

Report Osservatorio GIMBE 5/2018

Analisi delle proposte su sanità e ricerca biomedica del “Contratto per il Governo del Cambiamento”



Settembre 2018

AUTORI

Nino Cartabellotta, Roberto Luceri, Elena Cottafava, Marco Mosti

CITAZIONE

Fondazione GIMBE. Analisi delle proposte su sanità e ricerca biomedica del “Contratto per il Governo del Cambiamento”. Bologna, settembre 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/contratto-governo. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il presente report è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

DISCLOSURE

La Fondazione GIMBE è una organizzazione no-profit che svolge attività di formazione e ricerca sugli argomenti trattati nel report.

© Fondazione GIMBE, settembre 2018.

Questo è un documento open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Indice

Premessa	2
1. Background	6
2. Obiettivi	6
3. Metodi.....	6
4. Risultati	8
5.1. Risultati: tabella sinottica	8
4.1. Risultati: tabelle analitiche	11
5. Conclusioni.....	34

Premessa

Il 40° compleanno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la più grande conquista sociale dei cittadini italiani, avrebbe indubbiamente richiesto un clima ben diverso, visto che ormai da anni il tema della sostenibilità del SSN è continuamente al centro del dibattito. D'altra parte, se numerosi paesi europei hanno progressivamente abbandonato il modello di una sanità pubblica basata sulla fiscalità generale e su principi di equità e universalismo, è opportuno chiedersi a cosa serve realmente un servizio sanitario nazionale. Differenti sono le risposte che darebbero gli esperti: alla prevenzione, al controllo e al trattamento delle malattie, alla protezione e promozione della salute, oppure – citando l'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – al raggiungimento dello stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. In realtà, ciascuno di questi obiettivi è insufficiente e incompleto: innanzitutto, un "SSN per le malattie" è troppo riduttivo dal punto di vista sociale; in secondo luogo, protezione e promozione della salute sono insufficienti a riconoscere la necessità di integrare *public health*, servizi clinico-assistenziali e socio-sanitari; infine, il concetto di "completo benessere" è troppo astratto e poco utile a definire i principi per i quali diamo valore alla salute.

Ponendosi nella prospettiva più ampia della politica, il fine supremo di qualunque Governo è sostenere la dignità della popolazione, evitando di vedere i cittadini come uno strumento per raggiungere obiettivi politici ed economici, in primis l'aumento del PIL. Se un Governo considera i cittadini come valore assoluto e vuole essere il garante della loro dignità, deve chiedersi: "Che cosa desiderano essere i cittadini? Che cosa sono in grado di fare?". Solo così, compatibilmente con le risorse disponibili, permetterà loro di soddisfare le proprie aspirazioni: in altre parole, promuovere la dignità di una popolazione significa garantire a tutti cittadini la capacità di fare le proprie scelte e la libertà di metterle in atto. Ovviamente, tale capacità è influenzata da abilità individuali condizionate da genetica e fattori ambientali, dal contesto politico, sociale ed economico e, ovviamente, dallo stato di salute. E sono proprio gli indicatori relativi al nostro stato di salute che permettono al Paese di valorizzarci: la durata e la qualità di vita libera da disabilità, la capacità di mantenere la salute, il benessere psichico, la soglia del dolore, la capacità di esprimere sentimenti ed emozioni, l'attitudine a preservare l'ambiente.

I Governi devono dunque investire nei sistemi sanitari per garantire ai cittadini la libertà di essere e fare ciò che vogliono, in quanto il fine ultimo di un sistema sanitario consiste proprio nell'offrire ai cittadini le migliori opportunità per scegliere la vita che desiderano vivere. Di conseguenza, il successo di un sistema sanitario non può essere misurato solo con set più o meno ampi di indicatori, ma deve essere valutato soprattutto sulla base delle libertà che il nostro status di salute ci concede per scegliere la vita che desideriamo vivere.

Purtroppo, indipendentemente dal colore politico, limiti e contraddizioni dei Governi che si sono alternati negli ultimi 20 anni hanno offuscato aspirazioni e prospettive dei cittadini italiani e, cosa ancora più grave, quelle delle future generazioni perché:

- hanno permesso alla politica partitica (*politics*) di avvilupparsi in maniera indissolubile alle politiche sanitarie (*policies*), determinando scelte condizionate da interessi di varia natura, dai più nobili a quelli penalmente perseguibili;
- hanno fatto scelte in contrasto con il principio dell'*health in all policies*, che impone di orientare tutte le decisioni politiche (non solo sanitarie, ma anche industriali,

ambientali, sociali, economiche e fiscali) mettendo sempre al centro la salute dei cittadini;

- hanno accettato continui compromessi con l’industria, sia perché un’elevata domanda di servizi e prestazioni sanitarie genera occupazione, sia perché l’introduzione di specifiche misure di prevenzione rischia di ridurre posti di lavoro.

In questo contesto si è progressivamente insinuato un inaccettabile paradosso. Da un lato i risultati del nostro SSN vengono continuamente osannati facendo riferimento a classifiche ormai desuete (il 2° posto dell’OMS su dati 1997¹), oppure inversamente correlate al livello di finanziamento (il 3° posto di Bloomberg²), trascurando che nei paesi industrializzati solo il 10% degli esiti di salute dipende dalla qualità del sistema sanitario: in altre parole si continua ad attribuire all’efficienza del nostro SSN risultati che dipendono da altri fattori (genetici, ambientali, stili di vita). Dall’altro non vengono valutate in maniera sistematica le criticità che condizionano la sostenibilità del SSN:

- nonostante una spesa sanitaria già sobria, negli ultimi anni il SSN è stato sottoposto a un livello di definanziamento che fa scricchiolare anche le performance delle Regioni più virtuose;
- tra le fasce di popolazione più deboli e nelle Regioni in maggiore difficoltà peggiorano le condizioni di accesso ai servizi sanitari, aumentano le diseguaglianze sociali e territoriali e cominciano ad accendersi pericolose “spie rosse”, come la riduzione dell’aspettativa di vita in alcune province italiane;
- gli interventi effettuati nelle Regioni in piano di rientro hanno contribuito a determinare un sostanziale equilibrio finanziario del SSN, ma di fatto hanno peggiorato l’erogazione dei servizi sanitari, avendo inciso in misura minimale nella loro riorganizzazione;
- l’aspettativa di vita in buona salute e libera da disabilità continua drammaticamente a ridursi nel confronto con altri paesi europei, lasciando emergere l’inderogabile necessità di costruire al più presto un servizio socio-sanitario nazionale;
- il prezzo del definanziamento è stato pagato soprattutto dal personale sanitario, elevando l’età media e demotivando la principale risorsa su cui poggia il sistema di tutela della salute;
- alcune innovazioni *disruptive*, in particolare informatizzazione e tecnologie digitali in grado di migliorare efficienza, efficacia, trasparenza e sostenibilità del SSN, non riescono a decollare in maniera definitiva e omogenea su tutto il territorio nazionale;
- la prevenzione continua a rimanere la “sorella povera” dei LEA, sia perché molti interventi di prevenzione primaria e secondaria rimangono fortemente sottoutilizzati, sia per il limitato sviluppo di politiche per la prevenzione e la riduzione dei fattori di rischio ambientali;
- la limitata governance dell’intermediazione assicurativo-finanziaria sta creando veri e propri cortocircuiti del SSN, che contribuiscono a minare le basi del suo universalismo.

¹ World Health Organization. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Disponibile a: www.who.int/whr/2000. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

² Bloomberg. Most Efficient Health Care 2014: Countries. Disponibile a: www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/#most-efficient-health-care-2014-countries. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

Ecco che allora il dibattito pubblico sulla sostenibilità del SSN, oltre a mantenere un orizzonte a breve termine legato inevitabilmente alla scadenza dei mandati politici, continua ad essere affrontato da prospettive di categoria (non scevre da interessi in conflitto), oppure esaminando singoli aspetti politici (rapporti Governo-Regioni, autonomie regionali), organizzativi (fusione di aziende sanitarie, sviluppo di reti e PDTA per patologia, medicina di iniziativa) ed economici (criteri di riparto, modalità di gestione dei piani di rientro, costi standard, ticket, sanità integrativa). Oppure concentrandosi sull'analisi di numeri e percentuali che documentano inequivocabili certezze (riduzione del finanziamento pubblico, aumento della spesa out-of-pocket e ipotrofia della spesa intermediata) la cui lettura semplicistica costituisce uno straordinario assist per chi punta a tracciare una sola strada per salvare il SSN: compensare la riduzione del finanziamento pubblico tramite il potenziamento di un "secondo pilastro". Questa proposta, fortemente sostenuta dall'intermediazione assicurativo-finanziaria, ipotizza che le complesse dinamiche che condizionano i flussi economici in sanità siano regolate dal principio dei vasi comunicanti. In realtà, questa teoria è assolutamente fallace in quanto:

- una percentuale rilevante del finanziamento pubblico non produce alcun miglioramento in termini di salute in quanto alimenta varie tipologie di sprechi e inefficienze;
- numerosi bisogni di salute, per i quali sono disponibili servizi e prestazioni efficaci e appropriate, non vengono soddisfatti né dalla spesa pubblica, né dalla spesa privata per varie ragioni: mancata inclusione nei LEA, inadempimenti LEA (criticità organizzative, inappropriata professionalità), mancata compliance;
- una quota consistente della spesa out-of-pocket non contribuisce affatto a fronteggiare le minori tutele pubbliche bensì alimenta il consumismo sanitario, per cui la sua eventuale "messa a sistema" da parte del secondo pilastro determinerebbe solo un aumento della spesa privata e totale;
- oltre il 60% delle prestazioni coperte dai fondi sanitari non è affatto integrativa ma sostitutiva rispetto a quanto già offerto dai LEA; di conseguenza, a legislazione vigente, l'espansione incontrollata del secondo pilastro indebolisce il SSN perché sottrae risorse pubbliche tramite le agevolazioni fiscali dei fondi sanitari, aumentando al tempo stesso disuguaglianze e consumismo sanitario.

