

GREEN PAPER

Tavolo tematico: Welfare e Inclusione sociale (Fabio Massimo Lo Verde, Salvatore Cincimino, Ada Maria Florena, Walter Mazzucco, Massimo Midiri, Valeria Militello, Giuseppe Notarstefano, Vincenzo Provenzano, Marcantonio Ruisi)

Settore di azione: Sanità e salute (Ada Maria Florena, Walter Mazzucco)

1. Stato dell'arte e fonti di analisi consolidate

Analisi di sistema

L'Articolo 32 della Costituzione Italiana *"tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"*, ponendo le fondamenta per l'universalismo dell'assistenza sanitaria di tutti i cittadini.

Il Si.Lab - tavolo tematico Welfare e Inclusione sociale - considera l'universalismo delle cure un bene imprescindibile tanto per il singolo quanto per la collettività, ponendo alla base della propria proposta il binomio Salute e Sanità, nella convinzione che la tutela della salute rappresenti non solo un diritto fondamentale, ma anche un asset produttivo strategico per il Paese e le Regioni. Non a caso, il programma "Health 2020" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che *"la buona salute è alla base dello sviluppo sociale ed economico e rafforza le politiche in tutti i settori dell'azione pubblica"* di un Paese.

I sistemi sanitari sono chiamati, ai giorni nostri, ad affrontare sfide epocali, scaturenti dal combinato disposto tra gli effetti della crisi finanziaria e della globalizzazione, da una parte, e dei mutevoli assetti demografici e scenari di salute, dall'altra, tali da imporre una radicale rivisitazione dei modelli assistenziali (da quello ospedale-centrico ai modelli integrati ospedale-territorio, con crescente attenzione allo sviluppo del sistema socio-sanitario), nei quali un ruolo strategico è affidato alle cure primarie, alla prevenzione ed al welfare, in risposta ai bisogni primari espressi dalla popolazione, il bisogno di salute su tutti.

In dettaglio, il miglioramento delle condizioni socio-economiche e di vita registratosi nei Paesi a economia emergente proiettandoli verso gli scenari di salute dei Paesi ad economia evoluta, spiega il determinismo della transizione demografica e della transizione epidemiologica, fenomeni che possono esseri ricondotti, rispettivamente, al progressivo invecchiamento della popolazione (fenomeno particolarmente evidente in Italia in ragione dell'elevata aspettativa di vita e del basso tasso di natalità), con crescente attenzione da dedicare alla popolazione anziana ed alla condizione di fragilità, ed al viraggio del primato del carico delle malattie, col prevalere delle patologie croniche e cronico-degenerative sulle malattie acute.

A ciò vanno aggiunte la globalizzazione dei saperi, l'inarrestabile innovazione tecnologica in sanità, nonché il *"task shifting"*, ovvero la ridefinizione e condivisione delle competenze tra medici e le differenti professioni sanitarie.

La crisi finanziaria ha indotto i decisori italiani, negli ultimi anni, all'adozione di opportune politiche di contenimento della spesa pubblica, ivi includendo tuttavia la sanità, ritenuta erroneamente una voce di costo da controllare e ridurre. Tale approccio ha minato alle fondamenta i principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) pubblico, equo e solidale, con la previsione di una maggiore compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, nonché da una crescente pervasività dell'iniziativa privata nell'erogazione delle prestazioni, sino a preconizzare il progressivo attecchimento del terzo pilastro, caratterizzato da un sistema valoriale alternativo all'attuale. In questo contesto è di tutta evidenza come la devoluzione delle competenze dallo Stato alle Regioni, ed in particolare quelle in tema di sanità e salute, introdotte nel 2001 dalla modifica del Titolo V della Costituzione, abbia acuito le differenze e le disuguaglianze di salute, geografiche e sociali, all'interno del territorio nazionale, sovente anche a causa della pervasività della politica nelle determinazioni assunte nei singoli Servizi Sanitari Regionali. Inoltre, il prevalere degli interessi delle parti, piuttosto che della cultura e dell'etica di sistema, e quindi della pianificazione e programmazione degli interventi, ha contrapposto delle resistenze al necessario cambiamento, ovvero all'adozione di politiche innovative e coraggiose e di impatto positivo per la salute della popolazione e dei singoli cittadini. Nei Paesi sviluppati, l'incremento del costo dei Sistemi Sanitari avviene con un andamento superiore rispetto alla crescita del Prodotto Interno Lordo (PIL) e, nel caso dell'Italia, in presenza di un enorme debito pubblico. Nel particolare, la spesa sanitaria, nel nostro Paese è pari a circa 110 miliardi di euro, rappresentando il secondo maggior capitolo di spesa dello Stato. La sanità, con oscillazioni tra il 55% ed il 70%, rappresenta la prima voce di spesa dei bilanci delle singole Regioni.

