

IN COLLABORAZIONE CON



Alla cortese attenzione dell'Intergruppo consiliare "Insieme per un impegno contro il cancro"
Al Presidente della commissione Sanità Emanuele Monti
Al vice Presidente della Commissione Sanità Tironi Simona
Al segretario della Commissione Sanità Mammì Consolato Gregorio
Alla cortese attenzione dell'Assessore alla Sanità Letizia Moratti

Premesso

che il 2 luglio si è svolta l'audizione in ordine alle linee guida di sviluppo dell'assetto del sistema socio sanitario lombardo per la quale sono state convocate e sentite alcune Associazioni del terzo settore;

che l'audizione è stata strutturata su 3 gruppi tematici e precisamente: prevenzione, medicina territoriale, cure;

che le Associazioni presenti sono state suddivise nei tre gruppi sopra indicati;

che all'audizione ha partecipato una rappresentanza del Gruppo "La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere" formato da 39 Associazioni di Pazienti, nato nel 2014 su iniziativa di Salute Donna onlus, che svolge un'attività di advocacy politico-istituzionale allo scopo di contribuire al miglioramento dell'assistenza, presa in carico e cura dei pazienti oncologici, caratterizzate da ritardi e gravi disparità a livello regionale.

Per raggiungere questi obiettivi è stata creata la prima piattaforma nazionale di stakeholder in Oncologia di natura consultiva e operativa composta da:

- network di 39 Associazioni di pazienti oncologici e onco-ematologici;
- commissione tecnico-scientifica formata da circa 50 membri dell'oncologia italiana tra clinici, società scientifiche e Istituzioni ospedaliere.
- Intergruppo parlamentare "Insieme per un impegno contro il cancro", costituito da oltre 65 parlamentari di tutti gli schieramenti politici;
- Intergruppi consiliari per la lotta al cancro in Lombardia, Lazio, Calabria e Puglia;

che nonostante nelle linee guida il mondo del volontariato sia stato solo abbozzato la scelta della commissione di coinvolgere direttamente il terzo settore o meglio le Associazioni di volontariato è stata di fondamentale importanza poiché rappresentano il termometro che misura la realtà oggettiva dei servizi offerti sul territorio lombardo nonché del loro funzionamento;

Per quanto sopra premesso di seguito si elencano alcune tematiche e proposte emerse nell'incontro relativamente legate al tema dell'oncologia.

Bisogna ricordare che – secondo gli ultimi dati disponibili - la Lombardia effettua quasi 65.000 diagnosi di tumore all'anno e che i tumori più diffusi sono quelli del seno e del colon retto (circa 9000) e quello del polmone (oltre 7000).

TAVOLO PREVENZIONE

La prevenzione, in sanità è un insieme di attività di misure utili a prevenire la comparsa, la diffusione e la progressione delle malattie e il determinarsi di danni irreversibili quando la patologia è in atto, occorre pertanto pensare a un piano che tenga conto dei differenti interventi per metterla in pratica.

Numerose pubblicazioni scientifiche individuano gli interventi di prevenzione in tre livelli:

- primaria;
- secondaria;
- terziaria.

PREVENZIONE PRIMARIA

È la forma più importante di prevenzione che parte principalmente dal diffondere il concetto di “cultura della salute” comprende tutti gli interventi destinati ad ostacolare l'insorgenza delle malattie nella popolazione, combattendo le cause e i fattori predisponenti.

Gli interventi dovrebbero mirare a cambiare abitudini e comportamenti scorretti (intervento comportamentale) attraverso progetti di educazione alla salute e campagne di sensibilizzazione/informazione alla popolazione come ad esempio interventi per rilevare e correggere errate abitudini di vita (es. fumo e inquinamento). Non solo, nell'era della biologia molecolare l'individuazione delle situazioni che predispongono alla malattia (test genetici) è una forma preventiva che potrebbe salvare molte vite.

È importante quindi investire nella crescita del livello culturale e della responsabilità dei consumatori e delle loro associazioni solo così si potrà raggiungere l'obiettivo di prevenire alcune malattie.

PREVENZIONE SECONDARIA

Diversamente dalla prevenzione primaria, la prevenzione secondaria ha come obiettivo l'individuazione precoce dei soggetti ammalati o ad alto rischio per poter ottenere la guarigione o impedire l'insorgenza e la progressione della malattia. Un esempio di intervento mirato sono gli screening.

