

# **Healthcare** Roadmap 2030

**Esito della Consultazione Pubblica**

Action Institute

18 Giugno 2014

## 1. Background

Il Servizio Sanitario Nazionale ha raggiunto notevoli traguardi negli ultimi decenni, tuttavia oggi sono numerose le sfide da affrontare per garantire di fatto e non solo nominalmente universalità ed equità del sistema, così come stabilito nella Costituzione.

Action Institute vuole presentare una **visione a lungo termine del sistema salute** che, tramite un insieme organico di riforme da inserire nell'attuale quadro di crescente domanda di sanità, aumento dei costi, disponibilità fiscali ridotte e crescente integrazione europea, intervenga in modo strutturale sulle aree di miglioramento, promuovendo le energie del sistema e rimuovendo i fattori ostativi. Tale visione si è concretizzata nella Healthcare Roadmap 2030, costituita da linee guida di carattere strategico, nelle quali si inscrivono le proposte specifiche per ognuno dei temi sollevati.

La nostra **visione** inquadra un Sistema Sanitario Nazionale (SSN) che sarà non soltanto sostenibile ma che definirà standard internazionali di produttività in grado di attrarre talenti e investimenti dal resto del mondo. I pazienti, inoltre, disporranno di una sempre più ampia capacità di scelta informata e consapevole, fonte di incentivo alla competitività e alla qualità del sistema.

In tal senso, riteniamo che siano **quattro i pilastri** su cui fondare la riforma del sistema:

- Pilastro 1: Rafforzamento della governance con l'obiettivo di rafforzare le tutele e la capacità di governo e controllo del sistema;
- Pilastro 2: Empowerment dei pazienti attraverso accresciuta trasparenza ed elevata disponibilità pubblica di dati sanitari con l'obiettivo di favorire la piena capacità di scelta dei pazienti ed esercitare una tensione positiva all'aumento di produttività di chi eroga i servizi;
- Pilastro 3: Definizione di un chiaro sistema d'incentivi e consequence management con l'obiettivo di orientare chi gestisce i servizi a ottimizzare la performance sanitaria fornendogli adeguati poteri di gestione;
- Pilastro 4: Revisione del modello di finanziamento in base ai risultati e non ai costi sostenuti al fine di incentivare e premiare i comportamenti virtuosi.

La Roadmap è stata presentata con la dichiarata ambizione di contribuire ad avviare un dibattito fattuale, non ideologico ed aperto alle migliori esperienze internazionali su come riformare il sistema salute. Crediamo che il focus della discussione pubblica attuale, principalmente fondata sui risparmi da ottenere, colga in modo molto parziale la tipologia e l'entità dei problemi da affrontare, e tralasci importanti elementi di competizione, trasparenza, possibilità di generare valore a livello economico e di sviluppo del capitale umano.

Per questo Action Institute ha avviato un'ampia consultazione pubblica, volta a recepire i contributi di una varietà di stakeholders del sistema salute, tra policy maker, regolatori, operatori, esperti del settore della sanità, istituzioni accademiche e pazienti. L'obiettivo della consultazione è dunque quello di ampliare il dibattito a quanti più interlocutori possibile, per arrivare a un progetto condiviso che disegni le tappe per l'implementazione delle proposte di riforma.

## 2. Executive summary

La consultazione pubblica è stata avviata da Action Institute il 13 gennaio 2014, ed è rimasta aperta 35 giorni. 118 interlocutori, di cui 38 rappresentativi di Istituzioni Pubbliche Nazionali e Regionali, sono stati invitati ad offrire il loro contributo.

Questo processo si è concluso l'11 marzo 2014 con l'organizzazione dell'evento "Healthcare Roadmap 2030 – un insieme organico di riforme per preservare universalità ed equità del Servizio Sanitario Nazionale" presso l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato a Roma. L'evento ha visto la presenza di più di 150 partecipanti, che hanno assistito alla presentazione della Roadmap e contribuito al dibattito sulla riforma del Sistema Sanitario. Le osservazioni emerse nel corso dell'evento fanno parte integrante di questo documento.

La consultazione ha generato 22 contributi, tra cui: (i) 8 sono rappresentativi di Istituzioni Pubbliche o Autorità in materia di salute; (ii) 5 sono stati offerti da accademici o Università; (iii) i restanti sono ascrivibili a associazioni civiche, operatori della salute, imprese. L'elenco dei partecipanti, composto da individui, Istituzioni e Associazioni, comprende fra l'altro AGENAS, AGCM, On. Yoram Gutgeld (deputato PD), On. Nerina Dirindin (Senatrice PD e membro della Commissione Parlamentare Igiene e Sanità), Prof. Renato Lauro e Prof. Francesco Dotta (IBDO Foundation), Prof. Mario La Torre (Roma La Sapienza), Prof. Paolo Villari (Roma La Sapienza), Conferenza dei Comitati Consultivi delle Aziende Sanitarie della Regione Siciliana, Società Italiana Medici Manager, Dott. Tommaso Longhi, rappresentanti della Corte dei Conti e membri di Action Institute. La risposta alla consultazione è stata dunque positiva, visto l'obiettivo di stimolare il dibattito fra un insieme ampiamente diversificato di stakeholders nel sistema.

In generale il pool di commentatori ha fornito un parere molto favorevole ai contenuti della nota, e si è espresso in modo da integrare o approfondire determinate tematiche legate al documento.

Per quanto riguarda **Vision** e **Core Values**, l'attenzione di chi ha commentato si è prevalentemente focalizzata sul concetto di prevenzione, come obiettivo e strategia di cura, suggerendone la menzione nella visione generale della Roadmap. E' stato inoltre ricordato il nodo dell'interazione tra pubblico e privato nel campo dei provider di servizi di cura, sia in quanto potenzialità di miglioramento dei servizi sia come elemento da valutare profondamente tenendo a mente gli effetti redistributivi sugli utenti.