Tuttavia, con una cifra pari a 3.077 euro di spesa sanitaria pro-capite per il 2013 (pubblica e privata) l'Italia si pone al di sotto della media dei Paesi OECD pari a 3453 euro. Inoltre, in Italia il tasso di crescita media annua della spesa sanitaria, nel periodo compreso tra il 2009 ed il 2013, si è negativizzato al pari dei Paesi che hanno maggiormente risentito degli effetti della crisi finanziaria (Grecia, Irlanda, Portogallo, Spagna, ecc.). Tali evidenze spiegano come circa 9 milioni di italiani (CENSIS, 2012) abbiano rinunciato totalmente o parzialmente alle cure, registrandosi parimenti una riduzione, ad esempio, all'accesso alle cure odontoiatriche, nonché un incremento del numero di suicidi (Osservasalute, 2013), tutti indicatori in linea con gli effetti della crisi.

Non sfuggono in questo contesto, pertanto, le implicazioni politiche, sociali ed etiche dell'impatto degli sprechi e della inefficienza in sanità che, unitamente al fenomeno della corruzione, secondo stime recenti (ISPE-Sanità, 2016), sottraggono al sistema salute nel nostro Paese risorse pari a circa 23,6 miliardi di euro annui (6,4 miliardi soltanto per episodi di corruzione).

Un'ulteriore criticità è riferibile al capitolo della prevenzione: mentre tra i Paesi OECD in media il 3% della spesa sanitaria è destinata al finanziamento di programmi di prevenzione e di Sanità Pubblica, tale dato in Italia scende a meno dell'1% (soltanto Cipro fa peggio).

In questo quadro di depressione economico-finanziaria appare evidente come le Regioni sottoposte dal Governo centrale ai Piani di rientro siano quelle che, più delle altre, risentano dell'impossibilità di investire nella salute dei cittadini, nonché di adempiere all'opportuno riordino complessivo delle reti ospedaliere e delle emergenze, soprattutto laddove non si è provveduto per tempo all'implementazione delle articolazioni assistenziali del territorio, nonché allo sviluppo delle cure primarie.

Tale stato delle cose si è riverberato anche sul capitolo delle risorse umane, con la definizione di tetti di spesa non eludibili, che nei fatti hanno impedito l'avvio di un reale ricambio generazionale all'interno dei rispettivi Servizi Sanitari Regionali.

Fonti consultate: OCSE, 2015; CENSIS, 2012; Cittadinanzattiva, 2012; Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni Italiane, 2015; Corte dei Conti, 2012; Transparency International Italia, 2016; ISPE-Sanità, 2016.

2. Diagnosi ed obiettivi strategici

Analisi di contesto

La situazione epidemiologica della Sicilia è in linea con quella delle altre Regioni del sud del Paese. La speranza di vita, indicatore dello stato sociale sanitario ed ambientale di una popolazione, in Sicilia è tra le

più basse del Paese, anche se ha subito un costante incremento nel tempo, specie nell'ultimo decennio. Tale dato può essere spiegato da una mortalità generale che si attesta su valori superiori rispetto al contesto nazionale. Un'elevata mortalità per causa specifica si riscontra per il diabete, per le malattie del sistema circolatorio, con particolare riferimento ai disturbi circolatori dell'encefalo, e per le malattie dell'apparato respiratorio.

Nel particolare, in Sicilia sono stati rilevati, altresì, nel biennio 2013-2014, elevati tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 10.000) da istituti pubblici e privati accreditati per diabete mellito (diagnosi principale e secondaria), per regime di ricovero ordinario, mentre per il biennio 2011-2012, sono stati registrati i tassi di mortalità più elevati per diabete mellito per il sesso maschile, mentre per lo stesso indicatore la Sicilia si pone al secondo posto, dopo la Campania, per il sesso femminile. E ancora, nel 2014, la nostra Regione si poneva alla 17° posizione per tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache nella popolazione della classe di età di 65 anni ed oltre. In Sicilia, infine, si rilevano i tassi più bassi di ospitalità dei soggetti anziani e con disabilità nei presidi residenziali.

