dei laboratori di analisi;
4. dismissione obbligatoria delle società in house per la produzione di servizi a favore delle aziende sanitarie;
5. cessione degli immobili non strumentali;
6. efficientamento energetico delle aziende sanitarie e autoproduzione di energia.

1. Revisione dei processi di gestione, sia in ambito sanitario, sia in ambito amministrativo, verso modalità più efficaci e più efficienti.

Chi conosce le aziende sanitarie sa che i processi organizzativi interni sono spesso poco razionali. Ogni nuova direzione aziendale tende a introdurre nuove procedure di controllo, dimenticando non di rado di cancellare le precedenti. Capita così di rilevare una stratificazione di procedure, la cui ratio è difficilmente comprensibile, che genera lungaggini burocratiche, ripetizioni di attività e spreco di ore di lavoro. In alcuni casi sono ancora presenti procedure di controllo tipiche della vecchia contabilità finanziaria, ormai in disuso nelle aziende sanitarie dagli anni '90. Per elevare la produttività dell'area amministrativa è necessario razionalizzare i processi.

Anche nell'area sanitaria, l'organizzazione e i processi sono spesso poco razionali. Ne deriva, tra l'altro, una scarsa produttività di diverse unità organizzative e, spesso, disservizi per gli utenti.

La nostra proposta

È necessario procedere ad un'analisi critica di tutti i processi gestionali, sia in ambito amministrativo, sia in ambito sanitario, e sviluppare e sperimentare un modello pilota, replicabile a livello nazionale. L'obiettivo deve essere quello di razionalizzare le attività, alleggerendo il personale sanitario di attività burocratiche e trasferendo al personale amministrativo, ove possibile, alcune incombenze di carattere gestionale. Il modello pilota potrebbe essere sviluppato presso due o tre aziende e successivamente replicato in tutte le altre, su scala nazionale.

Benefici attesi

Riduzione dei tempi di evasione delle pratiche amministrative.

Aumento della produttività.

Riduzione dei costi.

2. Centralizzazione delle sedi ed estensione gli orari di attività delle apparecchiature diagnostiche, con particolare riferimento a quelle più costose, quali risonanze magnetiche, TAC, PET e altre tecnologie avanzate, su più turni, per almeno 12 – 18 ore giornaliere.

È noto che l'orario di apertura dei servizi diagnostici è piuttosto limitato. Generalmente tali servizi operano su un unico turno giornaliero, con un'estensione che non supera le 6-8 ore. Questa consuetudine appare particolarmente incongrua, soprattutto alla luce dei notevoli investimenti necessari per l'acquisizione delle apparecchiature.

L'elevato costo dei macchinari e la rapidità del progresso tecnologico suggeriscono, a parità di produzione, di limitare il numero di apparecchiature acquistate e di massimizzarne il grado di utilizzo, estendendone l'operatività su più turni giornalieri, per almeno 12-18 ore di attività al giorno. Un ampliamento dell'orario di attività sarebbe di grande beneficio per gli assistiti, che potrebbero accedere ai servizi anche al di fuori dal proprio orario di lavoro. Lo scarso utilizzo delle apparecchiature diagnostiche determina una serie di effetti negativi sull'organizzazione complessiva del sistema. Esso impone l'acquisto di più macchine, l'impiego di maggiori superfici, distribuite su varie strutture, e l'utilizzo di maggiori quantità di personale, inclusi i dirigenti responsabili delle strutture. Ne consegue un maggiore fabbisogno finanziario, maggiori costi di ammortamento e manutenzione, maggiori costi di climatizzazione dei locali e una minore produttività del personale e del capitale impiegato. In sintesi, maggiori costi per prestazione erogata.

La nostra proposta

Un intervento potenzialmente rapido da attuare consiste nel centralizzare le sedi, laddove ciò sia compatibile con le esigenze assistenziali e territoriali, e di estendere l'orario di funzionamento delle grandi apparecchiature diagnostiche, con particolare riferimento a quelle a più elevata intensità di capitale, quali risonanze magnetiche, tomografie computerizzate, PET e altre tecnologie avanzate. L'attività operativa deve essere organizzata su più turni, per un arco temporale non inferiore alle 12-18 ore giornaliere.

Benefici attesi

Aumento della capacità produttiva e del numero di prestazioni prodotte.

Riduzione del numero di dirigenti responsabili di struttura e dei conseguenti costi del personale.

Riduzione del fabbisogno finanziario legato all'acquisto delle apparecchiature.

Riduzione dei costi di ammortamento e dei canoni di manutenzione delle apparecchiature.

Riduzione degli spazi necessari allo svolgimento delle attività, con risparmi significativi in termini di costi di climatizzazione, illuminazione, pulizie e gestione degli ambienti.

3. Centralizzazione dei laboratori di analisi

Analogamente a quanto osservato per le grandi apparecchiature, è necessario riconsiderare l'assetto dei laboratori di analisi, oggi frammentati e distribuiti su un eccessivo numero di strutture. Una strategia orientata alla concentrazione delle attività in un numero limitato di grandi siti, operativi su

più turni giornalieri, consentirebbe di conseguire rilevanti benefici, sia sul piano organizzativo sia su quello economico.

La nostra proposta

Procedere, ove organizzativamente ed economicamente conveniente, alla centralizzazione dei laboratori di analisi biochimiche, molecolari e di anatomia patologica, presso un numero limitato di strutture di riferimento, garantendo la necessaria distribuzione territoriale dei punti prelievo. Le apparecchiature di laboratorio, che possono operare efficacemente per almeno dieci ore al giorno su due turni, permetterebbero così un utilizzo più razionale delle risorse tecnologiche, del personale specializzato e dei reagenti, con evidenti benefici in termini di efficienza e sostenibilità economica.

Benefici attesi

Riduzione del fabbisogno di personale, a parità di prestazioni erogate, grazie all'aumento della produttività, e del numero di dirigenti responsabili di struttura.

Maggiore specializzazione del personale, con effetti benefici sulla qualità e sull'affidabilità delle prestazioni erogate.

Riduzione del fabbisogno finanziario legato all'acquisto e dei costi di manutenzione delle apparecchiature.

Riduzione degli spazi necessari allo svolgimento delle attività, con risparmi significativi in termini di costi di climatizzazione, illuminazione, pulizie e gestione degli ambienti.

