

SENATO DELLA REPUBBLICA

XVII LEGISLATURA

Doc. XVII
n. 13

DOCUMENTO APPROVATO DALLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

nella seduta del 10 gennaio 2018

Relatori: Luigi D'AMBROSIO LETTIERI e Nerina DIRINDIN

A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

proposta dalla Commissione stessa nella seduta del 3 giugno 2013, svolta nelle sedute del 13 giugno 2013, 19 giugno 2013, 2 luglio 2013, 11 luglio 2013, 25 luglio 2013, 30 luglio 2013, 26 settembre 2013, 8 ottobre 2013, 22 ottobre 2013, 6 novembre 2013, 13 novembre 2013, 5 dicembre 2013, 13 marzo 2014, 25 marzo 2014, 26 giugno 2014, 6 agosto 2014, 2 ottobre 2014, 8 ottobre 2014, 13 novembre 2014, 27 novembre 2014, 21 gennaio 2015, 4 febbraio 2015, 12 febbraio 2015, 17 febbraio 2015, 24 febbraio 2015, 12 marzo 2015, 19 marzo 2015, 25 marzo 2015 (AM), 25 marzo 2015 (PM), 26 marzo 2015, 1° aprile 2015, 23 aprile 2015, 7 maggio 2015, 19 maggio 2015, 21 luglio 2015, 22 luglio 2015 (AM), 29 luglio 2015 (AM), 17 settembre 2015, 22 settembre 2015, 2 ottobre 2015, 20 ottobre 2015, 1° dicembre 2015, 3 marzo 2016 (PM), 12 aprile 2016, 3 maggio 2016, 10 maggio 2016, 7 giugno 2016, 28 giugno 2016, 20 luglio 2016, 21 luglio 2016, 26 luglio 2016, 27 luglio 2016, 2 agosto 2016, 3 agosto 2016, 13 settembre 2016, 21 settembre 2016 (PM), 22 marzo 2017, 23 maggio 2017, 19 dicembre 2017, 22 dicembre 2017 (1^a PM) e conclusasi nella seduta del 10 gennaio 2018

SULLA SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA GARANZIA DEI PRIN- CÌPI DI UNIVERSALITÀ, SOLIDARIETÀ ED EQUITÀ

(Articolo 48, comma 6, del Regolamento)

Comunicato alla Presidenza il 7 febbraio 2018

INDICE

PREMESSA	Pag.	3
SINTESI DEI PRINCIPALI PUNTI	»	8
1. La salute: una condizione essenziale per la crescita, troppo spesso sottovalutata	»	10
2. La salute nell'agenda politica	»	11
3. La sanità pubblica deve fare i conti con nuove alleanze	»	12
4. Il profilo dell'Italia secondo l'Oecd: l'aggiornamento del 2017	»	14
5. Le restrizioni imposte dalla crisi economica a partire dal 2009	»	16
6. Le restrizioni imposte al finanziamento della sanità pubblica: i dati al 2017	»	20
7. Finanziamento, spesa e disavanzi del Servizio Sanitario Nazionale	»	21
8. Crisi economica e consumi sanitari privati	»	26
9. Le rinunce alle prestazioni sanitarie: si allarga la forbice fra ricchi e poveri	»	27
10. I principali ostacoli all'accesso alle prestazioni sanitarie	»	28
11. Un sistema sanitario «in sofferenza»	»	31
12. L'Italia ai primi posti nella cura delle persone affette da patologie croniche	»	34
13. Una contenuta dotazione di posti letto ospedalieri	»	36
14. Sempre più contenuta l'attività di ricovero ospedaliero	»	37
15. Gli italiani vivono sempre più a lungo, e in buona salute	»	39
16. Le persone anziane sono una risorsa, non un rischio per la sostenibilità del sistema	»	40
17. La drastica riduzione della mortalità infantile e le differenze fra Nord e Sud del Paese	»	42
18. Più prevenzione per contrastare l'epidemia di malattie croniche	»	43
19. La sedentarietà in Italia: un fattore di rischio e una fonte di spesa	»	47

20. Più sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro rende il sistema più sostenibile	Pag.	49
21. Sanità a burocrazia zero, per i cittadini e per gli operatori	»	50
22. Spendere meno o spendere meglio?	»	52
23. Riqualificare la spesa	»	55
24. Più attenzione a legalità e trasparenza	»	57
25. Le <i>performance</i> dei sistemi sanitari regionali	»	59
26. Cronicità e <i>long term care</i> : problemi aperti ed esperienze regionali	»	62
27. Il Piano nazionale della Cronicità: una nuova cultura e nuovi scenari	»	64
28. La capillarità dei servizi sul territorio: il ruolo delle farmacie	»	66
29. OMS Salute 2020: la salute è la maggiore risorsa per la società	»	67
30. <i>EuroHealthNet</i> e la promozione della salute	»	68
31. Il Comitato nazionale per la Bioetica in difesa del Servizio sanitario nazionale	»	70
32. Il progressivo contenimento del personale dipendente ..	»	72
33. La spesa per il personale in continua riduzione	»	75
34. Una nuova politica del personale	»	76
35. La condizione di sofferenza della ricerca clinica	»	78
36. L'impegno della Commissione per il superamento degli OPG	»	80
37. Sostenibilità del sistema e secondo pilastro	»	86
38. Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia	»	95
39. Conclusioni	»	96
Allegati grafici e tabellari	»	101

PREMESSA

Il presente documento si propone di fare il punto dei lavori della 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato sul tema «La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità», anche in relazione al dibattito sviluppatosi nell'ambito dell'indagine conoscitiva.

L'indagine si è sviluppata nella consapevolezza che il tema della sostenibilità complessiva del sistema sanitario nazionale deve essere affrontato tenendo conto non solo dei vincoli macroeconomici di finanza pubblica (importanti ma non sufficienti, e forse fin troppo sovrastimati nella nostra realtà), ma anche di ulteriori punti di vista seguendo un approccio multidimensionale, rigoroso ma globale, in grado di favorire una visione meno parziale delle politiche per la tutela della salute.

Ci si riferisce in particolare ai profili:

- economico in senso ampio (contributo del settore sanitario alla crescita, all'occupazione, al progresso scientifico, all'innovazione, allo sviluppo economico e, al contempo, quello degli altri settori alla tutela della salute);
- ambientale (rapporto tra evoluzione del settore sanitario ed ecosistemi nei quali l'uomo vive);
- culturale-politico (conoscenze e sistema di valori alla base delle scelte degli individui e della collettività rispetto ai temi della salute);
- sociale (fattori che contribuiscono a migliorare il benessere complessivo di una collettività);
- intergenerazionale (tutela della salute per le generazioni attuali e future).

La presente relazione costituisce un aggiornamento e una integrazione rispetto al documento predisposto dalla Commissione nel 2015 sullo stato di avanzamento delle riflessioni sviluppate all'epoca (Doc. XVI n. 1). Parte dei dati riportati in allegato sono quelli discussi nel primo documento del 2015.

La Commissione Igiene e Sanità del Senato ritiene che il tema meriti una continua e costante attenzione da parte del Parlamento, anche in relazione alla grave crisi economica che sta modificando i livelli di benessere, le priorità politiche, i bisogni di cure e le scelte individuali nonché con riguardo ai vincoli di finanza pubblica che stanno incidendo sulle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale (SSN).

La relazione parte dagli elementi acquisiti in occasione delle numerose audizioni avvenute a tutto il 2017 (di cui all'elenco riportato di seguito), integrati dai contenuti del ricco dibattito che si è sviluppato all'interno della Commissione (al quale hanno partecipato attivamente tutti i gruppi politici), aggiornati con i recenti documenti di finanza pubblica,

le statistiche nazionali e internazionali, oltre che con i risultati delle analisi e delle indagini prodotte nel corso degli anni.

Il documento è stato predisposto nel rispetto di due criteri fondamentali: il rigore dell'analisi e la chiarezza dell'esposizione.

Particolare attenzione è stata dedicata alla selezione delle fonti informative e alla coerenza del percorso di analisi, elementi indispensabili in un settore così complesso e delicato. Si è inoltre adottato un approccio distaccato rispetto ai numerosi luoghi comuni che imperano nel dibattito quotidiano sul tema della sostenibilità.

L'obiettivo della massima chiarezza espositiva ha suggerito uno stile narrativo essenziale e lineare, evitando per quanto possibile un linguaggio tecnico o amministrativo.

Vincoli di tempo ed esigenze di sinteticità hanno infine portato alla predisposizione di una relazione che si propone di fornire un contributo di riflessione su alcuni argomenti ritenuti rilevanti, senza alcuna pretesa di esaustività. Si segnalano come meritevoli di ulteriore attenzione e approfondimento, in particolare, i seguenti temi: la promozione di una effettiva integrazione socio-sanitaria, lo sviluppo di una cultura capace di adottare nella pratica clinica un approccio interprofessionale, la valutazione dell'offerta di assistenza a domicilio del paziente e il superamento della logica prestazionale in alternativa all'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali personalizzati.

Audizioni svolte dalla Commissione Igiene e Sanità dal 2 luglio 2013 al 23 maggio 2017:

- Ministro della salute, on.le Beatrice Lorenzin accompagnata dalla Dott.ssa Silvia Arcà e dalla Dott.ssa Stefania Garassino (dirigenti amministrativi della Direzione generale della programmazione sanitaria);
- rappresentanti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S): Dott. Giovanni Bissoni (presidente) e Dott. Fulvio Moirano (direttore);
- rappresentanti dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA): Prof. Sergio Pecorelli (presidente), Prof. Luca Pani (direttore generale) e Dott. Paolo Daniele Siviero (direttore Ufficio area e strategie politiche del farmaco);
- rappresentanti di Assobiomedica: Ing. Stefano Rimondi (presidente), Dott.ssa Fernanda Gellona (direttore generale) e Dott.ssa Angela Deni (Area relazioni istituzionali);
- rappresentanti di Farindustria: Dott. Massimo Scaccabarrozzi (presidente);
- rappresentanti della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO): Dott. Valerio Fabio Alberti (presidente) e Dott. Nicola Pinelli (direttore);

- rappresentanti dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE): Dott. Franco Sassi (economista sanitario e responsabile dell'area prevenzione);
- rappresentanti dell'Associazione nazionale audio protesisti professionali (ANAP): Dott. Gianni Gruppioni (presidente), Dott.ssa Maria Teresa Agati, Dott. Michele Clementi e rappresentante del Sindacato nazionale medici medicina fisica e riabilitativa (SIMMFIR): Dott. Massimo De Marchi (segretario nazionale);
- Istituto Superiore di Sanità, Prof. Walter Gualtiero Ricciardi;
- Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S), Dott. Francesco Bevere (direttore generale), accompagnato dalla Dott.ssa Lucia Borsellino (responsabile delle attività del tavolo congiunto tra il Ministero della salute, l'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) e Age.Na.S.);
- rappresentanti di Federfarma: Dott.ssa Annarosa Racca (presidente), Dott. Alfonso Misasi (segretario nazionale) e Dott. Alfredo Orlandi (vice presidente Federfarma e presidente SUNIFAR);
- rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome: Dott. Paolo Di Laura Frattura (presidente della regione Molise), Dott. Enrico Rossi (presidente della regione Toscana), Dott. Luigi Marroni (assessore al diritto alla salute della regione Toscana), Dott. Massimo Garavaglia (coordinatore della Commissione Affari finanziari della Conferenza e assessore all'economia, crescita e semplificazione della regione Lombardia), Dott.ssa Flavia Franconi (assessore alle Politiche della persona della regione Basilicata), Dott.ssa Lucia Borsellino (assessore alla salute della regione Sicilia);
- rappresentanti del Ministero della giustizia: Dott. Santi Consolo, capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria;
- Autorità Nazionale Anticorruzione, Dott. Raffaele Cantone (presidente);
- rappresentanti di Senior Italia FederAnziani: Dott. Roberto Messina (presidente), Dott. Michele Leuzzi (responsabile delle convenzioni) e Dott.ssa Eleonora Selvi (responsabile della comunicazione);
- rappresentanti dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA): Prof. Mario Melazzini (direttore generale) e Prof. Stefano Vella (presidente);
- rappresentanti della Rete Nefrologica: Prof. Giuseppe Remuzzi, (*past president* della Società Internazionale Nefrologia), Prof. Ugo Teatini (membro del consiglio direttivo della Società italiana di Nefrologia), Prof. Giorgio Battaglia (delegato Rapporti con le Istituzioni della Società italiana di nefrologia);
- rappresentanti della ASL Toscana Sud est: Dott. Enrico Desideri (direttore generale), Dott. Emanuele Ceccherini (direttore della unità di nutrizione artificiale clinica), Dott.ssa Marzia Sandroni (re-

- sponsabile della gestione *marketing*) e Dott.ssa Simona Dei (direttore sanitario);
- rappresentanti della SISAC (Struttura interregionale sanitari Convenzionati): Dottor Vincenzo Pomo, coordinatore);
 - rappresentanti della Federazione italiana medici medicina generale (FIMMG): Dott. Giacomo Milillo (segretario generale), Dott. Silvestro Scotti (vice segretario nazionale vicario);
 - rappresentanti SNAMI (Sindacato nazionale autonomo medici italiani): Dott. Angelo Testa (presidente nazionale), Dott. Salvatore Cauchi (vice segretario organizzativo nazionale), Dott. Gianfranco Breccia (segretario organizzativo nazionale);
 - onorevole Franco Corleone, commissario unico per il superamento degli OPG;
 - audizioni sulle Case della Salute: Dott.ssa Chiara Benvenuti (direttore del Distretto Centro nord Ausl di Ferrara), Dott. Tommaso Bertolini (vice sindaco del comune di Quattro Castella (RE)), Dott.ssa Gaia Jacchetti (responsabile Ambulatorio della Casa della Carità di Milano), Dott. Franco Prandi (membro del Comitato Scientifico Fondazione Santa Clelia Barbieri), Dott.ssa Silvia Landra (direttore della Casa della Carità di Milano);
 - rappresentanti della Croce Rossa Italiana: Dott. Flavio Ronzi, presidente del Comitato area metropolitana di Roma capitale.

Hanno collaborato alla predisposizione della relazione la Dott.ssa Daniela Bianco (esperta in economia sanitaria) e la Dott.ssa Enza Caruso (Università di Perugia).

Si ringrazia il Consigliere Silvio Biancolatte e la Segreteria della Commissione Igiene e Sanità per la preziosa e costante collaborazione.

SINTESI DEI PRINCIPALI PUNTI

- A. Il SSN produce risultati di **eccellenza**, riconosciuti in ambito internazionale, con livelli di spesa sensibilmente inferiori a quelli dei maggiori Paesi europei: **consolidare** tali risultati senza compromettere equità e qualità dei servizi deve costituire una priorità, soprattutto in tempi di crisi, dell'agenda politica dei prossimi anni.
- B. Gli italiani godono di una **aspettativa di vita** e di **livelli di salute** molto positivi, ai primi posti nelle graduatorie mondiali; criticità si rilevano in alcuni fattori di rischio (obesità infantile, fumo tra i giovani, sedentarietà) e nei tassi di copertura/adesione dei programmi di *screening* e vaccinali sui quali è necessario intervenire, anche per contribuire alla sostenibilità del sistema.
- C. Nonostante le contenute dimensioni della spesa sanitaria (in rapporto al Pil e in valore assoluto), il SSN è stato sottoposto negli ultimi anni a notevoli **restrizioni** (finanziarie, di personale, tecnologiche e strutturali), soprattutto nelle regioni sottoposte a piano di rientro, che hanno contribuito a contenere la spesa ma che stanno producendo effetti preoccupanti sulla capacità di erogare i servizi e sul funzionamento stesso contribuendo ad alimentare le importanti disomogeneità presenti tra le varie regioni e di conseguenza l'equità del sistema.
- D. Crisi economica e restrizioni alla sanità pubblica stanno pregiudicando le condizioni di accesso ai servizi sanitari, soprattutto fra le categorie più deboli e nelle regioni più in difficoltà, aggravando le già importanti diseguaglianze sociali e territoriali esistenti nel Paese. Gli strumenti di governo della spesa sanitaria pubblica non possono prescindere dagli effetti sulle **diseguaglianze** nella tutela della salute.
- E. Negli ultimi anni, il SSN è stato interessato da una serie di interventi, convenuti in sede pattizia tra lo Stato e le regioni, che gradualmente hanno permesso l'implementazione di **un articolato sistema di governance** che non ha uguali in tutta la Pubblica Amministrazione e che ha anticipato le azioni di revisione della spesa oggi in discussione in molti altri settori, ha consentito di ridurre i disavanzi e contenere la dinamica della spesa.
- F. L'**invecchiamento** della popolazione, soprattutto l'invecchiamento in buona salute, è un'importante conquista sociale e non può continuare ad essere considerato, come dimostrano rigorosi studi internazionali, un drammatico fattore di crescita della spesa sanitaria e una grave minaccia per la sostenibilità del sistema.
- G. I molteplici vincoli imposti alla spesa e alla dotazione del **personale** stanno indebolendo il servizio sanitario in tutte le regioni, elevando l'età media dei dipendenti e demotivando la principale risorsa su cui può contare un sistema di tutela della salute. Una accurata revisione dei vincoli vigenti introducendo elementi di flessibilità, soprattutto

ove causa di effetti perversi, appare necessaria per la salvaguardia e la sostenibilità del sistema.

- H. La **prevenzione** può contribuire in maniera significativa non solo alla salute della popolazione ma anche alla sostenibilità del sistema; la maggior parte degli **interventi sugli stili di vita** e dei **programmi di screening e vaccinali** producono effetti consistenti non solo nel medio-lungo periodo ma anche nel breve soprattutto se si considera una prospettiva più ampia che supera l'ambito dei costi sanitari diretti e indiretti ma considera anche l'ambito sociale.
- I. Lo sviluppo di politiche per la **prevenzione** e la riduzione dei fattori di rischio sulla vita e sulla salute di un **ambiente contaminato, insalubre e poco sicuro** può ridurre in modo significativo i costi sociali ed economici (compresi quelli sanitari) che ricadono sulla collettività, in particolare a danno delle persone socialmente più svantaggiate.
- J. L'informatizzazione e le nuove tecnologie digitali possono contribuire a migliorare l'accessibilità al sistema, l'integrazione dei servizi per gli operatori e per il cittadino, garantire maggiore trasparenza delle informazioni migliorando l'efficienza e la sostenibilità stessa del sistema.
- K. Le liste d'attesa, il ricorso sempre più frequente al privato e l'aumento progressivo della compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria impone un serio ripensamento a livello politico nella definizione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA) che possano rispondere alle nuove esigenze di salute dei cittadini, nella ridefinizione dei criteri di esenzione e dei *ticket*.
- L. Roy Romanow nelle conclusioni della *Commission on the Future of Health Care in Canada* sostiene: «**il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia**». Non si tratta di un problema economico (quante risorse sono necessarie), ma si tratta di definire i principi che consentono di specificare i termini della sostenibilità di un sistema sanitario. Un sistema deve essere sostenibile per cosa? Quali tipo di servizi e prestazioni devono essere incluse? Cosa concorre alla sostenibilità del sistema sanitario? Troppo spesso la salute e la spesa per salute è stata considerata solo un tema di sanità, dimenticando gli impatti sul sistema economico e produttivo del Paese. La sostenibilità del sistema sanitario è prima di tutto un problema culturale e politico. Da queste conclusioni è necessario ripartire.

1. *La salute: una condizione essenziale per la crescita, troppo spesso sottovalutata*

L'Italia, così come l'intera Unione europea, sta attraversando un periodo di prolungato rallentamento economico, cui si accompagna una fase di importanti restrizioni di bilancio, che a loro volta si traducono in politiche volte a limitare o ridurre la spesa per i servizi sanitari. La sanità è infatti un importante settore del bilancio pubblico e in quanto tale è inevitabilmente oggetto di ripetuti interventi di contenimento, soprattutto nei momenti di crisi, con l'obiettivo di fare cassa, ovvero di pervenire in tempi brevi ad una riduzione della spesa di parte corrente e di rinviare la spesa per investimenti (in infrastrutture e tecnologie). E la politica sanitaria sembra essere destinata ad essere dominata dalla crisi economica ancora per molti anni.¹

Le restrizioni imposte alla sanità risentono peraltro anche dei fraintendimenti di cui soffre il settore.

La sanità pubblica è infatti spesso percepita, soprattutto negli anni più recenti, come un settore di spesa, con costi elevati, bassi livelli di produttività e diffuse inefficienze, oltre che con scarso ritorno per l'economia (anche in ragione della difficile misurabilità del suo impatto economico e dei lunghi tempi di realizzazione degli effetti positivi). Al contrario, il settore della salute è in grado di fornire un grande contributo non solo al benessere delle persone ma anche all'economia e alla crescita, data la sua importanza come fonte di occupazione e di reddito, la sua ampia diffusione su tutto il territorio, il suo ruolo fondamentale nel mantenimento di una forza lavoro in buona salute, la sua capacità di migliorare il livello di salute delle future generazioni nonché in quanto importante ambito di ricerca scientifica e innovazione tecnologica.

Tuttavia, benché la salute sia una condizione essenziale per la crescita economica e lo sviluppo, il suo impatto sull'economia è spesso sottovalutato.

Tale sottovalutazione della salute e del settore sanitario rafforza la necessità di fare chiarezza non solo sul legame fra salute e Pil (il Pil è un aggregato che misura solo la spesa sanitaria e non dice nulla né sui livelli di salute della popolazione né sulla qualità delle cure), ma anche sul contributo della sanità alla crescita economica (non solo attraverso la produzione di beni e servizi sanitari, ma anche attraverso gli effetti indiretti su tutti gli altri settori) e soprattutto sull'apporto della sanità allo sviluppo umano (al miglioramento della qualità della vita e del benessere

¹ Consiglio dell'Unione europea, *Processo di riflessione su sistemi sanitari moderni, adeguati e sostenibili, - Pacchetto di strumenti per investimenti efficaci di fondi strutturali nel campo della salute 2014-2020*, SAN 531, dicembre 2013.

delle persone, ovvero a quei fattori che contribuiscono a una crescita qualitativa – e non solo quantitativa – di un Paese)².

Paradossalmente infatti una morbilità elevata o una sanità inefficiente contribuiscono alla crescita del Pil (perché impongono spese più elevate), mentre una grande attenzione alla prevenzione delle maggiori patologie o una rigorosa limitazione del consumo di prestazioni inappropriate rallentano la crescita del Pil (perché riducono la produzione di servizi assistenziali).

In questo quadro appare sempre più necessario sostenere iniziative in ambito scientifico, politico e culturale volte da un lato a evidenziare il possibile grande contributo del settore sanitario alla crescita dell'occupazione e del reddito delle famiglie (oltre che del Pil) e dall'altro a valutare il ruolo della salute nello sviluppo di quelle dimensioni del benessere, alternative o complementari rispetto al Pil, in grado di mettere al centro la persona e la comunità di appartenenza, i suoi bisogni e la qualità della vita. Una sfida impegnativa, dalla quale dipende il recupero di dignità delle politiche per la salute e un rafforzamento delle azioni a tutela della salute e del benessere della popolazione in tutte le politiche, secondo lo spirito della strategia dell'Unione europea «La salute in tutte le politiche»³, strategia che la Commissione Igiene e Sanità si è impegnata ad adottare nella propria attività istituzionale.

2. La salute nell'agenda politica

La sottovalutazione del contributo della salute e della sanità allo sviluppo economico e umano di una popolazione spiega la difficoltà che hanno i Governi di tutti i Paesi a porre la salute fra le priorità dell'agenda politica (con l'unica – parziale – eccezione degli USA, il cui presidente B. Obama ha faticosamente imposto un percorso di riforma del sistema sanitario ancora in via di implementazione).

In Italia, da molti anni, le diverse coalizioni che si sono succedute al Governo non hanno inserito nella propria agenda politica il tema delle politiche sanitarie o lo hanno inserito in modo del tutto marginale. Non a caso, con il dovuto rispetto ma anche con un pizzico di ironia, circola fra tutti i componenti della Commissione Igiene e Sanità del Senato la convinzione che sia necessario un sonoro starnuto per far pronunciare a un Presidente del Consiglio la parola «salute».

Eppure molti sforzi sono stati fatti per porre il tema, ovviamente insieme ad altri temi, al centro del dibattito politico nazionale.

Eppure molti cittadini (compresi politici, esperti e professionisti) hanno l'impressione di assistere ad una affannosa rincorsa del sistema sa-

² Il riferimento è al progetto elaborato per le Nazioni Unite da alcuni economisti, Amartya Sen, Joseph Stiglitz e altri, per l'elaborazione di un indice dello sviluppo umano «*Human Development Index*».

³ EU, *Health in all policies*, 2006.

nitario all'evoluzione dei bisogni di salute dei cittadini in un contesto di risorse sempre più scarse del sistema sanitario e a una implicita riduzione delle garanzie assicurate a chi si trova in condizioni di bisogno.

Eppure tutte le indagini sulle priorità che i cittadini assegnano ai diversi elementi del benessere continuano a dare rilevanza ai temi della salute, superati negli anni più recenti purtroppo dai problemi del lavoro.

Eppure il sistema sanitario gode di una relativa discreta fiducia da parte degli italiani.

Eppure in ogni famiglia c'è almeno una persona che ha (o ha avuto recentemente) bisogno di una qualche forma di assistenza sanitaria. Valga per tutti qualche numero. Nel 2013, nelle quattro settimane precedenti l'intervista condotta dall'ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso alle cure, milioni di persone hanno avuto almeno un contatto con il sistema sanitario: quasi 9 milioni si sono sottoposti a visite mediche (escluse quelle odontoiatriche), 3,7 milioni ad accertamenti diagnostici, oltre 6 milioni ad analisi del sangue e 1,7 milioni a ricovero ospedaliero (ISTAT 2014).

Di fronte a tali cifre, come si può spiegare l'assenza nelle agende dei Governi (se non per esigenze economiche di vincoli di finanza pubblica) delle politiche sanitarie?

Le spiegazioni potrebbero essere ricercate in diverse direzioni. Un qualunque decisore può essere portato a non inserire nella propria agenda dei lavori ciò che funziona bene, ciò che è scomodo o fonte di contrasti, ciò che non conosce o ciò che fa fatica a comprendere. Tutte le ipotesi esplicative hanno un qualche fondamento e possono contribuire a rispondere al quesito.

3. La sanità pubblica deve fare i conti con nuove alleanze

Le politiche per la salute hanno bisogno di grandi alleati, nel mondo dell'industria, della cultura e della formazione.

Come ricorda Margaret Chan, direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel secolo scorso molti settori erano grandi alleati delle politiche per la salute: l'abitazione, l'istruzione, l'igiene pubblica, l'agricoltura, le infrastrutture (dall'acqua alle fogne, ...). Oggi c'è bisogno di nuovi alleati, ma molti possibili alleati hanno interessi in conflitto con la promozione della salute.

Riportiamo per intero le parole pronunciate da M. Chan in occasione della 8° Conferenza Globale sulla Promozione della Salute del 2013, a Helsinki. Parole che hanno il pregio di essere illuminanti per affrontare il tema della sostenibilità del sistema sanitario in ogni Paese.

«Le disegualianze nella salute, tra paesi e all'interno dei paesi, non sono mai state così grandi nella storia recente. Noi viviamo in un mondo di paesi ricchi pieni di gente povera e malata. La crescita delle malattie croniche minaccia di allargare ancora di più questo gap. Gli sforzi per prevenire queste malattie vanno contro l'interesse commerciale di opera-

tori economici molto potenti e questa è una delle sfide più grandi da affrontare nella promozione della salute». (...)

