

# SINTESI

## Intervento del Ministro Beatrice Lorenzin

### Aspetti sanitari e sfide di invecchiamento e salute in Italia

- **Ringraziamenti a Divisione Salute OCSE per tema proposto.**  
L'Esempio italiano sull'invecchiamento della popolazione e le strategie che i sistemi sanitari stanno adottando per rispondere alla sfida di soddisfare i nuovi bisogni di salute e garantire sostenibilità del sistema è in linea di principio valido ed attuale in tutti i Paesi OCSE
- **L'unicità del Sistema Sanitario Nazionale italiano: solidaristico, universalistico, dove a tutti sono garantite cure e assistenza gratuite indipendentemente dal reddito.**  
L'articolo 32 Cost.sancisce il principio generale del diritto alla salute e della copertura delle spese mediche.  
Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato istituito nel 1978, prendendo come modello l'NHS inglese, al quale si ispira soprattutto per quello che riguarda la copertura universale garantita dal sistema generale di tassazione.  
La sua organizzazione è basata su tre livelli generali: nazionale (indirizzi generali, programmazione sanitaria, amministrazione risorse), regionale (organizzazione e gestione del sistema attraverso le ASL), territoriale attraverso le ASL.
- **I Livelli Essenziali di Assistenza: essenza dell'azione del Ministero a garanzia della salute**  
In Italia i Lea, assicurati su tutto il territorio nazionale indipendentemente dalla regione di residenza e di erogazione dell'assistenza, hanno un ruolo strutturato e concertato sul piano programmatico nel rapporto con le Regioni, soprattutto in corrispondenza di accordi periodici che prevedono la ripartizione del budget sanitario in cui la composizione della popolazione per sesso ed età, in relazione ai bisogni correlati, gioca ancora un ruolo prioritario.
- **Il problema della legislazione concorrente causa di variabilità tra i sistemi regionali sanitari. Il Dibattito parlamentare per chiarire gli assetti.**  
Legislazione concorrente che attribuisce potere legislativo ordinario in materia di salute alle Regioni (art. 117 Costituz) ha generato un rilevante contenzioso tra Stato e Regioni e, soprattutto, una eccessiva variabilità tra i SSR (Servizi Sanitari Regionali).  
E' in corso un dibattito nel nostro Parlamento per migliorare e chiarire gli assetti e le competenze istituzionali.
- **La decentralizzazione e frammentazione del SSN, le tensioni in atto tra Stato e Regioni tra riparto fondi e nuovi bisogni di salute anche alla luce dell'invecchiamento della popolazione.**  
Crisi finanziaria, situazione di deficit di oltre la metà delle Regioni (su un totale di 20, nelle quali 2 territori del Trentino Alto Adige sono organizzati come Province Autonome),

spending review, stanno accrescendo la tensione già esistente tra centro e regioni. Per le regioni italiane, il budget sanitario rappresenta oltre l'80% del loro bilancio, quindi il riparto delle risorse nazionali per la sanità diventa il terreno di scontro cruciale a livello politico generale. Su questo, è evidente, la composizione per età della popolazione, ed i relativi bisogni anche in considerazione delle caratteristiche socio-economiche, sono cruciali.

- **Regioni virtuose e non virtuose: l'impegno dello stato per garantire l'equità nell'erogazione delle cure migliori a tutti i cittadini italiani, indipendentemente dalla regione in cui risiedono.**

La competenza e responsabilità dei servizi sociali è, nel nostro paese, attribuita al sistema delle municipalità, dei Comuni, e questo accresce la complessità dell'organizzazione dei servizi alla persona, da considerare nella sua unicità. Di fatto, in Italia ci sono Regioni che assicurano sistemi di cura di comunità in maniera assai più convincente ed avanzata rispetto ad altre.

- **Aspettativa di vita e invecchiamento: Italia 3<sup>a</sup> dopo Giappone, Spagna e Svizzera secondo il rapporto Health at Glance**

Un italiano vive in media 82.8 anni, solo pochi mesi in meno rispetto alla popolazione più longeva al mondo (cioè il Giappone). Tra i Paesi OCSE l'Italia è uno dei più "vecchi".

Nel 2050, un terzo (33%) degli italiani avrà oltre 65 anni e circa il 15% oltre 80 anni. Queste sono cifre realmente preoccupanti sul piano organizzativo. A livello OCSE, le medie saranno rispettivamente del 27% e del 10%.

