

PANORAMA DELLA SANITÀ

MENSILE DI INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE | Anno XXXI | Numero 1/2 | GENNAIO/FEBBRAIO 2018

**AIOP: SSN SALVO
CON UN PATTO
DI NEO WELFARE**

**MALATTIE RARE:
ROAD MAP 2018
DELL'ALLEANZA**

**ANTIBIOTICO
RESISTENZA:
BOCCIATI DALLA UE**

**CORRUZIONE: EPISODI
IN UNA ASL SU QUATTRO**

**FARMACI, IN ITALIA
TRIALS IN AUMENTO**

**SALUTE NELLE CITTÀ:
15 AZIONI PER MIGLIORARLA**

**ELEZIONI: TRA TIMONIERI
E PROMESSE DI MARINAIO**

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/03 (conv. in L. 27/02/2004) art.1 comma 1 - Aut. C.N.M. 4/2015 - € 8,00 a copia - ISSN 1120-8740

Verso le elezioni 2018

Quali sanità e welfare nella prossima legislatura?

In vista del prossimo appuntamento elettorale del 4 marzo abbiamo chiesto ad alcuni protagonisti del mondo politico, espressione dei diversi partiti e movimenti in lizza, di rispondere a cinque domande, comuni a tutti gli intervistati, particolarmente significative per poter dare ai lettori di Panorama della Sanità un quadro dettagliato e originale sull'impegno dei diversi schieramenti e sui programmi delle singole formazioni nei temi della sanità e del welfare. Ne emerge un forum che riportiamo acriticamente in ordine alfabetico - soffrendo l'assenza delle risposte di Fratelli d'Italia e Lega, opportunamente sollecitati - ma su cui, dopo il voto, svolgeremo una puntuale azione di fact checking e di pungolo istituzionale così da aiutare i decisori pubblici a vestire i panni dei timonieri e sfuggire al rischio di aver fatto promesse di marinaio.



Paola Binetti

Noi con l'Italia UDC

Disuguaglianze

Il referendum del dicembre 2016 ha mantenuto la competenza in materia sanitaria come concorrente fra Stato e Regioni. Quali interventi ritiene necessari attuare su questo tema, fonte di crescenti disuguaglianze tra le diverse aree del Paese?

Penso che l'attuale situazione socio-economica non garantisca a tutti i cittadini pari accesso alle cure, in flagrante contraddizione con gli articoli 2 e 3 della nostra Costituzione. Occorre ripartire dalla tutela del Diritto alla Salute come piattaforma per un nuovo modello assistenziale, o meglio socio-assistenziale. Norme più chiare e tempestive, a seconda dei problemi emergenti, sia a livello parlamentare che governativo, e un recepimento più

rapido da parte della Conferenza Stato-Regioni delle leggi, per dar loro attuazione in modo uguale su tutto il territorio nazionale. Gli italiani, per sentirsi parte di un unico sistema nazionale, debbono toccare con mano la parità dei diritti, proprio in virtù di un'etica pubblica più coerente e rigorosa, sganciandosi da un approccio esclusivamente economico che fa della salute un nuovo mercato.

Sostenibilità e accesso alle cure

L'innovazione tecnologica e il progresso scientifico hanno aperto un inedito fronte sul tema dell'accesso alle cure e del rapporto tra benefici attesi e costo delle terapie. Qual è la vostra posizione in merito e quali interventi avete previsto per garantire

cure efficaci a tutti e la sostenibilità economico-finanziaria del sistema? Quali strumenti attiverete e in che tempi per sviluppare un compiuto monitoraggio dei bisogni di salute dei cittadini e dell'andamento della spesa e dei ritorni in termini di investimento? Come sarà sviluppato il rapporto pubblico-privato in campo sanitario e più estesamente nel settore del welfare secondo il vostro programma?

Le terapie innovative, gli sviluppi tecnologici sul piano diagnostico e sul piano terapeutico esigono oggi un profondo ripensamento dei modelli decisionali su cui si fondano le scelte, sia a livello governativo che a livello locale. L'aumento della popolazione anziana sta creando nuovi bisogni in campo assistenziale, anche perché spesso si accompagna alla solitudine dell'anziano. C'è la necessità di supportarlo con specifici interventi di tipo socio-assistenziale, soprattutto quando c'è una riduzione delle capacità cognitive. Questo esige un controllo della spesa che permetta di evitare inutili duplicati di accertamenti, ricoveri impropri, dispersione di risorse umane altamente qualificate per ruoli e compiti a più basso indice di complessità. Il rapporto pubblico-privato deve diventare un modo abituale di affrontare i problemi, anche per non escludere la famiglia con le risorse di cui dispone dal fare il supporto necessario ed auspicabile all'assistenza familiare. Ma il privato sociale deve essere e deve rimanere tale: una opportunità in più offerta a chi la richiede; non può sostituirsi alla specifica responsabilità dello stato, che deve garantire a tutti una offerta gratuita di servizi di alta qualità. Offrire a costo di Ticket un intervento di tipo diagnostico-assistenziale può aiutare a smaltire molte code, velocizzando i processi di diagnosi e cura.

