

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

LE PROPOSTE DEL TERZO POLO

Dalle parole ai fatti

**Efficacia
Efficienza
Equità
Sicurezza
Umanità**



INDICE

Premessa

Elementi condizionanti lo stato di salute dei cittadini

- i. Invecchiamento e crescita della cronicità
- ii. Risorse umane, tecnologiche e digitalizzazione del sistema
- iii. Costi economici

Dieci punti chiave per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale

A. Azioni politiche

1. Rapporti istituzionali Stato, Regioni e Province autonome (PA), finanziamento del servizio sanitario
2. Obiettivi di salute nazionali e regionali

B. Azioni organizzative

3. Piano straordinario assunzioni
4. Rapporto pubblico e privato. Agenzia Europea per le emergenze di salute pubblica.
5. Riordino delle aziende ospedaliero-universitarie e IRCSS.
6. Agenzia Nazionale di Sanità Pubblica (ANSP)

C. Azioni gestionali

7. Monitoraggio applicazione del DM 77/2022. Continuità assistenziale e integrazione tra servizi sanitari e welfare.
8. Piano Nazionale per la Formazione alla Leadership e al Management
9. Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, telemedicina e intelligenza artificiale
10. Monitoraggio applicazione PNRR

Riferimenti bibliografici

Premessa

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è la più grande opera pubblica del nostro Paese ed è stato un fondamentale protagonista della crescita e dello sviluppo dell'Italia a partire dagli anni '70 e durante gli anni della pandemia, ma sta ormai vivendo una profonda crisi strutturale che rischia di compromettere la sua missione, cioè quella di garantire a tutti i cittadini un uguale diritto alla tutela della salute e un adeguato accesso alle cure, come previsto dalla Costituzione Italiana.

La debolezza del sistema istituzionale, accentuata dalle diminuite risorse finanziarie e dalla perdurante scarsa efficienza organizzativa e gestionale, è stata drammaticamente evidenziata dalla pandemia e oggi non appare più controllabile con gli attuali strumenti.

Per questo, la necessità di immettere al più presto nuove risorse nel SSN e attuare la sua riorganizzazione non può più essere rimandata e impone scelte e decisioni rapide, ponderate e basate sulle evidenze scientifiche.

Il SSN italiano è fortemente, e da tempo, indebolito per molteplici motivi, in particolare la frammentazione in 21 sistemi sanitari regionali (SSR), una condizione che può ulteriormente aggravarsi con l'autonomia differenziata. Il risultato, inaccettabile per un Paese civile, è che i cittadini ricevono un'assistenza molto diversa a seconda della regione dove si trovano a vivere e hanno diverse condizioni, qualitative e quantitative, di vita.

Elementi condizionanti lo stato di salute dei cittadini italiani

i. Invecchiamento della popolazione e crescita della cronicità

La demografia del nostro Paese evidenzia un quadro di profonda crisi. Secondo l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) la popolazione residente è negli ultimi anni in costante decrescita, con ulteriori diminuzioni attese nel medio lungo termine: da 59,6 milioni di abitanti nel 2020 a 58 milioni nel 2030, 54,1 milioni nel 2050 e 47,6 milioni nel 2070.

Per la prima volta dal dopoguerra, nel 2015 il tasso di crescita della popolazione italiana, al contrario di paesi come Francia e Germania, si è ridotto. La pandemia ha poi ulteriormente aumentato la mortalità (la più alta dal dopoguerra, con 746.146 decessi complessivi, 100.526 in più rispetto alla media 2015-2019, pari al 15,6%). Ma il dato più preoccupante è l'inarrestabile calo delle nascite (riduzione del 29,8% dal 2008 al 2020), con un tasso di fecondità in progressivo decremento, pari a 1,24 nel 2020 rispetto a 2 della fine degli anni '70. L'invecchiamento della popolazione italiana è stato uno dei più rapidi tra i Paesi maggiormente sviluppati e si stima che nel 2050 la quota di persone over 65 ammonterà al 35,9% della popolazione totale, con una speranza di vita media pari a 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne) e un rapporto tra giovani e anziani di 1 a 3.

Con l'aumento dell'aspettativa di vita ed il rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non attiva, si registra un aumento preponderante di malattie cronicodegenerative. Già nel 2030 gli over 65 saranno il 33% della popolazione, di cui tre milioni e mezzo non autosufficienti rispetto ai due milioni attuali.

Il 40% della popolazione, inoltre, è affetta da malattie con andamento ingravescente e progressivo aumento delle problematiche legate alla cronicità, a cui, tuttavia, non corrispondono adeguati investimenti e riorganizzazioni del settore "Long Term Care" (LTC) e dell'assistenza sanitaria territoriale, con un'elevata disomogeneità fra regioni di tutti i servizi residenziali di prossimità (spesa per LTC sul PIL pari a 0,9% vs 1,6% della media europea). A ciò si aggiunge anche una progressiva riduzione dei posti letto in ambito ospedaliero, con valori italiani per 1000 abitanti, al 2018, tra i più bassi in Europa (3,1 a fronte di una media europea intorno a 5) e largamente insufficienti per rispondere alle esigenze di ricovero.

ii. Carenze di risorse umane, tecnologiche e digitalizzazione del sistema

L'Italia presenta una disponibilità di operatori sanitari per 10.000 abitanti pari a 97,4, circa 37,7 operatori in meno per 10.000 abitanti rispetto all'Austria, considerata best performer in Europa. Tale valore si è ridotto nell'ultimo decennio a causa del blocco del turnover generalizzato, in modo particolare nelle Regioni in Piano di rientro, del contenimento delle assunzioni e dell'imbuto formativo causato dall'esiguo numero di borse di specializzazioni per i neolaureati. A tale scenario si aggiunge l'incremento dell'età media del personale sanitario.

L'Italia, insieme alla Germania, detiene il primato dei medici nella fascia d'età 55-64 anni, con il 53,3% dei medici over 55 a fronte di un valore OCSE del 34%. Tale situazione è da attribuirsi senza dubbio ad un'assenza di programmazione e ad un'incapacità organizzativa della politica italiana, che hanno determinato anche fenomeni come migrazione professionale all'estero, principalmente dovuta alla bassa remunerazione, riforme pensionistiche che accentuano l'effetto demografico della 'gobba' pensionistica e l'imbuto formativo per le scuole di specializzazioni.

Oggi sono in servizio (dati Agenas) 103mila medici e 264mila infermieri, ma entro il 2027 andranno in pensione 41mila medici e 21mila infermieri. Già oggi (dati FNOMCeO) mancano 20mila medici di cui 4.500 nei Pronto Soccorso, 10mila nei reparti ospedalieri e seimila medici di famiglia.

Per quanto attiene gli infermieri l'Italia registra un numero assolutamente insufficiente o di molto inferiore alla media europea con 6,2 infermieri per mille, contro gli 11 della Francia e i 13 della Germania. Ne mancano decine di migliaia per dare livelli minimi di assistenza.

Inoltre, otto assunzioni su dieci fatte nei mesi della pandemia sono state a termine e quindi sono soltanto 17 mila gli ingressi a tempo indeterminato, un numero totalmente inadeguato a garantire i livelli minimi di assistenza.

Considerando gli aspetti legati alla sanità digitale, l'Italia è ancora carente in questo ambito. Il nostro Paese, infatti, si attesta, secondo l'indice di digitalizzazione dell'Economia e della Società (DESI) della Commissione europea nel 2019, al 25° posto su 28 Stati Membri, superando solo Romania, Grecia e Bulgaria e con un punteggio di 9 unità inferiori alla media europea (43,6 vs 52,6), a dimostrazione di un forte ritardo.

Infine, la significativa disparità territoriale nell'erogazione dei servizi, sia in ambito di prevenzione sia di assistenza, l'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e sociali, così come la complessità di specifici percorsi di cura, sono alla base dell'accesso dibattuto sulla necessità di riprendere ad investire nell'ammodernamento e nel potenziamento delle strutture ospedaliere e sanitarie, rendendole più efficienti, innovative e sicure.

Negli anni, partendo da valori di 5,8 per 1.000 abitanti del 1998, il numero dei posti letto ospedalieri ha registrato una netta diminuzione, passando dai 202.804 del 2012 agli 188.451 del 2018, ossia da 3,4 a 3,2 per 1.000 abitanti e valori al di sotto del 3 per quasi la totalità delle Regioni del Sud. **I dati riferiti al 2018, infatti, confermano per l'Italia un numero di posti letto per mille abitanti tra i più bassi in Europa, a fronte di una media europea intorno a 5, a grande distanza da Germania (8,0) e Francia (6,0) e largamente insufficiente alle esigenze di ricovero. Anche la programmazione dei posti letto in terapia intensiva, nonostante un aumento tra il 2012 e il 2018 (da 8,2 a 8,6 per 100.000 abitanti), si è comunque rivelata del tutto insufficiente, e soprattutto non adeguata a rispondere rapidamente all'aumento delle necessità di assistenza causato dalla pandemia.** Nonostante il grande sforzo organizzativo ed economico fatto durante l'emergenza abbia portato a raggiungere un valore di circa 14,3 unità per 100.000 abitanti in poche settimane (media UE 12,9), resta necessario costruire un sistema flessibile e *prepared* in grado di rispondere ai

bisogni di salute della popolazione, anche in caso di emergenza sanitaria, in primo luogo attraverso una più accurata programmazione nella formazione dei medici specialisti.

