

PROFESSIONE NEFROLOGO

I programmi elettorali dei partiti e la Sanità: un vademecum per orientarsi



Giuseppe Quintaliani¹, Cristiana Rollino², Vincenzo Sepe², Biagio Di Iorio³

(1) Coordinatore Governo Clinico della SIN

(2) co-Editor GIN

(3) Editor GIN

Introduzione

Nella recente campagna elettorale americana la sanità in generale e la riforma sanitaria di Obama ha giocato un ruolo di rilievo tanto che anche le maggiori riviste mediche hanno dedicato ampi spazi alla illustrazione dei diversi punti di vista che hanno visto anche la popolazione americana spaccarsi quasi a metà nel sostenere o rigettare la proposta del presidente democratico [1] [2] (figura 1).

The screenshot shows the homepage of The Lancet website. The main heading is "THE LANCET". Below it, there is a search bar and navigation links: Home | Journals | Specialties | Clinical | Global Health | Multimedia | Conferences | Information for | Healthcare Jobs. The featured article is titled "Health and the 2012 US election" and was published from September 1, 2012. It includes an executive summary and a list of editorials. The editorials listed are: "America's future", "The USA's global health work: winning hearts and minds", "Americans' choice for health", "The pre-election health environment in the USA", and "Holding on to a huge victory for American health". There is also a video player showing a woman, Jennifer Dixon, discussing health-care reform in the USA and England.

THE LANCET

Search for in [Advanced Search](#)

[Home](#) | [Journals](#) | [Specialties](#) | [Clinical](#) | [Global Health](#) | [Multimedia](#) | [Conferences](#) | [Information for](#) | [Healthcare Jobs](#)

Health and the 2012 US election
Published from September 1, 2012

Executive summary

The issue of health in the upcoming US election is central to the major parties' campaigns. Barack Obama's Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) is set against the Republicans' push for competition between providers with each state given the power to craft its own plan. *The Lancet* captures the debate over the weeks leading up to the Nov 6 election, looking at issues such as ACA implementation and women's health; racial inequalities in health; FDA reform; the National Institutes of Health's budget constraints and its impact on research; plus a World Report on the final election result and its implications for domestic health.

Editorials

America's future
The Lancet
[Full Text](#) | [PDF](#)

The USA's global health work: winning hearts and minds
The Lancet
[Full Text](#) | [PDF](#)

Americans' choice for health
The Lancet
[Full Text](#) | [PDF](#)

The pre-election health environment in the USA
The Lancet
[Summary](#) | [Full Text](#) | [PDF](#)

Holding on to a huge victory for American health
The Lancet
[Full Text](#) | [PDF](#)

Comments

THE LANCET
US Election Blog 2012

Video
Jennifer Dixon discusses health-care reform in USA and England

Figura 1.
Il numero speciale di Lancet sulle elezioni americane.

Le riviste mediche statunitensi hanno dedicato editoriali ed articoli al problema tanto da far dire che le riviste scientifiche si erano tramutate in riviste politiche [3].

Tuttavia ciò che colpisce da questa parte dell'oceano è che la campagna elettorale imperniata in maniera importata sulla sanità, non sia stata discussa ed affrontata con dati e numeri oltre che con una esauriente esposizione.

Il nostro scopo è stato quindi quello di esplorare come i vari partiti italiani, alla vigilia di elezioni certamente importanti per il paese, affrontino il problema della sanità che ha sicuramente due facce nella stessa medaglia: a) i costi b) lo stato di salute della popolazione ma che comportano differenze notevoli di impostazione e di rimedi.

Abbiamo voluto anche, per rispetto ai nostri colleghi e per cercare di essere più obiettivi possibile, far parlare comunicati stampa, articoli e stralci di programmi elettorali mettendo rigorosamente tra virgolette quanto riferito. Abbiamo anche cercato di non interferire in alcun modo con i giudizi politici ma solo sottolineare problemi ed atteggiamenti generali.

La sanità rappresenta la voce di spesa più importante per le regioni (circa l'80% del bilancio) e circa il 6% del PIL nazionale. E sicuramente il problema non è solo italiano [4].

Adnkronos Salute 27 dic.

Cresce in Italia la spesa sanitaria. Negli ultimi 10 anni è passata da 76 a poco meno di 113 miliardi di euro con una crescita di circa 37 miliardi. È la fotografia scattata dal ministero della Salute, che ha messo a punto alcune tabelle per "fare chiarezza sui numeri della sanità". Tabelle che, oltre ai livelli di spesa, mostrano il trend del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la composizione della spesa sanitaria e la sua incidenza sul Pil.

Analizzando il grafico della spesa del Ssn, balza agli occhi l'innalzamento costante che si è registrato. Un trend che però negli ultimi anni sembra avere una 'gobbà di crescita più morbida. Questa nel dettaglio la scalata: nel 2001 la spesa sanitaria corrente è stata pari a 76 miliardi, che sono diventati 79,5 nel 2002; 82,3 nel 2003; 90,5 nel 2004; 96,8 nel 2005; 99,6 nel 2006; 103,8 nel 2007; 107,1 nel 2008; 110,2 nel 2009; 111,3 nel 2010; 112,9 nel 2011.

Di pari passo è cresciuto anche il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, passando in 10 anni da poco più di 71 miliardi a poco meno di 107. Nel dettaglio: 71,3 miliardi nel 2001; 75,7 nel 2002; 80,6 nel 2003; 82,4 nel 2004; 93,2 nel 2005 e nel 2006; 97,6 nel 2007; 101,6 nel 2008; 104,2 nel 2009; 105,6 nel 2010; 106,9 nel 2011.

Le tabelle del ministero della Salute mostrano anche l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil, facendo un confronto tra Italia e Paesi dell'Unione europea. L'ultima rilevazione - relativa al 2009 - mostra un'incidenza della spesa sul Pil del 7,3%, contro l'8,2% registrato in Europa. Un dato significativo, che mette in evidenza come in Italia si spenda mediamente meno che nel resto d'Europa in materia di sanità. Una tendenza che ha assunto dimensioni più significative in questi ultimi anni: nel 2005, infatti, l'incidenza della spesa sul Pil si assestava - sia in Italia che nel resto della zona Euro - intorno al 7%.

Il ministero analizza inoltre la composizione della spesa sanitaria. Il grafico mostra chiaramente che la maggior parte delle risorse del Servizio sanitario nazionale vengono utilizzate per pagare gli stipendi del personale (36,1 miliardi) e per l'acquisto di beni e servizi (34,1 miliardi). Alla farmaceutica convenzionata sono destinati circa 10 miliardi; poco meno di 9 miliardi all'ospedaliera accreditata. E ancora, tra le voci più significative: 6,6 miliardi alla medicina generale convenzionata; 6,4

all'assistenza convenzionata e accreditata; 4,7 alla specialistica convenzionata e accreditata; 2 alla riabilitativa accreditata.