È risaputo che esistono screening condotti per la diagnosi precoce dei tumori della mammella e della cervice uterina (pap-test) nella popolazione femminile, del colon attraverso la ricerca del sangue occulto, e gli screening sul polmone per i danni del fumo salvano la vita. **La diagnosi precoce è fondamentale perché rende attuabili interventi terapeutici in grado di condurre alla guarigione e di ridurre l'ospedalizzazione del cittadino.**

PREVENZIONE TERZIARIA

È rivolta a ridurre la gravità e le complicazioni di malattie ormai diagnosticate e sconfinano spesso nella terapia.

ALCUNE PROPOSTE E SUGGERIMENTI DEL GRUPPO LA SALUTE UN BENE DA DIFENDERE UN DIRITTO DA PROMUOVERE

Prevenzione primaria

Non è chiaro dalle linee guida quale sia l'organo istituzionale che si occuperà della prevenzione primaria ovvero se saranno le ATS o le ASST o ancora i distretti. Noi crediamo che la prevenzione primaria debba essere strutturata all'interno delle ATS in quanto tratta temi più di indirizzo culturale verso la popolazione che non di pratiche cliniche.

In materia di prevenzione primaria la nostra piattaforma segnala alcune attività di seguito elencate che ci auguriamo possano essere prese in considerazione dalla Regione Lombardia nell'ambito della riforma sanitaria, per le quali riteniamo sia importante il coinvolgimento di più Assessorati oltre alla Sanità, come ad esempio all'istruzione, cultura e ambiente:

1. Istituzione di attività che vadano a formare i ragazzi e bambini sul tema della cultura della salute, nelle scuole di ogni ordine e grado a partire dalla scuola materna, attività queste che dovrebbero portare a rendere protagonisti i giovani sulle scelte necessarie per seguire corretti stili di vita. Si osserva che su tutto il territorio lombardo vi è **assenza di una vera e definitiva campagna contro il fumo a livello politico-istituzionale**. Il tabacco è la prima causa di malattie e decessi prevedibili a livello mondiale. È anche il primo dei fattori a causare il cancro. Ogni anno il consumo di tabacco provoca 6 milioni di decessi. Nel XXI secolo – in assenza di una seria attività di prevenzione – il tabacco causerà la morte di circa un miliardo di persone. In Europa, la recente revisione della Direttiva sui prodotti del tabacco (2014/40/UE) specifica le norme di controllo relative alla produzione, presentazione e vendita dei prodotti del tabacco e dei prodotti correlati, al fine di ridurre le differenze tra i paesi in materia di controllo del tabacco e quindi garantire una migliore tutela della salute pubblica della popolazione. Occorre pertanto che la Regione Lombardia adotti un serio programma sugli stili di vita in cui il tabacco sia messo al primo posto. La pagina del sito Promozione Salute della regione Lombardia sul fumo andrà ulteriormente arricchita di contenuti, testimonianze di esperti, di pazienti e di esempi a livello europeo e mondiale. Ribadiamo il nostro no al fumo nei cortili delle scuole e divieto di fumo per il corpo docente davanti ai ragazzi. **L'approccio sul tabacco dovrebbe seguire il principio di One Health stabilito dalla Commissione Europea e recepito dalle linee guida sulle riforma regionale. In questa prospettiva, occorrerebbe comprendere anche l'impatto ambientale delle coltivazioni di tabacco.**
2. **Alimentazione: maggiore attenzione all'educazione alimentare nelle scuole e nei luoghi dove i giovani fanno sport.** In questo senso, occorre prediligere la vendita di alimenti naturali nei distributori automatici. No alle merendine e no soprattutto alle bibite gasate e zuccherate. Incentivare i produttori a produrre alimenti che rispettino le indicazioni del Codice Europeo contro il Cancro, premiando chi persegue questa via.
3. **Sport: occorre investire sull'importanza del movimento non solo come attività sportiva ma anche attraverso momenti culturali** che rendano i cittadini protagonisti attivi della propria salute.
4. **Ambiente: campagne pubblicitarie per responsabilizzare la popolazione al rispetto dell'ambiente** ma anche attività pratiche scolastiche che mostrino ai ragazzi i danni causati al sistema terrestre da comportamenti inadeguati degli uomini.