- **Paesi che invecchiano e con bassa natalità: se non c'è il ricambio generazionale chi provvederà a pensioni e SSN?**

- **La grande sfida: viviamo più a lungo, ma viviamo in salute? Italia sotto la media OCSE per anni attesi in buona salute dopo i 65 anni di età**

Secondo il Rapporto Health at Glance, in Italia, il totale di anni attesi in condizioni di buona salute, a partire dai 65 anni, è per le donne pari a 7, mentre è 8 per gli uomini. La media OCSE è pari a 9 anni e in Europa i valori più alti si osservano nei Paesi del Nord, con il massimo pari a 15 anni in Norvegia. Inoltre secondo l'ISTAT nel 2013 il 48,7% delle persone dai 65 ai 74 anni ed il 68,1% di quelle dai 75 anni in su dichiara di essere affetto da almeno due malattie croniche.

- **La risposta assistenziale alle malattie della popolazione anziana: criticità ed eccellenze**

- ✓ **frattura di femore:** riguardo l'intervento entro i 2 giorni, l'Italia si attesta ancora su percentuali troppo basse, pari a circa il 50%. Elevata la variabilità assistenziale: alcuni ospedali raggiungono valori superiori al 90% mentre altri sono sotto il 10%. E' importante confrontarsi con altri Paesi ed elaborare quelle strategie che possono portare a migliorarci in maniera consolidata ed oggettiva.

- ✓ **Diabete:** l'Italia è il Paese OCSE che mostra il più basso tasso di ricoveri ospedalieri (un terzo della media OCSE, 50 x 100 000). Risultato da considerare anche alla luce della tradizione del "medico di famiglia", che in combinazione con il Centro di diabetologia specialistico di II livello, presta in Italia da molti anni un servizio di alto

livello alle famiglie, soprattutto nell'ambito del diabete, e con l'alta specializzazione della categoria dei diabetologi, tra le migliori al mondo per competenza e capacità.

- **L'Italia tra i Paesi con aspettativa di vita più alta e spesa sanitaria più contenuta**

USA, Norvegia, Olanda e Germania investono molto a fronte di un'aspettativa di vita inferiore rispetto a Paesi, come l'Italia, con una aspettativa di vita più alta e una spesa sanitaria contenuta, se paragonata a quella di Paesi con aspettativa di vita sia superiore (Giappone) che inferiore. Notiamo che tra i Paesi menzionati figurano diversi Paesi con sistemi assicurativi.

Negli ultimi 10 anni l'Italia ha ridotto la sua spesa sanitaria; tra il 2009 ed il 2013 c'è stato un calo di investimenti, fino ad arrivare ad un -1.6% annuale. Se incrementassimo la spesa per esempio di circa il 60% per raggiungere i livelli di spesa degli altri Paesi europei, il guadagno per l'Italia è più che evidente, raggiungeremmo il valore di 85 anni.

- **Le sfide dell'invecchiamento e della cronicità: costi sanitari 70-80% della spesa sanitaria pubblica totale**

Sembra dunque che una delle maggiori sfide che Paesi come l'Italia devono affrontare è l'invecchiamento della popolazione in relazione alla gestione della malattie croniche, che all'avanzare dell'età, diventano la principale causa di morbosità, disabilità e mortalità, e gran parte delle cure e dell'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita.

Nel nostro paese, le persone affette almeno da una patologia cronica sono tra il 30 ed il 40% della popolazione assistita ed i costi sanitari correlati rappresentano circa il 70/80 % della spesa sanitaria pubblica totale.

- **Gli obiettivi di cura e presa in carico della cronicità: I percorsi diagnostico-Terapeutico-Assistenziali**

Il presupposto fondamentale per la gestione efficace della cronicità deve partire da una nuova cultura che dovrà impregnare tutte le scelte di politica sanitaria, le strategie assistenziali, la tipologia dell'organizzazione, l'assetto operativo delle strutture, l'offerta dei servizi.

La sfida dovrà quindi essere finalizzata al raggiungimento di cinque grandi obiettivi:

- assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce;
- ottenere e mantenere nel tempo un buon controllo della malattia;
- prevenire e curare le complicanze, le comorbidità e le disabilità;
- garantire la qualità di vita, anche attraverso modelli di welfare di comunità;
- ottimizzare le risorse disponibili (economiche, umane, strutturali, organizzative)

In tale concezione la definizione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), rappresenta uno strumento per metter a punto e valutare il sistema che integra gli attori dell'assistenza primaria con quelli della specialistica, sia territoriale che ospedaliera, e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità (welfare di comunità).

