

AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. **14** **BASILICATA.** Varato dal Consiglio il Piano integrato della salute e dei servizi
A PAG. **15** **OSSERVATORIO ICT.** Per la mobile-health prevista una spesa in crescita nel 2012
A PAG. **17** **MERCATI&NEWS.** Il 12 settembre convocato il tavolo sull'industria farmaceutica

TOSCANA/ Dal 3 settembre ticket più salati per i redditi elevati: a regime 80 milioni di maggiori entrate

Tre delibere per la spending review

Riorganizzazione del Ssr - Tariffe rimodulate per i Dipartimenti di prevenzione

Due le strade scelte dalla Toscana per far fronte a quello che il governatore **Enrico Rossi** ha definito senza mezzi termini lo "tsunami" che si profila per il 2013, rappresentato dal decreto governativo sulla revisione della spesa: una è quella della riorganizzazione, l'altra quella della compartecipazione alla spesa sanitaria. I tagli operati dai governi Berlusconi-Tremonti e Monti si traducono per la Sanità toscana in 400 milioni di euro in meno all'anno. «Questi tagli sono insostenibili - ha detto in più occasioni Rossi - ma non per questo dobbiamo stare con le mani in mano. Non vogliamo essere quelli che mandano i conti fuori controllo, ma non vogliamo neppure essere i liquidatori dello stato sociale in Toscana».

Dunque, la scommessa è far fronte ai tagli senza ridurre la qualità dei servizi, anzi, innalzandola. Il processo è già avviato. Le parole chiave sono appropriatezza, riordino, riorganizzazione. «L'obiettivo - chiarisce l'assessore al diritto alla salute **Luigi Marroni** - è cambiare molto al nostro interno, per non cambiare di fatto i servizi offerti ai cittadini, e soprattutto non ridurre la qualità».

I ticket. Dal 3 settembre, intanto, sono partiti, non senza polemiche, i nuovi ticket, che dovrebbero portare nelle casse regionali 53 milioni e, a regime, 80 l'anno. «Nella rimodulazione dei ticket - sottolinea l'assessore Marroni - ci siamo fatti guidare, come sempre nelle nostre scelte, dal principio dell'equità. Abbiamo toccato solo i redditi più alti, sopra i 36.000 euro, continuando a tutelare le fasce più deboli e chiedendo di più a chi ha di più. Equità e universalità devono restare punti fermi del nostro sistema sanitario».

Dunque, continueranno a non pagare il ticket i cittadini con reddito inferiore a 36.151,98 euro l'anno. Per le altre fasce (si veda tabella), l'aumento è stato di un euro per la farmaceutica (da 1 a 2 per la fascia 36.151,98-70.000 euro, da 2 a 3 per quella 70.001-100.000 euro, da 3 a 4 per quella oltre i 100.000 euro).

I ticket in vigore da settembre	
FASCIA DI REDDITO *	TICKET
Farmaceutica	
Fino a 36.151,98 €	Nessun ticket
Da 36.151,99 a 70mila €	2 € a confezione
Da 70mila a 100mila €	3 € a confezione anche per cronici e rari
Oltre 100mila €	4 € a confezione anche per cronici e rari
Tutti i redditi	Max per anno solare: 400 €
Specialistica ambulatoriale **	
Fino a 36.151,98 €	Nessun ticket aggiuntivo
Da 36.151,99 a 70mila €	10 € a ricetta
Da 70mila a 100mila €	20 € a ricetta
Oltre 100mila €	30 € a ricetta
Digitalizzazione (diagnostica per immagini Tc, Rm ecc.)	
Tutti i redditi non esenti	10 €
Procreazione assistita	
Per tutti i redditi	Ticket differenziato in base alla tariffa della prestazione (es. inseminazione intrauterina: 100 € a ricetta; monitoraggio ovulazione: 100 € a ricetta ecc.)
Categorie esenti	
Invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia; invalidi per servizio; invalidi civili al 100% e grandi invalidi per lavoro; danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati (per la cura delle patologie previste dalla L. 210/1992); vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari; ciechi e sordomuti; ex deportati da campi di sterminio titolari di pensione vitalizia; infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse, purché indicato sulla ricetta; disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei Centri per l'impiego e familiari a carico; lavoratori in mobilità e familiari a carico; lavoratori in cassa integrazione straordinaria e familiari a carico; lavoratori in cassa integrazione "in deroga".	
(*) Per il 2012 vale doppio canale - reddito familiare e Isee; dall'1/1/2013 vale solo l'Isee; (**) Il raddoppio del ticket vale solo per ricette superiori a 10 €	