Per quanto riguarda il **Primo Pilastro**, è stata dedicata attenzione al nodo dell'approvvigionamento di beni e servizi, soprattutto nel mercato del farmaco, in relazione a problematiche di competitività e trasparenza. Molti contributi sono stati dedicati all'espressione di una condivisione della centralità del tema della governance nel SSN e della necessità di un ripensamento di meccanismi non sempre efficienti. Un commento ha posto il problema della mancanza di una cultura dell'organizzazione aziendale, a monte del problema della selezione della classe dirigente.

Nella discussione sulle tematiche legate al **Secondo Pilastro** sono emerse le preoccupazioni di alcuni partecipanti che, pur condividendo la finalità cui le proposte del pilastro rispondono, chiedono una maggiore attenzione alla complessità della tematica. Vi sono alcune riserve riguardo al fatto che un aumento dell'informazione disponibile, anche, sottoforma di maggiore disponibilità di dati clinici, sia sufficiente ad ampliare la libertà di scelta del paziente in un contesto in cui si intrecciano acute asimmetrie informative, problemi di agenzia e conflitti di interesse. Occorre essere consapevoli del

pericolo di una distorsione delle scelte derivante da una imperfetta interpretazione delle informazioni. Inoltre, è stata ricordata l'eterogeneità delle prestazioni erogate dal SSN e, in molti casi, la rilevanza di reti tempo-dipendenti che presuppongono un affidamento del paziente urgente a un network di provider piuttosto che la libera scelta in un'ottica di competizione tra provider. E' stata inoltre espressa preoccupazione riguardo alle difficoltà di implementazione che potrebbero sorgere a causa di una scarsa cultura della trasparenza nel Paese e di un debole appoggio politico a iniziative di apertura e pubblicità dei dati. E' stato sottolineato come in molti casi vi siano già chiare indicazioni di legge in questo senso, e siano a volte disponibili utili 'infrastrutture' e professionalità, senza che questo si traduca in un significativo cambiamento. D'altro canto, sono anche stati offerti alcuni esempi di buone prassi già implementate in alcune regioni per quanto riguarda l'empowerment del paziente e la sua partecipazione al percorso di cura.

Per quanto riguarda il **Terzo Pilastro**, è stata indicata la necessità di aggiornare alcune delle attuali modalità di confronto tra le performance (come il Programma Nazionale Esiti), soprattutto attraverso la promozione di un organismo di valutazione della performance davvero indipendente.

I commenti al **Quarto Pilastro** hanno richiamato l'importanza di una revisione dei meccanismi di finanziamento nella direzione di una maggiore trasparenza, standardizzazione, e dell'allontanamento della definizione dei criteri dal decisore politico. Alcuni interlocutori della consultazione hanno ipotizzato un diverso ruolo delle assicurazioni nel coadiuvare il SSN lungo logiche di innovazione e di gestione del rischio.

Infine, i commenti generali emersi durante il dibattito hanno toccato alcuni temi ricorrenti, tra cui: la necessità dell'integrazione nella Roadmap del tema della formazione e del capitale umano; l'importanza dei servizi socio-sanitari e dell'assistenza domiciliare nel sistema salute, e l'auspicata integrazione con la parte sanitaria; la necessità di formulare quanto prima proposte concretamente implementabili, in modo da poter affrontare le vischiosità che in altre occasioni hanno ostacolato la concretizzazione di indicazioni di legge.

### 3. Metodologia

Questo report riassume i principali contributi emersi dalla consultazione, distinguendo i vari gruppi di stakeholders nel seguente modo:

- Autorità in materia di Salute, Nazionali o Regionali
- Altre Istituzioni Pubbliche (inclusi Ministeri ed Authorities)
- Università, Osservatori o Accademici
- Associazioni di Pazienti o Civiche
- Associazioni di Professionisti della Salute
- Imprese o Associazioni di Categoria
- Altri (partecipanti che non rientrano in nessuna delle precedenti categorie)

I commenti di ciascun partecipante alla consultazione, per gruppo di appartenenza, sono incorporati nel documento seguendo la struttura della Healthcare Roadmap. L'organizzazione dei contenuti è dunque prima per sezione della Roadmap (Vision e Core Values, Pilastri di Riforma, e infine una categoria Sviluppo che accoglie le osservazioni generali e i suggerimenti per integrazioni e aggiunte), e poi per tipologia di stakeholder.

I commenti sono giunti ad Action Institute in una varietà di formati (documenti, commenti scritti o interventi a incontri e dibattiti). Nel riassumere i contributi si è cercato di rimanere fedeli al significato sostanziale, e di adottare per quanto possibile una forma omogenea, ma è inevitabile un'eterogeneità formale legata alla varia natura dei commenti ricevuti.

E' stato dato spazio soprattutto ai commenti che in qualche modo si discostano dalla visione proposta dalla Roadmap, o che ne completano alcuni aspetti. Alcuni commenti che hanno espresso accordo e totale sintonia con i punti della Roadmap sono stati omessi.

### 4. Contributi

#### 4.1. Vision e Core Values

**Prof. Renato Lauro e Prof. Francesco Dotta, IBDO Foundation (Osservatori, accademici)**

***Concetto di prevenzione, cenno ai "determinanti sociali di malattia" e all'"healthy aging"***

Nell'intervento si afferma che apparentemente non viene sviluppato il concetto di "prevenzione", come obiettivo o come strategia di Healthcare, sostenendo che la prevenzione assuma ogni giorno di più un'importanza fondamentale soprattutto per quelle patologie croniche non trasmissibili (es. diabete mellito, malattie cardiovascolari, malattie oncologiche, malattie neurodegenerative) che costituiscono la vera sfida alla sostenibilità dei vari modelli di Sistema Sanitario a livello internazionale. Si sostiene inoltre che andrebbero menzionati i cosiddetti "determinanti sociali di malattia", che costituiscono un aspetto di notevole importanza per la comparsa e la progressione di numerose malattie e che andrebbe introdotto e sviluppato il concetto di "Healthy Aging", ovvero di invecchiare in salute, in quanto obiettivo preso in considerazione dalla Comunità Europea nell'ambito del programma Horizon 2020.

