



DOMANDE DALLA PLATEA: RISPONDONO I RELATORI

- **Il confronto sul numero degli infermieri rispetto ai paesi europei tiene conto del fatto che altrove "nurses" hanno compiti più ampi rispetto al modello italiano?**

L'analisi del capitolo 2 del Rapporto OASI ne tiene conto. In particolare, sommando la dotazione di medici e infermieri di Italia e GB si ottiene una dotazione complessiva di personale assimilabile (10,7 vs 10,8 per 1.000 abitanti). Quindi, rispetto a oltremontana abbiamo una differenza di skill mix più che di numerosità di "teste". Se però il confronto è con Francia e Germania, la distanza resta molto elevata anche in termini di entità complessiva degli organici, che, sommando medici e infermieri, è pari rispettivamente a 14,2 e 17,5. Tutto questo è coerente con il dato di spesa, con Francia e Germania che allocano molte più risorse al sistema sanitario rispetto a Italia e GB.

- **Potrebbe meglio chiarire il ruolo della frammentazione degli ospedali?**

Durante il Convegno, e in particolare nel cap. 9 del Rapporto, è stato sottolineato come una quota minoritaria ma rilevante (18%) della rete ospedaliera italiana inserita nel circuito dell'emergenza-urgenza sia costituita da presidi sotto i 100 PL e con meno di 50 accessi giornalieri al PS. Si tratta di 115 ospedali con in media 6 reparti e 5 discipline e 10 posti letto per unità operativa (dal conteggio abbiamo scorporato i 40 piccoli ospedali in aree montane ed isole minori). Spesso queste strutture ospitano discipline che dovrebbero essere localizzate in ospedali più grandi, meglio attrezzati e con maggiori volumi erogati. E in effetti, il rispetto delle casistiche del DM 70/15 è spesso insoddisfacente.

- **I 36000 operatori "assunti" durante la crisi Covid-19 sono nuovi ingressi o stabilizzazioni di figure già presenti?**

Il testo dell'interrogazione parlamentare fa intendere che si tratti di nuovi ingressi. In questi mesi è stata raccolta abbondante evidenza aneddotica di uno spostamento di personale dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate verso il settore pubblico.

- **La riduzione dei posti letto era ritenuta, fino al 2019, un obiettivo da perseguire ed un indicatore di qualità. Queste riflessioni non andrebbero ri-contestualizzate?**

Per molti anni (almeno fino alla Spending review del 2012) gli obiettivi di programmazione sanitaria nazionale hanno previsto un abbassamento progressivo della dotazione di PL ospedalieri nazionali. Fino al 2019 il calo di PL è proseguito. Ormai però l'Italia ha una dotazione di PL medio-bassa nel panorama internazionale.

Prospettivamente, appare prioritario riflettere sul buon uso di questa capacity (es. erogazione di casistica appropriata, posizionamento in aree che coprano bacini di utenza significativi, distribuzione delle grandi apparecchiature, ecc.).

- **Se le Regioni sono l'architrave del SSN, la centralizzazione rappresenta una soluzione meno efficace ed efficiente?**

Il funzionamento dei diversi SSR è fortemente influenzato dall'identità strategica e dalla cultura organizzativa di fondo. Centralizzare il SSN, favorirebbe l'adozione di modelli unici o comunque non sufficientemente differenziati da tenere in considerazione le profonde differenze in termini di norme, pratiche e comportamenti delle diverse regioni.

- **Rispetto agli archetipi di sistemi di governance di Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna menzionati, come si possono collocare gli altri SSR?**

È difficile fare considerazioni su altri SSR in assenza di uno studio approfondito delle regole e delle pratiche. Tuttavia, come emerso da un focus group tenuto con FIASO, le regioni in Piano di Rientro possono rappresentare un caso particolare, visto che si configurano come modelli gerarchici, al cui vertice risiede il Ministero dell'Economia delle Finanze e il Ministero della Salute piuttosto che il livello regionale.

- **Le attività di assistenza domiciliare non dovrebbero limitarsi all'aspetto d'urgenza legato all'emergenza della pandemia, ma alle già conosciute dinamiche della cronicità e della popolazione anziana integrando forme di copertura delle spese non solo pubbliche, ma con incentivi a integrazioni di mutue e assicurazioni. Quali sono le principali criticità?**

È corretto pensare che a domicilio vengano erogati servizi per i pazienti noti e non solo in regime di emergenza. Sui modelli di finanziamento, già adesso si osserva un buon numero di servizi non finanziati dal SSN erogati anche a domicilio (ad esempio, fisioterapia). Il grande tema è quella della "regia" tra interventi SSN e non SSN che al momento è delegata al paziente. Proprio per osservare queste interdipendenze fisiologiche con il finanziamento privato la SDA Bocconi ha attivato da un po' di anni un osservatorio ad hoc (Ocps)



▪ **L'utilizzo delle nuove tecnologie richiede una "formazione ibrida", non più a silos ma a piattaforme convergenti. Uno dei risultati ottenuti è la necessità di nuovi corsi comuni a medicina e ingegneria, fisica, biotech... operative all'estero. Avete riscontrato questa esigenza tra gli intervistati?**

Sì, assolutamente. L'ibridità professionale sembra emergere come trend sia nella formazione sia nell'impiego. Si pensi alla laurea congiunta Humanitas e Politecnico, o all'università di medicina di Twente che ha sviluppato una laurea molto applicata di ingegneria e medicina. Nell'impiego, sul lato della ricerca, questo aspetto è già molto incentivato con frequenti team multidisciplinari. Lato aziende sanitarie, molto meno.