«Negli anni 80, quando parlavamo di collaborazione multisettoriale per la salute ciò significava lavorare insieme a settori amici, come istruzione, casa, nutrizione, acqua e igiene. Quando la sanità collaborava con il settore educativo e con quello che si occupava di acquedotti e fognature, i conflitti d'interesse erano una rarità. Oggi a convincere le persone a condurre stili di vita sani e adottare comportamenti salubri ci si scontra con forze che non sono così amiche. Anzi non lo sono per niente. Gli sforzi per prevenire le malattie croniche vanno contro gli interessi commerciali di potenti operatori economici. Secondo me, questo è la più grande sfida che si trova di fronte la promozione della salute. E non si tratta più solo dell'industria del tabacco (Big Tobacco). La sanità pubblica deve fare i conti con l'industria del cibo (Big Food), delle bevande gassate (Big Soda) e alcoliche (Big Alcohol). Tutte queste industrie hanno paura delle regole e si proteggono usando le stesse, ben note tattiche. Queste includono gruppi d'opinione, lobbies, promesse di autoregolamentazione, cause legali, ricerche finanziate dall'industria che hanno lo scopo di confondere le prove e tenere il pubblico nel dubbio. Le tattiche comprendono anche regali, donazioni e contributi a cause giuste per apparire rispettabili agli occhi dei politici e del pubblico. Usano argomenti che attribuiscono agli individui la responsabilità per i danni alla salute e descrivono gli interventi dei governi come un'interferenza nei confronti della libertà personale e della libera scelta. Questa è una formidabile opposizione alla sanità pubblica. Il potere del mercato diventa poi potere politico. Pochi governi danno la priorità alla salute rispetto ai grandi affari. E come abbiamo imparato dall'esperienza del tabacco, una compagnia potente può vendere al pubblico proprio ogni cosa.

Lasciatemi ricordare una cosa. Non un solo paese è riuscito a invertire l'epidemia di obesità in tutte le classi di età. Questo non è il fallimento della volontà individuale. E' il fallimento della volontà politica di prevalere sul grande business. Io sono preoccupata per due recenti tendenze. La prima riguarda gli accordi commerciali. I governi che introducono misure per proteggere la salute dei cittadini vengono portati davanti al giudice e sfidati nel processo. Questo è pericoloso. La seconda riguarda gli sforzi dell'industria di influenzare le politiche di sanità pubblica che colpiscono i loro prodotti. Quando l'industria è coinvolta nelle scelte politiche è certo che efficaci misure di controllo vengono minimizzate o completamente annullate. Tutto ciò è documentato e anche questo è pericoloso».

Margaret Chan

Direttore Generale dell'Organizzazione
Mondiale della Sanità

Su tali temi la Commissione richiama l'attenzione di tutte le istituzioni e i soggetti che possono svolgere un ruolo diretto o indiretto a tutela della salute.

4. Il profilo dell'Italia secondo l'Oecd: l'aggiornamento del 2017

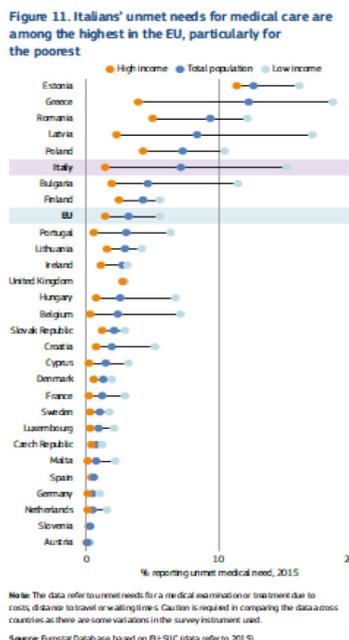
Nel 2017 l'Oecd ha pubblicato il nuovo profilo dell'Italia con riguardo alla salute⁴.

Il profilo del 2017 conferma gli elementi da tempo sottolineati dall'Oecd e in gran parte già ripresi dall'Indagine conoscitiva.

In questa sede, preme sottolineare l'accento posto dall'Oecd alle dimensioni dei bisogni insoddisfatti, ai rischi connessi alla reale disponibilità in tutte le regioni dei nuovi LEA, allo scarso utilizzo di medicinali generici e alle carenze di infermieri.

Di seguito si riportano i punti chiave contenuti nel documento Oecd riferito all'Italia.

– Il sistema sanitario italiano ha apportato importanti contributi alla salute della popolazione e ai guadagni di aspettativa di vita. I tassi di mortalità evitabile sono in Italia tra i più bassi dell'Unione europea, così come il numero di decessi correlati all'alcol. Sono necessari invece ulteriori sforzi per ridurre il tasso di fumo tra gli adolescenti e gli adulti, in modo da ridurre le morti per cancro al polmone e altri decessi correlati al fumo.



– Nonostante le misure adottate dal Governo italiano per ridurre la prevalenza di sovrappeso e obesità, alcune regioni, come Calabria, Campania e Molise, mostrano tassi superiori al 40 per cento di sovrappeso e obesità tra i bambini.

⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Italy: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU*, OECD, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283428-en>

– Una serie di misure di contenimento dei costi all’indomani della crisi economica del 2008 ha portato a una riduzione dei finanziamenti pubblici per la salute. Si rileva l’aumento dei *ticket* su medicinali e pronto soccorso nella maggior parte delle regioni, anche in seguito all’introduzione dei piani di rientro dai disavanzi.

– La percentuale di persone con basso reddito che segnalano bisogni insoddisfatti a causa dei costi dell’assistenza sanitaria è particolarmente elevata, il che suggerisce un grado significativo di disuguaglianza nell’accesso alle cure. Vari gruppi vulnerabili sono tuttavia esentati dalla partecipazione al costo delle prestazioni.

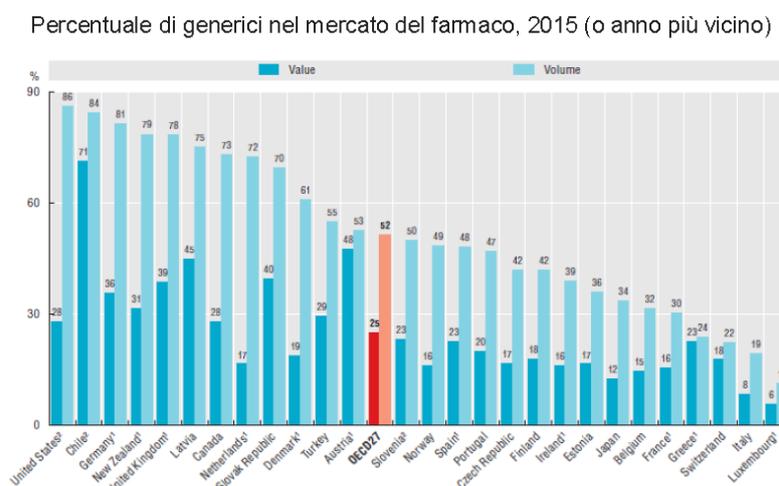
– I dati Eurostat (figura a destra) indicano livelli di bisogni insoddisfatti di gran lunga superiori a quelli di paesi come Francia, Germania e Regno Unito.

– In seguito alla ripresa economica degli ultimi anni, i livelli essenziali sono stati rivisti e ampliati (LEA), ma vi sono preoccupazioni per la capacità finanziaria delle regioni di attuare tali livelli, che devono essere garantiti a tutti i residenti nel Paese.

– L’allocazione dei fondi solleva preoccupazioni sulla capacità delle regioni più povere di finanziare l’accesso a tali servizi senza aumentare le tasse regionali (o produrre di disavanzi), portando probabilmente a tassi crescenti di bisogni non soddisfatti e aumentando la spesa *out of pocket*.

– Nonostante gli sforzi per migliorare l’efficienza nella spesa farmaceutica, i farmaci generici rappresentano ancora una piccola parte del volume complessivo di farmaci prescritti. L’Italia è ancora relativamente bassa rispetto ad altri Paesi europei: 8 per cento della spesa farmaceutica in valore e 19 per cento in volume nel 2015, contro una media Oecd rispettivamente di 25 per cento e 52 per cento.

Percentuale di generici nel mercato del farmaco, 2015 (o anno più vicino)



1. Reimbursed pharmaceutical market.

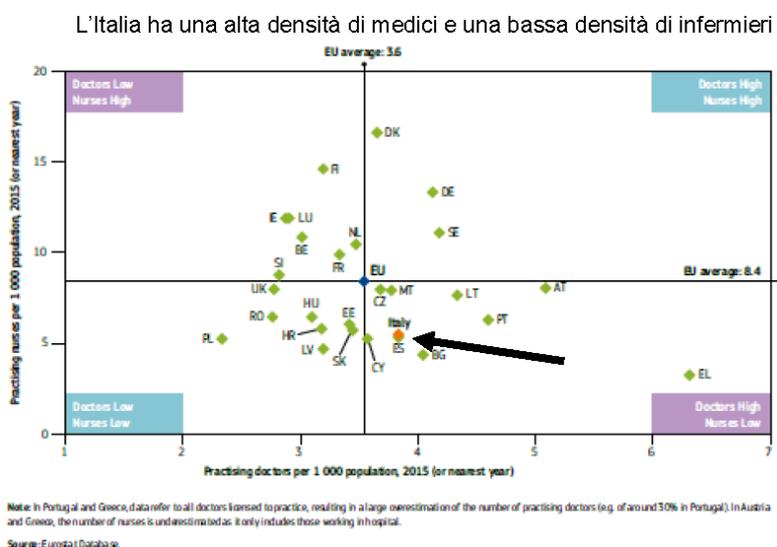
2. Community pharmacy market.

Source: OECD Health Statistics 2017.

– Nel tentativo di affrontare le crescenti esigenze di assistenza sanitaria e di assistenza a lungo termine di una popolazione che invecchia e di

ottenere un uso più efficiente delle risorse umane, il nostro Paese sta formando sempre più infermieri. Il numero annuale di neolaureati delle scuole per infermieri è quadruplicato negli ultimi quindici anni, ma il Paese è ancora caratterizzato da un basso rapporto medici/infermieri rispetto alla maggior parte degli altri Paesi dell'Unione europea. La sfida ora è trovare posizioni adeguate all'interno del sistema sanitario per questi operatori.

L'Italia ha una alta densità di medici e una bassa densità di infermieri

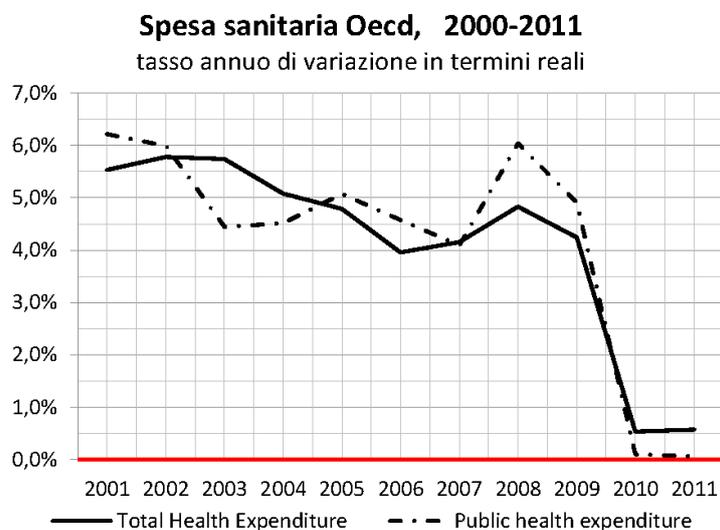


5. Le restrizioni imposte dalla crisi economica a partire dal 2009

In tutti i paesi dell'EU-15, la crisi economica ha coinciso con una ridimensionamento verso il basso delle risorse economiche e professionali destinate alle politiche per la salute. Dopo un generale *trend* di crescita della spesa sanitaria, il 2009 segna una drastica inversione di tendenza in quasi tutti i paesi europei (come pure negli Usa) per effetto dello *shock* economico⁵.

La figura a lato riporta i tassi medi annui di variazione, in termini reali, della spesa sanitaria totale e di quella pubblica nei Paesi dell'area Oecd nel periodo 2000-2011.

⁵ Oecd Health Statistics 2013. Si veda anche l'audizione del rappresentante dell'Oecd.



Risulta evidente che mentre fino al 2008 si sono registrati incrementi medi intorno al 5 per cento all'anno, nel 2010 e nel 2011 la crescita reale media è stata praticamente nulla.

Il 2009 segna un'importante inversione di tendenza in tutti i Paesi considerati.

La crisi finanziaria ed economica internazionale ha aggredito infatti pesantemente la spesa pubblica e in particolare la spesa per la sanità: paradossalmente quando la disoccupazione e la povertà diventano più importanti, i Governi tendono ad affrontare le difficoltà di bilancio tagliando i servizi in natura (come la sanità), riducendo le risorse pubbliche e caricando i costi sulla spesa privata. In questa direzione si sono orientati i Governi maggiormente in difficoltà con i bilanci pubblici. Le politiche dell'austerità, auspicando attraverso la riduzione della spesa pubblica la ripresa dei mercati, hanno fatto ricadere i costi della crisi sui diritti delle persone. I sistemi di sicurezza sociale, e in particolare la sanità, sono stati il principale bersaglio del rigore imposto nella nuova *governance* europea per il rispetto dei vincoli di bilancio. Ma, soprattutto in tempi di crisi economica, tagliare le risorse per la salute significa incidere sul volume delle prestazioni, sulla qualità delle cure, sui costi dei servizi e sulla salute delle persone e da ultimo, sul sistema stesso di *welfare* della società.

In tale contesto, anche l'Italia ha registrato restrizioni delle risorse destinate alla sanità.

In Italia 2016 (si veda il grafico a pagina 19) la spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) è all'8,9 per cento del Pil, inferiore a quella dei principali *partner* europei (la Germania spende l'11,3 per cento del Pil, la Francia l'11 per cento, il Regno Unito il 9,7 per cento avendo superato l'Italia già dal 2013)⁶.

⁶ Oecd Health statistics 2016. <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Le risorse pubbliche per il settore assorbono nel nostro Paese il 6,8 per cento del Pil, contro valori del 7,7 per cento nel Regno Unito, dell'8,6 per cento in Francia e del 9,4 per cento in Germania.

Tra il 2009 e il 2015 la spesa sanitaria pubblica ha fatto registrare in Italia una riduzione, in termini reali, dell'1,1 per cento medio annuo, contro una crescita del 2 per cento in Germania e dello 0,8 per cento in Francia (sempre in media annua)⁷.

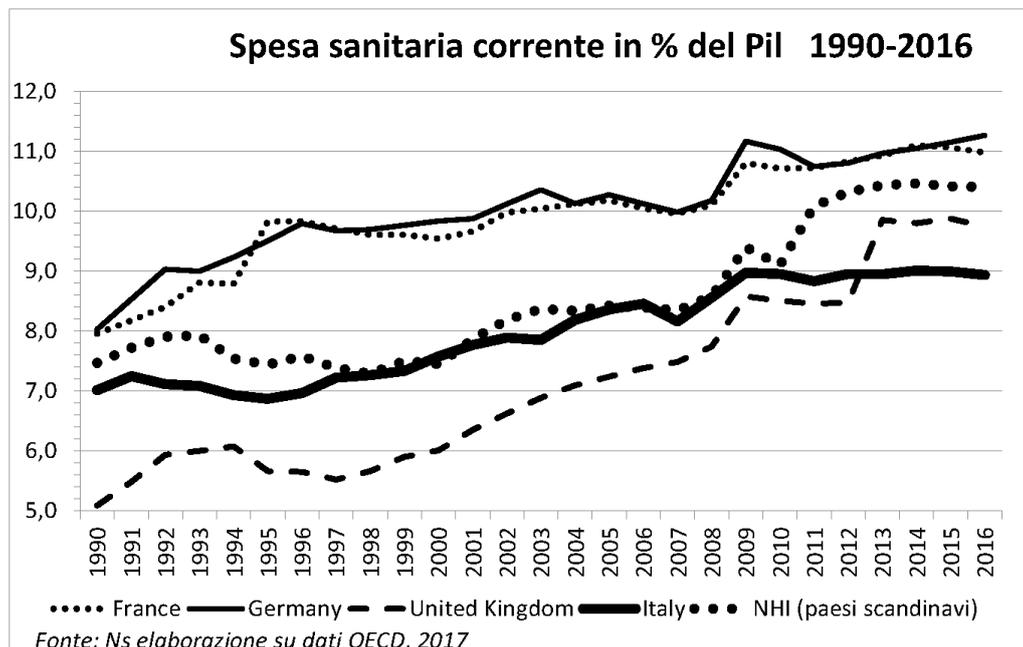
Gli effetti della recessione sulla spesa sanitaria sono stati pesanti soprattutto nei Paesi a rischio *default*: dal 2009 al 2015 la spesa sanitaria complessiva è scesa del 6,6 per cento in Grecia, del 2 per cento in Portogallo, dello 0,2 per cento in Irlanda e dello 0,1 per cento in Spagna (tasso medio annuo)⁸.

Tra il 2009-2012 la crescita reale della spesa sanitaria è stata contenuta ovunque (rispetto ai tassi di crescita riscontrati nel periodo 2000-2009). Nei Paesi a rischio *default* che hanno beneficiato dei pacchetti di *bailout* della *troika* (Grecia, Irlanda e Portogallo), la dimensione dei tagli alla sanità è stata di gran lunga superiore alla decrescita dell'economia. In Grecia, la copertura universale del sistema sanitario è fortemente compromessa.

Analoghi contenimenti della spesa sanitaria pubblica si sono registrati in Spagna e nel Regno Unito. Si tratta di due Paesi interessati in questo periodo di crisi da riforme del sistema in senso privatistico. Il sistema sanitario spagnolo, caratterizzato da sempre da un forte decentramento, ha avuto grossi problemi quando ha visto ridursi le risorse disponibili che arrivavano dal Governo centrale. In assenza di una politica forte unitaria di governo della spesa sanitaria e di programmazione della sanità, si sono avuti forti aumenti dei *ticket* e il ricorso forzato ad alcune misure di tipo assicurativo. In Inghilterra, è stata accelerata la trasformazione degli ospedali pubblici in fondazioni mentre le cure primarie di medicina di base e specialistica sono state riorganizzate attraverso consorzi che gestiscono fondi (*Clinical Commissioning Groups* in sostituzione dei *Primary Care Trusts*) che possono assumere la forma di agenzie private con medici alle dipendenze.

⁷ Corte dei Conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2017 sul coordinamento della Finanza Pubblica*, aprile 2017.

⁸ Corte dei Conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2017 sul coordinamento della Finanza Pubblica*, aprile 2017.



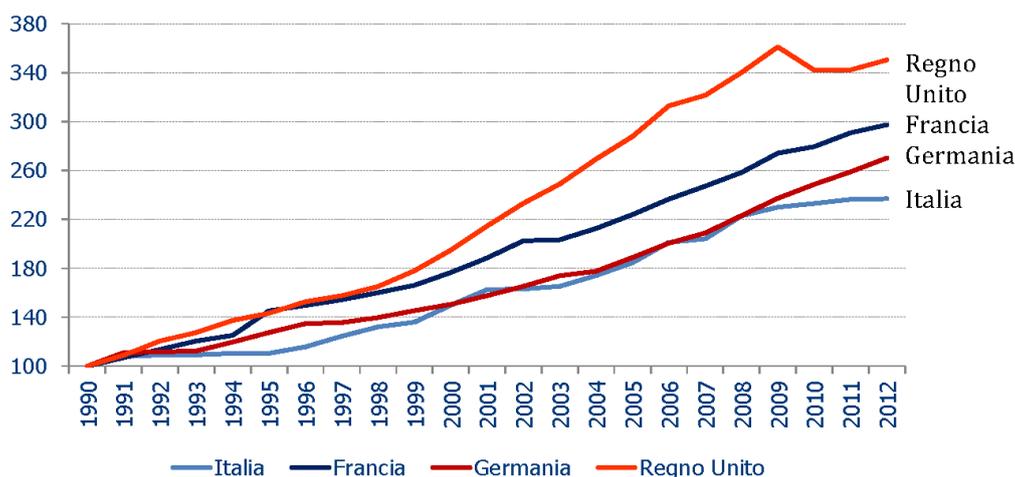
Nel complesso, le politiche di contenimento della crescita delle risorse per la sanità sono comuni a tutti i sistemi sanitari. Sul fronte del finanziamento: tagli al fabbisogno (Grecia, Irlanda, Portogallo, Spagna e Italia); utilizzo della leva fiscale a copertura dei *deficit* locali (Italia) o introduzione di nuove imposte per sostenere i sistemi di sicurezza sociale (Francia); incremento dei contributi a carico del lavoro (Grecia e Portogallo); ovunque si registrano aumenti nella compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini per i farmaci, la specialistica ambulatoriale, gli accessi non urgenti al pronto soccorso o addirittura per i ricoveri ospedalieri (e.g. in Francia). Le politiche di contenimento dei costi hanno per lo più interessato: il costo del personale, attraverso la riduzione delle retribuzioni (Francia, Grecia, Irlanda) o il loro congelamento (Inghilterra, Portogallo, Italia); il blocco del *turn over* (Italia); il controllo dei prezzi dei farmaci o dei dispositivi medici, sfruttando il potere monopsonista delle pubbliche autorità; la revisione delle tariffe pagate ai fornitori di servizi assistenziali, la revisione dei *budget* assegnati alle strutture; il taglio dei posti letto⁹.

In breve, tutti i sistemi sanitari europei stanno cercando di contenere la spesa, recuperare efficienza e trovare nuove risorse, soprattutto attraverso l'aumento della compartecipazione delle famiglie.

La spesa sanitaria italiana negli anni Novanta risultava già tra le più basse in Europa: ad esempio, secondo i dati OCSE, nel 1990 la spesa sanitaria totale *pro-capite* ammontava a 1.355 US\$ PPP, rispetto ai 1.442

⁹ Si veda Mladovsky P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., McKee, M., 2012, *Health policy responses to the financial crisis in Europe*, in Policy summary 5, WHO, Copenhagen.

US\$ PPP della Francia e ai 1.781 US\$ PPP della Germania. I dati relativi alla crescita annuale della spesa sanitaria per abitante mostrano che dall'inizio degli anni Novanta al 2012 l'Italia ha registrato dinamiche di spesa sanitaria inferiori a quelle riscontrate negli altri Paesi europei utilizzati come termine di paragone.



Andamento della spesa sanitaria totale *pro-capite* in Italia e in alcuni Paesi europei (numero indice, 1990=100), 1990-2012. Fonte: OECD *Health Statistics 2014*, giugno 2014

Tali dati dimostrano che la spesa sanitaria italiana può considerarsi già oggi sostenibile, nel senso che non è eccessiva rispetto ai risultati raggiunti (a livello macro) ed è sensibilmente inferiore rispetto a quanto fanno i maggiori Paesi europei. Il giudizio sulla base di indicatori macro va peraltro riconsiderato quando si entra nel merito della situazione all'interno del Paese e nei diversi ambiti di intervento, di cui in seguito.

6. Le restrizioni imposte al finanziamento della sanità pubblica: i dati al 2017

«Allineare progressivamente la spesa italiana in rapporto al Pil a quella media europea»¹⁰.

Questo l'impegno richiesto dal Parlamento, in occasione dell'approvazione del DEF 2017, che il Governo aveva formalmente accolto impegnandosi a prevedere specifici interventi.

Purtroppo, ad oggi, nessun intervento è stato previsto, neanche nella legge di bilancio per il 2018, la quale non solo non prevede alcun riallineamento ma va esattamente nella direzione opposta.

¹⁰ Risoluzione DEF 2017 approvata il 26 aprile 2017 (punto 15). <http://www.labparlamento.it/wp-content/uploads/2017/04/Risoluzioni-Def-Aula-Senato.pdf>

Con riguardo al finanziamento cui concorre il bilancio dello Stato, la legge di bilancio fissa per il 2018 il finanziamento pari a 114 miliardi di euro, 1 miliardo in più rispetto al 2017. L'aumento di 1 miliardo non è peraltro sufficiente a coprire le maggiori spese già imposte alle regioni: il rinnovo dei contratti e delle convenzioni (stimato circa 1,3 miliardi) cui si aggiunge il taglio di 604 milioni per coprire il rifiuto delle regioni a statuto speciale a partecipare al risanamento della finanza pubblica.

E così continua il processo di erosione delle risorse messe a disposizione del SSN.

La sequenza di restrizioni imposte al finanziamento del SSN nel corso degli ultimi anni è riportato nella tabella seguente.

Finanziamento cui concorre lo Stato per il fabbisogno del SSN							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PATTO SALUTE 2014-2016	109.928	112.062	115.444				
DL 78/2015		109.715	113.097				
L 208/2015 e Intesa 11.2.2016			111.000	113.063	114.998		
L 232/2016 c. 392				113.000	114.000	115.000	nd
Contributo RSO x RSS				423	604	604	

Si noti che per la legge di bilancio per il 2018 non fissa il finanziamento per l'ultimo anno del triennio di riferimento, il 2020.

Con riguardo ai disavanzi sanitari, nel complesso si registrano notevoli progressi. Un risultato che anche la Corte dei conti giudica di rilievo, anche perché ottenuto in un periodo segnato da una profonda crisi. «Tra il 2009 e il 2016 le Regioni in Piano di rientro sono passate da una perdita di oltre un miliardo (considerando le coperture scontate nei CE e il gettito fiscale aggiuntivo da incremento delle aliquote) ad un avanzo di circa 750 milioni. Nello stesso periodo sono stati riassorbiti i disavanzi che derivavano da esercizi precedenti per poco meno di 2 miliardi. Sono dati che, senza trascurare i problemi che ancora incidono sulla solidità e la sostenibilità del sistema, danno la misura del lavoro svolto da Regioni e Amministrazione centrale per riportare il sistema in equilibrio gestionale»¹¹.

7. Finanziamento, spesa e disavanzi del Servizio Sanitario Nazionale

In questi anni di crisi, l'Italia ha mantenuto un saldo primario positivo (cioè la differenza tra le entrate e le spese complessive della Pubblica

¹¹ Corte dei Conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2017 sul coordinamento della Finanza Pubblica*, aprile 2017.

amministrazione al netto degli interessi), e la sanità pubblica ha contribuito notevolmente al rispetto dei vincoli di finanza pubblica in sede europea. Difatti, nel periodo 2006-2013 ha presentato una crescita media nominale dell'1,7 per cento contro il 2,2 per cento dell'intera spesa corrente primaria (in valori reali: - 0,1 per cento contro + 0,4 per cento).

Il contenimento della crescita della spesa sanitaria italiana non è quindi una novità degli ultimi anni. A partire dal 2005 le ripetute manovre finanziarie e le regole fissate nell'accordo del 23 marzo 2005 (gli incentivi sull'equilibrio di bilancio e le sanzioni sul rosso di bilancio), hanno permesso di stabilizzare la spesa sanitaria in valori reali.

Le misure correttive sul settore sanitario si sono accentuate con la crisi e per il terzo anno consecutivo stanno determinando risultati eccezionali nei dati di contabilità nazionale. La spesa sanitaria continua a ridursi in valori nominali passando da 112,5 miliardi nel 2010 a 109,9 miliardi nel 2013 e a 112,4 nel 2015. Nel 2012 si è verificata una riduzione consistente, quando la spesa si è assestata su 109,9 miliardi, un valore inferiore di circa 4 miliardi rispetto a quanto programmato dopo la *spending review* del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. Anche per il 2015 i dati riportati nel DEF 2016 segnano ancora ben 1,3 miliardi in meno rispetto alle previsioni del DEF 2014.