Gestione più razionale e integrata dei processi di laboratorio, con riduzione dell'utilizzo di reagenti e altri materiali di consumo, limitazione degli sfridi e ulteriore contenimento dei costi complessivi del sistema.

4. Dismissione obbligatoria di tutte le società in house per la produzione di servizi a favore delle aziende sanitarie

Molte regioni italiane continuano ancora oggi ad affidare una parte significativa dei servizi, in particolare quelli informatici, destinati alle aziende sanitarie e agli altri enti regionali a proprie società *in house*, tra le altre: Piemonte, Liguria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Umbria. Si tratta di società pubbliche controllate dalle regioni, che forniscono servizi analoghi a quelli offerti da operatori privati ma che, proprio in virtù della loro appartenenza alla regione, ricevono affidamenti diretti senza ricorso a procedure concorrenziali. Gli incarichi vengono affidati direttamente, senza il ricorso a gare pubbliche.

L'esperienza sul campo di chi conosce il settore dimostra che tale modello generalmente presenta costi più elevati per i servizi sanitari regionali e livelli qualitativi inferiori rispetto a quelli ottenibili attraverso il confronto competitivo tra fornitori.

La nostra proposta

È opportuno che le regioni procedano alla dismissione di tutte le società in house, affidando mediante gara pubblica i servizi attualmente erogati da tali soggetti. L'apertura al mercato consentirebbe di introdurre meccanismi concorrenziali nella fornitura di servizi, favorendo il confronto tra operatori e creando condizioni più favorevoli per il miglioramento della qualità e la riduzione dei costi.

Benefici attesi

Miglioramento della qualità dei servizi resi al servizio sanitario regionale, grazie al confronto competitivo tra i diversi operatori.

Significative riduzioni dei costi.

Riduzione delle strutture societarie pubbliche non necessarie allo svolgimento delle funzioni istituzionali.

5. Cessione di tutti gli immobili non strumentali

Molto spesso le aziende sanitarie e ospedaliere annoverano, tra i propri cespiti, immobili non impiegati a fini strumentali, ad esempio acquisiti in seguito a lasciti o conseguenti al trasferimento di attività in immobili nuovi o più idonei. Frequentemente tali dotazioni immobiliari vengono trattenute nella proprietà dell'azienda e, in taluni casi, locati a terzi. In genere tali impieghi non sono remunerativi o sono causa di perdite economiche. Ciò è dovuto a varie ragioni, prima fra tutte al fatto che le aziende sanitarie non sono strutturate, né hanno le competenze, per gestire efficacemente attività di locazione immobiliare. Occorre quindi trasferire ad altri il compito di valorizzare gli immobili, attraverso la vendita degli stessi o il trasferimento ad altri enti che si occupino in modo professionale della loro valorizzazione.

La nostra proposta

Introdurre l'obbligo per le aziende sanitarie di dismettere tutti gli immobili di proprietà non necessari allo svolgimento delle attività istituzionali. Tali cespiti vengono normalmente classificati come "disponibili", nei bilanci delle aziende sanitarie (e quindi cedibili), per distinguerli da quelli ad uso strumentale, definiti "indisponibili".

Benefici attesi:

Razionalizzazione dell'assetto patrimoniale delle aziende sanitarie.

Riduzione dei costi diretti e indiretti connessi alla gestione del patrimonio immobiliare.

Liberazione di risorse finanziarie da destinare ad impieghi funzionali alle attività sanitarie.

6. Avvio di un progetto di efficientamento energetico delle aziende sanitarie e di autoproduzione di energia, con priorità agli interventi ad alto rendimento economico

Una voce di spesa significativa per le strutture del SSN è costituita dalla bolletta energetica: riscaldamento e climatizzazione, illuminazione, consumi energetici dei diversi impianti e

apparecchiature. In questo ambito non esistono dati precisi raccolti a livello nazionale, tuttavia sono sotto gli occhi di tutti le potenzialità insite in una razionalizzazione dei consumi e nell'efficientamento energetico di edifici mediamente molto vecchi e mal coibentati. Gli interventi ipotizzabili sono di vario genere: dall'autoproduzione di energia elettrica alla coibentazione degli edifici, all'ottimizzazione della climatizzazione e alla sostituzione degli impianti meno efficienti.

Un esempio la cui convenienza appare particolarmente evidente è l'installazione di pannelli fotovoltaici sui tetti o su altre superfici idonee. La particolare convenienza di un investimento di questo tipo è legata anche alla possibilità, in molte strutture sanitarie, di utilizzare direttamente durante le ore diurne una parte significativa dell'energia prodotta, riducendo così la necessità di sistemi di accumulo, che possono risultare particolarmente onerosi. Secondo alcune stime, un investimento in pannelli solari senza batterie di accumulo potrebbe avere un tempo di rientro di 3 – 4 anni, con un tasso di rendimento dell'investimento pari o superiore al 25%.

Un altro esempio che vale la pena citare è il fatto che alcune apparecchiature diagnostiche presentano un consumo energetico significativo anche in fase di stand-by, nei periodi di inattività, compresi i fine settimana, anche per la climatizzazione necessaria a salvaguardare le apparecchiature. Questo avvalorava ulteriormente la proposta di ampliarne l'orario di utilizzo su più turni e di ridurre gradualmente il numero di apparecchiature in esercizio, garantendo tuttavia un numero di prestazioni allineato alla domanda, tale da ridurre le liste di attesa a tempi accettabili.

L'approccio al contenimento dei consumi tenutosi fino ad oggi è episodico, non strutturato e disomogeneo tra regione e regione, e tra le diverse aziende della stessa regione. Ne consegue che esistono opportunità di investimento redditizio non sfruttate, che si possono facilmente tradurre in risparmi per le aziende del SSN.

La nostra proposta

Costituire una task force dedicata, in ciascuna regione, con le necessarie competenze tecnologiche ed economiche, per studiare i possibili interventi di risparmio energetico sui diversi edifici strumentali, ordinandoli per tasso di rendimento decrescente.

