

Presidenza del Consiglio dei Ministri



**IN DIFESA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE
(SSN)**

26 gennaio 2017

INDICE

Presentazione.....	3
1. Premessa: La generale insostenibilità del SSN	5
2. La promozione della prevenzione a tutela del SSN	7
3. La necessità di generale rivisitazione dei modelli organizzativi	7
4. Una sanità in difesa dei pazienti fragili.....	10
5. La rivitalizzazione della formazione professionale e interprofessionale	12
6. L'orientamento alla ricerca sanitaria	13
7. La difesa dalle frodi e dalla corruzione in sanità	13
8. Raccomandazioni	16

Presentazione

Nel documento *In Difesa del Servizio Sanitario Nazionale* il CNB affronta alcuni aspetti ritenuti di precipua importanza per la difesa, la preservazione, il rilancio, l'equità e la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Il CNB ripercorre le principali cause che hanno co-determinato la grave crisi che ammantava il sistema, fra cui spicca – nel delicato momento di allineamento dei bilanci degli stati UE alle soglie del patto eurocentrico – il processo di inversione demografica, associato ad un'aspettativa di vita crescente ma in peggiori condizioni di salute, con aumentata domanda di servizi sanitari da parte di una popolazione più anziana colpita da polipatologie, che richiedono terapie sempre più costose per la quantità dei farmaci somministrati, per le condizioni di disabilità e per le eventuali condizioni di demenza.

Dopo aver analizzato lo status quo del SSN e considerato che l'Italia risulta all'ultimo posto per le spese sulla prevenzione nell'ambito dei 34 Paesi dell'OCSE, il Comitato raccomanda di investire la parte dovuta - e sinora trascurata - del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) destinato alla prevenzione, creando al contempo nuovi percorsi affinché l'educazione alla prevenzione sia diffusamente assicurata nel Paese sin dall'età infantile. Il CNB esprime forte preoccupazione al riguardo, in quanto emerge chiaramente che senza una fondamentale attenzione alla prevenzione, il SSN diverrà sempre meno sostenibile e se ne perderanno gli indubbi benefici che hanno caratterizzato i quasi quarant'anni della sua esistenza.

Il Comitato ribadisce, altresì, la necessità di omogeneizzare il processo di digitalizzazione della sanità in tutte le Regioni, segnalando di continuare l'avviata sperimentazione di nuovi modelli organizzativo-gestionali con particolare riguardo alle cure dei pazienti cronici e/o con polipatologie, con la relativa costruzione di Banche Dati Assistite per tali tipologie di pazienti, creando così le basi per lo sviluppo dei Piani di Assistenza Individuali e la ridefinizione di un nuovo e più adeguato sistema tariffario. Con particolare riguardo ai pazienti a rischio di sviluppare demenza o con declino cognitivo già conclamato, il Comitato evidenzia la necessità della costruzione di una nuova sanità in difesa dei pazienti fragili, che miri all'attuazione di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale integrato condiviso da medici di medicina generale, servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliari e cliniche della memoria esperte del SSN. Nell'ambito dei pazienti fragili, si raccomanda altresì di prestare una particolare attenzione ai bambini, dalla prevenzione nella fase prenatale sino alla cura delle malattie croniche disabilitanti, congenite o acquisite, che denotano un trend viepiù crescente, richiedendo l'urgente riequilibrio fra le differenze esistenti nel divario Nord e Centro-Sud, in particolar modo nella mortalità infantile.

Il Comitato, inoltre, pur consapevole della recente approvazione dei nuovi LEA, ne raccomanda la revisione su base periodica e programmata, ribadendo che essa sia fondata sui criteri dell'evidenza e del rapporto costi-efficacia, pena la conseguente non sostenibilità del sistema e la dissipazione di risorse pubbliche, dovuta all'erogazione gratuita di alcune cure *non evidence-based*, a svantaggio di altre necessarie per la cura dei pazienti. Il Comitato mette, inoltre, in chiara luce l'ingente e crescente spesa privata a carico dei cittadini e delle famiglie, invitando ad ottenere a breve termine la riduzione della stessa, anche per l'esistente iniquo divario fra cittadini con disponibilità economica, che

possono risolvere rapidamente i propri problemi, e quelli che invece o sono soggetti a lunghe attese oppure restano privi di assistenza, perché non possono permettersela. Nell'attuale scenario, il Comitato raccomanda, inoltre, che il SSN preveda ulteriori fondi che debbano essere "obbligatoriamente" investiti per la formazione professionale ed interprofessionale in tutto il Paese e, soprattutto, nelle Regioni assoggettate a piano di rientro, dove negli ultimi anni di crisi le risorse all'uopo teoricamente destinate sono poi state drasticamente ridotte o azzerate per motivazioni inerenti il rispetto degli obiettivi generali statuiti dai piani stessi.

Al CNB è apparso, altresì, imprescindibile che la ricerca sia un'attività pienamente riconosciuta come parte fondamentale del SSN, cui destinare annualmente un sicuro budget prestabilito, garantendo inizialmente un minimo dell'uno per cento del FSN, con l'obiettivo, una volta superato l'attuale stato di crisi finanziaria del Paese, di destinare risorse aggiuntive. In ultimo, con particolare riguardo alla difesa dalle frodi e dalla corruzione che pervadono il SSN, il Comitato, pur apprezzando le iniziative già varate in generale nelle Pubbliche Amministrazioni ed in particolare nel SSN, ritiene che la gravità della situazione attuale non consente più di procrastinare ogni azione utile. Ispirandosi all'efficacia delle azioni varate nel modello del Regno Unito - da cui l'Italia ha attinto per decenni i più importanti principi ispiratori - il Comitato perciò suggerisce di valutare l'urgente costituzione di un'apposita Direzione Generale anti-Frode e Corruzione in Sanità, all'interno del Ministero della Salute, con la presenza di un corpus di specialisti multidisciplinari, come peraltro già previsto in passato dal D.L. n. 32/2003, che non è mai stato sinora implementato.

Il gruppo di lavoro è stato coordinato dai Proff.: Massimo Sargiacomo, Maurizio Benato, Carlo Caltagirone e Silvio Garattini, che hanno redatto la bozza del documento.

Integrazioni utili per la stesura definitiva del documento sono pervenute dai Proff.: Salvatore Amato, Francesco D'Agostino, Lorenzo d'Avack, Mario de Curtis, Antonio Da Re, Assuntina Morresi, Laura Palazzani e Monica Toraldo di Francia.

Hanno offerto un prezioso contributo le audizioni esterne del Prof. Walter Ricciardi (Presidente dell'ISS), della Dott.ssa Angela Adduce (Dirigente della Ragioneria Generale dello Stato), del Prof. Dario Sacchini (Università Sacro Cuore – Gemelli) e Dott.ssa Carla Collicelli (Censis), nonché l'audizione interna del Prof. Massimo Sargiacomo.

