

Rapporto 2017

Coordinamento della Finanza Pubblica

5 aprile 2017

Illustre Presidente,

Autorità presenti,

Signore e Signori,

è per me un grande onore poter condividere con questo prestigioso consesso alcune considerazioni - prendendo spunto dal *Rapporto 2017 sul coordinamento di finanza pubblica* - riguardo lo stato complessivo del Servizio sanitario nazionale che, in ultima analisi, rappresenta un elemento essenziale del più ampio sistema di welfare e di tutela sociale dei cittadini del nostro Paese.

Sin dal primo giorno in cui, ormai quasi quattro anni fa, ho avuto il privilegio di assumere il ruolo di Ministro della Salute ho cercato di individuare – nel *mare magnum* di quelle esistenti – quali fossero le principali criticità che caratterizzavano il Servizio sanitario e le azioni che avrei dovuto mettere in atto per superarle.

Uno dei principali punti di attenzione che, insieme agli altri membri del Governo e, in particolare, con il Ministro dell'economia e delle finanze Pier Carlo Padoan, ho dovuto immediatamente affrontare è stato il continuo declino delle risorse dedicate ai servizi per la salute, diminuzione che aveva caratterizzato l'azione dei governi negli anni precedenti, a fronte di un costante incremento della spesa sanitaria, soprattutto per la sua parte corrente. Tutto ciò, unito ad un progressivo allungamento dell'aspettativa di vita ed il progressivo invecchiamento della popolazione con tutto il carico di cronicità che comporta, rendeva la **sostenibilità economica del sistema**

sanitario nazionale come la prima questione da trattare nella mia agenda di Ministro.

Tutte le analisi comparate con gli altri stati europei e non solo che mi venivano sottoposte, evidenziavano come l'Italia investisse (e continua ad investire) in salute - in rapporto al PIL - molto meno rispetto ad altri paesi europei. Tale tendenza viene confermata anche per il 2016 e, come indicato nel *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, rappresenta poco più del 9% a fronte di una media UE di quasi il 10% e di molto inferiore a quella della Francia (11%), della Germania e della Svezia (entrambe all'11,1%). Anche l'analisi della spesa sanitaria pro-capite 2015, secondo dati OCSE, evidenzia per l'Italia valori molto al di sotto di quelli degli altri partner europei: 1.900 euro contro i 3.400 euro dei tedeschi ed i 2.627 euro dei francesi.

Eppure, nonostante i numeri sembrassero disegnare il quadro di un sistema sanitario nazionale in difficoltà, alcune importanti ricerche di prestigiosi centri studi internazionali gli assegnavano - nel 2014 - il terzo posto al mondo in termini di efficienza, alle spalle di Singapore e Hong Kong e davanti a Giappone, Corea del Sud e Australia. La Francia si posiziona ottava, il Regno Unito decimo, mentre gli Stati Uniti si trovano molto indietro in classifica. La graduatoria, stilata da una prestigiosa società internazionale, aveva preso in considerazione i dati forniti da Banca Mondiale, Fmi e Oms (Bloomberg, 2014).

Mi sono trovata, quindi, a dover fronteggiare una situazione particolare: ridotti finanziamenti, da un lato, e un sistema valutato come efficiente a livello nazionale, dall'altro, il tutto in un quadro economico globale di grave crisi economica e finanziaria perdurante che non avrebbe consentito di colmare, *sic et simpliciter*, il *gap* - in termini di risorse dedicate alla sanità - con gli altri paesi europei.

La realtà, invero, ci descriveva e ci descrive di un sistema sanitario che, complessivamente, risulta essere valido ed efficace, sebbene siano ancora troppe le differenze a livello territoriale, tali da non consentire in maniera

uniforme un equo accesso al diritto alle cure ai cittadini italiani, così come previsto e garantito dalla nostra Carta costituzionale: su questo aspetto, però, consentitemi di tornare successivamente nel mio intervento.

