

Convegno con l'ing. Fantozzi

Prof. Andrea Lanza – 31/10/2023 - Autori: Ricco, Fazari - Revisionatori: Fazari, Ricco

Ospite: l'incontro è tenuto dall'ingegnere Fantozzi, subcommissaria regionale per il piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario nella Regione Calabria.

La Calabria è una delle due regioni che ancora fa parte del piano di rientro ed è, quindi, sotto il controllo del Ministero dell'Economia e delle Finanze e del Ministero della Salute, che nominano un commissario del governo centrale per la gestione della sanità, invece di affidarla alla giunta regionale come avviene di consueto.

Il Ministero della sanità non è mai stato finanziato correttamente, la quota del PIL destinata al sistema sanitario ha sempre subito un decremento, portando a un sottofinanziamento, che incide sulla qualità e sul numero di servizi resi.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

È costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica della popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali, e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

ATTUALE STRUTTURA DEL SSN

Tre livelli:

1. CENTRALE - Ministero della salute e Organi tecnici
2. REGIONALE - Assessorati e Direzioni generali Sanità
3. LOCALE - Aziende ASP e le Aziende ospedaliere (AO)

Nello specifico:

1. Il **Governo Centrale**: il Ministero della Salute applica le leggi promulgate dal governo
- **Organismi tecnici** che affiancano il Ministero, come:
 - **CSS**: Organo consultivo-tecnico del Ministro che esprime pareri e proposte in merito di tutela e miglioramento delle condizioni di salute della popolazione. Attualmente è articolato in cinque Sezioni ed è composto da 50 esperti.
 - **ISS**: l'Istituto Superiore di Sanità è l'organo tecnico-scientifico del SSN che si occupa di ricerca, sperimentazione e formazione del personale.
 - **ISPESL**: Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, sostituito dall'INAIL nel 2010.
Era competente per tutte le funzioni consultive che riguardano la prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro, con compiti di ricerca, di studio, di sperimentazione e di elaborazione delle tecniche per la prevenzione e la sicurezza del lavoro in stretta connessione con l'evoluzione tecnologica degli impianti, dei materiali, delle attrezzature e dei processi produttivi. Si occupava, inoltre, della determinazione dei criteri di sicurezza e dei relativi metodi di

rilevazione ai fini dell'omologazione di macchine, di impianti, di apparecchi, di strumenti e di mezzi personali di protezione e dei prototipi.

- **CCM:** il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie gestisce particolari progetti, affidatigli dal Ministero della Sanità (es. il controllo dell'obesità).

Si occupa inoltre di:

- Analisi dei rischi per la salute
- Coordinamento con le Regioni dei piani di sorveglianza e di prevenzione attiva dei sistemi nazionali di allerta e risposta rapida anche con riferimento al bioterrorismo
- Attuazione e verifica dei programmi annuali definiti
- Collegamento con altre realtà istituzionali e con altre realtà analoghe europee ed internazionali
- Diffusione delle informazioni

- **AGENAS:** l'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali ha un ruolo di coordinamento in materia di sanità tra tutte le regioni, garantendo un certo livello di equità circa i servizi erogati.

Le sue funzioni riguardano:

- L'esame di schemi o progetti di piani sanitari regionali;
- I criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima;
- La formulazione di pareri consultivi sulla compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza;
- La formulazione di pareri consultivi su numerosi atti ministeriali

- **AIFA:** l'Agenzia Italiana del Farmaco ha il compito di provvedere al governo della spesa farmaceutica assicurando l'unitarietà nazionale del sistema farmaceutico, l'innovazione, la semplificazione e l'efficienza delle procedure di registrazione.

È anche responsabile dell'applicazione del meccanismo del payback: ogni anno viene fissato dallo Stato un tetto di spesa destinato all'acquisto dei farmaci; se questo viene superato, lo Stato verrà rimborsato per il 50% dalle regioni e per l'altra metà dalle case farmaceutiche dei farmaci che hanno causato lo sfioramento del budget.

Autorizza, inoltre, sperimentazioni cliniche e l'immissione in commercio dei farmaci (AIC).

Infine, da essa dipende il monitoraggio delle reazioni avverse e compiti ispettivi sulle aziende produttrici, di informazione e di promozione della ricerca.