Futuro del Ministero della salute

Alcuni temi caldi hanno accompagnato la passata legislatura per quanto riguarda la salute dei cittadini e l'ade-

sione agli obiettivi dell'Unione europea per allungare di due anni la vita in salute delle persone entro il 2020 e per rispondere agli obiettivi di sostenibilità indicati dall'OMS per il 2030. Nello scenario politico-istituzionale e nel solco della progressiva, necessaria integrazione tra sanità e sociale, qual è la posizione della sua forza politica rispetto al futuro del Ministero della salute? Ha ancora senso una ripartizione delle deleghe così circoscritta?

Sono i dati epidemiologici e gli studi demografici a dirci che un Ministero della Salute che non abbia anche una delega forte sulle politiche sociali corre il rischio di veder fortemente ridotta la sua efficacia. La cronicità, la disabilità e l'anzianità non si possono trattare con l'adeguata qualità senza un progetto che includa interventi di tipo sociale strutturali e sistemici. Il Ministero della salute deve avere al suo interno risorse e competenze necessarie per garantire questi servizi a tutti coloro che ne hanno bisogno. Non basta vivere più a lungo se non si vive riappropriandosi progressivamente della propria autonomia, imparando a gestire le proprie fisiologiche disabilità e soprattutto comprovando nella quotidianità della propria esperienza che il diritto alla salute è un fatto e non uno slogan, come troppo spesso accade... Nel nostro programma c'è un grande progetto: l'istituzione di un grande Ministero delle politiche sociali e sanitarie; un ministero che sappia dettare la linea anche al MEF, evitando che sia l'economia a dirci di cosa abbiamo bisogno e di come dobbiamo affrontare i problemi di nostra competenza.

Liste di attesa

In che modo e con quali azioni concrete e misurabili intendete intervenire sulle liste di attesa e sull'accesso alle cure?

Ci sono interventi di natura strutturale e interventi di natura organizzativa, legati agli attuali modelli ormai superati nel loro

impianto complessivo. Tra gli interventi previsti occupano un ruolo fondamentale il ricorso sempre più frequente agli strumenti telematici per la prenotazione e programmazione delle visite, anche per orientare il personale nell'area dei servizi in cui è più forte la richiesta dei pazienti. A volte sorprende vedere ambulatori vuoti o letti non occupati a fronte di richieste pressanti di pazienti in lista di attesa...Nello stesso tempo ci troviamo con l'assoluta contraddizione del numero di posti nelle Scuole di specializzazione che penalizza ambiti ad elevatissimo indice di richiesta come la geriatria a vantaggi di settore in cui il flusso di richieste di giovani medici e di pazienti è decisamente minore. Occorre avere a disposizione più figure professionali per meglio orientare gli stessi pazienti: figure come il dietista, il fisioterapista, il logopedista... e spesso anche infermieri ad elevato indice di specializzazione possono far fronte a moltissime richieste dei malati, con loro piena soddisfazione.

Assistenza primaria

Quali interventi sono previsti nel programma della sua forza politica per spostare il baricentro della sanità da un criterio ospedalocentrico verso un equilibrato rapporto tra cure e strutture per acuti e l'assistenza primaria? In particolare, l'invecchiamento della popolazione e l'esplosione delle cronicità impongono un ripensamento delle priorità assistenziali, previdenziali e sociosanitarie. Con quali azioni e in che tempi ritenete di intervenire su questo fronte? In particolare, sarà mantenuto e incrementato il Fondo per la non autosufficienza?

Il Fondo per la non autosufficienza va certamente aumentato, tenendo conto del trend verso l'invecchiamento della popolazione, ma spesso va tradotto in servizi sufficientemente differenziati da essere centrati sui bisogni reali dei pazienti e sulle necessità delle famiglie. Ma

il passaggio ad una medicina territoriale più capace di rispondere ai bisogni dei pazienti, dando loro la necessaria sicurezza di essere assistiti nel miglior modo possibile comprende anche tre passaggi importantissimi a monte:

a) La scuola di specializzazione in medicina generale, o di famiglia, o di base... comunque la si voglia chiamare deve diventare una specializzazione con i suoi contenuti specifici ma con le stesse modalità di gestione di qualsiasi altra specializzazione, con un approccio multidimensionale e una adeguata supervisione della Facoltà, come avviene in tutte le altre scuole. Ovviamente con una docenza di cui sono magna pars i medici di medicina generale, selezionati tra i più competenti sul piano clinico-assistenziale.

b) Occorre promuovere il modello degli studi associati tra i medici di medicina generale, che funzionino 24 ore su 24, con turni opportuni e con la condivisione dei casi clinici per discuterli, approfondirli e poter intervenire nel miglior modo possibile. Alla qualità della relazione umana tipica del medico di famiglia, si deve aggiungere per il paziente la sicurezza che troverà sempre e comunque qualcuno che lo ascolta quando ha bisogno e se ne prenderà carico.