In tema di determinanti di salute, la Sicilia nel 2014 si attestava al quinto posto per prevalenza di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese, mentre si collocava al sesto posto per Percentuale di bambini della classe di età 8-9 anni in sovrappeso, obesi e gravemente obesi. La nostra Regione detiene il primato negativo in termini inattività fisica.

Si è registrato, al 2014, un elevato consumo territoriale di farmaci a carico del SSN, in termini assoluti e pro-capite, nonché un'elevata spesa farmaceutica pro capite per ticket e compartecipazione a carico dei cittadini.

La Sicilia, come le altre Regioni meridionali, sconta gli esiti delle non sempre adeguate politiche sanitarie adottate in passato. La nostra Regione, nel periodo 2001-2011, ha documentato un disavanzo cumulato pro capite pari a 878 euro. Tuttavia, gli effetti positivi del Piano di Rientro, concertato con lo Stato centrale (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e Finanze), avviato il 31 luglio 2007, hanno fatto registrare un sensibile abbattimento del disavanzo di gestione, già nel 2008 e prossimo ad essere ripianato già nel 2014. Nel particolare, sono stati ridotti i ricoveri inappropriati e la spesa farmaceutica, nonché è stata avviata una verifica delle prestazioni erogate dalle strutture e dagli operatori privati convenzionati. La Regione siciliana, inoltre, in questi anni, al fine di contenere la spesa sanitaria ha 'ridisegnato' molte prestazioni, riclassificandole come prestazioni che vanno erogate in setting assistenziali differenti, quali ad esempio il day service ospedaliero e territoriale. Infine, a partire dal 2007, a fronte dei numerosi avversi e casi di presunta malasana, che si sono registrati negli ospedali siciliani nel 2005, *annus horribilis* della sanità della nostra isola, l'Assessorato della Salute ha avviato un ambizioso programma per la gestione del rischio clinico all'interno della Aziende Sanitarie, al fine di innalzare gli standard di sicurezza e qualità delle cure erogate.

Prendendo in considerazione il rapporto tra spesa sanitaria pubblica corrente e prodotto interno lordo (PIL), l'Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni Italiane, nel Rapporto Osservasalute 2011, ha evidenziato come tale indicatore economico-finanziario ponga la Sicilia, con un valore pari a 9,87%, al 16° posto tra le Regioni italiane. Analizzando nel dettaglio tale dato, emerge come la Sicilia, per lo stesso anno, documentasse una spesa sanitaria pro-capite pari a 1.690 euro, la più bassa in assoluto, tuttavia non molto distante dal dato medio nazionale; di contro, essa si collocava al quartultimo posto per PIL pro-capite, con uno scostamento molto pronunciato rispetto al dato medio nazionale.

Tali evidenze appaiono disarmanti, se si considera che lo stato di salute di una popolazione è in funzione non soltanto delle cure erogate e dei servizi socio-sanitari garantiti, ma anche, se non primariamente, di altri determinanti di salute quali il livello socio-economico, il grado di istruzione, le infrastrutture, nonché di tutte le politiche finalizzate allo sviluppo di un territorio o di una Nazione, dalla ricerca scientifica ed innovazione, all'ambiente, al turismo, all'industria, ecc. Non a caso tanto l'Organizzazione Mondiale della Sanità, quanto l'Unione Europea, sostengono l'assioma della Salute in tutte le politiche.

Ne discende, dunque, che la situazione epidemiologica nella nostra Regione risente in maniera significativa delle carenze ed il mancato sviluppo documentati per i settori produttivi, piuttosto che per le cure erogate, i cui standard di qualità e sicurezza possono e devono essere migliorati.

