



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT





Buone Feste a tutti i lettori.  
Il Sole-24 Ore Sanità  
sarà di nuovo in distribuzione  
dal 17 gennaio 2017

*La fitta agenda della ministra della Salute confermata dal neo premier Paolo Gentiloni*

# I giochi aperti del Lorenzin ter

**I temi: la manovra, i Lea, l'articolo 22 e gli altri incompiuti del «Patto»**

**C**on i suoi 1.331 giorni da titolare a Lungotevere Ripa, **Beatrice Lorenzin**, confermata dal neo premier **Paolo Gentiloni**, è la ministra della Salute più longeva della Repubblica. E non è escluso che possa battere il suo stesso record, visto che la data delle prossime elezioni è tutta da capire.

La legge elettorale, la questione banche, i conti aperti con Bruxelles che ancor prima del voto al fulmicotone sulla legge di Bilancio aveva chiesto all'Italia una manovra-bis, la ricostruzione post terremoto, l'accordo sul nuovo contratto per il pubblico impiego, legato a doppio filo alla riforma Madia della Pubblica amministrazione, parzialmente bocciata dalla Consulta. Questi i capitoli imprescindibili, e certo non di poco peso, per l'esecutivo "fotocopia" del Governo Renzi, fatta salva l'uscita di scena della ministra **Stefania Gian-**

**nini** (Miur), sostituita tra le polemiche dei cattolici e dei promotori del family day con la vicepresidente del Senato **Valeria Fedeli**. Mentre tra i cambi di poltrona si registra il passaggio di **Maria Elena Boschi** - madrina della Riforma costituzionale la cui secca bocciatura ha portato **Matteo Renzi** a dimettersi - al ruolo di sottosegretaria alla presidenza del Consiglio.

Se l'agenda del "Gentiloni I" non è certo leggera, a ben guardare pure il **ministero della Salute** avrà il suo bel da fare. Peccato che il premier non l'abbia colto. Nel discorso con cui ha chiesto la fiducia a Camera e Senato, non ha fatto alcun riferimento alla vera e propria emergenza Sanità, né alle priorità delle categorie che vi lavorano, né più in generale al necessario sostegno di cui ha bisogno un Ssn sempre più col fiato corto, come testimoniano - ultimi in ordine di tem-

po nella pletera di report che da anni denunciano il crac della sostenibilità - i rapporti Crea e Pit Salute che pubblichiamo su questo numero del settimanale. A denunciare la gaffe, già evidenziata dal portale Sanità24, il leader del principale sindacato dei medici ospedalieri, **Costantino Troise**. Che in una "catilinaria" attacca: «Come tutti i presidenti del Consiglio che lo hanno preceduto, anche l'onorevole Gentiloni nel discorso programmatico davanti alla Camera dei Deputati si è ben guardato dal parlare di sanità. Anzi dal pronunciare la stessa parola, come fosse maledetta. Altro che far tesoro degli errori!!! La sanità, e quindi la salute dei cittadini italiani e il lavoro dei medici, è fuori programma, fuori cultura, fuori agenda dei Governi. Non si capisce nemmeno a cosa gli serva un ministro della Salute che, per la verità, di questa

presenza-assenza nemmeno pare dolersi. Non è un buon inizio né una buona ripartenza. È la rimozione delle diseguglianze che legano il diritto alla salute a residenza e reddito, in una corsa al precipizio del suo svuotamento e all'attacco a contratto di lavoro e sindacato, espulsi anche dal linguaggio. Come meravigliarsi se, come diceva Einstein, facendo le stesse cose si raccoglieranno gli stessi risultati? Non c'è da stare allegri se vince una linea di continuità così avara nei confronti dei medici, dei citta-

dini, della sanità pubblica, condannata all'inefficienza per favorire un non più strisciante viraggio verso la privatizzazione di un bene comune come la salute, anche svaloriando il lavoro dei medici e dei dirigenti sanitari dipendenti del Ssn».

Sulla stessa linea polemica, sia verso il Governo sia nei confronti della ministra della Salute Lorenzin, **Alessandro Vergallo** dell'Aaroi Emac, unico sindacato ad aver incrociato le braccia il 16 dicembre, in controtendenza con gli altri che hanno sospeso l'agitazione in seguito alla crisi di Governo. «Il rimpasto governativo - affermano gli anestesisti - non cambia gli interlocutori dei medici Ssn. Il riconfermato ministro alla Salute, **Beatrice Lorenzin**, nonostante le attese - e sebbene in diverse occasioni si sia resa disponibile al confronto con i sindacati medici - nei fatti non è riuscita a rendere il lavoro dei medici una reale priorità nelle scelte strategiche dei due precedenti Governi, e per l'Aaroi-Emac si è rivelata un interlocutore "muto" sulle insufficienze di personale e sul caporalato che affliggono i settori nevralgici dell'anestesia, della rianimazione, dell'emergenza».

Per il resto, il plauso alla conferma di **Beatrice Lorenzin** - da Federfarma a Farmindustria alla Federazione nazionale dei medici - è stato unanime. Ma anche le attese sono notevoli, a partire dall'applicazione della manovra, come ha ricor-

dato a caldo la stessa ministra. «Rendere vive le norme approvate nella legge di Bilancio»: è questa ovviamente una delle priorità, indicate da **Lorenzin** in occasione della richiesta di fiducia alla Camera. Più in generale, «dobbiamo andare avanti nel lavoro molto importante che abbiamo impostato», ha dichiarato. Ma il vero "must" è l'approvazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza, che proprio mercoledì scorso hanno ottenuto il via libera delle commissioni parlamentari (*si veda articolo di spalla*). «Sono le nuove prestazioni sanitarie, misure che arrivano ai cittadini che vivono situazioni di disagio», ha precisato **Lorenzin**, forse poco memore dei tempi dilatati, imposti sia dall'Economia che dal suo ministero, all'iter del nuovo Dpcm atteso ora in Consiglio dei ministri.

A seguire, il riferimento alla partita del personale: «Abbiamo poi lo sblocco del turn over - ha ricordato la ministra - e i precari che sono sempre più un'emergenza nel Centro e Sud Italia e tutta la questione legata alla qualificazione del personale e quindi spero di portare a termine il Patto della salute nell'articolo 22, che manca, per le professioni sanitarie». Più facile a dirsi che a farsi, visto che sull'articolo 22 Regioni e sindacati - e i sindacati tra loro - si sono tanto spaccati da arrivare di fatto ad accantonare la questione.

In ogni caso, al puzzle del

Patto - datato 2014-2016 e quindi in scadenza - non manca soltanto l'articolo 22, a differenza di quanto la ministra afferma, ottimista: in ordine sparso, si va dall'attuazione della direttiva sulle cure transfrontaliere alla riscrittura dell'assistenza di emergenza-urgenza territoriale 118; dalla promessa revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria (i ticket) alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale, "piombata" dall'impasse sul rinnovo del contratto per la Medicina generale, in attesa di risorse certe. E anche quando formalmente il dado è stato tratto, in più d'un caso si resta sul teorico: il Piano nazionale cronicità su cui è arrivata l'Intesa a settembre, ad esempio, con l'eccezione delle solite Regioni prime della classe, è tutto da realizzare. Così come il Patto per la Sanità digitale: un target centrato formalmente a luglio scorso ma ancora ai primi passi.

Per non parlare di quel Programma annuale di umanizzazione delle cure, che dovrebbe essere la finalità su cui far convergere tutti gli altri obiettivi contenuti nel Patto. Per il momento, e fintanto che il Ssn non sarà stato messo in sicurezza dal rischio sostenibilità, quell'obiettivo si può considerare mancato. Ma chissà che un nuovo Patto per la salute, in sostituzione degli ormai accantonati Piani sanitari nazionali, non possa correggere e precisare il punto di caduta della

programmazione sanitaria.

Anche in Parlamento, intanto, giace una bella serie di incompiuti. Come il Ddl sul rischio clinico, rimasto impigliato nelle maglie della manovra - prima dell'esame in aula al Senato - ma potenzialmente pronto a ripartire già questa settimana, grazie alla soluzione ultrarapida della crisi. O come il Ddl Concorrenza, che consentirebbe l'accesso delle grandi società di capitale nel pianeta farmacie e, in più, fornirebbe al testo sulla responsabilità professionale il tassello delle tabelle uniche di riferimento per danno biologico.

Infine c'è, e qui torniamo al nodo professioni, quel Ddl omnibus ("Lorenzin", appunto) su ordini professionali e sistema veterinario. «Tutte queste cose insieme - ha ricordato **Lorenzin** - disegnano un nuovo percorso per la sanità per affrontare le sfide importantissime che abbiamo». Ormai da mesi, si tratta di provvedimenti in stallo. Al "Lorenzin 3" l'onere e l'onore di rilanciarli. E di correggere il tiro, se possibile, rispetto a flop clamorosi. Come il decreto appropriatezza, che ha diffuso il panico prescrittivo negli studi dei medici di medicina generale e tra i pazienti (*si veda il servizio sul Rapporto Pit a pag. 8-9*). O come la campagna pubblicitaria sul fertility day, su cui il ministero è stato costretto a una clamorosa retromarcia.

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In sospenso

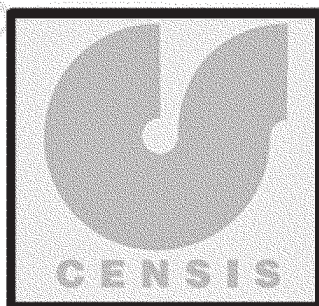
- L'attuazione della manovra, che aumenta il Fondo sanitario nazionale 2017 di 2 miliardi, di cui uno vincolato su farmaci e vaccini
- Il varo definitivo in Consiglio dei ministri del Dpcm sui nuovi Livelli essenziali di assistenza. Le prestazioni erogate ai cittadini in via gratuita o dietro pagamento di un ticket non venivano rivedute da 15 anni; il nomenclatore Protesi e ausili è fermo al 1999
- I capitoli del Patto salute 2014-2016 rimasti inattuati: dalla revisione delle cure primarie al restyling del Pronto soccorso, dall'umanizzazione delle cure all'applicazione del Patto per la salute digitale e del Piano nazionale cronicità. Fino all'articolo 22 sulla formazione del personale sanitario
- Il Ddl risk (As 2224) che detta «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie». Potrebbe essere approvato dall'Aula del Senato già questa settimana, per tornare in seconda lettura alla Camera
- Il Ddl omnibus "Lorenzin" (C 3868) sulla revisione degli ordini e delle professioni
- Il Ddl Concorrenza (S 2085) che apre la strada alle grandi società di capitali nel pianeta farmacie e fornisce le tabelle sul danno biologico che andranno a completare il Ddl Risk
- Il Piano nazionale vaccini 2017-2019, inserito nei Lea e finanziato con parte di uno dei due miliardi aggiuntivi del Fsn 2017. Sul documento non è stata ancora raggiunta l'intesa ma già sindacati e società scientifiche interessati mettono in guardia sul rischio di mancata omogeneità e accesso alla profilassi nelle Regioni



## Il Welfare che se ne va

*Nel report annuale del Censis  
sulla situazione sociale del Paese  
il punto sulle erosioni in corso  
tra crisi economica  
e diritto alla salute compromesso*

**Il 69% della popolazione «sta bene»  
ma è «out of pocket» il 34,8% della spesa**



# Non è un Ssn per poveri

## **I** Considerazioni introduttive

**I.1. Non basterà la ripresa economica per ricostruire un welfare sostenibile e adeguato**

Diventa sempre più evidente che le difficoltà del welfare non potranno trovare una risposta adeguata nella ripresa, che comunque stenta a decollare. Infatti la crisi di creazione di nuovo lavoro, le disuguaglianze e il blocco della mobilità sociale generano un micidiale attacco su due fronti al welfare italiano:

- dal lato del finanziamento, perché meno lavoratori significa meno redditi da tassare o da cui enucleare le risorse necessarie a pagare le prestazioni sociali;
- dal lato della domanda di prestazioni, perché cresce la domanda dei senza lavoro e dei senza reddito, e cresce la domanda di chi un lavoro ce l'ha ma non ha comunque redditi sufficienti.

È così che il welfare finisce prigioniero di difficoltà sistemiche che toccano il cuore del funzionamento della nostra economia che stenta a ripartire e, anche quando riparte, stenta a creare nuovo lavoro di qualità con redditi adeguati.

Solo la sistemicità della crisi che avvolge il welfare può spiegare numeri scioccanti, come gli italiani che rinviando prestazioni sanitarie o gli occupati in condizione di povertà assoluta, e può spiegare perché il welfare ve-

de capovolta la mission per cui è nato: da moderatore ad amplificatore delle disuguaglianze sociali.

Sono i segni di una crisi strutturale, di lungo periodo, che è stata resa ancora più evidente dai tagli di questi anni che, ai diversi livelli e nei diversi ambiti, hanno reso la vita difficile anche a comparti, come la sanità che tradizionalmente, al di là degli eclatanti episodi di malasani-tà altamente mediatizzati, è stata e per molti versi è ancora, un motivo di orgoglio per il nostro Paese.

Una cosa è certa: la scure non può guarire la sanità e tanto meno il welfare italiano.

E in questi anni, di fatto, la sola strategia che ha avuto continuità nel tempo è stata quella del contenimento delle risorse pubbliche per il welfare, senza al contempo processi reali di ridefinizione dell'allocazione delle decrescenti risorse.

Fare figli, ad esempio, è diventata sempre più una avventura controcorrente che richiede ai genitori un sur-

plus di impegno per oltrepassare gli ostacoli, da quelli relativi al proprio lavoro a quelli per la ricerca di soluzioni per le esigenze dell'età evolutiva; e le difficoltà si moltiplicano quando si deve fronteggiare una condizione di disabilità o quando una patologia cronica rende le persone non autosufficienti.

Eppure i cittadini non si sono tirati indietro rispetto ad una nuova responsabilità nel welfare; infatti, nella sanità è notoriamente alto il contributo finanziario diretto, di tasca propria delle famiglie, e nel sociosanitario e nell'assistenza è elevato l'impegno di tempo ed energie delle famiglie italiane, in particolare delle donne, nella produzione di servizi e prestazioni.