## **Istituzione Pubblica**

### ***Prevenzione primaria e secondaria***

Nell'intervento si constata come sia sempre più necessario spostare l'accento sulla prevenzione – sia quella primaria (stili di vita salutari) sia quella secondaria (diagnosi precoce e profilassi) - in modo da evitare al cittadino l'esperienza spiacevole della malattia, con l'importante risultato di ridurre i costi dei SSR. Viene menzionato anche che il progresso scientifico nella biologia e genetica molecolare e quello tecnologico nelle micro e nanotecnologie consentono, e consentiranno ancor di più nel futuro, l'utilizzo di strumenti di diagnosi e monitoraggio capaci di spostare la medicina da una fase di cura ad una fase di prevenzione, in grado altresì di fornire indicazioni per la scelta di terapie preventive e di modelli di comportamento mirati alla riduzione del rischio. L'intervento si conclude sostenendo che anche in questo caso si tratta di coordinare un processo in grado di coinvolgere i SSR, e principalmente i medici di medicina generale, i pediatri ed i pazienti e che sarà possibile promuovere gli stili di vita adatti, personalizzati grazie alle informazioni di tipo genetico, anche in virtù dell'utilizzo delle tecnologie informatiche per veicolare le informazioni sanitarie ai cittadini.

## **Azienda o Associazione di Categoria**

### ***Interazione tra pubblico e privato***

Uno dei nodi cruciali espressi nell'intervento è costituito dall'interazione tra pubblico e privato, e dai relativi aspetti regolatori, con riferimento alla definizione delle tariffe per la sanità privata accreditata. Viene annunciato che il 2014 rappresenti un anno difficile per le aziende della sanità privata poiché è stato introdotto un cambiamento nelle tariffe su settori ad alta densità privata (come la riabilitazione) e in regioni come Veneto, Emilia e Lombardia è in atto un processo regressivo dal punto di vista dell'interazione pubblico/privato, anche se il quadro politico regionale complessivo non sembra andare in questa direzione.

## **Istituzione Pubblica**

### ***Effetti redistributivi di un ribilanciamento pubblico-privato***

Si afferma che, per quanto riguarda l'equità e l'accesso al sistema, manca una dovuta attenzione agli effetti redistributivi di un ribilanciamento tra pubblico e privato e che occorra comprendere a fondo i diversi incentivi che spingono enti pubblici e privati all'erogazione di servizi sanitari per immaginare un sistema competitivo che funzioni.

## **4.2. Pilastro 1: Rafforzamento della governance con l'obiettivo di rafforzare le tutele e la capacità di governo e controllo del sistema**

**Dott. Giovanni Bissoni, AGENAS (Autorità in materia di salute)**

### ***Organizzazione aziendale; approvvigionamento (mercato del farmaco)***

Viene affermato che la governance è un punto critico del SSN e che occorre guardare a ciò che è accaduto nel passato: le Regioni hanno disciplinato la governance del sistema sanitario in modi diversi, e spesso, nel caso delle Regioni del Centro-Sud in maggiore difficoltà, non è discernibile un vero modello di governance. Viene affermato, tuttavia, che i risultati di salute sono concretamente molto meno dissimili tra loro rispetto alla variabilità della governance e che un problema ancor più profondo della selezione della classe dirigente è la mancanza della base dell'organizzazione aziendale intesa come sistema di relazione tra Regioni e aziende, accreditamento rispettoso delle norme ed esercizio della committenza.

In relazione all'approvvigionamento e al mercato del farmaco si sostiene che la revisione della spesa debba essere occasione per ripensare il nostro sistema di approvvigionamento dei beni e servizi poiché in quel campo vi sono enormi ampi spazi inutilizzati per l'aumento dell'efficienza. Si afferma inoltre che occorre capire che, a seconda del contenuto tecnologico del dispositivo medico, varia la difficoltà del processo di standardizzazione dell'acquisto e che occorre l'introduzione di elevate funzioni di technology assessment a livello nazionale per supportare coloro con funzioni di approvvigionamento nell'impiegare leve di mercato. A conclusione, l'avvertimento sul fatto che le inefficienze ricadono sul cittadino attraverso il co-payment e non su un maggior costo per il SSN.

**Dott. Roberto Chieppa, AGCM (Istituzioni Pubbliche)**

### ***Mercato del farmaco***

Viene constatato che in Italia i farmaci generici continuano a faticare a fare il loro ingresso nel mercato e che vi siano ampie possibilità non sfruttate di riduzione della spesa sanitaria attraverso la razionalizzazione della spesa farmaceutica. Viene inoltre sottolineato come L'AGCM abbia sempre contrastato le norme che, vincolando le autorizzazioni, ostacolano l'ingresso sul mercato di farmaci generici o biosimilari e i tentativi di patent linkage. Si segnala anche che il caso Roche - Novartis fornisca un esempio di come l'approvvigionamento su base comparativa possa portare benefici sensibili.