Tutti questi approcci parcellari alla valutazione della sostenibilità del SSN rischiano di far perdere di vista il rischio reale per il popolo italiano: quello di perdere, lentamente ma inesorabilmente, dopo 40 anni di onorato servizio, il modello di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutti i cittadini.

Con questo monito nel marzo 2013 la Fondazione GIMBE ha lanciato la campagna "Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale" (#salviamoSSN)³: nel giugno 2016, dopo tre anni di studi, consultazioni e analisi indipendenti, il "Rapporto GIMBE per la sostenibilità del SSN 2016-2025"⁴ ha fermamente ribadito che per salvarlo è

³ Cartabellotta A. Salviamo il Nostro SSN. Evidence 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000038. Ultimo accesso: 17 settembre 2018. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

⁴ Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: <http://www.rapportogimbe.it/2016>. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

indispensabile rimettere al centro dell’agenda politica la sanità pubblica e, più in generale, l’intero sistema di welfare. Nel settembre 2016 è stato quindi lanciato l’Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN⁵, per un monitoraggio continuo e indipendente di tutti gli stakeholder, ispirato a tre principi fondamentali:

- *health in all policies*: la salute delle persone deve guidare tutte le politiche, non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali;
- *evidence for health*: le migliori evidenze scientifiche devono essere integrate in tutte le decisioni politiche, manageriali e professionali che riguardano la salute delle persone, oltre che guidare le scelte di cittadini e pazienti;
- *value for money*: il sistema sanitario deve ottenere il massimo ritorno in termini di salute dal denaro investito in sanità, al tempo stesso un mandato etico e obiettivo economico.

Nel giugno 2017 il 2° Rapporto GIMBE⁶, escludendo l’esistenza di un piano occulto di smantellamento del SSN, ha rilevato al tempo stesso l’assenza di un esplicito “piano di salvataggio” per la sanità pubblica, che è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE⁷ e ha rappresentato la base per il fact checking dei programmi elettorali in occasione delle ultime consultazioni politiche. Dal monitoraggio è emerso che, per una variabile combinazione di ideologie partitiche, scarsa attenzione per la sanità e limitata visione di sistema, nessuna forza politica ancora una volta è stata in grado di elaborare un preciso “piano di salvataggio” del SSN coerente con le principali determinanti della crisi di sostenibilità⁸.

A giugno 2018, con il 3° Rapporto sulla sostenibilità del SSN⁹, la Fondazione GIMBE ha ribadito con fermezza che mettere in discussione la sanità pubblica significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, dovrebbero essere viste dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in sanità, volando alto nel pensiero politico, nell’idea di welfare e nella (ri)programmazione socio-sanitaria. In altre parole, riprendendo le conclusioni dell’indagine sulla sostenibilità realizzata nella passata legislatura dalla 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato, «troppo spesso la salute e la spesa per salute è stata considerata solo un tema di sanità, dimenticando gli impatti sul sistema economico e produttivo del Paese. La sostenibilità del sistema sanitario è prima di tutto un problema culturale e politico. Da queste conclusioni è necessario ripartire»¹⁰.

⁵ Cartabellotta A. #salviamoSSN: dal Rapporto GIMBE all’Osservatorio sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Evidence 2016;8(9): e1000151. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000151. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

⁶ 2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/2017. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

⁷ Cartabellotta A. Un piano di salvataggio per la sanità pubblica. Evidence 2018;10(3): e1000179. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000179. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

⁸ Osservatorio sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. “Elezioni 2018. Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali. Sanità e ricerca biomedica”. Versione 1.0. Fondazione GIMBE: Bologna, 22 febbraio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2018. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

⁹ 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

¹⁰ Documento conclusivo dell’indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità approvato dalla Commissione. 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica. Roma, 7 febbraio 2018. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1066489.pdf. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

1. Background

Il capitolo Sanità del “Contratto per il Governo del Cambiamento” si apre con un’affermazione perentoria che non lascia adito a dubbi: *“È prioritario preservare l’attuale modello di gestione del servizio sanitario a finanziamento prevalentemente pubblico e tutelare il principio universalistico su cui si fonda la legge n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Tutelare il SSN significa salvaguardare lo stato di salute del Paese, garantire equità nell’accesso alle cure e uniformità dei livelli essenziali di assistenza”*. Questa rassicurante dichiarazione di intenti, coerente con gli obiettivi della campagna #salviamoSSN, esclude in maniera assoluta ogni forma di privatizzazione del SSN e conferma la volontà di tutelare i principi fondanti della L. 833/78 quali equità ed universalismo.

2. Obiettivi

Verificare la coerenza delle proposte relative a sanità e ricerca biomedica contenute nel “Contratto per il Governo del Cambiamento” con i 12 punti del “piano di salvataggio” del SSN elaborato dalla Fondazione GIMBE, già utilizzato per il fact checking dei programmi elettorali in occasione delle consultazioni politiche del 4 marzo 2018 e successivamente sottoposto a consultazione pubblica¹¹.

L’analisi dell’attuazione del “Contratto per il Governo del Cambiamento” è espressamente esclusa dagli obiettivi del presente lavoro e sarà oggetto di successiva valutazione da parte dell’Osservatorio GIMBE. Non sono stati pertanto presi in considerazione atti normativi, progetti di legge o convenzioni emessi nel corso della XVIII legislatura.

3. Metodi

Il testo del “Contratto per il Governo del Cambiamento” è stato esaminato integralmente al fine di identificare le proposte relative a sanità e ricerca biomedica e di confrontarle con i 12 punti del “piano di salvataggio” del SSN elaborato dalla Fondazione GIMBE:

1. Salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali
2. Certezze sulle risorse per la sanità: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico
3. Maggiori capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel pieno rispetto delle loro autonomie
4. Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari

¹¹ Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale. In: 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Pag 115-119. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

5. Ridisegnare il perimetro dei LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri
6. Eliminare il superticket e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei
7. Piano nazionale contro gli sprechi in sanità per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi
8. Riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione
9. Sana integrazione pubblico-privato e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone
10. Rilanciare le politiche per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari
11. Finanziare ricerca clinica e organizzativa: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN
12. Programma nazionale d'informazione scientifica a cittadini e pazienti per debellare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e promuovere decisioni realmente informate

Sono state realizzate 12 tabelle analitiche dove, per ciascuna proposta identificata nel testo, è stato inserito ove opportuno un commento con eventuali note bibliografiche.

Successivamente, previa verifica di coerenza e completezza delle proposte per attuare ciascuno dei 12 item del “piano di salvataggio” GIMBE, è stata realizzata una tabella sinottica che riporta la valutazione complessiva del “Contratto per il Governo del Cambiamento”. Tale valutazione non ha tenuto in considerazione la sostenibilità economica, in quanto nelle sezioni esaminate il “Contratto per il Governo del Cambiamento” non definisce in alcun caso l'entità delle risorse necessarie per finanziare le proposte. Esclusivamente nei casi in cui le proposte riportano esplicitamente la necessità di un aumento di risorse da destinare a specifici obiettivi, è stata rilevata l'assenza di stime quantitative.

La valutazione complessiva della coerenza e della completezza delle proposte ha utilizzato, per ciascun item del “piano di salvataggio GIMBE” i seguenti emoticon:



Le proposte soddisfano pienamente l'item



Le proposte soddisfano parzialmente l'item



Non esiste alcuna proposta relativa all'item

4. Risultati

Tutte le proposte contenute nel capitolo Sanità del “Contratto per il Governo del Cambiamento” sono state esaminate e associate ai 12 item del “piano di salvataggio” GIMBE. Complessivamente, per 9/12 item sono state identificate proposte contenute sia nel capitolo Sanità che in altri capitoli del “Contratto per il Governo del Cambiamento”; al contrario, per 3/12 item non è stata identificata alcuna proposta.