Il documento è stato approvato all'unanimità dai membri presenti nella Plenaria del 26 gennaio 2017, i Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Cinzia Caporale, Carlo Casonato, Francesco D'Agostino, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Carlo Flamigni, Silvio Garattini, Marianna Gensabella, Laura Palazzani, Massimo Sargiacomo, Monica Toraldo di Francia; nessun astenuto.

Hanno espresso voto favorevole i membri senza diritto di voto, i Dott.: Maurizio Benato, Paola Bernasconi, Carlo Petrini.

Successivamente sono pervenute le adesioni dei Proff.: Carlo Caltagirone, Stefano Canestrari, Mario De Curtis, Riccardo Di Segni, Rodolfo Proietti. Tra i membri consultivi: la Prof. Anna Teresa Palamara.

1. Premessa: la generale insostenibilità del SSN

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è alle prese con la più grande crisi che esso abbia mai conosciuto a partire dalla sua fondazione. Diversi commentatori internazionali mettono fortemente in dubbio che l'attuale sistema di *welfare* possa essere sostenibile a breve-medio termine, considerata la convergenza di alcuni fattori chiave che stanno minando la stabilità e la sopravvivenza dei principi cardine, posti a fondamento del SSN sin dall'inizio, in primis la gratuità, l'equità e l'universalità delle cure. L'Italia, infatti, rispetto al processo di inversione demografica iniziato nel 1992, ha registrato negli ultimi anni un marcato peggioramento nel rapporto, all'interno della popolazione, fra ultra 65enni ed i sempre meno giovani sotto i 14 o pari a 14 anni. La citata inversione di trend è stata co-determinata dal più basso tasso di fertilità mai rilevato in Italia e dal contemporaneo incremento dell'aspettativa di vita (Nazioni Unite, 2017, <http://data.un.org>; World Bank, 2017, <http://data.worldbank.org/>).

I summenzionati fenomeni presentano anche delle ripercussioni strettamente economiche, in quanto la popolazione anziana sopporta da una parte il rischio che la nuova generazione giovane - inferiore numericamente ed in gran parte disoccupata - non sia in grado di sostenere in futuro le spese di *welfare*, mentre dall'altra, senza dubbio, è evidente che la ricchezza non stia crescendo, come peraltro testimoniato dai recenti dati sull'andamento del PIL.

Lo scenario preoccupante appena delineato risulta ancora più temibile ove si consideri che, sebbene sia aumentata mediamente negli ultimi anni l'aspettativa di vita della popolazione (registrando comunque uno stop nel 2015), la domanda di servizi sanitari inevitabilmente registrerà ulteriori aumenti per il peggiorare delle condizioni di salute con l'aumento dell'età, ed in particolar negli ultimi 12 anni per gli uomini (la cui aspettativa di vita in media è di 80 anni) e negli ultimi 17 anni nelle donne (la cui aspettativa di vita in media è di 84 anni) (Global Burden of Disease, *Lancet*, 2016). Parallelamente, muta così il mix della domanda di salute, in quanto i medici di medicina generale sono ogni giorno alle prese con una popolazione sempre più anziana, colpita da un insieme di malattie croniche; tali malattie comportano spesso terapie sempre più costose per la quantità dei farmaci somministrati, per le condizioni di disabilità e per le eventuali situazioni di demenza.

In questo scenario di domanda di salute succintamente delineato, malgrado la generale bontà del nostro SSN, l'Italia risulta all'ultimo posto per le spese sulla prevenzione nell'ambito dei 34 Paesi dell'OCSE (OECD-OCSE, 2015), mentre la quota di spesa generale allocata al SSN è simile a quella di Spagna, Portogallo e Grecia (dove i rispettivi SSN o hanno già abdicato ad un sistema di *welfare* generale della Sanità, o sono assistiti da programmi di donazioni internazionali) e ben al di sotto dei livelli di Francia e Germania. Tali differenze non sono di certo "solo" ascrivibili all'ineguale peso degli stipendi, bensì alle risorse che non vengono stanziare per il nostro SSN, a dispetto dell'investimento in "sanità" che altri Paesi continuano invece ad alimentare.

Lo status della spesa del nostro Paese è frutto di diversi tagli al SSN avviati da diversi anni con il chiaro obiettivo di allinearci ai parametri richiesti dal pareggio dei bilanci degli Stati imposti dal patto di bilancio europeo. Oggi, nei

bilanci regionali, il peso della salute assorbe mediamente l'80% delle risorse e la legge di stabilità del 2016 ha destinato inizialmente 111 miliardi al FSN (<http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/attivit-monitoraggioRGS/2015>), prevedendo Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che nell'ultimo decennio purtroppo o non sono stati garantiti – o effettivamente raggiunti – in numerose Regioni italiane (per esempio: Tediosi, Gabriele, Longo, *Health Policy*, 2009; Lega, Sargiacomo and Ianni, *Health Services Management Research*, 2010). Infatti, i 34 milioni di persone appartenenti alle regioni assoggettate a Piani di Rientro nel nostro Paese, negli anni scorsi hanno goduto notoriamente di una minore qualità dei servizi, a fronte di maggiori tagli - ed extra tassazione regionale - per risanare i bilanci ed allinearsi agli obiettivi dei piani di rientro. Inoltre, palesi criticità si rinvengono sul fronte della spesa sanitaria privata, rispetto alla quale l'Italia risulta essere l'unico Paese al mondo dove vengono spesi dai cittadini circa 40 miliardi di euro completamente a loro carico, ovvero il 31% della spesa sanitaria totale, mentre una percentuale minimale è coperta da assicurazioni o fondi; si aggiunga, poi, che alcuni cittadini dichiarano di rinunciare alle cure per assenza di risorse proprie (Longo, *Health Policy*, 2016), facendo emergere come l'iniquità e l'assenza di universalità delle prestazioni sanitarie colpiscano alcune fasce della popolazione, con marcate evidenze in alcune regioni (Del Vecchio, Fenech and Prenestini, *Health Policy*, 2015).

In tale ambito, è altresì necessario che i LEA - il cui aggiornamento è stato adottato dal Governo con una ulteriore compatibilità finanziaria di € 800 milioni – poggino interamente sui criteri dell'evidenza e del rapporto costi-efficacia (*cost-effectiveness*). Purtroppo, al momento, mentre il nostro sistema a volte non presenta risorse pubbliche sufficienti per l'assistenza ai pazienti di diverse patologie, specie quelle gravi o rare, dall'altra in taluni casi finanzia ospedali che erogano terapie alternative. Ciò, insieme ad altri fattori, può concorrere a incentivare la richiesta di cittadini e contribuenti di assistenza da parte di enti privati, con ulteriore spinta all'incremento della summenzionata spesa a proprio carico, o ad assicurazioni, a prestazioni *intra-moenia*, che solo i cittadini delle fasce sociali più abbienti possono permettersi.