Le diverse task force regionali devono essere coordinate da un nucleo tecnico qualificato, presso il ministero, che imposti le linee guida, valuti i risultati, li ordini in base al tasso di rendimento e ne proponga il finanziamento attraverso una linea di finanziamento nazionale dedicata. Compatibilmente con i fondi messi a disposizione, il nucleo tecnico centrale darà la priorità agli interventi più redditizi sotto il profilo economico, privilegiando quelli caratterizzati da tempi di ritorno dell'investimento più brevi. Si tenga conto che in molti casi il Tasso di rendimento dell'investimento sarebbe decisamente superiore al tasso di interesse sostenuto sul debito pubblico, rendendolo compatibile anche con un incremento del debito.

Benefici attesi

Realizzazione di investimenti economicamente vantaggiosi sul patrimonio immobiliare sanitario, con generazione di risorse da reinvestire nelle attività operative.

Contenimento dei consumi energetici e delle emissioni inquinanti.

Maggiore comfort alberghiero per i degenti, grazie a una migliore coibentazione e climatizzazione degli edifici.

QUINTO AMBITO – REALIZZAZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE), SVILUPPO DELL'INFORMATION TECHNOLOGY, DELLA TELEMEDICINA E DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

In questo ambito vengono argomentate le seguenti proposte:

1. completamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) secondo un'architettura nazionale interoperabile. Introduzione della certificazione degli applicativi clinici adottati in tutte le regioni, che ne garantisca l'interoperabilità con il FSE;
2. adozione di sistemi informatici omogenei, almeno a livello regionale, sia in ambito clinico, sia in ambito amministrativo-gestionale. Introduzione di una certificazione nazionale, sia per gli applicativi clinici, sia per gli applicativi amministrativo-contabili;
3. sviluppo e implementazione di soluzioni di intelligenza artificiale in sanità.

1. Completamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) secondo un'architettura nazionale interoperabile. Introduzione della certificazione degli applicativi clinici adottati in tutte le regioni, che ne garantisca l'interoperabilità con il FSE

Il **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** è uno strumento digitale preposto alla raccolta e alla conservazione, ordinata e sicura, di tutti i dati e i documenti sanitari del cittadino: referti, esami, prescrizioni, vaccini, allergie, ricoveri, lettere di dimissione ospedaliera e altro ancora. L'FSE deve essere accessibile online, in qualsiasi momento, dal cittadino e dagli operatori sanitari autorizzati, come medici di base o specialisti, garantendo che, in qualsiasi luogo del territorio nazionale e, auspicabilmente in futuro, dell'Unione Europea, sia possibile accedere ai dati del paziente, anche in caso di sua incapacità a comunicare, ai fini dell'anamnesi, della continuità assistenziale e della compatibilità delle cure con le condizioni soggettive del paziente. Da un punto di vista pratico, questa possibilità permette di:

- conoscere rapidamente le condizioni del paziente, anche se trattato in strutture diverse;
- evitare inutili ripetizioni di esami e prescrizioni;
- migliorare le diagnosi e le decisioni terapeutiche;
- tracciare la storia clinica del paziente;
- migliorare il coordinamento tra operatori di strutture sanitarie diverse;
- ridurre gli sprechi, ad esempio evitando la ripetizione di esami già effettuati, e migliorare l'efficienza del SSN.

Accanto a queste **finalità primarie**, legate all'utilizzo dei dati clinico-sanitari per le attività di presa in carico del paziente, esistono ulteriori finalità, definite **secondarie**, legate all'utilizzo dei dati per attività di ricerca clinica ed epidemiologica, di programmazione nazionale e regionale e di monitoraggio.

Affinché tutto ciò sia possibile è necessario che i dati prodotti in una qualsiasi struttura sanitaria italiana, sia essa pubblica o privata, ospedaliera o distrettuale, siano perfettamente leggibili e uniformemente interpretabili, in qualunque altra struttura, sia che questa appartenga alla stessa azienda o ad altra azienda, alla medesima regione o ad altra regione, sia che si tratti di una struttura pubblica o privata. Questa caratteristica dei sistemi informativi si definisce **interoperabilità**. Essa non

riguarda soltanto la possibilità tecnica di scambiare dati, ma anche la loro capacità di essere interpretati in modo uniforme dai diversi sistemi informativi, secondo standard condivisi.

I primi riferimenti legislativi alla creazione del **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)** risalgono al 2012 e al 2013, ma il provvedimento legislativo che disciplina per la prima volta in modo strutturato la nuova soluzione è il DPCM n. 178 del 29 settembre 2015.

Il progetto ha richiesto notevoli investimenti, ma ha incontrato difficoltà nella sua attuazione, anche a causa della frammentazione dei livelli decisionali e di scelte locali non sufficientemente uniformi e coerenti a livello nazionale.

Nel 2022 il progetto è stato profondamente rivisto e rimodellato sulla base delle nuove **“Linee guida per l’attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico”**, del 27 marzo 2022. Nasce così il progetto FSE 2.0.

Per garantire il raggiungimento degli obiettivi nei tempi previsti dal PNRR, le nuove Linee Guida hanno fornito un indirizzo strategico unico a livello nazionale per l’implementazione e il governo delle iniziative di evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei sistemi con esso integrati. Per condividere dati clinici di qualità, strutturati e completi, la preconditione necessaria è l’interoperabilità.

L’iniziativa intrapresa con il lancio del progetto FSE 2.0 è da ritenere opportuna e foriera di grandi benefici. È di fondamentale importanza riuscire a raggiungere gli obiettivi previsti dal PNRR e assicurare che il FSE 2.0 divenga pienamente operativo e utilizzabile in tutte le strutture sanitarie del Paese. Il completamento degli obiettivi PNRR non deve infatti rappresentare il termine del progetto: occorre garantirne lo sviluppo e il mantenimento a regime anche attraverso investimenti nazionali.

Le nostre proposte in merito al FSE

Completare il progetto perseguendo la completa interoperabilità, anche semantica, nonché l’implementazione l’utilizzazione e lo sviluppo a regime in tutte le regioni. Questo richiederà anche investimenti nazionali in aggiunta a quelli previsti dal PNRR. Si tratta tuttavia di investimenti di carattere strategico, che apporterebbero enormi benefici alla capacità e alla qualità della presa in carico dei pazienti, alla programmazione sanitaria e alla ricerca clinica.

Introdurre il requisito della **certificazione nazionale degli applicativi clinici** che le aziende sanitarie intendono acquisire. Per ottenere la certificazione, tali applicativi devono essere conformi agli standard tecnici e semantici nazionali ed europei e garantire l’interoperabilità con il FSE e con le altre piattaforme nazionali. Le aziende sanitarie non dovranno poter acquisire applicativi clinici privi di tale certificazione.