La crescente responsabilizzazione dei cittadini si rivela anche nell'approccio all'informazione sanitaria, con l'estrema cautela verso la disintermediazione indotta dal web e una rinnovata attenzione nei confronti del ruolo di intermediazione esperta e autorevole dei professionisti della sanità di fronte all'ipertrofia informativa.

Già da tempo è scomparsa dall'orizzonte degli italiani l'idea di una copertura totale pubblica e gratuita e i bilanci familiari registrano la pressione crescente delle spese dirette di welfare, dalla sanità all'assistenza fino alla formazione dei figli.

In tale contesto, mettere in campo le soluzioni richiede una serie di prerequisiti di metodo come:

- la presa d'atto coraggiosa delle radici profonde delle difficoltà del nostro welfare che, nella percezione collettiva, ormai garantisce solo prestazioni essenziali e per il resto lascia che i cittadini paghino di tasca propria;
- una capacità di capire la complessità delle diverse condizioni, dalla povertà come fatto multidimensionale all'articolazione estrema di condizioni di vita semplicisticamente unificate con etichette comuni, come accade troppo spesso ai pensionati, alla dimensione geografica che ormai taglia trasversalmente i territori.

Se nella vita quotidiana si diffonde l'incertezza e gli italiani reagiscono accumulando senza freno cash subito disponibile, solo una iniziativa di lunga lena che ridefinisca su più pilastri il welfare, dal finanziamento all'erogazione dei servizi, renderà possibile un nuovo ampliamento della copertura.

E troppo poco si ragiona su quanto l'individualizzazione evidente di rischi sociali un tempo coperti dal welfare incida su scelte di vita dalle ineludibili implicazioni sociali, come la genitorialità o, su un altro piano, la avversione all'investimento imprenditoriale. Anche per questo oggi è essenziale costruire un sentiero che renda sostenibile un welfare più ampio, in grado di dare alle persone coperture che vincano l'incertezza diffusa che colpisce ambiti sensibili, dalla salute al futuro dei figli alla propria vecchiaia.

Il welfare non può essere solo il luogo della redistribuzione delle risorse perché può essere, da subito, un motore di nuovo sviluppo: perché offrendo una piattaforma di protezione rispetto a grandi rischi di vita aumenta la propensione al rischio imprenditoriale (come nella tradizione italiana) e perché è anche il luogo di formazione di lavoro di qualità e conseguente generazione di redditi da lavoro. Occuparsi di welfare oggi significa occuparsi di sviluppo: la piena e lucida comprensione delle ragioni della sua crisi rende più accessibile la strada per le soluzioni possibili.

obiettivi di finanza pubblica appare evidente nella dinamica recente della spesa sanitaria e anche la Corte dei Conti nel suo Rapporto 2016 sul coordinamento della finanza pubblica ha affermato che «negli anni della crisi, il contributo del settore sanitario al risanamento è stato di rilievo».

L'operazione di controllo dei costi nella sanità sembra aver funzionato sotto più profili, ad esempio appare significativa la riduzione delle passività fatta registrare dalle Regioni con piano di rientro, con un disavanzo prima delle coperture che tra il 2009 e il 2014 è passato da quasi 3,5 miliardi di euro a poco più di 275 milioni di euro.

Nel complesso, l'andamento della spesa sanitaria pubblica dal 2009 al 2015 appare contrassegnato da una lieve riduzione in termini reali, con una diminuzione più significativa rispetto all'anno precedente nel 2011, una sostanziale stabilità negli anni più recenti e un incremento registrato tra il 2014 e il 2015 (tab. 1).

Di fatto, nella situazione attuale la spesa sanitaria pubblica italiana si attesta su valori decisamente più bassi rispetto a quelli degli altri principali Paesi europei, con l'unica esclusione della Spagna: la spesa pubblica pro-capite annuale del nostro Paese (2.475,1 dollari Usa espressi in Ppp) risulta di 2.000 dollari inferiore a quella della Germania e di quasi 1.000 rispetto alla Francia (tab. 2).

Tuttavia, nella valutazione di questo dato è importante considerare anche alcuni altri aspetti che evidenziano le conseguenze delle manovre di contenimento sulla situazione dell'offerta e sulle capacità di risposta del Ssn ai bisogni sanitari dei cittadini.

Il dato forse più evidente è quello dell'andamento della spesa sanitaria privata che, nello stesso arco di tempo considerato, dopo una fase di crescita significativa in termini reali, si riduce a partire dal 2012, per riprendere ad aumentare negli ultimi due anni (dal 2014 al 2015 di 2,4 punti), fino a raggiungere nel 2015 i 34,8 miliardi di euro e a rappresentare il 24% del totale della spesa sanitaria.

Ma altrettanto emblematico del contributo di fatto richiesto ai cittadini per la sostenibilità del sistema è il dato relativo all'aumento della compartecipazione: dal 2009 al 2015 la compartecipazione alla spesa (sia sotto forma di ticket per le prestazioni sanitarie che di compartecipazione alla farmaceutica come ticket e come quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento) cresce del 32,4% in termini reali, con un incremento decisamente più consistente della compartecipazione alla farmaceutica (+74,4%) attestandosi sui 2,9 miliardi di euro. Aumenta così anche la sua incidenza sul totale della spesa sanitaria dall'1,5% del 2009 al 2,0% del 2015 (tab. 3).

Sono importanti da segnalare anche gli effetti socialmente regressivi delle manovre di contenimento, segnalate dal crescente numero di italiani, 11 milioni circa, che hanno dichiarato nel 2016 di aver dovuto rinunciare o rinviare alcune prestazioni sanitarie, specialmente odontoiatriche, specialistiche e diagnostiche.

Nel momento in cui l'accesso ai servizi appare in qualche modo condizionato dalla situazione economica individuale e familiare, per il pagamento del ticket per accedere a una prestazione del Ssn o per il ricorso alla sanità privata sempre più spesso motivato dalla necessi-

## 2

### I processi settoriali

#### 2.1. La scure non guarirà la sanità italiana

Il progressivo restringimento del welfare legato agli

tà di superare le liste d'attesa, si determina un inevitabile meccanismo di penalizzazione e di riduzione delle possibilità di cura, soprattutto in campo diagnostico e specialistico, per coloro che dispongono di minori risorse.

Ma altre conseguenze, forse meno evidenti ma non meno rilevanti, sono collegate alle scelte di politica sanitaria di questi anni, tutte contrassegnate dalla chiara necessità di garantire un controllo della spesa.

La situazione della spesa farmaceutica evidenzia infatti un andamento interessante di sostanziale contenimento a fronte dei meccanismi stringenti del tetto di spesa e del payback, ma anche in questo caso appare chiaro il peso crescente della spesa a carico dei cittadini. In particolare aumenta l'incidenza della compartecipazione sia sul totale della spesa farmaceutica territoriale (pubblica e privata) dal 4,3% del 2009 al 7,0% del 2015 che sulla sola componente privata: l'incidenza della compartecipazione sulla spesa privata era del 12,3% nel 2009 e raggiunge il 18,2% nel 2015.

Ancora più interessante è notare quanto emerge dai più recenti dati Farindustria: l'incremento del totale della spesa farmaceutica pubblica (territoriale più ospedaliera) registrato tra il 2014 e il 2015 pari al 5,1% è sostanzialmente addebitabile ai farmaci innovativi (sia di classe A che di classe H) che comprendono tra gli altri anche quelli contro l'epatite C, che hanno fatto registrare una variazione pari al +5,9%, mentre al netto di questi farmaci l'andamento risulta negativo (-0,8%) (fig. 1).

È questo un segnale importante nella dinamica della spesa che mette già in luce l'andamento che sarà sempre più evidente nell'immediato futuro, legato all'impatto dei grandi progressi della medicina in campo farmaceutico (e non solo), che al momento si tenta di arginare con una serie di meccanismi di controllo in entrata che, di fatto, stanno ritardando l'accesso all'innovazione nel nostro Paese.

Considerando i dati di Farindustria sui tempi di accesso ai nuovi prodotti misurati in giorni trascorsi dall'autorizzazione dell'Agenzia europea per i medicinali (Ema), la media italiana, pari a 445 giorni, risulta ben più elevata rispetto a quella dei 5 principali Paesi europei (272), soprattutto a quella di Germania (42 giorni) e Regno Unito (44) ed è meno elevata solo di quella della Spagna che raggiunge i 467 giorni in media dall'autorizzazione. L'ulteriore passaggio dell'inserimento nei Pronuari regionali allunga ulteriormente e spesso crea forti disparità nei tempi e nelle possibilità di accesso ai farmaci innovativi tra i cittadini di diverse regioni: nel complesso si è registrata una differenza in negativo delle vendite pro-capite di nuovi farmaci autorizzati dall'Ema tra il 2011 e il 2015 in Italia rispetto ai 5 Paesi europei principali del 30% circa.

Quello legato all'innovazione è un driver strutturale di incremento della spesa sanitaria che appare difficile da controllare con gli strumenti finora utilizzati. Allo stesso modo, gli interventi di razionalizzazione dell'offerta finora messi in campo cominciano a mostrare molti limiti, a fronte di dinamiche di aumento di spesa legate ad altri fattori strutturali finora affrontati solo marginalmente.

Un'ulteriore importante evidenza di questa situazione emerge dall'analisi della attuale situazione dell'offerta ospedaliera. Le politiche di razionalizzazione che hanno riguardato l'attività ospedaliera, con il dato più eclatante della progressiva riduzione dei posti letto (3,3 per 1.000 abitanti in Italia nel 2013 secondo i dati Eurostat, contro i 5,2 in media dei 28 Paesi Ue e gli 8,2 della

Germania e i 6,3 della Francia), insieme agli interventi come quelli sui ricoveri impropri, hanno determinato una significativa riduzione dei ricoveri ospedalieri.

In particolare, dal 2009 al 2014 le dimissioni ospedaliere degli istituti pubblici e privati (la cui stragrande maggioranza è rappresentata da privati accreditati) sono passate da 11,7 milioni a 9,5 milioni, riducendosi del 18,3% nel periodo e di circa il 4% all'anno, con un ridimensionamento che ha riguardato sia i ricoveri in regime ordinario che in day hospital (tab. 4).

Il contributo reale alla riduzione è quello attribuibile ai ricoveri per acuti, che rappresentano oltre il 90% del totale e che si sono ridotti del 19,4%, con un tasso medio annuo del 4,2%.

Le tipologie di ricoveri che pesano meno, quelli di lungodegenza e di riabilitazione, sono rimasti sostanzialmente stabili. In generale, considerando l'età delle persone ricoverate si ribadisce il dato che vuole che si registri un numero particolarmente elevato di ricoveri riferito agli anziani: nel complesso i ricoveri delle persone dai 65 anni in su rappresentano il 42,6% del totale e si tratta di una quota in crescita rispetto al 2009.

Questo peso contribuisce in parte a spiegare perché, a fronte della più marcata riduzione delle dimissioni, l'andamento della spesa ospedaliera pubblica mostri un decremento molto meno significativo: infatti sempre nello stesso periodo si registra un andamento caratterizzato da un tasso medio annuo di variazione reale di -1,2%.

Nonostante i tagli ai posti letto e la riduzione dei volumi di attività ospedaliera, la spesa non si riduce in modo corrispondente proprio a causa dell'impatto ineludibile dell'invecchiamento che condiziona anche la complessità della condizione patologica dei ricoverati.

È un ulteriore esempio di un dato importante che rischia di condizionare l'evoluzione futura della spesa ma anche dell'assetto di offerta del nostro sistema sanitario: la razionalizzazione basata sui tagli lascia sullo sfondo gli effetti di aspetti strutturali strategici che rappresentano driver oggettivi di spesa, come le nuove opportunità di cura e di diagnosi legate all'innovazione e l'impatto epidemiologico dell'invecchiamento.

E proprio tali fattori strutturali devono indurre a una valutazione complessiva, che vada oltre le visioni settoriali e di breve periodo, considerando, ad esempio, l'impatto che l'introduzione di una terapia innovativa più costosa può comportare in termini di riduzione della spesa sanitaria complessiva legata alla gestione della malattia o il risparmio legato alla reale attivazione di strategie di prevenzione delle malattie croniche legate all'invecchiamento.

Tagli agli sprechi e strumenti di razionalizzazione come l'individuazione di prezzi di riferimento e di centrali di acquisto, meccanismi di controllo come quelli basati sul contenimento delle prestazioni sanitarie, il blocco del turn over del personale o la definizione di tetti e regole di paypack, la selettività dei criteri di eleggibilità dei pazienti ad alcune prestazioni e delle regole di compartecipazione hanno sicuramente contribuito alla razionalizzazione della spesa.

Tuttavia ancora poco è stato fatto in termini di riduzione delle profonde differenze territoriali e di adeguamento dell'offerta per far fronte ai cambiamenti strutturali già in atto, in termini di sviluppo della medicina del territorio ad esempio o sul fronte dell'adattamento alle esigenze della cronicità e dei bisogni assistenziali ad essa collegati, a tutt'oggi ancora in capo alle famiglie.

Già oggi gli interventi di ridimensionamento della spesa hanno rappresentato per molti italiani tagli di sanità reale ed utile, costringendoli all'aumento della spesa privata o in qualche caso alla rinuncia alle prestazioni sanitarie. Le differenze regionali sono ancora ampie, e senza un ripensamento complessivo della sanità che rimoduli in modo complessivo l'offerta e la sua necessaria evoluzione strutturale, alla luce dei fattori strutturali di cambiamento e delle interconnessioni tra i comparti troppo spesso oggi ignorate, anche gli sforzi di risanamento finanziario mostreranno presto tutta la loro fragilità.