In aggiunta ai dati cui vi accennavo, me ne venivano sottoposti altri da cui si desumeva come una parte importante delle risorse destinate alla cura ed assistenza dei cittadini si disperda nei mille rivoli del sistema a causa di una evidente e marchiana inefficienza gestionale e programmatoria: potrei definirlo uno scellerato “**effetto acquedotto**” rifacendomi a quanto accade per le condotte d’acqua in molte regioni della nostra penisola...

Partendo dal quadro d’insieme che vi ho rappresentato, ritenni così non più procrastinabile intervenire sul versante dell’efficientamento complessivo del sistema sanitario - agendo sul versante sia della programmazione sia su quello del controllo della spesa - in maniera tale da ritrarre dal sistema stesso le risorse necessarie da reinvestire nelle attività di cura e assistenza.

Il Patto della salute 2014-2016 nasceva proprio su queste basi e con l’intenzione di definire un quadro stabile di relazioni e garantire un quadro di risorse economiche a disposizione con cui operare, condiviso con le Regioni.

Con tale accordo, il Governo e Regioni avevano condiviso una serie di priorità, finalizzate alla realizzazione di un articolato sistema di *governance* del sistema sanitario nazionale che ha anticipato le azioni di revisione della spesa oggi in discussione in molti altri settori. Con il Patto venivano affrontati i grandi temi della sanità: dalla programmazione triennale dei costi standard e dei fabbisogni regionali, che consentiva di avviare e implementare politiche di innovazione del SSN sul territorio, alla definizione degli standard relativi all’assistenza ospedaliera che, unitamente all’assistenza sanitaria transfrontaliera, all’aggiornamento dei LEA ed alla reale promozione dell’assistenza territoriale, costituiscono i pilastri su cui fondare tutte le iniziative necessarie per garantire la tutela della salute di tutti cittadini uniformemente sul territorio nazionale.

Tra le novità contenute nel Patto c'era anche la previsione di attivare, con Agenas, un sistema di monitoraggio di eventuali e significativi scostamenti delle performance delle Aziende sanitarie e dei Sistemi Sanitari Regionali, in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati. La possibilità di realizzare concretamente gli obiettivi fissati nel nuovo Patto per la salute era garantita non solo dai risparmi derivanti dall'applicazione delle misure in esso previste, che sarebbero rimaste nella disponibilità delle Regioni per finalità esclusivamente sanitarie, ma anche da quelli conseguiti dalla revisione della spesa, che sarebbero stati utilizzati per migliorare i livelli qualitativi dell'intero sistema sanitario.

La normativa degli ultimi sette anni (con il susseguirsi del decreto legge 78/2010, del decreto legge n. 98/2011, del decreto legge n. 95/2012 e del decreto legge 78/2015) ha avuto il merito di introdurre una serie di misure volte a controllare, da un lato, la spesa corrente per il personale mediante il blocco dei trattamenti economici dei dipendenti pubblici e, dall'altro, un controllo degli acquisti, attraverso l'introduzione di "sconti" imposti ai fornitori - del 10% (dl n. 95/2012) prima, e del 5% (dl 78/2015) poi - sui prezzi di acquisizione di beni e servizi: in caso di mancato accordo con i fornitori il SSN avrebbe potuto esercitare il diritto di recesso dal contratto.

Queste misure, però non colpivano selettivamente solo le spese improduttive o inefficienti, ma riguardavano in maniera indistinta tutte le spese. Con la Legge di stabilità del 2016 (legge n. 208/2015) si è invece voluto mettere a disposizione degli operatori del settore e delle istituzioni degli strumenti più puntuali, quali ad esempio i **piani di rientro aziendali** ed i **soggetti aggregatori**.

Sulla scorta del buon esito dei Piani di rientro, al fine di migliorare la produttività degli enti del Servizio sanitario nazionale, di favorirne l'efficientamento e la riqualificazione, sono stati introdotti i **piani di rientro aziendali** (L. 208/2015 art. 1, c. 526 e ss.), da applicarsi alle aziende ospedaliere, agli IRCCS e alle aziende sanitarie locali che presentino un deficit economico e relativo alla qualità dei servizi.