Il PLD auspica che, in un futuro prossimo, il FSE possa integrare, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali, informazioni relative alle condizioni sociali dell’assistito rilevanti ai fini epidemiologici, assistenziali e di programmazione.

Benefici attesi

La realizzazione e la messa a regime del FSE e dell’ecosistema nazionale dei dati sanitari rappresenterebbero un vero salto di qualità per il Servizio sanitario nazionale.

La disponibilità di dati sanitari strutturati, completi e interoperabili permetterebbe enormi vantaggi sia per le finalità cosiddette primarie, quali la presa in carico, la diagnosi e la cura dei cittadini, sia per le finalità cosiddette secondarie, quali la programmazione, il monitoraggio e la ricerca clinica ed epidemiologica.

Grazie a questi requisiti, il FSE diventerebbe inoltre un fattore abilitante per il pieno sfruttamento dell'intelligenza artificiale in medicina, anche con finalità predittive e di prevenzione e a supporto di percorsi diagnostico-terapeutici più efficaci ed efficienti.

Il sistema permetterebbe inoltre significativi risparmi economici, evitando duplicazioni di procedure diagnostiche e terapeutiche quando gli esiti di precedenti prestazioni siano già disponibili e utilizzabili.

2. Adozione di sistemi informatici omogenei, almeno a livello regionale, sia in ambito clinico, sia in ambito amministrativo-gestionale. Introduzione di una certificazione nazionale, sia per gli applicativi clinici, sia per gli applicativi amministrativo-contabili

L'ottimizzazione dei processi organizzativi può e deve avvantaggiarsi delle possibilità che le tecnologie oggi disponibili sono in grado di offrire. Un grosso impulso all'incremento della produttività del sistema sanitario potrebbe derivare da un massiccio ricorso alla digitalizzazione dei processi e interoperabilità dei sistemi informativi, tanto in ambito gestionale quanto in quello clinico. La trasformazione digitale rappresenta uno dei principali fattori abilitanti per una più efficiente allocazione delle risorse e per un miglioramento complessivo delle prestazioni del sistema.

Nell'ambito amministrativo, contabile e gestionale, l'impiego di suite informatiche avanzate è decisamente più consolidato rispetto all'ambito clinico. La maggior parte delle aziende sanitarie del Paese si è ormai dotata di sistemi informatici di tipo "ERP" (Enterprise Resource Planning), che gestiscono in modo integrato i dati relativi alle diverse funzioni aziendali, consentendo di conseguire notevoli efficienze di gestione.

È inoltre di fondamentale importanza che gli applicativi informatici, sia amministrativi che sanitari, siano sottoposti a certificazione che ne garantisca l'allineamento ai requisiti nazionali e l'interoperabilità con gli altri sistemi.

Le nostre proposte

È necessario che ogni regione si doti di sistemi informatici omogenei, basati su piattaforme di tipo ERP, capaci di coprire sia l'area clinica sia quella amministrativo-gestionale, e di permettere lo scambio di dati tra le due aree. In particolare, La suite degli applicativi sanitari si deve interfacciare con le piattaforme nazionali, e rendere il più possibile automatica l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico.

Deve essere introdotto l'obbligo di certificazione per gli applicativi acquistabili dalle aziende sanitarie, siano essi clinici o amministrativi. La certificazione deve attestare l'idoneità degli applicativi a supportare efficacemente i processi aziendali e, nel caso degli applicativi clinici, la conformità agli standard tecnici e semantici definiti a livello nazionale ed europeo, garantendone l'interoperabilità.

L'obiettivo non deve essere soltanto quello di certificare singoli prodotti, ma di costruire un **ecosistema informativo sanitario coerente**, nel quale i diversi applicativi possano comunicare tra loro senza richiedere onerose attività di integrazione sviluppate caso per caso.

Benefici attesi

Efficientamento del lavoro e incremento della produttività, sia in ambito amministrativo, sia in ambito clinico.

Interoperabilità con il FSE e con le piattaforme nazionali.

Maggiore facilità di monitoraggio e controllo a livello regionale e nazionale.

Contenimento dei costi di acquisizione e dei canoni di manutenzione.

Riduzione dei costi derivanti dalla necessità di sviluppare integrazioni specifiche tra sistemi non interoperabili.

3. Sviluppo e implementazione di soluzioni di intelligenza artificiale in sanità

L'introduzione dell'Intelligenza Artificiale tra gli strumenti del SSN non è soltanto un auspicio ma è già stata avviata. L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (**Agenas**), nell'ambito delle iniziative finanziate dal PNRR, ha avviato un progetto pilota di intelligenza artificiale rivolto alla medicina generale, con il coinvolgimento di un campione di medici di medicina generale. La piattaforma è finalizzata a utilizzare le informazioni disponibili nella cartella clinica del medico di medicina generale e nel FSE per fornire supporto alle attività del medico.

Si tratta di una prima esperienza che deve essere considerata come un punto di partenza per una più ampia strategia nazionale di utilizzo dell'intelligenza artificiale in sanità.

La nostra proposta

Occorre procedere con lo sviluppo e la messa a regime della piattaforma nazionale di intelligenza artificiale, estendendone progressivamente l'utilizzo alle diverse aree del SSN.

Deve inoltre essere promosso un apposito programma nazionale di formazione sull'intelligenza artificiale rivolto ai professionisti sanitari, affinché l'utilizzo di questi strumenti avvenga in modo consapevole, efficace e coerente con le responsabilità professionali.

Il PLD ritiene che grandi potenzialità risiedano nell'implementazione di soluzioni di intelligenza artificiale nel SSN, soprattutto quando queste siano messe a sistema con il FSE, con i sistemi informativi aziendali e con l'adozione di PDTA.

L'intelligenza artificiale dovrà essere considerata uno strumento di supporto alle decisioni professionali e non un sostituto del medico o degli altri professionisti sanitari.

Benefici attesi

Potenziamento delle attività di epidemiologia e prevenzione, attraverso l'analisi sistematica dei dati sanitari disponibili.

La disponibilità di una grande mole di dati sanitari strutturati e interoperabili accrescerà enormemente le potenzialità della ricerca, sia di base sia applicata, anche negli IRCCS, contribuendo allo sviluppo di un SSN ancora più efficace ed efficiente.