Il Governo, ed in particolare il Ministro dell'Economia, oltre che quello della Salute, hanno piena consapevolezza delle diseguaglianze assistenziali e sociali che si sono create, come testimoniato da varie relazioni sullo stato sanitario del Paese: ad esempio quella del 2012/13 (la sezione 5.1 era intitolata significativamente "La salute degli italiani: una questione di disuguaglianze sociali?"). È ovvio che la crisi finanziaria che ha colpito l'Italia e l'Europa non ha fatto altro che inasprire le notevoli diseguaglianze esistenti. Al riguardo è sufficiente pensare a come, nelle Regioni del Centro Sud (alcune delle quali ancora assoggettate a Piano di Rientro), il decremento del PIL regionale, l'aumento delle procedure concorsuali fallimentari, di amministrazione controllata o concordata in Tribunale, l'innalzato livello di sofferenze, incagli bancari e insolvenze, abbiano fatto, *ceteris paribus*, diminuire l'incasso IVA e l'IRPEF regionale, incluso quello derivante dal consumo di benzina, riducendo sensibilmente la base di co-finanziamento dei sistemi sanitari regionali. Si è, quindi, venuto a determinare un circolo vizioso che si avvia su se stesso e porta a presagire la possibile "cronaca di una morte annunciata".

Nel presente parere il CNB intende focalizzare l'attenzione su alcuni aspetti ritenuti di precipua importanza per la difesa, la preservazione, il rilancio, l'equità e la sostenibilità del SSN¹.

2. La promozione della prevenzione a tutela del SSN

Una forte carenza del SSN è sempre stata, fin dall'inizio, la scarsa attenzione alla sua sostenibilità per il futuro, una sostenibilità che richiede di assegnare un ruolo centrale alla promozione della prevenzione. La maggior parte delle malattie dipende dalle abitudini di vita. Tutti sanno cosa si debba fare e quali siano le cattive abitudini da evitare: dal fumo all'eccesso di alcool, dall'alimentazione incongrua alla sedentarietà, dall'uso delle droghe all'obesità, per citare solo le più note. Il problema è nella difficoltà di attuare stili di vita che siano coerenti con il mantenimento della salute². La medicina ed i suoi operatori hanno sinora mancato l'obiettivo della prevenzione, in parte per il ruolo centrale che la terapia ha assunto nella formazione del medico. Tuttavia la prevenzione non dovrebbe essere una pratica medica, ma un impegno di tutta la società. È difficile chiedere ai cittadini di considerare il dovere, e non solo il diritto, di mantenere la salute quando tutta la società agisce in senso contrario: vi sono interessi economici privati che operano attraverso la pubblicità, promuovendo consumi contrari alla salute, ma anche interessi pubblici dello stesso Stato che lucra attraverso le tasse su cattive abitudini di vita. Tutto ciò impedisce che si realizzi uno sforzo comune per evitare l'insorgere di malattie. È proprio l'insieme delle malattie evitabili che incide sulla spesa sanitaria, sottraendo risorse che non sono più disponibili per aree in cui la prevenzione è molto meno realizzabile.

È, quindi, necessario che il SSN cambi prospettiva creando le condizioni affinché l'educazione alla prevenzione inizi fin dall'età infantile e prosegua nel tempo, coinvolgendo tutte le forze sociali che possono in qualche modo aiutare il cambiamento ed auspicando, altresì, il buon esempio fornito negli stili di vita da parte dei medici.

3. La necessità di generale rivisitazione dei modelli organizzativi

L'organizzazione del nostro SSN si è ispirata per decenni ad un modello culturale che si è limitato ad affrontare prevalentemente la dimensione "oggettiva" delle prestazioni sanitarie. Ciò ha portato a sottovalutare l'aspetto della qualità di una prestazione, che non si basa solo sulle caratteristiche scientifiche e tecnologiche, per loro natura più facilmente misurabili, ma include necessariamente elementi "soggettivi", a cominciare dalle percezioni positive sperimentate dal paziente che accede ai servizi sanitari. È un dato di fatto che il prodotto finale delle attività sanitarie, ovvero il miglioramento dello stato di salute della popolazione e del singolo individuo (*outcome*), ottenuto attraverso una modifica, in senso positivo, del decorso naturale del quadro epidemiologico, sia intimamente collegato all'organizzazione sanitaria e alla sua performance.

¹ Fra i vari pareri che il CNB ha sviluppato in passato, toccando argomenti analoghi, giova segnalare almeno *Etica, sistema sanitario e risorse* (1998), *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute* (2001).

² In tale ambito si rimanda, per una più dettagliata analisi, al parere CNB, *Stili di vita e tutela della salute* (2014).

L'espressione *patient-centeredness* - o "assistenza centrata sul paziente" - è usata ormai comunemente a livello internazionale. Viene proposta soprattutto in parziale opposizione alla visione di una assistenza *technology centred, doctor centred, hospital centred, disease centred, economics centred*. Secondo l'approccio *patient-centeredness*, il paziente viene inserito all'interno di un progetto di cura qualificabile come un processo unitario, che si articola attraverso dei percorsi integrati, un processo clinico di carattere multidisciplinare (dalla prima diagnosi al *follow-up*), un processo infine assistenziale, omogeneo per livello di assistenza (*nursing modulare*). In sintesi, la cura del paziente è favorita dall'integrazione di tutti i processi "accessori" che si articolano intorno al processo principale. È questa una nuova concezione che reclama soluzioni organizzative innovative, con strutture e ospedali che tengano conto di un'intensità di cura diversificata e siano quindi in grado di seguire pazienti particolarmente complessi sotto il profilo sia clinico che assistenziale³. Il focus è diretto sul paziente e non sulla malattia e risponde a concrete istanze (bisogni espliciti, impliciti o latenti, attese, ecc.) dei pazienti; si rapporta, infine, alla qualità che le professioni sanitarie riescono ad esprimere nell'erogazione delle cure.

Il pensiero in sanità è a tutt'oggi di matrice "positivista" e si rifà in gran parte a un modello "Tayloristico" come concezione e "Fordistico" come attuazione⁴. Esso dipende ancora fortemente dal modo in cui la professionalizzazione medica si strutturò a fine Ottocento, attraverso una diversificazione e una progressiva parcellizzazione delle specialità mediche. Si tratta di un'articolazione del sapere e della pratica medica che oggi si presenta come datata rispetto alle problematiche odierne. L'adozione del paradigma sistemico sembra invece cogliere in modo più efficace la complessità della medicina e dei suoi compiti e di come questi possano essere tradotti nell'organizzazione sanitaria.

L'adozione di un nuovo approccio richiede che le diverse concezioni professionali e di servizio siano rese coerenti con gli scopi centrati sul paziente, e ciò per evitare conflitti, problemi e fraintendimenti; oggi persiste una forte divaricazione tra le aspettative del paziente e i modelli di servizio che egli privilegia da un lato e le concrete modalità di offerta delle prestazioni dall'altro.