## 2.2. La salute e i limiti della disintermediazione

Non si può negare che l'ampio utilizzo di internet abbia contribuito a ridefinire l'approccio dei cittadini nei confronti dell'informazione sanitaria, aumentando anche l'attenzione rispetto a questi temi. L'ultimo Rapporto sulla comunicazione del Censis ha messo in luce come i fruitori della rete rappresentino nel 2016 il 73,7% della popolazione italiana. Guardando all'utilizzo in relazione alla salute, da una recente indagine del Censis si rileva che il 41,7% della popolazione usa il web per questioni relative alla salute, e soprattutto per ottenere informazioni su patologie e aspetti riguardanti la salute (come prevenzione, stili di vita), ma anche per ottenere informazioni su medici e strutture (29,3%), e per aspetti pratici come prenotare visite ed esami (25,2%). Dal confronto con le precedenti rilevazioni del Censis, si osserva che negli anni non solo è aumentata la quota di internauti che utilizzano il web per la salute (era il 25,2% nel 2006 e il 32,3% nel 2012), ma anche di coloro che ne differenziano l'uso oltre l'informazione e verso finalità più pratiche (fig. 2).

Si tratta di una tendenza comune a molti altri ambiti ed attività, per i quali la rete ha rappresentato un formidabile strumento di semplificazione, garantendo ai cittadini-utenti l'accesso diretto non solo alle informazioni, ma anche a servizi e prestazioni.

Sono sempre più numerosi gli utenti che utilizzano personalmente internet per compiere una serie di attività: l'home banking, ad esempio, con il 40,6% degli italiani internauti che nel 2016 controlla direttamente i movimenti del conto corrente bancario via internet (era il 36,8% nell'anno precedente). Il 36,0% ha invece utilizzato il web per compiere acquisti (+5,3%), il 14,9% per sbrigare pratiche con uffici pubblici (+2,5%). È vero che l'utilizzo di internet per rispondere a un bisogno di informazione rimane centrale: la metà circa (50,4%) degli utilizzatori di internet ha infatti usato il web per trovare informazioni su aziende, prodotti, servizi e in misura più frequente rispetto allo scorso anno (+2,8%) (fig. 3).

Il sempre più ampio utilizzo del web per compiere attività di diversa natura, dall'informarsi all'acquistare beni e servizi, fino all'accesso diretto alle prestazioni di amministrazioni pubbliche e private, ha determinato in certi ambiti un evidente indebolimento del ruolo di figure di intermediazione; si pensi ad esempio al ruolo chiave del web nell'organizzazione delle vacanze degli italiani, che ha reso quasi marginale il ruolo delle agenzie e tour operator. Secondo l'Istat, infatti, nel 2015 il 46,9% dei viaggi è stato organizzato senza prenotazione, l'altra metà con prenotazione diretta (45,2%), di cui il 34,0% tramite internet: un dato in crescita, considerando che nel 2014 il 31,8% dei viaggi è stato prenotato tramite web e nel 2013 il 29,0%. Si conferma anche nell'ultimo anno residuale la quota di viaggi prenotati tramite agenzia (7,7%).

L'accesso diretto all'informazione sanitaria, certamente enfatizzato dalle potenzialità praticamente infinite della rete, ha avuto un impatto dirompente anche sulla trasformazione della relazione medico-paziente, tradizionalmente caratterizzata da una supremazia del medico fondata proprio sulla asimmetria informativa.

Nella nuova strutturazione della relazione, tuttavia, non si assiste a un ribaltamento: solo il 20,6% degli italiani ritiene che il medico abbia solo il compito di informare il paziente, perché sia lui in maniera autonoma a prendere le decisioni riguardanti la propria salute. Il modello a cui si riferisce la quota maggiore degli intervistati (50,9%) è quello della scelta terapeutica condivisa: una relazione basata sul dialogo nella quale il medico e il paziente collaborano nel prendere decisioni riguardanti la salute di quest'ultimo. Non residuale, tuttavia, e più ampia tra gli anziani, è la percentuale (28,5%) di chi richiama il modello tradizionale in cui, in virtù del suo sapere e della sua esperienza come professionista della salute, spetta al medico di decidere autonomamente sulle cure e la salute del paziente (fig. 4).

Anche il paziente informato e pro-attivo, utente del web anche sui temi della salute, ribadisce il ruolo strategico del medico come fonte principale di informazione sanitaria (il 73,3% degli italiani cita il medico di medicina generale), mentre circa un italiano su 5 ammette la funzione strategica di televisione e internet.

Paradossalmente, l'eccesso di informazioni rese disponibili dal web accentua il valore attribuito al ruolo di intermediazione esercitato dal medico: in questi ultimi anni, gli italiani hanno sperimentato che l'accesso a una grande mole di informazioni acquisite online e da fonti non sempre certe e verificate ha finito in non pochi casi per accrescere i loro dubbi e incertezze sui temi della salute.

La quota di chi ritiene che troppe informazioni possano rischiare di confondere chi non è esperto e che su questioni riguardanti la salute a decidere debbano essere i medici è cresciuta nel tempo, passando dal 46,6% del 2006 al 54,5% del 2014 (fig. 5).

Nel 2016 quasi la metà degli italiani attribuisce al medico di medicina generale la responsabilità di dare informazioni circostanziate ai

pazienti e di guidarli verso le strutture più adatte, a fronte del 12,1% che attribuisce ad Internet un ruolo strategico nella selezione delle strutture e dei professionisti attraverso la disponibilità di informazioni sicure e certificate sui servizi.

Ed infatti nell'esperienza concreta legata nell'ultima occasione di rapporto con il Ssn è il 50,1% a riferire che la figura a cui si sono rivolti per avere le informazioni necessarie è il medico di medicina generale, che distacca di gran lunga tutti gli altri riferimenti indicati, compreso il Cup, citato dal 14,6% e lo sportello della Asl o dell'ospedale (12,2%).

Anche la rete in certi casi può rappresentare uno strumento in grado di favorire l'interazione con i professionisti della sanità, confermando il valore che il parere del medico riveste per il paziente nella gestione della propria salute. Tra gli utilizzatori dei social network (cui ha fatto ricorso in maniera abituale nel 2015 il 47,2% della popolazione), cresce la quota di chi cerca un confronto diretto con il medico: nel 2012 l'8,6% della popolazione internauta aveva dichiarato di

aver utilizzato un forum per chiedere un consulto medico, nel 2014 la percentuale si presenta raddoppiata (16,2%). Inoltre, considerando una più recente indagine condotta nel 2015 su un campione di genitori fino a 55 anni, la quota di chi dichiara di aver utilizzato un forum per chiedere un consulto medico appare ancora più ampia e pari al 20,6% (fig. 6).

Si diffondono anche le app che mettono in comunicazione utenti e medici specialisti iscritti, tramite commenti o chattando privatamente. Anche nella ricerca

sulla rete diviene sempre più importante la ricerca dell'autorevolezza della fonte ed il confronto con il medico che rimane un momento centrale dell'approccio con l'informazione e la gestione della propria salute.

**Tab. 1 - Spesa sanitaria pubblica e privata in Italia, 2009-2015 (mln € correnti e var. % reali)**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Spesa pubblica</b>	110.663	112.795	111.559	109.955	109.254	110.642	111.784
● <b>Variazione percentuale</b>		0,7	-1,2	-0,8	0,0	0,2	1,1
<b>Spesa privata (delle famiglie)</b>	30.631	30.954	33.254	32.765	32.703	33.627	34.838
● <b>Variazione percentuale</b>		0,0	2,3	-6,1	-1,6	1,4	2,4
<b>Totale spesa sanitaria</b>	<b>141.294</b>	<b>143.749</b>	<b>144.813</b>	<b>142.720</b>	<b>141.957</b>	<b>144.269</b>	<b>146.622</b>
● <b>Variazione percentuale</b>		0,5	-0,4	-2,0	-0,4	0,5	1,4

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

**Tab. 2 - La spesa sanitaria pubblica e privata nei Paesi Big Ue, 2015 (1) (\$ Usa espressi in Ppp e val. %)**

Paesi	Totale	Pubblica	Privata
Milioni di US\$ correnti (1)			
Francia	293.249	230.630	62.619
Germania	427.679	363.494	64.185
Italia	196.946	150.151	46.796
Spagna	146.455	102.376	44.082
Regno Unito	260.485	205.727	54.758
<b>Paesi Big Ue</b>	<b>1.324.813</b>	<b>1.052.374</b>	<b>272.439</b>
US\$ correnti pro-capite (1)			
Francia	4.415,4	3.472,5	942,8
Germania	5.267,1	4.476,7	790,5
Italia	3.246,4	2.475,1	771,4
Spagna	3.153,0	2.204,0	949,0
Regno Unito	4.015,2	3.171,1	844,1
<b>Paesi Big Ue (2)</b>	<b>4.145,2</b>	<b>3.292,8</b>	<b>852,4</b>
Valore percentuale			
Francia	100,0	78,6	21,4
Germania	100,0	85,0	15,0
Italia	100,0	76,2	23,8
Spagna	100,0	69,9	30,1
Regno Unito	100,0	79,0	21,0
<b>Paesi Big Ue (2)</b>	<b>100,0</b>	<b>79,4</b>	<b>20,6</b>

(1) Stime Ocse relativamente a Francia, Spagna e Regno Unito, dati Ocse provvisori per la Germania, dati Istat per l'Italia

(2) Stima Censis

Fonte: elaborazione Censis su dati Ocse e Istat

Tab. 3 - La compartecipazione dei cittadini (1) '09-'15 (mln € correnti, val. % e var. % reale)

Anni	Compartecipazione per prestazioni sanitarie	Ticket sui farmaci e quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento	Totale compartecipazione	Val. % compartecipazione sulla spesa sanitaria totale (2)
2009	1.322	863	2.185	1,5
2010	1.224	998	2.222	1,5
2011	1.352	1.337	2.689	1,9
2012	1.533	1.406	2.939	2,1
2013	1.521	1.436	2.958	2,1
2014	1.447	1.500	2.947	2,0
2015	1.403	1.521	2.924	2,0
Var. % reale (3) 2009-2015	5,0	74,4	32,4	-

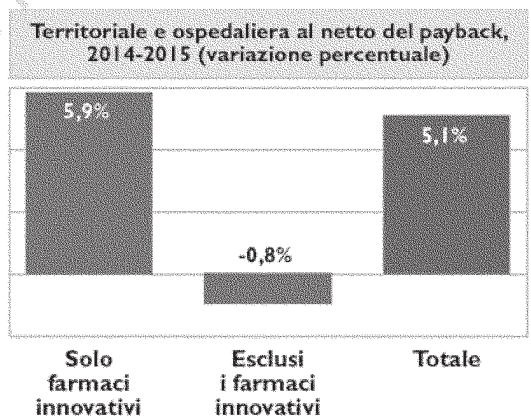
(1) Ticket sui farmaci e quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento più compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie

(2) Rapporto percentuale calcolato rispetto alla spesa sanitaria pubblica e privata

(3) Andamenti reali ottenuti deflazionando i dati attraverso la spesa sanitaria pubblica

Fonte: elaborazione Censis su dati Corte dei conti e Istat

Fig. 1 - Evoluzione spesa farmaceutica pubblica



Fonte: elaborazione Censis su dati Farindustria

Tab. 4 - Spesa ospedaliera pubblica e riveri ospedalieri totali, '09-'14 (mln € correnti e var. % reale)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Tasso medio annuo di var. % 2009-2014
Spesa per servizi ospedalieri pubblici (1)	59.960	53.091	52.778	51.073	49.879	50.408	-1,2
Totale ricoveri ospedalieri (2) (3)	11.658	11.278	10.749	10.258	9.842	9.527	-4,0
<b>Regime</b>							
● Ordinario	7.882	7.674	7.358	7.156	6.954	6.801	-2,9
● Diurno	3.247	3.083	2.885	2.586	2.386	2.229	-7,2
<b>Tipo di attività</b>							
● Acuti	10.769	10.397	9.880	9.384	8.981	8.681	-4,2
● Riabilitazione	359	360	362	358	359	350	-0,5
● Lungodegenza	110	113	104	109	111	110	-0,1
Val. % ricoveri di anziani (65 anni e oltre)	40,7	41,1	41,9	42,2	41,6	42,6	

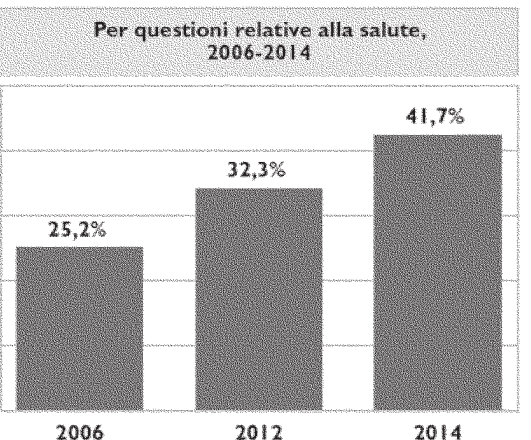
(1) Dati ricavati dai rapporti sull'attività di ricovero ospedaliero (Sdo) del ministero della Salute relativi agli istituti pubblici, privati accreditati e privati non accreditati, questi ultimi nella misura del 5% circa rispetto agli istituti totali censiti

(2) I dati articolati per regime e tipo di attività sono stimati

(3) Prevede anche la voce nido

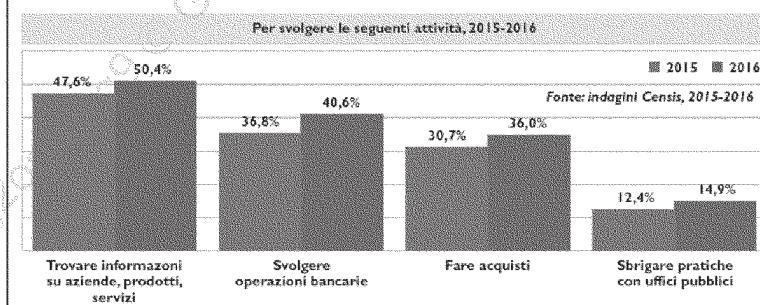
Fonte: elaborazione Censis su dati Istat e ministero della Salute