Supporto ai medici nella diagnosi e nel trattamento, attraverso strumenti di supporto alla decisione clinica e una maggiore capacità di personalizzare i percorsi diagnostico-terapeutici.

Sviluppo di modelli predittivi, con possibilità di individuare precocemente fattori di rischio e orientare interventi di prevenzione personalizzati.

Identificazione di inefficienze nei percorsi di cura e suggerimento di possibili interventi correttivi.

Analisi dei macrodati gestiti dal sistema nazionale e supporto alla programmazione sanitaria.

Miglioramento dell'interazione tra Servizio sanitario e cittadino nei diversi ambiti, ad esempio nella prenotazione di visite ed esami e nell'accesso alle informazioni.

Sviluppo di ulteriori applicazioni oggi difficilmente prevedibili, in relazione alla rapidità dell'evoluzione tecnologica.

SESTO AMBITO - POLITICHE DI GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

L'aspetto più critico della gestione del SSN è oggi certamente la carenza di personale sanitario.

Medici

Nonostante la presenza di medici in attività in misura pari o superiore alla media OCSE, il SSN presenta gravi carenze in alcuni specifici ambiti medici, in particolare nella medicina generale e in diverse aree specialistiche. Tale squilibrio è originato da errori di programmazione dei corsi di specializzazione e dalla scarsa attrattività di alcune discipline. Il problema non è quindi formare più medici, ma orientare meglio i nuovi medici verso le specializzazioni oggi carenti. Dal punto di vista quantitativo, inoltre, si profila il rischio di un progressivo eccesso di offerta in alcune aree, in relazione all'attuale programmazione. In tale scenario, una parte consistente dei nuovi professionisti formati con risorse pubbliche nazionali, finirebbe per emigrare, andando a rafforzare i servizi sanitari di altri Paesi.

Infermieri

La scarsità di infermieri è ormai un fenomeno di portata globale, particolarmente accentuato nei Paesi ad alto reddito, dove l'invecchiamento della popolazione e l'espansione dei bisogni assistenziali esercitano una pressione crescente sui sistemi sanitari. La situazione del nostro Paese assume connotati particolarmente preoccupanti. Il primo "Rapporto sulla professione" della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) stima in circa 65.000 unità il fabbisogno aggiuntivo di infermieri in Italia.

La principali cause della carenza di personale sanitario

Le principali cause che hanno portato all'attuale carenza di personale sanitario sono le seguenti:

- l'errata programmazione dei corsi universitari e, soprattutto, dell'accesso alle specializzazioni;
- il trattamento economico non adeguato alla preparazione richiesta e alle responsabilità della professione sanitaria;
- l'andamento demografico della popolazione italiana, che vede una progressiva riduzione di giovani in età di studi universitari;
- la minore vocazione verso le professioni sanitarie;
- i rischi professionali, patrimoniali e penali, dovuti a frequenti azioni promosse dai pazienti;
- la fuga verso altri paesi europei e verso operatori privati nazionali, che garantiscono migliori condizioni di lavoro e remunerazioni significativamente superiori;
- le condizioni di lavoro, che possono favorire fenomeni di burn-out, di cui la carenza di personale rappresenta una concausa.

Le nostre proposte in merito alle politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane

- 1. Progressivo incremento dei livelli retributivi del personale sanitario, accompagnato dalla razionalizzazione delle mansioni, dalla riduzione della burocrazia e dall'incremento della produttività**

È necessario procedere a un progressivo adeguamento dei livelli retributivi del personale sanitario, rendendo le professioni del SSN maggiormente attrattive rispetto alle opportunità offerte dal settore privato e dagli altri Paesi europei.

L'incremento retributivo deve essere accompagnato da una razionalizzazione delle mansioni e dei processi di lavoro, con particolare riferimento alla riduzione degli adempimenti burocratici a carico del personale sanitario, e da un incremento della produttività.

È inoltre necessario differenziare il trattamento economico a favore delle specializzazioni che riscuotono minori adesioni. Si tratta, in particolare, delle discipline che comportano maggiore stress lavorativo e maggiori rischi, come l'emergenza-urgenza e la rianimazione, e di quelle nelle quali il settore privato esercita una maggiore capacità di attrazione, garantendo remunerazioni significativamente più elevate.

In particolare, riteniamo necessario riconoscere specifici benefici ai medici e agli infermieri che operano nel pronto soccorso, quali:

- un'indennità economica specifica;
- il riconoscimento, ove ne ricorrano i presupposti, dell'attività svolta come lavoro usurante;
- un'apposita copertura assicurativa per eventuali sinistri professionali.

2. Incrementi retributivi al personale sanitario, condizionati ad un sistema di valutazione delle performance, basato su obiettivi individuali e di reparto. Riconoscimento economico delle ore di lavoro straordinario

Oggi esiste nominalmente, tra le voci di stipendio dei dipendenti del servizio sanitario, il cosiddetto *Fondo Incentivazione*. Purtroppo, nonostante la definizione, tale componente retributiva viene spesso distribuita a pioggia, tra tutti i dipendenti, senza una reale valutazione dei meriti dei lavoratori. Si propone quindi di consolidare le componenti retributive oggi riconducibili al fondo incentivante nella retribuzione ordinaria, secondo modalità da definire nell'ambito della contrattazione, e contestualmente di istituire un nuovo fondo incentivante, specificamente legato alle performance individuali e di reparto. La componente variabile dovrà essere attribuita sulla base di obiettivi individuali e di reparto chiaramente definiti dalla direzione strategica e valutati annualmente sulla base dei risultati effettivamente conseguiti.

In attesa del progressivo riallineamento tra necessità e disponibilità di personale sanitario, proponiamo inoltre il riconoscimento economico delle ore di lavoro straordinario effettivamente prestate.

3. Facilitare l'assunzione a tempo indeterminato dei medici specializzandi, valorizzando l'attività formativa pratica svolta durante il percorso di specializzazione.

È necessario favorire l'assunzione a tempo indeterminato dei medici specializzandi, attraverso modalità che consentano di conciliare il completamento del percorso formativo con un progressivo inserimento nell'organizzazione del SSN.

L'attività pratica svolta durante la specializzazione deve essere adeguatamente valorizzata, secondo modalità compatibili con gli ordinamenti formativi e contrattuali, evitando che il completamento del percorso specialistico costituisca un ostacolo all'ingresso stabile nel Servizio sanitario.