2. **Regionale:** la conferenza Stato-Regioni (per esteso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano), costituita nel 1993, analizza le esigenze delle regioni e si coordina con il governo per soddisfarle. Ha funzioni di consulenza per il Governo ed in particolare il compito di determinare le linee generali della politica sanitaria nazionale (Accordi Stato-Regioni) Vi partecipano i Presidenti di tutte le Regioni e Province autonome.
3. **Locale,** composto da aziende ospedaliere, anche dette hub (in Calabria ce ne sono tre), e dagli spoke (ASL, ASP, consultori, ecc.). Per garantire il buon funzionamento degli

ospedali, bisogna far sì che essi si occupino esclusivamente dei malati più gravi, cosa che potrà avvenire solo assicurando un'efficiente assistenza domiciliare e territoriale per gli ammalati meno gravi o cronici, divergendo così da una politica fallimentare come l'ospedale-centrismo.

L'attuazione della decentralizzazione come tipologia di organizzazione può essere ostacolata da due fattori:

- L'invecchiamento della popolazione
- Tempi di percorrenza significativi per muoversi da un punto all'altro della Calabria

Oggigiorno la sanità ha una gestione manageriale, che vede a capo il **Direttore Generale**, supportato da due figure collaterali, il **Direttore Amministrativo**, che si occupa dell'amministrazione delle finanze, e il **Direttore Sanitario Aziendale**, al quale fanno riferimento i **Direttori medici di Presidio** (per lo più igienisti)

che lavorano negli spoke. Quando si vuole l'approvazione di novità o modifiche nell'ambito dell'amministrazione sanitaria, sono necessarie le firme di tutte le tre figure dirigenziali, le quali, in caso si vogliano astenere, devono motivare la loro decisione per iscritto.



Le aziende ospedaliere o le ASP sono suddivise in dipartimenti (emergenza e urgenza, diagnostica per immagini, ...), secondo quanto stabilito dall'atto aziendale, e a loro volta si compongono di "unità complesse" (un esempio sono i reparti ospedalieri), sotto livellate ancora in "unità semplici". La carica di Capo Dipartimento è una nomina fiduciaria assegnata dal Direttore Generale, il quale sceglie tra i dirigenti delle strutture complesse che fanno capo a quel dipartimento; per diventare dirigente delle unità complesse (es. primario), invece, bisogna sostenere un concorso pubblico. In Calabria i livelli essenziali di assistenza (LEA), che purtroppo non raggiungono nemmeno i minimi previsti dal Governo, sono divisi in tre macroaree:

- Assistenza territoriale
- Assistenza ospedaliera
- Prevenzione

Il SSN assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal PSN nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal SS è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN.

Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal SSN a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

Prestazioni garantite dal SSN:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

Prestazioni totalmente esclusi dai LEA

- Chirurgia estetica non conseguente a incidenti, circoncisione maschile, medicine non convenzionale
- Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche indicate.

PIANO SANITARIO NAZIONALE (PSN)

Emanato ogni triennio, il Piano Sanitario Nazionale individua le patologie che colpiscono la popolazione italiana e che provocano il maggior carico di morte, disabilità e malattia (*Fonte: Ministero della Salute*); permette di scegliere in quale ambito sia più opportuno investire le risorse riservate alla sanità.

PIANO SANITARIO REGIONALE (PSR)

Piano strategico degli interventi relativi al raggiungimento degli obiettivi di salute e al funzionamento dei servizi, anche in riferimento agli obiettivi del PSN.

LA PROGRAMMAZIONE

La programmazione è un metodo di lavoro che permette di operare le scelte secondo criteri scientifici.

Programmare vuol dire:

- Analizzare il contesto
- Definire obiettivi da raggiungere
- Valutare le alternative
- Scegliere una strategia operativa
- Avviare e monitorare il programma
- Valutare i risultati

Tutto ciò al fine di ottenere il maggior beneficio possibile compatibilmente con l'ammontare di risorse di cui si dispone.

La pianificazione è un intervento dello Stato finalizzato ad orientare e/o regolare le attività di politica economica.

La programmazione è un insieme di studi preventivi e di azioni atti a rendere esecutivo un piano.