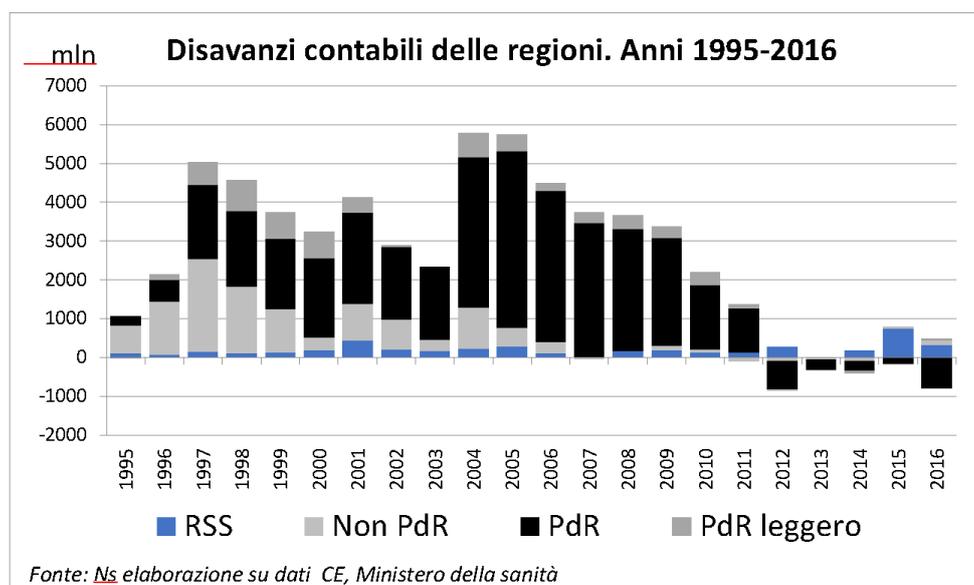
LA SPESA SANITARIA NEI DOCUMENTI DI FINANZA PUBBLICA							
							(milioni di euro)
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
LB 2017	109.907	111.304	112.408	113.654	115.377	115.823	116.168
	6,85	6,87	6,84	6,80	6,77	6,60	6,42
Nota Def. sett. 2016	109.907	111.304	112.408	113.654	115.440	116.821	119.156
	6,85	6,86	6,84	6,80	6,77	6,64	6,56
Def aprile 2016	109.907	111.304	112.408	113.376	114.789	116.170	118.505
	6,83	6,89	6,87	6,78	6,69	6,58	6,52
LS 2016	110.044	111.028	111.289	111.646	112.957	114.632	117.017
		6,87	6,81	6,65	6,51	6,39	6,33
Nota Def. sett. 2015	110.044	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	120.094
	6,84	6,87	6,81	6,74	6,67	6,60	6,55
Def. aprile 2015	110.044	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	120.094
	6,84	6,87	6,79	6,72	6,64	6,58	6,52
LS 2015	109.254	111.47	111.351	113.797	116.328	118.964	
	7,00	6,85	6,76	6,73	6,68	6,61	
Def. aprile 2014	109.254	111.474	113.703	116.149	118.680	121.316	
	7,00	7,02	6,99	6,93	6,86	6,78	

Fonte: Corte dei Conti, 2017

Le regioni stanno quindi risparmiando più di quanto è stato loro imposto dalle manovre governative, per evitare di provvedere alla copertura di eccessi di spesa con finanziamenti a carico dei bilanci regionali. I risultati (che potrebbero nascondere artifici contabili) contribuiscono al miglioramento dei saldi di finanza pubblica, ma rischiano di tradursi anche in una preoccupante riduzione indiscriminata dell'offerta di servizi che non è guidata da un approccio di maggiore efficienza del sistema e riduzione di sprechi.

Il contenimento della spesa sanitaria è ascrivibile principalmente alla riduzione dei costi del personale, in particolare nelle regioni in piano di rientro per effetto del blocco del *turn over*, e ai tagli della spesa farmaceutica convenzionata. Le altre voci di spesa risultano stabilizzate grazie alle misure stringenti adottate nelle ripetute manovre (e.g. tetti sui dispositivi medici; revisione delle tariffe e dei *budget* assegnati nei processi di accreditamento delle strutture, eccetera.). D'altra parte, le voci di finanziamento regionale reggono solo per effetto della maggiore pressione fiscale a livello locale, determinata cioè dalla flessibilità sulle aliquote Irap e addizionale Irpef (oltre i massimi livelli nelle regioni in piano di rientro). L'effetto combinato di queste misure ha permesso di ridurre progressivamente i disavanzi sanitari.

Distinguendo le regioni che hanno sottoscritto un piano di rientro (PdR) dalle regioni cosiddette virtuose, la figura sottostante mostra come già nel 2011 lo squilibrio complessivo si attesti su valori nominali inferiori a quelli evidenziati nel 1996. Ciò che cambia è, come ben noto, la ripartizione dello squilibrio. Nel 1996 era imputabile per oltre il 60 per cento alle regioni oggi considerate virtuose. Nel 2011, invece, è totalmente prodotto dalle regioni coinvolte nella politica dei piani di rientro (e per oltre il 60 per cento è attribuibile alla regione Lazio). Gli ultimi anni sono invece caratterizzati da chiusure sostanzialmente in equilibrio.



La disciplina di bilancio in queste regioni è stata al centro della politica di monitoraggio del Ministero dell'economia e delle finanze (Mef), che ha chiuso il rubinetto dei ripiani dei disavanzi con rilevanti penalizzazioni in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati nei piani di rientro (blocco del *turn over*, divieto di effettuare spese non obbligatorie, blocco dei trasferimenti erariali non obbligatori).

Negli ultimi anni, il contributo percentuale al disavanzo è sempre più determinato dalle gestioni delle autonomie speciali, nei confronti delle quali lo Stato ha limitata capacità d'intervento sulla dinamica di spesa.

Sul fronte del finanziamento cui concorre lo Stato, nel corso del 2013 sono stati ripristinati i 2 miliardi relativi ai *tickets* sanitari programmati con il decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, ma dichiarati illegittimi dalla Corte costituzionale, riportando il finanziamento del SSN per il 2014 a 109,9 miliardi. Per gli anni successivi, il finanziamento previsto nel Patto per la salute segue la regola generale di allineamento alla crescita del Pil nominale, senza tralasciare le disposizioni correttive che continuano a susseguirsi.

La tabella seguente riporta il livello di finanziamento previsto dal Patto per la salute 2014-2016 nel giugno 2014, come ricostruito a partire dalla legge di stabilità per il 2014, e il finanziamento rideterminato nell'ottobre del 2014 nella Nota di Aggiornamento del DEF: per il 2015 il finanziamento si riduce di 1,4 miliardi che diventeranno 2,3 dopo la manovra del 2015.

Per l'anno 2016, il finanziamento previsto dal Patto per la salute, originariamente pari a 115,4 miliardi, si riduce per effetto delle manovre correttive a 111 miliardi, con una contrazione di ben 4,4 miliardi.

Il finanziamento del SSN (mln di euro) – Patto Salute e Def 2014

	2014	2015	2016
Finanziamento rideterminato cui concorre lo Stato (1)	109.900	113.760	117.710
Manovra LS 2014			
Riduzione FSN disposizioni pubblico impiego (art. 1, c. 481)		540	610
Riduzione FSN Friuli VG e satità penitenziaria per aumento compartecipazione regionale accise sui tabacchi (art. 1, c. 513)	3	3	3
Screening neonatali (art. 1, c. 229)	5	5	5
Borse di studio medici specializzandi (art. 1, c. 229)	30	50	50
Finanziamento rideterminato cui concorre lo Stato post LS	109.932	113.273	117.153
Spesa sanitaria tendenziale DEF aprile 2014	111.474	113.703	116.149
Privisione Pil DEF 2014	1.587.053	1.626.750	1.676.571
variazioni Pil DEF 2014		2.5 per cento	3.1 per cento
Riallineamento finanziamento al Pil NA DEF ottobre 2014 (2)	109.928	110.662	113.514
Differenza con Patto della salute		1.400	1.930

Fonte: ns elaborazione su documenti di finanza pubblica

(1) Il finanziamento 2015-2016 è determinato sulla base del Pil nominale previsto nella NA al Def 2013 (per 2015 tiene conto della riduzione di 100 mln ascrivibili al dl 95/2012;)

(2) Nostre stime: alle variazioni di crescita del Pil si aggiungono gli effetti sul finanziamento della LS 2014;

Il settore sanitario, che ha sempre dato il suo contributo al miglioramento dei saldi di finanza pubblica, è stato momentaneamente esonerato dai nuovi tagli per la *spending review*.

A tale proposito la Commissione ha più volte sottolineato la necessità di approfondire, nell'ambito delle analisi effettuate dal Commissario straordinario per la revisione della spesa pubblica, Carlo Cottarelli, le ipotesi di intervento riportate più volte dalla stampa ma sulle quali non è stato possibile disporre dei documenti ufficiali.

La razionalizzazione del sistema sanitario non può però limitarsi al solo efficientamento dei fattori di spesa, ma dovrebbe essere più marcata nella ridefinizione delle priorità, accelerando per questa via il passaggio da un modello centrato sugli ospedali ad uno orientato sui servizi di comunità e sulla maggiore integrazione con le altre strutture. E a supporto di questa tesi si è espresso il rappresentante dell'Oecd¹² che nei confronti di spesa con i maggiori Paesi europei lamenta per il nostro Paese non solo lo svan-

¹² Si veda l'audizione del dottor F. Sassi dell'Oecd.

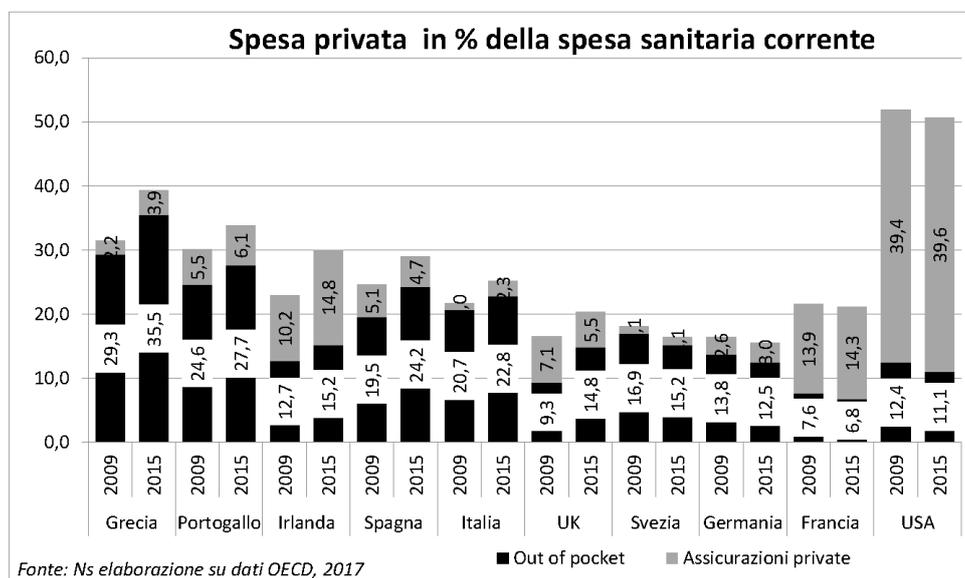
taggio di risorse riservate al SSN, ma anche un *deficit* di prestazioni extraspedaliere, quali l'assistenza territoriale, la prevenzione, la *long term care*.

8. Crisi economica e consumi sanitari privati

La crisi economica incide non solo sulla spesa pubblica per la salute, ma anche su quella privata, ovvero sul ricorso da parte dei cittadini, e con oneri a loro carico, al mercato privato delle prestazioni e dei servizi sanitari. Gli effetti possono andare in due diverse direzioni: da un lato la riduzione delle risorse pubbliche può far aumentare la spesa privata (provocando una sorta di effetto di sostituzione), dall'altro l'impoverimento della popolazione può far diminuire il ricorso anche alle prestazioni private (a causa delle difficoltà economiche dei cittadini).

I dati Oecd¹³ sulla spesa sanitaria privata, suddivisa nelle sue componenti *out of pocket* e intermediata, consentono di fare chiarezza¹⁴. La figura seguente riporta la spesa privata in percentuale della spesa sanitaria complessiva nel 2009 e nel 2015.

Negli Stati Uniti il maggior sostegno pubblico fa contrarre leggermente la spesa privata, mentre in Grecia, Portogallo e Irlanda le restrizioni della spesa pubblica producono un aumento del peso di quella privata. Dal 2009 al 2015 in Grecia si è passati dal 31,5 per cento al 39,4 per cento del totale della spesa sanitaria, in Irlanda dal 22,9 per cento al 30 per cento. I dati del Portogallo mostrano una variazione dal 30,1 per cento al 33,8 per cento; quelli della Spagna dal 24,6 per cento al 28,9 per cento.



Germania e Francia (Paesi con un'importante presenza di mutue e assicurazioni private) sono invece accomunati da una lieve riduzione della spesa sanitaria privata.

¹³ OECD Health Statistics 2017.

¹⁴ La spesa *out of pocket* comprende anche la compartecipazione alla spesa.

Nel Regno Unito si osserva un rilevante aumento dell'incidenza della spesa *out of pocket* (dal 9,3 per cento del 2009 al 14,8 per cento del 2015) e una contrazione delle forme intermedie (dal 7,1 per cento al 5,5 per cento).

Per l'Italia i dati Oecd indicano un aumento dell'incidenza della spesa privata (dal 21,7 per cento del 2009 al 25,1 per cento del 2015), soprattutto nelle forme intermedie (che, per quanto esigue, più che raddoppiano la loro quota percentuale).

Più nel dettaglio, i dati Istat mostrano che negli anni Novanta i tagli alla spesa pubblica sono stati in parte compensati da un aumento di quella privata, mentre negli anni più recenti il fenomeno è più contenuto.

La spesa privata in Italia rappresenta una specificità rispetto a Paesi quali Germania, Francia e Regno Unito, perché solo in minima parte risulta intermedia, con possibili criticità nelle scelte non adeguatamente consapevoli.

I dati Oecd mettono in evidenza la scarsa incidenza, rispetto alla maggior parte dei Paesi dell'Europa continentale, della spesa per assicurazioni private, un dato che è spesso assunto a fondamento della richiesta di un maggior ruolo delle assicurazioni nel nostro Paese. Sul tema la letteratura scientifica evidenzia rischi e opportunità, sotto diversi profili (fiscali, di finanza pubblica, di mercato, di offerta di servizi, di oneri per i cittadini, eccetera) sui quali la Commissione ha elaborato alcune considerazioni riportate nel paragrafo n. 37 «Sostenibilità del sistema e secondo pilastro».

9. Le rinunce alle prestazioni sanitarie: si allarga la forbice fra ricchi e poveri

La crisi economica e le restrizioni alla sanità pubblica hanno reso sempre più difficile il ricorso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi di popolazione con redditi bassi.

Secondo i dati EU-SILC del 2014, il 7,8 per cento della popolazione italiana (pari a circa cinque milioni di persone) avrebbe rinunciato a una o più visite specialistiche e trattamenti terapeutici, pur avendone bisogno¹⁵.

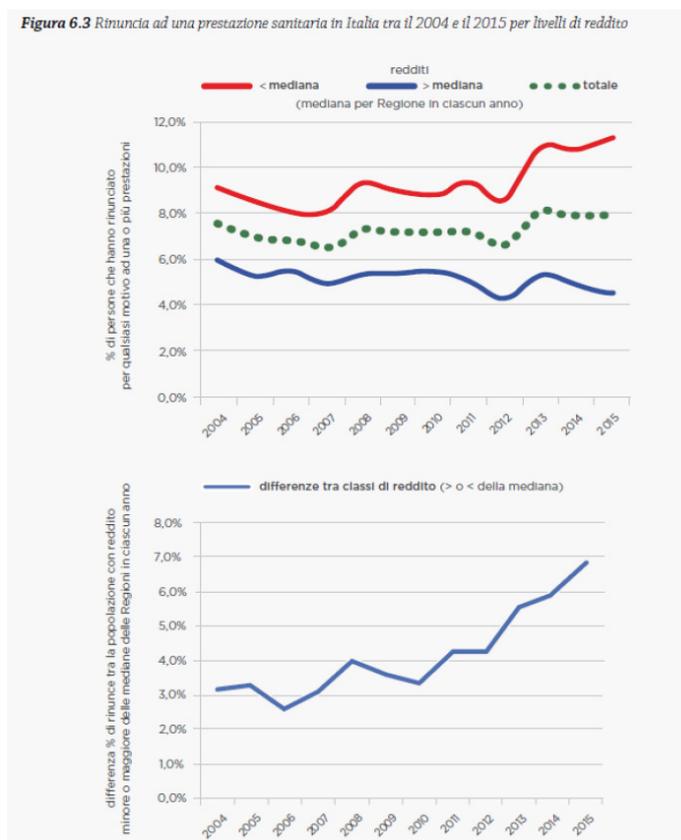
Il confronto tra le statistiche dei diversi Paesi dell'Unione europea indica che l'Italia è sostanzialmente in linea con la media europea, un po' meno della Svezia (9,2 per cento), un po' più della Francia (6,3 per cento), della Danimarca (6,9 per cento) e della Germania (6,4 per cento). Rispetto ad altri Paesi, in Italia sembra prevalere la motivazione economica nella rinuncia alle prestazioni, fatto che merita attenzione dal punto di vista dell'equità.

Il ruolo che le condizioni reddituali possono giocare sulle rinunce alle prestazioni, è descritto nei grafici seguenti i quali riportano la situazione

¹⁵ INPM, Ministero della salute, *L'Italia per l'equità nella salute*, 2017.

degli intervistati rispetto al valore mediano del reddito nell'anno dell'indagine cui hanno risposto.

Risulta evidente come le rinunce siano cresciute fra chi ha un reddito inferiore alla mediana mentre sono diminuite fra chi ha un reddito superiore; la forbice tra le due categorie è quindi notevolmente aumentata, sino a raddoppiarsi.



10. I principali ostacoli all'accesso alle prestazioni sanitarie

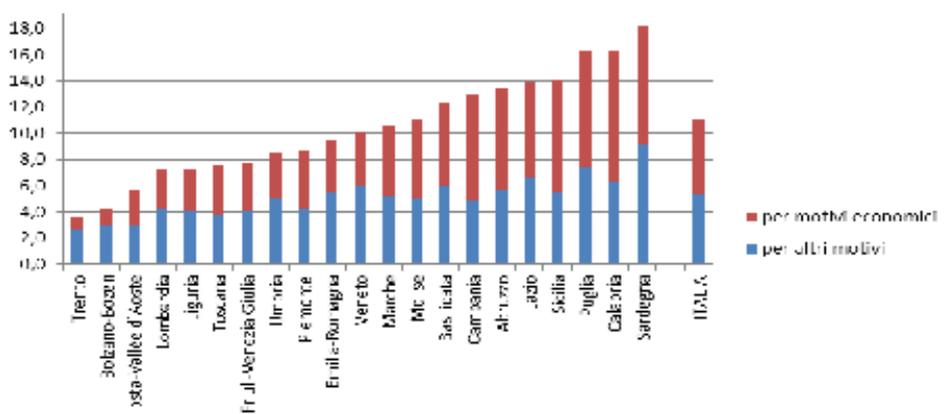
È ancora troppo presto per analizzare in modo rigoroso gli effetti della crisi sulla salute delle persone. La crisi influisce infatti sulla salute non solo direttamente attraverso una riduzione delle prestazioni diagnostiche e delle cure che non vengono considerate prioritarie, oltre che un aumento del disagio e dei disturbi legati alla disoccupazione, all'incertezza e alla perdita di autostima, ma anche indirettamente attraverso una riduzione dei servizi e un peggioramento dell'accesso alle cure in caso di bisogno.

Sul tema del ricorso alle prestazioni sanitarie, i dati Istat consentono prime riflessioni sulle difficoltà che gli italiani incontrano ad accedere ai servizi.

La figura sottostante mostra, per ogni regione, la percentuale di persone che nel 2013 ha dichiarato di aver rinunciato a prestazioni sanitarie

(di qualunque tipo: visite specialistiche, accertamenti diagnostici, interventi chirurgici, farmaci eccetera). Il grafico distingue fra i motivi economici e gli altri motivi (carenze dell'offerta o altro)¹⁶. Nel 2013, l'11 per cento della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato, pur avendone bisogno, ad almeno una prestazione sanitaria; il 5,6 per cento ha indicato i problemi economici come motivo della rinuncia. Ciò significa che oltre 3 milioni di italiani hanno rinviato il ricorso all'assistenza sanitaria a causa delle crescenti difficoltà economiche. In linea con i dati sull'andamento dell'economia e dell'occupazione, l'indagine indica che tali difficoltà pesano molto di più al Sud e nelle Isole che al Nord.

Persone (%) che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie o a farmaci, per regione - 2103



I dati indicano inoltre un aumento della quota di persone che pagano interamente gli accertamenti sanitari, soprattutto nel Centro e nel Sud del Paese, ovvero nelle regioni sottoposte a Piani di rientro, dove l'offerta di servizi ha subito maggiori restrizioni e dove la compartecipazione è più elevata.

In questa fase storica, il rispetto dei vincoli di bilancio è stato spesso ottenuto a discapito della garanzia nell'accesso ai servizi sanitari.

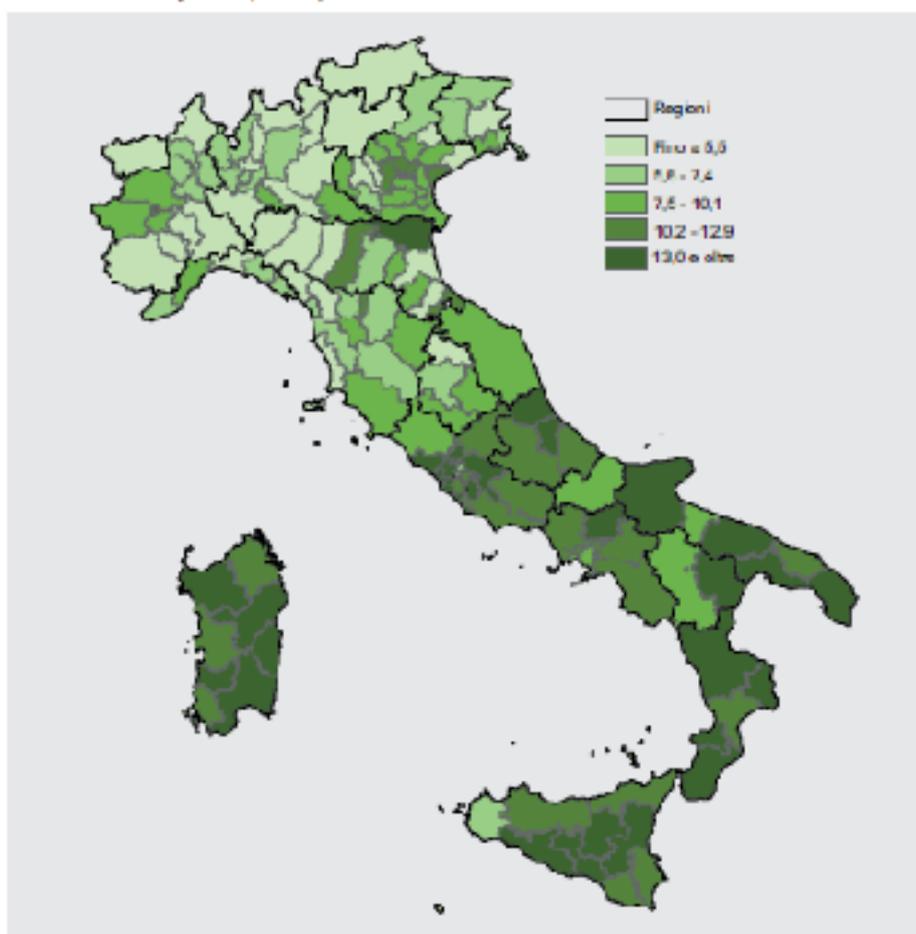
Il Rapporto annuale dell'Istat (2015) aggiorna il quadro rispetto al sistema sanitario.

L'80 per cento degli italiani è soddisfatto delle proprie condizioni di salute e la maggioranza della popolazione adulta (60,8 per cento) valuta positivamente il Servizio sanitario pubblico, un valore costante dal 2005 ma con variabilità territoriali (fra regioni e all'interno delle regioni) acuite nell'ultimo anno. In un quadro tutto sommato ancora positivo emerge il dato della rinuncia all'assistenza: un italiano su dieci non ha potuto fruire di prestazioni che dovrebbero essere garantite dal SSN per motivi economici o per carenze delle strutture di offerta (tempi di attesa troppo lunghi, difficoltà a raggiungere la struttura oppure orari scomodi).

¹⁶ Istat 2014.

La figura seguente mostra la percentuale di persone che negli ultimi dodici mesi hanno rinunciato a prestazioni sanitarie (visite, accertamenti e interventi chirurgici) o all'acquisto di farmaci a causa di motivi economici o per carenze dell'offerta da parte della propria Asl di riferimento. Il dato è riferito all'anno 2013. Appare evidente non solo la dimensione del fenomeno ma anche la sua estrema variabilità: si passa dal 2,6 per cento di rinunce (nella Asl di Trento e in una Asl della Lombardia) al 21,7 per cento (in una Asl della Sardegna). In generale al Nord la percentuale non supera spesso il 5,5 per cento mentre al Sud la percentuale è spesso superiore al 13 per cento

Figura 5.14 Persone che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato a prestazioni sanitarie (a) o all'acquisto di farmaci a causa di motivi economici o carenze delle strutture dell'offerta per Asl - Anno 2013 (per 100 persone)



Fonte: Istat, Condizioni di salute e risorse ai servizi sanitari (a) Visite, accertamenti, interventi chirurgici.

Fonte: Istat, 2015

11. *Un sistema sanitario «in sofferenza»*

I dati confermano che in questi ultimi anni il nostro SSN è stato oggetto di numerosi interventi di contenimento ed efficientamento della spesa, ma non è riuscito a porre la giusta attenzione all'esigenza di rinnovamento che i nuovi bisogni di salute dei cittadini e le trasformazioni della medicina richiedono. Soprattutto gli ultimi anni di continua rincorsa al rispetto dei vincoli di finanza pubblica e dei *budget* hanno messo in crisi il sistema che è entrato in una fase di profonda sofferenza e di crisi strutturale.

Si potrebbe parlare di una sorta di lento «logoramento» che la Commissione Igiene e Sanità del Senato ritiene che non possa continuare ad essere ignorato e sottovalutato.

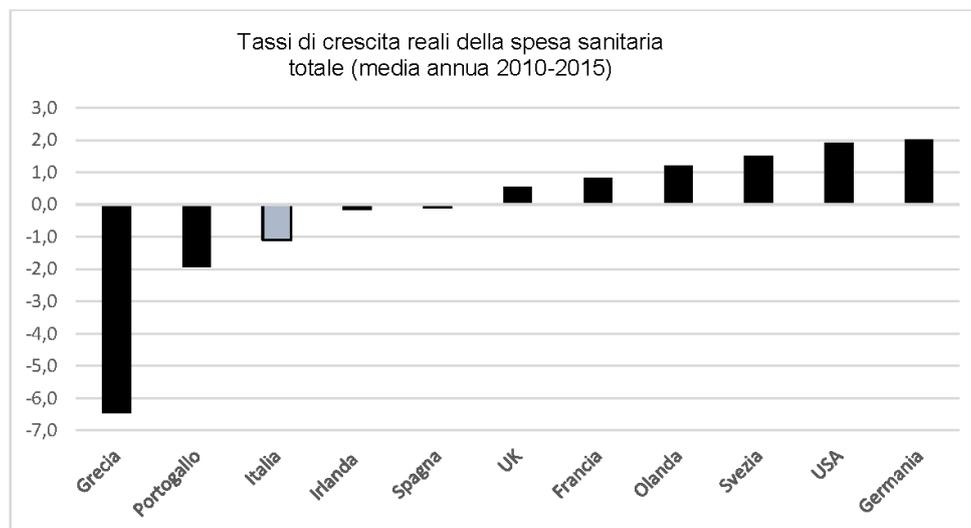
In molte regioni (non tutte, fortunatamente) accessi inutilmente complicati, tempi di attesa ancora troppo elevati, mancanza di integrazione fra il sociale e il sanitario, *ticket* superiori al prezzo della prestazione, rinuncia ad occuparsi della non autosufficienza hanno portato i cittadini a non avere più la stessa fiducia che un tempo riponevano sul sistema pubblico e a cercare soluzioni altrove. Gli italiani continuano a mettere la salute fra le priorità della politica, la fiducia nel sistema per lo meno di fronte ai grandi rischi non viene meno¹⁷, ma è diffusa la convinzione che se non si interviene su alcuni aspetti essenziali anche la fiducia verrà progressivamente meno.