- **Cronicità: gli interventi in atto in Italia: riordino cure primarie e nuova organizzazione assistenza di base; integrazione sociosanitaria e assistenza domiciliare**

Le Azioni intraprese sono dall'Italia sono più che coerenti con quanto raccomandato dall'OCSE nella Revisione sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia, pubblicata nel 2014.

Istituzioni centrali e regionali orientate verso due soluzioni: riordino delle cure primarie e definizione dei nuovi modelli organizzativi dell'assistenza di base; nuova fisionomia a tutti i servizi territoriali, caratterizzando la loro attività, promuovendo una reale integrazione con i servizi sociali. A titolo di esempio, per le cure domiciliari il provvedimento individua 3 livelli di intensità assistenziale crescente, con specifici standard di intensità assistenziale e precise indicazioni circa le prestazioni e le attività che devono essere attivate, colmando in tal modo le carenze dei precedenti atti normativi.

- **Il modello di riferimento: Ospedale per le acuzie e potenziamento dell'assistenza territoriale per la fase post acuzie. Il regolamento del Ministero sui posti letto**

L'ospedale deve offrire un'assistenza sempre più specializzata e tecnologicamente avanzata nella fase di acuzie ed in stretto raccordo con i servizi territoriali per la successiva fase di post-acuzie. In tal senso il Ministero della salute ha emanato un Regolamento che ridefinisce e riduce il numero dei posti letto ospedalieri, indica i volumi minimi per garantire la qualità degli interventi chirurgici maggiori e indica alle regioni l'obiettivo di perseguire la riprogrammazione dell'offerta assistenziale in area territoriale distrettuale, con il potenziamento dell'assistenza primaria, domiciliare, residenziale e l'attivazione o l'ampliamento di posti letto in strutture intermedie.

- **eHealth for Italy: il Patto per la sanità digitale per monitorare e valutare l'assistenza sanitaria erogata in tutte le sue dimensioni**

Il Ministero della salute ha predisposto il "Patto per la sanità digitale", con l'obiettivo di disegnare un Master Plan triennale (2015-2017) per la sanità elettronica identificando i possibili ambiti di attivazione di iniziative di partenariato pubblico-privato capaci di innescare un circuito virtuoso per il reperimento di risorse economiche destinate a finanziare gli investimenti necessari.

Le priorità di intervento ad oggi individuate dal Patto sono:

Orientate al paziente

- telemedicina e teleassistenza
- fascicolo sanitario elettronico
- soluzioni per la continuità assistenziale (Patient Workflow Management; Patient Relationship Management)
- piattaforme di informazione e accesso ai servizi per il cittadino

Orientate al Servizio:

- interconnessione sistemi informativi degli ospedali e dei servizi per lo sviluppo dell'evidence based medicine e dell'evidence based public health.
- interazione multidisciplinare tra professionisti della salute
- condivisione di dati di acquisto e di consumo di beni e servizi e di dispositivi medici per il controllo della spesa sanitaria e dell'appropriatezza dell'acquisto

A queste priorità si aggiungono quelle relative all'adeguamento **dell'infrastruttura informativa nazionale del Ministero della salute**: attivare flussi per monitoraggio e valutazione dell'assistenza sanitaria erogata in tutte le sue dimensioni, interconnettere i flussi per tracciare il paziente in tutti i suoi accessi alle cure e quindi valutare qualità ed efficienza dell'intero percorso assistenziale.

- **Il Piano Nazionale Cronicità: miglioramento della tutela e qualità di vita dei malati e dell'efficacia ed efficienza dei servizi sanitari**

Il Ministero della salute di concerto con le Regioni sta predisponendo il primo “Piano nazionale della Cronicità” (PNC) che nasce dall’esigenza di armonizzare a livello nazionale tutte le attività in questo campo. Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, migliorando la qualità di vita, riducendone il peso sull’individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, rendendo più efficaci ed efficienti i Servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai Cittadini. In tale percorso, sarà molto importante un utilizzo delle nuove tecnologie, quali componenti di un diverso modello di servizio al cittadino.

- **L’importanza dell’appropriatezza per erogare cure migliori e più sicure e favorire la sostenibilità del sistema: L’Intesa con le Regioni per identificazione prestazioni e ricoveri inappropriati, la Commissione Lea, il sistema di monitoraggio e il Piano Nazionale Esiti.**

Accanto alla valutazione dell’appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, attiva nel nostro Paese dal 2010, Ministero della salute e Regioni hanno sottoscritto un’Intesa riguardo:

- la definizione dei criteri per l’identificazione dei ricoveri inappropriati nei reparti di riabilitazione ospedaliera;
- adozione di misure per la riduzione delle prestazioni inappropriate erogate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale.