Il sistema sanitario siciliano è stato sottoposto, sulla carta, ad una sostanziale riorganizzazione con

l'adozione della Legge Regionale n.5 del 2009. Nel particolare, la necessità del cambiamento è stata dettata da una scarsa efficienza del sistema (la sanità siciliana produceva un deficit annuale pari a circa 1 miliardo di euro), dall'eccessivo tasso di ospedalizzazione (249 ricoveri per 1.000 versus i 180 per 1.000 previsti dal SSN) e dal basso tasso di occupazione dei posti letto (<75%) in alcune province, dall'elevata mobilità extra-regionale (6,7% di tutti i ricoveri, con una perdita di circa 250 milioni di euro annui per il SSR), dall'elevata mobilità intra-regionale (dalle province minori a quelle di Palermo, Catania e Messina), nonché dalle scarse risorse destinate al territorio (il 49% a fronte del 55% previsto dal Piano Sanitario Nazionale). Il riordino ha prodotto, quale effetto immediatamente operativo, una riduzione da 29 a 17 del numero di Aziende Sanitarie, nonché l'istituzione dei Presidi Territoriali Assistenziali. Un altro strumento che ha suscitato grandi aspettative è stato il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2011/2013, che ha individuato gli ambiti e gli obiettivi prioritari di intervento. In particolare, tra le innovazioni previste dal PSR si annoverano: a) l'adozione del Piano Regionale della Prevenzione; b) l'introduzione all'interno delle diverse aree tematiche delle reti assistenziali, secondo il modello HUB and Spoke; c) la diffusione di buone pratiche evidence-based e valutazione delle performance clinico-assistenziali; d) la riorganizzazione dell'assistenza primaria ed il potenziamento della rete assistenziale territoriale, finalizzato alla riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza, e) la gestione delle cronicità e l'integrazione ospedale-territorio in una prospettiva di presa in carico globale della persona, ivi includendo il potenziamento della "gestione integrata" con la specialistica ambulatoriale; f) l'integrazione socio-sanitaria, con riferimento alla gestione della non autosufficienza e delle disabilità, il potenziamento dell'assistenza domiciliare e della Rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite e della rete regionale della riabilitazione; g) l'assistenza agli immigrati. Nonostante le premesse normative e le dichiarazioni di intenti della politica, tuttavia, ad oggi, non si è provveduto ad una adeguata implementazione dell'assistenza territoriale, nonché allo sviluppo delle cure primarie. Ne consegue che, in atto, il pronto soccorso e le strutture ospedaliere continuano ad essere gravate da una eccessiva domanda di salute, che andrebbe soddisfatta in altro assetto assistenziale. Siffatto stato delle cose, al netto delle interferenze degli interessi politici, sta condizionando l'improcrastinabile opera di riordino complessivo delle reti ospedaliere e delle emergenze, ai sensi delle innovazioni introdotte dal D.M. n.70 del 2015. Inoltre, il combinato disposto di tali inadempienze con gli effetti del Piano di Rientro e del tetto di spesa sulla voce del personale, a dispetto dei pubblici annunci e proclami ad opera dell'attuale governance regionale, non ha consentito di provvedere ad un reale ricambio generazionale all'interno del nostro Servizio Sanitario Regionale, attraverso l'avvio delle procedure concorsuali per l'assunzione a tempo indeterminato di profili medici e non. Allo stato attuale, pertanto, insistono migliaia tra medici e professionisti sanitari titolari di contratti a tempo determinato (con un costo lordo superiore a quello necessario a coprire gli oneri dei contratti a tempo indeterminato), soggetti a rinnovo periodico, anche semestrale o bimestrale - alcuni di questi addirittura vincitori anche di concorso a tempo indeterminato - e con graduatorie, già prorogate, ma prossime alla scadenza definitiva - ovvero titolari di contratti libero-professionali o atipici, in attesa di assunzione o stabilizzazione, che reggono le sorti dell'assistenza ospedaliera siciliana (molti di questi profili precari operano in unità operative ad alta complessità e ad elevata intensità di cure).

Un'ultima ma importante variabile di interesse, è riconducibile ai fenomeni migratori. Secondo i dati ISTAT, all'ottobre 2016, risultano essere 14.421 gli immigrati presenti sul territorio siciliano, pari al 9% delle presenze nazionali; inoltre, i porti siciliani sono quelli maggiormente coinvolti nei flussi in arrivo e nelle operazioni di prima accoglienza. Non sfuggono le implicazioni sociali e sanitarie di tale fenomeno, nonché dell'integrazione di tali soggetti, potenzialmente vulnerabili e con determinanti di salute e bisogni specifici, richiedendo quindi l'adozione di interventi mirati su questa fascia della popolazione.

Tutte le criticità presentate, alla luce di evidenze non confutabili ed in assenza di adeguati ed urgenti interventi strutturali, funzionali e gestionali, mettono a serio rischio la sostenibilità del sistema salute della Regione Sicilia.