Da 70.001 euro in su, è prevista la compartecipazione anche per i malati cronici e i pazienti affetti da malattie rare. Per il ticket sulla farmaceutica, è stabilita una compartecipazione massima annua (anno solare) di 400.000 euro per ogni utente. Restano esenti tutte le categorie che lo erano già prima.

Per la specialistica, niente ticket per la fascia sotto i 36.151,98 euro. Per le altre, il ticket raddoppia: da 5 a 10, da 10 a 20, da 15 a 30 si veda tabella). La novità è il contributo fisso di 10 euro introdotto per la digitalizzazione delle procedure diagnostiche per immagini, cioè Rm, Tc, scintigrafie, Rx, ecografie. Il contributo è richiesto anche nei pronto soccorso, in tutti quei casi in cui la prestazione non venga seguita dal ricovero. Anche per questo

contributo sono previste categorie di esenzione: le stesse già individuate per la farmaceutica, alle quali si aggiungono i titolari di assegno sociale e loro familiari a carico, e i titolari di pensione minima.

Ticket anche per la procreazione medicalmente assistita, differenziato in base alla tariffa della prestazione, e applicato a tutti gli utenti, indipendentemente dalla fascia di reddito: si va dai 100 euro a ricetta per l'inseminazione intrauterina ai 500 per la fecondazione in vitro.

Per il 2012 continuerà a valere il doppio canale: reddito fiscale familiare e Isee. Dal 1° gennaio 2013 è previsto esclusivamente lo strumento Isee.

Riorganizzazione del Ssr. La Toscana è da tempo impegnata nell'adozione di iniziative volte alla

razionalizzazione delle risorse, pur nel mantenimento del livello e della qualità dei servizi. Insomma, la spending review in Toscana si sta già facendo da tempo. Si tratta ora di proseguire in maniera ancora più decisa nel lavoro di ottimizzazione già avviato. Sono già al lavoro le commissioni che metteranno a punto la riorganizzazione della Sanità in Toscana in tutti i suoi settori: per esempio, il raggruppamento dei medici di famiglia in maxistudi aperti tutto il giorno, o la creazione di strutture "intermedie" tra casa e ospedale. Iniziative che la Toscana ha messo in cantiere da tempo, inserite ora dal ministro Balduzzi nel decreto Sanità. Dieci i capitoli di revisione: l'intervento dell'assistenza ospedaliera e territoriale (riduzione dei ricoveri impropri, riclassificazione dei posti letto, ridefinizione dello schema delle unità operative ecc.); la riorganizzazione dell'emergenza in tre centrali di Area Vasta; la riorganizzazione in Area Vasta dei laboratori di analisi; l'unificazione in tre poli del settore della lavorazione del sangue; il riordino dei servizi della prevenzione collettiva e di quella individuale; la ridefinizione dei rapporti con il privato accreditato; lo sviluppo tecnologico e dei sistemi informativi; la rinegoziazione dei contratti e la ristrutturazione delle gare per beni e servizi; la politica del farmaco.

Alle aziende sanitarie e a tutti gli enti del Ssr, la Regione ha chiesto anche, entro il 30 settembre 2012, una ricognizione delle proprie strutture in locazione, e la definizione di una puntuale tempistica di dismissione.

Il nuovo tariffario. Insieme alla delibera sui ticket e a quella sulla riorganizzazione del servizio sanitario regionale, nella stessa seduta la giunta ha approvato anche il nuovo tariffario delle prestazioni dei Dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie, con una rimodulazione delle tariffe che tiene conto anche dell'aggiornamento Istat per il 2012.

Lucia Zambelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANGOLO DI PENNA

Customer satisfaction bussola della Sanità: prove di efficacia o strategie di marketing?

di Nino Cartabellotta *

L'Institute of Medicine suggerisce di misurare la qualità dell'assistenza sanitaria utilizzando sei categorie di indicatori: sicurezza, efficacia, efficienza, tempestività, equità e assistenza centrata sul paziente che «nel rispetto di preferenze, bisogni e valori di ciascun paziente, assicura che siano questi a guidare le decisioni cliniche» sulla base delle migliori evidenze scientifiche.