4.1. Risultati: tabella sinottica

1. Salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali	
<p>Item pienamente soddisfatto da molteplici proposte contenute in vari capitoli del Contratto: dall’acqua pubblica all’ambiente, green-economy e rifiuti zero; dall’implementazione delle leggi sui reati ambientali alle politiche per la famiglia e la natalità; dalla cyber security e contrasto al bullismo e al gioco d’azzardo alla promozione dello sport; dalla sicurezza stradale, a trasporti, infrastrutture e telecomunicazioni. Nessuna considerazione sulle modalità con cui gestire ogni possibile riduzione della produzione economica conseguente all’implementazione di tali politiche.</p>	
2. Certezze sulle risorse per la sanità: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico	
<p>Il Contratto da un lato propone il “rifinanziamento del fondo sanitario nazionale” per garantire la reale sostenibilità dei LEA su tutto il territorio nazionale, dall’altro afferma che “il recupero delle risorse avverrà grazie ad una efficace lotta agli sprechi e alle inefficienze” (cfr. § item 7). In altri termini, se il Contratto afferma esplicitamente l’intenzione di recuperare risorse da sprechi e inefficienze, non dichiara in maniera altrettanto esplicita l’aumento nominale del fondo sanitario nazionale né l’inversione di tendenza del rapporto spesa sanitaria/PIL. Peraltro, “recuperare integralmente tutte le risorse economiche sottratte in questi anni con le diverse misure di finanza pubblica”, seppur nell’arco dell’intera legislatura, è un obiettivo molto ambizioso se riferito al 2015-2018 (oltre € 12 miliardi) che diventa utopistico se attribuito al periodo 2010-2018, visto che tra tagli e definanziamenti la cifra è prossima ai € 40 miliardi.</p>	
3. Maggiori capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel pieno rispetto delle loro autonomie	
<p>Vengono confermati gli attuali ruoli ed equilibri tra Governo e Regioni, ma il Contratto non prevede azioni per assegnare allo Stato maggiori capacità di indirizzo e verifica, né specifica le modalità con cui il Governo potrà garantire ai cittadini una corretta ed adeguata erogazione dei servizi sanitari su tutto il territorio nazionale. Più in generale, le proposte relative a questo item sono fortemente condizionate dalla differente visione delle due forze politiche che hanno sottoscritto il “Contratto per il Governo del Cambiamento”. Da una parte la visione centralista del M5S propone alcune azioni per potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, in particolare intervenendo sulla formazione e sui criteri di nomina e valutazione dei</p>	

direttori generali delle aziende sanitarie; dall'altra la Lega spiana la strada al regionalismo differenziato. Infatti, quanto già definito negli accordi preliminari con Emilia Romagna, Lombardia e Veneto, relativamente alle maggiori autonomie in materia di sanità, rischia di enfatizzare le diseguaglianze regionali perché condiziona indirettamente anche la definizione dei LEA che la legislazione concorrente assegna allo Stato. Infine, l'obiettivo di “rescindere il rapporto dannoso e arcaico fra politica e sanità” rimane un'asserzione tanto perentoria quanto evanescente: le azioni proposte sono infatti del tutto insufficienti, sia perché riferite esclusivamente ai criteri di nomina dei direttori generali, sanitari e amministrativi, oltre che dei dirigenti di strutture complesse, sia perché lasciano in carico a organi politici (Giunte regionali) la scelta dei direttori generali. In tal senso, nessun riferimento all'abolizione della figura del Commissario-Presidente ripristinata dalla Legge di Bilancio 2017, una delle azioni più semplici e immediate per “allentare” il rapporto tra politica e sanità.

4. Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari



In varie sezioni del Contratto si ritrovano ineccepibili dichiarazioni d'intenti sull'assistenza socio-sanitaria e proposte coerenti, seppur relative ad azioni puntuali: aumento dell'indennità di invalidità civile, agevolazioni fiscali per i disabili, integrazione socio-sanitaria, riduzione dei fenomeni di maltrattamento nelle strutture per anziani, etc. Purtroppo considerato che gli investimenti nel socio-sanitario, sia a livello nazionale che degli Enti locali, presentano una enorme variabilità e un andamento non costante nel tempo, in assenza di un finanziamento stabile, qualsiasi programmazione socio-sanitaria rischia di essere vanificata.

5. Ridisegnare il perimetro dei LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri



Il Contratto non contiene nessuna proposta in merito.

6. Eliminare il superticket e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei



Il Contratto riporta solo una generica dichiarazione sulla volontà di ridurre al minimo la compartecipazione alla spesa sanitaria dei singoli cittadini, senza alcun riferimento né all'eliminazione del superticket, né alla revisione dei criteri di compartecipazione attualmente definiti e gestiti a livello regionale, al fine di uniformare i ticket su tutto il territorio nazionale.

7. Piano nazionale contro gli sprechi in sanità per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi



Il Contratto prevede obiettivi e azioni coerenti per ridurre sprechi e inefficienze: dalla lotta alla corruzione alla definizione di costi standard, dalla centralizzazione degli acquisti alla governance farmaceutica, dalla revisione delle procedure di accreditamento all'informatizzazione e digitalizzazione del SSN, dall'integrazione tra ospedale e territorio alla diffusione di strutture sanitarie a bassa intensità di cura. Mancano tuttavia azioni per ridurre gli sprechi da sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie e inappropriate e da sotto-utilizzo di prestazioni sanitarie efficaci e appropriate. Nessun riferimento alle modalità con cui lo Stato

potrà effettuare un'efficace governance sulle Regioni visto che un'elevata percentuale di sprechi e inefficienze si annida nella pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari regionali.

8. Riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione



Il Contratto non contiene nessuna proposta in merito.

9. Sana integrazione pubblico-privato e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone



Il Contratto propone di garantire un equilibrio tra prestazioni istituzionali e quelle erogate in regime di libera professione, con particolare riguardo ai tempi di attesa: tuttavia, una regolamentazione dell'ALPI finalizzata esclusivamente al contenimento dei tempi di attesa non tiene conto dell'appropriatezza delle prestazioni erogate secondo i reali bisogni di salute delle persone. Nessun riferimento all'integrazione pubblico-privato, ad eccezione della dichiarata volontà di recuperare risorse grazie alla revisione delle procedure di convenzionamento e accreditamento", che tuttavia attualmente restano definite dalle singole Regioni.

10. Rilanciare le politiche per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari



Il Contratto sottolinea la necessità di assumere il personale medico e sanitario, ma per la stima del fabbisogno fa riferimento solo ai tempi di attesa e all'attuazione della normativa europea sugli orari di lavoro, senza considerare i nuovi modelli organizzativi e le differenze regionali. Nessun riferimento alla revisione di modalità e termini di assunzione e di progressione di carriera del personale dirigente e di comparto del SSN, né alla necessità di incrementi salariali. Rispetto alla programmazione, le proposte riguardano solo i medici, senza nemmeno citare le professioni sanitarie nonostante il basso rapporto infermieri/medici (1,4 vs 2,8 media OCSE). La proposta di rivedere il numero chiuso per aumentare il numero dei medici, senza prima incrementare adeguatamente le borse di studio per le scuole di specializzazione e per il corso di formazione in medicina generale, rischia di restringere ulteriormente l'attuale imbuto formativo.

11. Finanziare ricerca clinica e organizzativa: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN



Il Contratto contiene solo una generica dichiarazione di intenti sulla volontà di potenziare la ricerca biomedica svolta all'interno del sistema sanitario e dalle Università, senza alcun riferimento all'entità delle risorse necessarie a tale potenziamento, né soprattutto alle modalità di prioritizzazione della ricerca in relazione alle necessità del SSN.

12. Programma nazionale d'informazione scientifica a cittadini e pazienti per debellare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e promuovere decisioni realmente informate



Il Contratto non contiene nessuna proposta in merito.

4.2. Risultati: tabelle analitiche

1. Salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali	
Testo originale	Commento GIMBE
<p>2. ACQUA PUBBLICA (pag. 8-9) È necessario investire sul servizio idrico integrato di natura pubblica [...], con particolare riferimento alla ristrutturazione della rete idrica, garantendo la qualità dell'acqua, le esigenze e la salute di ogni cittadino [...] È necessario dunque rinnovare la rete idrica dove serve, bonificare le tubazioni dalla presenza di amianto e piombo, portare le perdite al minimo in modo da garantire acqua pulita e di qualità in tutti i comuni italiani.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proposte coerenti con l'item.</i>
<p>4. AMBIENTE, GREEN ECONOMY E RIFIUTI ZERO (pag. 10-13) [...]. C'è bisogno di un maggior coinvolgimento e conoscenza dei temi ambientali capaci anche di costruire alleanze e di portare la questione ecologica al centro della politica. [...]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ineccepibile dichiarazione d'intenti.</i>
<p>Sostenere la “green-economy”, la ricerca, l'innovazione e la formazione per lo sviluppo del lavoro ecologico e per la rinascita della competitività del nostro sistema industriale[...] Nelle strategie nazionali di sviluppo economico deve considerarsi prioritaria l'adozione di strumenti normativi efficaci atti a promuovere una sempre maggior diffusione di modelli di sviluppo sostenibili, della Green Economy e dell'economia circolare.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ineccepibile dichiarazione d'intenti.</i>
<p>Incrementare i fondi a disposizione delle Regioni per incentivare e semplificare l'avvio di iniziative imprenditoriali legate al recupero e al riciclo della materia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proposta coerente con l'item.</i> • <i>Nessuna stima dell'entità dell'incremento dei fondi.</i>
<p>È necessaria una mappatura capillare di tutte le eventuali strutture a rischio amianto partendo dalle scuole, al fine di intervenire per la rimozione e lo smaltimento presso siti idonei dei materiali contenenti amianto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proposta coerente con l'item.</i>
<p>In tema di contrasto al cambiamento climatico sono necessari interventi per accelerare la transizione alla produzione energetica rinnovabile e spingere sul risparmio e l'efficienza energetica in tutti i settori [...] prevedendo una pianificazione nazionale che rafforzi le misure per il risparmio e l'efficienza energetica e che riduca i consumi attuali.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ineccepibile dichiarazione d'intenti.</i>

1. Salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali

Testo originale	Commento GIMBE
Con riferimento all'ILVA, ci impegniamo, dopo più di trent'anni, a concretizzare i criteri di salvaguardia ambientale, secondo i migliori standard [...] attraverso un programma di riconversione economica basato sulla progressiva chiusura delle fonti inquinanti, per le quali è necessario provvedere alla bonifica, sullo sviluppo della Green Economy e delle energie rinnovabili e sull'economia circolare.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proposta coerente con l'item.</i>
Anche al fine di prevenire misure sanzionatorie da parte dell'Unione Europea prevediamo misure volte all'adeguamento degli standard di contrasto all'inquinamento atmosferico secondo le norme in vigore.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ineccepibile dichiarazione d'intenti.</i>
12. GIUSTIZIA RAPIDA ED EFFICIENTE (pag. 25) È necessario provvedere all'implementazione delle leggi attuali riguardanti i reati ambientali	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ineccepibile dichiarazione d'intenti.</i>
18. POLITICHE PER LA FAMIGLIA E LA NATALITÀ (pag. 33) È necessario rifinanziare gli Enti Locali dando priorità al welfare familiare (come ad esempio il sostegno per servizi di asilo nido in forma gratuita a favore delle famiglie italiane, le politiche per le donne, per gli anziani e la terza età, il sostegno alle periferie), in un'ottica di sinergia tra tutte le componenti dello Stato per raggiungere gli obiettivi di sviluppo economico di qualità e per far uscire il Paese dalla crisi economica.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proposta coerente con l'item.</i> • <i>Nessuna stima dell'entità del rifinanziamento.</i>
Occorre introdurre agevolazioni alle famiglie attraverso: rimborsi per asili nido e baby sitter, fiscalità di vantaggio, tra cui "IVA a zero" per prodotti neonatali e per l'infanzia.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A normativa fiscale vigente l'IVA può essere solo ridotta (e non azzerata).</i> • <i>Azzerare l'IVA su prodotti neonatali e per l'infanzia rischierebbe in ogni caso di indurre spese inappropriate (es. latte artificiale scoraggiando allattamento al seno).</i>
SANITÀ (pag. 38-41) Pur con l'obiettivo di tutelare la salute individuale e collettiva, garantendo le necessarie coperture vaccinali, va affrontata la tematica del giusto equilibrio tra il diritto all'istruzione e il diritto alla salute, tutelando i bambini in età prescolare e scolare che potrebbero essere a rischio di esclusione sociale	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dichiarazione generica e politically correct che, tuttavia, lascia intendere solo la volontà di rivalutare gli strumenti per garantire le coperture vaccinali senza prevedere specifiche azioni rispetto a quanto disposto dalla normativa in vigore¹².</i> • <i>Il rischio di esclusione sociale, se a legislazione vigente riguarda prevalentemente i bambini non vaccinati che non saranno ammessi a scuola, in caso di abolizione dell'obbligo vaccinale</i>

¹² L. 31 luglio 2017 n. 119 di conversione, con modificazioni, del DL 7 giugno 2017 n. 73.

1. Salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali	
Testo originale	Commento GIMBE
	<i>coinvolgerebbe soprattutto i bambini immunodepressi e quelli che non possono essere vaccinati per patologie concomitanti che determinano controindicazioni assolute, andando a ledere il loro diritto all'istruzione e alla socialità.</i>
23. SICUREZZA, LEGALITÀ E FORZE DELL'ORDINE Cyber security e contrasto al bullismo (pag. 44) È indispensabile incentivare lo sviluppo del settore della sicurezza anche per quanto concerne la cyber security, avendo particolare attenzione al fenomeno del cyber bullismo e individuando strumenti di ausilio per il superamento del problema, soprattutto negli ambienti scolastici [...]	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ineccepibile dichiarazione d'intenti.</i>
Gioco d'azzardo (pag. 44) [...] sono necessarie una serie di misure per contrastare il fenomeno della dipendenza che crea forti danni sia socio sanitari che all'economia sana, reale e produttiva [...]	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ineccepibile dichiarazione d'intenti.</i>
Sicurezza stradale (pag. 45) È necessario l'aumento delle risorse per il piano nazionale di sicurezza stradale, nonché la verifica dell'efficacia degli interventi attraverso le Regioni.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ineccepibile dichiarazione d'intenti.</i> • <i>Nessuna stima dell'entità dell'aumento di risorse.</i>
24. SPORT (pag. 46-47) Se ben condotta e con l'ausilio di personale qualificato, la pratica motoria e sportiva assicura il miglioramento della qualità della vita, contribuendo in modo significativo alla prevenzione delle malattie. Investire in attività motoria, quindi, significa ridurre, allo stesso tempo, la spesa sanitaria. [...] necessario implementare, sin dalla scuola primaria, la pratica motoria, assicurando la presenza di insegnanti specializzati nella pratica sportiva ed aumentando, contestualmente, il monte ore da dedicare a questa disciplina. [...]	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proposte coerenti con l'item ma:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>nessun riferimento all'attività fisica come intervento preventivo-terapeutico efficace in varie patologie croniche¹³;</i> ○ <i>l'aumento del monte ore scolastico destinato all'attività fisica dovrebbe tenere conto delle indicazioni dell'OMS¹⁴.</i>
[...] è al Governo che spetta il compito di emanare le linee guida fondamentali relative al sistema sport e alla pratica motoria nel loro complesso [...]	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le linee guida sulla pratica motoria non possono essere definite per legge e non possono prescindere dalle migliori evidenze scientifiche.</i>

¹³ Cartabellotta A, Ciuro A, Salvioli S. et al. Efficacia dell'esercizio fisico nei pazienti con patologie croniche. Evidence 2016;8(9): e1000152.

¹⁴ Nell'infanzia e nell'adolescenza (5-17 anni) è indicata un'ora di esercizio fisico moderato al giorno (come il gioco all'aperto) e 3 sedute la settimana di attività aerobica (correre o andare in bicicletta). World Health Organization – Global recommendations on physical activity for health, 2010. Disponibile a: www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

1. Salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali

Testo originale	Commento GIMBE
<p>27. TRASPORTI, INFRASTRUTTURE E TELECOMUNICAZIONI (pag 48-50)</p> <p>In tema di mobilità sostenibile è necessario avviare un percorso finalizzato alla progressiva riduzione dell'utilizzo di autoveicoli con motori alimentati a diesel e benzina, al fine di ridurre il numero di veicoli inquinanti [...] Occorre incentivare lo sviluppo delle reti ciclabili urbane ed extra urbane e di un sistema di bike-sharing capace di integrare differenti sistemi di mobilità su ferro e su gomma [...] È necessario inoltre favorire lo switch intermodale da gomma a ferro nel trasporto merci investendo nel collegamento ferroviario dei porti italiani [...]</p> <p>Per ciò che concerne il trasporto ferroviario regionale, un primo importantissimo passo da compiere per rispondere ad una esigenza di mobilità veloce, sicura e a basso impatto ambientale è rappresentato dall'ammodernamento nonché potenziamento delle linee ferroviarie preesistenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proposte coerenti con l'item.</i>

2. Certezze sulle risorse per la sanità: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico	
Testo originale	Commento GIMBE
<p>21. SANITÀ (pag. 38-41)</p> <p>È necessario recuperare integralmente tutte le risorse economiche sottratte in questi anni con le diverse misure di finanza pubblica, garantendo una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza attraverso il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale, così da risolvere alcuni dei problemi strutturali.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale rappresenta un'inderogabile necessità per garantire la reale sostenibilità dei LEA su tutto il territorio nazionale, oltre che più in generale per il rilancio del SSN.</i> • <i>Il recupero integrale di “tutte le risorse economiche sottratte in questi anni con le diverse misure di finanza pubblica” è un obiettivo molto ambizioso se riferito al 2015-2018 (oltre € 12 miliardi) e assolutamente utopistico se attribuito al periodo 2010-2018, visto che tra tagli e definanze la cifra è prossima ai € 40 miliardi.</i>
<p>Il recupero delle risorse avverrà grazie ad una efficace lotta agli sprechi e alle inefficienze, e grazie alla revisione della governance farmaceutica, all'attuazione della centralizzazione degli acquisti, all'informatizzazione e digitalizzazione del SSN, alla revisione delle procedure di convenzionamento e accreditamento, alla lotta alla corruzione e alla promozione della trasparenza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Non è chiaro se il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale previsto al punto precedente avverrà esclusivamente attraverso il recupero di risorse da sprechi e inefficienze.</i> • <i>In tal caso, come documentato dal 3° Rapporto GIMBE¹⁵, il processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze, in assenza di un consistente rilancio del finanziamento pubblico, è condizione necessaria ma non sufficiente a preservare il SSN.</i>