Fig. 2 - Utenti di internet che usano il web

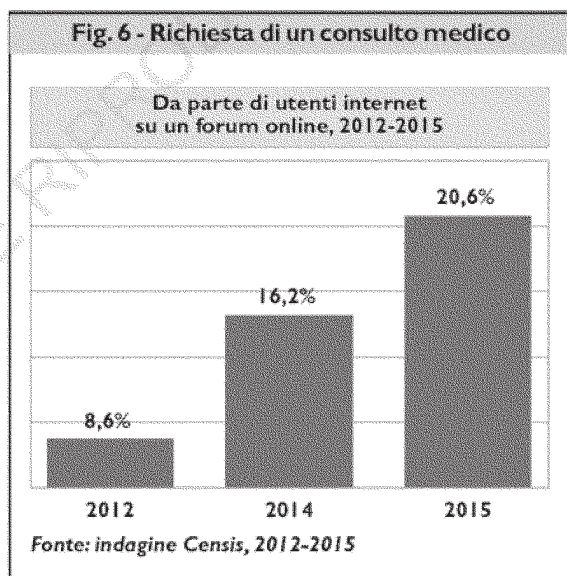
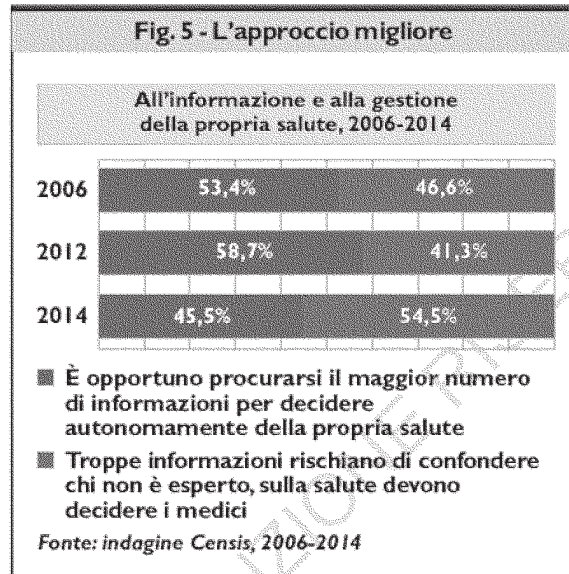
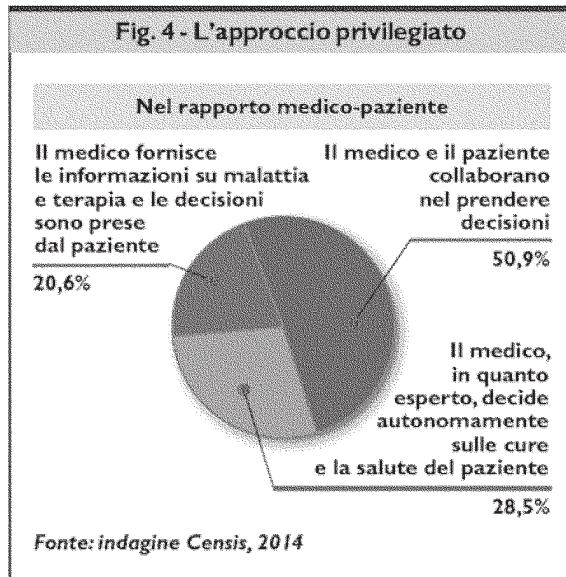


Fonte: indagini Censis, 2006-2014

Fig. 3 - Utenti di internet che negli ultimi 30 giorni hanno utilizzato personalmente il web



Fonte: indagini Censis, 2015-2016



## Intramoemia senza ticket

**L**e prestazioni assoggettabili al pagamento di un ticket sono soltanto quelle ricomprese nei Lea, garantiti dal Ssn ai cittadini, così il Consiglio di Stato ha bocciato la norma dell'Umbria che prevedeva il ticket sull'intramoemia.

FERRARI A PAG. 19

CONSIGLIO DI STATO

# Sull'intramoemia non si paga (mai) il ticket

**L**e prestazioni sanitarie assoggettabili al pagamento di un ticket sono soltanto quelle ricomprese nei Livelli essenziali di assistenza, i Lea, garantiti dal Ssn a tutti i cittadini (come ha affermato la Corte costituzionale nella sentenza 203/2008 sulla competenza legislativa statale in materia di previsione di ticket per prestazioni ambulatoriali). Appare evidente che, invece, l'attività libero professionale svolta intramoemia non integra l'erogazione di prestazioni rientranti nei Lea (quali individuati dal Dpcm 29 novembre 2001), restando, al contrario, nell'ambito di una attività svolta in qualità di libero professionista dal medico con particolari vincoli e modalità organizzative.

Con questa motivazione, il **Consiglio di Stato**, sezione terza, con la **sentenza n. 4924/2016** ha dato ragione all'associazione **Adiconsum** e ai medici ospedalieri, confermando la sentenza del Tribunale regionale Umbro, che si erano opposti alla determinazione della Regione Umbria che con Dgr 9 gennaio 2012 n. 3, previo accordo con il ministero della Salute e delle Finanze, impose un sovrapprezzo, o "ticket", del 29% (a carico dell'utente) - a titolo di «compartecipazione alla spesa sanitaria» - su ciascuna prestazione libero-professionale resa in regime di "intra moenia" dai medici specialisti del servizio sanitario pubblico.

Si discuteva della legittimità di un provvedimento amministrativo con il quale l'autorità regionale ha inteso avvalersi di un potere discrezionale, conferitole da un'apposita previsione di legge (legge 296/2006, articolo 1, comma 796, lettere p) e p-bis)), che, previo Accordo con il ministero della Salute e il ministero dell'Economia e finanze, consentiva alle Regione di individuare una o più misure alternative alla imposizione di un ticket di dieci euro a ricetta relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, con il vincolo che dette misure alternative dovessero, comunque, assicurare un gettito almeno corrispondente a quello della misura sostituita.

Secondo l'associazione dei consumatori, gli istituti di "compartecipazione alla spesa sanitaria", sarebbero radicalmente inapplicabili alle prestazioni libero-professionali "intra moenia", giacché queste sono già, per definizione e per loro natura, interamente a carico degli utenti, che per loro scelta se ne avvalgono, sicché non avrebbe alcuna giustificazione né alcuna base

normativa l'ulteriore imposizione di un "ticket" a loro carico.

Ad avviso delle Amministrazioni appellanti, al contrario, le prestazioni sanitarie intra moenia non costituirebbero esercizio di un'attività libero professionale, ma, piuttosto, rappresenterebbero una particolare modalità di espletamento dello stesso servizio pubblico, anzi un servizio ulteriore, il che giustificherebbe razionalmente e socialmente l'imposizione di un ticket a titolo di «partecipazione dell'utente alla spesa sanitaria» in aggiunta alla tariffa. Tesi respinta dalle toghe di Palazzo Spada.

Il ticket previsto dalla citata lettera p), a partire dal 1° gennaio 2007, si configura, afferma la sentenza, come una misura di partecipazione al costo delle prestazioni di «assistenza specialistica ambulatoriale»: tali prestazioni sono rese da medici dipendenti o accreditati ed il loro costo, in linea di principio, ricade sul servizio pubblico, in quanto, per usufruirne, l'assistito non è tenuto a pagare un corrispettivo, ma, al più, una quota correntemente denominata ticket.

Questa formula consente alle Aziende pubbliche di utilizzare più razionalmente le proprie strutture, per la riduzione delle liste di attesa, e di ricavarne nello stesso tempo anche una entrata supplementare che va a coprire una quota delle spese fisse generali oltre che i costi direttamente originati dallo svolgimento di quella attività.

La tariffa di tale prestazioni, interamente a carico dell'utente, è determinata tenendo conto di tutte le componenti (dirette e indirette) dei costi dei quali il Ssn deve essere rimborsato, di conseguenza l'imposizione di un ulteriore ticket determina l'applicazione di un balzello tributario non dovuto.

**Paola Ferrari**  
avvocato

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RAPPORTO PIT SALUTE/ Liste d'attesa infinite: i cittadini spendono 36 mld per curarsi

# Il Ssn? Si vede con il binocolo

Accesso negato e disagio sociale crescente - Il baratro tra Nord e Sud

**A**spettare fino a due anni per rimuovere una protesi o curare l'alluce valgo, 18 mesi per la ricostruzione mammaria e 15 per ottenere la mammografia, fino a 10 mesi per la Tac e un anno per la risonanza magnetica. E nove mesi, il tempo che nasce un bimbo, per una visita oncologica od oculistica od odontoiatrica. Tutto questo mentre gli italiani hanno netta la percezione dei costi che crescono, dei ticket che esplodono, dell'assistenza a domicilio che diventa una rarità, del ricovero sempre più complicato, del pronto soccorso invivibile, del degrado delle strutture. E l'uso dei ricoveri in intramoenia senza controlli o quasi con pazienti costretti a pagare o "girati" al privato. Ma anche il rapporto non esattamente semplice con i medici di famiglia e i pediatri. Tu chiamala se vuoi sanità solidale e universalistica. Perché l'accesso al Servizio sanitario nazionale sta diventando sempre più un lusso, sempre più un girone infernale. Non dappertutto, è chiaro. Ma dal Lazio in giù, pur con lodevoli eccezioni, la sanità pubblica diventa non raramente una polveriera.

A tracciare un identikit del Ssn non esattamente tranquillizzante è il XIX Rapporto "Pit Salute" di Cittadinanzattiva-Tribunale dei diritti del malato, presentato a Roma la settimana scorsa. Frutto dell'exkursus giornaliero nella sanità italiana fatto dai volontari in tutta Italia dell'associazione e che fa affidamento su 21.493 segnalazioni arrivate dai cittadini, raccolte dal Tdm.

«Se lo scorso anno abbiamo denunciato che si stavano abituando i cittadini a considerare il privato e l'intramoenia come prima scelta, ora ne abbiamo la prova: le persone sono state abituate a farlo per le prestazioni a più basso costo (ecografie, esami del sangue, etc.). Non perché non vogliamo usufruire del Ssn, ma perché vivono ogni giorno un assurdo: per tempi e peso dei ticket, a conti fatti, si fa prima ad andare in intramoenia o nel

privato. E il Ssn, in particolare sulle prestazioni meno complesse, e forse anche più "redditizie", ha di fatto scelto di non essere la prima scelta per i cittadini», afferma il coordinatore nazionale del Tdm, **Tonino Aceti**. Una situazione tanto più grave, aggiunge, perché «si tratta di prestazioni previste nei Livelli essenziali di assistenza, quindi un diritto. È questa la revisione dei Lea "in pratica" che i cittadini già sperimentano ogni giorno».

**Liste d'attesa infinite.** Quasi una segnalazione su tre (30,5%, rispetto al 25% del 2014) nel 2015 ha riguardato le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche, per liste di attesa (54,5%), ticket (30,5%), intramoenia (8,4%). Se diminuiscono le segnalazioni per gli esami diagnostici semplici, dal 36,7% del 2014 al 25,5% del 2015, crescono invece decisamente per gli interventi chirurgici (35,3% nel 2015 vs il 28,8% del 2014) e per le visite specialistiche (34,3% vs 26,3%). In testa l'area di ortopedia salita al 30,7% del 2014 (27,5% del 2014); per le visite specialistiche l'area oculistica (25% vs 18,5% nel 2014), per gli esami diagnostici, le prestazioni per le quali si attende di più sono le ecografie (18,8%, 24,1% nell'anno precedente).

**Il ticket impazzito.** Nell'ambito delle segnalazioni sui ticket, a pesare secondo le segnalazioni ricevute sono soprattutto i costi per la diagnostica e per la specialistica (41%), la mancata applicazione dell'esenzione (24,5%, nel 2014 era il 10,9%); i costi per le prestazioni a totale carico dei cittadini (20,8%, 17,8% nel 2014).

**Errori medici stabili.** Stabili le segnalazioni sulla presunta malpractice e la sicurezza delle strutture, che raccolgono il 14,6% (era il 15,4% nel 2016). C'è però un peggioramento delle condizioni delle strutture (25,7% vs 17% dell'anno precedente), legate principalmente al malfunzionamento dei macchinari (41,9% vs al 38,2%), alle pre-

carie condizioni igieniche (30,1% vs 35,3%) e agli ambienti fatiscenti (28,1% contro il 26,5%). I presunti errori pesano di più nell'area delle terapie (58,3%), e in seconda battuta nell'area diagnostica (41,7%).

**Sbagli d'ortopedia.** In testa, fra gli errori terapeutici, quelli di ortopedia (14,3, ma in diminuzione rispetto al 28,4% del 2014) e in ginecologia e ostetricia (14%, ma nel 2014 erano l'8,3%); a seguire la chirurgia generale (12,9% vs 14,1%). Anche in ambito diagnostico, gli errori si verificano più di frequente in ortopedia (15,6%, 17,4% nel 2014) e in ginecologia e ostetricia (15,2%, nel 2014 l'area raccoglieva il 9,8% delle segnalazioni).

**Consiglio d'avvocato.** Da una disamina delle segnalazioni di presunti errori giunte al Tdm, emerge tra l'altro che su 768 consulenze medico legali, in quasi due casi su tre (63%) si sconsiglia l'azione legale. Se nel 57% dei casi manca il nesso di causalità, non è ravvisabile una diretta responsabilità sanitaria. In circa un caso su tre (32%) la documentazione clinica consegnata dalle strutture è incompleta o inadeguata e ancora per l'11% sono decorsi i termini per l'azione legale. Alla base delle denunce dei cittadini, accanto al possibile errore interpretativo del paziente sull'operato dei professionisti sanitari (39%), emerge anche la sensazione di non essere stato trattato con unanimità dal personale (34%) o di non aver ricevuto le giuste e adeguate informazioni da parte dello stesso (27%).