Molti accenni sono stati fatti quindi alla non sostenibilità del costo del SSN da autorevoli esponenti (Prof. Monti) e da molte parti si valuta come poter ridurre i costi. Alcune soluzioni come quelle adottate dalla Spagna spaventano se solo qualcuno ne parlasse e se solo i partiti ci facessero sapere cosa ne pensano [5]:

Doctornews 28/11/2012

Individuare «nuove modalità di finanziamento e di organizzazione dei servizi e delle prestazioni». Sembra questa la condizione per la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale, che «le proiezioni di crescita economica e quelle di invecchiamento della popolazione mostrano che potrebbe non essere garantita». Almeno secondo il presidente del Consiglio **Mario Monti**, intervenuto a Palermo in videoconferenza. Il messaggio è stato poi veicolato e reinterpretato anche da una nota, dato il subbuglio che aveva inizialmente suscitato tra i media. «La crisi» sono le parole pronunciate in videoconferenza «ha colpito tutti» e «il campo medico non è una eccezione. Le proiezioni di crescita economica e quelle di invecchiamento della popolazione mostrano che la sostenibilità futura dei sistemi sanitari - incluso il nostro servizio sanitario nazionale, di cui andiamo fieri - potrebbe non essere garantita se non si individueranno nuove modalità di finanziamento e di organizzazione dei servizi e delle prestazioni. La posta in palio è chiaramente altissima e anche l'innovazione medico-scientifica, soprattutto nella fase di industrializzazione, deve partecipare attivamente alla sfida considerando il parametro della costo-efficacia un parametro di valutazione non più residuale, bensì di importanza critica». Parole queste che, secondo la nota, hanno voluto "attirare l'attenzione sulle sfide cui devono far fronte i sistemi sanitari per contrastare l'impatto della crisi". Le soluzioni ci sono, si legge ancora, "e vanno ricercate attraverso una diversa organizzazione più efficiente, più inclusiva e più partecipata dagli operatori del settore". "Per il futuro è però necessario individuare e rendere operativi modelli innovativi di finanziamento e organizzazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie". Non sarebbe quindi stato "messo in questione il finanziamento pubblico del sistema sanitario nazionale, bensì, riferendosi alla sostenibilità futura, il premier ha posto l'interrogativo sull'opportunità di affiancare al finanziamento a carico della fiscalità generale forme di finanziamento integrativo".

A fronte di questo quadro di "intenzioni" ci sono i fatti con tagli veri sia in termini economici che in termini di personale:

Doctornews 17 gennaio 2013

Sono 6.044 le unità di personale perse dal Servizio sanitario nazionale nel corso di un solo anno, dal 2010 al 2011. Lo si apprende dal conto annuale 2011 della Ragioneria generale dello Stato, di cui dà notizia il Sole 24 Ore Sanità. Entrando nel dettaglio si scopre che i medici calano complessivamente di 1.741 unità, mentre una riduzione drastica si osserva tra i dirigenti a tempo indeterminato, che scendono del 31,17 tra i medici e del 66,67 tra i veterinari. Sono 9 in più i primari non in esclusiva a fronte della diminuzione di 435 tra quelli con rapporto esclusivo. Oltre alla non esclusività, sono in parziale controtendenza le donne, tra le quali il calo è di 195 unità rispetto alle 5.849 degli uomini. È improntata a preoccupazione, la lettura che di questi dati dà **Riccardo Cassi**, presidente del Cimo-Asmd, (Coordinamento italiano medici os-

pedalieri - Associazione sindacale medici dirigenti). «Siamo convinti che debba esserci una riorganizzazione, sia della rete ospedaliera sia della rete dei servizi - ha dichiarato il dirigente sindacale a DoctorNews - ma un calo del personale che non è dovuto direttamente alla riorganizzazione crea un buco nell'erogazione dei servizi». Un aspetto che emerge dal rapporto è la marcata differenza tra le regioni. In media, il personale del Ssn pesa per il 20,94% di tutti i dipendenti delle Regioni, ma la percentuale sale al 26,89% in Emilia Romagna e al 25,75% in Umbria, a fronte del 12,32% in Lazio. Estendendo l'analisi agli ultimi cinque anni, sono proprio le Regioni con piani di rientro, come Campania e Lazio, a far registrare la diminuzione maggiore. «Il problema - commenta Cassi - è che i piani di rientro intervengono pesantemente sugli aspetti che riescono a colpire più facilmente, come il turnover, ma non sono riusciti a incidere sulla riorganizzazione della rete e quindi i servizi vanno a peggiorare». Riguardo agli squilibri tra le diverse realtà regionali, «è evidente che in certe Regioni è stato assunto personale addetto ad altre funzioni; mi pare più logica - continua Cassi - la percentuale dell'Emilia Romagna, visto che la sanità rappresenta il 70% del bilancio regionale. È normale che molta parte del personale sia occupata nella sanità e non in altri servizi: percentuali molto basse sono indice di assunzioni clientelari per servizi che non servono.

Abbiamo quindi richiesto ai vari partiti di mandarci le loro piattaforme elettorali riguardanti la sanità, visto che anche altri settori stanno procedendo verso lo stesso scopo: fare domande precise in settori precisi ed aspettare le risposte come sta succedendo attualmente anche per altre iniziative come quella della rivista *Le Scienze* [6].

La richiesta esplicita era di inviare le piattaforme elettorali o spunti di documenti pubblici sulla sanità che poi sarebbero state pubblicate sul GIN. Abbiamo scritto a Silvio Berlusconi, a Pierluigi Bersani, Oscar Giannino, Beppe Grillo, Antonio Ingroia, Roberto Maroni e Mario Monti (strettamente in ordine alfabetico) chiedendo di spiegare a tutti noi la loro visione della sanità che verrà, se dovessero vincere le elezioni.

Nessuno ha risposto tranne il Movimento “Fare per fermare il declino” con una “sintesi” delle loro posizioni inviata su Facebook.

Abbiamo quindi cercato nelle varie piattaforme elettorali pubbliche riferimenti alla sanità e quello che vedrete in seguito non è altro che un mero copia ed incolla delle varie posizioni in quanto, lungi dall'essere altoparlante elettorale di qualsivoglia partito, abbiamo voluto rispettare e riportare in toto le varie posizioni.