**Impresa o Associazione di Categoria**

### ***Autonomia regionale; LEA***

Viene espresso accordo sulla proposta di separazione dei ruoli (policy making, regolamentazione, controllo ed erogazione) e si propone di sottolineare in maniera più evidente la necessità di ridurre gli

ambiti di autonomia regionale sull'impostazione del Sistema Sanitario Regionale. Si auspica che questo contribuisca ad attenuare le differenze macroscopiche fra Regione e Regione presenti nell'ambito socio-sanitario anche in misura maggiore che nella realtà ospedaliera. Si propone di imporre regole sulla destinazione delle risorse, benché questa impostazione sia in parte contrastante con i contenuti del Pilastro 3 della Roadmap. Si afferma come sia attualmente comune che le regioni disattendano le linee guida nazionali, seguendo una logica conservatrice nell'allocazione delle risorse in modo tale da raggiungere così gli obiettivi di contenimento della spesa, ma evitando di investire in servizi necessari, creando così danni al sistema difficilmente recuperabili.

Viene inoltre evidenziata la necessità di una definizione dei LEA unitaria ed estesa al settore socio-sanitario, in risposta alle esigenze di una popolazione che invecchia e i cui bisogni si spostano sempre più verso servizi al di fuori del mondo prettamente ospedaliero.

#### **4.3. Pilastro 2: Empowerment dei pazienti attraverso accresciuta trasparenza ed elevata disponibilità pubblica di dati sanitari.**

##### **Università, Osservatorio o Accademico**

###### ***Concreta implementazione e metodi per l'ampliamento dell'accesso ai dati***

È stata espressa condivisione delle motivazioni dietro il Secondo Pilastro e della focalizzazione sulla possibilità di generare Open Data a vantaggio non solo dei pazienti ma soprattutto della ricerca biomedica. Viene citato inoltre il caso dell'Electronic Medical Records and Genomics Network, come esempio di un metodo di implementazione concreta del Secondo Pilastro e se ne suggerisce come contesto ideale di sperimentazione l'insieme di aziende ospedaliere private in Lombardia che si occupano di ricerca medica.

##### **CCA Regione Sicilia (Associazioni Civiche e di pazienti)**

###### ***Segnalazione di buone pratiche già avviate nell'esperienza della Regione Sicilia***

L'intervento si focalizza sul ruolo dei CCA, argomentando come costituiscano i punti di riferimento di una "Rete Civica della Salute", un livello intermedio tra istituzioni e cittadini legato al territorio, con la finalità di migliorare la comunicazione istituzionale sanitaria e sensibilizzare i cittadini sul corretto utilizzo dei servizi. Inoltre, si enuncia la loro partecipazione alla programmazione sanitaria territoriale attraverso sia la collaborazione nella redazione dei contenuti del PAA, individuando le azioni ad alto impatto per il cittadino/utente, sia gli incontri di accompagnamento che Agenas e Assessorato svolgono mensilmente con i gruppi di coordinamento delle Aree Metropolitane e delle ASP non metropolitane. È segnalata inoltre l'istituzione della Cabina di Dialogo, una sede di confronto permanente tra Amministrazione e Comitato Consultivo per la gestione delle criticità, che ha permesso di sperimentare e rilevare l'efficacia di un modello di gestione che consente concretamente alla rappresentanza dei cittadini di partecipare in qualità di parte attiva al processo di gestione della salute pubblica. Viene anche menzionato un ulteriore coinvolgimento dei CCA nel monitoraggio dei



piani di miglioramento che devono intervenire alle indagini sulla qualità dei servizi assistenziali, nella implementazione dei Progetti di PSN sull'umanizzazione e nel contributo alla valutazione degli Obiettivi gestionali delle Direzioni Generali attraverso la Relazione annuale.

**On. Nerina Dirindin, Senatrice PD e membro della Commissione Parlamentare Igiene e Sanità (Istituzioni Pubbliche)**

***Approfondimento e precisazione del tema della libertà di scelta***

Nell'intervento si sostiene che sia stata effettuata un'eccessiva semplificazione sul tema della libertà di scelta e che, sebbene sia difficile essere in disaccordo con l'intento, sia illusorio pensare che l'incremento della disponibilità di informazione possa risolvere problemi sostanziali derivanti da asimmetrie informative, rapporti di agenzia imperfetti e conflitti di interesse. Si conclude rilevando che esista il rischio di cadere nell'equivoco di confondere qualità del servizio con comfort delle strutture e trascurando la qualità tecnica, poiché è difficile informare i cittadini su argomenti a volte di difficile comprensione persino per i medici.

**Dott. Giovanni Bissoni, AGENAS (Autorità in materia di salute)**

***Rilevanza della libertà di scelta nel quadro delle prestazioni del SSN***

Viene espressa piena condivisione per la tensione alla maggiore trasparenza e all'empowerment del paziente, ma si sostiene che sia necessario calarli nel contesto delle tipologie di prestazione. La libera scelta del luogo di cura è rilevante per le cronicità e i percorsi di presa in cura, mentre negli altri casi la tensione deve essere a creare reti tempo-dipendenti che permettano il trattamento del paziente nel tempo più breve possibile. In questi casi la libertà di scelta non è il problema principale, e la competizione lascia il posto alle relazioni tra strutture di cura e all'accountability. Sulla disponibilità delle banche dati: vi è già una precisa indicazione di legge sulla condivisione dei dati, ma molti si nascondono dietro la privacy quando ciò che manca è la cultura della trasparenza.

**Impresa o Associazione di Categoria**

***Concretezza nella definizione di strumenti per l'attuazione delle proposte***

E' espressa condivisione degli obiettivi indicati. Tuttavia, è segnalata la necessità di descrivere in maggiore dettaglio gli strumenti con i quali ci si propone di dare corso alle priorità indicate, così da rafforzare la consequenzialità tra obiettivi, definiti molto ambiziosi e strumenti ritenuti ancora da definire.