L'ospedale non può più essere un contenitore generico, ma una struttura calibrata sul bisogno del paziente, un luogo dove si completa una congruenza tra la dimensione verticale, costituita dall'intensità di cura - e quindi dal livello di cura e assistenza appropriato al bisogno - e l'intervento orizzontale, assicurato dall'integrazione tra le varie figure professionali sanitarie. Lavorando per processi ad alta integrazione multi-disciplinare si riorganizzano e si differenziano le responsabilità cliniche, gestionali e logistiche.

³ Sul concetto di intensità di cura, complessità, organizzazione e *governance* delle strutture sanitarie e ospedaliere, si vedano, fra gli altri: F. Lega, M. Mauri, A. Prenestini (a cura di), *L'ospedale tra presente e futuro. Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*, Egea, Milano 2010; B. Cavaliere, *Misurare la complessità assistenziale. Strumenti operativi per le professioni sanitarie*, Maggioli Editore (Collana Sociale e Sanità), 2009.

⁴ Il Modello di F. Taylor si applica al processo di produzione in maniera da scomporre i movimenti e i tempi, rendendo predefinite le diverse fasi del processo, con lo scopo di aumentare la produttività dei lavoratori (Taylor F.W., 1911). Il Modello di H. Ford applica questi principi alla catena di montaggio dell'auto, dando inizio alla produzione industriale di massa, che ha cambiato le modalità produttive e aperto le porte all'economia dei consumi di massa (Ford H., 1922).

L'evoluzione del comparto ospedaliero verso l'alta intensità delle terapie e l'alta specializzazione, a causa dell'estensione della chirurgia non invasiva, del ricorso al day-hospital, della razionalizzazione dei posti letto, reclama di converso una riorganizzazione della sanità territoriale. Quest'ultima è già chiamata a far fronte a processi di cura lunghi e complessi legati all'invecchiamento della popolazione e alle crescenti disabilità; e ora è anche chiamata alla presa in carico di cittadini con dimissioni ospedaliere sempre più precoci. L'obiettivo è la trasformazione strutturale del sistema della Medicina Generale, che implica l'integrazione tra i diversi livelli del comparto. L'affidamento alla Medicina Generale di interi blocchi di servizi secondo il modello inglese del *commissioning* e la presa in carico globale di interi pezzi del sistema e della filiera dei servizi da parte delle Unità di Medicina Generale (vedi, fra i vari nuovi modelli possibili, la sperimentazione del *Chronic Related Group* – CreG – in Lombardia ed in Emilia Romagna) produce oggi i primi risultati positivi. Si tratta di una nuova modalità di gestione dei pazienti cronici che trae ispirazione dal modello *Population Health Management*, coniato dal Prof. Donald Berwick dell'*Institute for Healthcare Improvement* (Berwick et al, 2008). Esso rappresenta lo sbocco di un più ampio sistema di modelli medici gestionali. Una visione funzionale sta alla base di un ripensamento dell'intero comparto fondato su principi e regole di efficienza allocativa (*le cure primarie consentono la liberazione di risorse specialistiche*), di efficienza organizzativa ed erogativa (*le cure primarie offrono servizi e cure dove si generano i bisogni ed evitano la dispersione dell'erogazione, causa di costi indiretti e sociali*) e di efficienza clinica (*una eccellente organizzazione dei processi di cura produce buoni risultati in termini di promozione della salute, in grado di modificare in maniera sostanziale i profili di morbilità e mortalità delle patologie acute e croniche più frequenti*). Le cure primarie devono acquisire l'insieme di funzioni cliniche, sociali e assistenziali legate alla salute delle persone e delle comunità.

In tale ambito, è necessario sottolineare che i principali strumenti strategici per l'integrazione (intra- ed extra-ospedaliera) sono costituiti da: a) un ambiente virtuale basato sulla cartella clinica elettronica, alimentata in tempo reale; b) moduli di teleconsulto che permettano ai clinici di condividere le informazioni specifiche relative al singolo paziente; c) strumenti di teleassistenza domiciliare per la cura dei pazienti presso le loro abitazioni o presso il proprio MMG e per l'interazione con la rete sanitaria.

Con particolare riguardo all'adozione del nuovo modello CReG, è necessario che in ogni Regione: I) esista e sia costantemente alimentata la Banca Dati Assistito che individui i pazienti cronici; II) esistano i percorsi diagnostici terapeutici quali basi di partenza per poi delineare i Piani Individuali di Cura, su misura delle esigenze e delle cure dei singoli pazienti cronici; III) siano determinati nuovi sistemi di tariffazione che applichino criteri remunerativi.

Al riguardo viene spontaneo sottolineare come in numerose Regioni del nostro Paese, a volte anche in conseguenza delle misure adottate nei Piani di Rientro, i delineati strumenti (sub a, b e c, ed I, II e III) non siano stati affatto implementati; a prescindere dai CReG citati fra i vari possibili esempi, appare chiaro che in Italia non è più possibile procrastinare l'avviata sperimentazione di nuovi modelli organizzativo-gestionali per la cura dei pazienti cronici e/o con polipatologie, che possono altresì superare e perfezionare l'attuale sistema di finanziamento pubblico delle prestazioni sanitarie.

4. Una sanità in difesa dei pazienti fragili

Malgrado il notevole sviluppo e le conseguenti applicazioni della ricerca scientifica riguardante la farmacologia, le neuroscienze, le neuro-tecnologie, l'accesso ai protocolli di prevenzione ed alle terapie più avanzate di pazienti in condizione di fragilità, perché anziani o affetti da malattie neurodegenerative, è ancora limitato. D'altro canto, l'aumento dell'aspettativa di vita e il conseguente invecchiamento della popolazione hanno determinato un drammatico aumento dei tassi di prevalenza della demenza: il progressivo decadimento delle funzioni cognitive riconducibile ad una patologia organica provoca la perdita da parte del paziente della sua autonomia funzionale. Si tratta di una vera e propria emergenza, al punto che la sua gestione è diventata un tema centrale per le politiche sanitarie internazionali e nazionali.

A tutt'oggi, fattori individuali, come il grado di istruzione, la posizione economica o il ruolo sociale ricoperto, incidono ancora in maniera preponderante sulla possibilità di accedere ai servizi per la diagnosi precoce e la riabilitazione, mentre l'assistenza attualmente fornita dal SSN rimane per lo più circoscritta alla gestione dei casi di massima criticità, quando la patologia si manifesta in modo conclamato ed acuto. Viceversa, studi incoraggianti hanno dimostrato come la complessa interazione tra fattori biologici ed ambientali (si pensi ad esempio al miglioramento della qualità e degli stili di vita) abbia determinato un effetto sulla resilienza del cervello alla demenza, causando la riduzione del numero di casi osservati rispetto a quelli attesi sulla base delle previsioni degli anni Novanta. Tale rilievo suggerisce la necessità di una rivisitazione dei modelli di assistenza sanitaria soprattutto in funzione del diritto alla salute dei pazienti in cui l'età avanzata, o l'accumulo di eventi patologici che si sviluppano anni prima dell'insorgenza dei sintomi, determineranno un significativo declino cognitivo, tale da compromettere il funzionamento lavorativo e sociale.