Oltre alla capacità delle strutture sanitarie, è necessario un ammodernamento a livello infrastrutturale e tecnologico. Facendo riferimento agli ospedali, ad esempio, **il 60% delle strutture ha più di 40 anni e la metà è di dimensioni troppo piccole con conseguenti problemi di sicurezza per pazienti e operatori e di scarsa efficienza.** Nel 2019 gli investimenti delle aziende sanitarie sono cresciuti dell'11,4% rispetto all'anno precedente, con un incremento maggiore nelle Regioni non in Piano di rientro (+15,4%) rispetto a quelle in Piano di rientro (+3,1%), per coprire parte dei fabbisogni tecnologici e infrastrutturali. La riduzione della capacità delle strutture ospedaliere, inoltre, ha proseguito negli anni senza un contestuale potenziamento dell'assistenza domiciliare e di strutture a bassa intensità di cura. In Italia, ad esempio, per l'anno 2019, si contano 391.093 cittadini con età ≥ 65 anni che sono ricorsi all'assistenza domiciliare integrata (ADI), corrispondente al 2,92% della popolazione media over 65 residente. Il numero degli assistiti trattati in ADI con età ≥ 65 anni si presenta in crescita, con un incremento del 4,0% rispetto al 2018 e con forti differenze geografiche a sfavore del Meridione.

Le attuali criticità legate alle carenze di risorse umane e i ritardi accumulati durante la pandemia hanno fatto esplodere il problema "liste e tempi di attesa", facendo saltare il rapporto tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie. Il governo ha tentato, con il Piano Nazionale di governo delle Liste di Attesa 2019-21 (PNGLA), di porre un rimedio al problema, ma non tutte le regioni, ad oggi, sembrano aver risposto pienamente alle indicazioni date.

iii. Aumento dei costi

Il SSN è stato sottofinanziato per decenni ed è risultato totalmente impreparato per affrontare l'emergenza COVID. Dopo la fase emergenziale in cui i finanziamenti sono episodicamente aumentati e dopo una serie di dichiarazioni verbali sul rifinanziamento della sanità, oggi il pubblico batte in ritirata con stanziamenti addirittura inferiori, in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL), rispetto all'epoca prepandemica.

A fronte di questo scenario drammatico la scelta dei Governi che si sono succeduti è stata quella di far scendere l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL al 6,5% nel 2023 e al 6,1% nel 2025, in calo di oltre un punto e mezzo rispetto al 2022, (era del 6,4% nel 2019 prima della pandemia) e lontano dalla media europea del 7,9%.

Di fronte a questi mancati aumenti e tagli, il cittadino, soprattutto al sud, o paga di tasca propria o rinuncia a curarsi.

La stima del Cergas (Università Bocconi) stima che sette famiglie su dieci per la salute stanno rischiando di impoverirsi a causa di spese impreviste per la salute e oltre il 9% ha impegnato per le cure più del 40% del denaro a propria disposizione.

Si tratta di un record negativo italiano al confronto con altri Paesi dell'Europa Occidentale. I tre quarti di queste famiglie scivolato in povertà hanno un reddito inferiore ai 1.300 euro mensili, più della metà vive al Sud e molti sono pensionati.

A fronte di 126 miliardi spesi in sanità dallo Stato gli italiani aggiungono di tasca propria altri 41 miliardi per curarsi. Vanno poi aggiunti altri 9,6 miliardi sborsati per assistere figli disabili e genitori anziani, più altri 9,1 miliardi di trasferimenti alle famiglie dall'INPS che, sotto la voce di assegni di accompagnamento, alimentano il mercato privato delle badanti. In sintesi, ogni famiglia spende di tasca propria 2.200 euro l'anno per curarsi.

Un problema emergente della pandemia COVID-19 è poi il numero di pazienti che soffrono di problemi di salute persistenti per un lungo periodo dopo aver contratto il virus, il cosiddetto "Long COVID". La percentuale di persone che riportano sintomi persistenti è particolarmente alta tra coloro che sono stati ricoverati per COVID-19 con conseguenti ripercussioni sanitarie ed economiche potenzialmente durature.

Dieci punti chiave per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale

A. Azioni politiche

1. **Ridefinizione dei rapporti istituzionali e di governance tra Stato, Regioni e Province autonome (PA)** anche nella prospettiva di un'Unione europea della salute e aumento del finanziamento del SSN nei prossimi tre anni insieme ad una razionalizzazione della spesa.
2. **Ridefinizione degli obiettivi di salute nazionali e regionali** e conseguente revisione del sistema dei LEA, dei LEP e degli standard ospedalieri ex DM 70/2015 con gestione attiva delle liste di attesa.

B. Azioni organizzative

3. **Varo di un piano straordinario di assunzioni per il personale sanitario** e offerta di adeguate motivazioni agli operatori sanitari garantendo un maggiore livello di professionalità, prospettive di carriera chiare e un migliore equilibrio tra vita lavorativa e privata.
4. **Riorganizzazione e regolamentazione del rapporto tra pubblico e privato** e costituzione di un'Agenzia Europea per le emergenze di salute pubblica.
5. **Riordino delle aziende ospedaliero-universitarie e IRCSS** ridisegnando i rapporti tra ricerca, didattica e clinica investendo in ricerca almeno il 3% del fondo sanitario nazionale, con particolare attenzione alla ricerca applicata e al miglioramento del sistema con l'introduzione della "value based medicine".
6. **Istituzione di una Agenzia Nazionale di Sanità Pubblica (ANSP) con status di organo unitario tecnico-scientifico**, strutturato a livello nazionale ma con articolazioni regionali, con dipartimenti per aree e servizi, anche per rilanciare il Piano Nazionale per la Prevenzione.

C. Azioni gestionali

7. **Monitoraggio dell'applicazione del DM 77/2022 con correzioni delle eventuali criticità emergenti** per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione attiva tra servizi sanitari e sociali.
8. **Attivazione di un Piano Nazionale per la Formazione alla Leadership e al Management per la dirigenza del SSN** in collaborazione con le scuole italiane di sanità pubblica e gestione dell'Albo Nazionale dei Direttori Generali con maggior trasparenza e miglior valutazione delle competenze.

9. **Trasformazione digitale del Servizio Sanitario Nazionale, come previsto dal PNRR, con lo sviluppo di applicativi informatici** efficaci per fini epidemiologico-statistici e amministrativi e per le attività cliniche (telemedicina e intelligenza artificiale).
10. **Monitoraggio dell'applicazione del PNRR rispetto all'ammodernamento logistico, tecnologico e edilizio delle strutture sanitarie** per garantire l'umanizzazione delle cure, la sicurezza delle pratiche e il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza.

A. Azioni politiche

- 1. Ridefinizione dei rapporti istituzionali e di governance tra Stato, Regioni e Province autonome (PA) anche nella prospettiva di un'Unione europea della salute e aumento del finanziamento del SSN nei prossimi tre anni insieme ad una razionalizzazione della spesa.**

È necessario realizzare una riforma istituzionale che includa il sistema di welfare e il servizio sanitario nazionale come un sistema unitario e ridefinisca i rapporti stato Regioni. L'autonomia differenziata si configura come una rottura profonda che farebbe venir meno l'equità sociale. La crisi pandemica ha dimostrato che l'esigenza di una riforma delle autonomie non è procrastinabile. La riforma istituzionale proposta pone al centro la riforma del sistema delle autonomie e in parallelo quella dell'amministrazione pubblica (titolo V), con priorità per un servizio pubblico come è il SSN.

Questa riforma potrebbe prevedere, in forme da definire, una Camera delle Autonomie (che era presente in forme diverse sia nella riforma della destra nel 2006 che in quella del centrosinistra del 2016) che dovrebbe riportare a livello nazionale la funzione politica. Riportare al rango di livello politico elettivo la conferenza stato regioni è necessario per dare una prospettiva unitaria nazionale al processo di riforma del sistema pubblico di sanità e welfare e per coinvolgere come protagoniste le regioni nella formulazione delle politiche evitando le scorciatoie come si configurano essere i Livelli essenziali delle prestazioni, che rischiano di essere (come lo sono stati di fatto i LEA) la fine di ogni rinnovamento.

È necessario richiedere alla maggioranza politica di far precedere la riforma del sistema delle autonomie a una seconda, eventuale, fase di riforma costituzionale del governo.

Welfare e SSN devono essere riprogettati avendo una prospettiva europea. Nel programma per le elezioni europee e per la revisione dei trattati, questi temi, come quelli dell'istruzione (che comunque hanno impatto riguardo a medicina, professioni sanitarie e welfare) devono essere centrali per sviluppare collaborazioni e integrazioni europee che oggi, a livello istituzionale e professionale, sono avanzate sul piano dell'assistenza, della sorveglianza e della ricerca. È necessario che vengano attivati meccanismi di debito pubblico europeo, che a integrazione del PNRR, consentano investimenti e programmi condivisi finalizzati alla riforma del welfare e della sanità pubblica, aperti a considerare lo sviluppo di questi diritti e nello stesso tempo a promuovere la difesa della salute e del welfare come investimenti per le società europee che invecchiano. Fondi comuni europei devono contribuire allo sviluppo del sistema informativo sanitario, l'epidemiologia di sanità pubblica nei settori cruciali della valutazione e della sorveglianza clinico-epidemiologica, in particolare della patologia cronica, della prevenzione e delle patologie infettive.