**E sul territorio si soffre.** Sebbene l'area generale dell'assistenza territoriale raccolga meno segnalazioni rispetto al passato (11,5% nel 2015, 15,3% nel 2014), al suo interno emergono dati contrastanti. In crescita i problemi con medici di famiglia e pediatri, che raccolgono più di un terzo delle segnalazioni dell'area: le principali questioni riguardano il rifiuto di prescrizioni da parte del medico (28,4%, +4% ri-

petto al 2014), gli orari di ricevimento (25,4%, +12%), la sottostima del problema di salute (17,9%, +6%)

In tema di assistenza residenziale, soprattutto nelle Rsa, un terzo dei cittadini lamenta la scarsa assistenza medico-infermieristica (-4% del 2014), un terzo i costi eccessivi delle rette di degenza (+11%), le liste di attesa (-5%), la distanza dal domicilio della famiglia (-2%).

**Salute mentale, strutture inadeguate.** I cittadini segnalano il ricovero in strutture inadeguate (31,3%, +3%), le difficoltà familiari nella gestione della problematica (22,4%), la scarsa qualità dell'assistenza fornita dal Dipartimento o dal centro di salute mentale (17,9%, +6%).

Per quanto riguarda la riabilitazione, le segnalazioni raccolte riguardano per lo più quella effettuata all'interno delle strutture sanitarie (43%), per la quale un terzo ravvisa scarsa qualità del servizio, quasi un quarto la mancata attivazione, un quinto la carenza di posti letto; quasi il 30% riguarda la riabilitazione ambulatoriale, per la quale si lamentano soprattutto i disagi legati all'attivazione del servizio (55,6%).

**Assistenza domiciliare, non va.** Quasi la metà delle segnalazioni (44,8%) riguarda le difficoltà di avere informazioni e la complessità nell'iter di attivazione; il 12,6% l'inesistenza del servizio o le lunghe liste di attesa.

**Assistenza protesica e integrativa.** Lunghi tempi di attesa (47,6%), insufficienza delle forniture (26,2%), scarsa qualità dei prodotti (26,2%). In particolare, le protesi oggetto di lamenta sono quelle

per gli arti inferiori (24%), carrozzine, montascale, deambulatore (20%), scarpe ortopediche e apparecchi acustici (16%), busti e corsetti (4%).

**L'informazione che non basta mai.** Più di un cittadino su dieci (11,4%) segnala carenze di informazioni in ambito sanitario e di accesso alla documentazione sanitaria. Le informazioni scarseggiano soprattutto sulle prestazioni assistenziali (30%), sull'assistenza sanitaria di base (25%), in materia di consenso informato (22%).

L'accesso alla documentazione sanitaria è considerata problematica soprattutto per i tempi lunghi per il rilascio (45,5%) o per il rifiuto da parte della struttura sanitaria di rilasciarla al paziente (23,4%) di segnalazioni.

**Invalità e handicap, chi la riconosce?** Sono in media 30 i mesi per ottenerne il riconoscimento. Una segnalazione su dieci riguarda invalidità ed handicap. La lentezza dell'iter burocratico per il riconoscimento rappresenta la problematica principale, con il 58,2% delle segnalazioni, lentezza che si riscontra in gran parte (65%) nella fase di presentazione della domanda.

Dalla convocazione a prima visita, per la quale si aspettano in media 8 mesi, alla ricezione del verbale che ne necessita di ulteriori 10, fino alla erogazione dei benefici economici che avviene in media 12 mesi dopo, al cittadino che si imbarca in questo iter tocca aspettare insomma in media 30 mesi, ulteriori due in più rispetto ai tempi che ci erano stati segnalati nel 2014.

**Pronto soccorso e triage non trasparente.** L'assistenza ospedaliera raccoglie il 10% delle segnalazioni. I maggiori disagi si registrano nell'emergenza-urgenza con un dato che giunge nel 2015 al 62,8% rispetto al 50,7% del 2014. Si

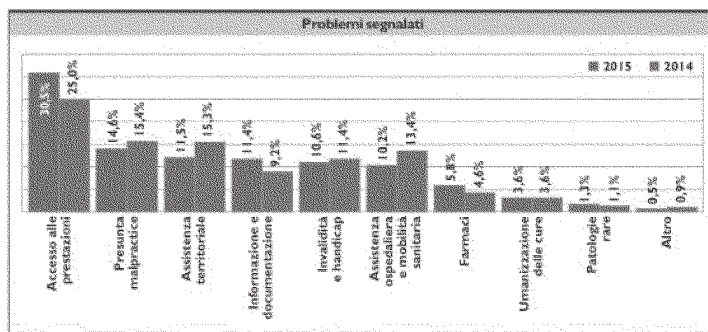
tratta soprattutto di lunghe attese al Pronto soccorso (45,3%) e di assegnazione del triage non trasparente (40,5%, +15% rispetto al 2014): ai cittadini che ricorrono al Ps insomma sembra spesso di aspettare troppo, anche perché ben poche strutture spiegano come viene assegnato il codice e ancora meno quelle dotate di monitor per indicare i tempi di attesa per codice di priorità.

Secondo ambito problematico è quello dei ricoveri (23,8%), per i quali il 45% segnala di aver "subito" il rifiuto del ricovero o perché ritenuto inappropriato dal personale medico o per tagli ai servizi. Le dimissioni ospedaliere raccolgono il 13,4% delle segnalazioni: sono ritenute improprie per il 65,4%, il 20% ha difficoltà a essere preso in carico dal territorio.

**Farmaci: boom di richieste e informazioni per l'Epatite C.** Il 5,8% delle segnalazioni riguarda il tema dei farmaci (era il 4,6% nel 2014). Nel corso del 2015 è emerso il problema dell'accesso ai nuovi farmaci per l'epatite C che riguarda il 31% delle segnalazioni, soprattutto per la mancanza di informazioni sulle nuove terapie (45%), sui criteri di accesso dell'Aifa (27,5%), sui Centri prescrittori (9,5%). A seguire, l'indisponibilità di alcuni medicinali (27,3%) per carenza in farmacia (45,7%), ritardi nell'erogazione dei farmaci ospedalieri (33,2%), ritiro dal mercato (15,8%), farmaci non commercializzati in Italia (5,3%). Un 20% di segnalazioni riguarda invece la spesa, considerata elevata in quanto non erogati dal Ssn (63%) o per la differenza di prezzo fra generico e brand (26%) o per aumento del ticket (10,5%).

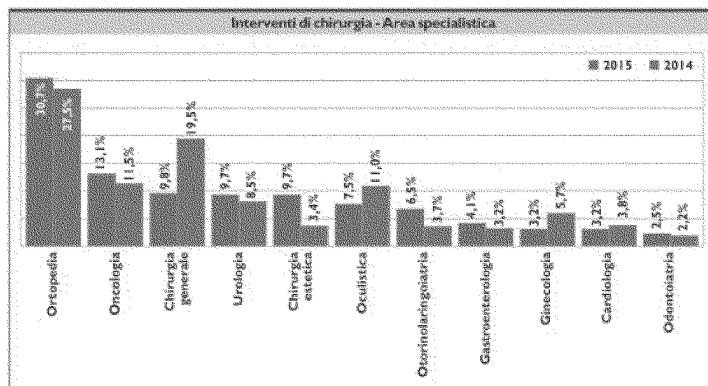
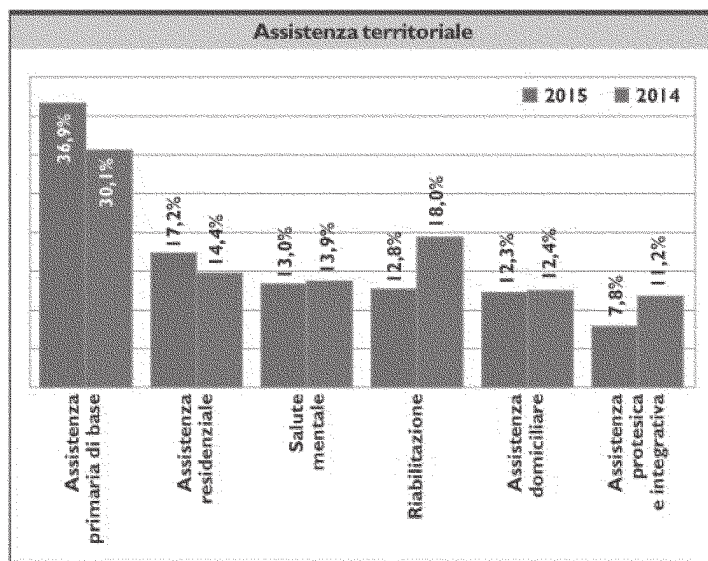
**Red.San.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Le principali segnalazioni**

Costi relativi a	2015	2014
Ticket per esami diagnostici e visite specialistiche	30,3%	21,3%
Farmaci	20,0%	26,6%
Prestazioni intramoenia	18,2%	18,9%
Degenza in residenze sanitarie assistite	9,1%	7,7%
Mobilità sanitaria	8,7%	10,4%
Mancata esenzione farmaceutica e diagnostica per alcune patologie rare	4,4%	5,3%
Ticket Pronto soccorso	3,5%	3,7%
Duplicazione cartelle sanitarie	3,0%	0,5%
Carenza nell'assistenza protesica e integrativa	2,2%	5,1%
Visite domiciliari	0,6%	0,5%
Totale	100,0%	100,0%



**Attesa massima per intervento chirurgico**

Intervento chirurgico	2015
Rimozione protesi	24 mesi
Alluce valgo	24 mesi
Intervento maxillo facciale	20 mesi
Ricostruzione mammaria	18 mesi
Tonsillectomia	14 mesi
Ernia inguinale	12 mesi
Frattura tibia	11 mesi
Cataratta	10 mesi
Protesi ginocchio	9 mesi
Mastectomia totale	7 mesi
Frattura del femore	7 mesi
Neoformazioni cutanee	6 mesi
Lesione menisco	6 mesi

Fonte grafici e tabelle: XIX rapporto Pit salute 2016 -  
Cittadinanzattiva



Liste d'attesa infinite, i cittadini spendono 36 miliardi - Nel Rapporto Pit cure inaccessibili e disagio sociale

# Salute negata tra code e spesa privata

**Nell'Ue l'Italia investe il 32,5% in meno in sanità - Il baratro che divide Nord e Sud**

**L**a spesa sanitaria privata esplose a quota 36 mld. Mentre le liste d'attesa si gonfiano a dismisura. E anche se le Regioni in piano di rientro hanno raddrizzato i bilanci restano differenze abissali tra Nord e Sud. Tra accessi negati ai servizi e disagi sempre più gravi lamentati dai cittadini. Sono gli scenari tratteggiati dai rapporti del Crea Tor Vergata e dal Pit Salute di Cittadinanzattiva-Tribunale dei diritti del malato. Scenari che evidenziano

un crescente disagio sociale con il 5% delle famiglie che incalzate dalla povertà rinviando o abbandonano le cure. Quasi 317mila nuclei che si sono impoveriti proprio per le spese sanitarie pagate di tasca propria e 800mila sotto la scure di spese per la salute che creano nuovo impoverimento. Con un dato che la dice lunga: l'Italia investe nella salute il 32,5% in meno rispetto all'Europa occidentale.

DISPARITÀ E FEDERALISMO

# Il sistema è universale ma sull'equità ha fallito

L'impianto  
attuale  
lascia irrisolta  
la questione Sud

DI FEDERICO SPANDONARO \*

Conclusasi la parentesi referendaria, il cui esito ha lasciato la Sanità nell'alveo della legislazione concorrente, rimangono immutate le problematiche di rapporto fra Stato e Regioni e, principalmente, i problemi del Ssn. Affrontarli è sempre più urgente: anche perché sarebbe stato ingenuo aspettarsi modifiche sostanziali nell'assetto della Sanità, persino nel caso di esito contrario del referendum; questo perché la legislazione in Sanità è "naturalmente concorrente": programmazione e organizzazione (riservati alle Regioni) sono condizioni necessarie per la tutela della salute (riservata allo Stato) e viceversa.

Rimane quindi da definire la lista delle azioni prioritarie per il Ssn e individuare quale sia una governance (concorrente per natura) capace di realizzarle. Sul tema dei problemi della sanità, la diagnosi del Rapporto Sanità 2016 del Crea Sanità è che il Ssn sia un successo in tema di universalismo, ma in sostanza un fallimento in tema di equità e anche di globalità nella risposta. Per esigenze di spazio, in questo contributo ci concentriamo solo sulle disparità geografiche, che hanno fatto la parte del leone nella campagna referendaria.

Non dimentichiamo, però, che le disparità fanno parte di un più ampio capitolo sull'equità, del quale ci limitiamo a ricordare l'aumento di quasi 20 punti percentuali nel numero di famiglie che spendono privatamente per la sanità, le 300mila famiglie impoverite per cause sanitarie, a cui di aggiungono 279mila famiglie ad alto rischio di impoverimento e le 800mila famiglie che sostengono spese catastrofiche: in sintesi il rischio di un raddoppio a breve delle situazioni di disagio economico per ragioni sanitarie. E, su un altro fronte, aggiungiamo che solo il 60% dei cittadini italiani paga una imposta Irpef capace di coprire almeno la propria quota capitaria per la Sanità; una sparuta quota di cittadini, forse più onesti che ricchi, "mantiene" quindi un esercito di apparenti indigenti: un fenomeno intollerabile per l'equità del Ssn.

Sul secondo tema, quello della globalità, il dato essenziale è che il "tutto a tutti" è ormai un ricordo lontano: la spesa privata è in crescita e pari ormai a oltre un terzo di quella pubblica. Ma il fenomeno è rimosso e continua a essere lasciato senza una governance adeguata, con il risultato che le differenze di spesa privata (evidentemente legata al reddito disponibile) sono una delle cause princi-

pali di disparità regionale.

Siamo così tornati al tema regionale, sul quale osserviamo propedeuticamente che la pausa di riflessione imposta dall'esito referendario permetterà (forse) di evitare una frettolosa bocciatura del Federalismo che, un po' per verve "elettorale", un po' per radicata convinzione politica, è più volte trasparsa nel dibattito pre-referendario.