Fonti consultate: Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni Italiane, 2015; Fondazione RES, 2013

3. Piano d'azione e settori d'intervento

La tutela della salute dei cittadini siciliani non può che passare dall'ormai indifferibile rilancio e dalla indispensabile riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, lavorando in parallelo alla implementazione di un sistema socio-sanitario, frutto di una stretta sinergia ed integrazione tra welfare e salute.

Occorre innanzitutto dare piena applicazione a quanto previsto dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 (Legge Balduzzi) "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, e dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", ponendo finalmente le basi per l'organizzazione e il dimensionamento, in rapporto ai bacini di utenza, delle tre reti principali del sistema sanitario: Emergenza-urgenza, Ospedaliera e Territoriale.

È nell'implementazione ed evoluzione verso il sistema integrato delle cure che il nostro SSR, al pari del SSN, gioca la sfida della sostenibilità, a partire da un adeguato sviluppo dell'assistenza nel territorio e della primary care, ambiti in cui deve essere intercettato e soddisfatto il bisogno di salute espresso dalla popolazione in termini di malattie croniche, cronico-degenerative ed invalidanti.

Pertanto il Si.Lab - tavolo tematico Welfare e Inclusione sociale propone:

- la piena riconversione dei presidi ospedalieri di piccole dimensioni e l'istituzione e potenziamento di Presidi Territoriali Assistenziali (PTA); la creazione delle Unità Complesse di Cure primarie (UCCP) e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), superando l'attuale assetto della continuità assistenziale e mettendo in stretta connessione i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta con gli specialisti territoriali, avendo come modello le Case della Salute e guardando oltre i confini amministrativi in ottica di aree vaste;
- l'implementazione, anche sostenendo l'iniziativa dei privati, delle strutture per lungodegenti e delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA);
- il potenziamento del settore della riabilitazione multidimensionale (fisica, funzionale, psichica, ecc.), favorendo l'approccio multidisciplinare e multi-professionale, e colmando le attuali gravi carenze programmatiche e strutturali in cui versa il territorio siciliano.

L'offerta ospedaliera per il trattamento delle acuzie dovrà, quindi, essere razionalizzata e riquilibrata, fermo restando la logica dell'assistenza erogata all'interno percorsi diagnostico - terapeutici che garantiscano ai cittadini/pazienti il continuum dell'assistenza. Parimenti, le reti assistenziali, a partire dalla rete delle emergenze, dovranno essere capillari e tenere nella debita considerazione le specificità orgeografiche della nostra Regione, garantendo parità di accesso alle cure a tutti i cittadini siciliani, anche attraverso il potenziamento dei Punti di Primo Intervento (PPI) e dei Presidi Territoriali delle Emergenze (PTE).

Inoltre, al fine di fondare il governo della sanità e il processo decisionale, ad ogni livello, su una visione di sistema e su una logica di programmazione e pianificazione, finalizzate a soddisfare i bisogni di salute della popolazione mediante azioni supportate dall'evidenza scientifica e da valori etici e culturali e non più condizionate dagli interessi di parte, sarà di strategica importanza mettere in campo un'opera di integrazione ed ottimizzazione dei flussi informativi sanitari disponibili, con un approccio di "record-linkage" e "dataware housing".

In tema di governance del sistema salute, infine, non sfuggono le ricadute positive connesse alla disponibilità di un ottimale patrimonio informativo sanitario, sia con riferimento al supporto alle decisioni di pianificazione e programmazione.

Al fine di ottimizzare il sistema informativo sanitario regionale ed implementare il patrimonio informativo,

sarà opportuno prevedere di investimenti mirati sul capitolo dell'infrastruttura materiale ed immateriale dell'informazione sanitaria in modo da garantire di:

- identificare il reale bisogno di salute espresso dalla popolazione e dai territori;
- misurare e migliorare le *performance* "sul paziente", sia in ambito ospedaliero che territoriale;
- valutare l'appropriatezza prescrittiva e delle prestazioni erogate;
- monitorare la spesa farmaceutica e sui beni e servizi;
- potenziare i registri di popolazione (rete dei Registri Tumori, Registri di Patologia, Registro Malformazioni, ecc.) ed i sistemi di sorveglianza ai fini del dispiegamento di programmi mirati e di attività di prevenzione;
- monitorare gli eventi avversi e di intervenire sulle criticità in un'ottica di gestione del rischio clinico;
- stimare il fabbisogno di professionisti medici e non medici;

In tema di governance sarà parimenti opportuno ispirare le decisioni sulla gestione efficace delle tecnologie sanitarie, ricorrendo al metodo dell'Health Technology Assessment, ovvero ad un approccio di valutazione multidimensionale e multi-professionale, che oltre il rapporto costi/efficacia tenga dunque in debita considerazione le implicazioni, assistenziali, sociali, etiche e legali.