Il logoramento è testimoniato, fra l'altro, dai dati sulla dinamica della spesa sanitaria totale (pubblica e privata): nel periodo 2010-2015 il tasso medio annuo di variazione è stato in Italia pari a - 1,1 per cento, di gran lunga inferiore a quello della Francia (+ 0,8 per cento) e di quello della Germania (+ 2 per cento). E ciò nonostante il dato di partenza fosse già nettamente più basso rispetto ai maggiori Paesi industrializzati.

Con riguardo alla sola spesa pubblica i divari sono ancora più consistenti: dal 2010 al 2015 la spesa pubblica italiana varia del - 1,4 per cento all'anno, contro una variazione del + 0,9 per cento in Francia e del + 2,2 per cento in Germania.

¹⁷ La *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010* afferma che il giudizio espresso dai cittadini italiani su servizi e prestazioni del Ssn appare positivo. La natura stessa del Ssn, universale e gratuito, appare la ragione essenziale della fiducia dei cittadini.

Si veda anche l'indagine realizzata dal Censis «*Aspettative e soddisfazioni dei cittadini rispetto alla salute e alla sanità*».



Fonte: ns elaborazioni dati OECD Health Statistics 2016

Senza una ripresa delle politiche di sostegno e investimento sulla salute a livello nazionale l'impegno degli operatori si svilisce, la fiducia nel sistema si affievolisce e la tutela della salute si riduce.

Non è una mera questione di risorse economiche. Si tratta di recuperare attenzione per tutti quegli strumenti di governo che fanno sì che un insieme di fattori produttivi (competenze, esperienze, professionalità, innovazione, eccetera) generino una vera politica per la tutela della salute. Si tratta di riconoscere il valore del tanto lavoro svolto, spesso con silenzio e abnegazione, dai molti operatori del settore. Si tratta di assicurare i cittadini sulla tenuta di un sistema che non vuole che sia messo a rischio il bilancio di una famiglia quando un suo componente viene aggredito da una malattia, acuta o cronica che sia.

E non è sufficiente un Patto per la salute denso di impegni per il futuro, ma di difficile realizzazione in assenza di un concreto impegno dell'intero sistema di governo (nazionale e regionale) sui temi della salute, e non solo in termini finanziari, per rallentare il processo di logoramento. Sul *Patto per la salute 2014-2016* la Commissione Igiene e Sanità ha peraltro più volte lamentato l'esclusione del Parlamento da ogni momento di dibattito, o anche solo di informazione di merito sui temi oggetto del confronto fra il Governo e le regioni.

È come se cittadini e operatori avessero rinunciato a sperare in un qualche intervento. E l'inerzia di questi anni, spesso ufficialmente motivata dalla mancanza di risorse, non fa che peggiorare il rapporto fra gli assistiti, i professionisti e i decisori. Sempre più frequentemente i cittadini rinunciano a far valere i loro diritti e si attrezzano per trovare altrove le risposte che non trovano nel sistema pubblico.

In tale quadro di criticità, si sono sviluppate varie forme di coperture integrative (e di fatto in parte anche sostitutive) di cui vanno approfondite

le modalità di regolamentazione nell'interesse del cittadino e della tutela della sua salute.

Si sta infine manifestando un nuovo fenomeno, quasi sconosciuto in precedenza, che potremmo definire di «povertà sanitaria»: ambulatori sociali un tempo rivolti solo agli stranieri ed ora sempre più frequentati anche da connazionali (in particolare nelle grandi metropoli), ambulatori che offrono prestazioni a prezzi scontatissimi (indicativi anche di una maggiore aggressività dell'offerta), competizione sui prezzi nel mercato delle prestazioni odontoiatriche, frequenti viaggi all'estero per beneficiare di prezzi contenuti, sofferenze del *welfare* familiare e rinuncia da parte di anziani non autosufficienti all'assistenza di «badanti» (il cui numero si riduce per la prima volta dopo tanti anni)¹⁸.

La situazione appare piuttosto preoccupante, soprattutto in ragione della scarsa considerazione dei temi della tutela della salute da parte del sistema politico nazionale (concentrato su temi sicuramente più gravi, ma con il rischio di trascurarne altri che nel frattempo si stanno rapidamente aggravando) e della grave sottovalutazione a livello europeo dei problemi di tenuta democratica dei Paesi sottoposti a restrizioni eccessive.

In breve, più che di *sostenibilità* del servizio sanitario è necessario parlare di *rilancio* dei valori fondamentali alla base del nostro sistema di tutela della salute e di *rinnovamento* del SSN per renderlo più adeguato – in tutte le regioni italiane – ai bisogni di salute della popolazione, più accessibile a tutte le persone, a partire da quelle più fragili e più pesantemente colpite dalla lunga crisi economica.

Rilancio e rinnovamento necessari anche per scongiurare la perdita della posizione che l'Italia occupa da tempo fra i Paesi sviluppati quanto a qualità dell'assistenza e impiego delle risorse. Un dato poco conosciuto, spesso trascurato, per lo più offuscato dalla tendenza a enfatizzare solo gli aspetti negativi, certamente esistenti e da superare, ma che fotografano solo una parte del nostro sistema. Il rischio è che le (pur numerose) macchie scure del SSN favoriscano un dibattito parziale e strumentale, pronto a mettere in discussione l'intero sistema e non solo le sue macchie scure. Per tale ragione nei prossimi paragrafi ci soffermeremo su alcuni punti di forza del sistema, da riconoscere, consolidare e rafforzare.

¹⁸ Si veda fra l'altro il Rapporto 2014 «*Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali*» realizzato da Censis e Unipol.

12. *L'Italia ai primi posti nella cura delle persone affette da patologie croniche*

Un importante tema sul quale l'Italia risulta ai primi posti nei confronti internazionali riguarda la presa in carico extra ospedaliera delle persone affette da patologie croniche¹⁹.

I dati epidemiologici internazionali sottolineano l'importanza di organizzare servizi di cura in grado di seguire le persone nel tempo, coordinando i differenti attori e promuovendo azioni di educazione sanitaria, al fine di rendere sempre più autonoma la persona nella gestione della propria condizione clinica. In tale contesto un indicatore importante è costituito dalla capacità delle cure primarie di fornire risposte adeguate ai pazienti, minimizzando il ricorso al ricovero ospedaliero che dovrebbe essere limitato ai pochi eventi acuti.

L'Oecd da tempo rileva il tasso di ricorso al ricovero ospedaliero per tre importanti patologie croniche che potrebbero essere seguite dai servizi territoriali: l'asma (patologia che colpisce tra i 150 e 300 milioni di persone in tutto il mondo e provoca circa 250.000 decessi ogni anno), la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO, patologia delle vie respiratorie che colpisce circa 64 milioni in tutto il mondo ed attualmente è la quarta causa di morte nel mondo) e il diabete (patologia metabolica che colpisce circa 180 milioni di persone al mondo, ed è responsabile di circa l'11 per cento della spesa sanitaria totale nel 2011)²⁰. Tre patologie croniche che, grazie a conoscenze scientifiche ormai consolidate, possono essere gestite dalle cure primarie in grado, se ben pianificate, di ridurre gli eventi acuti e dunque i ricoveri ospedalieri. È dimostrato che evitare il ricovero ospedaliero in questi casi comporta una riduzione dei costi, migliora gli esiti di salute a medio e lungo termine e risulta essere la modalità di cura preferita dai pazienti.

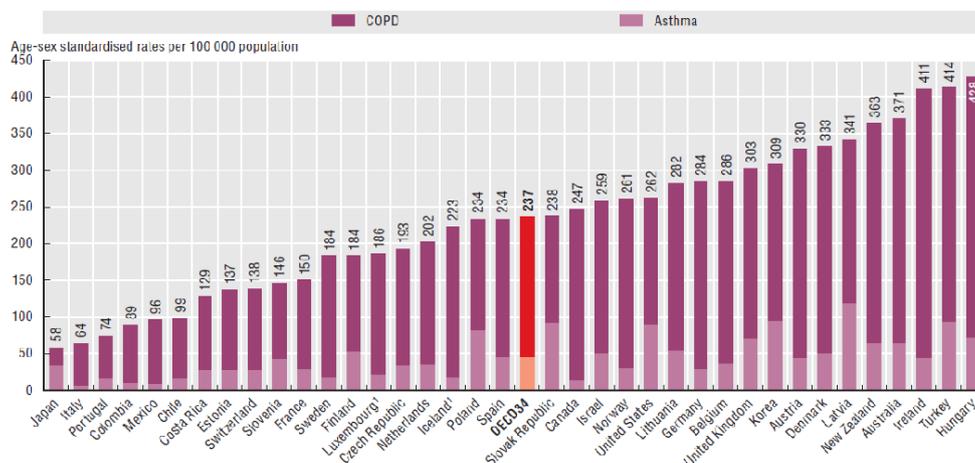
La figura sottostante mostra il tasso standardizzato di ospedalizzazione per asma e per malattia polmonare ostruttiva cronica (COPD) su 100.000 abitanti nel 2015 a livello internazionale: come è possibile notare, l'Italia si situa al primo posto fra tutti i Paesi considerati (e ben al di sotto della media dei 34 paesi dell'OCSE) per l'asma e al secondo posto (dopo il Giappone) per la COPD.

Tassi standardizzati di ricovero in ospedale per asma – anno 2015
(ricoveri per 100.000 ab.)

¹⁹ Oecd, Health at a glance, 2017.

²⁰ WHO 2011, IDF 2011.

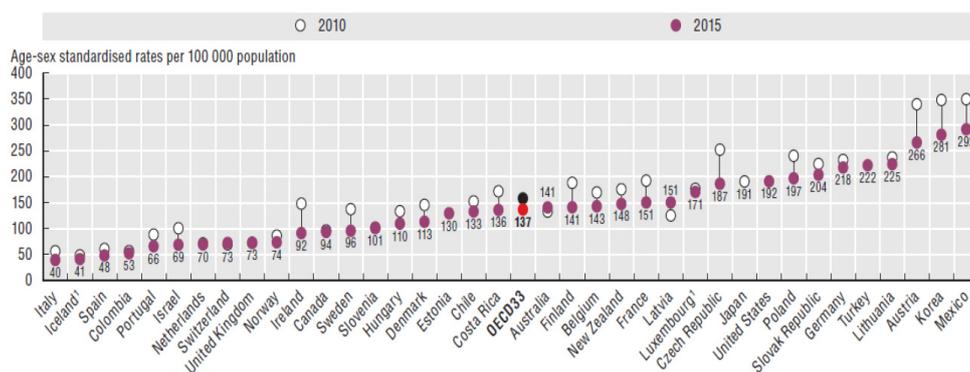
Tassi standardizzati di ricovero in ospedale per asma – anno 2015 (ricoveri per 100.000 ab.)



Fonte: Oecd, Health at a glance 2017

Analoghe considerazioni valgono per il diabete, la terza patologia cronica il cui tasso di ricovero ospedaliero è monitorato a livello internazionale perché inversamente correlato alla qualità delle cure territoriali. Anche in questo caso l'Italia si colloca al primo posto fra i paesi considerati, con valori in riduzione.

Tassi standardizzati di ricovero in ospedale per diabete – anni 2010 e 2015 (ricoveri per 100.000 abitanti)



Fonte: Oecd, Health at a glance 2017

Si tratta di risultati importanti che devono essere consolidati e preservati per il futuro, anche se nascondono significative debolezze. Per quanto riguarda il trattamento delle persone con diabete, ad esempio, l'assistenza è ancora in gran parte erogata negli ambulatori specialistici (con scarso coinvolgimento dei medici di medicina generale), con modalità passive e scarsa attenzione ai controlli periodici (utili per evitare complicazioni).

I dati nascondono inoltre rilevanti differenze all'interno del Paese oltre che importanti debolezze nell'assistenza territoriale in altri ambiti di intervento, in particolare domiciliarità, *long term care* (su cui ci soffermeremo più avanti).

Ad esempio, i dati elaborati dal Programma nazionale esiti²¹ sul ricorso al ricovero ospedaliero per complicanze del diabete rilevano una forte variabilità non solo a livello regionale ma anche all'interno della stessa regione, con ricadute negative anche sulla spesa: il rischio di ospedalizzazione va da 1,34 per cento in provincia di Foggia a 0,10 per cento in provincia di Fermo (media nazionale 0,51 per cento).

Sui tassi di ospedalizzazione dell'Italia rispetto agli altri Paesi europei incide inoltre la storica minore dotazione di posti letto ospedalieri, che non può che favorire un più attento impiego delle attività di degenza a favore di pazienti che possono essere trattati sul territorio (di cui al successivo paragrafo).

13. Una contenuta dotazione di posti letto ospedalieri

La dotazione di posti letto ospedalieri fornisce una misura sintetica delle risorse disponibili per l'assistenza ai pazienti che necessitano di ricovero ospedaliero.

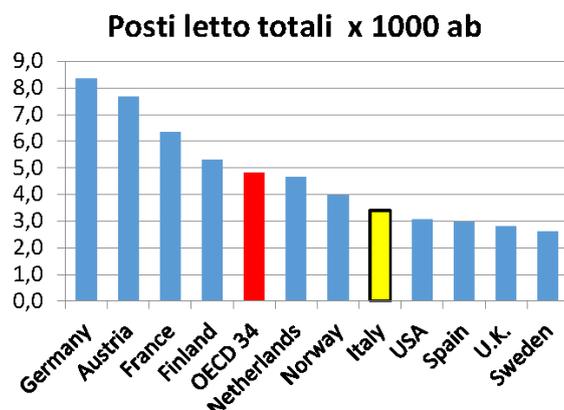
L'Oecd raccoglie le statistiche sulla disponibilità di posti letto totali, per pazienti acuti, psichiatrici, lungodegenti e altri tipi di assistenza. Pur nelle diversità ancora presenti nella definizione di posto letto, i dati internazionali offrono importanti elementi di confronto.

L'Italia ha una dotazione di posti letto totali (3,4 per 1000 ab.) sistematicamente inferiore alla media dei Paesi Oecd e a quella dei maggiori paesi europei (8,3 in Germania, 6,4 in Francia, 3,0 nel regno Unito)²².

La Germania dispone di un numero di posti letto per 1000 abitanti che è circa il doppio di quello dell'Italia, sia in totale sia per gli acuti. Anche la dotazione della Francia è superiore a quella italiana, ancorché per valori più contenuti.

²¹ Programma nazionale valutazione esiti, ed. 2013, SDO 2005-2012 (www.agenas.it)

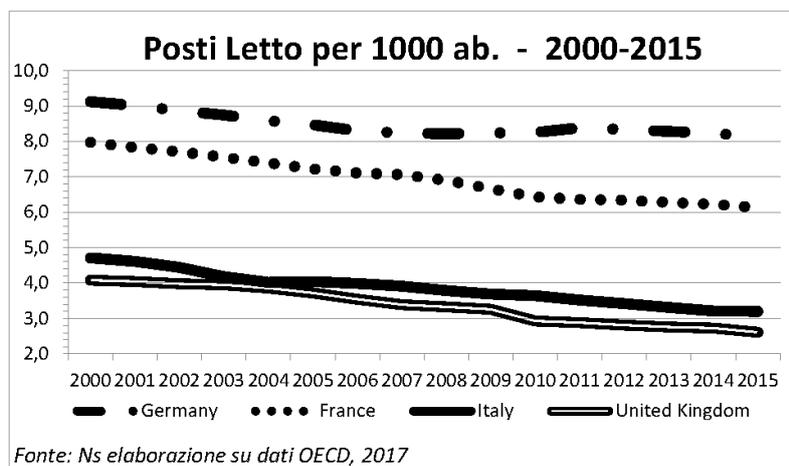
²² Oecd, Health Statistics 2013.



Analoghe considerazioni possono essere espresse con riferimento alla dotazione di posti letto per acuti.

L'offerta di posti letto ospedalieri è sempre stata in Italia particolarmente contenuta: la dinamica dal 2000 al 2015 è descritta nel grafico qui sotto, il quale conferma lo storico forte divario rispetto a Francia e Germania.

I dati sembrano indicare una situazione che difficilmente potrà essere ulteriormente compressa, per lo meno a livello nazionale.



Diverso è il caso di alcune regioni con una dotazione ancora relativamente elevata, la cui ristrutturazione è tanto più difficile quanto più l'assetto storico (nelle dimensioni e nel suo mancato governo) si è consolidato nel corso dei decenni.

14. Sempre più contenuta l'attività di ricovero ospedaliero

Nel maggio 2017 il Ministero della salute ha pubblicato il Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, dati SDO 2016. Il rapporto

fornisce, con un buon livello di completezza e qualità dei dati, una mole imponente di informazioni sull'attività di ricovero erogata dalle strutture italiane.

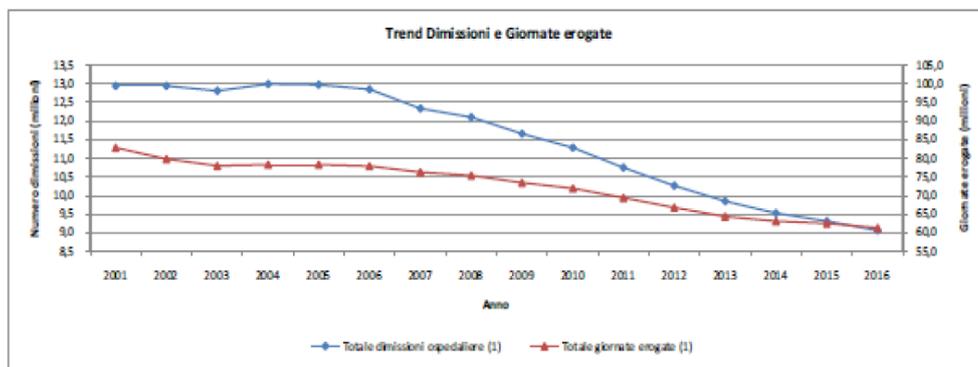
Nel 2016 sono stati effettuati 8.692.371 ricoveri (incluso il nido) per un volume di giornate di degenza pari a 60 milioni.

ATTIVITÀ	DIMISSIONI			GIORNATE / ACCESSI		
	2015	2016	var %	2015	2016	var %
Acuti - Regime ordinario	6.398.034	6.286.272	-1,7	43.829.193	43.160.653	-1,5
Acuti - Regime diurno	2.069.823	1.951.015	-5,7	5.712.227	5.348.182	-6,4
Riabilitazione - Regime ordinario	318.307	318.359	0,0	8.326.018	8.213.676	-1,3
Riabilitazione - Regime diurno	34.106	31.931	-6,4	487.206	471.111	-3,3
Lungodegenza	110.709	104.794	-5,3	3.012.029	2.890.779	-4,0
TOTALE	8.930.979	8.692.371	-2,7	61.366.673	60.084.401	-2,1

Tabella 1 – Distribuzione delle dimissioni e delle giornate per tipo attività e regime di ricovero – confronto anni 2015-2016

La serie storica dei dati rivela una decisa tendenza alla riduzione dell'attività di ricovero. Rispetto al 2001, i ricoveri si sono ridotti di circa 3,9 milioni (- 30 per cento nel periodo) e le giornate di degenza sono diminuite di oltre 21 milioni (- 26 per cento).

Sempre dal 2001 al 2016 è invece aumentato il numero di istituti, passati da 1.329 a 1.436.



Con riguardo al tipo di istituto, i dati confermano il ruolo degli ospedali a gestione diretta che trattano circa la metà dei ricoveri.

Il *trend* del tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e sesso, mostra un andamento fortemente decrescente: da 171,9 per 1.000 abitanti nel 2010 a 132,5 nel 2016. Il calo interessa sostanzialmente l'attività per acuti.

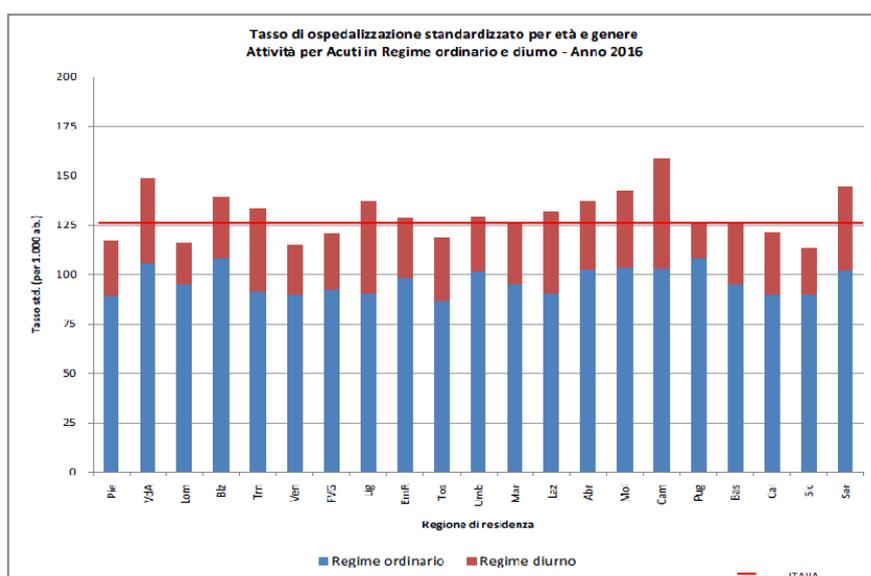
Il tasso di ospedalizzazione mostra inoltre una discreta variabilità interregionale, come illustrato nel grafico seguente con riguardo all'attività per acuti nel 2016.

La media nazionale assomma a 126 ricoveri ogni 1.000 abitanti.

I tassi più elevati si osservano in Campania (158,71), Valle d'Aosta (148,68) e Sardegna (144,52).

I tassi più contenuti si osservano in Sicilia (113,05) e Veneto (114,84).

La mobilità interregionale è pari all'8 per cento per l'attività per acuti in regime ordinario e diurno, al 15 per cento per l'attività di riabilitazione in regime ordinario, al 10 per cento per l'attività di riabilitazione in regime diurno, e al 5 per cento per l'attività di lungodegenza. La dinamica è sostanzialmente stabile dal 2010 ad oggi.



Il forte calo dell'attività di ricovero, rende necessaria una attenta valutazione della capacità dell'attività erogata sul territorio, in regime extra-ospedaliero, di compensare la minore offerta degli ospedali.

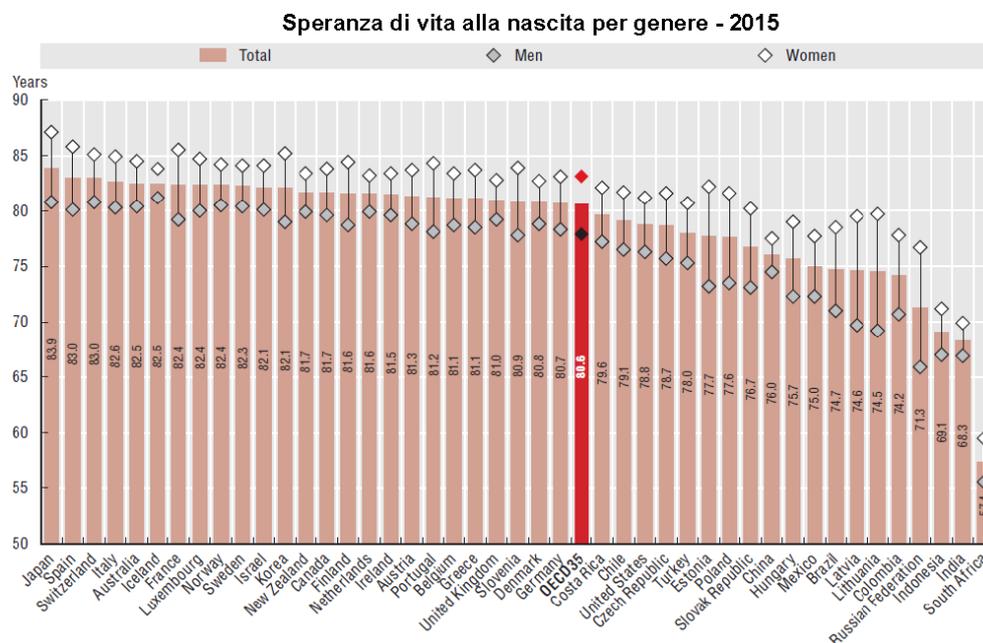
15. *Gli italiani vivono sempre più a lungo, e in buona salute*

Rispetto al resto del mondo, gli italiani continuano ad avere una aspettativa di vita molto elevata.

Nel 2015, l'Italia occupa nella graduatoria fra i 35 paesi Oecd il quarto posto per speranza di vita alla nascita (dopo Giappone, Spagna e Svizzera)²³. Una posizione che testimonia gli importanti progressi compiuti nel corso dei decenni dal nostro Paese nella salute delle persone, e che è confermata da parecchi anni.

²³ OECD, Health at Glance 2017.

Speranza di vita alla nascita per genere - 2015



Gli italiani non vivono solo più a lungo; vivono più a lungo «in buona salute», liberi da patologie o da disabilità. Secondo l'Istat, nel periodo che va dal 2009 al 2012, il numero di anni vissuti in buona salute è aumentato di 2,1 anni per gli uomini e di 2,2 anni per le donne²⁴. Il miglioramento riguarda tutte le ripartizioni geografiche.

L'Italia è anche uno dei pochi Paesi nei quali la disabilità fra gli anziani tende lentamente a ridursi²⁵: Tale evidenza statistica contribuisce a ridurre gli allarmi sull'effetto dell'invecchiamento della popolazione sulla spesa sanitaria. Se da un lato infatti aumenta la quota di persone anziane che possono aver bisogno di una maggiore assistenza, dall'altro le persone invecchiano sempre meglio, beneficiando dello spostamento in avanti dell'esordio delle malattie croniche tipiche della terza età. L'impatto sulla spesa sanitaria è pertanto molto più contenuto di quanto normalmente enunciato, come dimostrano anche gli ultimi studi sui fattori di crescita della spesa sanitaria.

16. Le persone anziane sono una risorsa, non un rischio per la sostenibilità del sistema

Gli studi internazionali sulla dinamica della spesa sanitaria giungono tutti a una importante conclusione: l'invecchiamento della popolazione è

²⁴ Istat, Rapporto Bes 2014, Istat

²⁵ Lafortune G., Balestat G. and the Disability Study Expert Group Members (2007), *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications*, Oecd Health Working Papers n. 26.

un fattore di crescita della spesa sanitaria in grado di giocare un ruolo relativamente modesto nel medio lungo periodo, certamente inferiore a quello giocato dal fattore tecnologico (progresso scientifico e tecnologico in campo medico), dal cosiddetto «effetto Baumol» (l'inevitabile aumento dei costi di produzione, data l'alta intensità di lavoro, fattore produttivo difficilmente sostituibile), dallo sviluppo economico (che aumenta l'attenzione delle persone al benessere e al contempo genera nuovi bisogni di salute) e da un complesso insieme di fattori esogeni (istituzionali, politici, culturali, eccetera) di difficile identificazione.