Non certo quindi per dare indicazioni di voto, non certo per motivi elettorali nè certo per problemi di appartenenza, ma soltanto per capire cosa ci aspetta dalla politica prossima ventura nell'organizzazione del nostro lavoro: partecipare, credo, è diventato un obbligo date le continue e irreparabilmente non corrisposte promesse dei partiti. Del resto il decreto Balduzzi, in modo molto larvato, decreta già una limitazione importante della Nefrologia in quanto, a fronte di una riduzione importante delle SC, non fornisce indicazioni di chi deve trattare il paziente nefropatico cronico, e ancora più grave non da indicazioni di chi deve trattare l'IRA.

La sorpresa, anche se non proprio inaspettata, che sono solo pochissimi i partiti che parlano di sanità e quasi tutti, quando ne parlano, si riferiscono ai costi ma non alle problematiche di salute vera e propria.

Vediamo in sintesi le varie posizioni.

PDL

Nel [programma del PDL](#) non vi è nessuna traccia di politica sanitaria. Da Univadis:

“A spiegare all'Adnkronos Salute questa scelta sono fonti interne al partito di via dell'Umiltà: "La sanità - sottolineano dal Pdl - è una materia di competenza strettamente regionale. Non dedicare un capitolo ad hoc alla sanità è stato quindi voluto. Proprio perché materia regionale pensiamo che il Servizio sanitario nazionale debba avere un forte impianto federale". È infatti nel capitolo dedicato all'Italia federale che nel programma - senza citarla - si fa cenno alla sanità: "I costi dei beni e dei servizi, ivi compreso il costo del personale, in tutte le Regioni e gli enti pubblici, devono essere relativi al valore più basso".

Un punto, questo, caro al leader del Pdl, Silvio Berlusconi: "Nella sanità - ha detto nel corso di un'intervista all'Adnkronos - ci sono dei divari importanti sul costo del singolo prodotto. In alcune regioni un termometro o una siringa vengono pagati molto di più. L'introduzione dei costi standard è quindi assolutamente importante, così che tutti gli acquisti possano adeguarsi al costo più basso". In senso generale, comunque, l'ex premier ha però sottolineato che "serve una profonda riforma del Servizio sanitario nazionale".

PD

Nel [programma del PD](#) (la salute in tutte le politiche: Proposta approvata dall'Assemblea nazionale Roma 2011) si può leggere: *“che la sanità deve restare pubblica perché questa è la risposta più coerente e più economicamente sostenibile alla crescita costante della domanda di salute e assistenza da parte dei cittadini”*. Il PD ribadisce la necessità di mantenerne il carattere universalistico, finanziato dalla fiscalità generale, quale garanzia dell'uniformità nella quantità, qualità e appropriatezza delle prestazioni e dei servizi sanitari in tutto il Paese. Inoltre nel programma si legge che la sanità non ha bisogno di tagli, perché la spesa italiana per la salute resta tra le più basse tra i Paesi europei con noi confrontabili (Germania, Francia, Gran Bretagna). Ha invece bisogno, per rendere sostenibile il sistema, di essere ben governata e ben gestita in un quadro di finanziamenti certi e compatibili con i bisogni reali di assistenza dei cittadini.

Un altro punto ribadito dal PD e che la

Questione sanitaria nel Mezzogiorno: una priorità per l'Unità del Paese. Infatti la situazione della sanità nelle regioni meridionali non è più accettabile. La sfida di una sanità efficiente e di qualità anche in queste regioni deve diventare una “grande questione nazionale”, perché rappresenta un'oggettiva debolezza della coesione del Paese e mette a rischio anche la tenuta complessiva del SSN.

Viene contestata la stessa gestione dei Piani di rientro dal deficit sanitario che nella crisi attuale non hanno indotto a comportamenti virtuosi visibili. Per questo propone forme più efficaci di controllo esterno e di affiancamento che si basino soprattutto sullo sviluppo delle buone pratiche. Se non ci sarà una svolta il Mezzogiorno è condannato a restare prigioniero delle sue debolezze strutturali che rendono ancora più facile le infiltrazioni e le connessioni tra sanità e criminalità organizzata. Una svolta che non può prescindere da una forte presa di posizione sulla trasparenza, la professionalità e l'onestà di chi detiene la responsabilità della sanità meridionale, nelle sue diverse funzioni e articolazioni.

Sono contestati i provvedimenti attuativi del federalismo fiscale, e in particolare i cosiddetti “costi standard sanitari”, devono essere profondamente modificati. Il calcolo del fabbisogno finanziario delle Regioni non può infatti essere ancorato ai soli indicatori di consumi sanitari per classi di età, come è stato sino ad oggi ma occorre considerare anche altri indicatori fondamentali, come il livello sociale, lo stato di salute, il livello di ammodernamento tecnologico e strutturale, la presenza di strutture e servizi sul territorio. Per dare vita a un Federalismo solidale e responsabile il PD pone quindi quali principali obiettivi lo sviluppo di efficaci politiche di prevenzione sanitaria, a partire dagli stili di vita e dalla diffusione omogenea in tutto il Paese dei programmi di screening e vaccinazione per le malattie prevenibili; politiche efficaci di integrazione e razionalizzazione degli interventi a cavallo tra la sanità e il sociale, per favorire un migliore impiego delle risorse e un maggior coordinamento degli interventi assistenziali; accelerazione del processo di riorganizzazione della medicina di famiglia in forma aggregata e del complesso dei servizi territoriali, per dare risposte assistenziali appropriate, facilitare il governo della domanda e consentire agli ospedali di fare meglio il loro lavoro, che è quello di curare e assistere le emergenze e le malattie nella loro fase acuta, evitando ricoveri inutili e dispendiosi; prevedere un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell’uniformità dell’assistenza in tutte le Regioni, attraverso un monitoraggio costante dell’efficienza e dell’efficacia dei servizi, affidato a un organismo indipendente garante dell’equità e dell’uguaglianza nel diritto alla salute dal Nord al Sud del Paese.

Il punto più interessante potrebbe essere l’affermazione che **“La salute deve stare fuori dagli affari” e i partiti fuori dalle nomine**. Quindi legalità e la trasparenza in sanità non è solo una questione morale. E di trasparenza si deve parlare anche quando si parla di nomine. Sia dei manager che dei Dirigenti medici apicali, troppo spesso oggetto di feroci logiche di lottizzazione. I partiti devono restare fuori da questa partita. Occorrono nuovi meccanismi di selezione della classe dirigente del Servizio sanitario. Trasparenti e verificabili. Per farlo devono essere ridefiniti i requisiti professionali, i criteri e le procedure delle scelte dei direttori generali di Asl e ospedali e dei Dirigenti medici e sanitari (gli ex primari e gli altri responsabili di strutture sanitarie), attraverso chiari percorsi di selezione basati esclusivamente sul merito. E questo per garantire che chi sarà scelto lo sarà solo per le sue competenze, le sue esperienze e le sue capacità professionali e non perché appartiene a questa o a quella cordata di potere e di interesse. In questo quadro, quindi, la nomina dei direttori generali deve avvenire sulla base di un trasparente processo di selezione e di confronto delle candidature, verificato da organismi tecnici indipendenti. Al quale dovrà seguire una valutazione costante dell’operato dei neo direttori generali, basata non solo sugli aspetti della gestione economico-finanziaria, ma anche sulle strategie e i risultati di salute ottenuti.