¹⁵ 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

3. Maggiori capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel pieno rispetto delle loro autonomie

Testo originale	Commento GIMBE
<p>20. RIFORME ISTITUZIONALI, AUTONOMIA E DEMOCRAZIA DIRETTA (pag. 37)</p> <p>Sotto il profilo del regionalismo, l'impegno sarà quello di porre come questione prioritaria nell'agenda di Governo l'attribuzione, per tutte le Regioni che motivatamente lo richiedano, di maggiore autonomia in attuazione dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione, portando anche a rapida conclusione le trattative tra Governo e Regioni attualmente aperte. Il riconoscimento delle ulteriori competenze dovrà essere accompagnato dal trasferimento delle risorse necessarie per un autonomo esercizio delle stesse. Alla maggiore autonomia dovrà infatti accompagnarsi una maggiore responsabilità sul territorio, in termini di equo soddisfacimento dei servizi a garanzia dei propri cittadini e in termini di efficienza ed efficacia dell'azione svolta. Questo percorso di rinnovamento dell'assetto istituzionale dovrà dare sempre più forza al regionalismo applicando, regione per regione, la logica della geometria variabile che tenga conto sia delle peculiarità e delle specificità delle diverse realtà territoriali sia della solidarietà nazionale, dando spazio alle energie positive ed alle spinte propulsive espresse dalle collettività locali.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secondo quanto riportato dal Servizio Studi del Senato della Repubblica¹⁶, il quadro attuale del regionalismo differenziato è il seguente: <ul style="list-style-type: none"> ○ 3 Regioni (Emilia Romagna, Lombardia, Veneto) hanno già sottoscritto gli accordi preliminari con il Governo. ○ 7 Regioni (Campania, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria) hanno già conferito al proprio Presidente il mandato di avviare il negoziato. Tutte chiedono maggiore autonomia in ambito sanitario. ○ 3 Regioni (Basilicata, Calabria, Puglia) sono ancora alla fase iniziale dell'iter, pur avendo intrapreso iniziative finalizzate alla richiesta di maggiore autonomia. ○ 2 Regioni (Abruzzo, Molise) non risultano aver ancora avviato iniziative formali. • Gli accordi preliminari già sottoscritti da Emilia Romagna, Lombardia e Veneto attribuiscono loro una maggiore autonomia in campo sanitario su vari ambiti¹⁷: <ul style="list-style-type: none"> ○ vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale ○ accesso alle scuole di specializzazione ○ stipula, per i medici, di contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" ○ stipula di accordi con le Università ○ svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione ○ sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN ○ richiesta all'Agenzia italiana del farmaco di valutazioni tecnico-scientifiche relative all'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci ○ interventi sul patrimonio edilizio e

¹⁶ Senato della Repubblica. XVIII legislatura. Verso un regionalismo differenziato: le Regioni che non hanno sottoscritto accordi preliminari con il Governo. Dossier n. 45, luglio 2018. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01069514.pdf. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

¹⁷ Senato della Repubblica. XVIII legislatura. Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Dossier n. 16, maggio 2018. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01067303.pdf. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

3. Maggiori capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel pieno rispetto delle loro autonomie	
Testo originale	Commento GIMBE
	<p><i>tecnologico del SSN</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi</i> ○ <i>autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale (solo Veneto)</i> ○ <i>previsione, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di incentivi e misure di sostegno per i dipendenti del SSN (solo Veneto)</i> ○ <i>distribuzione diretta di farmaci (solo Emilia Romagna)</i> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Inevitabilmente tutte queste autonomie indeboliscono le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni.</i>
<p>21. SANITÀ (pag. 38-41) Va preservata e tutelata l'autonomia regionale nell'organizzazione dei servizi sanitari mantenendo al governo nazionale il compito di indicare livelli essenziali di assistenza, gli obiettivi che il sistema sanitario deve perseguire e garantire ai cittadini la corretta e adeguata erogazione dei servizi sanitari erogati dai sistemi regionali.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Vengono confermati ruoli ed equilibri tra Governo e Regioni, ma non si prevede di assegnare allo Stato maggiori capacità di indirizzo e verifica.</i> ● <i>Non vengono specificate le modalità con cui il Governo può garantire ai cittadini una corretta ed adeguata erogazione dei servizi sanitari da parte delle Regioni.</i>
<p>In tale ottica si ritiene che siano e saranno utili diverse azioni di tipo strutturale, partendo da un intervento incisivo sulla dirigenza sanitaria, ovvero sui gestori della sanità, che dovranno essere adeguatamente e preventivamente formati per garantire la sostenibilità e la qualità del sistema salute e scelti secondo la competenza e il merito, non sulla base di logiche politiche o partitiche.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>La formazione adeguata dei gestori della sanità per garantire “sostenibilità e qualità del sistema salute”, seppure ampiamente condivisibile, è solo una micro-determinante delle diseguaglianze regionali.</i> ● <i>Auspicabile la scelta dei gestori della sanità su base meritocratica senza condizionamento di logiche partitiche, anche se a legislazione vigente è irrealistico ipotizzare la totale neutralità della politica nelle scelte operate.</i>
<p>Bisogna rescindere il rapporto dannoso e arcaico fra politica e sanità prevedendo nuovi e diversi criteri di nomina sia dei medesimi direttori generali, sia dei direttori sanitari e amministrativi, così anche dei dirigenti di strutture complesse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>La dichiarazione di intenti di rescindere il rapporto tra politica e sanità, seppur ampiamente condivisibile, non può concretizzarsi esclusivamente modificando i criteri di nomina dei direttori generali, sanitari e amministrativi, oltre che dei dirigenti di strutture complesse.</i> ● <i>In ogni caso, anche nel caso di revisione dei criteri di nomina, la scelta dei direttori generali viene lasciata in carico ad un organo politico (Giunta regionale).</i>

3. Maggiori capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel pieno rispetto delle loro autonomie

Testo originale	Commento GIMBE
È necessario garantire anche la trasparenza e la valutazione dell'operato dei direttori generali in termini di raggiungimento degli obiettivi di salute e di bilancio nella gestione delle aziende.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'obiettivo è già soddisfatto dalla normativa vigente¹⁸.</i>
Va anche garantito che a quelle risorse aggiuntive corrispondano più servizi di qualità per i cittadini.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ineccepibile dichiarazione d'intenti che, tuttavia, rimane "sospesa" e non correlata ad azioni o interventi specifici per la sua attuazione e monitoraggio.</i>

¹⁸ Il Dlgs 4 agosto 2016, n. 171, art 2, c. 4 prevede che "Trascorsi ventiquattro mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione, entro sessanta giorni, [...] verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui ai commi 2 e 3, e in caso di esito negativo dichiara [...] la decadenza immediata dall'incarico con risoluzione del relativo contratto".

4. Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari	
Testo originale	Commento GIMBE
<p>16. MINISTERO PER LE DISABILITÀ (pag. 31-32)</p> <p>Uno Stato civile deve proteggere, tutelare, assistere e integrare chiunque abbia una disabilità. È fondamentale consolidare e rinnovare le politiche di protezione e inclusione dedicate alle persone con disabilità e finalizzate a garantirne un concreto ed efficace sostegno durante tutte le fasi della vita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ineccepibile dichiarazione d'intenti.</i>
<p>Si prevede un generale rafforzamento dei fondi sulla disabilità e la non autosufficienza al fine di consentire alle persone con disabilità di vivere in maniera indipendente e di partecipare pienamente a tutti gli ambiti della vita, assicurando l'accesso all'ambiente fisico, ai trasporti, all'informazione e alla comunicazione, compresi i sistemi e le tecnologie di informazione e comunicazione, e ad altre attrezzature e servizi aperti o offerti al pubblico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nessuna stima sull'entità del rafforzamento dei fondi¹⁹.</i>
<p>È necessario intervenire affinché i trattamenti assistenziali, previdenziali ed indennitari, incluse carte di debito, a qualunque titolo percepiti da amministrazioni pubbliche, qualora attinenti a condizione di disabilità, siano esclusi tassativamente dal calcolo dell'ISEE o di altri indicatori reddituali, necessari per accedere ad agevolazioni o benefici.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sui trattamenti compensativi per la situazione di disagio economico esiste già una norma in merito²⁰.</i>
<p>Con riferimento all'indennità di invalidità civile, proponiamo il suo innalzamento e l'adeguamento alla pensione sociale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Considerato che l'indennità di invalidità civile ha un importo medio di € 492,83 mensili, un adeguamento alla pensione sociale, il cui importo attuale è di € 453,00 mensili, non coincide necessariamente con il suo innalzamento.</i>

¹⁹ Secondo le stime dell'Istituto Dirpolis della Scuola Sant'Anna di Pisa, i bisogni socio-sanitari ammontano a oltre € 17 miliardi, di cui € 9 per l'assistenza familiare e i servizi di badantato, € 4,2 di partecipazione alle spese sociali e € 4,1 di mancato reddito dei caregiver. Cfr. Arduini S. Secondo welfare, un tesoretto per le imprese sociali. Vita, 25 novembre 2015. Disponibile a: www.vita.it/it/article/2015/11/25/secondo-welfare-un-tesoretto-per-le-imprese-sociali/137527/. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

²⁰ La L. 26 maggio 2016, n. 89 di conversione del DL 29 marzo 2016 n. 42 prevede per l'ISEE dei nuclei familiari con componenti con disabilità, che “sono esclusi dal reddito disponibile di cui all'articolo 5 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, i trattamenti assistenziali, previdenziali e indennitari, comprese le carte di debito, a qualunque titolo percepiti da amministrazioni pubbliche in ragione della condizione di disabilità, laddove non rientranti nel reddito complessivo ai fini dell'IRPEF”.

4. Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari

Testo originale	Commento GIMBE
<p>Bisogna dare completa attuazione alla Convenzione O.N.U. sul diritto alle persone con disabilità, procedendo ad una completa revisione delle leggi esistenti e garantendo che ogni scelta del legislatore si collochi sempre nell'ambito di una piena consapevolezza che "le persone con disabilità includono quanti hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ineccepibile dichiarazione d'intenti, anche se la "completa revisione delle leggi esistenti" è un'azione generica e dai tempi non prevedibili.</i>
<p>Per assicurare protezione e inclusione ai soggetti con disabilità o non autosufficienti è necessario superare la frammentazione dell'intervento pubblico nazionale e locale, attraverso una governance coordinata e condivisa sugli interventi e la messa in rete degli erogatori degli interventi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ineccepibile dichiarazione d'intenti, anche se, tenendo conto del numero di erogatori, l'attuazione della proposta è estremamente complessa e dalle tempistiche non prevedibili.</i>
<p>Bisogna assicurare il tempestivo aggiornamento delle agevolazioni per l'acquisto di beni e ausili per le persone con disabilità.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Considerato che le agevolazioni previste possono riguardare la riduzione dell'IVA e/o le detrazioni IRPEF non è chiaro a cosa si riferisca il "tempestivo aggiornamento".</i>
<p>18. POLITICHE PER LA FAMIGLIA E LA NATALITÀ (pag. 33) Importante attenzione va posta anche nei confronti della terza età con provvedimenti volti ad agevolare le famiglie con anziani a carico, compresa l'assistenza domiciliare anche tramite colf e badanti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ineccepibile dichiarazione di intenti.</i>
<p>21. SANITÀ (pag. 38-41) Occorre garantire, implementare e integrare i servizi socio-sanitari investendo in prevenzione e superando il modello "ospedale-centrico".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ineccepibile dichiarazione di intenti finalizzata a un'adeguata (ri)programmazione sanitaria.</i>
<p>L'integrazione socio-sanitaria si realizza appieno quando è soddisfatto, in continuità, il bisogno di salute nella componente sanitaria e in quella di protezione sociale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Definizione corretta.</i>

4. Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari	
Testo originale	Commento GIMBE
L'integrazione socio-sanitaria comporta, anche in termini economici, il diverso coinvolgimento delle Regioni e dei Comuni, i cui strumenti di programmazione sono fondamentali per realizzare una co-progettazione efficace per soddisfare i bisogni di assistenza del territorio e dei cittadini che lo abitano.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Il coinvolgimento di Regioni e Comuni nell'integrazione socio-sanitaria è cruciale, tuttavia gli investimenti degli Enti Locali nel socio-sanitario presentano una enorme variabilità geografica e un andamento non costante nel tempo²¹: in assenza di un finanziamento stabile, qualsiasi programmazione socio-sanitaria rischia di essere vanificata.</i>
È necessario garantire adeguate risorse economiche e strutturali ai servizi sociosanitari territoriali di prossimità e domiciliari in una logica di trasversalità che da un lato si occupa dei bisogni del singolo e dall'altro delle esigenze della comunità locale.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proposta coerente con l'item che tuttavia:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>non stima le risorse necessarie;</i> ○ <i>limita ai “servizi socio sanitari territoriali di prossimità e domiciliari” il perimetro dell’assistenza socio-sanitaria, in realtà molto più esteso.</i>
Le prime vittime di un sistema sociale imperniato sull'utilitarismo e sul profitto, insieme ai disabili a qualsiasi titolo, diventano inevitabilmente gli anziani. È necessario rendere obbligatorio l'inserimento di una rappresentanza significativa dei pazienti (diretta o dei familiari) ai vertici gestionali delle strutture assistenziali dedicate all'età avanzata direttamente inserite nel SSN o per le strutture convenzionate. Solo il controllo diretto e capillare degli interessati può garantire il rispetto di quei parametri di civiltà del vivere, troppo spesso disattesi in strutture che frequentemente si configurano come atroci terminali di “esistenze non più funzionali al sistema”, piuttosto che ambienti dove avviarsi serenamente e con dignità al naturale concludersi della propria vita.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La partecipazione dei cittadini all'organizzazione e alla valutazione dei servizi sanitari dovrebbe essere prevista per tutte le forme di assistenza.</i> • <i>La proposta è lodevole, ma se l'obiettivo è quello di garantire la qualità e la dignità di vita degli anziani e prevenire casi di maltrattamento, lo strumento suggerito è di difficile utilizzo e comunque insufficiente.</i> • <i>La presenza di una rappresentanza di pazienti o familiari è previsto in appositi organismi delle aziende sanitarie (es. comitati consultivi misti, comitati di partecipazione), ma il loro inserimento nei “vertici gestionali” delle strutture private convenzionate è subordinato ai criteri di accreditamento definiti a livello regionale.</i> • <i>Sfuggono dalle azioni proposte tutte le strutture private non convenzionate, verosimilmente quelle più a rischio di fenomeni di maltrattamento e violenza sugli anziani.</i>

²¹ Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (settore sanità e politiche sociali. Schede relative ai fondi destinati alle politiche sociali. Settembre 2017. Disponibile a: www.regioni.it/download/news/531636. Ultimo accesso: Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

5. Ridisegnare il perimetro dei LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri

Testo originale	Commento GIMBE
-	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="805 443 1050 470">• <i>Nessuna proposta</i>

6. Eliminare il superticket e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei	
Testo originale	Commento GIMBE
<p>21. SANITÀ (pag. 38-41) La sanità dovrà essere finanziata prevalentemente dal sistema fiscale e, dunque, dovrà essere ridotta al minimo la compartecipazione dei singoli cittadini.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dichiarazione generica senza riferimenti a:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>eliminazione del superticket;</i> ○ <i>revisione dei criteri di compartecipazione alla spesa sanitaria²².</i> • <i>In assenza di una revisione dei criteri di compartecipazione alla spesa sanitaria, attualmente definiti e gestiti a livello regionale, è impossibile ridurre al minimo in maniera uniforme i ticket su tutto il territorio nazionale.</i>

²² Secondo quanto già disposto dal Patto per la Salute 2014-2018, art 8.

7. Piano nazionale contro gli sprechi in sanità per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi

Testo originale	Commento GIMBE
<p>15. LOTTA ALLA CORRUZIONE (pag. 30-31) È improrogabile una severa ed incisiva legislazione anticorruzione tale da consentire un rilevante recupero di risorse indebitamente sottratte allo Stato [...] Le misure da mettere in campo sono le seguenti: l'aumento delle pene per tutti i reati contro la pubblica amministrazione di tipo corruttivo per i quali debbono essere preclusi gli sconti di pena mediante un sistema che vieti l'accesso a riti premiali alternativi; il 'DASPO' per i corrotti e corruttori, ovvero l'interdizione dai pubblici uffici e la perpetua incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione per chi è stato condannato definitivamente per un reato di tipo corruttivo contro la Pubblica Amministrazione [...]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Azione indirizzata alla categoria di sprechi "Frodi e abusi" della tassonomia GIMBE²³. • Nessun riferimento esplicito alla sanità.
<p>20. RIFORME ISTITUZIONALI, AUTONOMIA E DEMOCRAZIA DIRETTA (pag. 37) Occorre inoltre utilizzare il modello dei "costi standard" per i servizi regionali e locali</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Azione indirizzata alla categoria di sprechi "Acquisti a costi eccessivi". • Nessun riferimento esplicito alla sanità.
<p>21. SANITÀ (pag. 38-41) Il recupero delle risorse avverrà grazie ad una efficace lotta agli sprechi e alle inefficienze, e grazie alla revisione della governance farmaceutica, all'attuazione della centralizzazione degli acquisti, all'informatizzazione e digitalizzazione del SSN, alla revisione delle procedure di convenzionamento e accreditamento, alla lotta alla corruzione e alla promozione della trasparenza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si prende atto del margine di recupero di risorse da sprechi e inefficienze e vengono identificate alcune azioni indirizzate a specifiche categorie di sprechi presenti nella tassonomia GIMBE: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acquisti a costi eccessivi: "attuazione della centralizzazione degli acquisti" ○ Complessità amministrative e frodi e abusi: "informatizzazione e digitalizzazione del SSN" ○ Frodi e abusi: "revisione delle procedure di accreditamento e convenzionamento" ○ Frodi e abusi: "lotta alla corruzione e promozione della trasparenza" • Non vengono prese in considerazione due rilevanti categorie di sprechi della tassonomia GIMBE: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal basso value; ○ Sotto-utilizzo di prestazioni sanitarie efficaci, appropriate e dal value elevato.