Per quanto sopra un'idea sarebbe quella di incrementare e strutturare personale specializzato nei temi sopra citati all'interno delle ATS e a livello distrettuale, anche con la creazione di uffici che abbiano il compito d'informare e indirizzare i cittadini in merito a :

- **centri di riferimento e orientamento specialisti di medicina dello sport;**
- **centro di riferimento nutrizionale;**
- **centri di riferimento ambientale.**

Prevenzione secondaria

1. **Rete oncologica:** come tutti sappiamo la Lombardia è stata una tra le prime regioni italiane a deliberare la Rete Oncologica lombarda, ma nonostante siano trascorsi molti anni dalla delibera ancora oggi tutto rimane sulla carta e in fase di strutturazione. Crediamo che sia arrivato il momento - visto anche il tema della digitalizzazione - di mettere a regime la delibera e di far partire al più presto questa importante attività, al fine di migliorare la vita e la qualità delle prestazioni per i malati oncologici. Abbiamo inserito la Rete Oncologica nelle attività della prevenzione secondaria volutamente anche perché è alla prima diagnosi, che il paziente si sente più disorientato e la rete potrebbe essere di grande supporto.
2. **Screening di popolazione:** il problema della pandemia ha avuto un riverbero molto negativo sugli screening. Secondo le stime effettuate dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS – 2021) gli esami in meno sono risultati in lesioni tumorali non individuate pari a:
 - 2793 carcinomi mammari (più di 750 nella sola Lombardia)
 - 2383 lesioni pre-cancerose alla cervice (250 in Lombardia)
 - circa 7500 cancri colon-rettali (2136 in Lombardia).

Questo trend è dovuto – almeno in parte ma soprattutto in Regione Lombardia – all'elevata percezione del rischio infettivo da parte degli utenti, che sono stati scoraggiati nel recarsi in strutture sanitarie.

Su questo tema sarà importante dotare le strutture sanitarie di **sale di attesa adeguate** per avere maggiore disponibilità di spazi fisici e decentralizzare le attività di prevenzione al di fuori degli ospedali.

3. **Tecnologie e aggiornamento della strumentazione** a supporto come quella dei mammografi – la cui obsolescenza è da tempo oggetto di numerosi atti di sindacato ispettivo sia a livello nazionale che regionale - sarà essenziale al fine di recuperare il gap diagnostico e di presa in carico dei pazienti. Occorre adeguare le infrastrutture per colmare il ritardo, investire in nuove tecnologie per accrescere il numero di screening effettuati, investire in personale sanitario e amministrativo dedicato.
4. Bisogna organizzare **campagne di sensibilizzazione** ed informazione per colmare i mesi accumulati di ritardo e non ritrovarsi un sensibile ingombro di diagnosi non effettuate che andrà a gravare sulle strutture sanitarie.

Prevenzione terziaria

Nella prevenzione terziaria fondamentale è l'accesso dei pazienti all'innovazione terapeutica nel più breve tempo possibile ad esempio, conoscere la biologia molecolare della neoplasia aiuta a una appropriata terapia personalizzata, qui rientra l'importanza dei PDTA per patologia e della creazione di gruppi di specialisti definiti: Molecular Tumor Board, strumento chiave per oncologia di precisione e terapia personalizzata.

Oggi è necessario creare politiche sanitarie che abbiano l'obiettivo di promuovere la salute e la prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità dei sistemi sanitari.

In Italia, ogni anno circa 270 mila cittadini sono colpiti dal cancro. Attualmente, il 50% dei malati riesce a guarire, con o senza conseguenze invalidanti. Dell'altro 50% una buona parte si cronicizza, riuscendo a vivere più o meno a lungo. I risultati della ricerca sperimentale, i progressi della diagnostica, della medicina e della chirurgia, le nuove terapie contro il tumore, stanno mostrando effetti positivi sul decorso della malattia. Il potenziamento delle reti di diagnostica di precisione attraverso un accentramento o un decentramento di alcuni servizi di anatomia patologica, la creazione dei Molecular Tumor Board garantiranno maggiore sostenibilità e faranno chiarezza sulle migliori cure utilizzabili, riducendo così gli sprechi e le false aspettative. La formazione di team multidisciplinari tra oncologi medici, chirurghi oncologi, anestesisti, nutrizionisti, anatomo-patologi, patologi clinici, biologi molecolari, genetisti, bioinformatici, farmacisti, infermieri dovrà essere un punto di forza su cui costruire un nuovo sistema che dia rapido accesso a cure appropriate.