Una azione di riforma e sviluppo può consentire che vi sia una programmazione dell'insieme delle risorse di investimento nei prossimi 5-10 anni secondo un programma nazionale che

veda tutte le istituzioni protagoniste in un processo di riforma di welfare-sanità. Le istituzioni sanitarie, il terzo settore, le università e i centri di ricerca dovrebbero essere coinvolti per contribuire a definire le linee di profondo riassetto del nostro sistema di sanità e welfare a livello nazionale e come esso possa articolato nei singoli territori regionali. È importante che da subito vi sia una allocazione di risorse con un piano di investimento che consenta di rispondere alle necessità più urgenti avendo tracciato un progetto di riforma da realizzare negli anni 2024-2027.

Per quanto il PNRR rappresenti uno strumento positivo di finanziamento per investimenti finalizzati a risollevare il nostro SSN dalle conseguenze della pandemia COVID-19 e ad avviare un percorso virtuoso di innovazione, gli attuali documenti di programmazione finanziaria pubblica non appaiono garantire, nei prossimi anni, aumenti del finanziamento del sistema comparabile a quello dei Paesi più sviluppati dell'Unione Europea. Il SSN deve essere adeguatamente finanziato, in misura comunque non inferiore alla media del finanziamento dei Sistemi Sanitari dell'Unione Europea, in termini di entità complessiva, ovvero importo totale risultante dalla somma della spesa derivante dal Fondo Sanitario Nazionale e di quella privata. Si deve inoltre puntare a una progressiva riduzione dell'incidenza della spesa *out of pocket* (spesa a diretto carico del paziente) per allineare anch'essa alla media dell'Unione europea (circa 22% vs 15%).

L'impatto economico complessivo delle azioni previste è stato stimato sulla base di due prospettive di seguito descritte:

I. [Impatto delle azioni sulla spesa corrente del Servizio Sanitario Nazionale](#)

Nella realizzazione di questa analisi non è stata considerata la spesa per investimenti. La Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), infatti, stanziava 15 miliardi di euro per spese di investimento in due componenti: la prima riguardante ricerca e digitalizzazione e la seconda, invece, la medicina di prossimità. Molte delle azioni inserite in questa proposta si riferiscono, infatti, al potenziamento dei servizi territoriali e ad un miglior utilizzo dei dati per la programmazione. Da un punto di vista metodologico, è stato valutato l'attuale impegno di spesa sulle linee di azione previste dagli interventi di questo programma. I valori sono stati desunti dai Modelli CE (2020) e dai Modelli LA (2019) delle regioni italiane, resi disponibili da un monitoraggio realizzato da Agenas (Monitoraggio e valutazione della spesa – Agenas).

Globalmente, le azioni restituiscono un incremento di spesa pari a 7,9 miliardi di euro nel 2023, che si riducono a 6,5 miliardi di euro nel 2026, per effetto dei benefici finanziari derivanti dall'entrata a regime di alcuni interventi (es. potenziamento assistenza domiciliare) che si prevede porteranno ad una ottimizzazione della spesa.

II. [Finanziamento della spesa aggiuntiva](#)

Per rendere sostenibile l'incremento nelle spese correnti è necessario prevedere, nei prossimi 5 anni, un maggiore impegno dell'esecutivo nel fronteggiare le spese crescenti, in attesa che i diversi interventi (compresi quelli previsti dal PNRR) possano esprimere i loro benefici in termini di riduzione di spesa complessiva. L'ipotesi

percorsa è quella di recuperare l'attuale gap tra la quota investita per la salute pubblica, in percentuale di PIL (8,1%), dai principali paesi del continente europeo (Francia, Germania, Spagna, UK e Italia) e l'attuale impegno dell'Italia (6,41% nel 2019; 7,2% nel 2021). Il gap, ad oggi, vale circa 33,2 miliardi di euro e tale ipotesi implicherebbe, dunque, una crescita del finanziamento nell'ordine dei 6,5 miliardi/anno in media per 5 anni (2022-2026). Al fine di compensare le spese sanitarie non coperte dai fondi pubblici, è stato stimato l'impatto di una politica che incentivi il ricorso a coperture assicurative integrative, migliorando il profilo di deducibilità fiscale di tali polizze. Un investimento aggiuntivo per il bilancio dello Stato pari a 930 milioni (nel 2023), per crescere sino a 1,2 miliardi di euro nel 2026, potrebbe ridurre la spesa out-of-pocket in maniera sensibile (fino al 50%).

Azioni urgenti

- a. **Ridefinizione della disciplina di competenza di Stato (analisi di dati e bisogni, valutazione delle tecnologie sanitarie, indirizzo e coordinamento delle Regioni e Provincia Autonome (PA)) e di Regioni/PA (gestione ed erogazione dei servizi)**, con riferimento e oltre alle materie di cui all' Art. 117, Parte II, Titolo V della Costituzione Italiana.
- b. **Finanziamento del SSN non inferiore alla media del finanziamento dei Sistemi Sanitari dell'UE**, da intendersi in termini di entità complessiva (rispetto al PIL), ovvero importo totale risultante dalla somma della spesa derivante dal Fondo Sanitario Nazionale e di quella privata.
- c. **Progressiva riduzione dell'incidenza della spesa out of pocket** (spesa a diretto carico del paziente) in linea con la media dell'Unione Europea (circa 22% vs 15%).
- d. **Previsione di una quota non inferiore al 3% del Fondo Sanitario Nazionale destinata alle attività di Ricerca.**

2. Ridefinizione degli obiettivi di salute nazionali e regionali e conseguente revisione del sistema dei LEA, dei LEP e degli standard ospedalieri ex DM 70/2015 con gestione attiva delle liste di attesa.

In merito alle liste di attesa e alla loro riduzione, vi sono evidenze che dimostrano come vi sia un rapporto tra investimento in strutture e riduzione delle liste di attesa.

Non è possibile definire un quadro generale a cui fare riferimento. In diverse aree specialistiche si riscontrano liste di attesa ma anche una sottoutilizzazione di risorse del settore privato o del terzo settore che potrebbero maggiormente contribuire all'interno di una progettazione co-partecipata e finalizzata non solo alla riduzione dei tempi di attesa. Peraltro, l'affidamento alle strutture pubbliche con incentivazioni monetarie al personale si è spesso risolto in una risposta temporanea e con capace di reggere sul lungo periodo.

Inoltre, è noto che esiste nelle liste di attesa una forte quota di inappropriata che dovrebbe essere risolta con adeguate soluzioni organizzative professionali all'interno di percorsi di rete (cardiologia, oncologia). In questa direzione non tutte le attese hanno uguale significato e **solo una gestione competente da parte di reti cliniche può consentire di ricondurre le liste di attesa a livelli tollerabili e a una gestione sotto controllo**. Inoltre, è necessario che **ci siano indicazioni per una innovazione dei sistemi di prenotazione, informatizzazione e comunicazione che coinvolga la Medicina Generale, che spesso non si sente partecipe ma solo controllata dal sistema attuale, le strutture pubbliche e del terzo settore che operano nei territori**.

È necessario applicare tutte quelle soluzioni a livello regionale e locale ormai ampiamente descritte dalla letteratura internazionale, promuovendo lo sviluppo della telemedicina, la dematerializzazione delle prescrizioni, controllando l'inappropriata prescrittiva, migliorando la presa in carico dello specialista.

È inoltre opportuno promuovere indagini per valutare se i tempi di attesa diventano reali ritardi diagnostici che portano a un peggioramento della prognosi, intervenendo di conseguenza nelle specialità più a rischio.

Azioni urgenti

- a. **Implementare telemedicina nelle Case e Ospedali di Comunità** (teleconsulto MMG medico specialista).
- b. **Controlli e audit su prescrizioni inappropriate** (basarsi su Progetto Choosing Wisely).
- c. **Presa in carico diretta dello specialista**.
- d. **Analisi dei processi produttivi e logistica** per renderli più agili (analisi lean dei processi).
- e. **Dematerializzazione prescrizioni** (accessibilità e usabilità applicativi).
- f. **Potenziare la diagnostica di primo livello** nelle strutture territoriali e la consulenza specialistica.

B. Azioni organizzative

3. **Varo di un piano straordinario di assunzioni per il personale sanitario e offerta di adeguate motivazioni agli operatori sanitari garantendo un maggiore livello di professionalità, prospettive di carriera chiare e un migliore equilibrio tra vita lavorativa e privata.**

L'Italia ha un numero di medici poco superiore alla media UE (397 per 100mila abitanti). Il numero di medici praticanti è cresciuto costantemente dagli anni 2000, raggiungendo 412 per 100.000 abitanti nel 2021. **Tuttavia, il numero di medici generici e ospedalieri sta**

rapidamente riducendosi in considerazione che più della metà dei medici che lavorano nel sistema pubblico ha oltre 55 anni e non c'è stata alcuna programmazione del ricambio generazionale. Si stima che mancheranno entro il 2025 circa 20.500 medici se non si interverrà immediatamente.