#### **4.4. Pilastro 3: Definizione di un chiaro sistema di incentivi e consequence management con l'obiettivo di orientare chi gestisce i servizi a ottimizzare la performance sanitaria.**

##### **CCA Regione Sicilia (Associazioni Civiche e di pazienti)**

###### ***Istituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione delle Performance***

Sulla base del rapporto di fiducia tra medico e paziente viene tracciato un parallelismo con il ruolo che l'istituzione dell'OIVP possa rivestire all'interno dei rapporti di fiducia tra i diversi portatori di interesse che interagiscono con il SSN e il management aziendale. Si è posta l'attenzione sugli effetti dell'indipendenza dell'OIVP sulla rendicontazione della performance aziendale ispirata a criteri di trasparenza, chiarezza interpretativa, puntualità e autenticità e sul ruolo che l'OIVP può ricoprire affinché i risultati costituiscano una determinante del processo di riforma dell'organizzazione del personale volta alla valorizzazione del capitale umano. È stata segnalata inoltre l'importanza a livello aziendale del CCA nell'attività che l'OIVP dovrà svolgere.

##### **Impresa o Associazione di Categoria**

###### ***Indicatori su performance sanitaria***

Viene segnalato come, allo stato attuale, emergano forti mancanze dal punto di vista della raccolta e disponibilità dei dati e come il sistema di valutazione degli outcome sanitari (Programma Nazionale Esiti) sia carente. Si sottolinea come una rilevazione non uniforme e oggettiva porti a risultati poco affidabili, citando l'esempio di strutture notoriamente eccellenti non riconosciute come tali nelle graduatorie che emergono dal Programma. Si sostiene come sia necessario lavorare su un sistema che misuri in modo uniforme tra le Regioni la qualità delle cure, con criteri comparabili e oggettivi. Si propone inoltre che un primo passo potrebbe essere l'abbandono delle funzioni non tariffate, in quanto mancanti di oggettività di valutazione, in favore di un sistema più chiaro di allocazione dei fondi.

##### **Istituzione Pubblica**

###### ***Domanda indotta***

È stata espressa condivisione per l'obiettivo di instaurare un meccanismo competitivo che punti a un aumento dell'efficienza e in cui il regolatore sia indipendente dal privato. È stata posta attenzione sulla coincidenza del ruolo del programmatore, volto alla riduzione dell'intervento sanitario ex-post, con quello del regolatore, da cui deriva la necessità per i fornitori di cure di evitare la creazione di domanda indotta.

#### **4.5. Pilastro 4: Revisione del modello di finanziamento al fine di incentivare/premiare i comportamenti virtuosi.**

##### **Università, Osservatorio o Accademico**

###### ***Ridefinizione dei criteri di finanziamento***

Nell'intervento viene proposto che i costi standard debbano essere computati in modo oggettivo su base tecnica e non politica, sottraendone la decisione alla Conferenza Stato-Regioni e i meccanismi di riparto debbano contenere esplicitamente l'incentivo a ridurre il divario tra costi effettivi e costi standard, sia da parte delle Regioni che delle ASL e AO. Si sostiene che la misurazione degli esiti e dei costi degli interventi sanitari debba divenire un parametro rilevante nella comparazione tra Regioni, ASL, AO e che tale parametro possa concretizzarsi in una tariffa che incorpora elementi di costo e di qualità dei casi trattati. Inoltre viene argomentato come lo sviluppo del secondo pilastro debba in prospettiva limitare il carattere di onnicomprensività dei LEA, in modo da spostare non marginali componenti LEA (finanziamento del 1° pilastro con la fiscalità generale) sulle componenti extra LEA (finanziamento del 2° pilastro con i fondi). Si afferma che attraverso la riduzione delle code di attesa delle prestazioni e l'allargamento della platea dei providers si possa salvaguardare l'effettivo carattere universalistico del SSN, in maniera più efficace di quanto non avvenga oggi con un primo pilastro solo sulla carta totalizzante, e che un consistente secondo pilastro potrà così garantire elementi di sostenibilità nel lungo periodo. A conclusione, viene rilevato che anche il ruolo dell'IRAP come tributo di finanziamento del primo pilastro del SSN potrebbe essere rivisto e razionalizzato.

##### **Impresa o Associazione di Categoria**

###### ***Autonomia regionale; ruolo delle assicurazioni***

In merito all'autonomia regionale si afferma che la riforma del Titolo V costituisce un'importante occasione per una ridefinizione delle autonomie regionali e che ne sia auspicabile un'espansione.

In merito al ruolo delle assicurazioni viene invece constatato che l'aumento della sinistrosità in sanità e dei relativi costi porta, a livello regionale, a un incremento nell'accantonamento di fondi sottraendoli a impieghi più produttivi. Viene rilevato come il sistema assicurativo possa stimolare la performance, tramite l'assunzione da parte delle assicurazioni private di un ruolo più attivo nella gestione della malpractice. Si sostiene che in sanità le assicurazioni guardano ai fondi poiché la prestazione non ha una risultanza esatta e gli incentivi prestazione perché sia buona sono bassi, dal momento che nel pubblico è prevista la ricapitalizzazione in caso di performance insufficiente. Per quanto riguarda il privato, viene rilevato come le assicurazioni rifuggono un significativo impegno finanziario per l'assenza di chiarezza sulle coperture. Si suggerisce inoltre che sarebbe corretto prevedere un'assicurazione in caso di *malpractice* e abbandonare il sistema dell'autoassicurazione poiché insufficiente a coprire la sinistrosità e che le assicurazioni in cambio di un incremento della spesa per i loro servizi si dovrebbero impegnare successivamente a reinvestire sul territorio.