Rapporto ospedale territorio

Sul rapporto ospedale-territorio, argomento tanto dibattuto durante la pandemia ed affrontato all'interno del nostro Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, il Gruppo "La Salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere" propone le due seguenti azioni:

1. Ospedale e territorio

L'investimento di quasi 9 miliardi di euro messo in campo dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza deve prevedere un nuovo disegno del rapporto ospedale territorio che ribalti l'assetto attuale basato su una vera e propria contrapposizione fra di essi e ad una riduzione al minimo indispensabile delle prestazioni e delle strutture che hanno portato, di fatto, ad una sostanziale de-ospedalizzazione e all'idea dell'ospedale minimo.

Al contrario, abbiamo bisogno di un ospedale che si modernizzi e che cresca così come aumentano le opportunità di cura e i diritti dei pazienti.

Per fare questo servirà una maggiore interconnessione fra territorio ed ospedale ed una maggiore cooperazione fra le diverse strutture presenti in Lombardia in un disegno complessivo di interdipendenza funzionale.

In questo contesto la centralità della figura del paziente sarà, al di là della retorica, essenziale perché è su di esso che occorrerà costruire il rapporto funzionale fra ospedale e territorio nel segno di prestazioni sempre più personalizzate ed erogate con tempestività e appropriatezza. Il nostro Gruppo propone:

- la creazione di veri e propri centri di primo orientamento oncologico a cui i pazienti con diagnosi di cancro recente possono rivolgersi per avere informazioni utili rispetto all'adeguatezza dei centri per la cura del cancro che dovranno essere ispirati ad un principio di multidisciplinarietà che preveda la presenza anche dello psiconcologo .
- La creazione di centri di assistenza oncologici di primo soccorso almeno uno a livello provinciale, per evitare accessi e soste inutili nei pronto soccorsi per i pazienti che lamentano effetti collaterali delle terapie. Questi centri potrebbero dare un serio contributo rispetto ai processi di ospedalizzazione non strettamente essenziali poiché dovuti ad eventi gestibili da strutture più snelle.

2. Digitalizzazione

Il nostro Gruppo conviene sulla necessità di semplificare le procedure di presa in carico dei pazienti attraverso la riorganizzazione del sistema amministrativo in chiave digitale.

Istituzione di un sistema di telemedicina condiviso a livello regionale per ostendere la medicina del territorio, al fine di:

- creare una piattaforma di collegamento unica e generalmente adottata dagli ospedali regionali che sia i medici sia i pazienti possano imparare a conoscere e utilizzare;
- agevolare il dialogo e lo scambio di informazioni tra esperti;
- uniformare le modalità di convalidazione online dei referti;
- condividere immagini sia radiologiche che di medicina nucleare su tutto il territorio, previo consenso del paziente.

3. Medicina del territorio

- Come già espresso nei punti precedenti e precisamente nelle attività di prevenzione secondaria, è fondamentale mettere in funzione la ROL. Con la ROL in funzione si potrebbe pensare a un oncologo territoriale appartenente alla Rete oncologica lombarda, quale figura di riferimento locale per i MMG nella presa in carico del paziente. Questa struttura deve consentire ai MMG di interagire con il centro di riferimento senza la necessità di ricorrere all'ospedalizzazione.
- Risposta presso il domicilio del paziente ad alcuni bisogni primari come medicazioni e prelievi per evitare l'accesso in ospedale.
- Ricostruire la fiducia nei confronti della medicina del territorio attraverso una campagna di comunicazione chiara e semplice.
- E' importante assicurare la presenza della figura del pedagogo per l'assistenza dei pazienti oncologici pediatrici. Questa figura che andrà riconosciuta come professione sanitaria dovrà essere presente sia nelle strutture sanitarie sia presso il domicilio dei pazienti

4. Promozione della figura del case manager

Il Case Manager è quel professionista che provvede all'assegnazione e al coordinamento dei servizi socio-sanitari destinati alla gestione clinica dei pazienti.

Grazie alla presenza del case manager il processo assistenziale può essere individualizzato e contribuisce a migliorare il processo di presa in carico del paziente che prevede percorsi assistenziali più o meno complessi volti ad organizzare in modo ottimale la presenza dei pazienti all'interno delle strutture sanitarie. E' questo un modello che garantisce la multidisciplinarietà ovvero l'interazione efficace fra gli operatori.