In quest'ottica, il rilancio del SSN, soprattutto in funzione dell'attuale insostenibilità dei costi assistenziali, dovrebbe essere incentrato sulla prevenzione e sulla cura della demenza, allo scopo di assicurare al paziente fragile⁵ la tutela del diritto a mantenere il più a lungo possibile l'integrità fisica e psichica.

La premessa indispensabile ad ogni tipo di approccio terapeutico delle demenze è una diagnosi corretta del quadro sindromico ed etiologico e questo richiede un approccio sistematico, protocolli di valutazione approfonditi e l'uso di norme diagnostiche standardizzate. Poiché nuovi criteri internazionali permettono di individuare i pazienti anche in fase precoce, quando compromissioni lievi in diverse aree cognitive sono ancora potenzialmente non percepibili dal soggetto e dai suoi familiari, nuovi servizi dovrebbero essere approntati dal SSN per massimizzare la capacità del sistema di intervenire precocemente e tempestivamente. In quest'ottica, il Ministero della Salute Italiano ha recentemente finanziato un progetto di rete finalizzato allo sviluppo e validazione di criteri operativi per la diagnosi di demenza di Alzheimer in fase preclinica ed all'implementazione di interventi diagnostici standardizzati e armonizzati per la gestione delle demenze. Lo sviluppo di un protocollo multi-

⁵ Fra i vari documenti che il CNB ha sviluppato in merito alle necessità di tutela di varie tipologie di "pazienti fragili", si segnalano, fra gli altri: *Bioetica e diritti degli anziani* (2006), *Le condizioni di vita della donna nella terza e quarta età: aspetti bioetici della assistenza socio-sanitaria* (2010), *Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche* (2014).

fattoriale che integri dati clinici, neuroradiologici, profili di rischio genetici e biomarcatori, e la successiva creazione di procedure operative standard per la loro rilevazione, dovrebbero condurre alla diffusione di un percorso integrato di diagnosi e cura per la demenza all'interno del SSN. Di fatto, sinora quattro biomarcatori hanno dimostrato di essere sufficientemente sensibili da giustificare il loro uso clinico per la diagnosi precoce: l'atrofia dell'ippocampo misurata con la risonanza magnetica strutturale, l'ipometabolismo delle regioni temporali e parietali e gli elevati livelli della proteina amiloide valutati con la PET, e gli alterati livelli di alcune proteine nel liquido cerebrospinale. Facilitare l'accesso dei pazienti in condizione di fragilità a tali nuove strategie diagnostiche contribuirebbe a velocizzare il processo di invio agli specialisti - attualmente non ottimale nel nostro Paese, con notevole ritardo nel riconoscimento della demenza - e l'implementazione precoce di strategie terapeutiche volte a limitare l'impatto dei deficit cognitivo-comportamentale sull'autonomia della persona. Tuttavia ciò comporta anche dei rischi e lascia aperti dei quesiti centrali: è davvero utile formulare una diagnosi prima della comparsa dei sintomi? Non si corre il rischio di "consegnare" al paziente una realtà che può essere vissuta come una condanna inevitabile? Il delicato tema è stato recentemente affrontato dal Comitato Nazionale per la Bioetica, il cui parere è rivolto al diritto, ma non al dovere, di sapere nel contesto della relazione terapeutica: un sapere che è finalizzato anche alla possibilità di interpretare quei cambiamenti cognitivi e comportamentali che la persona malata avverte sin dall'inizio della malattia, e che creano ansia e turbamento.

Sebbene tuttora la maggior parte delle demenze sia comunque destinata ad una progressione, vi è una maggiore diffusa consapevolezza che un approccio terapeutico sistematico, intensivo, continuativo ed interdisciplinare, possa indurre un sostanziale miglioramento della qualità della vita del paziente e della sua famiglia e, in molti casi, rallentare l'evoluzione del deficit cognitivo ed il suo impatto funzionale. In più, eseguire un training cognitivo standardizzato e modificare il proprio stile di vita in modo da ridurre i fattori di rischio aggiuntivi (ipertensione, ipercolesterolemia, fumo), sembrerebbe aumentare la capacità del cervello di tollerare i processi di invecchiamento e le modificazioni patologiche che determinano l'insorgenza dei sintomi di demenza. In particolare, training che si avvalgono dell'utilizzo del computer, in modo che la prestazione sia accuratamente registrata e l'esercizio sia adattato alle capacità della singola persona, hanno dimostrato di avere effetti positivi sulla memoria nei pazienti con disturbo cognitivo lieve, mentre determinerebbero un generale miglioramento delle capacità cognitive globali nei soggetti con demenza di Alzheimer in fase iniziale. In questi ultimi, un periodo di training cognitivo attenua il declino del metabolismo cerebrale osservabile in un gruppo di controllo impegnato in una terapia aspecifica e aumenta l'attività delle aree mesiali del cervello, particolarmente coinvolte in compiti attentivi e di memoria e specialmente vulnerabili nei pazienti con malattia di Alzheimer e disturbo cognitivo lieve; inoltre, il periodo di training cognitivo incrementa la connettività funzionale ovvero l'interazione tra diverse aree cerebrali durante l'esecuzione di un compito, dimostrando come l'esercizio determini nel cervello cambiamenti plastici in risposta all'esperienza. Alla luce di quanto appena esposto, emerge con estrema chiarezza la necessità impellente di un nuovo approccio sistemico che utilizzi diffusamente nel Paese un percorso integrato diagnostico-terapeutico-assistenziale.

Nell'ambito dei soggetti più fragili, una particolare attenzione va sicuramente tributata ai bambini, anche perché le prime epoche della vita rappresentano il periodo più critico dell'esistenza di una persona e possono influenzare in positivo o in negativo il suo futuro. Molte malattie dell'età adulta, così come molte disabilità, devono, dove è possibile, essere prevenute da un'attenta ed equa politica sanitaria. Naturalmente la prevenzione deve iniziare nella fase prenatale e nella cura della salute della donna nel corso della gestazione e molto spesso anche prima della gravidanza stessa. Ugualmente bisogna occuparsi precocemente dei bambini affetti da malattie croniche disabilitanti, congenite o acquisite, che rappresentano un numero sempre crescente e che richiedono un approccio e una gestione multidisciplinare integrata. La lotta alla povertà infantile, in deciso aumento negli ultimi anni, rappresenta un intervento sociale che può migliorare significativamente lo stato di salute dal momento che i bambini che vivono in famiglie povere sviluppano più frequentemente malattie acute e croniche.