La soddisfazione del paziente, altrimenti nota come qualità percepita, è un concetto ben diverso che affonda le radici nel mercato dei consumatori perché misura quanto i prodotti e i servizi commercializzati soddisfano le aspettative dei clienti. Considerato che la loro fidelizzazione genera un aumento delle vendite, il grande interesse delle strategie di marketing per la customer satisfaction è finalizzato a incrementare i profitti. In realtà, la soddisfazione dei consumatori, incapaci di valutare la qualità di prodotti e servizi, viene condizionata soprattutto dagli elementi marginali del processo di acquisto: la cordialità del personale, la qualità delle interazioni, il comfort dei locali.

In tal senso, la customer satisfaction è molto simile alla soddisfazione del paziente, influenzata dalla relazione medico-paziente, dai servizi alberghieri e dagli outcome clinici. In particolare, poiché i risultati clinici sono raramente valutabili a breve termine, sono le altre due determinanti a condizionare in maggior misura la soddisfazione del paziente: infatti, oltre che per la qualità dell'hotellerie, il paziente è molto soddisfatto quando il medico gli fornisce conforto, sostegno emotivo, informazioni e considera il suo punto di vista nel prendere decisioni.

Qui emerge la sostanziale differenza tra soddisfazione del paziente e assistenza centrata sul paziente, dove il medico nel pieno rispetto delle preferenze del paziente, non è tenuto a soddisfarne pretese e capricci solo per aumentarne il livello di soddisfazione. Peraltro, uno degli obiettivi dell'assistenza centrata sul paziente è di ridurre il gap tra le richieste inappropriate del paziente-consumatore e i suoi reali bisogni clinico-assistenziali finalizzati a migliorarne lo stato di salute.

Dalla metà degli anni 80, la catena soddisfazione-profitti ha favorito la diffusione in Sanità di vari strumenti per valutare la soddisfazione del paziente, sostenendo l'esistenza di una relazione diretta con la qualità dei servizi erogati. Di conseguenza, tutte le organizzazioni sanitarie continuano a investire

▼ **Cuneo: fitwalking e diabete**
La struttura dipartimentale di Endocrinologia dell'Asl Cuneo 1 ha promosso, in collaborazione con l'associazione dei pazienti diabetici (Fand) e la Scuola del Cammino, un progetto per il periodo 2012-2013 per l'inserimento dell'attività motoria e sportiva (fitwalking) in affiancamento alla terapia farmacologica.

▼ **Toscana: fondi per la ricerca**
Tre milioni dalla Regione Toscana per 20 progetti di ricerca clinico-assistenziale selezionati dal ministero della Salute nell'ambito del "Bando di ricerca finalizzata a giovani ricercatori 2010". Il cofinanziamento regionale è condizione essenziale perché i progetti ottengano anche il finanziamento ministeriale di 5 milioni.

▼ **Sardegna: 40 mln sul sociale**
L'assessorato regionale della Sanità della Regione Sardegna ha sbloccato nei giorni scorsi oltre 40 milioni di euro per provvedimenti sul sociale: a favore di bambini, giovani e adulti disabili, per azioni contro la povertà (sussidi e abbattimento dei costi dei servizi essenziali) e interventi per migliorare le strutture della prima infanzia.

▼ **Intesa Sicilia-Toscana con Malta**
I pazienti maltesi soggetti a malattie complesse potranno rivolgersi a strutture in Toscana e in Sicilia, per le cure necessarie. E quanto prevedono i due protocolli d'intesa sottoscritti dal ministro della Salute Renato Balduzzi e dall'omologo maltese Joseph Cassar. Un terzo memorandum sarà presto firmato con la Regione Lombardia.



BASILICATA/ Varato dal Consiglio il Programma della salute e dei servizi 2012-15

Un piano integrato per il Ssr

Interventi sociali nel territorio - Più reti e nessun taglio ai posti letto

Si apre con la frase «Ammalarsi meno, curarsi meglio» il Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015, varato dal Consiglio regionale della Basilicata. Un programma che per la prima volta va oltre un'impostazione solo sanitaria per integrare la pianificazione degli interventi sociali in stretto raccordo con il territorio. Un intervento di programmazione atteso da oltre un decennio.