²³ La tassonomia GIMBE identifica sei categorie di sprechi e inefficienze: sovra-utilizzo (di prestazioni sanitarie inefficaci e/o inappropriate), frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, sotto-utilizzo (di prestazioni sanitarie efficaci e appropriate), complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza. Per ulteriori dettagli: Sprechi e inefficienze. In: 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. pag 76-88. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

7. Piano nazionale contro gli sprechi in sanità per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi	
Testo originale	Commento GIMBE
È necessario realizzare l'informatizzazione del SSN con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico, alle ricette digitali, alla dematerializzazione dei referti e cartelle cliniche e alle prenotazioni e pagamenti online, così da consentire una reale trasparenza e un efficace controllo in termini di verifica immediata e pubblica dei risultati gestionali.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adeguata descrizione di strumenti operativi per attuare l'informatizzazione e digitalizzazione del SSN sopra citata</i>
È necessario, altresì, dare evidenza del rapporto esistente tra i rimborsi a carico del SSN e il risultato clinico in termini di efficacia e appropriatezza	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proposta di estrema rilevanza per aumentare il ritorno in termini di salute del denaro investito in sanità (value for money).</i> • <i>Richiede una revisione complessiva dei sistemi di rimborso, oggi quasi esclusivamente basati sulla quantità e non sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, né tantomeno sulla loro efficacia in termini di esiti di salute.</i>
Avviare e implementare la telemedicina grazie a tutte le tecnologie innovative, in modo da ridurre gli spostamenti dei pazienti, abbattere i costi e garantire cure domiciliari di maggiore qualità.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proposta finalizzata a ridurre gli sprechi da "Inadeguato coordinamento dell'assistenza".</i> • <i>L'attuazione richiede azioni specifiche volte a rimuovere ostacoli rilevanti:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>inserire la telemedicina nei LEA;</i> ○ <i>potenziare infrastrutture tecnologiche, in particolare la banda larga, non sempre disponibili soprattutto nelle zone disagiate che più potrebbero giovare della telemedicina;</i> ○ <i>ridurre l'analfabetismo informatico di professionisti sanitari e pazienti.</i>
La risposta assistenziale ospedaliera nella fase acuta della malattia deve essere garantita ed è nel contempo necessario sviluppare in maniera diffusa i servizi territoriali, con standard organizzativi e con costi di accesso ai servizi omogenei e predefiniti, assicurando la presa in carico dell'utente, attraverso un suo specifico percorso socio-sanitario e attraverso più idonei servizi di prevenzione.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Azioni finalizzate a ridurre gli sprechi relativi a "Inadeguato coordinamento dell'assistenza", in particolare tra differenti setting.</i> • <i>Lo sviluppo diffuso di servizi territoriali richiede investimenti rilevanti, in particolare nelle Regioni del centro-sud dove prevale il modello ospedale-centrico e i servizi territoriali sono estremamente limitati.</i>
È indispensabile l'implementazione di un coordinamento territoriale, così da orientare e indirizzare gli utenti nei servizi territoriali e ospedalieri disponibili, favorendo la scelta appropriata del luogo di cura.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le evidenze scientifiche documentano l'efficacia del case manager, ma in relazione ai differenti modelli organizzativi il coordinamento può essere anche ospedaliero e non necessariamente territoriale.</i> • <i>L'appropriatezza di setting rimane in ogni caso condizionata dall'offerta di servizi, in particolare nell'ambito delle cure primarie.</i>

7. Piano nazionale contro gli sprechi in sanità per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi

Testo originale	Commento GIMBE
<p>Nell'ottica di garantire un efficace e capillare sostegno ai servizi territoriali dovrebbe essere rivisto anche il ruolo dei medici di medicina generale. Rafforzeremo e implementeremo il ruolo del medico di medicina generale che deve risultare come principale protagonista della filiera di cura del malato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Azioni finalizzate a ridurre gli sprechi relativi a "Inadeguato coordinamento dell'assistenza", grazie al potenziamento del sistema delle cure primarie. • La revisione e rafforzamento del ruolo dei medici di medicina generale passa inevitabilmente attraverso forme organizzate (AFT, UCCP) già previste dal Patto per la Salute 2014-2016 la cui attuazione è: <ul style="list-style-type: none"> ○ molto eterogenea tra le varie Regioni; ○ variamente sostenuta/ostacolata dalle numerose sigle sindacali.
<p>È improcrastinabile intervenire sui tempi di attesa ai Pronto soccorso, riducendo i tempi di accesso attraverso l'implementazione di strutture a bassa intensità di cura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il sovraffollamento del pronto soccorso (PS) è generato da numerose determinanti, il cui impatto è molto variabile. • Le strutture a bassa intensità di cure sono solo uno degli strumenti che possono essere messi in atto per ridurre i tempi di attesa al PS. Grazie alla loro capacità di garantire una dimissione più precoce dei pazienti, favoriscono il turnover dei pazienti ricoverati, ma non hanno alcun effetto sugli accessi inappropriati al PS.
<p>Bisogna delineare percorsi di assistenza e di cura personalizzati e vicini al cittadino oltre che adeguatamente accessibili, riordinare il sistema di accesso alle prestazioni nell'ottica di ridurre i tempi di attesa, eliminare altresì ogni forma di spreco che derivi da una non appropriata organizzazione dei servizi e dell'assistenza e da una governance sanitaria non adeguata, da un mancato ammodernamento tecnologico e digitale del servizio sanitario nazionale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dichiarazione di intenti generica finalizzata a ridurre gli sprechi da "Inadeguato coordinamento dell'assistenza" e da "Complessità amministrative".
<p>Deve essere affrontato il problema dell'invecchiamento della popolazione e dei susseguenti problemi correlati alla cronicità delle patologie e alla comorbidità.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dichiarazione di intenti generica.
<p>In tale ottica è necessario garantire la diffusione capillare di strutture socio-sanitarie e a bassa intensità di cura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Azione fondamentale per favorire la deospedalizzazione dei pazienti, grazie alla disponibilità di setting a bassa intensità di cura, e per facilitare l'integrazione socio-sanitaria. • È indispensabile definire standard nazionali per l'offerta di strutture territoriali, analogamente a quanto previsto dal DM 70/2015 per quelle ospedaliere.

7. Piano nazionale contro gli sprechi in sanità per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi

Testo originale	Commento GIMBE
Devono altresì essere implementate l'organizzazione dei percorsi e le strutture di sostegno alle patologie cronico-degenerative ed oncologiche e bisogna garantire risorse adeguate per l'assistenza, diretta e personalizzata, dei soggetti affetti da malattie rare e croniche.	<ul style="list-style-type: none">• <i>Fondamentale il riferimento alla definizione e all'implementazione dei percorsi per le malattie croniche, che legittima quanto già previsto dal Piano Nazionale per le Cronicità (che tuttavia non prende in considerazione le patologie oncologiche).</i>• <i>Nessuna stima delle risorse necessarie.</i>

8. Riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione

Testo originale	Commento GIMBE
-	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="805 405 1054 434">• <i>Nessuna proposta.</i>

9. Sana integrazione pubblico-privato e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone	
Testo originale	Commento GIMBE
<p>SANITÀ (pag. 38-41) È necessario garantire che non vi sia alcuno squilibrio tra le prestazioni istituzionali e quelle erogate in regime di libera professione, soprattutto con riguardo ai tempi di attesa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La regolamentazione dell'ALPI è qui finalizzata esclusivamente al contenimento dei tempi di attesa, ma non tiene conto dell'appropriatezza delle prestazioni erogate secondo i reali bisogni di salute delle persone.</i>
<p>Il recupero delle risorse avverrà grazie a [...] revisione delle procedure di convenzionamento e accreditamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La revisione delle procedure di accreditamento è indispensabile per allineare gli standard qualitativi delle strutture sanitarie pubbliche e private. Tuttavia, l'attuazione di tale revisione non è affatto semplice perché i requisiti minimi di accreditamento delle strutture sanitarie sono definiti dalle singole Regioni e non esistono standard nazionali di riferimento.</i> • <i>L'eventuale recupero di risorse conseguente a questa azione può conseguire solo alla revoca dell'accREDITAMENTO di strutture sanitarie private che non soddisfano i nuovi requisiti, al momento non attuabile vista la gestione regionale di requisiti e procedure di accREDITAMENTO.</i>

10. Rilanciare le politiche per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari

Testo originale	Commento GIMBE
<p>SANITÀ (pag. 38-41)</p> <p>Il problema dei tempi di attesa è susseguente anche alla diffusa carenza di medici specialisti, infermieri e personale sanitario. È dunque indispensabile assumere il personale medico e sanitario necessario, anche per dare attuazione all'articolo 14 della legge n. 161/2014.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La carenza di personale viene messa in relazione esclusivamente con due criticità: tempi di attesa e attuazione della normativa europea sugli orari di lavoro.</i> • <i>Non viene considerata la necessità di stimare il fabbisogno quali-quantitativo del personale sanitario, variamente differenziato per professioni e specialità nelle diverse aree del Paese, condizionate da differenti modelli organizzativi e caratterizzate da bisogni di salute non omogenei.</i> • <i>Non viene presa in considerazione né l'opportunità di rivedere modalità e termini di assunzione e di progressione di carriera del personale dirigente e di comparto del SSN, né la necessità di incrementi salariali.</i> • <i>Nessun riferimento ai medici convenzionati.</i>
<p>I posti per la formazione specialistica dei medici dovrebbero essere determinati dalle reali necessità assistenziali e tenendo conto anche dei pensionamenti, assicurando quindi un'armonizzazione tra posti nei corsi di laurea e posti nel corso di specializzazione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La proposta di programmazione riguarda solo i medici, in particolare specialisti, senza alcun riferimento alle professioni sanitarie, nonostante i dati OCSE documentino che l'Italia è al 35° posto per rapporto infermieri/medici (1,4 vs 2,8 media OCSE)²⁴.</i> • <i>La programmazione del fabbisogno di medici, oltre che dai pensionamenti e dalle "reali necessità assistenziali" condizionate da variabili epidemiologiche e sociodemografiche, è strettamente correlata all'attuazione di nuovi modelli organizzativi che coinvolgono tutte le professioni sanitarie.</i>
<p>La realtà è che quest'armonizzazione non c'è e i posti per la formazione specialistica sono di fatto determinati da due fattori: la capacità delle scuole universitarie di accogliere medici in formazione e il finanziamento delle borse di studio da parte del MIUR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Il problema è prevalentemente legato al "finanziamento delle borse di studio", visto che la capacità delle scuole universitarie di accogliere medici in formazione è stata estesa dal DL 68/2015.</i>
<p>Dunque, se da un lato potrà essere necessario aumentare il numero dei laureati in medicina, anche rivedendo il numero chiuso, dall'altro sarà necessario aumentare le borse di studio per gli specializzandi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Proporre la revisione del numero chiuso per aumentare il numero dei medici senza prima incrementare adeguatamente le borse di studio rischia di restringere ulteriormente l'attuale imbuto formativo, dove solo un medico su due accede alla scuola di specializzazione o al corso di formazione specifico in medicina generale.</i>