Appare necessario, altresì, ottimizzare l'integrazione tra l'offerta sanitaria garantita dai centri Pubblici e Privati accreditati, al fine di contemperare il rispetto della centralità del sistema pubblico col valore aggiunto offerto dall'iniziativa privata di eccellenza, abbattendo i tempi e le liste di attesa in un'ottica di parità di accesso alle cure dei cittadini, al di là delle differenze socio-economiche. In questo contesto è in studio l'ipotesi di sostenere la stipula di un patto tra pubblico e privato, in modo da esercitare un effetto attrattivo sui cittadini dell'Unione Europea e delle altre Regioni italiane, in ragione del principio della libera circolazione pazienti, sancito dalla Direttiva UE 24/2011 sulla cosiddetta cross-border health care, inserendo i percorsi assistenziali di eccellenza in un circuito turistico (paesaggistico, enogastronomico, storico-monumentale) da attivare nel follow up e nella riabilitazione dei pazienti, favorendo pertanto la mobilità attiva verso il SSR siciliano in controtendenza rispetto al fenomeno della migrazione sanitaria.

Particolare attenzione dovrà essere riservata al capitolo delle risorse umane, provvedendo all'immediata assunzione di quanti già vincitori di concorso a tempo determinato e ponendo i presupposti per bandire nuovi concorsi, ricorrendo allo strumento delle graduatorie regionali, in modo da garantire un'opportuna trasparenza al sistema di selezione.

Di interesse strategico, altresì, sarà il sostegno alla ricerca ed all'innovazione tecnologica in sanità, intesi quale volano di sviluppo per i territori. In questo contesto appare opportuno incentivare la costituzione di iniziative collaborative in una logica di rete, nonché dotare le Aziende sanitarie di grant offices in modo da fornire ai singoli clinici ed ai gruppi di ricerca gli strumenti utili ad applicare ai bandi competitivi nazionali ed internazionali in tema di ricerca bio-sanitaria, in modo da implementare la quota di finanziamenti specifici e canalizzarli presso le Aziende Sanitarie, universitarie e non. Inoltre, sempre in tale contesto, sarà opportuno favorire l'osmosi tra il mondo della ricerca (università, CNR, IRCCS, fondazioni, ecc.) e delle imprese del territorio al fine di realizzare spin-off imprenditoriali.

Infine, in ragione della posizione geopolitica dell'isola, crocevia di flussi immigratori, si ritiene di particolare rilievo l'istituzione di un Centro di Salute Globale di riferimento per l'Italia e per i Paesi del bacino del Mediterraneo, inteso quale struttura a carattere multidisciplinare dedicata allo studio della salute in termini di equità, diritti umani e sostenibilità.

I punti programmatici e le azioni descritte, unitamente all'adozione di politiche a sostegno dello sviluppo socio-economico della Regione e d'interventi che si ispirino a ricomprendere la "salute in tutte le politiche", rappresentano i presupposti per garantire una "sanità di valore" per i cittadini siciliani.

4. Principali soggetti decisori e attuatori

Al fine di realizzare i punti programmatici ed il piano di azione per ogni settore di intervento, sarà necessario strutturare ed avviare un processo partecipativo che coinvolga le Istituzioni competenti in tema di sanità, salute e welfare, nonché tutti i portatori di interesse di seguito elencati:

Ministero della Salute
Assessorato Regionale alla Salute (Direzione Programmazione Sanitaria e DASOE)
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AgeNaS)
Istituto Superiore di Sanità
Aziende Sanitarie
Università siciliane sede di corsi di medicina, professioni sanitarie e scuole di specializzazione
Aziende farmaceutiche, Aziende dedite all'innovazione tecnologica in sanità
Società Scientifiche
Associazioni professionali del settore sanitario e socio-sanitario
Associazioni dei cittadini (Cittadinanzattiva)
Conferenza dei Comitati Consultivi della Aziende Sanitarie siciliane
Associazioni del settore della cooperazione internazionale e dell'accoglienza migranti
Associazioni degli studenti dell'area sanitaria
Associazioni di volontariato