5. La rivitalizzazione della formazione professionale e interprofessionale

Negli ultimi anni si è avvertita sempre più l'esigenza di un ripensamento e di una "rivitalizzazione" della formazione, professionale ed interprofessionale, delle molteplici e diverse figure presenti nella intera filiera della cura. Al riguardo, sia bastevole pensare che la sola metamorfosi - auspicata nei paragrafi 2 e 3 del presente documento - non potrà mai avvenire senza delle preventive e mirate azioni formative che coinvolgano gli operatori impegnati a vario titolo nel processo di cambiamento, organizzativo, clinico e di miglioramento nell'efficienza della gestione. La formazione delle figure professionali coinvolte richiede non una didattica passiva in funzione delle regole vigenti del sistema, ma piuttosto una didattica attiva, di analisi e soluzione dei problemi, con l'obiettivo di far sì che ognuno prenda coscienza del proprio ruolo. La formazione, in questo nuovo contesto, assume diverse valenze e si deve connotare non solo come un processo, ma anche come uno strumento: processo attraverso il quale l'individuo e l'organizzazione apprendono e strumento che accompagna e sostiene l'agire, la crescita e lo sviluppo. Oggi la formazione tende, a volte, ad essere separata dal contesto organizzativo e lavorativo, ma non lo potrà più essere nel prossimo futuro perché è parte del processo ed essa stessa processo. Attraverso l'analisi di concetti quali "lavoro di rete", "integrazione", "multidisciplinarietà" e "condivisione interprofessionale della cura" (*shared care*) si possono individuare soluzioni innovative e praticabili dal servizio del SSN.

Se l'organizzazione si "orizzontalizza", all'interno di essa possono essere collocate conoscenza, controllo, management e anche modalità diffuse di potere; si possono valorizzare le competenze professionali specifiche, mentre le storiche gerarchie del sistema perdono rilievo per effetto della nascita di équipe socio-assistenziali integrate e multi-professionali, in cui si attua l'incontro di conoscenze specializzate diverse e complementari. Si compie un processo d'integrazione che non si limita alla ricostruzione dei rispettivi ruoli nella gestione responsabile della salute, ma prevede anche diversi livelli di intervento, ognuno dei quali presenta specifici strumenti, contenuti e professionalità specifiche, e questo in risposta alla centralità dei bisogni della persona. I migliori studi sull'organizzazione e la gestione del lavoro riportano che l'organizzazione vive perché coloro che lavorano nell'organizzazione ne

costruiscono insieme il senso nelle pratiche, nelle procedure, nella comunicazione. Mentre negli ultimi anni la formazione professionale e interprofessionale è stata largamente trascurata, è certo che, proprio alla luce dei cambiamenti richiesti dal SSN, essa debba essere fortemente rivitalizzata e ri-orientata. Appare anche certo che la matrice dei cambiamenti organizzativi del personale operante nel SSN non può appartenere solo alle figure apicali, ma deve invece essere fatta propria altresì dalla cultura e dall'etica pratica delle persone, perché è nell'atto pratico che si generano le empatie relazionali.

L'attività di formazione "etica" è fondamentale per tutti, medici e operatori sanitari; dovrebbe fornire gli strumenti e i criteri per valutare le diverse situazioni anche sotto il profilo etico e cercare le modalità di volta in volta più idonee, rispetto al caso particolare, per una traduzione pratica dei principi nel contesto del servizio.

6. L'orientamento alla ricerca sanitaria

Il SSN è un'istituzione estremamente complessa che deve recepire in tempi molto brevi i cambiamenti della società, delle conoscenze e della tecnologia. Per queste ragioni, il SSN non può prescindere da un'intensa attività di ricerca che deve riguardare le migliori modalità non solo per esercitare correttamente le attività di prevenzione, diagnostica, terapia e riabilitazione, ma anche per modificare i suoi sistemi organizzativi e amministrativi in modo da essere il più possibile efficiente.

Si tratta di promuovere una ricerca indipendente (no-profit) che stabilisca la reale portata innovativa delle "novità", diagnostiche e terapeutiche, attraverso studi comparativi che stabiliscano se tali "novità" rappresentino veramente un progresso rispetto all'esistente. È questo tipo di ricerca che deve costituire la base per stabilire la rimborsabilità dei vari tipi di intervento sanitario.

C'è anche grande necessità di ricerca per valutare in itinere le varie attività del SSN al fine di portarle al più alto livello possibile di efficienza, diminuendo l'attuale eterogeneità dei servizi a livello locale e regionale. Oggi la ricerca sanitaria è un'attività residuale e discontinua, mentre dovrebbe essere invece rilanciata, adeguatamente finanziata e riconosciuta come parte integrante e sostanziale del servizio del SSN attraverso la destinazione ad essa di una quota ben definita del Fondo Sanitario Nazionale.

7. La difesa dalle frodi e dalla corruzione in sanità

Non è di certo una novità che le frodi e la corruzione costituiscano un fenomeno sociale insito nella società italiana, la cui gravità ha raggiunto un livello tale da indurre il Presidente della Corte dei Conti a definirlo, nel discorso di apertura dell'anno giudiziario 2013, come un: "fenomeno burocratico/pulviscolare, fenomeno politico-amministrativo-sistemico" e a rilevare che "la risposta non può essere di soli puntuali, limitati interventi – circoscritti, per di più, su singole norme, del codice penale – ma la risposta deve essere articolata ed anch'essa sistemica". "In effetti" - sono sempre parole del Presidente - "la corruzione sistemica, oltre al prestigio, all'imparzialità ed al buon andamento della pubblica amministrazione, pregiudica da un lato, la

legittimazione stessa delle pubbliche amministrazioni e, dall'altro (.....) l'economia della Nazione⁶.

Il *Corruption Perception Index* (CPI)⁷, annualmente stilato da *Transparency International*, pone l'Italia nel 2016 al 60esimo posto, condiviso con Cuba - preceduto dalla Romania e seguito da Sao Tome and Principe e Saudi Arabia - nella triste classifica mondiale per corruzione percepita, dove i primi tre Paesi - nei quali la corruzione sembra non trovare terreno facile - sono, rispettivamente, la Danimarca, la Nuova Zelanda e la Finlandia.

L'indagine condotta dal Censis nel 2012⁸ riporta che l'87% degli italiani, contro il 74% della media UE, ritiene che la corruzione sia un problema grave ed il 43% lo considera, insieme alla crisi morale della politica, quale causa principale della recessione economica in atto. Tale risultato è, peraltro, confermato anche dalla Commissione Europea nell'ultima edizione dell'Eurobarometro sulla corruzione 2012⁹, nel quale l'89% dei cittadini italiani intervistati reputa il nostro sistema economico gravemente contagiato dal fenomeno corruttivo, che, insieme alle frodi, costituisce non solo un danno economico per la società, ma anche un esempio di "cattive pratiche" (*bad practices*), non etiche, in uso nel nostro Paese, oltre che uno sperpero di risorse pubbliche. Queste risorse potrebbero essere altrimenti destinate a settori che ne hanno assoluto bisogno, come, ad es., quelli dell'assistenza - specie alle famiglie con presenza di malati di Alzheimer e alle differenti categorie di persone con "disabilità" -, della ricerca sanitaria, della prevenzione, etc..