4. Introduzione della facoltà, per i medici che praticano l'Attività Libero Professionale in Intramoenia (ALPI), di rinunciare in modo permanente all'ALPI per dedicare un equivalente numero di ore di lavoro all'attività pubblica, in cambio di una congrua remunerazione delle ore aggiuntive.

Deve essere riconosciuta ai medici che esercitano l'Attività Libero-Professionale Intramoenia la facoltà di rinunciare in modo permanente all'ALPI e di destinare un equivalente numero di ore di lavoro aggiuntive all'attività istituzionale del SSN.

Le ore aggiuntive dovranno essere adeguatamente remunerate, in modo da rendere economicamente conveniente la scelta e incentivare l'incremento dell'attività svolta nelle strutture pubbliche.

La misura consentirebbe di aumentare la capacità produttiva delle strutture pubbliche e, in particolare, di contribuire alla riduzione delle liste d'attesa.

5. Divieto di esercitare l'intramoenia al di fuori delle strutture pubbliche nelle quali si opera assicurando, da parte dell'azienda di riferimento, la disponibilità di spazi e strutture idonee all'esercizio dell'attività libero-professionale.

L'attività libero-professionale intramuraria deve essere effettivamente svolta all'interno delle strutture pubbliche nelle quali opera il professionista, evitando che essa si trasformi, di fatto, in un'attività libero-professionale esercitata al di fuori del perimetro organizzativo dell'azienda di appartenenza. A tal fine, l'azienda sanitaria deve garantire la disponibilità di spazi, attrezzature e servizi idonei all'esercizio dell'attività libero-professionale, in condizioni organizzative tali da consentire il rispetto della normativa vigente.

Il divieto dovrà essere accompagnato da un effettivo adeguamento delle strutture aziendali, affinché la libera professione intramuraria possa essere esercitata in condizioni appropriate e trasparenti.

6. Abolizione della responsabilità penale per l'attività sanitaria, mantenendo la responsabilità civile.

È necessario intervenire sul regime della responsabilità professionale sanitaria per ridurre il fenomeno della medicina difensiva e consentire ai professionisti di assumere le decisioni cliniche necessarie senza essere esposti a un rischio penale sproporzionato rispetto alla natura dell'attività svolta. La responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria dovrebbe essere limitata ai casi caratterizzati da condotte di particolare gravità, ferma restando la responsabilità civile per i danni eventualmente arrecati al paziente.

L'obiettivo deve essere quello di garantire un adeguato equilibrio tra la tutela del paziente e la necessità di consentire ai professionisti sanitari di operare in un quadro di certezza e di ragionevole tutela rispetto al rischio professionale.

7. Divieto di ricorso alle cooperative di gettonisti. I medici non inseriti organicamente nel SSN, devono essere valutati e selezionati da apposite commissioni pubbliche, istituite da ogni regione con personale comandato dalle aziende.

Il ricorso alle cooperative di gettonisti deve essere progressivamente superato e vietato, sostituendolo con un sistema nel quale il fabbisogno di professionisti sia programmato e gestito direttamente dal Servizio sanitario regionale. I medici non inseriti organicamente nel SSN devono essere valutati e selezionati da apposite commissioni pubbliche, istituite da ciascuna regione con personale comandato dalle aziende sanitarie. I medici ritenuti idonei potranno essere assunti con contratti a tempo determinato, anche part-time, della durata di tre mesi, sei mesi o un anno, rinnovabili. I medici a contratto potranno essere destinati ai pronto soccorso, alle Case della Comunità o ad altro incarico ritenuto necessario nell'ambito regionale.

Si tratterebbe di una soluzione transitoria, destinata a garantire la copertura dei fabbisogni più urgenti fino a quando la nuova programmazione dei corsi universitari e delle specializzazioni non permetterà di dimensionare correttamente la dotazione organica.

Benefici attesi

Maggiore attrattività delle professioni sanitarie.

Riduzione della fuga di medici verso l'estero e/o verso il privato.

Maggiore capacità di trattenere nel SSN i professionisti formati con risorse pubbliche.

Incremento della produzione di prestazioni da parte delle strutture pubbliche, grazie al maggior numero di ore dedicate all'attività istituzionale dai professionisti che rinunciano all'ALPI e alle nuove politiche di incentivazione economica.

Migliore selezione dei medici esterni a contratto.

Superamento del fenomeno dei gettonisti e riconduzione della gestione del fabbisogno di personale direttamente nell'ambito della programmazione del Servizio sanitario regionale.

Riduzione della medicina difensiva e maggiore serenità nell'esercizio della professione sanitaria.

SETTIMO AMBITO - SVILUPPO DI POLITICHE DI PARTNERSHIP CON LE AZIENDE DELLA FILIERA SANITARIA

In questo ambito vengono argomentate le seguenti proposte:

1. abolizione dei tetti di spesa su farmaci e dispositivi medici e dei relativi meccanismi di pay-back;
2. abolizione dei prontuari farmaceutici regionali;
3. creazione di un rapporto di partnership con gli erogatori privati di prestazioni private in convenzione;

1. Abolizione dei tetti di spesa su farmaci e dispositivi medici e abolizione dei relativi pay-back.

2. Abolizione del prontuario farmaceutico regionale

Spesso le aziende che operano nella filiera sanitaria, come fornitori del SSN, vengono percepite come antagoniste, portatrici di interessi contrari a quelli del servizio pubblico. Questo atteggiamento impedisce di riconoscere il valore che può derivare da una collaborazione costruttiva tra i diversi soggetti e favorisce atteggiamenti di chiusura che possono tradursi in scelte controproducenti. È il caso dei tetti imposti all'impiego di alcuni fattori della produzione, segnatamente farmaci e dispositivi medici. Questi vincoli hanno portato, tra l'altro, all'introduzione del meccanismo del pay-back: a fronte di un determinato tetto di spesa, qualora la spesa sostenuta dalle aziende del SSN superi il limite previsto, le aziende farmaceutiche e i produttori di dispositivi medici sono chiamati a concorrere alla copertura dell'eccedenza attraverso meccanismi di rimborso. Non è tuttavia prevista la restituzione dei prodotti acquistati, poiché questi sono necessari allo svolgimento delle attività del servizio sanitario.