## **Impresa o Associazione di Categoria**

### ***Autonomia regionale***

Si propone di imporre regole sulla destinazione delle risorse, benché questa impostazione sia in parte contrastante con i contenuti del Pilastro 3 della Roadmap, poiché attualmente è comune che le Regioni disattendano le linee guida nazionali, seguendo una logica conservatrice nell'allocazione delle risorse che permette il raggiungimento degli obiettivi di contenimento della spesa a danno degli investimenti in servizi necessari. Al momento attuale, l'autonomia di fatto di ASL e Regioni relativa all'allocazione delle risorse è un elemento di debolezza nella catena di trasmissione delle politiche sanitarie. Inoltre, si suggerisce di dare più enfasi alla necessità di allineare il sistema di remunerazione degli operatori pubblici e di quelli privati, per cui esiste un'indicazione di legge che attualmente è disattesa dalla maggior parte delle Regioni. Si afferma che occorre, in parallelo, prevedere le necessarie conseguenze di un tale cambiamento sulla redazione dei bilanci degli enti pubblici, poiché senza una vera eguaglianza tra provider pubblici e privati, non ci sarebbe una conseguente tensione verso maggiore concorrenza. Infine, si auspica l'esplicita indicazione nel Pilastro 4 della necessità di incentivare la stabilità delle regole, in modo da attrarre investimenti privati. Si rileva che l'obiettivo definito dalla Roadmap sia ambizioso e che il settore privato debba necessariamente essere coinvolto e diventare protagonista del cambiamento auspicato. Si sottolinea come attualmente il sistema delle regole e i comportamenti delle Regioni finiscano per ostacolare gli investimenti degli operatori privati, italiani ed esteri e che sia necessario invertire al più presto questa tendenza per accrescere le possibilità concrete di realizzazione della proposta.

## **Impresa o Associazione di Categoria**

### ***Autonomia regionale; Fondi integrativi e co-payment***

Si suggerisce che la gestione del farmaco dovrebbe tornare ad essere centrale, a differenza del resto della spesa sanitaria, a causa di tutte le distorsioni che oggi rendono iniquo l'accesso al farmaco da parte di cittadini di Regioni diverse, in termini di disponibilità del farmaco, di co-payment o di logistica. Si sottolinea inoltre come la regionalizzazione della Sanità negli ultimi dieci anni abbia fornito una forte accelerazione verso la medesima condizione di disequilibrio che le Regioni sono state incaricate di gestire e contenere la spesa sanitaria in relativa autonomia e con strumenti propri, e come ciò abbia aumentato l'imprevedibilità dello scenario relazionale Industria-Stato. Si constata che i formulari locali (Regionali, di ASL, Ospedalieri ecc.) rappresentano la negazione di una politica sanitaria nazionale e che una forma concertata di gestione delle risorse ne richiederebbe probabilmente l'eliminazione. Viene anche affermato che, mentre le relazioni con l'industria sono naturalmente meglio gestite attraverso un modello centrale che includa la definizione della domanda e dell'offerta in modo complessivo e unitario, la gestione della spesa sanitaria per servizi di salute può essere meglio gestita a livello locale. Vengono inoltre avanzate alcune proposte per garantire una sostenibilità del SSN nel futuro: (i) sostenere lo sviluppo di Fondi Sanitari integrativi, con particolare attenzione ai Fondi Negoziali derivanti dalle Relazioni Industriali. (ii) Prevedere meccanismi di compartecipazione equa dei cittadini, con esenzioni per patologia e/o livello di reddito sul modello francese o spagnolo, liberando risorse da reinvestire nelle terapie più innovative.

## **Istituzione Pubblica**

### ***Ruolo delle assicurazioni***

L'intervento rileva come il ruolo delle compagnie di assicurazione sia rimasto limitato all'offerta di polizze sanitarie ai privati mentre sia del tutto inesplorata l'area di copertura assicurativa volta alla fornitura di servizi socio-sanitari avanzati e di assistenza sanitaria a lungo termine. Si cita il Rapporto BNL-Centro Einaudi, per cui il rischio più temuto dagli italiani è di ammalarsi e subire forti spese mediche e si osserva come più del 50 per cento di coloro che hanno fra i 30 e i 40 anni tema le difficoltà associate alla possibilità di perdere l'autosufficienza in vecchiaia. Si afferma che il bacino di domanda per strumenti di copertura da tali rischi sembra essere di notevole ampiezza e, prospetticamente, visti gli andamenti demografici ed epidemiologici, in forte crescita. Inoltre trattandosi di una domanda che risponde a bisogni primari di sicurezza e protezione, potrà essere soddisfatta in maniera più efficace attraverso prodotti dai contenuti più assicurativi che finanziari. Vengono citate ad esempio polizze assicurative di personal protection disegnate specificatamente per la copertura finanziaria dei costi sostenuti a causa di malattie gravi ed invalidanti o di servizi assistenziali di long term care. Si suggerisce come tali strumenti potrebbero essere inseriti in pacchetti di wealth planning integrato costruiti per sfruttare la complementarità fra bisogni assicurativi e finanziari e per rispondere simultaneamente alle esigenze di investimento/previdenza/protezione: minimizzando i rischi insiti nella vecchiaia, garantendo il tenore di vita nel tempo nonché la difesa del patrimonio. Si rileva inoltre che finora l'offerta assicurativa in questo campo sia stata poco innovativa e non abbia saputo costruire un mercato anche a causa di una domanda poco propensa a trovare nelle assicurazioni delle soluzioni appetibili per rispondere a problemi di natura socio sanitaria e che l'out of pocket sanitario delle famiglie italiane non sia, se non marginalmente, finanziato dalle assicurazioni. Viene proposto l'impegno delle Casse Mutue per facilitare l'offerta integrata di servizi qualitativamente accreditati ed economicamente validati per aiutare tutti gli iscritti a far fronte alle esigenze di long term care dei loro parenti più anziani. Si suggerisce che le Casse Mutue troverebbero nuove forme di finanziamento da questa attività e quindi occasioni di profitto, fornirebbero un servizio aggiuntivo agli assistiti e ai loro familiari più anziani, contribuirebbero a implementare e rafforzare un'offerta integrata, definendone gli standard, i costi, la qualità delle prestazioni, facendo emergere un modello di accreditamento vero e proprio.