Il libro bianco sulla corruzione (2012)¹⁰, noto anche come "relazione Garofalo", ha messo in risalto gli elevati livelli di rischio corruttivo, presenti nel settore sanitario, connessi alle diverse situazioni che possono dare adito a tentativi di condizionamento illecito, ovvero a spese inutili, contratti conclusi senza gara, competizioni svolte in modo illegale, assunzioni e inquadramenti illegittimi, falsità e irregolarità nella prescrizione di farmaci e simili, inadempimenti e irregolarità nell'esecuzione dei lavori e nella fornitura di beni. Oltre a ciò, la cattiva gestione e lo spreco delle risorse destinate a soddisfare il bisogno di salute dei cittadini fanno sì che l'attività sanitaria sia svolta in maniera inefficiente.

Stando alle relazioni della Guardia di Finanza e della Corte dei Conti, il settore della Sanità risulta inquinato da frodi e corruzione e sembra coinvolgere oltre mille soggetti, per un totale di danni alla spesa pari a ben oltre 1 miliardo di euro solo nel 2013¹¹. Tale dato, corroborato anche dall'ISPE (Istituto per la Promozione dell'Etica), è veramente da emergenza nazionale, in quanto il costo totale di questo "inquinamento" - ottenuto sommando anche le inefficienze e gli sprechi derivanti dalle frodi e dalla corruzione - sarebbe pari a 23,6 miliardi di euro l'anno¹². L'assoluta gravità della situazione è così enfatizzata nelle parole del Presidente ANAC nel 2016: "La Sanità, per l'enorme giro d'affari che ha

⁶ Cfr. Relazione del Presidente della Corte dei Conti, Luigi Giampaolino, 2013, pp. 1-12.

⁷ *Corruption Perception Index*,

http://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2016.

⁸ Rapporto Censis 2012.

⁹ Speciale Eurobarometro n. 397 del 2013.

¹⁰ Cfr. "Rapporto della Commissione governativa per l'elaborazione di misure di contrasto alla corruzione", presieduta dal Cons. Roberto Garofoli, Ministero Pubblica Amministrazione, 2012.

¹¹ Rapporto Annuale della Guardia di Finanza 2014, <http://anticorruzione.eu/2015/04/le-cifre-della-corruzione-nel-rapporto-annuale-2014-della-guardia-di-finanza/>.

¹² Libro Bianco sulla *Corruption* in Sanità, ISPE, 2014, http://www.ispe-sanita.it/1/libro_bianco_3743257.html.

intorno e per il fatto che anche in tempi di crisi è un settore che non può essere sottovalutato, è il terreno di scorribanda da parte di delinquenti di ogni risma¹³.

Il fenomeno però è talmente complesso e sistemico - come giustamente sottolineato dal Presidente della Corte dei Conti nel sopracitato discorso - che deve essere necessariamente disaggregato, al fine di pervenire ad una classificazione in micro-contenitori, le cui tendenze, confrontate longitudinalmente nel tempo e spazialmente fra le varie Regioni italiane in parallelo, potrebbero consentire di stilare delle "ottime o buone pratiche" (*best e/o good-practices*); queste dovrebbero servire da riferimento per la prevenzione dai vari casi di frodi e corruzione - per singola sub-tipologia - ed essere implementate nelle strutture regionali e locali del SSN, oltre che nel corpo della GdF/NAS. Tali conoscenze sarebbero di grande utilità e permetterebbero, inoltre, la messa a punto di specifiche misure politiche per una buona gestione della sanità pubblica. Agendo altrimenti, le politiche sanitarie risentirebbero dei mali della Pubblica Amministrazione e non sarebbero invece un "vestito tagliato e confezionato sartorialmente" per gli urgenti e gravi bisogni del SSN.

Al riguardo va comunque sottolineato lo sforzo effettuato, a partire dal secondo trimestre del 2016 con il protocollo d'intesa del 21 Aprile 2016 stipulato fra l'Autorità Nazionale Anti-Corruzione e il Ministero della Salute, rivolto a verificare – attraverso AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) – l'attuazione e l'implementazione dei Piani di Prevenzione della Corruzione (PTPC) da parte delle Aziende Sanitarie ed enti assimilati. Per lo svolgimento delle attività incluse nel protocollo è stato anche previsto un Nucleo operativo di coordinamento (Nuoc), composto di rappresentanti del Ministero della Salute, di ANAC (Attività Nazionale Anticorruzione) e di AGENAS, per la realizzazione delle attività ispettive di competenza dell'ANAC e, in particolare, per la redazione di un programma di verifica speciale per il settore sanitario e per l'individuazione dei soggetti da sottoporre ad ispezione. Il successivo Piano Nazionale Anticorruzione¹⁴ ha dedicato numerosi approfondimenti a questi aspetti, fornendo altresì apprezzabili suggerimenti su diversi temi, fra cui quello del ruolo spettante al responsabile della prevenzione della corruzione all'interno delle Aziende Sanitarie (RPCT).

In Italia il fenomeno camaleontico delle frodi e corruzioni in sanità appare talmente variegato e composito nelle diverse Regioni, che potrebbe essere opportuno costituire un'unità speciale dedicata solo ed esclusivamente all'analisi, prevenzione e lotta alle frodi ed alla corruzione in sanità, seguendo il modello inglese adottato con successo dal NHS (National Health Service) da circa venti anni, con il NHS Counter Fraud and Security Management Service/Division.

Di fronte all'assoluta emergenza del fenomeno nel nostro Paese, considerati i gravissimi danni provocati dalla corruzione in sanità sul piano etico ed economico, sarebbe auspicabile ipotizzare soluzioni diverse da quelle previste dal menzionato protocollo d'intesa, che ha posto sulle spalle di AGENAS (art. 4) – già abbondantemente oberata da numerose attività generali di verifica e controllo - lo svolgimento di tutte le attività specifiche, impegnandola a mettere a disposizione le necessarie risorse umane, logistiche e strumentali, secondo tempistiche e modalità concordate successivamente alla

¹³http://www.repubblica.it/politica/2016/04/06/news/cantone_sanita_scorribanda_delinquenti_di_ogni_risma_-137015392/.

¹⁴ Delibera n. 831 dell'ANAC, 3 agosto 2016.

stesura del protocollo mediante appositi documenti attuativi. Anche la previsione all'art.3 di un Nucleo operativo di coordinamento (Nuoc) - avente esclusivamente funzioni di supporto e propositive - spinge a valutare nuove possibilità organizzative, attuative e di controllo.