In questo senso il case manager dovrà possedere le seguenti competenze:

- La competenza clinica sarà indispensabile per identificare i problemi del paziente in collaborazione con il team multidisciplinare in modo da sviluppare un piano assistenziale mirato.
- Attraverso le competenze manageriali il case manager pianificherà gli esami e gli eventuali trattamenti tenendo nel debito conto la specificità dei bisogni e valutando in modo continuo l'assistenza e gli esiti delle scelte compiute.
- Il case manager avrà altresì la funzione di valutare l'appropriatezza delle prestazioni da erogare così da garantire l'assegnazione delle risorse adeguate al paziente.

- Infine, il case manager avrà il compito di scegliere il percorso extra-ospedaliero più adeguato (come ad esempio l'Assistenza Domiciliare Integrata) per il paziente, facendo da tramite con le strutture idonee per tutta la durata del percorso assistenziale.
- Obiettivo ultimo del case manager è creare un ambiente relazionale favorevole fra il paziente, i familiari, il caregiver e gli altri oltre ad informare/educare lo stesso paziente sulle opzioni di assistenza.
- Realizzare compiutamente e promuovere la figura del case manager all'interno delle strutture sanitarie lombarde non potrà che accrescere la qualità della presa in carico dei pazienti e migliorare il rapporto fra paziente, medico e struttura sanitaria.

RUOLO DEL TERZO SETTORE

Durante l'incontro del 2 luglio è emerso che quasi tutte le Associazioni chiedessero alla Regione di identificare chiaramente nel contenitore del terzo settore le diverse peculiarità e servizi offerti dalle associazioni, questo garantirebbe una più corretta identificazione dei ruoli che le associazioni potrebbero avere quali interlocutori in rappresentanza dei pazienti, nel nostro caso oncologici.

La nostra proposta:

1. **Piattaforma di Associazioni che si occupano di oncologia in Lombardia:** le Associazioni di pazienti oncologici del terzo settore – oltre al loro ruolo imprescindibile nel campo socio-sanitario - hanno sempre avuto un ruolo molto importante nello stimolare il dibattito a livello politico. Per questa ragione il nostro network chiede che sia costituita formalmente sul sito internet della Regione una piattaforma regionale di Associazioni pazienti oncologici accreditate dalla stessa Regione che possa fare da volano nei rapporti con gli ospedali e il territorio al fine di essere un punto di riferimento ineludibile per i pazienti ed i familiari nelle loro relazioni con le istituzioni del territorio. Le stesse associazioni saranno intergrate nella Rete Oncologica Regionale e partecipare alla formazione dei PDTA. Andrebbe in questa direzione la creazione di un centro di formazione per volontari nel campo dell'oncologia con l'obiettivo di istruire gli operatori per una piena assistenza dei pazienti e dei caregiver all'interno dei percorsi di presa in carico e di cura. Questa piattaforma dovrebbe favorire la presenza delle Associazioni pazienti presso i tavoli istituzionali decisionali e presso i tavoli che definiscono i percorsi dei pazienti (PDTA). Dal momento in cui si ripartirà con la ROL sarebbe opportuno coinvolgere le associazioni all'interno del tavolo della Rete oncologica lombarda.
2. **Cambio generazionale:** è risaputo che il valore umano e diremmo anche economico se dovessimo calcolare con una formula monetaria il tempo dedicato del volontario, è di fondamentale importanza per le Istituzioni, in quanto i volontari prendono in carico molti aspetti sociali dei cittadini. Purtroppo la popolazione dei volontari sta diventando sempre più anziana e non si ha un cambio generazionale che possa garantirne la continuità e questo è un grave problema che potrebbe avere nel tempo un impatto negativo sulla comunità. Per i motivi sopra espressi occorrerebbe una campagna istituzionale a sostegno del terzo settore per la ricerca di giovani volontari da inserire nelle Associazioni già strutturate. La campagna potrebbe partire in collaborazione con il Provveditorato agli studi, l'Assessorato all'Istruzione, e tutti le Associazioni iscritte nel registro regionale.

ALTRO

1. **Breast Unit:** il tema delle breast Unit oggi è superato da molti fattori infatti andrebbe inserito in un contesto più ampio e innovativo nella cura del tumore della mammella attraverso la costituzione di un unico PDTA che comprenda l'intero percorso che va dalla diagnosi al fine vita. È una necessità sentita dalle pazienti soprattutto quelle metastatiche, e quelle mutate. Le prime, cioè le metastatiche, lamentano giustamente la discontinuità tra i servizi di cura oncologica e la terapia del dolore. Questi pazienti spesso arrivano alla terapia del dolore nell'ultima fase della vita quando invece dovrebbero essere seguite congiuntamente e anticipatamente dall'oncologo e dal terapeuta del dolore così come dallo psicooncologo. Le seconde, cioè le mutate lamentano la scarsa formazione degli operatori sanitari in merito ai test genetici e ai ritardi delle informazioni necessarie che possano indirizzare sia loro che i familiari a fare delle scelte che possono aiutarle ad abbattere la percentuale di rischio.