**Predisposto uno schema di decreto** con condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza, in particolare nell’area della diagnostica per immagini, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili e delle migliori pratiche in uso presso le strutture del SSN.

**Prevista l’istituzione di una Commissione nazionale LEA** che provveda sistematicamente all’aggiornamento dei LEA e delle condizioni di erogabilità ed appropriatezza delle prestazioni.

**Costruzione con le Regioni di un sistema di monitoraggio e valutazione** della qualità dell’assistenza sanitaria che consenta di valutare l’equità dell’erogazione dell’assistenza su tutto il territorio nazionale e individuare criticità e punti di eccellenza delle strutture erogatrici allo scopo di promuovere attività di audit rivolte al miglioramento della performance assistenziale.

In tale ottica lavora già dal 2010 **il Programma Nazionale Esiti** con l’obiettivo di sviluppare nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari. L’edizione 2015 di PNE sui dati aggiornati al 2014 analizza 63 indicatori di esito/processo, 57 volumi di attività e 26 indicatori di ospedalizzazione.

Previsto anche **l’aggiornamento del Sistema di Garanzia (NSG)** per monitoraggio e valutazione della garanzia dell’erogazione dei LEA ed uniformi di assistenza (LEA) in ciascuna Regione e Provincia Autonoma del territorio italiano.

- **Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale: quali azioni? No ai tagli lineari, eliminare gli sprechi, giusta allocazione delle risorse eliminando in appropriatezza clinica e organizzativa**

In particolare le azioni sia a livello nazionale che regionale sono rivolte a:

- a. riorganizzazione e ripensamento del sistema aziendale pubblico in una logica di valutazione e miglioramento della produttività, intesa quale rapporto tra il valore prodotto ed i fattori produttivi utilizzati (in termini quantitativi ed economici);
- b. individuazione e utilizzo di indicatori standard relativi alla gestione degli immobili, strumentali e non, delle aziende sanitarie pubbliche;

- c. valutazione e valorizzazione delle esperienze ed iniziative in ambito di servizi sovra-aziendali, allo scopo di diffondere rapidamente ed efficacemente le migliori pratiche;
  - d. valutazione della possibilità di realizzazione di un centro di competenza nazionale in materia di stesura dei capitolati per l'acquisizione di beni e servizi;
  - e. revisione della normativa sulla responsabilità civile e penale dei professionisti della salute per favorire l'appropriatezza e limitare gli effetti della medicina difensiva;
1. applicare adeguati modelli di analisi e definizione dei costi standard delle prestazioni erogate uniformi su tutto il territorio nazionale;
  2. investire sulla formazione del capitale umano, che è la risorsa più "potente" che una qualsiasi organizzazione possieda, aumentandone l'attitudine ad operare sulla base delle evidenze clinico-organizzative;
  3. sviluppare l'health technology assessment e le valutazioni di impatto economico connesse alle scelte clinico-organizzative.

- **Ambiti di possibile intervento dell'OCSE**

Alcuni esempi di iniziative concrete sono le seguenti:

- ✓ creare una piattaforma internazionale di indicatori continuamente aggiornati, facilmente interrogabile in maniera sicura
- ✓ produrre linee guida ben codificate e metodologie condivise per il monitoraggio della performance dell'assistenza, del consumo di risorse e per lo sviluppo continuo della qualità
- ✓ identificare i migliori strumenti di visualizzazione e diffusione dei dati sugli indicatori da utilizzare per informare i decisori
- ✓ promuovere la condivisione di strumenti già realizzati da alcuni Paesi per il fine prioritario del public reporting.

- **Un pensiero per le vittime di Parigi e un augurio di pace per tutto il Mondo**

L'ultimo pensiero va alle vittime degli atti di terrorismo in tutto il Mondo ed in particolare a tutta la popolazione di Parigi colpita dai recenti eventi.

Investire sulla salute può aiutare a insegnare la cultura della vita e ad apprezzare appieno la qualità di una vita solidale e pienamente condivisa. Questo, naturalmente, per le generazioni future, ma anche per quanti hanno diritto ad una serena esperienza di vita in tutte le condizioni possibili ed a tutte le età.

Pace per Parigi e per tutto il Mondo.

Vi ringrazio per l'attenzione.