Così la sanità diventa un fattore di sviluppo per il paese. Già oggi a fronte di un carico in termini di spesa pubblica del 7,2% sul Pil, la sanità rappresenta il 12,8% dello stesso Pil in termini di “ricchezza” prodotta. A fronte di questi dati le politiche nei confronti del settore, restano vecchie e ancorate ad una visione della sanità come mero fattore di spesa e non come fattore di sviluppo per l’intera economia nazionale. E così, i nostri ospedali sono ormai in maggioranza troppo vecchi, insicuri, non rispondenti ai nuovi canoni della medicina. E lo stesso vale per la rete di assistenza extraospedaliera che non è ancora in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute.”

Movimento Fare per Fermare il declino

Nei dieci punti del [manifesto](#) non compare la sanità. La “sintesi” fattaci pervenire è la seguente:

Uscirà a breve un approfondimento. Nel frattempo, ecco un breve estratto:

“Mettere il paziente e l'esito delle cure al centro della sanità pubblica: vogliamo riallineare la competizione tra le strutture sanitarie, pubbliche e private, intorno al criterio della massimizzazione del valore per il paziente, stimolando in questo modo un circolo virtuoso che abbia come oggetto l'ottenimento del miglior rapporto possibile tra il risultato ottimale della cura (ossia il ripristino del massimo stato di salute possibile per il paziente) e la spesa sostenuta per ottenere quel risultato.

Azzerare il disavanzo della sanità: dal 2000 ad oggi la spesa sanitaria della Regione è aumentata del 67%, con un disavanzo tendenziale di 900 milioni di euro per il 2012. Vogliamo eliminare gli sprechi in modo da procedere a un rapido azzeramento del disavanzo che consenta di ridurre le aliquote dell'addizionale IRPEF e dell'IRAP. A questo scopo, vogliamo allineare i costi delle prestazioni nel Lazio con quelli delle regioni virtuose, introdurre la certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere da parte di soggetti indipendenti, integrare i flussi informativi sull'utilizzazione dei servizi (sull'esempio di altre regioni, quali la Lombardia), e ridefinire gli accordi con le strutture private (classificate e accreditate).

Maggiore innovazione e informatizzazione: le tecnologie per aumentare la trasparenza e l'efficienza del sistema sanitario, e controllarne i costi, sono già oggi disponibili e vogliamo che vengano utilizzate appieno. Vogliamo introdurre sistemi informatici per la gestione delle prenotazioni e delle prestazioni, con liste di attesa dinamiche, che consentano di ridurre i tempi di attesa da parte del cittadino e di misurare la produttività delle singole strutture. Vogliamo anche informatizzare la gestione delle ricette per controllare in tempo reale la spesa farmaceutica, impedendo le micro-truffe e garantendo i pagamenti ai fornitori in tempi certi. Vogliamo infine sfruttare l'informatizzazione per eliminare l'obbligo di ricetta per ogni singola confezione di farmaci per le malattie croniche.

Dati aperti e trasparenza: le strutture sanitarie regionali posseggono un'enorme mole di dati che permetterebbero di confrontare costi e qualità dei servizi, tempi di attesa, percentuali di successo, ecc. Vogliamo che le strutture sanitarie permettano l'uso di questa informazione, nel rispetto dei vincoli di confidenzialità, in modo che i cittadini possano monitorare la qualità delle strutture e scegliere in base a questa.

Rafforzare la rete dei servizi di emergenza e l'assistenza territoriale: vogliamo decongestionare gli ospedali, potenziando gli ambulatori e le residenze per malati cronici. In particolare, vogliamo incentivare in tutta la regione la costituzione di ambulatori che aggregino i medici di famiglia e siano in grado di fornire servizi sull'intero arco della giornata.

Razionalizzare l'offerta ospedaliera e valorizzare le eccellenze: vogliamo eliminare le duplicazioni di offerta ospedaliera, specie per quanto riguarda le alte specialità, e valorizzare e rafforzare i reparti di eccellenza.

Monitorare la spesa farmaceutica e centralizzare gli acquisti di beni e servizi: vogliamo introdurre un più efficace monitoraggio della spesa farmaceutica e sistemi di misurazione della "performance" dei medici di famiglia e dei pediatri. Vogliamo inoltre costituire una centrale unica di acquisto dei beni e servizi, eliminando le attuali "anomalie" nella spesa. La puntualità dei pagamenti è essa stessa uno strumento di controllo della spesa, perché consente di ridurre i costi e di aumentare la platea di potenziali fornitori e la concorrenza nelle gare.

Introdurre procedure trasparenti di selezione: vogliamo rendere più trasparenti e meritocratici i processi di selezione perchè la cattiva gestione dipende in primo luogo dalla cattiva selezione dei dirigenti e dei direttori sanitari.”

Movimento 5 Stelle

Dal programma ([qui in formato PDF](#)) del movimento:

L'Italia è uno dei pochi Paesi con un sistema sanitario pubblico ad accesso universali. Due fatti però stanno minando alle basi l'universalità e l'omogeneità del Servizio Sanitario Nazionale: la devolution, che affida alle Regioni l'assistenza sanitaria e il suo finanziamento e accentua le differenze territoriali, e la sanità privata che sottrae risorse e talenti al pubblico. Si tende inoltre ad organizzare la Sanità come un'azienda e a far prevalere gli obiettivi economici rispetto a quelli di salute e di qualità dei servizi.