### ***Fondi Strutturali – Giada Licalzi (professionisti della Salute)***

Viene rivalutato il ruolo delle istituzioni europee in merito alla capacità di finanziare progetti sulla base della pubblicazione "Investing in health" della Direzione Generale per la Salute e i Consumatori in cui viene illustrato l'utilizzo dei fondi strutturali 2014-2020 per la riforma dei sistemi sanitari. Viene evidenziato come nel medesimo studio si segnali l'importanza della medicina di maggiore prossimità rispetto alla sanità ospedale-centrica. Si conclude ponendo l'attenzione sull'impossibilità dell'aspettativa che le AO del Sud Italia raggiungano alti livelli qualitativi senza risorse infrastrutturali e sul ruolo dei fondi strutturali nel fornirle.

## 4.6. Sviluppo

### ***Collegamento con la realtà industriale - (Associazioni di Categoria)***

Si rileva come il sistema industriale non veda la sanità come un'opportunità e che sia invece auspicabile andare verso l'affermazione dell'assistenza sanitaria integrativa, basata sui fondi contrattuali, come pilastro del sistema industriale.

### ***Impulso all'innovazione sul farmaco e ruolo dell'industria farmaceutica***

Si suggerisce di assicurare la più rapida immissione in commercio dei nuovi farmaci e vaccini superando il gap rispetto agli altri Paesi europei per le condizioni al lancio (tempi, prezzi, consumi), e di definire un sistema di valutazione in linea con gli standard europei, che dia adeguata importanza all'innovazione incrementale. Si pone l'attenzione sul mantenere e sviluppare il ruolo industriale della farmaceutica in Italia, evitando norme che abbiano effetti negativi e discriminatori per gli investimenti in produzione e Ricerca nel Paese e individuando sistemi premiali, ad esempio garantendo migliori condizioni di accesso, ai prodotti che hanno contribuito a portare o stanno portando nuovi investimenti nel Paese. Si propone di stabilire un credito di imposta strutturale del 10% sugli investimenti in Ricerca e Innovazione, automatico da comunicare tramite autocertificazione, in linea con quanto richiesto da Confindustria nel suo "Progetto per l'Italia" e con l'auspicio che tale aliquota possa essere portata al 20% in linea con le best practices Ue.

### ***Industria farmaceutica - Prof. Renato Lauro e Prof. Francesco Dotta, IBDO Foundation (Osservatori, accademici)***

Viene suggerito che andrebbe sviluppato il potenziale coinvolgimento dell'industria farmaceutica e non in eventuali progetti in partnership e che sarebbe auspicabile un coinvolgimento di tutti gli stakeholders in un programma di salute Pubblica così ambizioso.

### ***Formazione - Prof. Renato Lauro e Prof. Francesco Dotta, IBDO Foundation (Osservatori, accademici)***

Si rileva come non vengano menzionati eventuali programmi di formazione, sottolineando che la diffusione delle conoscenze e l'aggiornamento di tutti i soggetti coinvolti nella gestione della Salute Pubblica rappresentano un elemento irrinunciabile.

### ***Formazione - Prof. La Torre, Università La Sapienza (accademici)***

Si evidenzia come sia stato ben sottolineato nella parte iniziale del capitolo 3 che il SSN sarà conosciuto a livello internazionale per la sua qualità e la sua efficienza. Si suggerisce che, sulla base

di questi elementi, potrebbe essere meglio esplicitata la verifica del mantenimento di elevati livelli di conoscenze biomediche attraverso un adeguato sistema di formazione continua in medicina, che interessi i settori dell'assistenza ospedaliera, distrettuale e della prevenzione.

***Formazione – Dott. Giovanni Bissoni, AGENAS (Autorità in materia di salute) e Prof. Villari, Università La Sapienza (accademici)***

Entrambi esprimono l'auspicabilità di un capitolo dedicato alla formazione e alla ricerca che enunci lo squilibrio tra i costi di formazione dei medici e la disponibilità di borse di specializzazione. Inoltre rilevano come all'interno del curriculum formativo dei medici ci sia poco spazio per considerazioni di tipo manageriale, di organizzazione e gestione dei servizi.

***Programmazione dei fondi europei – CCA Regione Sicilia (Associazioni Civiche e di pazienti)***

Si rileva come una programmazione oculata dei fondi europei 2014 – 2020 debba partire dal presupposto che la salute non sia solo un costo ma un investimento e che in quest'ottica diventa importante il rafforzamento del ruolo del presidio nazionale che, al pari della cogenza esercitata per i piani di rientro, potrebbe guidare la programmazione integrata di entrambi i fondi. Si indicano come possano costituire obiettivo dei fondi, con il FESR rivolto a infrastrutture e servizi e il FSE rivolto alle risorse umane, le seguenti proposte: (i) Distribuzione di strutture sul territorio per la presa in carico delle persone con limitata autonomia, volti a supportare il sistema delle cure e della riabilitazione per cronici e disabili, anche per la salute mentale. (ii) Specializzazione dell'attività ospedaliera orientata al consolidamento e al collegamento con i centri di eccellenza e al potenziamento della capacità di ricerca. (iii) Attività formative per il settore sanitario sia per le professioni mediche sia non mediche. (iv) Attività informative - informatiche di supporto aggiuntive rispetto a quelle attualmente considerate relativamente al Fascicolo Sanitario Elettronico che possano prevedere ulteriori traguardi come l'implementazione di tecnologie abilitanti per le cartelle cliniche per il supporto al governo clinico tramite i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, per i servizi di prenotazione on-line finalizzati al controllo e all'abbattimento dei tempi di attesa, per l'empowerment del paziente/familiare, per la semplificazione amministrativa e il conseguente abbattimento di costi. (v) Innovazione di processo e/o di prodotto per interventi per problemi di particolare rilevanza sociale e ad alto impatto economico come: (I) la logistica del farmaco o (II) introdurre nuove tecnologie come la prevenzione delle cause che incidono sulla diffusione delle infezioni ospedaliere.