L'apposizione dei tetti di spesa è una misura miope e controproducente per varie ragioni.

Lo sviluppo di nuovi farmaci e di nuovi dispositivi medici permette nuove opportunità di sostituzione di fattori produttivi con possibili vantaggi, sia di carattere economico, sia di carattere qualitativo per il paziente. Si pensi ai dispositivi per il telemonitoraggio della glicemia, o all'introduzione di farmaci biologici, che hanno determinato decisivi salti di qualità nel trattamento di patologie croniche. Si tratta spesso di soluzioni costose che tuttavia implicano importanti cambiamenti del percorso del paziente, permettendo talvolta di conseguire vantaggi economici complessivi che superano il maggior costo del farmaco. Per individuare la migliore combinazione di fattori produttivi non è quindi sufficiente considerare il costo del singolo prodotto. È necessario valutare l'impatto economico complessivo delle diverse alternative terapeutiche e assistenziali, considerando l'intero percorso del paziente.

Le nostre proposte

Abolire i tetti di spesa sui farmaci e sui dispositivi medici.

Abolire la pratica del pay-back.

Abolire i prontuari farmaceutici regionali, al fine di velocizzare e uniformare l'adozione dei nuovi farmaci nelle diverse regioni. In cambio di tali misure, negoziare con l'industria una riduzione dei prezzi dei farmaci e dei dispositivi medici, con un impatto economico complessivo almeno equivalente a quello dell'ultimo pay-back sostenuto.

Creare un'unità nazionale di Health Technology Assessment (HTA), dotata delle necessarie competenze cliniche, tecnologiche ed economiche, per valutare l'impatto complessivo dell'introduzione di farmaci e dispositivi medici, considerando i possibili percorsi assistenziali del paziente. Ricondurre nell'ambito di un sistema nazionale unitario le attività di HTA oggi svolte autonomamente a livello regionale, evitando duplicazioni di strutture e valutazioni.

Introdurre la possibilità di stipulare contratti centralizzati con le aziende farmaceutiche e dei dispositivi medici, di dimensione nazionale, basati sul principio del risk sharing e, per i prodotti di rilevante valore tecnologico e costo, su meccanismi di remunerazione collegati all'efficacia dimostrata sul campo. Per esempio, la remunerazione potrebbe essere correlata alla percentuale di pazienti che rispondono positivamente al trattamento.

Benefici attesi

Adozione dei percorsi assistenziali caratterizzati dal miglior rapporto costo-beneficio, indipendentemente dalla combinazione di fattori produttivi necessaria per realizzarli.

Equità di accesso ai farmaci da parte dei residenti in tutte le regioni, evitando ritardi nell'inserimento nei prontuari regionali.

Minore attività burocratica a carico delle aziende farmaceutiche e dei servizi sanitari regionali.

Maggiore rapidità nell'introduzione delle innovazioni terapeutiche e tecnologiche.

Contenimento dei costi complessivi del sistema, attraverso la valutazione del costo dell'intero percorso assistenziale e non del singolo fattore produttivo.

3. Creare un rapporto di partnership con gli erogatori privati di prestazioni in convenzione

Le prestazioni sanitarie garantite dal Servizio sanitario nazionale ai propri assistiti non sono sempre prodotte direttamente dalle strutture pubbliche. La capacità produttiva del sistema pubblico, infatti, non è sufficiente a produrre tutte le prestazioni erogate. Una quota significativa di esse viene erogata da strutture private accreditate, quali cliniche, poliambulatori e vari centri sanitari, che operano in regime di convenzione con il SSN. Anche in questo caso il cittadino riceve la prestazione alle condizioni previste dal Servizio sanitario nazionale, con l'eventuale pagamento del ticket, mentre la struttura privata viene successivamente remunerata dall'ASL di riferimento dell'assistito.

Quando operano nell'ambito del SSN, tali strutture devono essere considerate **parte integrante dell'offerta sanitaria pubblica**. La possibilità di ricorrere a erogatori privati accreditati consente infatti al sistema sanitario di disporre di una maggiore flessibilità produttiva.

Attraverso questo strumento è possibile ampliare rapidamente l'offerta di prestazioni senza dover sostenere nuovi investimenti in edifici e tecnologie, senza attendere i tempi necessari alla realizzazione delle infrastrutture e senza dover avviare procedure concorsuali per il reclutamento del personale necessario a garantirne il funzionamento.

Il rapporto con gli erogatori privati non deve quindi essere concepito in termini di contrapposizione tra pubblico e privato, ma come una vera partnership finalizzata al perseguimento degli obiettivi del SSN.

La convenzione con operatori privati deve tuttavia prevedere un tetto massimo alla quantità di prestazioni rimborsabili, perché, in mancanza di un limite, il valore dei rimborsi richiesti potrebbe non essere compatibile con le capacità finanziarie delle ASL di competenza.

Infine, devono essere rispettate le seguenti condizioni:

- piena interoperabilità tra le cartelle cliniche degli erogatori convenzionati e quelle delle strutture pubbliche;
- confluenza degli esiti delle prestazioni e delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) nei sistemi informativi nazionali e nel Fascicolo Sanitario Elettronico;
- piena disponibilità da parte del CUP regionale delle agende di prenotazione, comprese quelle degli operatori convenzionati;
- presenza di un sistema di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dai privati convenzionati, con particolare riferimento ai DRG dichiarati. Certezza di controlli a campione su tutti gli erogatori privati convenzionati;
- periodica messa a gara di quote delle prestazioni, sulla base del miglior rapporto tra qualità e prezzo.

Le riflessioni del Partito Liberaldemocratico in merito all'opportunità di mettere a gara le convenzioni tengono conto dei seguenti aspetti:

- i competitor in grado di partecipare a queste gare sarebbero in alcuni casi limitati per motivi strutturali e di posizionamento fisico in aree facilmente raggiungibili dai pazienti della ASL interessata;
- gli ospedali privati convenzionati producono generalmente una quota rilevante delle proprie prestazioni in regime di convenzione. Il venir meno della convenzione potrebbe quindi mettere a rischio la continuità aziendale e, in alcuni casi, determinare la chiusura della struttura. Dal punto di vista occupazionale, ciò potrebbe comportare il licenziamento del personale e la sua eventuale successiva assunzione presso l'azienda aggiudicataria;
- la realizzazione di nuove strutture sanitarie richiede l'impiego di somme significative di capitale a pieno rischio. Pochi investitori sarebbero disponibili a realizzare nuove strutture senza una ragionevole prospettiva di poter operare in regime di convenzione.