GRATUITÀ DELLE CURE ED EQUITÀ DI ACCESSO

- Garantire l'accesso alle prestazioni essenziali del Servizio Sanitario Nazionale universale e gratuito
- Ticket proporzionali al reddito per le prestazioni non essenziali
- Monitorare e correggere gli effetti della devolution sull'equità d'accesso alla Sanità

FARMACI

- Promuovere l'uso di farmaci generici e fuori brevetto, equivalenti e meno costosi rispetto ai farmaci “di marca” (che in Italia costano spesso di più che all'estero) e più sicuri rispetto ai prodotti di recente approvazione
- Prescrizione medica dei principi attivi invece delle marche delle singole specialità (come avviene ad esempio in Gran Bretagna)

INFORMAZIONE

- Programma di educazione sanitaria indipendente pubblico e permanente sul corretto uso dei farmaci, sui loro rischi e benefici
- Politica sanitaria nazionale di tipo culturale per promuovere stili di vita salutari e scelte di consumo consapevoli per sviluppare l'autogestione della salute (operando sui fattori di rischio e di protezione delle malattie) e l'automedicazione semplice
- Informare sulla prevenzione primaria (alimentazione sana, attività fisica, astensione dal fumo) e sui limiti della prevenzione secondaria (screening, diagnosi precoce, medicina predittiva), ridimensionandone la portata, perché spesso risponde a logiche commerciali
- Sistema di misurazione della qualità degli interventi negli ospedali (tassi di successo, mortalità, volume dei casi trattati ecc.) di pubblico dominio

MEDICI

- Proibire gli incentivi economici agli informatori “SCIENTIFICI” sulle vendite dei farmaci
- Separare le carriere dei medici pubblici e privati, non consentire a un medico che lavora in strutture pubbliche di operare nel privato
- Incentivazione della permanenza dei medici nel pubblico, legandola al merito con tetti massimi alle tariffe richieste in sede privata

- Criteri di trasparenza e di merito nella promozione dei primari

ORGANIZZAZIONE

- Liste di attesa pubbliche e on line
- Istituzione di centri unici di prenotazione on line
- Convenzioni con le strutture private rese pubbliche e on line
- Investire sui consultori familiari
- Limitare l'influenza dei direttori generali nelle ASL e negli ospedali attraverso la reintroduzione dei consigli di amministrazione

LOTTA PER IL DOLORE

- Allineare l'Italia agli altri Paesi europei e alle direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella lotta al dolore. In particolare per l'uso degli oppiacei (morfina e simili)

RICERCA

- Possibilità dell'8 per mille alla ricerca medico-scientifica
- Finanziare la ricerca indipendente attingendo ai fondi destinati alla ricerca militare
- Promuovere e finanziare ricerche sugli effetti sulla salute, in particolare legate alle disuguaglianze sociali e all'inquinamento ambientale dando priorità ai ricercatori indipendenti
- Promuovere la ricerca sulle malattie rare e spendere le cure all'estero in assenza di strutture nazionali
- Introdurre, sulla base delle raccomandazioni dell'OMS, a livello di Governo centrale e regionale, la valutazione dell'impatto sanitario delle politiche pubbliche, in particolare per i settori dei trasporti, dell'urbanistica, dell'ambiente, del lavoro e dell'educazione

AMMINISTRATORI PUBBLICI

- Eliminazione degli inceneritori
- Introduzione del reato di strage per danni sensibili e diffusi causati dalle politiche locali e nazionali che comportano malattie e decessi nei cittadini nei confronti degli amministratori pubblici (ministri, presidenti di Regione, sindaci, assessori).

Movimento "Io ci sto"

Non compare nulla.

Lega Nord

La Lega Nord propone (il link è <http://www.leganord.org/index.php/le-idee>) quanto segue così come integralmente mostrato:

La Lega Nord ritiene che, nell'ambito della tutela della salute, i principi fondamentali che vanno uniformemente preservati come vincolo non eludibile siano:

- il principio di dignità umana, secondo cui tutti hanno gli stessi diritti, indipendentemente dalle caratteristiche personali;
- il principio della libertà di scelta dell'erogatore di prestazioni;

- il principio della centralità della persona nel percorso di cura;
- Il principio dell'applicazione del federalismo fiscale in ambito sanitario;
- Il principio della globalità della copertura assistenziale (livelli essenziali di assistenza e appropriatezza delle prestazioni);
- il principio della piena parità di diritti e di doveri fra soggetti accreditati di diritto pubblico e di diritto privato;
- il principio del finanziamento pubblico dei livelli essenziali di assistenza;
- il principio del bisogno di salute;
- il principio dell'equità all'accesso all'assistenza;
- il principio della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo le specifiche esigenze;
- il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse da conseguirsi anche tramite l'applicazione dei cd. costi standard;
- Il principio della promozione dell'integrazione delle funzioni sanitarie con quelle sociali di competenza degli enti locali.

Lista Monti

L'agenda per l'Italia di Mario Monti a pag 17 e 18 propone questa ipotesi di Welfare:

Lo Stato sociale è il cuore del Modello sociale europeo e della sua sintesi tra efficienza ed equità, mercato e solidarietà. Realizzare obiettivi di redistribuzione e di lotta contro le diseguaglianze senza attenuare le energie per la crescita è la sfida politica centrale del nostro tempo. Di per sé l'Europa non limita i modi in cui si possono perseguire fini sociali e di equità, ma impedisce di finanziarli con una illimitata creazione di debito. E ci impone di capire che il modello che abbiamo costruito si sta incrinando sono il peso del cambiamento demografico e della sempre più difficile sostenibilità finanziaria. Abbiamo due alternative. O cercare di conservare il welfare com'è, rassegnandoci a tagli e riduzioni di servizi per far fronte ad una spesa sempre crescente. O provare a rendere il sistema più razionale e aperto all'innovazione. Nel settore dell'assistenza sanitaria bisogna garantire il diritto alla tutela della salute in un nuovo contesto, organizzando il sistema sanitario secondo i principi di appropriatezza delle cure, costo/efficacia, riduzione al massimo degli sprechi, gestione manageriale basata su una valutazione trasparente dei risultati. Senza contrapporre sanità pubblica e sanità privata, perché ombre e luci, meriti e sprechi, esistono in entrambe. Il servizio sanitario nazionale resta una conquista da difendere e rafforzare attraverso innovazione, efficienza e professionalità. Bisogna sempre più potenziare l'assistenza domiciliare dei parzialmente sufficienti e dei non autosufficienti, una soluzione che permette di coniugare risparmi di spesa e una migliore condizione del paziente. E dare attuazione alla riforma dell'ISEE per rendere più obiettivo e trasparente l'accesso alle prestazioni agevolate di oltre 20 milioni di italiani, con una particolare attenzione alle famiglie numerose e per quelle con figli molto piccoli. Senza dimenticare che la sanità e la sicurezza sociale sono la più grande industria di servizi del Paese. Promuoverla significa anche sostenere la crescita e l'innovazione. Bisogna riconoscere e valorizzare il ruolo del volontariato, un mondo vastissimo che spesso incontriamo senza neppure riconoscerlo e che svolge funzioni preziose non solo nel campo dell'assistenza, ma anche dell'educazione, nella formazione degli adulti, nello stimolo culturale. In Italia è cresciuto in questi anni un modello di impresa sociale molto avanzato e che anche in Europa è guardato con interesse.