***Concretezza – Dott. Antonio Buccarelli (professionisti della Salute) e Istituzione Pubblica***

*Buccarelli:*

È espressa perplessità sulla realizzabilità delle proposte sottolineando che l'analisi di contesto prescinde da troppe criticità dell'organizzazione attuale del SSN, che rendono impossibile portare avanti le riforme prospettate. Si constata che occorre una radicale ristrutturazione del sistema in cui la sanità venga attribuita direttamente ai medici e l'organizzazione amministrativa venga fortemente

semplificata. Si evidenzia anche che questo presupponga licenziamenti, costituisce costituendo così il primo elemento che ne riduce il consenso. Si conclude rilevando che accanto al tema della trasparenza, debba affermarsi una gestione del tutto centralizzata, piuttosto che sussidiaria.

#### *Istituzione Pubblica:*

Si esprime perplessità riguardo alla realizzabilità della proposta e, in particolare, al problema delle resistenze che si incontrerebbero andando a toccare gli interessi costituiti delle entità coinvolte.

#### ***Vaghezza del concetto di aumento di produttività – On. Nerina Dirindin, Senatrice PD e membro della Commissione Parlamentare Igiene e Sanità (Istituzioni Pubbliche)***

Si rileva che il concetto di aumento della produttività sia stato definito in modo vago e che occorra chiarire che aumentare la produttività non significa necessariamente che vada aumentata la produzione, e definire esattamente cosa si intende e come raggiungere gli obiettivi.

#### ***Integrazione tra soggetti sanitari –Istituzione Pubblica***

È stata posta la necessità di affrontare il tema dell'integrazione tra i diversi soggetti sanitari (settore farmaceutico, aziende, diagnostico, etc.) e il ruolo del medico di base in tale sistema.

#### **Istituzione Pubblica**

##### ***Ruolo di imprese bancarie – Istituzioni Pubbliche***

Si pone l'accento sul ruolo che le imprese bancarie potrebbero svolgere nell'accompagnare e assistere la sanità lungo le logiche di innovazione volte alla promozione della filiera produttiva. Vengono fornite alcune linee guida ad esempio: (i) Ruolo di incubatore di aziende, attraverso la predisposizione di servizi di consulenza finanziaria e l'offerta/produzione di strumenti innovativi di finanziamento. (ii) Creazione di un portafoglio di fondi dedicati a linee di credito dirette alle start-up e allo sviluppo dimensionale delle piccole e medie imprese attive nel settore biomedicale, in particolare nella diagnostica avanzata, nella ricerca applicata, nei servizi di *home care* e *long term care*, nella telemedicina e nello sviluppo dell'ICT nella sanità. (iii) *Project financing* volto all'ammodernamento delle infrastrutture ospedaliere, alla costruzione di quelle distrettuali (piani di diffusione dell'ICT nella filiera medica, call center per la telemedicina e l'assistenza domiciliare integrata ecc.), alla costruzione di infrastrutture assistenziali, alla dismissione di aree ospedaliere nei centri urbani a fini di riconversione in aree residenziali per il finanziamento di progetti di ri-localizzazione delle infrastrutture sanitarie in aree più accessibili e in cui possano manifestarsi sinergie di distretto e di filiera. (iv) Rafforzamento della tradizionale offerta di servizi per una più efficace e fluida circolazione del denaro all'interno del complesso sistema di pagamenti che innerva la filiera produttiva del distretto sanitario. In tal senso vengono suggerite tre ulteriori possibilità: Infrastrutture e strumenti per la gestione integrata del rischio di liquidità nel sistema dei pagamenti di distretto; Strumenti di factoring dedicati ed agevolati per consentire una migliore gestione della liquidità circolante (attraverso una più efficiente



rotazione dei crediti commerciali) da parte di imprese con contratti di fornitura con le ASL e le aziende ospedaliere; Lease-back degli immobili e delle apparecchiature per accompagnare i nuovi assetti organizzativi delle strutture ospedaliere volte ad una più efficiente gestione delle attività immobilizzate e delle infrastrutture ospedaliere.

## **5. Conclusioni e percorso futuro della Roadmap**

Il percorso cominciato con la pubblicazione dell'Healthcare Roadmap 2030 è in corso di svolgimento. La Roadmap costituisce una cornice sistematica, all'interno della quale si inseriranno puntuali e concrete proposte. Action Institute prevede la pubblicazione di una decina di paper su altrettanti temi chiave indicati come prioritari nella Roadmap ed emersi a più riprese anche nel corso della consultazione pubblica. I primi due documenti sono già stati pubblicati, e approfondiscono il tema cruciale della managerialità in sanità e dei Piani di Rientro.

I contributi alla discussione suscitata da Action Institute e formalizzati nella consultazione pubblica saranno attentamente vagliati e integrati nei futuri lavori.

## **6. Ringraziamenti**

A conclusione della presente pubblicazione, Action Institute desidera ringraziare sentitamente tutti coloro che hanno preso parte alla Consultazione pubblica sulla Healthcare Roadmap 2030. I commenti, le critiche, gli spunti di discussione e i suggerimenti ricevuti, sia direttamente in risposta alla consultazione sia raccolti in occasione dell'evento alla sede dell'AGCM qui riassunto, hanno rappresentato un prezioso contributo nel miglioramento dell'impianto complessivo della proposta.