Con le nuove disposizioni, i piani di rientro vengono, per la prima volta, applicati alle **singole aziende sanitarie** (e non più solo alle regioni) e definiti in modo tale da monitorare anche gli esiti qualitativi delle cure erogate.

Tali piani muovono, quindi, da una logica diametralmente opposta a quella dei “tagli lineari”, facendo leva su interventi “mirati”, in grado di colpire, con misure correttive, solo gli enti che presentino effettivamente inefficienze e cattive gestioni, e garantendo che i risparmi conseguentemente ottenuti restino nel settore della sanità, migliorando la qualità complessiva, la qualificazione dell’offerta e libera scelta del cittadino.

L’obiettivo è di perseguire l’efficienza gestionale e di tutela della salute nelle aziende in cui si rileva la presenza di uno squilibrio gestionale (disavanzo) e un mancato rispetto di un livello qualitativo adeguato.

Sempre con la Legge di stabilità 2016 è stato introdotto l’obbligo per gli enti del Servizio sanitario nazionale di acquistare determinati beni del settore sanitario (*stent*, vaccini, medicazioni, aghi e siringhe, etc.) unicamente mediante una **centrale aggregata di acquisto** (soggetto aggregatore), al fine di garantire un miglioramento dei processi di acquisto di beni e servizi, con la diminuzione dei prezzi unitari, la diffusione delle *best practices* tra le diverse regioni d’Italia e la riduzione di fenomeni corruttivi.

Non bisogna, però, considerare che l’efficientamento di un sistema complesso come il nostro passi unicamente tramite l’approvazione di norme finalizzate in maniera diretta a colpire unicamente il versante delle spese; vi sono infatti provvedimenti che, pur se non riguardano direttamente i processi di approvvigionamento o il monitoraggio dei bilanci delle aziende sanitarie, consentono di creare un ecosistema favorevole e delle esternalità positive che conducono ad importanti risparmi.

Penso alla riorganizzazione della rete ospedaliera prevista nel DM 70/2015 o alla legge sulla sicurezza delle cure e sulla responsabilità professionale del medico.

Con il decreto ministeriale, che costituisce un'attuazione del Patto per la salute 2014-2016, è stato avviato il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera, attraverso un sostanziale ammodernamento del SSN. Tale processo di revisione deve consentire di erogare ai cittadini prestazioni sanitarie con livelli qualitativi appropriati e sicuri, generando, nel contempo, una significativa riduzione dei costi, pur nella garanzia dell'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

In questa logica - al fine di promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse - gli obiettivi di razionalizzazione previsti dal provvedimento riguardano prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza. La prevista conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media e del tasso di ospedalizzazione, genererà un incremento di produttività (uguali o maggiori servizi ottenuti con minori risorse) nel rispetto delle risorse programmate. Un tale cambiamento strutturale e organizzativo ha lo scopo di determinare una inevitabile redistribuzione delle risorse che può essere oggettivamente ed equamente effettuata attraverso la valutazione dei volumi e strategicità delle prestazioni, delle performance e degli esiti clinici.

In un tale contesto, particolare rilevanza va attribuita alla legge 8 marzo 2017, n. 24, entrata in vigore il 1° aprile u.s., che riguarda la responsabilità professionale dei medici e le disposizioni in materia di sicurezza delle cure: questo provvedimento è prioritariamente finalizzato a ridurre/contenere il fenomeno della cd. "medicina difensiva" (un comportamento di tipo cautelativo che induce il medico a prescrivere prestazioni diagnostiche e terapeutiche non strettamente necessarie alla salute del paziente, per evitare addebiti di responsabilità nell'eventualità dell'instaurarsi di un contenzioso per colpa medica).

Ricordo che, al fine di trovare una soluzione a tale problema, per contemperare, da un lato, l'esigenza dei professionisti sanitari ad operare in serenità e, dall'altra, le legittime aspettative di giustizia dei pazienti per i casi effettivi di c.d. "mala sanità", è stata da me voluta e istituita un'apposita Commissione ministeriale presieduta dal Prof. Guido ALPA con l'obiettivo di addivenire ad una contestualizzazione del fenomeno in esame, le cui conclusioni sono state messe a disposizione del Parlamento e che, quindi, sono confluite nel testo normativo sopra citato.