Da Univadis Adrkronos ancora alcune precisazioni:

Nella cosiddetta agenda Monti i ticket sanitari non vengono citati in modo esplicito, però si fa riferimento alla riforma dell'Isee (Indicatore situazione economica equivalente), "per rendere più obiettivo e trasparente l'accesso alle prestazioni agevolate di oltre 20 milioni di italiani, con una particolare attenzione alle famiglie numerose e per quelle con figli molto piccoli".

Al di là dei ticket, per Monti il SSN è al bivio: o si cambia o il cittadino dovrà rassegnarsi a una politica lacrime e sangue, fatta di tagli e riduzioni di servizi. Per scongiurarli, la strada da intraprendere sembra obbligata: lotta agli sprechi, razionalità e innovazione. Secondo il premier uscente, dal momento che l'attuale modello di welfare *"si sta incrinando sotto il peso del cambiamento demografico e della sempre più difficile sostenibilità finanziaria"*, è necessario trovare delle contromisure. *"Abbiamo due alternative"*, spiega Monti nella sua agenda. *"O cercare di conservare il welfare state com'è, rassegnandoci a tagli e riduzioni di servizi per far fronte ad una spesa sempre crescente, o provare a rendere il sistema più razionale e aperto all'innovazione"*.

Per il premier uscente, *"nel settore dell'assistenza sanitaria bisogna garantire il diritto alla tutela della salute in un nuovo contesto, organizzando il sistema sanitario secondo i principi di appropriatezza delle cure, costo/efficacia, riduzione al massimo degli sprechi, gestione manageriale basata su una valutazione trasparente dei risultati. Senza contrapporre sanità pubblica e sanità privata, perché ombre e luci, meriti e sprechi, esistono in entrambe"*. Su un punto il programma di Monti si avvicina molto agli altri: *"Il Servizio sanitario nazionale - si legge - resta una conquista da difendere e rafforzare attraverso innovazione, efficienza e professionalità"*.

Altri comunicati

Tutto quanto riportato non dipende dalle convinzioni politiche degli Autori, ed essi intendono sottolineare che se vi dovessero essere dei segni di parzialità in quanto scritto è solo per mero errore e, vista la nuova opportunità offerta dal GIN *online* tutte le osservazioni critiche e suggerimenti, purchè motivate e documentate, saranno accluse all'articolo.

Inoltre stride con la paucità di segnalazioni dei politici la forza e al costanza con cui i sindacati delle organizzazioni sanitarie segnalano, praticamente in continuazione, la crisi in cui sembra versare la sanità italiana.

Riportiamo di seguito alcuni comunicati stampa diffusi dalle agenzie.

Cimo ai partiti, SSN rischia di morire di tagli e malgoverno [7]

Roma, 14 gen. (Adnkronos Salute)

Il servizio sanitario nazionale rischia di morire sotto i colpi dei tagli e del malgoverno, ma nessun schieramento politico, già in campagna elettorale, "ha ancora dichiarato cosa intende fare per salvarlo. Il dibattito sulla sostenibilità del sistema ha visto da parte di molti una difesa ideologica dell'attuale, senza offrire soluzioni concrete. Anche chi ha provato ad affrontare la questione in modo più pragmatico non ha alla fine presentato proposte concrete". È la denuncia del sindacato medico Cimo che, in una nota, ricorda l'importanza strategica del settore che rappresenta l'8% del Pil e la tutela della salute dei cittadini.

La Cimo si oppone "ai tagli lineari e alla difesa a oltranza di quello che si è rivelato fallimentare. Aumentare le tasse è impossibile, quindi occorre un intervento legislativo di riforma. Il Servizio sanitario nazionale è bene comune da difendere, ma questo non

vuol dire non cambiare nulla. Quindi noi chiediamo ai partiti una riforma globale del sistema sanità, a partire da una modifica del titolo V della Costituzione che dia al Parlamento e al Governo la facoltà di determinare i livelli di assistenza e di intervenire con atti sostitutivi qualora le Regioni non mettano in atto i necessari provvedimenti. E poi la questione medica: far diventare dei professionisti dirigenti ha aggravato il problema. Le carriere sottoposte al vaglio della politica piuttosto che delle competenze professionali hanno fatto il resto".

"Molti dicono ormai che il sistema non funziona, ma in concreto non viene fatto nulla. Le Regioni hanno affossato il Ddl sul Governo clinico e la legge Balduzzi non è intervenuta sulle origini del malfunzionamento. La riforma del Ssn dovrà modificare lo stato giuridico dei medici; se la dirigenza è fallita, la strada non può che essere quella di una categoria speciale, un percorso di carriera calibrato sulle specificità del lavoro medico, con una formazione continua ed una valutazione dell'attività professionale alla base dell'attribuzione degli incarichi".

Snamì a partiti politici, dare più forza a servizio pubblico [8]

Roma, 7 gen. (Adnkronos Salute)

"Ho visto alcune bozze dei programmi sanitari di varie formazioni politiche e prendo atto che al momento c'è veramente poco su cui dibattere. Le nostre proposte alla politica che si avvicina alle prossime elezioni sono innanzitutto di non demolire l'attuale assistenza sanitaria territoriale, dando più forza al pubblico". È quanto afferma Angelo Testa, presidente nazionale dello Snamì, che ha inviato ai leader delle varie formazioni politiche le sue proposte per la riorganizzazione e integrazione ospedale-territorio.

"Come Snamì - sottolinea in una nota Testa - proponiamo una riflessione che deve fondarsi sulle evidenze e sulle considerazioni tratte dal rapporto dell'Oms del 2008, che a sua volta prendeva spunto dalla dichiarazione di Alma Ata del 1978: maggiore eguaglianza nella salute, accesso universale alle cure e centralità della persona. L'esatto contrario di quello che è stato posto in essere negli ultimi decenni, ovvero: centralità dell'ospedale e delle tecnologie, frammentazione dei servizi con al centro dell'attenzione le malattie e non le persone nel loro insieme, tentativi sempre più pressanti di privatizzazione della salute".

Secondo il numero uno dello Snamì, "per fare tutto ciò vanno salvaguardati due principi che dovrebbero diventare due pregiudiziali: conoscenza dell'assistenza sanitaria del territorio e la seria presa di coscienza che troppi 'asini hanno partecipato e continuano a partecipare a vario titolo e a vari livelli al tavolo della sanità con lo stesso spirito e intenzioni di chi è seduto ad un banchetto".