La medicina territoriale, o meglio l'assistenza territoriale, non è solo un fatto di medici. Esige equipe integrate, con infermieri di famiglia, fisioterapisti, logopedisti, ecc... Solo un lavoro in team, spostato al domicilio del paziente quando ne ha bisogno, è in grado di dare al paziente la convinzione che non è necessario andare al Pronto soccorso o farsi ricovrare per essere adeguatamente assistito e solo così si sposterà l'asse della diagnosi e cura dei pazienti cronici o anziani sul territorio, nelle loro case, con i loro familiari, senza inutili distacchi e spaesamenti ma anche senza costi aggiuntivi del tutto inutili.

Malattie rare

L'Alleanza (Amr) traccia la road map per il 2018

Alla prima riunione oltre 70 associazioni di pazienti hanno lavorato fianco a fianco con i parlamentari dell'Intergruppo Malattie Rare.

Garantire una maggiore qualità di vita e delle cure attraverso percorsi di presa in carico uniformi su tutto il territorio che passino attraverso una maggiore facilità di accesso ai farmaci prescritti dai piani terapeutici anche nei casi di utilizzo off label; centri di riferimento dai requisiti costantemente verificati; il diritto alle terapie domiciliari; l'approvazione di una legge sui caregiver con delle correzioni migliorative rispetto al testo attuale; la presa in carico anche nella transizione dall'età pediatrica all'età adulta, senza trascurare il sostegno psicologico e lo sviluppo di strutture di sollievo a supporto delle famiglie. Sono le priorità individuate ieri dall'Alleanza Malattie Rare (Amr), tavolo permanente di lavoro che mette fianco a fianco i rappresentanti delle associazioni di pazienti, le Istituzioni dell'Intergruppo Parlamentare Malattie Rare e gli esperti e stakeholder del settore. Le proposte riguardo agli obiettivi per il 2017-2018 sono state prese in occasione della prima riunione che si è tenuta recentemente alla Camera e che ha registrato la partecipazione di gran parte delle 70 associazioni di pazienti aderenti, dei membri dell'Intergruppo parlamentare guidato da Paola Binetti, del Direttore Generale dell'Aifa Mario Melazzini, di diversi stakeholder ed esperti del settore, di esponenti del mondo accademico e della comunicazione rappresentati dall'Osservatorio Farmaci Orfani (Ossfor) e l'Osservatorio Malattie Rare (Omar), tra i fondatori dell'Amr, e rappresentanti del mondo clinico e della ricerca scientifica. «Ora che le associazioni hanno individuato gli obiettivi prioritari e i parlamentari più sensibili al tema ne hanno preso atto – ha dichiarato Francesco Macchia, coordinatore – bisognerà procedere con un'analisi attenta

dello scenario normativo e capire come introdurre, là dove servono, degli elementi migliorativi. La legislatura sta per finire, occorre tenere conto anche di questo: non dobbiamo disperdere energie in atti che non troverebbero riscontro ora ma al tempo stesso dobbiamo gettare le basi perché i temi che ci stanno a cuore vengano immediatamente ripresi dal nuovo parlamento. È questo il compito di un organo tecnico



come Ossfor: a noi spetta trovare il “come”, il cosa fare è e deve rimanere una decisione in mano ai pazienti». L'incontro, il primo dopo la fondazione dell'Alleanza avvenuta lo scorso 4 luglio alla Camera, è servito a delineare le modalità di lavoro e a scegliere le priorità da affrontare in modo da formulare proposte concrete da sottoporre ai decisori politici prima della fine della legislatura, una vera e propria road map delle malattie rare. «Il successo di questa Alleanza – ha dichiarato Paola Binetti – dipenderà dalla capacità di porci obiettivi realizzabili e concreti, dall'abilità di concentrarci su pochi temi condivisi e trasversali e di creare un grande movimento sinergico. Occorre trasformare le esigenze dei singoli in proposte operative concrete, solo in questo modo le idee possono tradursi in interrogazioni parlamentari, nuove proposte di legge e emendamenti migliorativi delle leggi in discussione» ha concluso Binetti.