Tale fenomeno è foriero di numerose conseguenze negative sia per gli stessi cittadini sia per il Servizio sanitario nazionale, tra cui, ad esempio:

- sottopone i cittadini a esami inutili, nel senso di "non utili", che, peraltro, possono rivelarsi, in alcuni casi, dannosi per la loro salute;
- fa lievitare in modo ingiustificato i costi dell'assistenza, sottraendo risorse preziose ad altri settori di assistenza (es. farmaci innovativi);
- allunga a dismisura i tempi di attesa per accedere alle prestazioni.

I tratti salienti dell'intervento normativo, che si traducono, conseguentemente, anche in termini di impatto di natura economico-finanziaria, sono riconducibili ai seguenti ambiti:

a) **riduzione dei comportamenti di medicina difensiva** da parte dei professionisti sanitari, in termini di eccessivo ricorso ad indagini diagnostiche sia in sede ambulatoriale che ospedaliera, in regime di ricovero e non, di eccessivo ricorso a procedure chirurgiche in regime di ricovero e di eccessivo ricorso alla prescrizione e somministrazione di farmaci;

b) **riduzione degli oneri connessi alla copertura assicurativa del rischio sanitario** (in termini di premi assicurativi e di autoassicurazione) da parte degli enti pubblici del SSN, per effetto sia del rafforzamento della gestione del rischio da parte della struttura sanitaria pubblica (e privata) che eviterà il manifestarsi del danno, sia dell'alleggerimento dell'onere per il professionista sanitario di provare che il danno è stato determinato a causa a lui non imputabile.

Si stima, infatti, che la sola medicina difensiva “positiva” pesi annualmente sul Servizio sanitario nazionale tra i 10 e i 13 miliardi di euro l'anno, oltre a ridurre la qualità dell'assistenza, aumentare i dubbi diagnostici e allungare le liste di attesa: se con la legge appena entrata in vigore si riuscisse a ridurre anche solo del 10% il fenomeno della medicina difensiva il sistema sanitario potrebbe disporre tra 1 e 1,3 miliardi di euro in più da dedicare all'assistenza e alle cure o agli investimenti in macchinari nuovi e più moderni.

Un altro elemento che introduce fattori distorsivi - generando sprechi ed inefficienza - nel Sistema sanitario è la presenza di fenomeni corruttivi.

Al fine di contrastare tali fenomeni nel Servizio sanitario nazionale è stata inserita, nel Piano nazionale anticorruzione, un'apposita “Sezione Sanità”, nella quale sono esaminati ambiti particolarmente “sensibili” all'interno del sistema sanitario (centri di maggior impegno di risorse professionali ed economiche e di confluenza di relazioni) e individuate apposite misure di prevenzione.

Inoltre, nel 2016, è stato sottoscritto dal Ministero della salute un apposito Protocollo con l'ANAC, finalizzato alla realizzazione di attività di verifica, controllo e valutazione sul campo della corretta attuazione delle misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione adottate dalle aziende sanitarie e dagli enti assimilati al Servizio sanitario nazionale. Tali verifiche saranno svolte congiuntamente dal personale dell'ANAC, del Ministero della salute e dell'Agenas, mediante la creazione di un apposito Registro del personale ispettivo. Tra le azioni previste dal Protocollo vi è l'istituzione di una task-force (NUOC) che programmi ispezioni finalizzate a verificare (anche sul campo) l'attuazione delle misure di trasparenza ed integrità e di prevenzione della corruzione da parte degli enti del Servizio sanitario nazionale.

Sempre nell'ottica di arginare fenomeni corruttivi, con il decreto legge 179/2015 (disposizione fatta salva dalla legge di stabilità 2016), sono state estese anche alle aziende sanitarie convenzionate con il SSN, che siano

coinvolte in procedimenti penali per fatti corruttivi, le misure straordinarie di prevenzione della corruzione (nomina di un Commissario straordinario, prevista dall'art.32 del decreto legge 90/2014). Tale norma è stata applicata, per la prima volta e in modo efficace, alla situazione dell'Ospedale israelitico di Roma. La nomina del commissario straordinario dell'ospedale, ad opera del Ministro della salute e del Prefetto di Roma Capitale, ha consentito al nosocomio – dopo lo scandalo giudiziario che lo ha interessato – di riprendere la propria attività medica, ricominciando a fornire i necessari servizi ai cittadini.