I ripetuti allarmi sul fattore demografico sono quindi in gran parte infondati. La stessa Ragioneria generale dello Stato²⁶ ha recentemente rivisto le proprie proiezioni al ribasso incorporando il fattore «invecchiamento sano» (che modifica il profilo dei consumi nella terza età) e riconoscendo il ruolo dell'effetto «concentrazione della spesa negli ultimi mesi di vita» (o effetto «*death related costs*», che sposta in avanti – in prossimità della morte – il momento in cui un individuo necessita di un'assistenza molto costosa, ma non necessariamente ne aumenta l'intensità e la durata). Tali elementi sono in grado di limitare significativamente l'impatto dell'invecchiamento sulla spesa sanitaria rispetto a quanto stimato dalla semplice estrapolazione meccanica degli attuali comportamenti di consumo per età e sesso. Si veda fra tutti l'ultimo studio Oecd²⁷, il quale mostra che dal 1995 al 2009, la spesa pubblica è cresciuta in termini reali del 4,3 per cento all'anno, di cui solo 0,5 punti sono attribuibili al fattore demografico.

Pur riconoscendo la necessità di una attenta valutazione degli effetti dell'invecchiamento della popolazione sulla *composizione* della domanda di assistenza e ribadendo il legame fra livello della *spesa pro capite* e età dell'individuo, appare quindi chiaro che l'aumento della popolazione anziana non ha molto a che fare con la sostenibilità economica del servizio sanitario. Si tratta di uno di quei luoghi comuni da cui i lavori della Commissione hanno cercato di prendere le distanze, e non solo per rispetto delle evidenze scientifiche.

In primo luogo perché è opportuno restituire valore e dignità al processo di invecchiamento della popolazione. Le persone anziane sono una risorsa, ricca di competenze ed esperienze. Garantiscono alle famiglie e alle comunità il senso di continuità tra presente e futuro, alimentando le radici che identificano e danno senso alla vita delle collettività. Sono risorsa per le nuove generazioni, sia per i bambini, sia per i loro genitori che possono contare su un costante aiuto e sostegno, in particolare in questi anni di crisi.

²⁶ Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 14, Nota di aggiornamento 2013.

²⁷ De la Maisonneuve and Oliveira Martins, *Public spending on health and long-term care: a new set of projections*, Oecd, OECD Economic Policy Paper Series, 6/2013.

La società moderna tende invece a considerare gli anziani un peso, un problema per la spesa previdenziale e per la spesa sanitaria, un intralcio all'efficienza dei sistemi produttivi (per la loro minore produttività), un onere a carico delle generazioni attive (per il lavoro di cura che spesso richiedono).

Il sistema di *welfare* deve promuovere il superamento di tale visione negativa, sostenendo e testimoniando la cultura del prendersi cura, del dare risposte ai bisogni primari, del rispetto dovuto alle persone a maggior ragione quando queste non dispongono più di alcune capacità considerate *normali*. Ogni operatore della sanità e del sociale, a partire da chi ha maggiori responsabilità decisionali, deve farsi carico di testimoniare quotidianamente, con comportamenti e atti, che il principio del rispetto della dignità della persona, alla base del nostro *welfare*, non è solo una bella enunciazione di principio ma è profondamente radicato nella cultura e nella formazione dei professionisti.

17. *La drastica riduzione della mortalità infantile e le differenze fra Nord e Sud del Paese*

Un altro indicatore rispetto al quale il nostro Paese ha compiuto negli ultimi decenni sensibili progressi è la mortalità infantile²⁸, un tempo responsabile di un numero elevato di morti nel primo anno di vita e ora al di sotto della media dei Paesi sviluppati²⁹.

Il grafico a pagina 43 descrive l'andamento della mortalità infantile dal 1960 ad oggi in quattro importanti Paesi dell'Europa continentale.

Mentre nel 1960 l'Italia aveva una mortalità quasi doppia rispetto a quella del Regno Unito e nettamente superiore a quella di Francia e Germania, nel 2012 il dato italiano (2,9 morti ogni mille nati) è inferiore non solo a quello francese (3,5) e a quello tedesco (3,3), ma anche a quello del Regno Unito (4,1).

Come noto, la mortalità dei bambini è un'importante misura del benessere della popolazione e uno dei più significativi indicatori sociali.

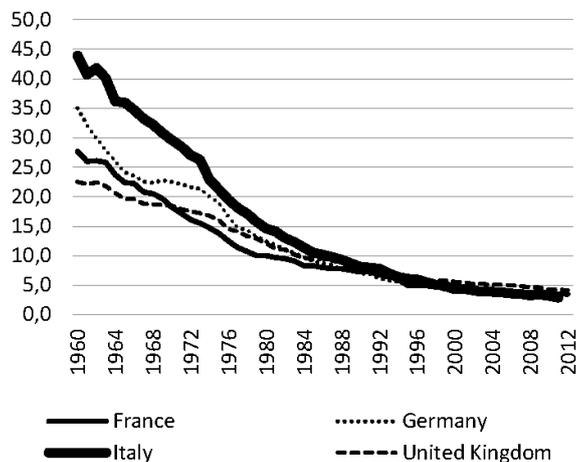
La sua riduzione è conseguente a una vasta serie di fattori: le politiche di tutela della salute attuate su tutto il territorio nazionale, il miglioramento delle condizioni ambientali e socioeconomiche, lo sviluppo di una cultura dei diritti dell'infanzia, i progressi della scienza e della medicina e la lotta contro malattie che una volta erano endemiche nel Paese, come per esempio la malaria, la tubercolosi o il morbillo³⁰.

²⁸ Numero di bambini morti nel primo anno di vita ogni 1000 nati vivi.

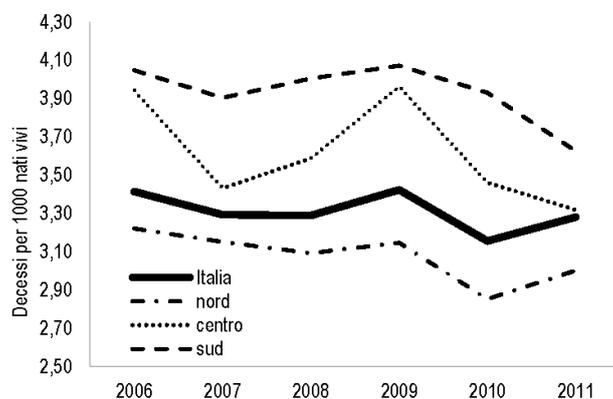
²⁹ WHO (2009), *Global health risks, Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, Geneva.

³⁰ Istat-Unicef, *La mortalità dei bambini ieri e oggi*, 2011.

Mortalità infantile 1960- 2012



I progressi compiuti dal nostro Paese nascondono peraltro ancora rilevanti differenze fra Nord e Sud del Paese.



La figura sovrastante riporta la mortalità infantile ogni 1.000 nati vivi: i dati Istat registrano al Sud un tasso di mortalità più alto che al Nord, con differenziali che sembrano ridursi molto lentamente nel corso degli anni³¹.

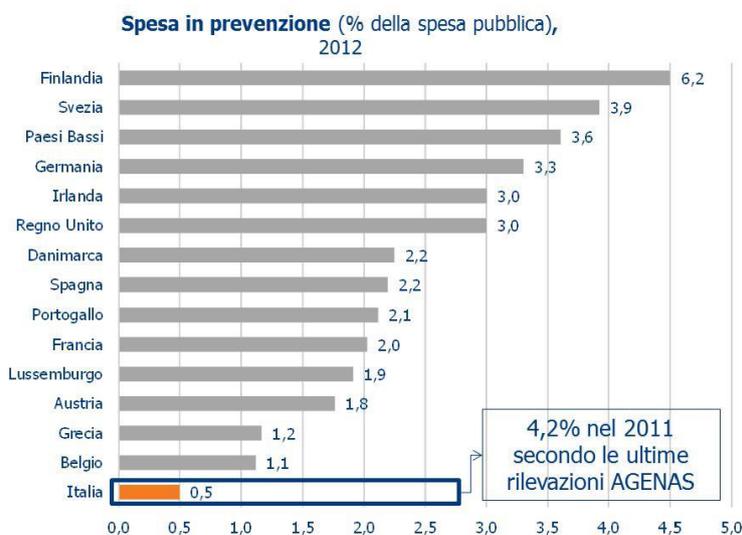
18. Più prevenzione per contrastare l'epidemia di malattie croniche

È ormai ampiamente dimostrato che la prevenzione può contribuire in maniera significativa non solo alla salute della popolazione ma anche alla sostenibilità economica del sistema.

³¹ Istat, *La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia*. 2014.

Risultati concreti possono essere ottenuti se si rinuncia a una visione di breve periodo (perché la maggior parte degli interventi producono effetti consistenti solo nel medio-lungo periodo)³².

Recenti analisi mostrano come i sistemi sanitari dei Paesi Ocse sopportino oneri sempre più rilevanti per il trattamento di malattie causate da comportamenti a rischio, come il fumo, l'abuso di alcol, diete ricche di sale, zuccheri e grassi, scarsa attività fisica, obesità e sovrappeso³³. Politiche basate su incentivi (o disincentivi) di varia natura rivolti a contenere tali comportamenti e programmi di *education*, trovano uno spazio sempre maggiore nelle strategie di prevenzione dei Paesi sviluppati. La posizione dell'Italia tra gli ultimi posti nella classifica dell'OCSE sulla spesa in prevenzione è stata più volte spiegata dalla modalità di rilevazione del dato ed è stata corretta con il dato che risulta dalle rilevazioni fatte da AGENAS. La spesa in prevenzione dell'Italia risulta pari al 4,2 per cento. (comunque al di sotto del livello stabilito del 5 per cento) della spesa sanitaria totale e comunque, se si considera il pro-capite (circa 80 euro) significativamente inferiore alla spesa di alcuni Paesi europei come Finlandia, Paesi Bassi, Germania e Svezia che investono dai 157 euro ai 115 euro pro capite.

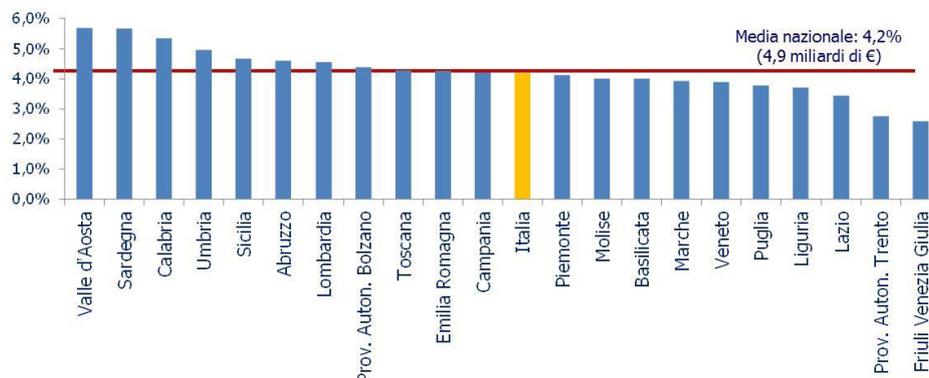


Occorre poi rilevare che della spesa in prevenzione, solo il 20 per cento è dedicato alle attività direttamente rivolte alla persona. Si riscontra inoltre una notevole variabilità a livello regionale nella quota di spesa, nelle componenti di spesa e nella effettiva capacità di spesa delle risorse dedicate alla prevenzione.

La spesa appare inoltre molto differenziata a livello regionale.

³² Si veda in proposito il precedente paragrafo 3. *La sanità pubblica deve fare i conti con forze che non gli sono amiche.*

³³ Oecd, *Health at a glance* 2013.



Variabilità della spesa regionale in prevenzione, dati Agenas 2011

Emerge una necessità di incrementare gli investimenti in prevenzione soprattutto se si tengono conto i dati epidemiologici che fanno emergere che sui principali fattori di rischio per le malattie croniche la situazione dell'Italia offre alcuni elementi di particolare preoccupazione:

- i tassi di obesità infantile sono tra i più alti nel mondo, con oltre un bambino su 3 sovrappeso o obeso all'età di 8-9 anni, mentre i livelli di attività fisica praticati dai bambini italiani sono i più bassi dell'intera area Ocse. Data la forte correlazione tra obesità infantile e obesità in età adulta, il dato pone seri interrogativi in prospettiva futura³⁴; le analisi dell'Ocse mostrano che è possibile mettere in atto, con costi contenuti, una serie di misure volte a ridurre l'obesità fra le quali l'educazione sanitaria nelle scuole, l'auto-regolamentazione della pubblicità rivolta ai bambini di prodotti alimentari, l'introduzione di un sistema di etichettature dei prodotti alimentari nonché attività di orientamento per migliorare gli stili di vita effettuato dai medici di medicina generale;

- i tassi di fumo tra i giovani, misurato all'età di 15 anni, è tra i più alti nell'area OCSE.

- Nonostante i progressi compiuti dal nostro Paese, nel 2012 il tasso di fumatori tra gli adulti è del 22,1 per cento (24,4 per cento nel 2000), la situazione non può essere considerata soddisfacente se giudicata rispetto ai Paesi dell'Ocse. Il tasso di fumatori fra gli adulti è ancora nettamente superiore a quello raggiunto da alcuni Paesi, quali Svezia, Norvegia, Islanda, Stati Uniti e Australia, i quali hanno ridotto la percentuale a meno del 16 per cento. Inoltre i progressi compiuti dal 2000 ad oggi sono inferiori a quelli registrati dalla media dei Paesi Oecd. Infine dopo quasi dieci anni dalla sua approvazione, la legge a tutela dei non fumatori è purtroppo ancora disattesa: il 20 per cento dei giovani di 14-24 anni dichiara di essere esposto al fumo passivo nei locali pubblici, mentre l'8 per cento dei non fumatori è esposto nel luogo di lavoro;

³⁴ Oecd, *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*; Oecd, *Obesity Update*, 2014

– il consumo di bevande alcoliche è diminuito in Italia più che in ogni altro Paese Ocse dal 2000 a oggi (-37 per cento), ma alcuni comportamenti a rischio (*binge drinking*) sono in aumento nelle giovani generazioni³⁵, con notevoli differenze fra le diverse regioni italiane;

– l'obesità tra gli adulti è meno diffusa che in molti altri Paesi Ocse (un adulto su 10 è obeso in Italia, contro una media OCSE di 1 su 6) ma esistono forti disuguaglianze sociali nella popolazione (le donne con bassi livelli di educazione hanno una probabilità di essere sovrappeso tre volte più elevata delle donne con livelli elevati di educazione).

Un altro aspetto di criticità del nostro Paese riguarda il basso tasso di adesione ai programmi di *screening* e la progressiva riduzione dei tassi di copertura vaccinale con il rischio del ritorno di alcune malattie quasi eradiccate nel nostro Paese. Si deve tener conto che la situazione dell'Italia è ancora più aggravata se si analizza a livello regionale, in quanto tassi di adesione e di copertura più bassi si registrano proprio nelle Regioni più in difficoltà strutturali e finanziarie.

Le evidenze disponibili indicano che il contributo della prevenzione consiste soprattutto nella sua capacità di ritardare l'insorgere di malattie croniche, allungare la durata della vita, soprattutto nella parte vissuta in buona salute, con un rapporto costo-efficacia estremamente favorevole per molti degli interventi disponibili.

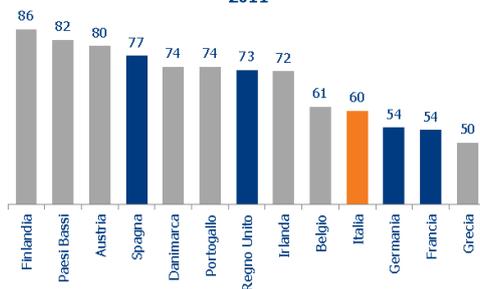
Se si applicasse il vero *health technology assessment* (HTA) alla valutazione dei programmi di *screening* e ai vaccini, i benefici risulterebbero ancora più evidenti anche nel breve medio termine grazie al contributo alla sfera sociale ed etica che la valutazione consente.

Analisi Ocse hanno mostrato che programmi di prevenzione rivolti a migliorare la qualità della dieta o incrementare l'attività fisica possono evitare fino a 50.000 morti per malattie croniche ogni anno in Italia. A livello nazionale, la maggior parte dei programmi di prevenzione delle malattie croniche legate all'obesità costerebbe non più di euro 100 milioni l'anno. Come nel caso della prevenzione dell'obesità, le politiche rivolte a contenere l'abuso di alcol possono portare a una riduzione della spesa sanitaria, e generalmente hanno un rapporto costo-efficacia estremamente favorevole³⁶.

³⁵ Oecd, *Health Statistics 2014*.

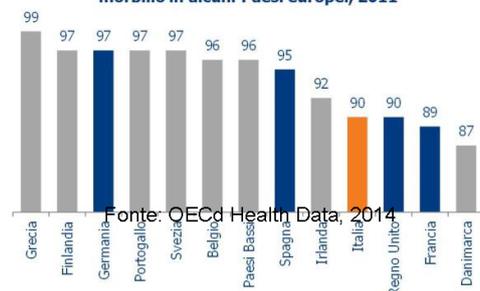
³⁶ Si veda l'audizione del rappresentate dell'Oecd.

Tasso di copertura (%) delle campagne di screening mammografico, 2011



Fonte: OCSE, 2014

Tasso di copertura (%) dei programmi di vaccinazione contro il morbillo in alcuni Paesi europei, 2011



Fonte: OECD Health Data, 2014

Nuovi sforzi in questo settore sono necessari per affrontare l'emergente «epidemia» di malattie croniche e per migliorare la salute della popolazione, oltre che per contribuire alla sostenibilità di medio-lungo termine del sistema sanitario.

19. La sedentarietà in Italia: un fattore di rischio e una fonte di spesa

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la sedentarietà è il quarto fattore di rischio di mortalità al mondo, con forti ricadute sulla salute e sul sistema economico. Contribuisce, insieme ad altri fattori, allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle che gravano sull'apparato cardiovascolare.

Dal punto di vista dell'esercizio fisico, l'Italia presenta una situazione piuttosto insufficiente³⁷.

L'indagine del 2013 dell'Eurobarometro³⁸ rileva per il nostro Paese uno dei più alti livelli di inattività dell'Unione: il 60 per cento degli italiani dichiara di non fare mai sport o attività fisica, a fronte di una media dell'Europa del 42 per cento. La percentuale italiana è inoltre in forte aumento, ben 5 punti sopra al dato rilevato dall'ultima indagine svolta dalla Commissione

³⁷ Fonte: European Commission, *Sport and physical activity*, Special Eurobarometer 412, marzo 2014.

³⁸ L'indagine, effettuata per conto della Commissione europea nei 28 Stati membri tra il 23 novembre e il 2 dicembre 2013, ha visto il coinvolgimento di circa 28.000 rispondenti di diversa estrazione ed origine. L'indagine fa seguito ad analoghe ricerche condotte nel 2002 e nel 2009.

europea nel 2009. Ancora: appena il 3 per cento degli italiani intervistati dichiara di fare sport regolarmente, rispetto a una media dell'Unione europea dell'8 per cento. Un fenomeno comune ad altri Paesi dell'Europa meridionale ma molto lontano dai livelli raggiunti dai Paesi dell'area settentrionale (in Svezia il 70 per cento dei rispondenti afferma di fare ginnastica o sport almeno una volta a settimana). Sempre secondo l'indagine Eurobarometro, la maggioranza degli italiani fanno sport per migliorare la propria salute (55 per cento), per rilassarsi, (44 per cento), per migliorare l'aspetto fisico (33 per cento) e per combattere gli effetti dell'invecchiamento (24 per cento). La causa principale dell'inattività fisica per i cittadini italiani è la mancanza di tempo (40 per cento), seguita dallo scarso interesse verso questa attività (15 per cento), ma anche dai costi troppo elevati per svolgere sport (15 per cento), soprattutto tra le persone con scarse risorse economiche.

Eppure la sedentarietà è un fattore di rischio con importanti conseguenze sulla salute e sulla spesa sanitaria.

Le evidenze scientifiche ad oggi disponibili mostrano chiaramente che una regolare attività fisica di moderata intensità ha notevoli benefici sulla salute generale della persona. L'esercizio fisico non deve essere necessariamente intenso: sono sufficienti 30 minuti di movimento (cammino, nuoto, bicicletta, ecc.) al giorno, per almeno cinque volte a settimana, per godere di molti benefici. In particolare è dimostrato che l'attività fisica regolare:

- riduce il rischio di morte prematura, di morte per infarto o per malattie cardiache,
- riduce il rischio, fino al 50 per cento, di sviluppo di malattie cardiache o tumori del colon,
- riduce il rischio, fino al 50 per cento, di sviluppo del diabete di tipo 2,
- previene o riduce l'ipertensione e l'osteoporosi (fino al 50 per cento in meno del rischio di frattura dell'anca nelle donne),
- riduce il rischio di sviluppo dei dolori alla bassa schiena,
- migliora il tono dell'umore (riducendo i sintomi di ansia, stress, depressione, solitudine),
- previene comportamenti a rischio, specialmente tra i bambini e i giovani,
- riduce il rischio di obesità, con benefici del 50 per cento rispetto a chi ha uno stile di vita sedentario,
- comporta benefici per l'apparato muscolare e scheletrico.

Di fronte a tali evidenze risulta chiaro che devono essere intensificati e resi più efficaci gli sforzi compiuti nel nostro Paese per combattere la sedentarietà e per promuovere l'attività fisica. La collettività ne trarrebbe giovamento non solo in termini di riduzione dei costi della sanità pubblica, di aumento della produttività, di riduzione dell'assenteismo sul lavoro, ma registrerebbe anche una riduzione dei comportamenti a rischio fra i giovani. In quest'ottica sono importanti tutte quelle iniziative volte da un lato a studiare e monitorare la situazione nazionale (come lo studio Passi), dall'altro a promuovere sul territorio attività di prevenzione e pro-

mozione dell'attività fisica. L'obiettivo è trasformare una conoscenza diffusa (sui danni della sedentarietà) in azioni concrete messe in atto dai singoli e dalle comunità, autonomamente, in gruppo o in contesti organizzati.

20. Più sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro rende il sistema più sostenibile

La sicurezza degli ambienti di vita dipende da un sistema integrato di fattori fisici (aria, acqua, suolo, clima) e antropici (urbanizzazione, struttura della popolazione, contesto socioeconomico e culturale, disponibilità di servizi e strutture, sistema produttivo) e di fattori comportamentali che influenzano in maniera significativa lo stato di salute della popolazione.

Lo sviluppo di politiche per la prevenzione e la riduzione delle conseguenze sulla vita e sulla salute, in particolare dei bambini, di un ambiente contaminato, insalubre e poco sicuro può ridurre in modo significativo i costi sociali ed economici (compresi quelli sanitari) che ricadono sulla collettività, in particolare a danno delle persone socialmente più svantaggiate.

Nel nostro Paese si verificano ancora troppo frequentemente eventi largamente prevenibili che comportano perdite di anni di vita e di salute oltre che costi sociali molto elevati. Gli ambiti interessati sono numerosi: siti contaminati da uno sviluppo economico aggressivo e disattento all'ambiente e alla salute³⁹, luoghi di lavoro poco sicuri per la vita e la salute dei lavoratori⁴⁰, capannoni industriali ed edifici pubblici costruiti prima – o a dispetto – delle norme antisismiche⁴¹, edifici scolastici non sottoposti neanche alla normale manutenzione ordinaria, ospedali obsoleti e non a norma con l'antincendio e la sicurezza, insediamenti umani teatro di incidenti domestici⁴² e stradali – prima causa di morte fra i bambini⁴³. Per

³⁹ Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità i siti contaminati sono le aree che ospitano, o hanno ospitato, attività antropiche che hanno prodotto, o possono produrre, contaminazione del suolo, delle acque superficiali o di falda, dell'aria e della catena alimentare, la quale dà luogo, o può dare luogo, a impatti sulla salute umana (World Health Organization, *Contaminated sites and health*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013).

⁴⁰ La sicurezza dei luoghi di lavoro rappresenta un grave problema di salute pubblica. Il nostro Paese. Secondo le statistiche Eurostat l'Italia ha un triste primato: è lo stato europeo con il maggior numero di deceduti durante il lavoro.

⁴¹ I recenti terremoti in Emilia e L'Aquila hanno confermato che edifici obsoleti o costruiti senza il rispetto delle norme crollano come «castelli di sabbia» ai primi movimenti della terra (Osservatorio Indipendente di Bologna morti sul lavoro).

⁴² Gli incidenti domestici sono una importante causa di morbosità e mortalità in Italia. I bambini, in particolare quelli tra 0 e 4 anni, sono insieme agli ultrasessantacinquenni i più esposti, soprattutto quando vivono in famiglie svantaggiate, con un solo genitore o con genitori molto giovani con livello di istruzione basso, in condizioni abitative precarie (ISS, *La prevenzione della salute nelle scuole. Prevenzione degli incidenti stradali e domestici*, Rapporti Istisan 10/3).

⁴³ Gli incidenti stradali rappresentano un serio problema di sanità pubblica nel nostro Paese, con circa 5 mila morti all'anno e 300 mila feriti gravi. Anche solo dal punto di vista dell'utilizzo delle risorse della sanità pubblica, si stima che ogni anno circa un milione e mezzo di persone si rivolga al pronto soccorso per incidente stradale.

non parlare dei fattori di rischio per la salute legati alla povertà e alla precarietà crescente.

Si tratta di temi che la Commissione Igiene e Sanità del Senato ha affrontato in più occasioni, sia all'interno della *Indagine conoscitiva sugli effetti dell'inquinamento ambientale sull'incidenza dei tumori, delle malformazioni feto-neonatali ed epigenetica* sia in occasione di pareri e dibattiti su provvedimenti e interventi in materia di ambiente di vita e di lavoro.

La prevenzione di questi fenomeni deve ritornare al centro delle politiche, e non solo di quelle per la salute, sostenendo e sviluppando le azioni che si sono dimostrate capaci di contribuire a prevenire morti premature, a risparmiare sofferenze e disabilità e a risparmiare risorse.

Anche solo in termini di sostenibilità della spesa sanitaria, la prevenzione presenta diversi vantaggi rispetto agli altri interventi sanitari, il principale dei quali è il fatto che i suoi effetti possono durare indefinitamente. Ridurre gli incidenti stradali permette di evitare gli enormi costi necessari per la cura e la riabilitazione dell'infortunato, costi che spesso si protraggono per la tutta la vita della persona. Bandire un cancerogeno ambientale o occupazionale ha un effetto risolutivo, mentre – senza prevenzione – ad ogni generazione si presentano nuovi malati che richiedono terapie e cure.

E molti interventi che potrebbero favorire la prevenzione di tali fenomeni sono anche in grado di contribuire alla crescita dell'occupazione e all'aumento del reddito.

21. *Sanità a burocrazia zero, per i cittadini e per gli operatori*

La burocrazia, troppo spesso lenta e caotica, è uno dei problemi che minacciano la crescita del nostro Paese. E la sanità non è immune da tale problema.

I componenti della Commissione Igiene e Sanità sono stati in molti casi interessati da segnalazioni di piccole e grandi complicazioni che mettono quotidianamente a dura prova la pazienza dei cittadini e la dedizione degli operatori.

I cittadini trovano spesso difficoltà a ricevere l'assistenza di cui hanno bisogno a causa delle complicate procedure di accesso ai servizi, in molti casi inutilmente intricate oltre che difformi tra le diverse strutture all'interno di una stessa azienda sanitaria o di una stessa regione. Una azione di semplificazione, snellimento e unificazione dei percorsi per ottenere le prestazioni, in particolare per le persone con malattie croniche o non autosufficienti (a partire dagli ausili per l'assistenza a domicilio delle persone non autosufficienti) è un obiettivo perseguibile sin da subito e in gran parte a costo zero.