La situazione degli infermieri è ancora più grave. La densità di infermieri per 100.000 abitanti rispetto alla media UE (pari a 835) è tra le più basse negli Stati membri dell'UE risultando 626 per 100.000 nel 2021.

Emergono evidenti criticità anche per i medici specialisti (in particolare per medicina emergenza-urgenza, pediatra, chirurgia generale, anestesia e rianimazione, radiologia, medicina interna) e per la medicina generale.

È pertanto urgente mappare le necessità di personale per ogni regione e varare un piano straordinario di assunzioni che superi gli attuali vincoli della normativa concorsuale.

Da considerare inoltre la possibilità, con tutte le necessarie cautele e protezioni, l'assunzione negli organici di Medici specialisti in Formazione sin dal primo anno garantendo un preciso percorso formativo in alcune aree cliniche e avendo un tutor di riferimento.

Il problema della gestione dell'Emergenza-Urgenza in Italia è ogni giorno drammaticamente sotto gli occhi di tutti e impone di varare un piano straordinario di assunzioni. La mancata programmazione dei pensionamenti ha creato, in particolare in alcune aree, evidenti carenze di professionisti. È necessario in grave carenza di personale fare delle scelte e collocarlo nelle zone in cui la domanda di bisogno di salute è maggiormente in crisi rispetto all'offerta di operatori sanitari. Particolare attenzione dovrà essere posta ai carichi di lavoro per non creare situazioni di stress lavorativo che si ripercuoterebbero sulla sicurezza delle cure e sulla vita sociale.

È necessario uniformare i modelli organizzativi nell'ambito dell'emergenza/urgenza sulla base delle esperienze più valide e consolidate di gestione, definendo standard omogenei organizzativi, tecnologici, formativi sulla base delle evidenze scientifiche e sperimentando possibili soluzioni operative qualora queste non siano disponibili.

Dal punto di vista della sicurezza delle cure il Pronto Soccorso dovrebbe essere considerato una struttura "ultra adattiva" in cui chi vi opera deve essere consapevole che il lavoro che svolge, come quello di altre professioni di salvataggio (vigili del fuoco, corpi speciali), non sempre permette di anticipare il rischio o gestirlo applicando delle procedure predefinite ma rende necessario spesso attuare strategie di adattamento e recupero. La gestione e il potere in questa struttura è fortemente legato all'esperienza dei professionisti e chi vi opera deve essere consapevole dei suoi limiti (Amalberti, Vincent 2016).

In uno specifico documento del Terzo Polo, realizzato da un gruppo di esperti nazionale di operatori dell'emergenza-urgenza, sono riportati i punti più rilevanti per la riorganizzazione del sistema.

Di seguito alcune misure urgenti per incrementare il reclutamento e ridurre la fuga di medici dal pronto soccorso.

Azioni urgenti

- a. È urgente mappare le necessità di personale per ogni Regione e varare un piano straordinario di assunzioni che superi gli attuali vincoli della normativa concorsuale per accelerare la acquisizione di personale.
- b. Misure urgenti per incrementare il reclutamento e ridurre la fuga dei medici di Pronto Soccorso:
 - i. Attribuzione di un'indennità specifica con un fondo dedicato a chi opera in Pronto soccorso (senza intaccare altri fondi contrattuali);
 - ii. Incremento dell'indennità turni notturni e festivi;
 - iii. Riconoscimento del lavoro usurante;
 - iv. Possibilità di esonero dalle notti dopo una certa età;
 - v. Attribuzione di un numero di giorni di ferie aggiuntivo (come radiologi e anestesisti);
 - vi. Medici specialisti in Formazione possono essere assunti negli organici sin dal 1° anno, ma garantendo un preciso percorso formativo concordato con l'Università in alcune aree cliniche e avendo un tutor di riferimento.

4. Riorganizzazione e regolamentazione del rapporto tra pubblico e privato e costituzione di un'Agenzia Europea per le emergenze di salute pubblica.

Il rapporto tra pubblico e privato accreditato, sia in termini di finanziamento che di funzionamento, appare spesso condizionato da pregiudizi ideologici e distorsioni operative che pregiudicano l'ottimale programmazione, organizzazione e gestione dei SSR che perseguono strade sempre diverse, talvolta opposte, in termini di coinvolgimento e valorizzazione delle risorse private.

In un'ottica di centralità di un SSN pubblico, che garantisca una copertura universale, finanziato dalla tassazione generale e gratuito, o quasi, al momento dell'uso, e della necessità di un'adeguata valorizzazione delle risorse logistiche, tecnologiche, professionali e intellettuali del settore privato, è necessaria un'adeguata integrazione in una

collaborazione aperta, trasparente, coordinata e responsabile. Si tratta dunque di una collaborazione non limitata al settore di erogazione dei servizi sanitari ma estesa anche al settore delle tecnologie sanitarie ed a quello della formazione. Un'integrazione del privato accreditato nei percorsi di formazione universitaria, per esempio, permetterebbe di incrementare la capacità formativa delle università, rispettando gli standard minimi quantitativi previsti per studente.

I sistemi sanitari regionali hanno una diversa presenza di convenzioni sanitarie con istituti, cliniche e università per prestazioni professionali e servizi. Oggi abbiamo una committenza pubblica costituita dalle istituzioni che definiscono standard per i servizi pubblici (ospedali, servizi territoriali ecc.) e acquistano prestazioni da istituzioni (per esempio da cliniche o da università) ovvero beni e servizi (tra cui personale per esempio come interinali). La convenzione con i MMG è privata e contrattata nazionalmente. I rapporti con il terzo settore sono in prevalenza di tipo finanziario -amministrativo. **È necessario che tutte queste funzioni siano riportate al sistema di governo del sistema sanitario nazionale, nelle sue diverse articolazioni regionali, al fine di ricondurre tutti rapporti agli obiettivi e alle funzioni previste dal SSN.** La presenza del privato sociale e di quello *profit* è indispensabile in molte delle aree di attività, ma deve essere reinserita nell'ambito degli obiettivi da garantire da parte del SSN e non essere esclusivamente un capitolo di spesa per il servizio pubblico.

Iniziative immediate devono essere assunte sul tema del lavoro. **È necessario riunificare i rapporti di lavoro a livello nazionale evitando le forti disparità regionali e riportare a unità le modalità di prestazioni professionali.** Questa azione deve coinvolgere anche il terzo settore e la sanità privata con l'obiettivo di omogeneizzare a livello nazionale il lavoro sia come profili professionali che come contratti. A questo fine è necessario ridefinire le esigenze occupazionali per le realtà locali partendo da una riorganizzazione delle competenze e dell'offerta multidisciplinare di competenze superando steccati corporativi che si sono accumulati in questi anni.

La struttura dei servizi avrà un contratto unico nazionale per il sistema sanitario nazionale che preveda obiettivi, diritti e doveri. Questo necessita il superamento di una contrattualistica nazionale che non permette valutazioni della competenza professionale e promuove scelte locali che consentano di adeguare il lavoro richiesto alla scelta di competenze tecnico-professionali. Vi è insomma maggiore necessità che **la scelta del personale e la sua valutazione siano funzionali agli obiettivi locali e meno gestite burocraticamente** (quando non politicamente). Questa gestione deve essere del SSN e delle sue articolazioni regionali ed essere comprensiva di tutte le attività che possano coinvolgere il privato (con convenzioni) o non pubbliche (come università o istituti fondazioni) che dovranno sempre essere finalizzate agli obiettivi di salute del sistema e non pura acquisizione di prestazioni e servizi o non di interesse per il SSN.

Il rafforzamento e l'integrazione degli organi tecnici non può limitarsi a livello nazionale, ma deve estendersi e soprattutto coordinarsi efficacemente anche a livello europeo, affinché,

in un mondo globalizzato e caratterizzato da stretta interdipendenza reciproca, azioni sinergiche possano far fronte a fenomeni emergenziali. L'Autorità europea per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie (HERA), promossa nel settembre 2021 dalla Commissione europea, rappresenta un iniziale, apprezzabile ma ancora non sufficiente tentativo di fornire miglior risposta al problema. **È necessario, infatti, prevedere un'Agenzia fornita non solo di prerogative di indirizzo e controllo, ma anche di effettivi potere di intervento che siano, quando necessario, sostitutivi degli interventi nazionali in caso di inadempienze nell'ambito delle gestioni emergenziali.** Una cabina di regia, dunque, di intervento sanitario rapido e di protezione civile dell'Unione europea, dotata di un proprio budget e di potere decisionale operativo svincolato dal veto di un singolo Stato, che possa agire in tempi adeguatamente rapidi, con misure coerenti e coordinate, con capacità di raccolta di dati omogenei, con personale professionalmente formato e costantemente aggiornato e con una capacità produttiva - propria o di approvvigionamento - di collaudati macchinari e dispositivi di protezione, di vaccini e di farmaci specifici, con relativo appropriato quadro contrattuale per loro acquisizione.