Sempre a tal riguardo, a febbraio di quest'anno si è insediato presso l'AIFA, l'ente regolatorio nazionale del farmaco, un nucleo di Carabinieri dei NAS, con il compito, tra l'altro, di verificare il rispetto delle norme anticorruzione nell'ambito delle procedure di autorizzazione concesse dall'AIFA e di contrasto ed accertamento di eventuali truffe in danno del Servizio sanitario nazionale e di quello regionale.

Vorrei, però, cogliere questa importante occasione per toccare un aspetto della spesa sanitaria molto rilevante, quello dell'acquisto dei farmaci in generale e di quelli c.d. "innovativi" in particolare.

Come noto, il nostro sistema prevedeva - sino all'approvazione della Legge di bilancio 2017 - per l'acquisto dei farmaci, due tetti di spesa (espressi in percentuale del valore del Fondo sanitario standard) a seconda che i farmaci transitassero per il canale ospedaliero ovvero per quello territoriale: il primo, valeva il 3,5% il secondo, invece, l'11,35%. La realtà di questi anni ci ha mostrato come la spesa ospedaliera **eccedesse regolarmente il valore stabilito**, dando vita al complesso meccanismo del *pay-back* (le cui difficoltà di applicazione ed il carico di contenzioso che ha generato con le aziende produttrici sono ben noti tale che ancora oggi le regioni non sanno su quali somme da *pay-back* potranno contare) mediante il quale le aziende farmaceutiche si facevano carico del 50% dello sfioramento. La spesa territoriale, invece, in questi anni si è mantenuta all'interno del limite dell'11,35%, grazie ad un uso incrementale, ancorché ancora molto ridotto rispetto ad altri partner europei, dell'utilizzo dei

farmaci generici, alla compartecipazione a carico dei cittadini e a forme di sconto e abbuoni da parte di grossisti e farmacisti.

Per superare tali criticità, con la Legge di bilancio 2017 si è optato per una revisione dei tetti di spesa, modificandoli in termini numerici e cambiando le voci che li compongono: la ex spesa ospedaliera oggi è stata rinominata “tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti” e vale il 6,89%; la ex spesa territoriale, invece, è diventata “tetto della spesa farmaceutica convenzionata” e vale il 7,96% del Fondo sanitario standard. A ciò va aggiunto che il Ministero della salute, insieme al MEF, al MISE e ad altri attori istituzionali, come previsto all’art. 21 del decreto legge 113/2016 sta provvedendo a ridefinire le modalità di governo della spesa farmaceutica, in ottica di revisione profonda/superamento del meccanismo del *pay-back*, anche in maniera da garantire disponibilità finanziarie certe per i bilanci delle regioni.

Un elemento che caratterizza fortemente il settore della salute (e con cui occorre confrontarsi) è sicuramente l’innovazione scientifica, e farmaceutica in particolare. In passato, le scoperte scientifiche “rivoluzionarie”, quelle cioè che hanno cambiato la vita delle persone - quali ad esempio l’invenzione degli antibiotici e dei vaccini – si sono realizzate in un arco temporale piuttosto lungo. Oggi, invece, il progresso scientifico ha accelerato vertiginosamente: negli ultimi 10 anni si è assistito all’immissione continua sul mercato di molte nuove molecole *breakthrough*, cioè quelle ad alto tasso di innovatività, che impattano profondamente sulla vita di ognuno di noi, facendo la differenza tra vivere e morire.

Nel 2015, il Centro della *Food and Drug Administration* per la valutazione dei farmaci e della ricerca (*CDER*) aveva approvato **ben 45 farmaci innovativi**, registrati come New Drug Applications (NDAs) o come nuove terapie biologiche (Biologics License Applications - BLAs).