La nostra proposta

La nostra proposta si articola sui seguenti punti:

- prevedere, ogni 2-3 anni, la ripetizione di gare pubbliche per l'affidamento in convenzione ai privati di determinate prestazioni, distinte per tipologia e volume: ricovero, prestazioni ambulatoriali, diagnostiche, di assistenza domiciliare o altro;
- consentire la partecipazione alle gare a tutti gli operatori in possesso dei requisiti previsti per l'accreditamento, indipendentemente dal fatto che siano già convenzionati o meno;

- introdurre un meccanismo di gradualità nella redistribuzione delle quote di attività, prevedendo che la perdita di prestazioni per ciascun operatore non possa, in una singola tornata di gara, superare una determinata percentuale del fatturato precedentemente acquisito in convenzione, indicativamente non superiore al 20%;
- consentire agli operatori aggiudicatari di acquisire quote aggiuntive di prestazioni in misura compatibile con la riduzione assegnata agli altri operatori;
- applicare le nuove condizioni economiche e qualitative definite dalla gara a tutte le prestazioni erogate in convenzione, anche quelle acquisite precedentemente, non solo a quelle di eventuale nuova acquisizione.

Nonostante le misure di gradualità previste, gli operatori avrebbero un forte interesse a partecipare alle gare proponendo la migliore offerta possibile, sia per incrementare il proprio fatturato, sia per evitare la perdita di quote di mercato. Il sistema introdurrebbe quindi una competizione regolata, senza mettere a rischio in modo improvviso la continuità degli operatori già presenti sul territorio.

Benefici attesi

Introduzione di parametri oggettivi e trasparenti per la stipula delle convenzioni con gli erogatori privati, oggi in larga misura affidate a decisioni discrezionali delle amministrazioni regionali.

Conseguimento di risparmi economici e miglioramenti del servizio attraverso una competizione regolata tra gli operatori privati.

Maggiore flessibilità della capacità produttiva del SSN.

Incentivo agli operatori più efficienti e competitivi a sviluppare gradualmente la propria attività.

Graduale redistribuzione delle quote di attività, evitando che la perdita di convenzioni determini improvvisamente la crisi o la chiusura degli operatori meno competitivi.

Maggiore trasparenza nel rapporto tra SSN ed erogatori privati.

Migliore integrazione tra erogazione pubblica e privata, all'interno di un'unica programmazione sanitaria.

IL FINANZIAMENTO

Il **Partito Liberaldemocratico** è perfettamente consapevole che l'attuale livello di finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) non è sufficiente a coprire il fabbisogno del servizio sanitario nazionale. Negli ultimi 20 anni abbiamo registrato un pressoché costante (salvo qualche eccezione) incremento del fondo, a valori nominali, che è stato grosso modo sufficiente a compensare la perdita di potere d'acquisto dovuta all'inflazione, ma non a conferire maggiore capacità di spesa. Nello stesso periodo il fabbisogno finanziario del SSN è inevitabilmente cresciuto, oltre che per le note criticità organizzative, che producono sprechi, anche per un trend fisiologicamente in crescita, dovuto ai seguenti tre fattori, peraltro comuni a tutti i paesi economicamente avanzati:

1. **l'invecchiamento della popolazione.** Nel nostro Paese, l'allungamento della vita media, combinando con un basso indice di natalità, sta producendo e continua a produrre effetti pesantissimi sull'età media della popolazione. Come è noto ai medici, agli epidemiologi, agli economisti sanitari e a tutti gli studiosi della materia, l'invecchiamento demografico determina una crescita fisiologica della domanda di assistenza sanitaria;
2. **la rapida crescita del livello tecnologico della medicina.** Si pensi all'evoluzione delle apparecchiature diagnostiche e ai farmaci innovativi introdotti sul mercato dai primi anni duemila ad oggi. Le nuove tecnologie aprono possibilità diagnostiche e terapeutiche prima inesistenti, rendono curabili patologie precedentemente incurabili e consentono di intervenire su condizioni che in passato non potevano essere trattate. Il progresso della medicina produce quindi anche nuovi bisogni sanitari e nuove opportunità di cura;
3. **la maggiore attenzione alla propria salute e la crescente consapevolezza sulle possibilità diagnostiche e terapeutiche,** tipiche delle popolazioni dei paesi economicamente più avanzati.

Questi fattori rendono necessario un progressivo adeguamento delle risorse destinate al SSN. Esistono oggi alcune esigenze non più rinviabili, prime fra tutte:

- remunerare meglio il personale sanitario, per evitare o per contenere la fuga verso l'estero e, in qualche caso, verso la sanità privata;
- incrementare le attività di prevenzione, anche allo scopo di prevenire maggiori spese future;
- migliorare l'efficienza energetica degli edifici, ottenendo una riduzione strutturale delle spese per l'energia;
- rinnovare il patrimonio immobiliare e tecnologico del SSN;
- incrementare la produzione di servizi, per ridurre le liste di attesa ad un livello fisiologico.

L'auspicabile incremento del FSN deve tuttavia tenere conto di tutti i vincoli alla spesa pubblica del Paese. L'aumento delle risorse deve accompagnarsi ad un profondo processo di efficientamento del sistema. Ai fini del dimensionamento del FSN nei prossimi anni, proponiamo pertanto di adottare i seguenti criteri:

- prima componente – adeguamento del FSN precedente al tasso d'inflazione a/a. Questo permetterebbe di garantire uguale potere d'acquisto;

- quota aggiuntiva per il lancio di campagne di prevenzione coordinate direttamente dal ministero (come da nostra proposta);
- quota aggiuntiva per interventi di efficientamento energetico e autoproduzione di energia (come da nostra proposta). Si tratta di un investimento ad alto rendimento. Eventualmente potrebbe essere gestito fuori dal FSN;
- quota aggiuntiva per il reclutamento di nuovo personale e per l'istituzione di un nuovo fondo incentivazione, da riconoscere al personale rigorosamente in base ai risultati;
- quota aggiuntiva dedicata al finanziamento di progetti concordati, di efficientamento organizzativo, di cui si dimostrino i benefici e l'effettiva realizzazione.