Nel frattempo è stata rivista l'organizzazione degli ambiti di zona che sono stati resi omogenei rispetto al passato. Vengono creati nove distretti di comunità, le cui delimitazioni territoriali coincidono con gli ambiti socio-territoriali e con le «aree di programma», che di fatto hanno sostituito le «vecchie» comunità montane.

Il Piano deve necessariamente tener conto della peculiarità della Regione: un grande territorio con una bassa densità di popolazione, meno di 59 abitanti per kmq, che necessita di servizi diffusi sul territorio e di forte concentrazione delle funzioni apicali e di alta specializzazione. Negli ultimi anni la Basilicata ha avviato un cammino di razionalizzazione con accorpamenti di presidi e tagli di sprechi. La Regione assicura che a seguito di questo Pssr, i posti letto complessivi ospedalieri per acuti passano dagli attuali 1.691 ai 1.763 programmati; nessuna azienda sanitaria subisce tagli di posti letto rispetto a quelli oggi attivi. In particolare, i posti letto a valenza regionale, cioè quelli delle alte specialità, passano dagli attuali 258 ai 308 programmati con un aumento del 20%, quelli a valenza provin-

ciali passano dagli attuali 425 ai 554 programmati, mentre scendono da 1.008 a 901 quelli cosiddetti «di base».

Nel nuovo testo, come già avvenuto in altre Regioni, le parole d'ordine sono integrazione dei servizi sociali e sanitari, continuità assistenziale ospedale-territorio, sostenibilità del sistema, prevenzione, presa in carico. «La scelta di trattare congiuntamente le politiche sanitarie e le politiche sociali, pure nella chiara distinzione delle rispettive missioni, risponde alla necessità di evitare da un lato improprie supplenze delle une rispetto alle altre, e dall'altro l'opportunità di armonizzare modelli di governo e centri di responsabilità predisposti alla collaborazione e alla presa in carico dei bisogni del singolo e di un'intera comunità, senza discontinuità e possibilmente senza disper-

sione di risorse, non solo economiche», ha spiegato l'assessore alla Salute, **Attilio Martorano**. Il Piano interviene anzitutto su questi due versanti: riforma l'assetto territoriale dei servizi sanitari facendo coincidere i nuovi distretti di comunità con gli ambiti socio-territoriali e definisce la nuova governance territoriale riconducendo a un'unica cabina di regia - direttore di distretto e coordinatore d'ambito - la pianificazione e l'erogazione dei servizi integrati. Ai decisori della Sanità e del welfare si richiede però una maggiore partecipazione alla programmazione e alle fasi di valutazione e controllo per le rispettive aree di pertinenza.

A questa visione va affiancato il superamento del modello di ospedalizzazione tradizionale verso un percorso che porti alla dipartimentalizzazione, ai per-

corsi clinici integrati, al day service e day surgery, grazie al supporto di un'organizzazione in reti. In sostanza, la Basilicata vuol superare la «deospedalizzazione», dove il ricovero appare quasi come disvalore inutilmente oneroso per il sistema, per passare a un modello di «ri-ospedalizzazione», in cui il nosocomio è al centro di un sistema di continuità di cure, ma non si esaurisce in esso.

Una delle novità rispetto al passato è l'obiettivo di intensificare le unità di offerta di carattere residenziale e semi-residenziale, attribuendo i relativi posti letto alle strutture pubbliche che hanno avviato processi di riconversione e a enti, centri e strutture private accreditate.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LOMBARDIA

Compliance, 231 strumenti di buon governo

In Regione Lombardia, in modo graduale ma continuo, stiamo assistendo a un'applicazione pervasiva del decreto legislativo 231/2001 in Sanità. Lo sforzo è quello di dotare l'amministrazione pubblica di antidoti a reati - come quelli previsti dalla 231 nei confronti della Pa - che vanno dalla corruzione alla concussione, dalla truffa alla malversazione. Difficile tuttavia non scorgere nei provvedimenti da ultimo adottati un rafforzamento in senso sostanziale del principio di buon andamento dell'amministrazione pubblica costituzionalmente previsto dall'articolo 97.