Nei nove anni precedenti, tra il 2006 e il 2014, il Centro della *Food and Drug Administration* per la valutazione dei farmaci e della ricerca aveva

fatto registrare una media di **28 approvazioni di farmaci innovativi** all'anno e, secondo quanto indicato dall'FDA, si prevede che le domande di nuove registrazioni si manterranno costanti nel tempo. Molti dei 45 farmaci approvati nel 2015 erano caratterizzati da un alto potenziale in termini di impatto sulla qualità delle terapie: 16 dei di questi (il 36%) erano stati approvati come “first-in-class”, un ulteriore indicatore del carattere di innovatività di un farmaco.

L'innovazione, però, è un fenomeno più complesso di quanto possa sembrare: è sicuramente un'opportunità, in quanto permette di guarire malattie prima incurabili ovvero consente di vivere meglio e più a lungo anche in presenza di patologie gravi; d'altra parte, può diventare anche un vincolo a causa degli alti costi associati ai farmaci di nuova generazione, rappresentando un ulteriore e piuttosto rilevante fattore che mette ancor di più sotto pressione la già precaria sostenibilità economico-finanziaria dei sistemi sanitari nazionali.

A breve arriveranno sul mercato farmaci per curare le malattie neurodegenerative (ad esempio, l'Alzheimer di cui è di pochi giorni fa la notizia di un importante studio condotto da ricercatori italiani) o alcune malattie croniche che presenteranno prezzi sempre più elevati. Come contemperare l'acquisto dei farmaci innovativi con la sostenibilità del sistema in un quadro di riduzione costante di risorse a disposizione della salute?

La presenza oggi del Ministro dell'economia e delle finanze, Pier Carlo Padoan, mi consente di lanciare/lanciargli una “provocazione”: perché quando si parla di farmaci innovativi invece di parlare di “spesa” non utilizziamo il termine “investimento”, come fosse un fattore di produzione “a lento rigiro” che esplica la sua utilità su più periodi? Se adottassimo questo approccio potremmo, ad esempio, cominciare a valutare il farmaco innovativo come se ci trovassimo di fronte ad un progetto di investimento, potremmo confrontare il prezzo di acquisto del medicinale (costo) con la sommatoria dei benefici (ricavi appositamente attualizzati su un orizzonte temporale standard) diretti ed indiretti futuri che lo Stato/SSN/SSR ritrarrà

dalla guarigione del paziente: se la somma dei vantaggi futuri (in termini di minori costi) dovesse essere superiore al costo, allora l'investimento non solo consentirà una migliore qualità della vita ai cittadini/pazienti, ma potrà essere effettuato con, passatemi il termine poco tecnico, "serenità" in quanto anche economicamente sostenibile. Tra le utilità dirette rientrano certamente la riduzione o l'eliminazione dei costi connessi alla mancata assistenza in termini di terapie, somministrazione di farmaci e trattamenti ospedalieri forniti al paziente negli anni successivi alla sua guarigione (senza contare il miglioramento della qualità di vita del paziente e della sua famiglia). Tra quelle indirette, invece, si possono far rientrare i minori giorni di assenza dal lavoro, la mancata necessità di ricorrere a sussidi assistenziali (invalidità) etc..

Ma l'innovazione va sostenuta ed alimentata. In questo solco si situa la costituzione di un Fondo per i farmaci innovativi, finanziato in via temporanea per il biennio 2015-2016 con 500 milioni di euro annui e successivamente, con la legge di bilancio 2017, in via strutturale a cui è stato affiancato un secondo Fondo specifico dedicato all'acquisto dei farmaci oncologici innovativi, sempre strutturale e finanziato con 500 milioni di euro.

Con tale misura si vogliono premiare i comportamenti virtuosi delle imprese che investono in innovazione e in ricerca e sviluppo. Infatti, l'acquisto dei medicinali innovativi è escluso dal calcolo del meccanismo di *pay-back* e quindi dall'obbligo in capo alle aziende che li producono di dover ripianare lo sforamento del tetto imposto per legge.