Un **programma efficace** ha la capacità di raggiungere un determinato obiettivo di salute prefissato. L'efficacia si valuta ponendo a confronto i risultati ottenuti con gli obiettivi prefissati di salute e permette di confrontare diverse strategie di intervento.

Un **programma efficiente** utilizza in modo ottimale le risorse per raggiungere di un determinato risultato.

Tutte le analisi dei dati partono da un sistema di flussi che bisogna conoscere con precisione per poter analizzare correttamente le informazioni ottenute.

È necessario conoscere i flussi della mobilità (i cittadini si spostano dalla propria regione di residenza ad un'altra per farsi curare) per capire su quali specialità si ha una maggiore mobilità e, di conseguenza, per poter potenziare quel determinato settore.

Negli anni, il Sistema Sanitario calabrese è sempre stato sottofinanziato, in quanto c'era la tendenza a sottrarre i fondi riservati alla sanità in caso di necessità; quest'anno, però, l'attuale ministro è riuscito a recuperare dei fondi in più.

PREVENZIONE

- La prevenzione è una strategia per salvare il SSN e contrastare le disuguaglianze.

- Prevenire agirà sul lungo termine, strategie nutrizionali congruenti possono avere azioni anche sul breve termine.

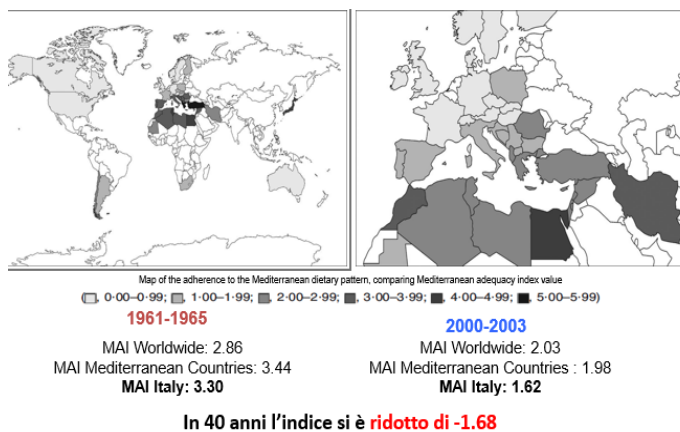
Una delle strategie più importanti per far risparmiare soldi alla sanità è la **prevenzione**. Ad esempio, la spesa molto elevata del sistema sanitario italiano è dovuta all'aumento delle patologie cardiovascolari.

Il Seven Countries Study è uno studio prospettico condotto alla fine degli anni '50 dal fisiologo Ancel Keys, con lo scopo di analizzare la dieta di sette diversi paesi per capire quali alimenti fossero necessari per ridurre il rischio di patologie cardiovascolari. Da questo studio è emersa l'importanza di un'alimentazione equilibrata e di conseguenza l'importanza della prevenzione.

Il MAI (**Indice di Adeguatezza Mediterranea**) è il rapporto tra la percentuale dell'energia fornita dagli alimenti di una dieta tipicamente mediterranea e la percentuale dell'energia fornita dagli alimenti di una dieta non tipicamente mediterranea.

Nel corso degli anni, l'alimentazione si è sempre più discostata dalla tipica dieta mediterranea (con l'aumento del consumo di salumi, formaggi e dolci e la riduzione del consumo di legumi, pesce, verdure).

Questo discorso è fondamentale per un medico, in quanto prima di ricorrere all'uso di farmaci è necessario fare prevenzione modificando le abitudini alimentari (tramite dietoterapia) e lo stile di vita del paziente. In questo modo si riducono i costi del sistema sanitario.



Prevalenza delle principali malattie cronic-degenerative:

La prevalenza, in particolare la prevalenza puntuale, è una misura di frequenza impiegata in epidemiologia per esprimere il rapporto fra il numero di persone malate in una popolazione in un definito momento e il numero totale degli individui della popolazione nello stesso istante.

La prevalenza delle malattie cronic-degenerative è correlata all'incrementate del sovrappeso, dell'obesità e del diabete di tipo 2.

Sovrappeso e obesità

- 9 miliardi di euro l'anno di costo
- 2,7 anni in meno aspettativa di vita
- 9% della spesa sanitaria, superiore alla media degli altri Paesi
- Produzione lavorativa compromessa con riduzione del 2,8% del PIL
- 289 - 450 euro di tasse supplementari all'anno pro capite.