Infatti non in tutte le strutture e nelle breast è presente la figura del genetista.

Si ritiene quindi che un unico PDTA del tumore della mammella che comprenda l'intero percorso possa essere la soluzione alla discontinuità della presa in carico. Sarà importante al loro interno la presenza delle Associazioni dei pazienti e approntare strumenti di valutazione sul funzionamento.

2. **Progetto sul territorio per i pazienti metastatici:** il nostro Gruppo chiede un focus particolare sulla presa in carico dei pazienti metastatici. Questo è un momento ineludibile alla luce del fatto che i pazienti metastatici non sono al momento adeguatamente tutelati. Questo è vero per molti tumori metastatici ma soprattutto per i tumori gastrointestinali dove i pazienti oggi non hanno accesso alle cure che vengono somministrate in altri paesi europei. Un'attenzione in più è necessaria, anche alla luce delle nuove terapie innovative in arrivo sulle quali la Lombardia dovrebbe farsi parte attiva al fine di ridurre i tempi di accesso.
3. **Distribuzione per ordine e conto da parte delle farmacie:** occorre favorire la distribuzione dei farmaci oncologici orali attraverso le farmacie al fine di evitare che i pazienti si rechino negli ospedali. Questa è una priorità che può essere messa in campo abbastanza facilmente attraverso accordi con le rappresentanze sindacali delle farmacie. Le farmacie possono avere un ruolo molto di rilievo per il rapporto del cittadino con il SSN in un'ottica di snodo assistenziale. Ci sono 3 milioni di persone al giorno che vanno in farmacia, che è un presidio polifunzionale molto attivo sul territorio e un punto di riferimento importante per i cittadini.

Conclusioni sulla riforma

Per concludere in merito alle discussioni sulle linee guida di riforma il nostro Gruppo crede fermamente che i **pazienti siano un patrimonio di esperienze importante da non trascurare all'interno di questa potenziale riforma**. Il nostro punto di vista non deve andare perduto.

Siamo convinti che ascoltare i pazienti non sia un valore solo per il medico e mi aspetto che un sistema evoluto quale quello che la Lombardia sa esprimere possa anche essere inclusivo del vissuto dei pazienti, vissuto che non potrà che dare valore alla qualità del sistema stesso.

In questa prospettiva saremo sempre disponibili al confronto con forza e dignità, consapevoli del valore inestimabile dell'aver vissuto la malattia ed esserci confrontati, nel bene e nel male, con il nostro Sistema Sanitario.

Un punto fondamentale nell'offerta sanitaria è la riorganizzazione e rimodulazione tra l'offerta pubblica e l'offerta privata: noi desideriamo un sistema sanitario **pubblico che funzioni e che non sia subalterno al privato** e che agli stessi vengano date pari opportunità, sia rispetto al numero del personale impiegato, sia rispetto alle prestazioni.

Il privato sanitario convenzionato per essere davvero un'opportunità dovrebbe avere la funzione di integrare quei servizi e quelle prestazioni che il pubblico non riesce a sostenere come ad esempio le liste di attesa soprattutto per esami strumentali.

Infatti se si va a vedere nei particolari risulta che il 30% di ospedalizzazione privata sia una percentuale troppo alta, percentuale che diventa ben più alta (come recentemente documentato dal Corriere della Sera) quando ci troviamo di fronte agli interventi con i costi più elevati (ad esempio 68% delle valvole cardiache, 88% dei bypass coronarici, il 90% degli interventi sulle articolazioni inferiori).

Bisogna cogliere questa occasione storica dei fondi che arriveranno per ridurre le **liste d'attesa**, fenomeno annoso che affligge la nostra sanità e su cui sono necessari interventi di altissimo profilo volti a mitigarne l'impatto. Proprio per questa ragione occorre stanziare risorse specificamente dedicate alla gestione delle liste di attesa nel privato al fine di evitare ritardi nei follow up dei pazienti oncologici.