Anaaò, Ssn allo stremo e vicino alla fine [9]

Roma, 7 dic. (Adnkronos Salute)

"Mentre nei palazzi della politica ferve una interessante discussione sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale nel 2040, in tutte le Regioni la sanità pubblica sta collassando oggi sotto gli occhi indifferenti, o interessati, dei vari ministri. Perché ciò che gli illustri commentatori non dicono è che il problema della sostenibilità non è tanto del futuro quanto del presente". Lo afferma in una nota il segretario nazionale

Anaao Assomed, Costantino Troise, che aggiunge: "Il presente della Regione Lazio è quanto mai drammatico e il destino della sanità pubblica è ormai vicino alla fine".

"I tagli lineari, e perciò ciechi e stupidi - sottolinea Troise - colpiscono indiscriminatamente ospedali pubblici e accreditati, servizi essenziali ed efficienti, strutture dell'emergenza e indispensabili presidi di sopravvivenza. I provvedimenti di una spending review contrastanti con il diritto della salute e mai così lontani da una ragionevole programmazione sanitaria, si materializzano come segnali di una morte annunciata e forse mai così vicina".

Per il numero uno dell'Anaao Assomed, "l'ultimo colpo" potrebbe essere inferto dal licenziamento di medici e dirigenti sanitari, precari di breve e lungo corso, che sono in attesa del rinnovo di un contratto di lavoro "che potrebbe arrivare all'ultimo minuto utile o non arrivare mai". A danno soprattutto dei cittadini: "A causa di una pericolosa coincidenza di carenza di organici, iperafflusso nelle strutture ospedaliere per malattie stagionali, attività ridotta della medicina di base legata alle numerose giornate festive e prefestive, i cittadini potrebbero trovare ospedali trasformati in quinte teatrali. Vuote di medici e infermieri".

Secondo Troise, "è ormai sotto gli occhi di tutti come la tutela della salute dei cittadini abbia bisogno di interventi urgenti che non possono essere la ricetta preparata dai provvedimenti approvati negli ultimi anni".

L'Anaao Assomed chiama quindi "tutte le forze politiche responsabili, gli operatori del Servizio sanitario nazionale e i cittadini ad una resistenza ad oltranza con la consapevolezza che il crollo della sanità pubblica della Regione Lazio non è che l'anteprima di un dramma che interesserà come una tragica catena tutte le altre regioni di Italia".

“Sciopero delle nascite”, sale parto chiuse il 12 febbraio [10]

Roma, 16 gen. (Adnkronos Salute)

Niente parti programmati, esami e visite per le future mamme il 12 febbraio. Scatta il primo sciopero di ginecologi e ostetrici, che esprimeranno così il grave disagio degli operatori per i tagli che "hanno messo in ginocchio l'assistenza e il contenzioso medico-legale è ormai a livelli insostenibili". La "scelta estrema" dei circa 15 mila operatori che lavorano nei reparti e nei servizi di ginecologia, è già stata comunicata al comitato di garanzia per gli scioperi nel settore pubblico.

Il primo sciopero nazionale "delle nascite" - spiegano in conferenza stampa a Roma gli operatori di diverse associazioni di ginecologi e ostetrici - bloccherà l'attività di tutti i punti nascita italiani. Quindi, niente cesarei programmati e niente induzione di parti programmati, per un totale di circa 1.100 interventi stimati che dovranno essere rinviati o anticipati, di cui poco meno di 600 sono cesarei. Non solo. Fatte salve le urgenze indifferibili, che saranno comunque garantite, il black out riguarderà anche l'attività dei consultori familiari e di tutti gli ambulatori ostetrici del territorio, dove non verranno effettuati esami clinici, visite specialistiche ed ecografie.

Alla base della protesta due motivazioni principali. In primo luogo i tagli della spending review e delle altre manovre finanziarie degli ultimi anni che stanno mettendo in ginocchio l'assistenza sanitaria anche in settori chiave come quello del "percorso nascita, impedendone anche la messa in sicurezza". Seconda motivazione la crescita ormai incontrollata del contenzioso medico legale, che sta portando alla

sempre maggiore diffusione del fenomeno della medicina-difensiva, sottolineano gli operatori

Quest'ultima segnalazione apre anche un altro aspetto di cui nessuno si occupa: la depenalizzazione dell'atto medico. In realtà il decreto Balduzzi impone la motivazione degli esami richiesti così che il medico si trova di fronte al dilemma: agire secondo scienza e coscienza e soprattutto secondo le linee guida o agire per potersi difendere in secondo tempo nel caso di chiamata in giudizio se dovessero sopravvenire dei danni? Il problema non è da poco e potremmo chiederci, perchè non seguire l'Europa anche depenalizzando l'atto medico? Si avrebbero numerosi risparmi e i medici non correrebbero il rischio di essere citati in giudizio dove almeno 99 volte su 100 riescono a cavarsela ma al prezzo di una vita di inferno. Anche di questo la politica parla poco o punto.

Recentissimamente, successivamente alla redazione di questo articolo, è apparso su quotidianosanità.it il [resoconto dell'incontro](#) tra i principali sindacati medici italiani e i rappresentanti di quattro delle coalizioni in lizza per le prossime politiche. Protagonisti sono stati l'attuale ministro della Salute e candidato nella Lista Monti, **Renato Balduzzi**, il parlamentare membro della Commissione Affari Sociali della Camera e candidato nel Centro Destra **Lucio Barani**, il presidente della Fnomceo e candidato nel Centro Sinistra **Amedeo Bianco** e il presidente della Commissione d'inchiesta sugli errori sanitari e sui disavanzi sanitari e candidato per Rivoluzione Civile **Antonio Palagiano**. Il risultato è stato un dibattito di quasi tre ore (16 domande e 2 minuti per ciascuno di risposte).

Uno sguardo al panorama internazionale

Dopo la valutazione dei sindacati medici è da ricordare che la sanità è sempre un cavallo di battaglia dei politici in molti paesi sia europei che extraeuropei.

Ricordiamo anche i vari sistemi pay per performance che sono stati adottati in vari paesi con alterne vicende (non è questo il momento per dire cosa funziona e che cosa non funziona in questi programmi) che sottolineano come si ricorre sempre più a cambio di modelli organizzativi per ottenere aumento della efficacia (e poi della efficienza) degli interventi e non solo quindi un mero risparmio economico [11].