Non posso concludere questo mio intervento non parlando di quello che reputo uno dei momenti di maggior soddisfazione della mia esperienza da Ministro: la pubblicazione, il 18 marzo u.s., in gazzetta ufficiale del dPCM sui Livelli essenziali di assistenza.

Dopo ben 16 anni dall'emanazione del precedente decreto, hanno visto la luce i nuovi LEA, supportati da uno stanziamento aggiuntivo di 800 milioni di euro l'anno.

Tale provvedimento si pone nell'ottica di aumentare la qualità dell'assistenza sanitaria, prevedendo che siano erogate a carico del Servizio sanitario nazionale nuove prestazioni sanitarie che tengano conto dell'evoluzione scientifica e nuovi dispositivi medici, tecnologicamente avanzati, dotati di componenti innovative e qualità costruttiva (come: ausili digitali, comunicatori oculari e attrezzature domotiche). Ciò pur **perseguendo l'obiettivo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della sostenibilità del Servizio sanitario nazionale**, attraverso l'eliminazione di alcune piccole (ma sistematiche) inefficienze organizzative, come l'acquisto di determinate prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica "a tariffa", piuttosto che con una gara aperta al miglior offerente.

Inoltre, per garantire un Servizio sanitario sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini, pur assicurandone la sostenibilità nel tempo, è stata costituita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, con il compito monitorare costantemente i contenuti del dPCM, escludendo prestazioni, servizi o attività che divengano obsoleti e, analogamente, valutando di erogare a carico del Servizio sanitario nazionale trattamenti che, nel tempo, si dimostrino innovativi o efficaci per la cura dei pazienti.

La grande sfida che ci attende, però, nell'immediato futuro è duplice.

La prima riguarda la necessità che il SSN del sistema sanitario sia in grado di fornire a tutti i cittadini italiani una equità di accesso ai servizi sanitari ma anche garantire degli standard qualitativi minimi, indipendentemente dal luogo geografico in cui si vive. Non possiamo consentire che il diritto alle cure e all'assistenza sia regolato dal "caso" o dalla fortuna di vivere in una regione piuttosto che un'altra. Se è vero che le Regioni hanno scontato una situazione finanziaria critica, va anche detto che gli strumenti individuati (ad esempio, commissariamenti e piani di rientro) hanno consentito di generare importanti miglioramenti della situazione economica: nel 2007 il disavanzo, al netto delle coperture regionali (cioè i le risorse derivanti dall'aumento delle aliquote fiscali previste dai piani di

rientro o da quelle proprie di bilancio) di tutte le regioni in Piano di rientro (Piemonte, Abruzzo, Puglia e Sicilia sono in piano di rientro mentre Molise, Campania, Calabria e Lazio sono anche commissariate) era di 4,1 miliardi di euro mentre nel 2015 è stato di 427,4 milioni di euro, circa dieci volte di meno.

Ma il punto critico non sono solo i conti. Se analizziamo il sistema dal punto di vista dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza i progressi non sono stati molti. Anzi, in alcuni casi le Regioni hanno addirittura peggiorato i risultati: insieme alle Regioni, credo, dovremo lavorare per ripristinare un livello essenziale di assistenza e cure uniforme su tutto il territorio italiano.

La seconda sfida è rappresentata dalla sostenibilità economica del sistema universalistico nazionale. È impensabile che si continui a iniettare denaro all'infinito nel sistema: bisogna, prima di tutto, recuperare le risorse all'interno delle risorse esistenti grazie ad una forte azione di efficientamento complessivo dei processi organizzativi e di erogazione dei servizi, ad una maggiore appropriatezza dei setting assistenziali, all'introduzione di più ICT in sanità, alla definizione di nuove modalità di *pricing* dei farmaci innovativi e nuove regole per discriminare puntualmente ciò che è innovativo da ciò che non lo è. Infine, è necessario leggere con occhi nuovi il sistema sanitario: la sanità è un elemento non di costo ma di investimento, di produzione di ricchezza (*tangible e intangible*) per una nazione e contribuisce in maniera determinante al benessere sociale ed allo sviluppo economico e non solo di un paese.