Azioni urgenti

- a. **Potenziamento delle agenzie sanitarie regionali** incrementando anche le competenze per l'accreditamento, la programmazione e il monitoraggio delle attività del privato accreditato.
 - b. **Definizione di una normativa omogenea e gestione trasparente del rapporto tra pubblico e privato accreditato** su tutto il territorio nazionale.
 - c. **Integrazione del privato accreditato nei percorsi di formazione universitaria** dei medici e degli altri professionisti dell'ambito sanitario.
 - d. **Costituzione dell'Agenzia Europea per le emergenze di salute pubblica.**
- 5. Riordino delle aziende ospedaliero-universitarie e IRCSS ridisegnando i rapporti tra ricerca, didattica e clinica investendo in ricerca almeno il 3% del fondo sanitario nazionale, con particolare attenzione alla ricerca applicata e al miglioramento del sistema con l'introduzione della "value based medicine".**

Negli ultimi 20 anni l'attenzione riservata alla formazione e alla gestione delle risorse umane nel SSN è stata lacunosa sotto tutti i punti di vista: risorse, organizzazione e gestione sono state insufficienti e, in molte regioni, catastrofiche. In Italia i sistemi di formazione avanzata e di quella permanente e continua sono del tutto inadeguati alle sfide dell'innovazione e della complessità. Il PNRR inserisce meritoriamente questa voce come prioritaria e ne prevede un iniziale finanziamento per quanto riguarda la formazione in ambito di Medicina Generale, specialistica, di igiene ospedaliera e di gestione operativa, ma il personale del sistema sanitario nazionale, sia nella componente pubblica sia in quella privata, necessita di una visione sistemica attualmente assente.

Le Aziende Ospedaliero-Universitarie/Policlinici Universitari dovrebbero essere sganciate dal SSN, riconoscendo loro funzioni di ospedali di insegnamento e centri di ricerca, perché diversa è la loro missione, ovvero Istituti di Ricovero e Cura a carattere Didattico e Scientifico (IRCCS), dipendenti dal Ministero dell'Università e della Ricerca e dagli Atenei. L'attuale dipendenza delle Aziende Ospedaliero-Universitarie dal Sistema Sanitario Regionale, infatti, implica che il personale universitario deve rispondere a due datori di lavoro, Università e Regione, che hanno obiettivi diversi e a volte confliggenti, così progressivamente danneggiando i Dipartimenti/Facoltà mediche anche per la progressiva sostituzione del personale universitario con personale ospedaliero assunto mediante contratto regionale, e nei Policlinici Universitari, nonostante la contraria normativa.

Al fine di implementare le competenze manageriali diffuse, ma, al tempo stesso, tener conto di chi, nell'ambito del personale impegnato nel SSN presenta altro tipo di attitudine, si dovrebbe [rafforzare la diversificazione delle carriere non solo mediche, ma di tutto il personale del comparto, permettendo di scegliere tra percorsi di tipo gestionale e sviluppi tecnico-professionali](#). Inoltre, una più rapida progressione di carriera in campo medico con una remunerazione adeguata all'impegno lavorativo, e soprattutto alle responsabilità, andrebbe presa in considerazione così da rendere più appetibile la professione e la carriera medica in Italia. Questo riuscirebbe anche ad arginare e invertire la tendenza del fenomeno dell'emigrazione di medici verso altri paesi europei (medici già formati a spese del Paese, che però preferiscono migrare all'estero lasciando un vuoto nel sistema). Non ultimo, stante il volume imponente del contenzioso medico-legale odierno in Italia, specialmente per discipline chirurgiche, si rende necessaria una riforma volta ad [arginare il fenomeno della medicina difensiva e che permetta allo stesso tempo una vera tutela del professionista](#). Da ultimo, occorre implementare la tutela della sicurezza degli operatori sanitari, sia in relazione a rischi connaturati all'attività che in relazione al rapporto con l'utenza (oggi disciplinata dalla sola Legge n.113, 14 agosto 2020).

La telemedicina e le tecnologie digitali rappresentano il futuro del SSN. Il PNRR offre molti fondi destinati alla loro implementazione. Tuttavia, tale opportunità potrà essere realmente colta solo se, parallelamente alla disponibilità di tecnologie, si punterà sulla formazione del personale e sulla revisione dei processi di cura ed assistenza. Pertanto, la previsione del PNRR di inserire solo un numero limitato di operatori "addetti ai lavori" nel piano di formazione appare riduttiva, quando invece sarebbe necessaria una formazione capillare e diffusa che sia estesa ad un ampio numero di professionisti sanitari. Inoltre, è necessario includere in tale processo formativo anche i cittadini/pazienti. Fondamentale è infatti il contributo che le tecnologie digitali possono dare all'autocura, ad esempio, delle malattie croniche e alla prevenzione in individui sani.

La pandemia ci ha drammaticamente insegnato che senza ricerca non c'è futuro né speranza. Ma la ricerca è attualmente la cenerentola sia negli investimenti ma anche nella valorizzazione del lavoro quotidiano dei professionisti. Non sono mai state date indicazioni alle regioni per la valutazione e valorizzazione della ricerca. Tutto rimane nella sensibilità

dei vari direttori generali delle aziende sanitarie o ospedaliere che non sempre ne percepiscono il valore, ma più spesso, pressati da obiettivi regionali che non ne tengono affatto conto, tendono a soprassedere. I pazienti che entrano in sperimentazioni cliniche ottengono le migliori e più avanzate cure, senza gravare sulla sanità pubblica. I medici e i professionisti che partecipano alla ricerca clinica migliorano le loro conoscenze. Ci sono studi che forniscono evidenze che l'innovazione è un elemento di motivazione del personale sanitario. Dalla ricerca partono anche iniziative imprenditoriali (brevetti, spinoff e startup) che sviluppano l'economia e l'occupazione regionale. È necessario che la ricerca non sia qualcosa di casuale ed isolato nel sistema ma che venga integrata e valorizzata.

È per questo necessario destinare una quota non inferiore al 3% del Fondo Sanitario Nazionale alla ricerca, riaffermando il principio che l'attività di ricerca è parte integrante e fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale, motore virtuoso di sviluppo del Paese, voce di investimento utile al tessuto sociale e al miglioramento della qualità di tutte le strutture di ricovero e cura. Per raggiungere tali obiettivi è necessario lanciare un messaggio politico forte ed innovativo: un cambio di paradigma che porti a considerare il finanziamento del SSN non un costo ma un investimento. Come ogni investimento deve esserci un ritorno: in primo luogo, in termini di qualità e di aspettativa di vita per le persone e, in secondo luogo, come ricaduta anche di carattere economico, poiché una popolazione in salute è più produttiva e necessita di minore assistenza. In questa fase, dopo la robusta iniezione di risorse umane che è stata realizzata grazie ai fondi speciali destinati alla pandemia sarebbe anche opportuno che il futuro personale sanitario da assumere nelle aziende universitarie-ospedaliere sia valutato anche in base alla personale vocazione e propensione alla ricerca.

Il ritorno di qualità degli investimenti in sanità potrà essere ottenuto utilizzando sistemi di valutazione 'value based' e i 'safety score'.

Azioni urgenti

- a. **Creazione di un sistema di formazione e gestione delle risorse umane orientato a premiare il merito e ad incentivare l'innovazione:**
 - i. Rafforzamento della diversificazione delle carriere non solo mediche, ma di tutto il personale del comparto, con possibilità di scelta e formazione tra percorsi di tipo gestionale e sviluppi tecnico-professionali, con una più rapida ascesa di carriera in campo medico e una remunerazione adeguata al carico di lavoro e soprattutto alle responsabilità;
 - ii. Programmazione, formazione, organizzazione e gestione del personale del SSN con un quadro legislativo e finanziario coerente e incentrato sulla qualità e sul merito;
 - iii. Accelerazione alla copertura e al ringiovanimento degli organici tramite un programma straordinario di assunzioni: finanziamento di un numero

programmato e costante di borse di specializzazione mediche, assunzione di un numero di specialisti adeguato alle esigenze;

- iv. Miglioramento delle retribuzioni e delle condizioni di lavoro del personale sanitario, ivi inclusa la sua sicurezza, che lo allinei alle migliori esperienze comunitarie;
- v. Rivisitazione e riconoscimento delle funzioni e delle relative peculiarità delle Aziende Ospedaliero-Universitarie/Policlinici Universitari come ospedali di insegnamento e centri di ricerca, da intendersi come Istituti di Ricovero e Cura a carattere Didattico e Scientifico (IRCCS), dipendenti dal Ministero dell'Università e della Ricerca e dagli Atenei.
- b. **Scelta dell'alta dirigenza in funzione delle loro capacità e delle esperienze**, con una maggiore gestione trasparente dell'Albo Nazionale dei Direttori Generali. Risulta inoltre necessario varare un piano coordinato di formazione manageriale anche per i dirigenti "non medici" intermedi e di linea.
- c. **Formazione capillare e diffusa alla telemedicina e alle tecnologie digitali**, estesa ad un numero adeguato di professionisti sanitari, oltre all'inclusione in tale processo formativo di cittadini/pazienti.