Conti in pareggio ed eccellenza dei servizi erogati, quali esiti di un sistema solido e ben organizzato non sono tuttavia sufficienti a evitare criticità che si ripercuotono con grande enfasi sull'opinione pubblica minando alla radice l'acccontabilità del sistema nel suo insieme.

In questa prospettiva devono essere letti i provvedimenti che vanno, tra le altre, nella

direzione di rafforzare l'applicazione della compliance 231 ai soggetti privati accreditati profit e non profit. La 231 è in realtà applicata già dal 2006, con l'obbligo di compliance imposto dalla Regione alle aziende ospedaliere e sanitarie pubbliche, poi esteso alle private convenzionate. Ma almeno inizialmente, l'attenzione pare posta più sulla definizione del codice etico e comportamentale che su di un'effettiva applicazione.

Ma almeno inizialmente, l'attenzione pare posta più sulla definizione del codice etico e comportamentale che su di un'effettiva applicazione.

ne di quanto previsto dalla condizione esimente ai sensi della 231 e cioè di aver adottato ed efficacemente attuato modelli di organizzazione e di gestione idonei a prevenire reati che prevedono, tra l'altro, la costituzione di un organismo di vigilanza dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo con il compito di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli e di curare il loro aggiornamento.

Dal 2012, l'attenzione del governo regionale pare viceversa incentrata in particolare sull'organismo di vigilanza.

È infatti con la delibera di Giunta regionale 30 maggio 2012, n. IX/3540, che introduce l'obbligo di applicazione della 231 alle Rsa con capacità ricettiva sopra gli 80 posti letto, che vengono previsti specifici debiti informativi verso l'Asl: «L'organismo di vigilanza deve inviare entro il 31 dicembre di ogni anno all'Asl competente una relazione annuale dell'attività svolta con particolare riferimento al rispetto dei requisiti richiesti in materia di esercizio e accreditamento nonché dalla normativa regionale».

Si va così a costituire un'applicazione della 231 del tutto innovativa per il nostro Paese, ove non ci si «limita» a una previsione del possesso di un requisito, ma lo si governa in modo dinamico, instaurando un canale di informazione privilegiato tra l'amministrazione pubblica e l'organismo di vigilanza dell'ente.

«Governo della e attraverso

la 231» che trova ulteriore conferma nella delibera di giunta n. 3856 del 25 luglio scorso che definisce inequivocabilmente come l'obbligo di compliance 231 non sia da intendersi come riferito solo al «codice etico comportamentale» ma all'intero sistema di prevenzione previsto dalla 231, ma soprattutto stabilisce per tutte le strutture private di ricovero e cura accreditate (ivi comprese le Fondazioni e gli Enti non profit), l'obbligo di inviare entro la fine del mese di febbraio di ogni anno alla Asl competente per territorio, un «sintetico estratto della relazione annuale dell'organismo di vigilanza attestante, in modo esplicito e inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità».

Si completa poi il quadro dei requisiti previsti per la sottoscrizione dei contratti prevedendo la preventiva acquisizione della certificazione antimafia, oltre che l'obbligo di inviare alle Asl la relazione sull'ultimo bilancio approvato dalla singola struttu-

ra sanitaria e la relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato, redatte da una primaria società di revisione contabile, ovvero, per le fondazioni e i soggetti non profit, anche dall'organo di controllo con funzioni di revisione contabile.

Spetterà poi alle Asl l'accertamento dei documenti prodotti rispetto a quelli richiesti e in particolare di verificare:

- l'acquisizione della certificazione antimafia;
- che dall'estratto sintetico della relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal Dlgs 231/2001, risulti in modo esplicito e inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità;
- che dalla relazione di bilancio risultino, in modo esplicito e inequivocabile, la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della strut-

tura e dell'eventuale gruppo e l'assenza/evidenza di criticità connesse alla gestione;

● la veridicità dell'attestazione di regolarità contributiva, mediante l'acquisizione d'ufficio del Durc.

In un sistema di quasi mercato dei servizi sanitari e socio-sanitari che vede il pieno coinvolgimento di soggetti accreditati profit e non profit nell'erogazione degli stessi il buon andamento dell'amministrazione si coniuga con il buon andamento degli erogatori delle prestazioni.