8. Raccomandazioni

Il Comitato, richiamando l'importanza di mantenere e rafforzare il SSN in tutte le Regioni del Paese, avanza le seguenti raccomandazioni – non necessariamente in ordine di importanza – per la difesa, la preservazione, il rilancio, l'equità, l'universalità e la sostenibilità del diritto alla salute.

1. Considerando che l'Italia risulta all'ultimo posto per le spese sulla prevenzione nell'ambito dei 34 Paesi dell'OCSE (OECD-OCSE, 2015), il Comitato raccomanda di investire la parte dovuta - e sinora trascurata - del FSN destinato alla prevenzione, creando al contempo nuovi percorsi affinché l'educazione alla prevenzione sia diffusamente assicurata nel Paese sin dall'età infantile. Il Comitato esprime forte preoccupazione al riguardo, in quanto emerge chiaramente che senza una fondamentale attenzione alla prevenzione, il SSN diverrà sempre meno sostenibile e se ne perderanno gli indubbi benefici che hanno caratterizzato i quasi quarant'anni della sua esistenza.

2. In relazione alla urgente necessità di migliorare il SSN, il Comitato raccomanda di omogeneizzare a breve termine in tutte le Regioni il processo di digitalizzazione della Sanità. Con particolare riguardo alle cure dei pazienti cronici e/o con polipatologie, il Comitato segnala di continuare l'avviata sperimentazione di nuovi modelli organizzativo-gestionali, con relativa costruzione di Banche Dati Assistite per tali tipologie di pazienti, creando così le basi per lo sviluppo dei Piani di Assistenza Individuali, e la ridefinizione di un nuovo e più adeguato sistema tariffario.

3. Relativamente ai pazienti a rischio di sviluppare demenza o con declino cognitivo già conclamato, Il Comitato evidenzia la necessità della costruzione di una nuova sanità in difesa dei pazienti fragili, che miri all'attuazione di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale integrato condiviso da medici di medicina generale, servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliari, e cliniche della memoria esperte del SSN. L'implementazione di un modello di cura integrato basato sulle migliori evidenze e sulle linee guida nazionali ed internazionali favorirebbe l'applicazione di misure preventive, migliorando la diagnosi precoce ed il processo di invio agli specialisti riducendo di conseguenza l'uso di interventi inefficaci o addirittura dannosi, e permetterebbe di affrontare in modo più economico ed efficace i bisogni dei pazienti fragili, in particolare di quelli con demenze.

4. Con riguardo ai soggetti più fragili, il Comitato raccomanda di prestare una particolare attenzione ai bambini, dalla prevenzione nella fase prenatale sino alla cura delle malattie croniche disabilitanti, congenite o acquisite, che denotano un trend sempre più crescente, richiedendo l'urgente riequilibrio fra le differenze esistenti nel divario Nord e Centro-Sud, in particolar modo nella mortalità infantile.

5. Alla luce di quanto auspicato in questo documento il Comitato, nel prendere atto dell'avvenuto aggiornamento dei LEA – di cui ad oggi si rimane in attesa delle conferme di copertura finanziaria da parte della Corte dei Conti e della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale – ne raccomanda la revisione su base periodica e programmata; raccomanda, altresì, che tale revisione sia fondata sui criteri dell'evidenza e del rapporto costi-efficacia, pena la conseguente non sostenibilità del sistema, e la dissipazione di risorse pubbliche dovuta all'erogazione gratuita di alcune cure *non evidence-based*, a svantaggio di altre necessarie per la cura dei pazienti.

6. Il Comitato raccomanda di ottenere a breve termine la riduzione dell'ingente spesa esclusivamente a carico dei cittadini e delle famiglie. I dianzi citati recenti studi hanno evidenziato che numerosi sono i casi in cui i pazienti sono obbligati a rivolgersi ad enti privati, con conseguente spinta all'incremento della spesa a proprio carico, o ad assicurazioni, o ad intra-moenia, accentuando al contempo l'inequidivario fra cittadini con disponibilità economica, che possono risolvere rapidamente i propri problemi, e quelli che invece o sono soggetti a lunghe attese oppure restano privi di assistenza, perché non possono permettersela.

7. Negli ultimi anni si è avvertita sempre più l'esigenza di una rivitalizzazione della formazione professionale ed interprofessionale. Il processo di cambiamento organizzativo-clinico non potrà mai avvenire senza la programmazione di attività formative continue e sistematiche, che coinvolgano tutti gli operatori che agiscono nell'intera filiera delle cure, innestando così un processo di miglioramento continuo, attraverso il quale i professionisti e le organizzazioni del SSN apprendano e migliorino le proprie prestazioni al servizio dei pazienti. Al riguardo il CNB raccomanda che il SSN preveda ulteriori fondi che debbano essere "obbligatoriamente" investiti per la formazione in tutto il Paese e, soprattutto, nelle Regioni assoggettate a Piano di rientro, dove negli ultimi anni di crisi le risorse all'uopo teoricamente destinate sono poi state drasticamente ridotte o azzerate per motivazioni inerenti il rispetto degli obiettivi generali statuiti dai Piani stessi.

8. Appare, altresì, necessario che la ricerca sia un'attività pienamente riconosciuta come parte fondamentale del SSN, cui destinare annualmente un sicuro budget prestabilito. Va sottolineato che senza ricerca non si potrà mai stabilire se i LEA siano basati su evidenze scientifiche. In tale ambito il Comitato raccomanda di garantire un minimo dell'uno per cento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), con l'obiettivo, una volta superato l'attuale stato di crisi finanziaria del Paese, di raggiungere gradualmente il tre per cento del FSN, coerentemente con gli obiettivi e le prescrizioni sancite nel Patto di Lisbona.

9. Con particolare riguardo alla difesa dalle frodi e dalla corruzione che pervadono il SSN, erodendo una porzione di risorse pubbliche che potrebbero essere utilizzate altrimenti, il Comitato sottolinea l'urgenza di pervenire a delle utili linee guida, specifiche per fenomeno-tipo, diffuse nelle strutture regionali e locali del SSN. Queste linee guida, d'intesa con l'azione dei corpi di GdF/NAS, potrebbero consentire di apportare utili modifiche alle procedure di prevenzione ed accertamento, e di prospettare adeguate politiche anti-frode e corruzione al Ministero. La gravità della situazione attuale non

consente più di procrastinare ogni azione utile, talché, ispirandosi all'efficacia delle azioni varate nel modello del Regno Unito - da cui abbiamo attinto per decenni i più importanti principi ispiratori - il Comitato suggerisce di valutare l'urgente costituzione di un'apposita Direzione Generale anti-Frode e Corruzione in Sanità all'interno del Ministero della Salute, con la presenza di un corpus di specialisti multidisciplinari, come peraltro già previsto in passato dal D.L. n. 32/2003, che non è mai stato sinora implementato.