6. Istituzione di una Agenzia Nazionale di Sanità Pubblica (ANSP) con status di organo unitario tecnico-scientifico, strutturato a livello nazionale ma con articolazioni regionali, con dipartimenti per aree e servizi, anche per rilanciare il Piano Nazionale per la Prevenzione

Il raccordo tra i livelli di *governance* centrale, regionale, aziendale necessita di un rafforzamento per realizzare in modo ordinato la devoluzione del sistema. **Al fine di garantire una maggiore trasparenza ed omogeneità delle procedure, nonché implementare meccanismi di razionalizzazione della spesa attraverso un'economia di scala, si potrebbe estendere a tutte le regioni un modello organizzativo simile che prevede l'istituzione di articolazioni regionali con funzioni di supporto per la regione e per tutte le altre aziende sanitarie ed ospedaliere presenti nelle varie regioni italiane.**

Le sue funzioni, ad esempio, dovrebbero prevedere acquisti centralizzati, procedure di selezione del personale sanitario, supporto tecnico alla formazione in ambito manageriale e di rischio clinico di valenza regionale, procedure di accreditamento ECM (Educazione Continua in Medicina), autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie per mezzo delle funzioni di organismo tecnicamente accreditante, supporto al modello assicurativo del sistema sanitario regionale, strutturazione di infrastrutture digitali che garantiscano flussi dati standardizzati e sistemi informativi interoperabili. In tal modo, le aziende sanitarie ed ospedaliere, liberate da questi compiti di supporto, potrebbero focalizzarsi su un'azione più tempestiva ed efficace di erogazione delle prestazioni sanitarie rivolte ai pazienti.

Oggi è cresciuto il ruolo delle regioni che in qualità di organi programmatori sono decisori dell'allocazione delle risorse per la gestione. Questa funzione porta a decisioni talvolta assunte con poca conoscenza del territorio e scarsa interazione con la popolazione. In questo quadro è preferibile ridurre il peso della burocrazia gestionale aziendale e promuovere la partecipazione del personale professionale delle altre realtà locali (comuni, città metropolitane, aree) per una rispondenza maggiore a obiettivi di salute delle singole realtà locale. In questa ottica va potenziata la struttura informativa, la conoscenza epidemiologica, la partecipazione dei cittadini e la comunicazione a livello locale in merito alle scelte e alla valutazione dei servizi. La struttura centrale nazionale di valutazione del SSN va potenziata e messa in relazione con le singole realtà regionali. La struttura valutativa deve essere terza, non espressione delle strutture e ad alta competenza tecnico scientifica per poter interagire a livello di ricerca & sviluppo e con le reti assistenziali e cliniche operanti nelle diverse realtà.

Il sistema sanitario nazionale dovrebbe essere identificato come un'istituzione di livello nazionale, una struttura tecnico professionale che unifica e attua tutte le attività in campo sanitario e si rapporta con il sistema di welfare per gli aspetti di competenza. Il SSN è nazionale ma ha una articolazione regionale, attua gli indirizzi politici, utilizzando il supporto dell'Agenzia nazionale di sanità pubblica.

Tutte le agenzie e istituti di governo esistenti a livello nazionale e regionale devono essere riorganizzati per evitare duplicazioni e conflitti di competenza. La struttura tecnica deve ricostruire una unità di indirizzo da articolare a livello di ogni regione anche prevedendo convenzioni con università e altri centri di ricerca secondo linee unitarie.

Sin dalla nascita del SSN, la sottovalutazione degli aspetti legati alla prevenzione, sia in termini di finanziamento che di gestione, ha comportato una situazione di insostenibilità, con una crescita di patologie prevenibili difficilmente arrestabile e destinata a travolgerlo. Appaiono, dunque, indifferibili riforme della prevenzione, unite al disegno di un sistema nazionale di *preparedness* per evitare future pandemie e grandi emergenze sanitarie, in una nuova epoca in cui eventi catastrofici legati al cambiamento climatico e agli effetti negativi della globalizzazione saranno all'ordine del giorno.

Le tante morti bianche che affliggono attualmente il nostro Paese impongono inoltre di attuare strategie più efficaci per affrontare il problema della sicurezza sul lavoro. Ad oggi ad occuparsi di sicurezza sul lavoro sono vari organismi che fanno capo al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e al Ministero della Salute. Questa suddivisione di funzioni e competenze tra organismi statali (Ispettorato del lavoro, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, INPS e INAIL) e regionali (aziende sanitarie locali e agenzie regionali per la protezione ambientale), senza un organismo che operi una funzione di coordinamento e congiunzione ha indebolito l'efficacia delle attività di prevenzione sui luoghi di lavoro. Inoltre, ad oggi rimane irrisolto l'evidente conflitto di interesse dato dal mantenimento all'interno delle ASL delle attività di vigilanza e controllo con funzioni ispettive di polizia giudiziaria nei confronti degli organi dell'ASL stessa. Si dovrebbe istituire, partendo da modelli esistenti in altri paesi (ad esempio in Regno Unito con la *Health and Safety Executive*

- HSE, o in USA con la *Occupational Safety and Health Administration* - OSHA), un'Agenzia Regionale per la Sicurezza e Prevenzione nei luoghi di lavoro, che operi da fulcro nello svolgimento delle varie attività di controllo e vigilanza e abbia funzione di coordinamento e congiunzione fra gli organismi statali e quelli territoriali.

Al di fuori dell'emergenza, e dunque in regime ordinario, è necessario prevedere una più adeguata competenza sovrastatale in materia di Sanità pubblica (Titolo XIV della Parte III del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea-TFUE), raccordata con le competenze degli Stati membri e senza duplicazione di spesa. In questo modo potrà essere utilizzato lo strumento formale

disposizione dagli artt. 326 ss. del TFUE stesso, per proporre e attivare una «cooperazione rafforzata» fra almeno nove Stati membri dell'UE (con prospettiva di aumento) per sottoporre l'intera disposizione di cui all'art. 168 TFUE («Sanità pubblica») alla competenza concorrente Stati membri- UE, sottraendola all'attuale modesta capacità di intervento dell'Unione, limitata a completare, incoraggiare e favorire le attività statuali in materia.

L'approccio *One Health* dovrebbe permeare l'azione di governo in tema di salute e sicurezza per dare risposte adeguate alle tante emergenze che assediano il pianeta. Processi e meccanismi di integrazione degli ambiti riguardanti salute, ambiente, agricoltura ed altri settori strategici possono conferire efficacia alle azioni di prevenzione, rendendo necessari coordinamenti tra ministeri, istituti e agenzie tecnico-scientifiche che, pur afferendo a comparti diversi, dovranno agire in maniera sinergica.

Azioni urgenti

- a. **Istituzione dell'Agenzia Nazionale di Sanità Pubblica (ANSP), con funzioni operative a supporto del sistema sanitario nazionale secondo il modello adottato da molti stati Europei.** Quest'agenzia può essere l'organo unitario tecnico-scientifico che è strutturato a livello nazionale, ma con articolazioni regionali, con dipartimenti per aree e servizi (per esempio prevenzione, rischio clinico, governo, sistema informativo).
- b. **Rafforzamento degli Enti tecnici dello Stato** (Istituto Superiore di Sanità - ISS, Agenzia nazionale per i sanitari regionali - Agenas, Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA) per la tutela della salute dei cittadini, in tutte le Regioni.
- c. **Creazione di un'Agenzia Nazionale di Health Technology Assesment (HTA)** che si occupi di valutare l'impatto delle nuove tecnologie al fine di innovare l'SSN, senza minare la sostenibilità, rendendolo più efficiente e accessibile.
- d. **Istituzione di un Ente Regionale unico** per il monitoraggio Statale della Regione/PA e supporto operativo agli erogatori presenti sul territorio regionale;
- e. **Rafforzamento del sistema di valutazione degli esiti sanitari e sociali** (che integri il Nuovo Sistema di Garanzia per i LEA).

- f. **Istituzione di meccanismi di premialità** per le Regioni/PA che raggiungono obiettivi di salute (sanitari e sociali) programmati a livello centrale.

C. Azioni gestionali

7. **Monitoraggio dell'applicazione del DM 77/2022 con correzioni delle eventuali criticità emergenti per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione attiva tra servizi sanitari e sociali.**

Il settore sanitario e quello sociale appaiono, attualmente, profondamente divisi dal punto di vista del finanziamento e del funzionamento, con grave compromissione della visione unitaria della persona e delle sue esigenze assistenziali e con ampia scopertura della domanda di servizi integrati.

La differenza di titolarità tra riferimento sanitario, Regione, e riferimento sociale, Comune, con canali spesso non comunicanti e, talvolta, in contrapposizione tra loro compromette la gestione integrata dei bisogni assistenziali e della rete di offerta di servizi necessari per soddisfare la domanda dei cittadini.

Strutturalmente, è necessario integrare vari setting assistenziali nella risposta sanitaria e sociale ai bisogni di salute dei cittadini, specialmente popolazioni fragili, coinvolgendo specialisti di varie discipline, in particolare geriatri, di concerto con i Medici di Medicina Generale. Inoltre, le cure domiciliari e la residenzialità dovrebbero ricollocarsi costitutivamente all'interno del sistema salute, sotto la *governance* del SSN, e non essere relegati completamente alle autonomie non omogeneamente disciplinate del settore privato.

Le attività dei consultori familiari devono essere potenziate (prevedendo la figura dell'ostetrica di comunità) e integrate con le case di comunità.