Infatti, che le disparità siano colpa del Federalismo è tutt'altro che evidente: per sostenerlo bisognerebbe provare che le differenze regionali sono aumentate dopo il 2001, quando il Rapporto Sanità 2016 del Crea Sanità mostra esattamente il contrario: sono diminuiti i disavanzi finanziari (soprattutto nelle Regioni del Sud); la programmazione è diventata molto più efficace, tanto che, un dato per tutti, si è dimezzata la differenza nei tassi di ospedalizzazione; e sono persino migliorate le griglie degli adempimenti Lea nelle Regioni meridionali.

Il Federalismo è stato quindi capace di perseguire il risanamento finanziario, e semmai si può dire che però non ha ridotto significativamente le disparità regionali, ma affermare che ne sia la causa è una evidente mistificazione: le disparità ce le portiamo dietro immutate sin dalla nascita del Ssn (e, anzi, già da molto prima). Se qualche segnale di un potenziale rischio di vedere riallargarsi le differenze regionali si intravede, esso dipende dal combinato disposto del rientro delle Regioni del Sud dal disavanzo, della loro minore capacità fiscale e dalla crisi finanziaria che dal 2009 ha ulteriormente ridotto la capacità delle famiglie più fragili di "complementare" la spesa pubblica: nessuno di questi fattori è di per sé imputabile al Federalismo.

La lezione che ne possiamo trarre è che il Federalismo si è dimostrato per ora migliore del precedente centralismo, pur rimanendo insufficiente per risolvere la questione meridionale; piuttosto, si configura un evidente trade-off fra politiche di risanamento finanziario e politiche equitative: la continua riduzione delle risorse disponibili rischia di far esplodere le disparità.

Il tema non è nuovo: il risanamento finanziario è stato ottenuto con una contrazione senza pari della crescita della spesa pubblica: nell'ultimo decennio, è cresciuta un quarto (1,0% medio annuo contro 3,9%) rispetto a quanto registrato in Europa occidentale. Ne segue che il gap di spesa pubblica pro-capite fra Italia e Paesi dell'Europa occidentale cresce a ritmi impressionanti (2,9 punti percentuali nel solo ultimo anno), risultando ormai pari al 36,0 per cento. Inutile quindi illudersi: il vero motivo di conflitto fra Stato e Regioni risiede nella misura del finanziamento dei Lea, ovvero della discrasia fra risorse disponibili e livelli di assistenza auspicati; che il sistema sanitario italiano sia già poco costoso è un dato di fatto: talmente evidente da porre qualche "problema economico", sia in termini di carenza di investimenti (in prevenzione prima di tutto), sia di equità complessiva.

In termini di "terapie possibili", le indicazioni del rapporto 2016 sono semplici: in primo luogo, non smettere di inve-

stire, in prevenzione e in tecnologie capaci di contrastare gli effetti dell'invecchiamento; questo richiede, fra l'altro, l'abolizione dei "tetti", che generano le politiche a silos.

In secondo luogo creare condizioni per la creazione di capitale umano nel Sud: appare l'unica strada percorribile per risolvere la Questione Meridionale, che rimane il principale problema del Paese; e speriamo che il tema sia davvero entrato nell'agenda governativa, come fa sperare la recentissima istituzione di un dicastero ad hoc.

In terzo luogo, l'equilibrio nei rapporti fra Stato e Regioni implica una rivisitazione del processo decisionale, tale da aumentare l'autorevolezza delle indicazioni programmatiche: questo è possibile solo con un maggior coinvolgimento dei professionisti e dei pazienti nel processo decisionale (Hta); e questo implica, a sua volta, creare le condizioni per superare l'attuale frammentazione delle associazioni e delle Società scientifiche.

In quarto luogo, la questione Sanità complementare, non è più procrastinabile: non si può più rimuovere l'importanza degli extra Lea e degli "extra Ssn" nella tenuta complessiva del sistema di tutela della salute, e neppure fingere di ignorare che senza una governance complessiva del settore, la crescita della spesa privata è destinata a far crescere ulteriormente le disparità regionali, che pure rimangono il principale ostacolo alla tenuta del Ssn.

*\* università degli Studi di Roma "Tor Vergata"  
presidente Crea Sanità*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RAPPORTO CREA/ L'Italia è fanalino di coda nella Ue: i cittadini rinunciano a curarsi

# Giù la spesa, famiglie in affanno

Il 77% dei nuclei ricorre all'out of pocket ma migliora la prevenzione

**I**l XII Rapporto Sanità del Crea, in analogia con le precedenti edizioni, è strutturato in quattro capitoli che riassumono le performance del Ssn e dei Ssr (contesto socio-economico e demografico, finanziamento, spesa ed equità), e da capitoli monografici che analizzano le principali aree di assistenza (prevenzione, ospedaliera, residenziale, specialistica, farmaceutica, primaria, domiciliare, prestazioni in denaro), chiudendo con una disamina di alcuni aspetti che afferiscono alle politiche industriali e a monografie su tematiche rilevanti.

In particolare quest'anno sono stati effettuati dei focus sull'impatto dell'immunonutrizione nei pazienti oncologici sottoposti a chirurgia gastrointestinale maggiore, sull'impatto a livello nazionale e regionale dell'utilizzo degli anticoagulanti orali nei pazienti con fibrillazione atriale e un'analisi sulla qualità della vita dei pazienti con psoriasi cronica a placche.

Di seguito vengono riportati alcuni dati salienti che emergono dalle analisi.

## Spesa

La spesa sanitaria corrente (totale) italiana nel 2015 risulta di euro 2.436,1 pro-capite, con uno scarto di oltre 32 punti percentuali (32,5%) rispetto ai euro 3.608,0 pro-capite dell'Europa occidentale (Eu14). Va sottolineato che il gap risulta in aumento del 2,6% rispetto all'anno precedente e del 16,8% in confronto al 2005. Nel decennio 2005-2015 il gap in termini di spesa totale pro-capite tra l'Italia e l'Europa occidentale è, quindi, più che raddoppiato (15,7% vs 32,5%). La forbice tra l'Italia e l'Europa occidentale, quindi, continua ad allargarsi: nell'ultimo anno, la spesa sanitaria totale pro-capite del nostro Paese è cresciuta dell'1,5% contro il 5,4% dell'Europa occidentale (0,1% vs 3,8%

medio annuo tra il 2010 e il 2015). Nello specifico, sul fronte della spesa corrente pubblica pro-capite, il gap ha ormai raggiunto il 36,0% (+2,9 punti percentuali rispetto all'anno precedente); al pari di quanto verificatosi per la spesa totale, va notato che nel 2005 il gap superava appena il 15,0% (in pratica una crescita dello scarto, nel decennio considerato, di circa 21,0 punti percentuali). Il gap per la spesa corrente privata, invece, si ferma al 18,9%, riportando peraltro una crescita assai modesta (pari a +1,3 punti percentuali nell'ultimo decennio). In definitiva, nel periodo 2005-2015, la spesa corrente pubblica e il Pil pro-capite, sono cresciuti in Italia rispettivamente dell'1,0% e dello 0,5%, a fronte di una crescita negli altri Paesi dell'Europa occidentale del 3,9% medio annuo per la spesa sanitaria pubblica e del 2,1% medio annuo per il Pil. In linea con l'Europa occidentale è, invece, la crescita della spesa privata: 2,3% medio annuo nell'Europa occidentale e 2,1% in Italia. In altri termini, tanto il Pil che la spesa sanitaria pubblica pro-capite crescono a un tasso pari a un quarto di

quello europeo (Eu14). Si noti, però, che la minore crescita dello 0,5% per il Pil, diventa ben il 3,9% in termini di spesa sanitaria pubblica. La spesa privata (la spesa privata comprende la spesa Out of pocket (Oop), le assicurazioni private individuali, i fondi integrativi aziendali e le charities) dei cittadini, di contro, cresce agli stessi ritmi di quella dell'Europa occidentale, dimostrando di mantenere una funzione di complementazione della spesa pubblica anche in tempi di crisi. Va anche notato che in Italia, la spesa privata a differenza di quella pubblica cresce a ritmi vicini a quelli dei Paesi Eu14, e quindi in proporzione al Pil più che in quei Paesi. Proiettando i trend attuali, il gap potrebbe arrivare a sfiorare il 44,0% nel 2020.

### Finanziamento

In Europa occidentale, nel 2015, la quota media di spesa pubblica stimata da Oecd è pari al 79,6%, mentre l'Italia si arresta al 75,5% (al quint'ultimo posto a pari merito con la Finlandia). L'osservazione dei trend internazionali relativi agli ultimi 15 anni evidenzia come, a partire dal 2010, la quota di spesa pubblica registrata in Italia sia scesa sempre più (a parte una temporanea ripresa nel 2013), posizionandosi al di sotto della media dell'Europa occidentale, con una forbice che nel 2015 è di circa 4 punti percentuali. La situazione era simile tra il 2000 e il 2003 (nel 2000 la differenza era di 5 punti percentuali), mentre nel periodo 2004-2008 la forbice si era azzerata e per un breve periodo la quota italiana ha anche superato, sebbene di poco, quella europea. Si osservi, infine, come dal 2013 al 2015 la quota pubblica italiana sia diminuita di circa due punti percentuali, con contestuale aumento della quota privata. A livello nazionale, osserviamo che nel riparto del finanziamento fra le Regioni, il sistema attuale pesa maggiormente la popolazione anziana, con l'esito di garantire alle Regioni del Nord, e a seguire del Centro, una quota capitaria maggiore di quella riconosciuta al Sud: si consideri che la quota di over 65 è pari al 22,8% al Nord vs. il 19,8% al Sud. In termini quantitativi questo esita in quota capitaria per il Sud inferiore del 2,6% (€ 45,5) rispetto a quella del Nord, e del 2,4% (€ 43,3) rispetto a quella del Centro. Spostando in avanti, al 2035, l'osservazione, in costanza dei criteri attuali, alle Regioni della ripartizione meridionale sarebbe invece assegnata una quota capitaria superiore dell'1,9% a quella della ripartizione settentrionale, in quanto a quell'epoca si sarà nel frattempo invertita la struttura demografica e la popolazione meridionale diventerà più vecchia di quella della settentrionale (quota over 65 del 29,3% al Sud vs il 28,6% del Nord). Allo stesso tempo, il finanziamento complessivo si sposterà ugualmente ancora verso il Nord, poiché la previ-

sione al 2035 della popolazione residente vede crescere significativamente la popolazione del Nord (+10,2%) e diminuire quella del Sud (-4,6%). Lo spostamento di risorse sarà ingente: da una attuale suddivisione del riparto che vede il Sud ricevere il 33,8% del fabbisogno indistinto corrente, si passerebbe a una situazione che vedrebbe assegnato alla ripartizione il 31,7%, mentre al Nord attualmente afferisce il 46,1% che diventerebbe il 47,8% se le previsioni demografiche dovessero essere confermate. Quanto precede mette in evidenza due potenziali criticità del sistema di finanziamento attuale. In primo luogo, ovviamente, il processo di potenziale riallocazione delle risorse nei prossimi decenni sarà così ingente, e anche rapido, da dover essere accompagnato da una parallela riallocazione geografica della struttura di offerta: diventa, quindi, urgente operare valutazioni sull'impatto prospettico della demografia in termini di corretta definizione delle reti. In secondo luogo, non sembra essere percepito il cambiamento in corso in termini di invecchiamento delle popolazioni regionali, che rende per lo meno discutibile il mantenimento degli attuali criteri di riparto. Se non altro perché la redistribuzione di risorse provocata dai parametri legati alla struttura per età della popolazione è largamente sopravanzata dagli effetti della riallocazione geografica delle popolazioni. Questo dovrebbe spostare l'attenzione sulla attuale mancanza, nei criteri di riparto, di riferimenti alla quota di "spese fisse" per l'implementazione della rete assistenziale: la proporzionalità assoluta con la consistenza della popolazione risulta assunzione che necessita una approfondita rianalisi.

### Equità

Nel 2014, secondo l'Indagine Istat "Spesa delle famiglie", sono 19,8 milioni le famiglie italiane che hanno fatto ricorso a spese sanitarie Out of pocket (Oop), ovvero il 77% dei nuclei (erano il 58% nel 2013). Ricorrono con maggiore frequenza all'Oop soprattutto le famiglie residenti nel Nord Est (79,4%), poi quelle del Sud (78,8%), del Centro (75,7%) e del Nord Ovest (74,3%). Dei 5,9 milioni di famiglie che non hanno sostenuto spese Oop, 1,28 milioni (5,0% di tutte le famiglie) hanno dichiarato di aver ridotto tale tipo di spesa: il combinato delle due informazioni ci porta a classificarle come "nuove" rinunce a spese sanitarie. Il fenomeno interessa soprattutto il Centro del Paese, poi il Sud e il Nord: ci sono state "nuove" rinunce rispettivamente pari al 5,9%, 5,6% e 4,1% delle famiglie. L'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie Oop fra le famiglie è pari all'1,2% (316.402 nuclei familiari), ovvero l'1,6% in termini di famiglie che sostengono spese sanitarie Oop. Il fenomeno colpisce soprat-