²⁴ OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris: November 2017. Disponibile a: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

10. Rilanciare le politiche per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari

Testo originale	Commento GIMBE
<p>Bisogna consentire più diffusamente che il medico neolaureato abbia accesso nella struttura sanitaria per conseguire le abilità teoriche e tecnico-pratiche e l'autonomia necessaria allo svolgimento della specializzazione medica prescelta (art. 22 del “Patto della salute” del 2014).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Il riferimento esclusivo all'art. 22 del Patto per la Salute 2014-2016 non tiene conto delle reti formative previste dal DL 68/2015 che ha definito un sistema di accreditamento nazionale delle UOC di strutture ospedaliere (Aziende Universitarie, Aziende Ospedaliere e Aziende USL) che garantiscono volumi di attività e requisiti idonei a formare medici in formazione specialistica.</i>

11. Finanziare ricerca clinica e organizzativa: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN

Testo originale	Commento GIMBE
<p>SANITÀ (pag. 38-41) Va altresì potenziata la ricerca biomedica svolta all'interno del sistema sanitario e dalle università.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dichiarazione di intenti generica, senza alcun riferimento all'entità del finanziamento che possa garantire il "potenziamento" della ricerca, né alle priorità del SSN.</i>

12. Programma nazionale d’informazione scientifica a cittadini e pazienti per debellare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e promuovere decisioni realmente informate

Testo originale	Commento GIMBE
-	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="879 443 1129 472">• <i>Nessuna proposta</i>

5. Conclusioni

A 40 anni dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale la dichiarazione di intenti con cui si apre il capitolo Sanità del "Contratto per il Governo del Cambiamento" - *"È prioritario preservare l'attuale modello di gestione del servizio sanitario a finanziamento prevalentemente pubblico e tutelare il principio universalistico su cui si fonda la legge n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Tutelare il SSN significa salvaguardare lo stato di salute del Paese, garantire equità nell'accesso alle cure e uniformità dei livelli essenziali di assistenza"* - esclude ogni forma di privatizzazione del SSN e conferma la volontà di tutelare i principi fondanti della L. 833/78 quali equità ed universalismo. Tuttavia, le analisi effettuate nel presente Report dimostrano che, nella sua attuale formulazione, il "Contratto per il Governo del Cambiamento" non getta solide basi per mettere in sicurezza la più grande conquista sociale dei cittadini italiani, già ereditata in "condizioni di salute" non ottimali.

Infatti, rispetto alla 4 macro-determinanti della crisi di sostenibilità del SSN identificate dal 3° Rapporto GIMBE (definanziamento, "paniere LEA" troppo ampio, sprechi e inefficienze, espansione della sanità integrativa) il "Contratto per il Governo del Cambiamento" contiene sì un programma molto dettagliato e potenzialmente efficace per ridurre sprechi e inefficienze, ma:

- non annuncia esplicitamente un aumento nominale del fondo sanitario nazionale, né un'inversione di tendenza del rapporto spesa sanitaria/PIL;
- non prevede alcuna ridefinizione del perimetro dei LEA, oggi sproporzionati rispetto al finanziamento pubblico ed esigibili su tutto sul territorio nazionale solo sulla carta;
- non fa alcun cenno all'inderogabile riordino legislativo della sanità integrativa che oggi, con le seducenti promesse del "secondo pilastro", favorisce derive consumistiche e di privatizzazione.

Inoltre, nonostante la coerenza di numerose proposte con gli item del "piano di salvataggio" GIMBE, il "Contratto per il Governo del Cambiamento" non definisce mai l'entità delle risorse necessarie per finanziare le proposte; anche nei casi in cui riporta esplicitamente la necessità di aumentare le risorse da destinare a specifici obiettivi, mancano sistematicamente le stime quantitative.

Infine, il "Contratto per il Governo del Cambiamento" dà il via libera al regionalismo differenziato che rappresenta una reale minaccia all'universalismo del SSN, visto che le autonomie previste in sanità non potranno che amplificare le diseguaglianze regionali.

Alla vigilia della discussione sulla Legge di Bilancio 2019 tutti gli stakeholder della sanità aspettano con ansia di conoscere l'entità delle risorse che il nuovo Esecutivo potrà assicurare per avviare il tanto sospirato rilancio del SSN. A tal proposito, il 25 luglio la Ministra della Salute Giulia Grillo nella sua audizione in Parlamento ha ribadito che *"è cruciale riaprire i rubinetti degli investimenti, chiusi ormai da troppo tempo"*²⁵ e il 2 agosto ha confermato

²⁵ Linee programmatiche del Ministero. Commissioni riunite Affari sociali di Camera e Senato della Repubblica. Roma, 25 luglio 2018. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_3_5.jsp?lingua=italiano&label=lineeProgrammatiche&menu=ministro. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

l'intenzione di aumentare il fondo sanitario nazionale, in particolare per coprire le risorse mancanti per sbloccare i nuovi LEA. Al tempo stesso ha tuttavia invitato a non lasciare troppo spazio alle illusioni, considerato che *“abbiamo un programma generale che prevede anche altre misure importanti dal punto di vista economico”*²⁶. Nonostante le buone intenzioni del “Contratto per il Governo del Cambiamento” e l’impegno della Ministra nei primi 100 giorni di mandato²⁷ s’impone dunque un bagno di sano realismo. È ragionevolmente certo che il rilancio del SSN non rientra al momento tra le priorità dell’Esecutivo, già in difficoltà a soddisfare tutte le promesse elettorali più popolari (*flat tax*, reddito di cittadinanza, riforma della legge Fornero), nel rispetto del tetto di deficit previsto dal Patto di Stabilità e Crescita europeo. In altre parole, considerato che a breve termine mancano le risorse per rifinanziare in maniera consistente il SSN, il banco di prova per la sanità non può essere rappresentato dalla Legge di Bilancio 2019 che, nella migliore delle ipotesi, potrà garantire il “consueto” miliardo di euro che negli ultimi anni ha permesso solo di coprire il costo dell’inflazione.

D’altro canto, volendo guardare avanti con un pizzico di ottimismo, per confermare le buone intenzioni del “Contratto per il Governo del Cambiamento” sul destino della sanità pubblica, il primo segnale concreto è atteso tra pochi giorni nella nota di aggiornamento del DEF 2018. In particolare, si attende l’inversione di tendenza del rapporto spesa sanitaria/PIL annunciata anche dalle parole del Premier Conte nel discorso per la fiducia: *“Quanto alla sanità, il Documento di Economia e Finanza [...] prevede una contrazione della spesa sanitaria. Sarà compito di questo Governo invertire questa tendenza per garantire la necessaria equità nell’accesso alle cure”*²⁸.

Se così non fosse, le rassicuranti dichiarazioni di intenti con cui si apre il capitolo Sanità nel “Contratto per il Governo del Cambiamento” rimarranno lettera morta, lasciando ancora una volta che sia il futuro a prendersi cura del SSN.

²⁶ Seguito delle comunicazioni del Ministro della salute, Giulia Grillo, sulle linee programmatiche del suo Dicastero. Commissioni riunite Affari sociali di Camera e Senato della Repubblica. Roma, 2 agosto 2018. Disponibile a: www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/repository/commissioni/stenografici/18/Congiunte/12aXII-20180802-CG-BOZZE.pdf. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

²⁷ Giulia Grillo. “Sono passati già 100 giorni da quando ho accettato l’incarico di ministro della Salute. Un grande onore, ma anche una grande responsabilità. Oggi credo che sia giusto fare un primo bilancio INSIEME”. 10 settembre 2018. Disponibile a: www.facebook.com/GiuliaGrilloM5S/posts/2334056153302043. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

²⁸ Comunicazioni del Presidente del Consiglio dei Ministri. Senato della Repubblica. Roma, 5 giugno 2018. Disponibile a: www.governo.it/sites/governo.it/files/5giugno2018_Comicazioni_Conte_Senato.pdf. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.



#salviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org