Le RSA dovranno innovarsi e strutturarsi maggiormente con alcuni nuclei protetti a valenza sanitaria, incrementando la loro capacità professionale medico-sanitaria, dotandosi di tutti quegli strumenti e apparecchiature medicali volte ad agevolare il lavoro degli operatori, quali attrezzature diagnostiche (ecografia, point of care, monitoraggio multiparametrico etc.) impianti di erogazione di gas medicali, sollevatori, nonché di dispositivi tecnologici e telematici di monitoraggio e diagnosi di ultima generazione in grado di trasmettere dati ed immagini alle strutture sanitarie ospedaliere per tele-visite e tele-consulenze.

Sarebbe altresì opportuna una supervisione da parte di medici geriatrici che coordinino i medici generali che operano in queste strutture favorendo il lavoro di squadra. Dovranno essere introdotti degli indicatori di processo ed esito per misurare la qualità e sicurezza delle cure. Le RSA nella nuova normalità dovrebbero disporre di una piattaforma di base per un servizio di assistenza domiciliare sul territorio circostante, avvalendosi di tutti i servizi sanitari e assistenziali (medici, infermieri, fisioterapisti, operatori sanitari, tele-consulento, tele-diagnostica) anche a domicilio agli anziani del territorio che ne dovessero fare richiesta.

È necessaria una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova la prevenzione e promozione della salute e garantisca la continuità delle cure, utilizzando una classificazione della popolazione in base al rischio, ai percorsi di presa in cura dei pazienti con malattie croniche.

Urge una revisione della Medicina Generale costruendo un sistema basato sulle Case di Comunità, che siano anche proiettate all'esterno, e con personale presente con un medesimo sistema di continuità assistenziale e trattamento economico dei medici ospedalieri.

Occorre poi conferire maggiore libertà alla figura del Medico di Medicina Generale, che risulta centrale nel sistema della medicina territoriale, incentivando le aggregazioni professionali, al momento presenti a macchia di leopardo sul territorio nazionale. Nel loro ambito potrebbero emergere MMG con attitudini gestionali ed altri con attitudini strettamente professionali, riproponendo, anche a livello territoriale, un modello organizzativo che sia in grado di rispondere alle diverse necessità di gestione. Risulta prioritaria, inoltre, la rivisitazione dei percorsi formativi per i MMG, non potendo ritenere adeguati quelli attuali, privi di criteri standard e di adeguati controlli qualitativi.

Azioni urgenti

- a. **Unificazione, rafforzamento e integrazione della rete di servizi sociali e sanitari** tramite una riforma del sistema che preveda un'unica catena di comando.
- b. **Creazione di un sistema informativo integrato:**
 - i. Parallelamente ai Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, elaborazione di un elenco analogo di Livelli Essenziali di Assistenza sociale esigibili dai cittadini indipendentemente dal luogo di residenza;
 - ii. Creazione di un sistema integrato di dati sanitari, economici, demografici e finanziari rifacendosi ad esperienze analoghe già presenti sul territorio nazionale.
- c. **Adeguamento strutturale, finanziario e gestionale, in modo integrato, di tutti e tre i pilastri con una visione sistemica al momento mancante.** In particolare, si rende necessario dare piena attuazione a quanto previsto dal DM 70/2015 relativo all'assistenza ospedaliera ed al neo emanato DM 71/2022 relativo all'assistenza territoriale.
- d. **Realizzazione di un piano straordinario di ammodernamento strutturale e tecnologico per strutture sanitarie funzionali e sicure:** incrementare le risorse destinate all'edilizia sanitaria e prevedere modalità di investimento rapido, efficace e trasparente.
- e. **Rafforzamento degli enti tecnici-strutturali centrali:**
 - i. Riorganizzazione dell'assistenza territoriale con attività di prevenzione e promozione della salute e di garanzia della continuità delle cure;

- ii. Rivisitazione dei rapporti tra Stato e Regioni, riconoscendo allo Stato la possibilità di intervenire nel caso in cui le Regioni non garantiscano l'erogazione dei LEA ai propri cittadini;

f. **Potenziamento della Medicina Generale:**

- i. Revisione del corso di formazione in Medicina Generale, equiparandolo agli altri percorsi specialistici universitari, valorizzando la formazione ospedaliera ed ampliando la rete formativa attraverso l'integrazione nel sistema di formazione delle nuove Case della Salute;
- ii. Incentivazione delle aggregazioni professionali;
- iii. Riforma dei modelli organizzativi della Medicina Generale.

g. **Investimenti sull'assistenza residenziale e domiciliare per la popolazione fragile, anziani, non autosufficienti o con disabilità e sui nuovi modelli di Farmacie di comunità.**

h. **Incremento degli incentivi fiscali per le farmacie rurali.**

8. Attivazione di un Piano Nazionale per la Formazione alla Leadership e al Management per la dirigenza del SSN in collaborazione con le scuole italiane di sanità pubblica e gestione dell'Albo Nazionale dei Direttori Generali con maggior trasparenza e miglior valutazione delle competenze.

Il successo di un'organizzazione complessa come una azienda sanitaria, si raggiunge attraverso la coesione e il lavoro interconnesso di più persone. Non c'è una scelta giusta senza un processo decisionale di successo. La *leadership* ha lo scopo di far convergere in maniera mirata le competenze di ciascun operatore, conciliando gli obiettivi individuali con il perseguimento del bene comune. Per questo è necessario scegliere i dirigenti in funzione delle loro capacità ed esperienze e a tal fine è necessario gestire l'Albo Nazionale dei Direttori Generali con maggiore trasparenza e valutazione delle competenze, non solo attraverso un "burocratico" esame dei titoli. Risulta inoltre necessario varare un piano coordinato di formazione manageriale anche per i dirigenti intermedi e di linea, perché in un SSN pubblico non è sufficiente che le competenze manageriali siano solo al vertice, ma devono essere diffuse in tutte le articolazioni organizzative.

Azioni urgenti

- a. **Sviluppo di un nuovo piano nazionale per la formazione alla leadership e al management per la dirigenza nazionale**, in collaborazione con le scuole italiane di sanità pubblica.

9. Trasformazione digitale del Servizio Sanitario Nazionale, come previsto dal PNRR, con lo sviluppo di applicativi informatici efficaci per fini epidemiologico-statistici e amministrativi e per le attività cliniche (telemedicina e intelligenza artificiale).

La digitalizzazione del sistema avviene, ormai da tempo, in modo confuso nei vari servizi regionali. La valutazione dell'offerta di applicativi informatici non tiene quasi mai in considerazione l'accessibilità ed ergonomia dei sistemi e la loro interoperabilità. Questo rende molti dei prodotti informatici disponibili sul mercato poco rispondenti ai requisiti di usabilità per consentire agli operatori di poter lavorare senza perdite di tempo e in sicurezza rispetto a possibili errori di data entry. Tali sistemi comportano inoltre la ripetuta richiesta delle stesse informazioni con perdite enormi di tempo per il personale amministrativo e sanitario. È necessario introdurre nelle gare test di usabilità con misura dei tempi di impiego.

Devono inoltre essere superati, con norme nazionali, tutti i vincoli e le criticità che le norme sulla privacy stanno ponendo ai professionisti sia nell'ambito della ricerca scientifica, sia di quella assistenziale e addirittura in quella dell'emergenza-urgenza.

Sulla base della recente letteratura, si stima che nel nostro paese solo il 13% degli operatori sanitari utilizza già sistemi di telemedicina. I medici delle aziende ospedaliere universitarie di più che non quelli delle aziende sanitarie. Gli infermieri e gli operatori socio-sanitari sono meno propensi ad impiegare la teleassistenza rispetto ai medici, il teleconsulto è utilizzato in prevalenza dagli specialisti ma molto meno dai medici di medicina generale. Solo il 18% degli utilizzatori di sistemi digitali ha ricevuto una formazione specifica e lo strumento più utilizzato è il proprio PC. Gli intervistati non hanno segnalato alcuna piattaforma sviluppata appositamente per i servizi di telemedicina.

Circa l'85% degli operatori sanitari ritiene utile implementare sistemi di telemedicina per la gestione del paziente, la maggior parte (68%) dichiara che i pazienti, seguiti dalla telemedicina, si sentono protetti. È comunque importante per la diffusione e la corretta applicazione della telemedicina promuovere iniziative formative che dimostrino i benefici, ma anche le condizioni corrette per implementare la tecnologia.

Azioni urgenti

- a. **Promuovere la formazione degli operatori all'uso della telemedicina e al team working nelle case di comunità.**
- b. **Sviluppare i sistemi informativi garantendo la loro capacità di dare risposte rapide e fini epidemiologici e di gestione dei servizi sanitari.**

10. Monitoraggio dell'applicazione del PNRR rispetto all'ammodernamento logistico, tecnologico ed edilizio delle strutture sanitarie per garantire l'umanizzazione delle cure, la sicurezza delle pratiche e il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza.

Il rafforzamento e ammodernamento degli ospedali previsto dal PNRR deve essere improntato alla all'umanizzazione delle cure, alla loro efficacia, sicurezza e sostenibilità, anche ambientale.