Diabete Mellito

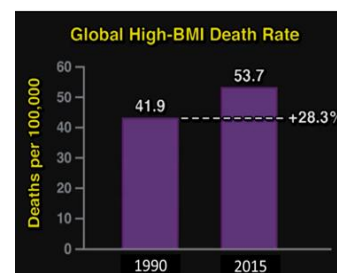
Oltre 20 miliardi di euro l'anno, dei quali:

- 9 miliardi di euro per spese dirette;
- 11 miliardi per spese indirette;
- 2800 costo pro capite per il monitoraggio e la cura;
- Non si conosce l'ammontare della spesa in prevenzione o approccio nutrizionale.

Nel mondo vi è un continuo aumento di morti per elevato BMI.

In Italia:

- 40% (24 milioni) della popolazione è affetto da una patologia cronica.
- 23,7% (15 milioni) ha 2 o più condizioni croniche.
- Ad oggi sono 66,7 miliardi di spesa per la cronicità ed in aumento a 70,7 miliardi nel 2028.



IMPATTO DEL DIABETE IN CALABRIA

In Calabria, l'8% della popolazione si dichiara diabetico, il dato più elevato in Italia. Il consumo di farmaci per il diabete è il più elevato in Italia.

Il tasso standardizzato di mortalità per diabete mostra un andamento in riduzione sia per i maschi che per le femmine, pur restando in entrambi i casi tra i più elevati in Italia.

Ogni paziente ha un costo di circa 2700 € l'anno, senza considerare i costi sociali, quali l'assenza dal lavoro, il pagamento della pensione di invalidità e così via.

Nel corso degli anni si è scoperto che il diabete (tipo 2) è una malattia reversibile, di conseguenza può essere gestita anche tramite dieta ed attività fisica.

COSTO REMISSIONE DIABETE TIPO II

Alcuni studi hanno dimostrato che seguendo una dietoterapia per almeno 8 settimane:

- Dopo 1 Anno dal trattamento, la remissione del Diabete, con paziente a dieta libera, si attesta al 46%.

- Dopo 2 Anni, la remissione del Diabete si attesta al 35 %.

Visto il numero di remissioni a due anni, con molteplici vantaggi per i pazienti, nonché i benefici sociali immediati, è doveroso spostare le risorse all'interno dei budget per la cura del diabete per offrire supporto alle persone con diabete di tipo 2 per questo tipo di cura e la prevenzione.

THE NHS DIGITAL WEIGHT MANAGEMENT PROGRAMME

In Inghilterra è stato creato il programma di gestione digitale del peso dell'NHS, che aiuta gli adulti affetti da obesità che hanno anche una diagnosi di diabete, ipertensione o entrambi, a gestire il proprio peso e migliorare la propria salute.

Si tratta di un programma comportamentale e di stile di vita online della durata di 12 settimane a cui le persone possono accedere tramite uno smartphone o un computer con accesso a Internet.

LA PREVENZIONE COME ELEMENTO DI SOSTENIBILITA' DEL SSN

Se non ci fossero gli interventi di prevenzione, le spese del Sistema Sanitario non sarebbero sostenibili.

Il medico deve agire sulla prevenzione, diventando parte attiva per ridurre i costi senza però ridurre la qualità della cura al paziente.

La semeiotica è fondamentale per un medico!

In alcuni Paesi (ad esempio nel caso dei Medici cubani) non si ha a disposizione la strumentazione adatta, o non è accessibile a tutti, per questo motivo il medico viene formato per essere in grado di fare diagnosi utilizzando la semeiotica. In Italia, invece, si attua una medicina difensiva.

La medicina difensiva (MD) fa riferimento a tutte le prestazioni sanitarie erogate dai medici per prevenire il rischio di denunce legali da parte di pazienti (o loro parenti) per negligenza o 'malasanità' che dir si voglia.

Recentemente sono stati stanziati dei fondi presso l'ospedale di Catanzaro ed è iniziata una sperimentazione che riguarda l'impiego dell'infermiere di comunità: questo progetto prevede che l'infermiere di comunità vada a casa del paziente, posiziona il device ed inizi il teleconsulto con l'ospedale. Questo metodo permette di raggiungere anche le zone più isolate.