Un importante contributo può essere fornito dalla informatizzazione e digitalizzazione che deve essere intesa non come una ulteriore fonte di vincoli (quante volte abbiamo sentito indicare – a torto o a ragione – nelle rigidità dei sistemi informativi la causa di inutili complicazioni burocrati-

che), ma come un mezzo per semplificare la vita a tutti coloro che devono contattare i servizi e per risolvere più rapidamente i problemi, oltre che uno strumento a misura di tutti gli operatori. Basta pensare alla semplice possibilità di usare il mezzo informatico per far arrivare a domicilio dei pazienti (o del loro medico) referti, esenzioni, prenotazioni, informazioni sui controlli necessari, messaggi per la verifica dell'aderenza alle terapie, modulo per il pagamento del *ticket*, eccetera. Si tratta di esperienze che si sono dimostrate molto utili, soprattutto per gli anziani, già in uso in alcune realtà e che non necessariamente devono essere rinviate in attesa della realizzazione di più sofisticate tecnologie, dalla cartella clinica informatizzata ai servizi di *e-Health*.

Parallelamente, un progetto volto a migliorare ove necessario i livelli di alfabetizzazione digitale degli operatori, compresa la dotazione di computer fra il personale, e di sviluppo della sanità digitale appare perseguibile sin da subito, anche attraverso l'utilizzo di risorse europee (fondi strutturali, con particolare riferimento alle regioni Convergenza nel quadro delle azioni di «*Procurement Pre-Commerciale*» e di sviluppo dell'Agenda Digitale)⁴⁴, e in prospettiva in grado di autofinanziarsi attraverso un importante recupero di risorse di personale, soprattutto fra le professioni sanitarie. Basti pensare al tempo dedicato dagli infermieri ad attività burocratico-amministrative (trasporto referti, consegna-riciesta farmaci, eccetera): si stima che il tempo dedicato dagli infermieri ad attività assistenziali direttamente a favore dei pazienti è una parte molto limitata dell'impegno lavorativo totale.

Va riconosciuto che la sanità è certamente uno dei settori più informatizzati della pubblica amministrazione, soprattutto in alcune regioni. L'informatizzazione è stata peraltro spesso realizzata a costi elevati, con tempi eccessivi e risultati parziali. Un'oculata accelerazione/revisione dei processi avviati può contribuire a rendere più sostenibile il sistema sanitario non solo attraverso una semplificazione dell'accesso ai servizi, ma anche un miglior utilizzo del personale, un risparmio dalla diffusione dell'*open source*, una maggiore trasparenza delle procedure, un contributo alla sostenibilità ambientale (dematerializzazione dei documenti), lo sviluppo della medicina transfrontaliera, ecc.

La Commissione ritiene inoltre opportuno rimuovere gli ostacoli che finora hanno impedito l'uso incrociato degli archivi informativi, per la valutazione della qualità e della appropriatezza dei percorsi assistenziali e per il controllo della spesa, anche attraverso l'impiego, nell'ambito dei flussi informativi del NSIS, di un codice univoco identificativo, con modalità tecniche rispettose della riservatezza.

Una sfida per qualificare e innovare la sanità, in stretto legame con i processi di innovazione tecnologica.

⁴⁴ Consiglio dell'Unione Europea, *Processo di riflessione su sistemi sanitari moderni, adeguati e sostenibili*, SAN 531, dicembre 2013.

22. *Spendere meno o spendere meglio?*

Il difficile momento che sta attraversando il nostro Paese può offrire un contesto favorevole per consolidare o promuovere interventi di miglioramento dell'appropriatezza delle cure.

Si tratta di evitare che la revisione della spesa sanitaria sia finalizzata solo al contenimento dei costi e di orientare, invece, gli interventi in modo da promuovere i trattamenti sanitari in grado di produrre salute al minor costo.

In un settore, come quello sanitario, nel quale le prestazioni «futili», quelle cioè che danno benefici scarsi o addirittura nulli, rappresentano una quota non marginale della spesa, la revisione della spesa dovrebbe essere realizzata innanzi tutto attraverso una attenta revisione delle prestazioni erogate (e dell'assistenza offerta), anziché attraverso il blocco delle assunzioni o la minimizzazione dei prezzi unitari di acquisto dei singoli beni utilizzati nei percorsi di cura. Acquistare a prezzi minimi è certamente importante, ma ancora più importante, soprattutto in un settore complesso e altamente specialistico come la sanità, è acquistare (ed erogare) solo ciò che produce salute, ovvero solo ciò che rappresenta la soluzione terapeutica e tecnologica più appropriata e che garantisce maggiore sicurezza per il paziente. Perché un ricovero ospedaliero inappropriato è uno spreco anche se prodotto nel modo più efficiente possibile e nell'ospedale più moderno del mondo! Inoltre, come discusso anche nel corso delle audizioni della Commissione⁴⁵, il ricorso a procedure volte ad abbattere i prezzi di acquisto rischia di non risultare compatibile con il mantenimento di una adeguata qualità dell'offerta, perché può portare, soprattutto in ambiti specialistici e personalizzati, al livellamento e alla standardizzazione della gamma di prestazioni offerte e perché costituisce un freno all'innovazione e alla ricerca del settore⁴⁶.

Il nostro Paese ha sempre prestato particolare attenzione all'appropriatezza – clinica e organizzativa – degli interventi⁴⁷. Molto resta tuttavia ancora da fare⁴⁸. Si tratta di consolidare in tutte le regioni le iniziative già avviate e di svilupparne altre, nella consapevolezza che esse possono con-

⁴⁵ Si vedano le audizioni di Assobiomedica, Age.Na.S e FIASO.

⁴⁶ Nel corso delle audizioni è stato anche sottolineato come il crescente ricorso a procedure di acquisto centralizzate possa portare alla creazione di situazioni oligopolistiche e a una contrazione del mercato.

⁴⁷ I dati sui tassi di ricovero impropri per alcune patologie croniche (di cui al precedente paragrafo 9) non sono che uno dei tanti indicatori reperibili nella letteratura internazionale. Più in generale si vedano le stime delle «*morti potenzialmente evitabili attraverso interventi sanitari tempestivi e appropriati*»: fra i 27 paesi europei, l'Italia occupa il terzo posto (dopo Francia e Islanda) per il minor numero di morti evitabili (Gay J.G., Paris V., Devaux M., de Looper M. (2011), *Mortality amenable to health care in 31 Oecd countries*, Oecd Health Working Papers, n. 55).

⁴⁸ Valga per tutti il ricorso al parto cesareo che nel nostro Paese è pari al 35,3 per cento dei nati vivi, contro il 30,2 della Germania e il 20,8 della Francia (Ocse, Health at a Glance, 2017).

tribuire al controllo della spesa in modo duraturo, per quanto più difficili da realizzare e con effetti meno immediati.

A tal fine è importante che gli interventi siano progettati avendo chiari i fini da raggiungere.

Ad esempio, il superamento dei piccoli ospedali per acuti (più diffusi in Italia che in altri Paesi) è un intervento di miglioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza, non un semplice risparmio di risorse. Esistono robuste evidenze che modesti volumi di attività sono correlati a un peggior esito dei trattamenti. Puntare tutto sulla salute e non solo sui costi è l'unica strategia vincente. Adottare strategie di comunicazione, in grado di far capire al pubblico e ai pazienti il guadagno di salute conseguente alle iniziative di riqualificazione dell'assistenza è fondamentale.

A tale proposito si richiamano alcune esperienze in corso (dal Regno Unito all'Australia) note sotto la generica espressione di «*disinvestment*» e che comprendono un'ampia gamma di azioni che vanno dal disinvestimento totale (abbandono di interventi di sicura inefficacia o di incerta sicurezza) al disinvestimento parziale (riduzione dei finanziamenti assegnati a interventi ritenuti poco costo-efficaci) e alla promozione di scelte di efficacia dimostrata (rimodulazione dei consumi a favore di interventi a maggior costo-efficacia). Non si tratta di ipotesi facilmente liquidabili come teoriche o irrealizzabili: la loro fattibilità richiede un metodo fortemente orientato all'operatività (e perseguito con determinazione), il coinvolgimento di professionisti e di cittadini (nella individuazione delle procedure, nel trasferimento nella pratica clinica e nell'informazione alla popolazione), un forte impegno della politica (che dovrebbe sostenere in prima persona i progetti, ed astenersi dall'interferire a difesa di specifici interessi, locali e non). Insomma molto pragmatismo e orientamento alla salute, più che ai costi.

Iniziative di questo tipo avrebbero fra l'altro il merito di favorire la transizione dal tradizionale approccio, proprio dei nostri sistemi sanitari, al diritto alla prestazione, al più moderno orientamento che privilegia il riconoscimento del diritto del consumatore ad essere tutelato anche in termini di disponibilità di informazioni chiare e complete sull'utilità e sui costi delle diverse prestazioni sanitarie.

Una iniziativa suggestiva è il programma «*Choosing wisely*» (scegliere con saggezza⁴⁹), il quale si ispira al concetto di *valore* elaborato nell'ambito della *National Quality Strategy* del Dipartimento della Salute del Governo federale USA: le prestazioni caratterizzate da un alto valore sono quelle in grado di produrre i migliori risultati in termini di salute, per gli individui e per la popolazione, ai costi più bassi. Interpretare la dimensione *qualità* e la dimensione *costi* in modo sinergico e interdipendente, e non in modo indipendente o contrapposto, aiuta a differenziare le prestazioni sanitarie che forniscono un significativo valore individuale e sociale, da quelle che forniscono un valore marginale o nullo, e a rendere più so-

⁴⁹ <http://choosingwisely.org>

stenibile il sistema, in termini economici e di fiducia dei cittadini. Si tratta di iniziative appena avviate, ma estremamente utili dal punto di vista metodologico per comprendere dove e come sarebbe possibile migliorare l'assistenza senza aumentare la spesa.

Il programma *Choosing wisely* sviluppa valutazioni di test diagnostici o procedure terapeutiche di uso frequente la cui necessità è considerata dubbia o discutibile (in specifiche condizioni), producendo un insieme di raccomandazioni argomentate, quali ad esempio «non è utile effettuare un elettrocardiogramma ogni anno, né qualsiasi altro screening cardiologico, in pazienti a basso rischio senza sintomi»; oppure, «non è utile prescrivere antibiotici per sinusiti acute di severità media o moderata, salvo che i sintomi non permangano per sette o più giorni». Come recita uno dei video divulgativi del programma, «Può sembrare pazzesco, ma fare meno è a volte meglio. Ci sono esami, trattamenti, farmaci e procedure che proprio non ti servono, mentre alcuni sono molto utili, altri possono essere inutili».

L'iniziativa appare di grande interesse per il nostro Paese anche in ragione dell'enorme variabilità nel ricorso alle prestazioni diagnostiche e al diffuso ricorso a procedure soprattutto ad alto costo, fra i nostri assistiti⁵⁰. Iniziative simili, per ora limitate ma promettenti, sono state avviate anche in Italia⁵¹.

Al riguardo, pare importante che anche il nostro Paese si doti di un vero e proprio progetto nazionale di *Health Technology Assessment*, in grado di supportare le decisioni cliniche e manageriali su tutto il territorio nazionale e sostenere tutte le regioni, sulla base di consolidate metodologie internazionali. Un modo per reagire alla crisi mettendo al centro l'appropriatezza, l'innovazione e la sicurezza. Fondamentale a tal fine il supporto dei livelli decisionali più elevati della politica.

Altrettanto importante potenziare le iniziative di valutazione della qualità dell'assistenza, anche attraverso l'implementazione del «Piano nazionale esiti», da mettere a disposizione dell'utenza e della stessa amministrazione della sanità.

Il risultato cui si può giungere è *spendere meglio* e, quindi, spesso anche *spendere meno*.

In breve, è necessario perseguire obiettivi di miglioramento del funzionamento della sanità, e non solo obiettivi di contenimento della spesa; obiettivi di contenimento degli sprechi e non solo di spostamento di parte della spesa dal pubblico al privato.

⁵⁰ L'Italia ha una delle più alte dotazioni al mondo di RMN (28,2 per milione di abitanti, contro 12,6 in Francia) e di CT scanner (33,3 per milione di abitanti, contro 16,6 in Francia). Le statistiche Oecd non riportano per l'Italia il tasso di utilizzo, ma è verosimile che sia relativamente elevato (Oecd, *Health at a Glance*, 2017).

⁵¹ Si veda ad esempio il progetto «Scegliere con saggezza. Fare di più non significa fare meglio» di *Slow medicine* (www.slowmedicine.it).

23. *Riqualificare la spesa*

Gli interventi di riqualificazione della spesa non sono solo complessi da realizzare ma richiedono anche una attenta gestione della transizione durante la loro implementazione per evitare che si trasformino in un *boomerang* per i cittadini.

Una riduzione della spesa sanitaria a carico del finanziamento pubblico (a prescindere dal fatto che si tratti di servizi prodotti da strutture pubbliche o private) potrebbe consentire un risparmio per le finanze pubbliche, ma non è detto che costituisca anche un risparmio per le famiglie. Affinché si tratti di un vero risparmio per le famiglie è necessario che si verifichino alcune condizioni: che la riduzione della spesa sanitaria sia frutto di una attenta selezione delle voci da tagliare (potremmo parlare dell'*arte di tagliare i diamanti*) e che i cittadini non siano costretti (o indotti) a sostituire i minori servizi pubblici con altrettanti servizi privati (il cosiddetto *effetto sostituzione*). Ovvero che si tagli solo il superfluo (ancora presente nel nostro sistema, nonostante la sua riconosciuta sobrietà) e che il superfluo non venga riproposto come necessario (dalla pressione dei vari gruppi di interesse).

L'attuazione dei nuovi LEA (di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017) è ormai una necessità, in tutto il territorio nazionale. Insieme ai LEA, è urgente una revisione del sistema dei *ticket* e delle esenzioni che dovrebbero tener conto delle «reali» condizioni di capacità di spesa del cittadino.

Approfondiamo alcuni aspetti sotto il profilo economico e di *policy*.

La prima condizione è qualcosa di più della semplice rinuncia ai consueti tagli lineari. Dopo le notevoli restrizioni degli ultimi anni, si tratta di mettere in pratica l'*arte di tagliare i diamanti*, un'operazione delicata e difficile non solo perché, come per i diamanti, eventuali errori porterebbero alla perdita di un bene prezioso (la salute), ma anche perché un intervento grossolano (con un colpo di martello) non farebbe che ridurre il valore delle prestazioni prodotte. Come per il taglio di un diamante, bisognerà tenere conto delle proporzioni del taglio (evitando interventi che squilibrino il *mix* dei fattori produttivi: la carenza di una particolare professionalità o di uno specifico presidio sanitario è in grado di bloccare l'intera attività di un reparto), della forma del taglio (prevedendo una adeguata flessibilità a livello locale ed evitando tagli che ricadono su altri settori e sul futuro), della lucentezza (la trasparenza è un valore anche per la sanità!), della caratura (attività di altissimo valore vanno affidate a tagliatori particolarmente esperti: cancelleria e valvole cardiache non possono essere trattate allo stesso modo) e dell'ambito di intervento (le priorità non devono essere condizionate dalle resistenze al cambiamento: intervenire dove le resistenze sono più forti può essere più difficile, ma può produrre risultati più duraturi, anche in termini di sgretolamento di eventuali privilegi). Tagliare la spesa con cura, come si farebbe per estrarre il diamante da una pietra grezza, consente di eliminare ciò che è inutile e man-

tenere intatto (o addirittura riqualificare) ciò che serve. Ma colpire solo sprechi, inefficienze e inappropriately, senza ridurre l'offerta di servizi essenziali per la tutela della salute, non è semplice: non è facile infatti separare l'essenziale dal ridondante, l'innovazione dal *marketing*, i fabbisogni dalle rendite di posizione, i diritti degli operatori dalla difesa delle corporazioni, eccetera. Se si riduce anche il necessario, i cittadini sono costretti ad acquistare i servizi a proprie spese e quindi ciò che (eventualmente) risparmiano dalla riduzione del prelievo fiscale va destinato all'acquisto delle stesse prestazioni nel mercato privato. Un'operazione che ben che vada è a saldo zero.

Ma gli effetti non si limitano solo a quelli diretti sui consumi delle famiglie. Essi possono prodursi anche indirettamente attraverso le reazioni dell'insieme dei produttori di prestazioni sanitarie, che tentano di recuperare per altra via quelle quote di mercato che il sistema pubblico ha cercato faticosamente di tagliare. E qui la questione diventa ancora più complessa. Perché il contenimento della spesa è comunque destinato a produrre una riduzione del fatturato complessivo e dell'occupazione dell'industria della salute. Il che produce resistenze, compatta ostilità, inasprisce il dissenso, mobilita la peggiore politica. Per evitare una possibile riduzione del proprio mercato gli interessati possono reagire tentando di spostare le fonti di finanziamento del proprio fatturato, dal pubblico al privato, vanificando così le opportunità di risparmio per le famiglie. Ciò richiede una attenta valutazione della condizione dei settori o dei territori che rischiano di essere più colpiti. E siccome le inefficienze si annidano soprattutto nelle realtà più critiche (le regioni meno robuste sotto il profilo del governo della sanità sono anche quelle in cui l'economia è più fragile) la revisione della spesa rischia di produrre effetti negativi sull'occupazione e sul reddito proprio là dove le alternative sono meno immediate. Più in generale, la riduzione di sprechi e inefficienze produce (quando concretamente attuata) effetti sul livello dell'occupazione più rapidi e concentrati degli effetti che potrebbero essere prodotti dal risparmio pubblico (inevitabilmente meno immediati e più frammentati). Anche perché il ricatto occupazionale viene utilizzato dal mondo produttivo – spesso addirittura in via preventiva – per evitare ogni operazione di revisioni della spesa che possa incidere sul fatturato dello stesso.

Ma c'è di più. La razionalizzazione della spesa si scontra non solo con la comprensibile difesa di (legittimi) interessi di parte, ma anche con «centri di potere» troppo spesso co-responsabili di fenomeni corruttivi e di condizionamenti impropri, compresi quelle della criminalità organizzata, sempre più diffusamente infiltrata – ad esempio – negli appalti di servizi e nell'edilizia sanitaria. Una situazione che solleva ombre sulla sostenibilità futura della sanità pubblica su aspetti ben più rilevanti di quelli meramente economico-finanziari perché attiene al recupero di valori etici e sociali che non possono essere circoscritti al solo ambito sanitario.

Concludendo, quando la revisione della spesa si concentra solo sugli sprechi, sulle inefficienze e sulle prestazioni con un rapporto costo-efficacia sfavorevole, allora si genera un vero risparmio non solo per le finanze pub-

bliche ma anche per le famiglie, a parità di bisogni soddisfatti e senza alcun danno per la salute dei cittadini. Si tratterebbe di un vero miglioramento del benessere della collettività con un solo rilevante problema da gestire, legato alla fase di transizione, quello delle ricadute sull'occupazione dei settori produttivi di tali prestazioni e della gestione della maggiore pressione dei responsabili di tali attività sui decisori politici (il maggior rischio di «cattura del regolatore» quando il sistema è condizionato da interessi costituiti). La sottovalutazione di tali aspetti è spesso la causa dell'insuccesso di molti interventi teoricamente disegnati in modo adeguato.

In caso contrario, ovvero quando i tagli vanno oltre il superfluo o il superfluo viene riproposto con forza nel mercato privato, i presunti effetti positivi della riduzione della spesa sanitaria si trasformerebbero in un aumento della spesa privata, senza alcun vantaggio per il cittadino.

Le strategie di riqualificazione della spesa e dell'assistenza sanitaria non possono infine prescindere, soprattutto in questo particolare momento storico, da una attenta valutazione delle politiche del farmaco attualmente in atto, in particolare con riguardo ai farmaci innovativi ad elevato costo il cui impiego pone problemi economici, clinici, organizzativi ed etici del tutto nuovi. La Commissione, nel quadro di una non più rinviabile riforma della *governance* del settore, ritiene necessario garantire un accesso tempestivo alle terapie innovative che risultino avere un favorevole rapporto costo-efficacia, assicurare uniformità di accesso in tutto il territorio nazionale, definire criteri di rimborsabilità correlati a *end point* clinicamente significativi, porre in essere strategie di negoziazione sulla base del valore terapeutico aggiuntivo – anche con il coinvolgimento dell'Agenzia europea per i medicinali (EMA), assicurare attività di *reporting* periodico sui sistemi di pagamento condizionato, garantire politiche in favore della trasparenza delle procedure e promuovere la ricerca indipendente nel rispetto della normativa vigente.

La Commissione osserva altresì che l'eccessiva produzione normativa (statale e regionale, regolatoria e regolamentare) rischia di determinare – unitamente alla progressiva riduzione dei tetti di spesa – un ulteriore indebolimento strutturale ed economico dell'intera filiera del farmaco (produzione, distribuzione e dispensazione), con ricadute negative sull'efficienza della rete assistenziale e sugli investimenti in ricerca, innovazione e sviluppo e conseguente pregiudizio per l'occupazione e il Pil.

24. Più attenzione a legalità e trasparenza

In tutto il mondo, il settore sanitario è considerato uno dei più esposti al rischio di illegalità e scarsa trasparenza (dovuta in gran parte a *gap* informativi che ci sono ancora oggi). Le notevoli dimensioni della spesa, la diffusione delle asimmetrie informative, l'incertezza e l'imprevedibilità della domanda, la necessità di complessi sistemi di regolazione non sono che alcuni dei fattori che rendono la sanità un terreno particolar-

mente fertile per abusi di potere, interessi privati, guadagni indebiti, distrazioni di risorse, frodi, comportamenti opportunistici e corruzione. Si tratta di un variegato insieme di azioni, di non facile individuazione, tutte caratterizzate da differenti forme di abuso di posizioni di potere per scopi privati.

Le forme e l'intensità del fenomeno si differenziano a seconda del livello generale di integrità presente nei diversi Paesi e dello sviluppo del sistema di tutela della salute ed assumono dimensioni sempre più preoccupanti anche nei Paesi più evoluti.

Per quanto invisibile, la letteratura specialistica fornisce da tempo stime sul fenomeno della corruzione in sanità. Negli Stati Uniti, una quota variabile fra il 5 per cento e il 10 per cento della spesa sostenuta dai programmi pubblici Medicare e Medicaid è assorbita da frodi ed abusi. La Rete europea contro le frodi e la corruzione nel settore sanitario⁵², un'organizzazione cui l'Italia non ha ancora aderito, stima che in Europa circa il 6 per cento del *budget* per la sanità sia assorbito dalla corruzione.

Il tema merita attenzione anche perché nel settore sanitario la corruzione produce effetti non solo economici (in particolare sulle finanze pubbliche), ma anche sulla salute delle popolazioni: riduce l'accesso ai servizi, soprattutto fra i più vulnerabili; peggiora in modo significativo – a parità di ogni altra condizione – gli indicatori generali di salute ed è associata a una più elevata mortalità infantile. Più in generale, le varie forme di illegalità messe in atto nel settore sanitario non si limitano a sottrarre risorse ai programmi di assistenza, ma minano la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone. Per tale ragione il contrasto della corruzione nel settore sanitario deve costituire un impegno prioritario per i responsabili delle politiche pubbliche, soprattutto in un momento in cui le istituzioni sono percepite come molto lontane dai loro problemi quotidiani dai cittadini.

Nonostante la crescente preoccupazione, l'Italia non ha ancora dedicato adeguata attenzione alla corruzione, né a livello generale né nel settore sanitario. Alcune importanti evidenze provengono da commissioni di inchiesta, atti giudiziari e rapporti degli organi di controllo, mentre solo più recenti sono alcune iniziative di approfondimento di caratteristiche, cause, rimedi ed effetti degli illeciti nei diversi settori della sanità⁵³. Ad esempio la Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia e sulle altre associazioni criminali, anche straniere segnala come l'opacità dei bilanci e dei sistemi di controllo e la confusione amministrativa facilitano la nascita di interessi illeciti e di collusioni fra criminalità e sistema sanitario.

⁵² Si veda ad esempio EHFCN [2010], *Cutting out fraud could pay for over 3,500 new healthcare clinics in Europe every year*, (www.ehfcn.org)

⁵³ Si veda il recente progetto *Illuminiamo la salute*, un'iniziativa di quattro organizzazioni che hanno deciso di unire le rispettive esperienze e competenze per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità nel sistema dei servizi sanitari e sociali, consapevoli che opacità e illegalità minano alla base la coesione sociale (www.illuminiamolasalute.it).

Tra le aree più a rischio, la selezione del personale (fortemente esposta alle spinte clientelari), la gestione degli accreditamenti e la fornitura di prestazioni (sovrapprestazioni, fatturazione di prestazioni non necessarie, ecc.), l'acquisto di beni (dalle modalità di selezione del fornitore fino ai pagamenti), i contratti di opere e lavori, i prestiti finanziari, le sperimentazioni dei farmaci, eccetera.

Le iniziative in corso presso le aziende sanitarie, anche in attuazione delle recenti normative in tema di trasparenza e lotta alla corruzione, impongono un approccio che in nessun caso deve limitarsi a un mero adempimento burocratico ma deve porsi l'obiettivo di aumentare il livello di integrità in tutte le aree della sanità pubblica e privata, anche a difesa della sostenibilità del sistema sanitario.

25. *Le performance dei sistemi sanitari regionali*

I sistemi sanitari regionali registrano rilevanti differenze di qualità ed efficienza rispetto alla garanzia dei LEA, il che solleva problemi di equità tra le diverse regioni, alcune delle quali non raggiungono i livelli qualitativi minimi delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini.

In base alla valutazione per l'anno 2014 dei LEA nelle regioni italiane⁵⁴, elaborata dal Ministero della salute, risultano adempienti tutte le regioni ad esclusione di Molise, Campania e Calabria (in chiaro nella tabella) che, non raggiungendo il punteggio di 160 (soglia di adempienza), si collocano nella classe «adempiente con impegno». Tali regioni dovranno assolvere gli impegni relativi al miglioramento di alcune aree dell'assistenza tra cui, in particolar modo, quelle delle vaccinazioni, degli *screening*, dell'assistenza agli anziani ed ai disabili, dell'appropriatezza nell'assistenza ospedaliera (es. parti cesarei). Per queste regioni, il monitoraggio delle criticità è effettuato nell'ambito degli obiettivi previsti dal Piano di rientro⁵⁵.

Nessuna regione risulta nel 2014 «inadempiente» (ovvero con un punteggio inferiore a 130 – in scuro nella tabella).

Tra le regioni *best performer* nella graduatoria nazionale 2014 si segnalano: Toscana (con 217 punti), Emilia Romagna (che perde il primato raggiunto nel 2012, ma mantiene un punteggio superiore a 200 punti), il Piemonte (con 200 punti, in netto miglioramento) e la Liguria (con 194 punti, in netto miglioramento).

⁵⁴ Al monitoraggio dei LEA non partecipano le Regioni Valle d'Aosta, Sardegna, Friuli-Venezia Giulia e le Province di Trento e Bolzano.

⁵⁵ Ministero della Salute, *Adempimento mantenimento dell'erogazione dei Lea attraverso gli indicatori della griglia Lea, Metodologia e risultati dell'anno 2014*, Giugno 2016.