tutto le famiglie residenti nel Mezzogiorno (2,7% ovvero il 3,4% di quelle che sostengono spese Oop), poi quelle del Centro (0,6%; 0,8% di chi sostiene spese Oop) e infine il Nord (0,5%; 0,7% di chi sostiene spese Oop). Abbiamo anche 781.108 famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche: il 3,1% delle famiglie residenti (3,9% di quelle che sostengono spese sanitarie private). Il fenomeno coinvolge il 5,5% delle famiglie che risiedono nel Mezzogiorno, il 2,0% di quelle che risiedono nel Centro e l'1,9% di quelle residenti al Nord. Mentre l'impoverimento coinvolge soprattutto le famiglie dei quintili di consumo inferiori (il 6,3% di quelle del I quintile di consumo e lo 0,23% di quelle del secondo), la catastoficità afferisce a tutti i quintili ed in particolare il 9,5% di quelle del I quintile, l'1,6% di quelle del II, l'1,2% di quelle del III, l'1,6% di quelle del IV e l'1,7% di quelle dell'ultimo. Ci sono 5,2 milioni di famiglie residenti (pari al 20,0%) che hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie. La riduzione delle spese sanitarie è avvenuta soprattutto nel Mezzogiorno, coinvolgendo il 27,2% delle famiglie ivi residenti. Il 2,0% delle famiglie (104.218 nuclei) che hanno ridotto le spese sanitarie Oop, risultano anche essere impoverite: il 24,7% (1,3 milioni) non hanno sostenuto alcuna spesa sanitaria, e quindi hanno presumibilmente rinunciato al consumo; il restante 73,3% (3,2 milioni) ha ridotto la spesa ma senza impoverirsi. La rinuncia ha riguardato soprattutto le Regioni del Centro: il 5,9% delle famiglie ha azzerato le spese sanitarie Oop dichiarando la scelta di una riduzione della spesa; poi quelle del Mezzogiorno in cui il 5,5% delle famiglie ha rinunciato; la minor rinuncia si è registrata nel Nord dove solo il 4,1% dei nuclei familiari ha rinunciato (ancora meno nel Nord-Est con solo il 2,9%). Analizzando il fenomeno in base alla disponibilità economica familiare, si è rilevato che le "nuove" rinunce hanno riguardato l'11,5% delle famiglie del I quintile di consumo, il 5,3% di quelle del II, il 3,6% di quelle del III, il 3,3% di quelle del IV e l'1,2% di quelle dell'ultimo. Aggiungiamo che se 316.402 nuclei familiari sono già impoveriti (1,2% delle famiglie), 1.272.038 sono quelle che hanno rinunciato, (5,0%) e 279.160 (l'1,4% di quelli che sostengono spese sanitarie Oop) sono ad alto rischio di impoverimento: si tratta di tutte quelle famiglie che qualora aumentassero le spese sanitarie attuali del 50% sarebbero impoverite. Di queste il 38,7% (107.979 famiglie) sono già soggette a spese sanitarie catastrofiche. Il rischio è più elevato nel Mezzogiorno dove il 2,3% delle famiglie è sotto tale soglia; nel Centro l'1,5% e solo lo 0,8% nel Nord. Aggregando i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese sanitarie, si è costruito un indicatore di disagio economico

delle famiglie per spese sanitarie Oop. Sardegna e Sicilia risultano essere le Regioni con maggior incidenza del disagio: l'11,0% e il 9,6% delle famiglie rispettivamente sono in tale condizione; all'estremo opposto troviamo l'Emilia R. e il Trentino A.A. dove solo il 2,6% delle famiglie residenti nella prima e il 2,1% di quelle nella seconda.

### Prevenzione

Nel 2014 l'Italia avrebbe destinato ai programmi di prevenzione il 4,9% della spesa pubblica (corrente). Il dato, da considerare con le dovute cautele, è pubblicato dall'Oecd, che ha rivisto le cifre diffuse in passato: per il 2012 si parlava infatti di una percentuale dello 0,5%, mentre i dati nazionali diffusi dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) - non sovrapponibili totalmente con le rilevazioni internazionali, includendo altre voci - riferivano il 4,2%. Tuttavia, nonostante in termini percentuali sembra (con le cautele già espresse) che l'Italia investa in prevenzione addirittura, per il 2014, la quota maggiore della spesa pubblica in Eu15 (ad esempio, la Francia si ferma a 1,6%, la Spagna non raggiunge il 3,0%, la Germania si attesta al 3,2%), di fatto la quota pro-capite risulta inferiore. Tra i Paesi Eu15, l'Italia risulta nona, con una spesa di € 88,9 pro-capite contro, ad esempio, la spesa della Svezia pari a € 123,4. Spagna e Francia si arrestano rispettivamente a € 39,7 e € 46,2, mentre la Germania ar-

riva a €108,3.

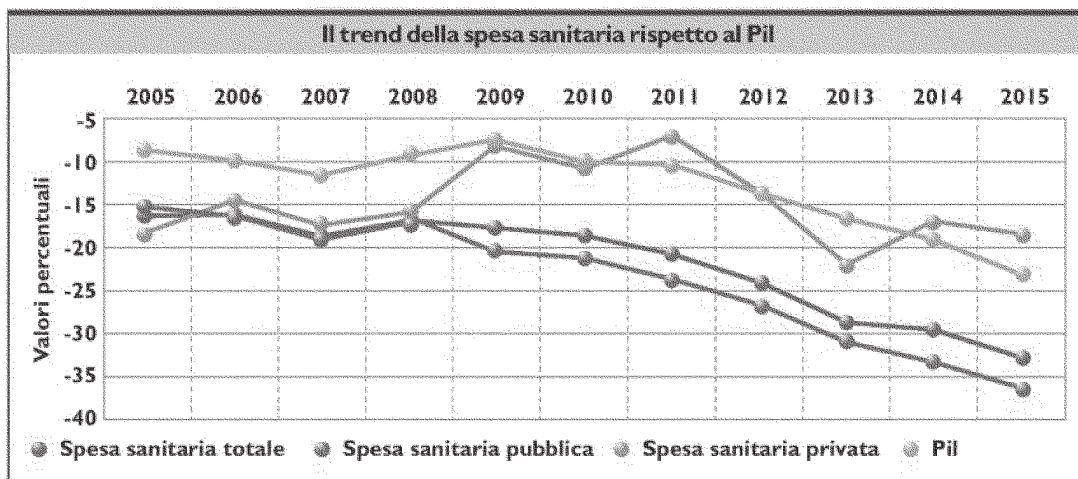
Malgrado lo scarso investimento, l'Italia non si "comporta" male in termini di stili di vita: escludendo peraltro la sedentarietà e il tema dell'obesità infantile. Infatti, la prevalenza di obesi (BMI $\geq$ 30) tra gli adulti è in Italia (10,3% nel 2014) la più bassa tra i Paesi Eu15 (ma, come anticipato, la situazione cambia totalmente se si considera l'obesità infantile, evidenziando un problema nelle nuove generazioni). Considerando il consumo di alcol, l'Italia è terza nella classifica Eu15 (7,6 litri pro-capite nel 2014), con una diminuzione però di oltre il 15% nell'ultimo decennio. Va peggio se si considera l'abitudine al fumo: nel 2014 le persone di 15 anni e più che dichiarano di fumare giornalmente sono il 19,7% ma in diminuzione nell'ultimo decennio di -4,5 punti percentuali. Solo 5 Paesi Eu15 registrano valori più elevati. Sempre con riferimento agli stili di vita, a livello nazionale continua ad esistere il tradizionale gradiente Nord-Sud, anche se con qualche ragguardevole eccezione. Con riferimento alle vaccinazioni, una delle più importanti attività di prevenzione rivolte alle persone, in Italia per acquistare i vaccini abbiamo speso nel 2015 € 317,9 mln (€ 5,2 pro-capite), in aumento rispetto all'anno precedente (€ 291,1 mln, € 4,8 pro-capite) e in prossimità del livello di spesa del 2013 (quando abbiamo speso € 321,8, € 5,4 pro-capite). Con le consuete difficoltà a reperire dati completi e confrontabili, provando ad effettuare un

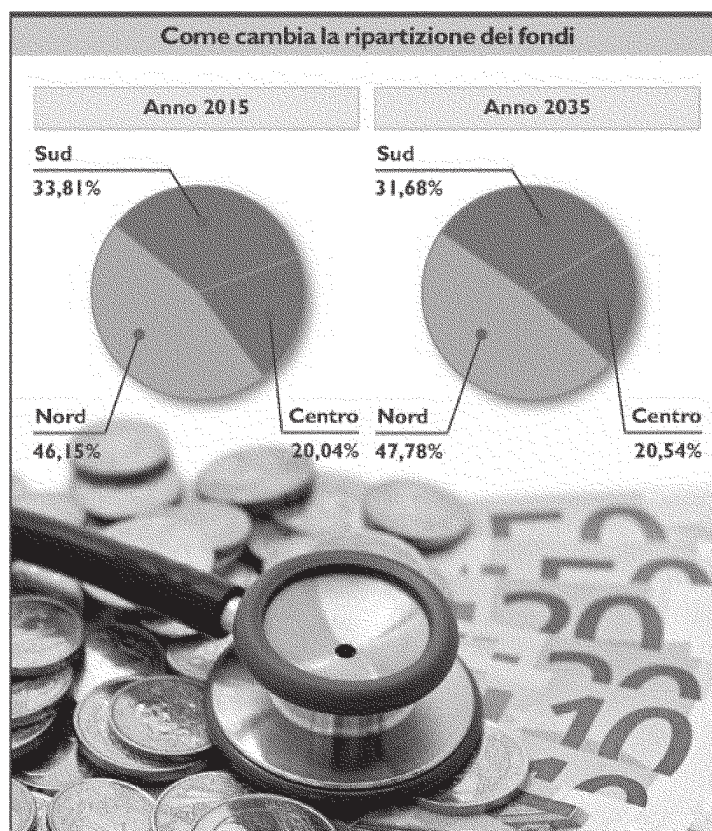
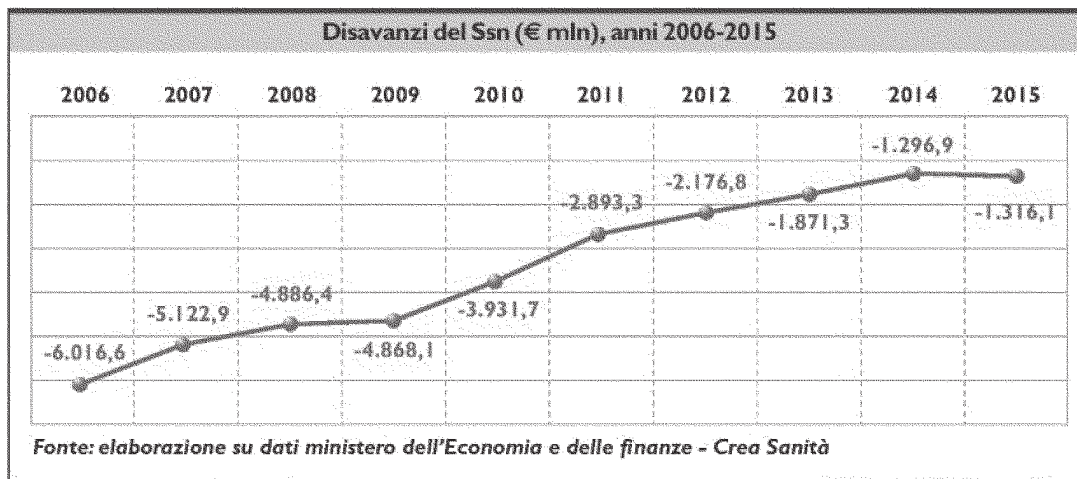
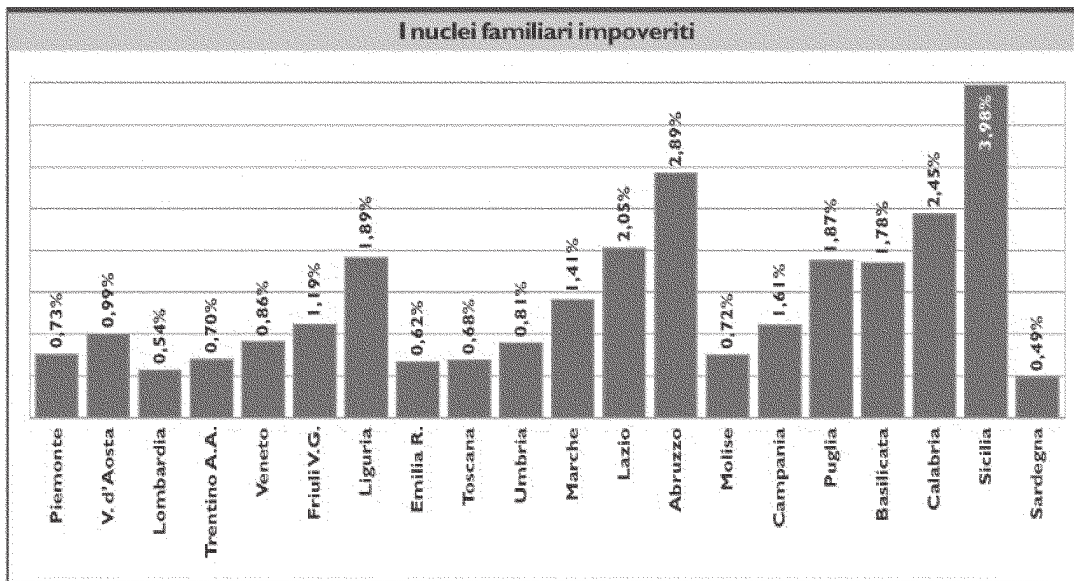
confronto internazionale (sia pur approssimativo, avendo a disposizione dati di anni e fonti diverse), si osserva una spesa più alta in altri Paesi simili al nostro (es. nel 2013 in Francia si sarebbe arrivati a € 10,0 pro-capite, in Germania a € 11,6 e in Svezia a € 19,0). Spendiamo dunque meno degli altri Paesi per acquistare i vaccini, e intanto, in attesa del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, osserviamo nel 2015 un ulteriore calo delle vaccinazioni podiatriche (con alcune eccezioni). Le vaccinazioni influenzali crescono leggermente, ma la copertura a livello nazionale si attesta al 49,9% (lontana dalla soglia minima del 75%). La considerazione che deriva dai fenomeni osservati è che, riconoscendo in ogni caso il giusto merito all'attenzione prestata, agli sforzi profusi e ai risultati raggiunti nel campo della prevenzione, il nostro è un Paese che invecchia sempre più rapidamente, in cui si vive di più ma in cattiva salute negli ultimi anni, per cui le strategie di programmazione non possono prescindere, anche a tutela della sostenibilità del sistema sanitario, dalle attività di prevenzione, con cui eliminare o ritardare l'insorgenza di alcune patologie, ovvero contenere o posticiparne le complicazioni.