▪ **La pandemia ha senza dubbio imposto un cambio di paradigma che coinvolge a 360 gradi tutti, dai cittadini al SSN, fornendo una spinta alla digitalizzazione della Sanità. Quali i prossimi passi in questo quadro, anche per colmare il disallineamento tra offerta di servizi e capacità dei cittadini di attivarli e impiegarli?**

L'augurio è che la pandemia abbia realmente spinto per una digitalizzazione a 360 di ciò che è digitalizzabile. Vi sono tante incongruenze nel sistema attuale (tra territorio, MMG, AO), con una scarsa cultura digitale, spesso da imputare ai cittadini. Una delle vie per rispondere può essere individuata nella formazione condivisa e in programmi di supporto all'adozione ed uso di queste tecnologie, che altrimenti restano al più adottate, ma inutilizzate.

▪ **Durante l'emergenza Covid gli acquisti centralizzati di DPI hanno dimostrato la possibilità di standardizzare qualità e costo di questa tipologia di DM. Diversa invece è la situazione relativa all'acquisto di DM altamente tecnologici e specifici per tipologia di paziente. Potrebbe essere un esempio che la centralizzazione degli acquisti (anche a livello regionale) dovrebbe considerarsi vincente solo per alcune tipologie di DM e che per i DM patient specific (es protesi) varrebbe la pena rimanere o tornare ad acquisti non centralizzati?**

La tesi che l'Osservatorio ha sempre sostenuto va nella medesima direzione. In linea generale i modelli di centralizzazione degli acquisti hanno innegabili vantaggi. Tuttavia, se da un lato la centralizzazione ha consentito di creare economie di specializzazione e modelli di acquisto coerenti con le specificità dei SSR, dall'altro non ha consentito di valorizzare appieno le competenze e le esigenze specifiche delle aziende sanitarie e neppure di avviare modelli contrattuali innovativi, anche come conseguenza del predominio di una cultura burocratico-amministrativa, largamente focalizzata sul procedimento amministrativo e sul risparmio come finalità a sé stante. La centralizzazione degli acquisti da sola non produce risparmi: se manca un processo adeguato di analisi dei fabbisogni e di traduzione degli stessi in documenti di gara, redatti sulla base di approfonditi confronti con il cliente finale interno e il mercato, il rischio è quello di generare maggiori costi in termini di «total cost of ownership» e iniquità.

▪ **La scelta di ridurre il numero di studenti in medicina può essere dettata da una carenza di programmazione del fabbisogno di personale medico ed infermieristico?**

Il numero dei posti programmati a medicina deve essere correlato con il numero dei posti per le professioni sanitarie. Quindi la programmazione deve discendere dalla pianificazione dello skill mix tra professioni che vogliamo raggiungere. Non è detto che dobbiamo aumentare il numero dei medici, se incrementiamo empowerment professionale e numero delle professioni sanitarie.

▪ **Sono stati citati i servizi veterinari. A fronte delle numerose competenze di questi Servizi, e a fronte delle sempre maggiori aspettative di salute della collettività, non si ritiene che siano eccessivamente sottodimensionati e debba essere incrementata la quota del FSN destinata a questa parte della Prevenzione?**

È importante smettere di ragionare per silos finanziari correlati a silos organizzativi; piuttosto è necessario agire per fabbisogni epidemiologici (umani e animali) combinati con standard assistenziali (o di prevenzione) attesi e definire l'allocazione delle risorse di conseguenza.

▪ **Cergas considera prioritari dei correttivi nel rapporto Stato Centrale e Regioni? Quali?**

Il livello centrale deve definire gli obiettivi di servizio e di salute e le correlate risorse finanziarie, le Regioni devono organizzare i servizi e micro-allocaire le risorse: nella prassi, spesso si assiste ad una incongrua inversione dei ruoli.

▪ **Non credete che l'Oncology Management Fast Track (OMFT) sia una risposta solo parziale al tema della presa in carico?**

Ogni piattaforma di accumulazione e di diffusione di competenze (cliniche, organizzative, manageriali) nel SSN e per il SSN è benvenuta, e vi è un ampio spazio per accrescerle e sistematizzarle. Molte organizzazioni professionali stanno svolgendo un lavoro egregio in questa direzione, diventando esse stesse un pezzo del capitale istituzionale del SSN.

▪ **Tra le sfide per il SSN, è stata menzionata come necessaria una riforma legislativa. Perché? Non comporterebbe tempi troppo lunghi?**

La maggior parte delle proposte del CERGAS sono attuabili a impianto normativo vigente: è prevalentemente un problema di competenze, di policy e di gestione.