Monitoraggio Lea, Punteggi regionali Griglia LEA, Trend 2012-2014

Regione	2012	2013	2014
Toscana	193	214	217
Emilia R.	210	204	204
Piemonte	186	201	200
Liguria	176	187	194
Lombardia	184	187	193
Marche	165	191	192
Umbria	171	179	190
Veneto	193	190	189
Basilicata	169	146	177
Sicilia	157	165	170
Lazio	167	152	168
Abruzzo	145	152	163
Puglia	140	134	162
Molise	146	140	159
Campania	117	136	139
Calabria	133	136	137
Regioni non in PdR (punteggio medio)	183	187	195
Regioni in PdR (punteggio medio)	149	152	162

Fonte: Ministero della Salute – giugno 2016

Analizzando il *trend* 2012-2014 relativamente ai punteggi della griglia LEA, emerge che nel triennio, aumenta il numero di regioni «adempienti» (10 nel 2012, 9 nel 2013 e 13 nel 2014) mentre si azzerava il numero delle regioni nella classe «critica» (ossia con punteggio < 130). Si segnala, in particolare, il netto miglioramento di Basilicata, Lazio, Abruzzo e Puglia che nel 2014 transitano dalla classe «adempiente con impegno» a quella «adempiente».

Per valutare il livello qualitativo dell'erogazione dei LEA nelle regioni in Piano di rientro, è possibile esaminare gli indicatori forniti dal Sistema informativo sanitario con riferimento alle dimensioni dell'assistenza ospedaliera, dell'emergenza urgenza, dell'assistenza territoriale e della prevenzione, anche seguendo l'analisi della Corte dei conti⁵⁶.

Guardando agli indicatori relativi ai tassi di ospedalizzazione, quasi tutte le regioni rispettano il parametro di riferimento (tasso standardizzato ≤ 160 per 1000 residenti), con un diffuso miglioramento tra il 2009 e il 2015. Tra i valori più contenuti quelli di Lombardia (127), Veneto (122) e Toscana (125) e, tra le regioni in Piano, della Sicilia, dove l'indicatore ha segnato un'ulteriore contrazione nel 2015 (123); mentre continuano a superare la soglia il Molise e la Campania. Prosegue inoltre la riduzione del tasso di ospedalizzazione della popolazione ultra settantacinquenne.

⁵⁶ Si veda: Corte dei Conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica*, aprile 2017.

Un indicatore di appropriatezza nell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica è dato dalla degenza media pre-operatoria (valore medio nazionale 1,71 giorni): in tutte le regioni in Piano di rientro, l'indicatore risulta superiore alla media nazionale ancorché in lieve miglioramento.

Per quanto riguarda la dotazione di posti letto (valore di riferimento 3,7 per mille abitanti), continuano ad avere una dotazione superiore alla soglia, il Piemonte (con 3,95 posti letto), e il Molise (4,55 posti letto).

La mobilità passiva extra-regionale (misurata dall'incidenza dei ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri per acuti in regime ordinario) ha evidenziato un aumento tra il 2009 e il 2015, passando dal 7,3 per cento all'8 per cento a livello nazionale.

La Corte dei conti segnala, inoltre, il persistere di gravi *deficit* negli indicatori ricadenti nell'ambito della qualità e sicurezza assistenziale.

Perdura ad esempio un ricorso eccessivo al taglio cesareo nei parti primari specie nelle strutture che eseguono un numero inferiore a 1.000 unità (con punte superiori al 48 per cento in Campania e intorno al 30 per cento in Puglia, Sicilia, Abruzzo e Lazio). In tutte le regioni in Piano (escluse Piemonte, Abruzzo e Molise) significative criticità emergono inoltre nell'erogazione di servizi afferenti l'area della prevenzione, con particolare riferimento all'area degli *screening* oncologici.

Nell'area della rete dell'emergenza territoriale, l'indicatore (tempo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della centrale operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso) è maggiore della soglia di adeguatezza (≤ 18) in Abruzzo (21 minuti), Molise (22), Calabria (22), Campania (19) e Puglia (19).

Sul fronte dell'assistenza territoriale, la dotazione di posti letto nelle strutture residenziali per anziani risulta inferiore al limite stabilito (10 posti letto ogni 1.000 anziani) nelle regioni del Mezzogiorno. Al contrario, Piemonte, Lombardia e Veneto contano circa 27 posti letto per 1.000 anziani. Critica la quota di anziani assistiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) (inferiori al limite in Calabria) e la dotazione di posti in strutture *hospice* (livelli insufficienti in Campania, Calabria, Sicilia e Piemonte).

Più in generale, nel corso delle audizioni si è più volte osservato come i Piani di rientro abbiano avuto una connotazione eccessivamente economicistica, mentre avrebbero dovuto incidere anche sul riordino dei servizi; il solo controllo dei fattori di spesa non sempre sortisce effetti positivi in ambito sanitario. Per questa ragione, è stata suggerita una revisione della natura dei Piani di rientro, attraverso un recupero della centralità delle politiche sanitarie⁵⁷.

Infine si deve considerare che le regioni – in particolar modo quelle del Mezzogiorno – costrette ad aumentare le aliquote per ripianare i *deficit* della sanità sono esposte ad un maggior rischio di deprimere ulteriormente la propria economia.

⁵⁷ Si veda a tale proposito anche l'audizione dell'Age.Na.S..

Per favorire la sostenibilità del SSN è auspicabile quindi promuovere la capacità delle regioni di raggiungere obiettivi non solo strettamente finanziari, ma anche di riqualificazione dei servizi.

26. *Cronicità e long term care: problemi aperti ed esperienze regionali*

Se nei prossimi anni la domanda di servizi socio-sanitari e la relativa spesa pubblica e privata saranno destinate ad aumentare, ciò sarà vero soprattutto per l'erogazione di servizi di assistenza continuativa (*long-term care*).

L'Italia non ha ancora colmato il *gap* che la separa dal resto dell'Europa in merito all'offerta di servizi e strutture per il *long term care*, evolvendo allo stesso tempo verso maggiori *standard* di efficacia e garantendo la sostenibilità finanziaria delle cure⁵⁸.

Nel nostro Paese, in più della metà dei casi (64 per cento) è la famiglia ad occuparsi della cura e dell'assistenza della persona anziana affetta da patologie croniche⁵⁹. Non a caso, l'Italia è il Paese dell'area OCSE con la più elevata percentuale di familiari che prestano assistenza a persone anziane o disabili in modo continuativo. Le famiglie devono così provvedere all'anziano in modo autonomo, ricorrendo al supporto informale dei figli (89 per cento dei casi) e/o di assistenti familiari (il 60 per cento ricorre alle cosiddette «badanti»): ciò comporta un impegno in termini di tempo e di risorse finanziarie, senza contare che spesso le famiglie sono costrette ad assumere le badanti attraverso canali «informali», spesso con forme diffuse di irregolarità lavorativa e senza garanzie sulla loro professionalità e affidabilità.

Si tratta di una prospettiva che richiede un rafforzamento del ruolo della prevenzione, una profonda integrazione socio-sanitaria, una rimodulazione dell'offerta assistenziale a favore del mantenimento della persona al proprio domicilio. In tal senso, la riorganizzazione della rete ospedaliera dovrebbe accompagnarsi al potenziamento di strutture di degenza post-acuta e di residenzialità, ad uno sviluppo dell'assistenza territoriale che agevoli la dimissione al fine di minimizzare la degenza non necessaria, favorendo contemporaneamente il reinserimento nell'ambiente di vita e il miglioramento della qualità dell'assistenza.

L'assistenza e la cura delle persone non autosufficienti, in particolare anziani e disabili, costituisce oggi uno degli aspetti più urgenti su cui intervenire.

Il nostro Paese non dispone di una vera e propria politica nazionale per la non autosufficienza: manca un «modello» coerente di sostegno alle persone non autosufficienti e mancano adeguati finanziamenti del relativo Fondo nazionale.

⁵⁸ Si veda in proposito l'audizione di Franco Sassi dell'Oecd.

⁵⁹ Indagine condotta da CnAMC e Cittadinanzattiva nell'ambito del «XII Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità», ottobre 2012.

Le politiche sono sviluppate dalle singole regioni nelle quali si osservano modelli assistenziali molto diversi, che vanno dalla residenzialità avanzata (Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta), alla elevata intensità assistenziale domiciliare (Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia), al modello «*cash-for-care*» (diffuso soprattutto nel Mezzogiorno, caratterizzato da un elevato tasso di beneficiari dell'indennità di accompagnamento), a varie tipologie di modelli misti⁶⁰.

	Fondo Non Autosufficienza (milioni di euro)
2008	300
2009	400
2010	400
2011	100*
2012	0
2013	275
2014	350°

* quota destinata esclusivamente alle persone affette da SLA

° di cui 75 per assistenza domiciliare disabilità gravi

Anche i finanziamenti sono lasciati alla discrezionalità (e alle possibilità) delle singole regioni.

Le alterne vicende del Fondo nazionale per la non autosufficienza (passato da 400 milioni nel 2010 a zero nel 2012 e poi ripristinato sull'onda delle proteste dei malati di Sla) costituisce un grave pregiudizio per il benessere delle persone e non rappresenta un vero risparmio per il bilancio pubblico. La riduzione degli interventi rischia infatti di spingere le persone non autosufficienti a chiedere assistenza negli ospedali e nelle strutture sanitarie, scaricando sulla sanità pubblica oneri consistenti che potrebbero essere evitati o comunque ridimensionati con l'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale socio-sanitaria.

La Commissione ha a lungo discusso e conviene sulla necessità di potenziare l'assistenza domiciliare in tutte le sue forme in una logica di riorganizzazione delle cure primarie a carattere multidisciplinare e connotata da forte integrazione socio-sanitaria.

Senza contare che un sostegno al lavoro di cura potrebbe produrre importanti effetti sulla occupazione di molti territori.

Ma il lavoro di cura soffre della scarsa considerazione che la cultura prevalente e il mercato del lavoro ripongono in tutti i lavori volti alla cura delle persone fragili. Ne discende un maltrattamento (non solo economico) del lavoro di cura, da cui una scarsa offerta da parte dei giovani (anche in

⁶⁰ Si veda: NNA – Network Non Autosufficienza, «4° Rapporto sull'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Tra crisi e ripartenza», 2013.

settori ad alta potenzialità di occupazione), una frequente violazione dei contratti di lavoro (anche nel terzo settore), un'inosservanza delle tutele dei lavoratori, una diffusa bassa qualificazione degli operatori. Il fenomeno appare particolarmente preoccupante non solo perché incide in un settore che dovrebbe essere sempre più sostenuto, nell'interesse delle persone in difficoltà, ma anche perché produce una perdita di opportunità lavorative che peggiora la situazione di molte realtà territoriali. È pertanto necessario attivare politiche volte a dare dignità a tutti i lavori di cura, dal punto di vista sociale e professionale, promuovendo l'immagine del lavoro di cura, intervenendo sulle gare al ribasso, monitorando il rispetto dei contratti di lavoro (pena, ad esempio, l'esclusione dall'albo dei fornitori accreditati), promuovendo forme di qualificazione professionale, eccetera.

Come già detto, andrà valutato l'eventuale sviluppo di specifici strumenti di sanità integrativa che possano contribuire a sostenere le famiglie e le amministrazioni pubbliche nel superamento delle criticità attualmente riscontrate.

27. *Il Piano nazionale della Cronicità: una nuova cultura e nuovi scenari*

Nel 2016 la Conferenza Stato regioni ha approvato in via definitiva il *Piano nazionale della Cronicità* il cui obiettivo è «contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendo il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini»⁶¹.

Il Piano promuove una «nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti» e indica alcune parole chiave capaci di indirizzare le attività verso nuovi approcci e nuovi scenari:

- la salute «possibile» e la malattia *vissuta*, con al centro la persona e non solo il caso clinico,
- l'analisi integrata dei bisogni globali del paziente e delle risorse del contesto ambientale,
- l'accompagnamento e non solo la cura,
- il mantenimento e la co-esistenza, e non solo la guarigione,
- l'approccio multidimensionale e di *team*, e non solo la relazione medico-paziente,
- *l'empowerment*, inteso come abilità a «fare fronte» e sviluppo di capacità di autogestione,
- la costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati e dinamici e il superamento di un'assistenza basata unicamente sull'erogazione di prestazioni, occasionale e frammentaria,

⁶¹ Ministero della Salute, Piano nazionale cronicità, 2016.

– la presa in carico pro-attiva ed empatica, e la definizione di un Patto di cura con il paziente e i suoi *caregivers*.

Il documento affronta gli elementi chiave per la gestione delle cronicità, individua le diverse fasi del processo di gestione della persona con cronicità, fornisce indicazioni per le principali malattie croniche nell'età evolutiva e fra gli adulti e prevede il monitoraggio del Piano stesso.

«Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi socio-sanitari.

Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.).

La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, dando talvolta origine a soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria e rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura (...).

In tale concezione, le cure primarie costituiscono un sistema che integra, attraverso i Percorsi Diagnostico- Terapeutico-Assistenziali (PDTA), gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità (welfare di comunità). La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni «globali» e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi Caregiver di riferimento».

La Commissione ritiene che l'intero sistema sanitario nazionale debba impegnarsi per la concreta e tempestiva attuazione del Piano, mettendo in campo azioni a tutti i livelli, sul piano culturale, organizzativo, formativo e di definizione di strumenti per la raccolta e l'analisi dei dati.

28. *La capillarità dei servizi sul territorio: il ruolo delle farmacie*

Le esigenze del cittadino, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione, richiedono interventi e servizi sempre più fruibili nel territorio, in special modo per la prevenzione e la cura delle patologie croniche.

I continui accorpamenti delle strutture erogatrici di servizi sanitari (e non solo sanitari) possono peraltro produrre, se non adeguatamente disegnati (anche in relazione alla disponibilità di servizi pubblici di trasporto), difficoltà di accesso dei cittadini ai punti di contatto e di erogazione di servizi del Ssn e più in generale dell'assistenza.

In questo quadro la farmacia, per la capillare distribuzione sul territorio e le professionalità che esprime, può svolgere un ruolo di grande rilevanza per l'interfaccia del cittadino con il SSN.

Nell'ambito del SSN, il ruolo delle farmacie è, infatti, declinato non solo in ragione di una diffusa e capillare dispensazione e consegna agli assistiti di farmaci e dispositivi medici (compresa l'informazione sul corretto uso e conservazione del farmaco), ma anche e, sempre più in prospettiva, in ragione dell'erogazione – direttamente o in collaborazione con altri professionisti – di servizi e prestazioni.

Tale processo può trovare sviluppo solo attraverso l'adozione di un ruolo che privilegi la professionalità sanitaria rispetto agli aspetti commerciali e che contribuisca al governo della spesa, in particolare di quella farmaceutica.

In tal senso si pronuncia il «Documento integrativo dell'atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione nazionale con le farmacie pubbliche e private» approvato in Conferenza delle regioni e delle province autonome nel marzo 2017.

In esso si precisa che «A livello regionale la farmacia deve trovare spazi nell'organizzazione sanitaria in relazione alla programmazione sanitaria definita dalle singole Regioni. La rete delle Farmacie, pertanto, può costituire anche uno strumento ulteriore per il governo della spesa nonché per le attività di affiancamento ai servizi territoriali del SSN».

A tal fine è ragionevole sostenere che lo sviluppo di tali «presidi di prossimità» possa contribuire in modo significativo alla qualità del servizio sanitario territoriale e al governo della spesa sanitaria in una logica di sostenibilità complessiva del sistema. La Commissione ritiene che tali obiettivi possano essere conseguiti anche attraverso la concreta attuazione delle «farmacia dei servizi», come peraltro prevista dalle apposite disposizioni contenute nell'ultima legge di bilancio, con particolare riguardo ai servizi cognitivi connessi con la presa in carico del paziente, attuando in modo uniforme nell'intero territorio nazionale le funzioni assegnate alla farmacia nel Piano nazionale della Cronicità, attuando programmi di educazione e informazione (come il supporto alle campagne informative di carattere sanitario), sostenendo lo sviluppo delle reti e dei sistemi di verifica (monitoraggio della aderenza terapeutica e collaborazione con le strutture socio-sanitarie deputate all'assistenza domiciliare), contribuendo ai

programmi di prevenzione (*screening* e campagne orientate al miglioramento dell'educazione sanitaria e alla promozione di corretti stili di vita).

29. OMS Salute 2020: la salute è la maggiore risorsa per la società

«Un buono stato di salute produce benefici in tutti i settori e nell'intera società e rappresenta una risorsa preziosa.

Un cattivo stato di salute si traduce in uno spreco di potenzialità, è causa di disperazione e comporta perdita di risorse in tutti i settori.

Mettere gli individui in grado di esercitare un controllo sulla propria salute e sui suoi determinanti rafforza le comunità e migliora la vita.»

Le affermazioni poste in epigrafe sono tratte dal documento dell'OMS «*Salute 2020. Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere*» sottoscritto da 53 Paesi della Regione europea nel settembre 2012 in occasione del Comitato Regionale per l'Europa dell'OMS.⁶²

Il documento delinea un nuovo modello di politica europea per la salute, condiviso da tutti i 53 Paesi, basato su valori ed evidenze e che ha come obiettivo «*migliorare in modo significativo la salute e il benessere delle popolazioni, ridurre le disuguaglianze di salute, rafforzare la sanità pubblica e garantire sistemi sanitari con al centro la persona, universali, equi, sostenibili e di alta qualità*».

Il modello individua quattro ambiti prioritari di azione politica:

1. investire sulla salute considerando l'intero arco della vita e mirando all'*empowerment* delle persone
2. affrontare le principali sfide per la salute dell'Europa: le malattie non trasmissibili e trasmissibili
3. rafforzare i servizi sanitari con al centro la persona, le capacità in sanità pubblica e la preparazione, la sorveglianza e la risposta in caso di emergenza
4. creare comunità resilienti e ambienti favorevoli.

Sottolinea inoltre il bisogno di rafforzare i ruoli dei servizi di sanità pubblica e del sistema sanitario.

Significativi i dati secondo i quali la Regione europea presenta il carico di malattie non trasmissibili più elevato al mondo.

Le malattie cardiovascolari e il cancro, provocano almeno tre quarti della mortalità nella Regione, mentre tre grandi gruppi di malattie – le malattie cardiovascolari, il cancro e i disturbi mentali – costituiscono più della metà del carico di malattia (misurato in DALYs – anni di vita corretti per disabilità).

⁶² Il testo originale, in lingua inglese, è reperibile all'indirizzo <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>
La traduzione italiana è disponibile sui siti: www.dors.it e www.salute.gov.it

I disturbi mentali sono il secondo principale fattore che contribuisce al carico di malattia (misurato utilizzando il DALYs) nella Regione europea (19 per cento) e rappresentano la principale causa di disabilità.

L'invecchiamento della popolazione porta ad un aumento della prevalenza della demenza. I disturbi mentali più comuni (depressione e ansia) colpiscono circa una persona su quattro nella comunità ogni anno, e riguardano sempre più anche i giovani (si pensi ad esempio ai disturbi alimentari, al disagio a chi non trova lavoro o alla depressione *post-partum*). Tuttavia, circa il 50 per cento delle persone con disturbi mentali non riceve nessun tipo di trattamento. La stigmatizzazione e la discriminazione sono le ragioni principali per le quali le persone non cercano aiuto.

La salute mentale costituisce una sfida fondamentale per tutti i Paesi della Regione europea, compresa l'Italia. Non a caso la Commissione sanità del Senato ha lavorato con regolarità e determinazione sul tema.

30. EuroHealthNet e la promozione della salute

In occasione del trentesimo anniversario della Carta di Ottawa per la Promozione della Salute dell'OMS del 1986, la rete *EuroHealthNet* ha prodotto una riflessione sui valori e sugli approcci della Carta per definire le priorità degli anni a venire⁶³.

L'obiettivo è offrire alla promozione della salute nuove opportunità per migliorare la governance, garantire politiche sostenibili e attuare miglioramenti. Molti valori, principi e approcci di promozione della salute contenuti nella Carta di Ottawa sono ampiamente riconosciuti, con risultati di salute ormai comprovati, ma è necessario fare molto di più e lo si può fare grazie a supporto dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite.

Il progetto SDGs (Sustainable Development Goals) delle Nazioni Unite prevede l'individuazione di obiettivi di sviluppo sostenibile e il monitoraggio dei progressi compiuti dai singoli Paesi entro il 2030.

L'Agenda, che dovrebbe essere implementata a livello mondiale, nazionale e locale, prevede 17 Obiettivi. L'obiettivo n. 3, «*assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età*», riporta 9 traguardi fra i quali appare di particolare rilevanza:

3.8 «*Conseguire una copertura universale, compresa la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso ai farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili e vaccini per tutti*».

⁶³ EuroHealthNet, European Partnership for Improving Health, Equity & Wellbeing, «*Promoting Health and Wellbeing towards 2030: taking the Ottawa Charter Forward in the context of the UN Sustainable Development Agenda 2030*». Si veda la traduzione italiana a cura del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS) www.dors.it

L'agenda per lo Sviluppo Sostenibile propone alla sanità pubblica e alla promozione della salute due sfide:

– come tradurre e trasformare questi obiettivi in politiche, strategie e pratiche?

– come contribuire alla realizzazione degli obiettivi a tutti i livelli e come trarne dei benefici?

EuroHealthNet ha messo a disposizione le proprie conoscenze e la propria esperienza per cercare di affrontare queste sfide e per condividere la propria visione rispetto a ciò che vorremmo raggiungere entro il 2030.

Guardare al futuro: promuovere la salute in un mondo che cambia rapidamente

L'equità, la giustizia sociale, il coinvolgimento della comunità e l'*empowerment* delle donne e degli uomini sono il cuore della promozione della salute. Un mondo in costante cambiamento ci richiede di essere attenti, reattivi, dinamici e innovativi come mai prima d'ora.

Adottare politiche sostenibili

I promotori della salute discutono da tempo sull'adozione di politiche integrate. L'obiettivo finale è affrontare con successo le cause profonde di malattie e di una salute non equa. Abbiamo fatto dei progressi nel comprendere la diversità dei determinanti di salute e il modo in cui sono correlati tra loro. Ora è necessario migliorare le relazioni e la cooperazione, presentarci meglio, negoziare in modo più strategico e valutare situazioni di mediazione per procedere verso i passi futuri.

Costruire e mettere in pratica nuove conoscenze

L'attenzione sui determinanti di salute non è sufficiente: dobbiamo valutare e aggiornare continuamente la nostra conoscenza delle «cause delle cause di una cattiva salute». Abbiamo bisogno di nuove intuizioni per comprendere i modelli sociali ed economici, il concetto di «società a rischio» e l'influenza dei (social) media. Sono di estrema importanza la ricerca, l'informazione, l'aumento della consapevolezza, l'*empowerment* delle comunità e il coinvolgimento delle persone, oltre alla costruzione delle capacità e delle competenze per prevedere, valutare e rispondere a tali sviluppi da una prospettiva di equità nella salute.

Trasformare i sistemi sanitari

Il ri-orientamento dei servizi sanitari è il «luogo» in cui si possono rilevare i progressi rispetto alle indicazioni della Carta di Ottawa. Dobbiamo trasformare i servizi di cura in sistemi sanitari che promuovano salute, che sappiano cogliere le sfide emergenti e siano resilienti a situazioni di crisi.

Migliorare il nostro modo di lavorare e incrementare le risorse di cui abbiamo bisogno

Abbiamo bisogno di salvaguardare la nostra salute, quale diritto umano e valore in sé, e allo stesso tempo di dimostrare la sua importanza in termini di crescita inclusiva e di benessere e prosperità. Dobbiamo, inoltre, sviluppare la *leadership*, le abilità e le competenze necessarie per portare avanti delle strategie di promozione della salute e di prevenzione delle malattie per l'intera società. È necessario e urgente effettuare degli investimenti sostenibili in termini di *leadership*, di forza lavoro, di sviluppo organizzativo e di partenariati, soprattutto al livello più locale. Fondamentale è, inoltre, un'*advocacy* tempestiva e che tenga conto degli approcci per i diritti umani che affrontano i determinanti politici del benessere. La formazione sulla promozione della salute e sullo sviluppo delle competenze, anche come parte integrante del *curriculum* della formazione dei medici, dovrebbe diventare una pratica corrente.

EuroHealthNet suggerisce una lista dei 10 migliori approcci, attraverso i quali è possibile contribuire al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile. Si tratta del modello indicato come «REJUVENATE in promozione della salute⁶⁴»:

1. essere responsivi: adattarsi alle sfide e sfruttare le opportunità
2. essere equi: essere orientati alle «cause delle cause»
3. essere interconnessi; costruire partenariati e *governance* tra i diversi settori
4. essere aggiornati: mettere in atto azioni strategiche per influenzare le realtà del XXI secolo
5. essere guidati dai valori: diffondere i valori e il diritto alla salute in nuovi contesti
6. essere etici: promuovere *standard* più equi in tutto quello che facciamo
7. essere innovatori: elaborare e realizzare nuove idee
8. essere attivi: mettere in atto un coinvolgimento davvero inclusivo
9. essere tecnologici: comprendere e utilizzare i progressi fatti a livello tecnologico e digitale
10. essere ecologici: promuovere e proteggere i nostri ambienti.

La Commissione ha più volte richiamato l'attenzione su tali obiettivi, per un servizio sanitario sempre più sostenibile.

31. Il Comitato nazionale per la Bioetica in difesa del Servizio sanitario nazionale

Il Comitato nazionale per la Bioetica ha prodotto, nel gennaio 2017, un documento «*In Difesa del Servizio Sanitario Nazionale*» che affronta

⁶⁴ Il termine inglese Rejuvenate può essere tradotto in italiano con la parola «rigenerare».

aspetti di precipua importanza per la difesa, la preservazione, il rilancio, l'equità e la sostenibilità del SSN⁶⁵.

Dopo una attenta analisi di alcuni temi, il Comitato, richiamando l'importanza di mantenere e rafforzare il SSN in tutte le regioni del Paese, avanza nove raccomandazioni per la sostenibilità del diritto alla salute.

1. Il Comitato, considerando che l'Italia risulta all'ultimo posto per **le spese sulla prevenzione** nell'ambito dei 34 Paesi dell'OCSE (OECD, 2015), raccomanda di investire la parte dovuta – e sinora trascurata – del FSN destinato alla prevenzione, creando al contempo nuovi percorsi affinché l'educazione alla prevenzione sia diffusamente assicurata sin dall'età infantile.
2. In relazione alla urgente necessità di migliorare il SSN, il Comitato raccomanda di omogeneizzare a breve termine in tutte le Regioni il **processo di digitalizzazione della Sanità**.
3. Relativamente ai pazienti a rischio di sviluppare demenza o con declino cognitivo già conclamato, il Comitato evidenzia la necessità della costruzione di **una nuova sanità in difesa dei pazienti fragili**, che miri all'attuazione di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale integrato e condiviso.
4. Il Comitato raccomanda di prestare una **particolare attenzione ai bambini**, dalla prevenzione nella fase prenatale sino alla cura delle malattie croniche disabilitanti, congenite o acquisite, che denotano un trend sempre più crescente, richiedendo l'urgente riequilibrio fra le differenze esistenti nel divario Nord e Centro-Sud, in particolar modo nella mortalità infantile.
5. Nel prendere atto dell'avvenuto **aggiornamento dei LEA**, il Comitato ne raccomanda la revisione su base periodica e programmata; raccomanda, altresì, che tale revisione sia fondata sui criteri dell'evidenza e del rapporto costi-efficacia.
6. Il Comitato raccomanda di ottenere a breve termine la **riduzione dell'ingente spesa esclusivamente a carico dei cittadini e delle famiglie**.
7. Negli ultimi anni si è avvertita sempre più l'esigenza di una **ri-vitalizzazione della formazione** professionale ed interprofessionale. Il processo di cambiamento organizzativo-clinico non potrà mai avvenire senza la programmazione di attività formative continue e sistematiche, che coinvolgano tutti gli operatori, anche prevedendo ulteriori fondi «obbligatoriamente» investiti in tutto il Paese e, soprattutto, nelle Regioni assoggettate a Piano di rientro.
8. Appare, altresì, necessario che **la ricerca sia un'attività pienamente riconosciuta** come parte fondamentale del SSN, cui destinare annualmente un sicuro budget prestabilito. In tale ambito il

⁶⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica, *In difesa del sistema sanitario nazionale (Ssn)*, 26 gennaio 2017.