È necessario che progressivamente in tutta Italia le ristrutturazioni e le nuove costruzioni prevedano ambienti a misura d'uomo, sicuri, confortevoli, con garanzia di privacy. Quindi, senza che i degenti debbano vivere eccessivamente a contatto con altri, e che vi sia la facoltà di ricevere i parenti senza vincoli ingiustificati.

Negli ospedali del futuro, pertanto, alle modalità di degenza va assicurato massimo comfort alberghiero; quindi, camere con letto singolo più letto per familiare/accompagnatore.

Attualmente nei nostri nosocomi si vive, si dorme e si è curati insieme ad estranei, in stanze con più letti. È ovvio che degenze in stanze affollate rendono più probabile la trasmissione di infezioni da un paziente all'altro, come purtroppo è avvenuto durante la pandemia Covid-19, quando i contagi si sono diffusi grandemente nelle strutture di assistenza.

Il rapporto ECDC relativo al 2020 colloca l'Italia al secondo posto in ambito EU/EEA per mortalità da infezioni ospedaliere (ICA – infezioni correlate all'assistenza): 19 casi per 100 mila abitanti, seconda solo alla Grecia con 20 casi per 100 mila abitanti¹.

Le ICA provocano un prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie e una significativa mortalità in eccesso^{1F}².

Vi sono inoltre aspetti legati alla privacy: capita di dover parlare davanti a estranei di aspetti personali, spesso delicati della propria vita, e proprio in momenti di disagio, sofferenza e preoccupazione.

La presenza e il supporto di un accompagnatore, oltre a essere di conforto per i degenti, è di enorme beneficio per gli anziani con problemi di demenza, che tendono a peggiorare se circondati da estranei in un ambiente sconosciuto, spesso solleva il personale per quanto riguarda l'assistenza e può costituire un efficace sistema di allarme.

¹ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Health-burden-infections-antibiotic-resistant-bacteria.pdf>

² https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;jsessionid=78963AF4F92F93558A9D323AC64B5F19?sequence=1

Ospedali con le caratteristiche sopra elencate sono in corso di progettazione in importanti realtà e in diverse città, tra le quali si ricordano a titolo di esempio:

Genova: il nuovo ospedale Gaslini avrà 346 posti letto (pochi più di ora) ma in gran parte in stanze singole, più terapie intensive e aree verdi³;

Zurigo: il nuovo Unispital, ampliato, avrà solo stanze singole, destinate anche a pazienti che possono contare unicamente sull'assicurazione di base⁴;

Siracusa: il nuovo ospedale aretuseo avrà solo stanze singole, ben 3794⁵.

«All'inizio in istituto avevamo solo camere singole ma la Regione si era opposta perché non avrebbe potuto replicare una condizione del genere nelle altre strutture. Eppure è giusto garantire al paziente quiete e privacy. E poi basta con gli orari imposti ai parenti, è una pratica primitiva» (prof. Umberto Veronesi)⁶.

³https://www.ilsecoloxix.it/genova/2022/11/15/news/genova_ecco_il_progetto_del_nuovo_gaslini_stanze_singole_padiglione_per_le_e_mergenze_aree_verdi_e_laboratori-12241365/

⁴<https://www.swissinfo.ch/ita/tutte-le-notizie-in-breve/solo-camere-singole-al-nuovo-ospedale-universitario-di-zurigo/44718282>

⁵<https://www.lasicilia.it/video/cronaca/403250/ecco-il-nuovo-ospedale-di-siracusa-avra-solo-stanze-singole-video.html>

⁶<https://www.ilgiornale.it/news/sanit-veronesi-camere-singole-e-orari-visita-liberi-923701.html>

La tabella di seguito riportata sintetizza l'analisi effettuata e i costi di alcune azioni urgenti.

AZIONI	DESCRIZIONE	Spesa 2019 €	Fonte dati	Direzione impatto (+/-/=)	Proiezione spesa € 2023	Proiezione spesa € 2024	Proiezione spesa € 2025	Proiezione spesa € 2026
1 Ridefinizione rapporti istituzionali								
Azione 1.1	Riequilibrio competenze Stato Regioni			=				
3 Continuità assistenziale								
Azione 7.1	Integrazione rete servizi	3.600.000	LA 2020	(+/-)	3.000.000.000	2.500.000.000	2.000.000.000	1.500.000.000
Azione 7.2	Nuovo sistema informativo integrato							
5 Assunzioni								
Azione 4.1	Potenziamento agenzie regionali							
6 Riordino aziende sanitarie/IRCSS								
Azione 5.1	Aggiornamento contratto	35.400.000		+				
Azione 5.2	Formazione leadership			+				
Azione 5.3	Diffusione Tecnologie digitali /telemedicina	1.000.000		+				
8 medicina ospedaliera/territorio								
Azione 7.3	Integrazione ospedale/territorio							
Azione 7.4.	Ammodernamento strutturale e tecnologico							
Azione 7.5	Rafforzamento enti tecnici	210.000.000						
Azione 7.6	Medicina generale (formazione)	40.000.000			52.427.781	64.484.631	76.541.481	88.958.331
Azione 7.7	Potenziamento assistenza residenziale				5.000.000.000	10.000.000.000	5.000.000.000	1.000.000.000
Azione 7.8	Pharmacy desert	14.000.000	Federfarma	+	50.000.000	60.000.000	60.000.000	60.000.000
10 Agenzia Sanità Pubblica								
Azione 6.1	Rafforzamento enti tecnici centrali		CE-ISS-AIFA-AGENAS	+	252.000.000	277.200.000	304.920.000	320.166.000
Azione 6.2	Istituzione agenzia regionale HTA		CE-ISS-AIFA-AGENAS	+	50.000.000	50.000.000	70.000.000	70.000.000
Azione 6.3	Istituzione Azienda zero	250.000.000	CE Azienda 0		1.250.000.000	750.000.000	500.000.000	250.000.000
Azione 6.4	Nuovo sistema LEA			+	70.000.000	80.000.000	80.000.000	80.000.000
Azione 6.5	Meccanismi premialità			=				
13 Piano nazionale prevenzione								
Azione 6.6	Educazione salute							
Azione 6.7	Potenziamento agenzia regionali							
Azione 6.8	Medici scolastici				450.000.000	450.000.000	450.000.000	450.000.000
Azione 6.9	Istituzione agenzia sicurezza lavoro		CE ISS AIFA AGENAS		20.000.000	20.000.000	20.000.000	20.000.000
Azione 6.10	Coordinamento preparedness/Agenzia Nazionale	1.065.000	CCM		5.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000
Totale spesa aggiuntiva					11.756.427.781	15.747.684.631	10.057.461.481	5.334.764.331
Azione 1.2	Incremento finanziamento su PIL				13.623.000.000	20.556.000.000	27.545.000.000	34.590.000.000
Azione 1.3	Incremento detrazione polizza sanitaria	425.000.000	MEF	+	930.000.000	1.000.000.000	1.100.000.000	1.200.000.000
Azione 1.4	Fondo sanitario incremento 3% ricerca							
Totale risorse aggiuntive sanità					14.553.000.000	21.556.000.000	28.645.000.000	35.790.000.000

Riferimenti bibliografici

- Ministero della Salute. Relazione sullo stato sanitario del Paese 2018-2021
- Agenas, Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento Epidemiologia Regione Lazio. Programma nazionale esiti. Edizione 2021
- European Commission. State of Health in the EU. Companion Report 2021
- Corte dei conti. Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, 2021
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Natalità e fecondità della popolazione residente - anno 2020
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Previsioni della popolazione residente e delle famiglie (2020). Futuro della popolazione: meno residenti, più anziani, famiglie più piccole
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Report “Previsioni della popolazione residente e delle famiglie”. Novembre 2021
- Ministero dell’Economia e delle Finanze (MEF). Ragioneria dello Stato, 2019
- Ministro dell’Università e della Ricerca. Decreto n. 998 del 28 luglio 2021
- Nazioni Unite. World population ageing 1950-2050
- Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE). Rapporto Health at a Glance Europe 2020
- Rapporto Osservasalute 2020 – Stato di salute e qualità dell’assistenza nelle regioni italiane. Roma:COMsrl ISBN: 9788898870837
- The European House - Ambrosetti. Rilanciare il sistema economico del Paese ripartendo dalla salute (2021)
- World Bank. Population growth (annual %) – Italy
- J. Ovretveit. Leading Evidence Informed Value Improvement in Health Care. Kingsham Press, Chichester, 2009.
- Commissione Europea. The Digital Economy and Society Index (DESI) 2020
- The European House- Ambrosetti. Rapporto 2021. La trasformazione della sanità a livello organizzativo e digitale: scenari presenti e futuri
- Unione europea, Sostenere la salute pubblica in Europa. Disponibile online: https://european-union.europa.eu/priorities-and-actions/actions-topic/health_it
- Agenas Monitoraggio e valutazione della spesa. Disponibile online: <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/monitoraggio-della-spesa-sanitaria>
- Chiara Parretti, Giuseppe Candido, Micaela La Regina, Costanza Tortu, Riccardo Tartaglia. Telemedicine in Italy, the starting point. Internal and Emergency Medicine 2022 December 6th, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9622365/>
- Academy of health Care Management and Economics, SDA Bocconi. Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane. Egea editore, 2022