In questa prospettiva la compliance 231 dinamicamente interpretata e attuata, come traspare dai provvedimenti testé ricordati, rappresenta un utile strumento di governo del sistema che contribuisce a perseguire tanto il buon andamento dell'amministrazione quanto quello delle aziende coinvolte nell'erogazione dei servizi.

Pietro Previtali
Alessandro Venturi
Università degli Studi di Pavia

La certificazione anti-mafia

L'organismo di vigilanza

SEGUE DA PAGINA 12

ANGOLO DI PENNA

tempo e denaro per valutare la qualità percepita quale irrinunciabile misura di qualità dell'assistenza erogata. Peraltro, se affidare ai pazienti la valutazione della qualità dell'assistenza, attraverso la loro soddisfazione, potrebbe sembrare altruistico, in realtà il management sanitario è guidato dalle performance finanziarie, influenzate anche dalla catena soddisfazione-profit.

In questo contesto, quali relazioni collegano la soddisfazione del paziente con la sua centralità nel processo assistenziale e, soprattutto, con gli outcome clinici? In particolare, i pazienti molto soddisfatti ricevono un'assistenza sanitaria migliore e riportano esiti di salute più favorevoli, rispetto a quelli insoddisfatti? Una recente revisione sistematica (J Ambul Care Manage 2012;35:80-89) e uno studio successivo condotto su oltre 50.000 pazienti (Arch Intern Med 2012;172:405-11) hanno messo in discussione la soddisfazione

del paziente per misurare la qualità dell'assistenza. Infatti, i pazienti molto soddisfatti valutano eccellente il proprio status di salute, ma generano costi maggiori e hanno risultati clinici peggiori!

La plausibile spiegazione di questi risultati paradossali è che i medici, nel tentativo di soddisfare i pazienti, esaudiscono tutte le loro richieste prescrivendo un numero sempre maggiore di farmaci e test diagnostici. Considerato che l'effetto induttivo delle richieste dei pazienti sulle prescrizioni mediche è ben documentato, i pazienti più insistenti ottengono un eccesso di prescrizioni diagnostiche-terapeutiche che aumentano la loro soddisfazione, ma causano effetti avversi peggiorando il loro status di salute.

Oggi la soddisfazione del paziente-consumatore è strettamente legata all'accesso tempestivo e opportunistico a servizi e prestazioni sanitarie, senza tener conto della loro reale

utilità e, ancor meno, dei costi sostenuti dal sistema. Dal canto suo il medico è sempre più tenuto a bilanciare due esigenze contrastanti: soddisfare il paziente e utilizzare le risorse in modo efficace ed efficiente. Di fatto, se le evidenze scientifiche non supportano le richieste del paziente, il medico ha il dovere professionale di rifiutarle, consapevole che la mancata prescrizione può generare insoddisfazione.

Purtroppo, quando la valutazione delle sue performance professionali e, addirittura, i suoi compensi dipendono dalla soddisfazione del paziente, il medico calibra il processo decisionale sulla qualità percepita e cede alla prescrizione in eccesso di interventi diagnostici (overdiagnosis) e terapeutici (overtreatment), senza valutare adeguatamente sicurezza, efficacia e appropriatezza.

Pertanto, a dispetto della diffusione ubiquitaria e di una fiducia incondizionata, oggi le

evidenze scientifiche concludono che la soddisfazione dei pazienti è una misura inadeguata per valutare la qualità dell'assistenza, oltre che insufficiente se non viene integrata con valutazioni oggettive di sicurezza, efficacia, appropriatezza, efficienza, equità.

Oggi, in realtà, il mercato della salute deve essere sostenuto anche con l'aumento della domanda, sempre più inappropriata, di servizi e prestazioni sanitarie. E quanto più il mercato si espande, tanto più le indagini di customer satisfaction sono indispensabili, soprattutto se oltre a fare «girare l'economia» garantiscono un adeguato ritorno elettorale.

Ovviamente, legittimando il paziente-cittadino-elettore come consumatore di servizi e prestazioni sanitarie, nessuna spending review potrà mai rendere sostenibile un servizio sanitario pubblico!

* Presidente Gimbe