**Daniela d'Angela**  
**Cristina Giordani**  
**Esmeralda Ploner**  
**Barbara Polistena**

*Crea Sanità,  
università di Roma "Tor Vergata"*

© RIPRODUZIONE RISERVATA





*Lea avanti  
all'ultimo respiro*

**L'**ultimo atto sui nuovi Livelli essenziali di assistenza è a un soffio: incassato il via libera delle commissioni parlamentari competenti, il nuovo Dpcm potrebbe essere approvato già nei prossimi giorni, con il via libera del Consiglio dei ministri.

GOBBI A PAG. 3

I PARERI DELLE COMMISSIONI COMPETENTI DI CAMERA E SENATO

# Nuovi Livelli essenziali di assistenza, dal Parlamento un «sì» condizionato

*Focus su risorse e delisting - A stretto giro il passaggio del Dpcm in Consiglio dei ministri*

**Servirà  
un monitoraggio  
«serrato  
e competente»**

**R**isorse adeguate e un "delisting" condotto con rigore, sulla base delle evidenze scientifiche. Questo, principalmente, hanno chiesto le commissioni Affari sociali della Camera e Igiene e Sanità del Senato nei loro pareri favorevoli, con condizioni e osservazioni, al Dpcm di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza. Un provvedimento che il nuovo Governo potrebbe definire già al prossimo Consiglio dei ministri utile, senz'altro entro l'anno. In ogni caso, il Dpcm vedrà attuazione a partire dal 2017. «È un risultato enorme, gigantesco, sono molto soddisfatta», ha incassato il risultato la ministra della Salute **Lorenzin**. Che, ottimista, ha poi assicurato che i nuovi Lea «saranno operativi ormai a breve, entro l'anno o a inizio del 2017». Ricordando come l'obiettivo sia anche «garantire un accesso uniforme alle nuove prestazioni su tutto il territorio nazionale, indipendentemente dalla Regione in cui si vive».

«La fase dell'attuazione è cruciale e va sottoposta a un monitoraggio continuo e competente», è il più cauto commento della senatrice **Nerina Dirindin**, relatrice del parere della XII. Mentre la senatrice **Emilia Grazia De Biasi**, presidente della commissione, esprime «grande soddisfazione». Dopo 15 anni quello previsto dal decreto è un aggiornamento importante - ha precisato - un grosso risultato, i Lea sono il cuore del Servizio sanitario nazionale». Tra le osservazioni proposte dalla commissione, De Biasi ha voluto sottolineare la richiesta che venga «mantenuto il sistema tariffario» per l'acquisto di dispositivi audioprotesici, in considerazione delle «loro caratteristiche e delle necessità del percorso individualizzato cui devono fare fronte». Dalla Igiene e Sanità è arrivato poi un "warning" specifico sui

ticket: si richiede una «attenta, ulteriore valutazione» circa le ricadute sulla spesa per ticket conseguenti alle modifiche introdotte o che saranno introdotte in fase di primo aggiornamento e di una chiara indicazione affinché gli adempimenti a carico degli assistiti in relazione all'introduzione del nuovo schema non comportino nuovi e più onerosi adempimenti per il malato (ad esempio per il passaggio di alcune patologie da malattie rare a malattie croniche, come ad esempio per le persone affette da celiachia)».

Poi, l'attenzione a medici&Co: dovranno essere formati e informati, chiede il Senato, che chiede l'«adeguamento qualitativo delle risorse professionali rispetto alla nuova offerta di servizi, anche al fine di evitare che la carenza di personale determini una limitazione delle prestazioni e, più in generale, della risposta ai bisogni complessivi delle persone».

Poi, le quattro condizioni della XII del Senato, in calce al via libera: che le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica e dei dispositivi monouso diventino parte integrante dello schema di decreto (con la trasposizione dell'allegato A nel testo principale); la menzione espressa, nelle premesse, delle leggi sugli screening neonatali (la 167 del 2016) e sulle cure palliative (la n. 38/2010); il riferimento espresso e non equivocabile, nell'articolo 38 dello schema, alla analgesia epidurale, infine il richiamo esplicito all'assistenza podologica per i diabetici.

Più esteso il parere, anch'esso condizionato, della commissione Affari sociali. Che chiede di tornare alle cifre quantificate nell'Intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio 2016: 113.063 milioni di euro per il 2017 e 114.998 milioni di euro per il 2018, invece dei 113 miliardi per il 2017 e 114 miliardi per il 2018 fissati dalla legge di Bilancio. Nel parere si richiama poi, in più punti, la data del 28 febbraio 2017, en-

tro la quale la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e la promozione dell'appropriatezza nel Ssn dovrà predisporre il primo aggiornamento dei nuovi Lea. Una previsione inserita in un'altra Intesa Stato-Regioni: quella del del 7 settembre scorso che ha sbloccato il provvedimento consentendone l'invio da parte del ministero, bel due mesi dopo per la verità, ai pareri parlamentari. Entro il 28 febbraio, è la richiesta, andranno recepite le otto condizioni messe a punto dalla XII della Camera. Tra queste, spicca un'attenzione particolare alla disabilità, cui vanno garantiti - è la richiesta - un diretto coinvolgimento nella predisposizione del percorso assistenziale e la continuità assistenziale attraverso il progetto individuale integrato previsto già nella legge 328/2000.

Ancora, si chiede come già anticipato, di mantenere il sistema tariffario in luogo delle procedure pubbliche di acquisto, per dispositivi audioprotesici e per alcuni ausili che per caratteristiche e per necessità funzionali degli utenti necessitano di un percorso prescrittivo individualizzato, di una valutazione d'équipe e di un adeguato training all'uso. Tra questi, emulatori di mouse a joystick, con il capo e con lo sguardo, passeggino riducibili, carrozzine. Infine, per la specialistica ambulatoriale, si chiede in vista di una migliore interpretabilità delle tabelle di preveder una legenda, nonché di riconsiderare il sistema per branche specialistiche, per scongiurare rischi interpretativi negli operatori che potrebbero portarli a non considerare esenti determinate prestazioni.

**B.Gob.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

## Pne 2016: Migliora la qualità delle cure

 [panoramasanita.it/2016/12/19/pne-2016-migliora-la-qualita-delle-cure/](http://panoramasanita.it/2016/12/19/pne-2016-migliora-la-qualita-delle-cure/)

***Permane il divario tra nord e sud del Paese, dove comunque, si registrano piccoli ma importanti passi in avanti per alcuni indicatori e aree cliniche.***

Un costante miglioramento della qualità delle cure, più evidente in alcune aree del Paese e meno percepibile nel Sud Italia dove, comunque, si registrano piccoli ma importanti passi in avanti per alcuni indicatori e aree cliniche. Sono i primi risultati dell'edizione 2016 del Programma Nazionale Esiti, sviluppato da Agenas, che anche quest'anno rileva una grande variabilità nell'efficacia e nell'appropriatezza delle cure tra Regioni e tra aree geografiche e ospedali della stessa Regione, fotografando un sistema sanitario che, comunque, necessita di ulteriori sforzi per avvicinarsi sempre più agli standard di riferimento nazionali e internazionali. L'edizione 2016 del Programma Nazionale Esiti presenta delle novità: nuovi indicatori, sezione dedicata ai cittadini e dati maggiormente accessibili e di facile consultazione. "Aumentano gli indicatori da 146 a 158 (60 di esito/processo, 69 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione) con un incremento particolare" illustra Agenas nella Newsletter 10/2016 interamente dedicata al Pne 2016 "nell'area ortopedica, pediatrica e angiologica e si rafforzano gli strumenti di audit per la verifica dei dati, ma la novità più grande di quest'anno è sicuramente la valutazione sintetica di tutte le strutture sanitarie italiane per aree cliniche. Da quest'anno infatti sulla nuova edizione [del sito web Pne 2016](#), a cui come sempre è necessario registrarsi, ogni struttura può essere valutata sia sulla base dei risultati ottenuti per ciascuno degli indicatori del Pne come nelle precedenti edizioni, sia sulla base di un'analisi sintetica per area clinica. Quest'inedita sezione del sito, cosiddetta Treemap, è in grado di fornire all'utente" precisa Agenas "un quadro sintetico di ogni singolo ospedale italiano, valutato in base agli indicatori maggiormente rappresentativi di 7 aree cliniche principali: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare". Inoltre tra le innovazioni di quest'anno ci sarà anche la possibilità di scaricare l'App (Applicazione) del Pne sul proprio smartphone e tablet, che ne favorirà la consultazione e lo renderà ancora più accessibile al cittadino e al professionista sanitario. «La diffusione trasparente e più capillare dei dati del Programma Nazionale Esiti attraverso il portale della trasparenza dei servizi per la salute, nonché il ruolo che il Pne» afferma Luca Coletto, Presidente Agenas «ha assunto nella valutazione e nel monitoraggio delle performance clinico – assistenziali, dei volumi ed esiti, rappresentano la perfetta combinazione degli strumenti capaci di poter incidere concretamente sulla valutazione della sostenibilità e sulla reale equità del Servizio sanitario nazionale. Trasparenza e diffusione capillare dei dati e potenziamento della partecipazione delle Regioni al sistema di valutazione sono le leve strategiche su cui Agenas ha scelto di investire per intervenire sulle criticità e disuguaglianze prima che arrivino a pregiudicare la qualità, la sicurezza, l'universalità, nonché l'equità nell'accesso alle cure e per garantire la qualità di cura. Una qualità di cura che va garantita a tutti senza disparità» conclude Coletto. «L'edizione PNE 2016 segna il traguardo annunciato da Agenas: la realizzazione della promessa di rendere il PNE uno strumento capace di comunicare anche con il cittadino. Fiore all'occhiello di questa edizione, è infatti la possibilità per tutti di poter accedere al Programma e di consultare dati, scientificamente validati, ma allo stesso tempo semplici, chiari e immediatamente comprensibili a tutti» dichiara il Direttore Generale di Agenas Francesco Bevere. «La valutazione sintetica delle strutture ospedaliere per le diverse aree cliniche è, inoltre, parte di un sistema di monitoraggio che consegna la giusta valenza e dignità alla componente clinico – assistenziale nei processi di monitoraggio e valutazione delle performance aziendali. – continua Bevere – È l'ulteriore mattone nella costruzione di un sistema di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio che non può più prescindere da una lettura integrata dei dati di efficacia clinica con quelli gestionali ed economici».

**Treemap: la nuova analisi sintetica delle strutture ospedaliere**

“La novità più rilevante dell’edizione 2016 del Pne” sottolinea l’Agenas “riguarda il nuovo strumento di valutazione sintetica, cosiddetta “Treemap”. A partire da quest’anno infatti ogni struttura può essere valutata sia sulla base dei risultati ottenuti per ciascuno degli indicatori del PNE sia sulla base di un’analisi sintetica per area clinica, operata tenendo conto della validità e del peso differente di ciascun indicatore. Sono 7 le aree cliniche principali considerate ai fini di questa nuova valutazione per struttura: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare. L’analisi di ogni struttura” spiega l’Agenzia “è rappresentata graficamente da un rettangolo suddiviso al suo interno in piccoli rettangoli di dimensione e colori diversi che corrispondono alle aree cliniche considerate. La grandezza dei rettangoli è proporzionale al volume di attività nell’area clinica di riferimento rispetto al totale dell’attività complessiva delle diverse aree cliniche della struttura. Il colore corrisponde invece alla valutazione conseguita: punteggio molto alto = verde scuro, alto = verde chiaro, punteggio medio = giallo, basso = arancione, molto basso = rosso e dati non disponibili = grigio”.

### *Sintesi dei risultati*

**Nella cartina dell’Italia** è possibile visualizzare per ciascuna regione – spiega ancora Agenas – la proporzione di strutture ospedaliere che nel 2015 riportano livelli di qualità alti o medio-alti, in almeno la metà delle attività valutate della struttura. Ad esempio, nella Regione Toscana tra il 15% e il 30% delle 81 strutture ospedaliere presentano livelli di qualità alti o molto alti in almeno il 50% delle loro attività.

Nel 2015, a livello nazionale, le strutture che raggiungono livelli di qualità alti o molto alti, con specifico riferimento alle aree valutate, sono il 14,7% del totale delle strutture valutate dal PNE. Se gli stessi criteri fossero stati applicati nel 2010, le strutture sarebbero state meno del 9%, a testimonianza dei risultati positivi raggiunti dai diversi sistemi sanitari regionali.

Nella **seconda cartina dell’Italia** è riportata invece la percentuale di strutture con livelli bassi o molto-bassi di qualità, con specifico riferimento alle aree cliniche valutate, in almeno il 50% dell’attività valutata. A fronte di una media nazionale del 10%, in Campania e in Abruzzo sono circa un terzo le strutture con livello di qualità basso o molto basso.

### *La Metodologia del Treemap*

“La valutazione e la corrispondente attribuzione del colore è stata effettuata su una **selezione di indicatori PNE** maggiormente rappresentativi dell’area clinica a ciascuno dei quali” prosegue Agenas “è stato attribuito un peso proporzionale alla rilevanza e alla validità dell’indicatore stesso nell’area di pertinenza. Per ogni indicatore sono state identificate un massimo di 5 classi di valutazione, attribuendo a ciascuna classe un punteggio da 1 (alta qualità) a 5 (bassa qualità). Le classi di valutazione sono state definite in base alle soglie minime di rischio riportate nel DM 70 (Regolamento sugli standard ospedalieri), in base alle evidenze della letteratura scientifica di riferimento e alla distribuzione osservata tra le varie strutture ospedaliere. Questo nuovo strumento di valutazione, cosiddetto Treemap, consentirà alle Regioni di individuare e monitorare le strutture da sottoporre a piani di efficientamento e riqualificazione, come previsto dal DM del 21 giugno 2016 sui “Piani di efficientamento e riqualificazione” attuativo della legge di stabilità 2016. Le strutture saranno quindi chiamate a presentare alla propria Regione di appartenenza il piano di riqualificazione qualora presentino una o più aree cliniche rientranti nella classe molto bassa di valutazione (rossa) corrispondenti al 15% dell’attività totale, oppure qualora rientrino in una o più aree nella classe bassa di valutazione (arancione) corrispondenti al 33% dell’attività complessiva”.

## **I RISULTATI DEL PNE 2016**

### **SINTESI PNE 2016**