Molti sono gli argomenti sanitari che la politica internazionale affronta con attenzione specifica come ad esempio:

1. la battaglia alla obesità che si combatte sia con misure drastiche di riduzione di accesso alle cure come in GB, con il cambiamento delle merendine e delle bevande distribuite a scuola come in Spagna e GB.
2. la riduzione dei costi amministrativi [12] migliorando la qualità delle cure
3. l'attenzione alla aderenza [13] alla terapia che comporta sprechi di farmaci e nessun effetto
4. un sistema di vera spending review a tutto campo [14]
5. la spending review inglese [15] (figura 2). Ci si chiede se possiamo risparmiare aumentando la qualità. Più qualità e più risparmi; solo stime, per l'appunto, ma supportate da una serie di studi (compreso quello del Dipartimento per l'Innovazione e lo Sviluppo del National Health Service) riassunti in una review pubblicata sul British Medical Journal (aprile 2011, vol. 20, n. 4) a firma di Martin Marshall (The Health Foundation, London, UK) e John Øvretveit (Medical Management Centre, The Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden). Adozione di percorsi clinici e processi clinici con stime molto più dettagliate che parlano di 1.300 milioni di sterline (1,6 mld di euro) risparmiabili attraverso interventi di ottimizzazione delle attività di reparto; 1.230 (1,5 mld di euro) dalla riduzione delle giornate di degenza e altri 108 (136 mln di euro), ad esempio, dalla riduzione dei ricoveri ripetuti.

Considerazioni finali

Dall'analisi dei vari programmi, almeno per quello che è possibile leggere, emerge un quadro molto ristretto del problema sanità, con uno scarsissimo focus sulla appropriatezza e qualità delle cure come sistema fondamentale non solo per ridurre i costi ma soprattutto per ottenere risultati validi senza sprechi.

Il PD, lista MONTI e FERMARE IL DECLINO accennano alla meritocrazia come ulteriore sistema di miglioramento della qualità e contenimento dei costi anche se nessuna idea viene balenata di come si possa costruire un sistema veramente meritocratico (il PD accenna a: "curricula verificabili, obiettivi misurabili e sistemi di valutazione durante e al termine dell'incarico" dimenticando che, almeno in teoria le norme già prevedono questi aspetti) per ora dobbiamo accontentarci delle buone intenzioni e forse è già qualcosa.

Alla fine permetteteci delle amare considerazioni. L'esperienza ci insegna che il costo in sanità è fatto di sprechi e di tante cose buone, ma che alcuni costi servono come investimenti per il domani. Il punto di pareggio, concetto che molti di noi utilizzano quando mettiamo i doppi vetri alle finestre per risparmiare domani, o quando compriamo una macchina a gas sempre per risparmiare domani, deve essere il faro che guida la sanità moderna. Le

Table 1 Savings that could be made by improving quality

Category	Specific areas for savings	Examples, where available, of claimed value of interventions or examples of possible savings ⁵⁻⁸
Improved commissioning	Better prioritisation of what will be purchased and improved selection of patients for interventions Reduced unplanned admissions Promoting self care and case management	5–7% reduction in NHS spend in 2013/2014 in comparison with 2008/2009
	Shift care to more cost-effective settings Better integration of care Better end-of-life care	3–4% reduction in NHS spend in 2013/2014 in comparison with 2008/2009
Better organisational business processes	Better use of estates	20% reduction in estate costs, realising approximately £500 m/year
	Sharing of business services to reduce support costs Better procurement	20–30% lower costs for same level of service
	Staff productivity	There is a 100% variation between the highest and lowest prices paid for common items Nurses in the UK spend about half as much time in direct patient contact as their US counterparts
	Sickness absence	Up to 40% reductions in sickness absence have been achieved by some organisations
Improved quality of patient care	Skill mix	Costs could be reduced by 8% by adjusting skill mix of service line staff
	Implementation of NHS Institute's productive ward series	£1300m savings
	Reduced length of stay	£1230m savings
	Reduced new to follow-up ratios for outpatients	£249m savings
Improved quality of patient care	Reduced Did Not Arrive rates	£207m savings
	Reduced readmission rates	£108m savings
	Better management of leg ulcers	£1050m savings
	Reduced Health Care Acquired Infections	£1000m savings
	Reduced drug errors	£750m savings
	Implementation of NICE guidelines	£600m savings
	Improved nutritional care	£130m savings
	Adherence to stroke pathways	£36m savings
Reduction in falls in hospitals	£15m savings	
Better management of patients with diabetes when in hospital	£105m savings	

Figura 2.
Risparmi che si potrebbero ottenere migliorando la qualità.

malattie coniche come il diabete e l'aterosclerosi favorite da cattivi stili di vita devono essere combattute ora per non lasciare ai nostri figli non solo il debito pubblico ma una società fatta di malati che non abbiano più risorse per essere curati.

Il sistema migliore per risparmiare in sanità è quello, banale, di non far ammalare la gente spingendo verso stili di vita salubri. Lo si può ottenere con il bastone o la carota (tasse o deduzioni), politiche sociali od altro. L'importante è che la politica parli di questo perchè ci vogliono anni per ottenere risultati e tagliare investimenti per la riduzione della progressione delle malattie coniche o per gli interventi ambulatoriali e per i *follow-up* è uno degli errori più gravi che una società può far e che mai potrà essere perdonato dai propri figli per il pesante fardello che sarebbero chiamare a sostenere.

Vogliamo alla fine solo ricordare che **l'articolo 32 della Costituzione Italiana recita che** *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*. Non sempre nella storia della Repubblica questo articolo ha ricevuto rispetto da parte della politica laddove la meritocrazia e la trasparenza rendono vera ed efficace le affermazioni dell'articolo 32.

Bibliografia

- [1] Health and the 2012 US election
- [2] Carroll AE, Frakt AB The health policy election. JAMA : the journal of the American Medical Association 2012 Oct 24;308(16):1633-4
- [3] Medical journals are shifting from science to politics (Kevin blog)
- [4] John Appleby, Rises in healthcare spending: where will it end? BMJ 2012; 345 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e7127> (Published 1 November 2012)
- [5] SSN. Allarme rosso @Medici_Manager
- [6] Elezioni politiche: dieci domande su scienza e ricerca
- [7] Cimo ai partiti, Ssn rischia di morire di tagli e malgoverno
- [8] Snam a partiti politici, dare più forza a servizio pubblico
- [9] Anaa, Ssn allo stremo e vicino alla fine
- [10] 'Sciopero delle nascite', sale parto chiuse il 12 febbraio
- [11] Pay for performance su PabMed
- [12] Reducing Administrative Costs and Improving the Health Care System
- [13] Sanità News
- [14] A Systemic Approach to Containing Health Care Spending — NEJM
- [15] Martin Marshall, John Øvretveit, Can we save money by improving quality? BMJ Qual Saf 2011;20:293-296 doi:10.1136/bmjqs.2010.050237