Comitato raccomanda di garantire un minimo dell'1 per cento del FSN, con l'obiettivo, una volta superato l'attuale stato di crisi, di raggiungere gradualmente il tre per cento del FSN, coerentemente con gli obiettivi e le prescrizioni sancite nel Patto di Lisbona.

9. Con particolare riguardo alla **difesa dalle frodi e dalla corruzione**, il Comitato sottolinea l'urgenza di pervenire a linee guida, specifiche per fenomeno-tipo, diffuse nelle strutture regionali e locali del SSN. La gravità della situazione non consente più di procrastinare ogni azione utile, talché, ispirandosi all'efficacia delle azioni varate nel Regno Unito, il Comitato suggerisce di valutare l'urgente costituzione di un'apposita Direzione Generale anti-Frode e Corruzione in Sanità.

32. *Il progressivo contenimento del personale dipendente*

Il personale dipendente degli enti del Servizio sanitario nazionale ammonta nel 2015 a 653 unità.

Considerando anche il personale a tempo determinato, gli interinali e i lavoratori socialmente utili, il personale ammonta a 691 mila unità.

Rispetto al 2009, anno con il massimo numero di occupati nella sanità pubblica, risultano impiegati 40.364 dipendenti in meno.⁶⁶

I numeri rendono evidente l'effetto delle numerose norme sul contenimento del personale, che nel SSN hanno trovato applicazione differenziata per le regioni in piano di rientro.

Nel periodo 2001-2015 l'età media riferita al totale del personale del SSN è cresciuta di sei anni e sette mesi. Alla fine del 2015 l'età media ha raggiunto la soglia dei 50,1 anni, superiore alla media del resto del pubblico impiego.

Lo stesso Ministero dell'economia e delle finanze afferma che «Il prolungato mantenimento di politiche molto rigide è suscettibile di porre problemi di sostenibilità dei servizi erogati anche in considerazione della circostanza che negli ultimi anni l'età media dei dipendenti sta crescendo notevolmente», superando i 50 anni nel totale della sanità. «Il forte invecchiamento del personale potrebbe rendere non sempre agevolmente percorribile l'affiancamento fra neo assunti e dipendenti esperti, affiancamento spesso necessario all'effettiva trasmissione della conoscenza dei complessi processi lavorativi propri dell'impiego pubblico.»

Sul personale la normativa di riferimento è piuttosto articolata.

«Occorre tener conto di quanto previsto dall'art. 2, commi 71, 72 e 73 della legge 191/2009 e dei successivi interventi legislativi, concernenti dapprima la proroga per gli anni 2013-2014 e poi l'estensione al 2015, di-

⁶⁶ Mef, RGS, *Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2007-2015*, dati aggiornati a novembre 2016.

sposte rispettivamente dal comma 3, dell'art. 17, del d.l. 98/2011 e dal comma 21 dell'art. 15 del d.l. 95/2012, della misura stabilita dal citato comma 71 che prevedeva che nel triennio 2010-2012 le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superassero il corrispondente ammontare del 2004 diminuito dell'1,4%, al netto dei rinnovi contrattuali successivi al 2004. Successivamente l'art. 1, comma 584, lett. a) della legge 190/2014 ha stabilito, a decorrere dal 1° gennaio 2015, l'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 2, commi 71 e 72, della legge 191/2009 anche in ciascuno degli anni dal 2013 al 2020. Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di cui al modificato comma 3 dell'art. 17, d.l. 98/2011 si provvede, ai sensi del successivo comma 3-bis del medesimo art. 17 introdotto dall'art. 15, comma 21 del d.l. 95/2012, con le modalità previste dall'art. 2, comma 73, della legge 191/2009. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento di tali obiettivi. In caso contrario, per gli anni dal 2013 al 2019, la regione è considerata adempiente ove abbia raggiunto l'equilibrio economico e abbia attuato, negli anni dal 2015 al 2019, un percorso di graduale riduzione della spesa di personale fino al totale conseguimento nell'anno 2020 degli obiettivi previsti all'articolo 2, commi 71 e 72, della citata legge 191/2009. Per le Regioni sottoposte ai piani di rientro da deficit sanitario o ai programmi operativi di prosecuzione di tali piani, ai sensi del comma 3 ter del citato art. 17 del d.l. 98/2011, restano comunque fermi gli obiettivi previsti in materia di personale in detti piani o programmi.

L'art. 1, comma 541, della legge 208/2015 ha, infine, disposto che, nel rispetto della cornice finanziaria sopra descritta, tutte le Regioni devono predisporre dei piani di fabbisogno di personale degli enti del SSN in attuazione dei nuovi *standard* ospedalieri di cui al DM 70/2015 e finalizzati a risolvere eventuali criticità derivanti dall'entrata in vigore delle nuove disposizioni in materia di orario di lavoro recate dall'art. 14 della legge 161/2014. Tali fabbisogni devono essere sottoposti all'approvazione del Tavolo tecnico degli adempimenti.»⁶⁷

Con riguardo al capitale umano, la Commissione Igiene e Sanità del Senato ha più volte sottolineato la gravità della situazione.

In un settore ad alta intensità di lavoro, l'impoverimento delle dotazioni organiche sta diventando un vero rischio per l'offerta di cure. Lo sblocco del *turnover* e la stabilizzazione di tutto il precariato diventano due necessità ineludibili per garantire le caratteristiche di equità e universalità su cui si fonda il nostro SSN nonché la qualità dei servizi.

Con riguardo ai medici, l'ANAAO stima che nei prossimi dieci anni la sanità pubblica perderà in media due medici al giorno, cioè 730 medici all'anno, senza che la loro esperienza possa essere trasmessa alle nuove generazioni di professionisti.

⁶⁷ Mef, RGS, op cit

L'età media dei medici in servizio è intorno ai cinquantaquattro anni, superiore alla media del resto del personale dipendente.⁶⁸

Con riguardo ai medici di famiglia, nei prossimi sei anni si stima che andranno in pensione 21.700 medici di famiglia, a fronte di circa 6.000 nuovi medici di famiglia che usciranno dai Corsi di formazione specifica in medicina generale.

Per quanto riguarda il personale infermieristico, si stima che il pieno rispetto delle direttive europee sui turni di lavoro imporrebbero l'assunzione di circa 15.000 infermieri. E invece molta attività è svolta da personale acquisito attraverso forme varie di intermediazione (in particolare cooperative). L'età media degli infermieri dipendenti è oggi intorno ai quarantotto anni.

A fronte di tutto ciò, ogni anno, oltre 2.300 professionisti del settore sanitario (nell'ultimo quinquennio sono aumentati di sei volte) predispongono i documenti per poter esercitare all'estero, con una perdita economica e culturale per il nostro Paese, che ha investito per la loro formazione e non utilizza le loro competenze.

La Commissione ritiene che sia necessario procedere a una revisione dei vincoli vigenti, talora generatori di effetti perversi (l'acquisizione di attività professionale dall'esterno costa talvolta di più, a parità di attività svolta, di quanto costerebbe il personale dipendente) e di una strisciante destrutturazione del principale fattore produttivo (con gravi conseguenze sull'organizzazione dell'offerta assistenziale).

L'obiettivo dovrebbe essere la definizione di un piano di rafforzamento strutturale del personale dipendente, soprattutto nei settori più critici, attraverso la previsione di adeguate risorse aggiuntive, il ridisegno della formazione di base e specialistica dei professionisti sanitari. Particolare attenzione dovrà essere dedicata alla diffusione della cultura della medicina di genere sia in ambito di ricerca sia in ambito clinico assistenziale.

La Commissione sottolinea infine il tema delle condizioni di lavoro nelle strutture della sanità, pubblica e privata: la sicurezza dei luoghi in cui prestano quotidianamente la propria attività centinaia di migliaia di operatori, il clima e il benessere organizzativo interno alle strutture (sempre più compromesso da ritmi di lavoro stressanti, difficoltà organizzative e precarietà di molte situazioni), gli atti di aggressione e di vera e propria violenza di cui sono sempre più frequentemente vittima gli operatori e soprattutto le donne, in particolare di chi è impegnato in servizi decentrati, con turni notturni e in attività maggiormente problematiche. La soluzione dovrà essere ricercata nella prevenzione dei rischi, prima ancora che nella repressione degli atti, anche attraverso misure organizzative che pongano al centro la sicurezza fisica degli operatori, evitando ogni misura volta a snaturare la funzione di accoglienza umana e aperta delle strutture sanitarie e scongiurando la presenza di personale armato.

⁶⁸ ANAAO, *Il fabbisogno di personale medico nel Ssn dal 2016 al 2030. La relazione tra pensionamenti, accessi alle scuole di medicina e chirurgia e formazione post laurea*, 2017. A cura di Carlo Palermo, Fabio Ragazzo, Domenico Montemurro e Matteo D'Arienzo.

Personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. 2007 - 2015

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SSN pers. dipendente	628.197	689.856	693.716	688.847	682.541	673.416	670.241	663.796	653.352
Totale PA (a parità di enti)	3.429.266	3.436.809	3.376.206	3.315.697	3.258.327	3.213.381	3.207.441	3.194.012	3.192.046
SSN personale t.d. e in formaz.	35.907	36.809	33.510	33.228	29.480	27.159	27.339	28.273	30.686
Totale PA (a parità di enti)	117.763	109.083	95.260	92.061	82.254	77.439	76.658	74.482	76.808
SSN interinali	4.229	5.122	6.221	6.151	4.980	4.408	4.270	5.103	6.137
Totale PA (a parità di enti)	11.563	11.022	11.429	11.677	9.109	8.043	7.820	9.171	9.970
SSN lavori socialm. utili	633	581	690	674	627	576	660	851	707
Totale PA (a parità di enti)	24.962	22.030	20.331	18.468	17.867	17.057	16.928	17.849	14.090
Totale SSN	722.966	732.368	734.137	728.900	717.628	705.559	702.510	698.023	690.882
Totale PA (a parità di enti)	3.583.554	3.578.944	3.503.226	3.437.903	3.367.557	3.315.920	3.307.847	3.295.514	3.292.914

Fonte, Mef, Conto annuale

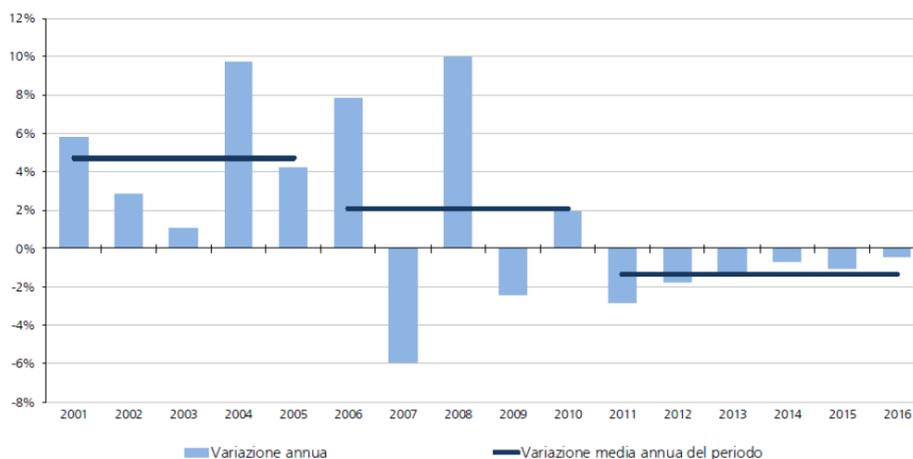
33. La spesa per il personale in continua riduzione

La spesa per i redditi da lavoro dipendente rappresenta, nel 2016, il 31 per cento della spesa sanitaria complessiva. Tale percentuale risulta sensibilmente ridotta rispetto a quella del 2000 (39,8 per cento), segnalandone una dinamica inferiore a quella media.⁶⁹

Dal 2010 al 2016, la spesa per il personale dipendente si è ridotta di circa 2,3 miliardi di euro.

In particolare, il tasso di variazione medio annuo della spesa per i redditi da lavoro dipendente passa dal +4,7 per cento nel periodo 2001-2005, al +2,1 per cento nel periodo 2006-2010 e al -1,3 per cento nel periodo 2011-2016.

Fig. 2.4: spesa per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2001-2016 (variazioni percentuali)



⁶⁹ Mef, RGS, *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 4, 2017.*

Il contenimento della dinamica dell'aggregato è sostanzialmente determinato dagli effetti delle politiche di blocco del *turn over* attuate dalle regioni sotto piano di rientro e dalle misure di contenimento della spesa per il personale portate avanti autonomamente dalle altre regioni.

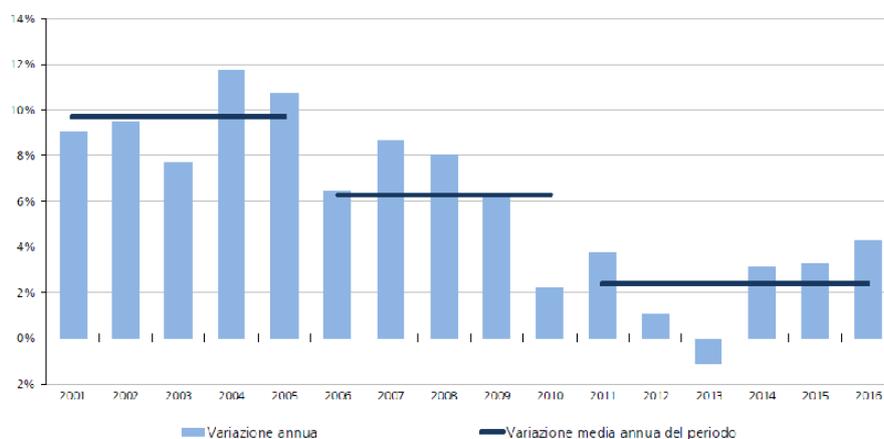
Negli anni più recenti, la dinamica dell'aggregato risente, anche, del blocco delle procedure contrattuali nonché della previsione di un limite al riconoscimento di incrementi retributivi al personale dipendente, che non può eccedere il livello vigente nel 2010, fatto salvo il riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale.⁷⁰

Particolarmente significativo il confronto con la dinamica della spesa per consumi intermedi (acquisto di beni e servizi da fornitori privati, esclusa la farmaceutica convenzionata) che mantiene (nonostante le manovre di contenimento) un tasso di crescita medio annuo significativamente superiore alla spesa per il personale, oltre che alla spesa sanitaria totale.

Nel 2016, la spesa per i consumi intermedi rappresenta il 28,1 per cento della spesa sanitaria complessiva con un notevole incremento rispetto al 2000 (18,7 per cento).

Se la dinamica si dovesse mantenere nel tempo, nel giro di pochi anni potremmo avere un servizio sanitario che spende più per l'acquisto di beni e servizi che per il proprio personale.

Fig. 2.5: spesa per i consumi intermedi - Anni 2001-2016 (variazioni percentuali)



34. Una nuova politica del personale

Nel Servizio sanitario nazionale lavorano oltre 715.000 unità di personale, di cui 665.000 dipendenti a tempo indeterminato, 34.000 con rapporto di lavoro flessibile e 17.000 personale universitario⁷¹. A questo si aggiunge il personale che opera nelle strutture private (accreditate e

⁷⁰ Mef, RGS, *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 4*, 2017.

⁷¹ Ministero della Salute, *Il personale del sistema sanitario nazionale - anno 2011*, dic. 2013.

non) e, più in generale, nell'industria della salute, fra i quali i 222.000 occupati nella filiera del farmaco (produzione, indotto e distribuzione)⁷².

La sanità è quindi un settore ad alta intensità di lavoro, in gran parte molto qualificato.

Il personale costituisce peraltro oggi uno dei fattori di maggiore criticità del sistema sanitario nazionale⁷³.

La ragione è principalmente da ricondurre ai tanti vincoli imposti, sia alla spesa sia alla dotazione di personale, in questi ultimi anni, in particolare nelle regioni sottoposte a piano di rientro: riduzione della spesa; blocco totale o parziale del *turn over*, in particolare in caso di disavanzo sanitario; blocco delle procedure contrattuali; blocco della indennità di vacanza contrattuale (congelata al 2013); blocco dei trattamenti accessori della retribuzione; contenimento della spesa per il lavoro flessibile, riduzione delle risorse per la formazione specialistica dei medici.

Un insieme di vincoli che hanno anche prodotto una riduzione della capacità di risposta ai bisogni della popolazione (aumento delle liste di attesa e limitazioni dell'offerta soprattutto nella componente socio-sanitaria), un aumento dell'età media dei dipendenti, un incremento dei carichi di lavoro e dei turni straordinari di lavoro del personale, nonché una serie di problematiche tra cui un malessere diffuso tra gli operatori ed una sempre più diffusa abitudine a ricorrere a varie forme di *outsourcing* – elusive della normativa sul blocco.

L'esperienza insegna che la prassi dell'*outsourcing* e del ricorso al lavoro flessibile, spesso necessaria (per garantire i servizi) e per lo più illusoria (quanto a contenimento della spesa), ha di fatto aumentato il precariato all'interno del sistema, anche in settori molto delicati dal punto di vista assistenziale (dal pronto soccorso alla rianimazione) e indebolito progressivamente la sanità pubblica, in ragione del crescente impiego di personale non strutturato, non appartenente al servizio, non destinatario di specifiche attività formative e non titolare di alcune importanti tutele (si pensi ad esempio alla tutela della maternità).

La Commissione ha più volte dibattuto la necessità di una revisione complessiva dei vincoli imposti al personale e ha proposto provvedimenti (anche attraverso emendamenti e disegni di leggi) volti a favorire il ricambio generazionale (anche con forme di *part time* a fine carriera), preservare la dotazione di personale nei servizi strategici (servizi d'emergenza urgenza, terapia intensiva e subintensiva, centri trapianti, assistenza domiciliare, eccetera), limitare il blocco del *turn over* e più in generale evitare l'adozione di vincoli che producono effetti perversi, perché riducono il personale dipendente ma aumentano il ricorso a personale precario e/o a servizi esterni molto spesso più costosi a parità di attività.

Specifica attenzione dovrà essere dedicata alla formazione di tutti gli operatori della sanità, dalla formazione universitaria all'aggiornamento del personale in servizio, in un'ottica sistemica e di medio-lungo periodo, evi-

⁷² Si vedano le audizioni del Ministro della salute, di Farmindustria, della Fiaso.

⁷³ Le preoccupazioni sono state più volte espresse dai rappresentanti delle amministrazioni regionali e delle aziende sanitarie, da rappresentanti delle organizzazioni sindacali e dagli organi di autogoverno delle varie categorie di operatori sanitari.

tando interventi frammentari e parziali, a partire dalla formazione specialistica del personale medico.

La sostenibilità del sistema sanitario passa anche attraverso la riqualificazione della dotazione della principale risorsa grazie alla quale il sistema può funzionare: il personale.

35. *La condizione di sofferenza della ricerca clinica*

Nel 2016, a seguito del Convegno nazionale sulla ricerca da promotori *no profit*, dal titolo «Dalle parole all'impegno a fare, subito: si può?», è stato prodotto un documento sullo stato della ricerca clinica in Italia, che è stato sottoposto all'attenzione di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), istituti e gruppi di ricerca, società scientifiche, comitati etici, associazioni di cittadini e pazienti, ed è stato approvato da ben 112 istituzioni interessate allo sviluppo della ricerca clinica nel nostro Paese⁷⁴.

Il documento sintetizza le condizioni della ricerca clinica in Italia, con particolare riferimento alla ricerca *no-profit*, e propone un contributo di riflessione, anche in relazione al riassetto delle disposizioni in materia di sperimentazione clinica in discussione in Parlamento rispetto alle quali la Commissione ha effettuato alcune valutazioni.

In questa sede si riportano alcune considerazioni utili a chiarire le difficili condizioni della ricerca clinica nel nostro Paese.

L'Italia ha poca capacità attrattiva per la ricerca clinica

«Non è agevole disegnare un quadro affidabile dello stato di salute della ricerca biomedica in Italia ed interpretare in maniera univoca i dati disponibili. Questi ultimi si riferiscono infatti, con buona precisione, solamente alla ricerca clinica sui farmaci ed in parte ai dispositivi medici, mentre non comprendono per esempio gli studi di carattere osservazionale-epidemiologico (particolarmente importanti per acquisire informazioni real-life), o quelli finalizzati allo sviluppo di nuovi strumenti o procedure diagnostiche, o più in generale alla valutazione di specifici percorsi diagnostico-assistenziali. Il Rapporto AIFA sulle sperimentazioni cliniche sui farmaci aggiornato al 2015 ha indicato che, pur mantenendosi su livelli superiori rispetto alla media europea, il numero di studi promossi da istituzioni no profit ha presentato negli ultimi anni una sensibile e preoccupante riduzione (-48% cento dal 2009). Anche per quanto riguarda la sperimentazione clinica con sponsor industriale, pur con qualche recente segnale di ripresa, la situazione non appare brillante. In una classifica formulata utilizzando il Clinical Trial Attractiveness Index, (...) l'Italia non compare tra i primi 30 Paesi con più elevato livello di attrattività per la ricerca clinica, e questo spiega almeno in parte come per l'I-

⁷⁴ Fadoi, Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti, *Documento sulla ricerca clinica da promotori no-profit in Italia, Una proposta in 10 punti*. Dicembre 2016.

talia si realizzi un basso rapporto fra fatturato e investimento dell'Industria (circa 6 per cento, contro il 20,3 per cento della media europea). Un più recente contributo (...) finalizzato a valutare i principali fattori attrattivi degli investimenti di impresa in sperimentazioni cliniche, ha evidenziato come i processi di approvazione da parte dei Comitati Etici, (...) la capacità di reclutamento dei pazienti e l'organizzazione della ricerca nei centri sperimentali sono tra i driver più importanti della localizzazione dell'attività di sviluppo clinico da parte delle imprese, insieme al contesto economico costituito dall'ampiezza del mercato e dalla stabilità delle condizioni di accesso dei farmaci.»

La capacità di gestire le attività sperimentali è deficitaria.

«Da questa analisi emerge come la capacità di gestire l'attività sperimentale (...) viene percepita come particolarmente deficitaria nel nostro Paese. Per quanto questa analisi percettiva abbia riguardato la sperimentazione for profit, è altamente probabile che il deficit organizzativo e di gestione influenzi sensibilmente anche la ricerca clinica no profit. In tali condizioni si riducono le potenzialità di co-finanziamento degli studi no profit da parte delle imprese, così come il finanziamento indiretto di iniziative no profit attraverso le sperimentazioni cliniche commerciali. L'impatto di questa situazione è comprensibile tenendo conto che si stima che almeno l'80-90 per cento delle risorse utilizzate dalla ricerca no profit siano direttamente o indirettamente fornite dall'Industria. Una ancora più recente analisi ha stimato in più di un miliardo di Euro in tre anni la dimensione dell'impatto economico di un maggiore investimento in Italia in ricerca clinica, generato da un miglioramento del contesto ambientale e dell'organizzazione della ricerca.»

Le criticità del personale dedicato alla ricerca

«L'espressione forse più preoccupante di questa condizione di sofferenza è rappresentata dalle criticità che riguardano il personale dedicato alla ricerca. L'Italia presenta una percentuale di addetti alla ricerca, rispetto agli occupati, dimezzata rispetto alla media europea (...), e anche l'inquadramento professionale ed economico dei ricercatori determina non poche difficoltà. Di conseguenza si assiste oramai da diversi anni a una spiccata tendenza al trasferimento di ricercatori italiani verso contesti internazionali più attrattivi (con notevole spreco delle risorse che il sistema Paese ha investito per formare questi ricercatori), senza che a ciò corrisponda un analogo fenomeno di acquisizione di ricercatori provenienti da altri Paesi.

Migliorare aspetti strutturali e affrontare le sfide

«La ricerca clinica attraversa una fase storica piuttosto delicata, nella quale per il nostro Paese si confrontano problematiche» strutturali e «significative sfide e opportunità». (...) Per affrontare al meglio queste condizioni è fondamentale che il sistema della ricerca clinica italiana lavori per migliorare gli aspetti che concorrono a definirne il profilo di ef-

ficienza ed attrattività (semplificazioni normative, potenziamento delle infrastrutture informatiche, promozione di network di ricerca, creazione di strutture professionali dedicate alla ricerca all'interno degli Ospedali, acquisizione di competenze orientate a valorizzare il trasferimento tecnologico etc.).

Perseguire questi obiettivi comporta una consapevolezza diffusa e una stretta collaborazione fra tutte le componenti interessate alla promozione e alla gestione della ricerca clinica nel nostro Paese. In tale prospettiva, un ruolo essenziale può essere svolto dalle Direzioni Aziendali delle strutture afferenti al SSN, che ad oggi in generale tendono peraltro ad essere scarsamente coinvolte nei processi di pianificazione e gestione dei progetti di ricerca, nei rapporti con gli sponsor etc.

Alla base di tale inerzia vi è probabilmente una sottovalutazione del valore che la ricerca clinica può rappresentare per le Aziende Sanitarie, permettendo l'acquisizione di fondi provenienti dalle sperimentazioni profit, la disponibilità di farmaci a titolo gratuito anche in anticipo rispetto all'autorizzazione all'immissione in commercio, oltre che incrementando il know-how dei professionisti sanitari e generando una referenza positiva in grado di attrarre pazienti e ulteriori investimenti in ricerca ("reputation")».

36. *L'impegno della Commissione per il superamento degli OPG*

Secondo l'OMS, i disturbi mentali sono il secondo principale fattore di malattia (misurato utilizzando il DALYs) nella Regione europea e rappresentano la principale causa di disabilità.

La Commissione Igiene e Sanità del Senato ha più volte sottolineato l'importanza di un rafforzamento delle politiche per la salute mentale in Italia, in attuazione della normativa esistente, e si è impegnata con regolarità sul tema del superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG).

Di seguito una breve sintesi dei lavori effettuati.

Le audizioni

Nell'ambito della Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità, la Commissione ha effettuato le seguenti audizioni:

- 22 ottobre 2013 – audizione Ministro della salute (risposta del Min. a domanda sen. Dirindin);
- 26 marzo 2015 – comunicazione relatori sopralluoghi OPG (Barcellona Pozzo di Gotto, Castiglione delle Stiviere, Aversa);
- 21 luglio 2015 – comunicazioni relatori sopralluoghi (Pisticci, Pontecorvo);
- 17 settembre 2015 – audizione dr Consolo, capo Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria DAP;

- 22 settembre 2015 – seguito audizione capo DAP (dr Consolo);
- 13 settembre 2016 – audizione dell’On. Franco Corleone, Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Sono state effettuate inoltre le seguenti audizioni informali:

- 17 ottobre 2013 – Presidente Giovanni TAMBURINO, capo Dipartimento dell’Amministrazione penitenziaria (DAP);
- 15 ottobre 2013 – Società italiana di psichiatria (SIP);
- 7 novembre 2013 – Società italiana di medicina e sanità penitenziaria (SIMSPE);

Le audizioni del Sottosegretario di Stato alla salute, Vito De Filippo, in merito all’esecuzione della normativa per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari sono state effettuate:

- 24 giugno 2015 (AM) – Audizione del sottosegretario alla salute e rinvio;
- 25 giugno 2015 – Seguito e conclusione dell’audizione.

Affare Assegnato (n. 234)

Nel corso del 2014, la Commissione igiene e Sanità del Senato,

– considerato che la Relazione al Parlamento sul Programma di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (Doc. XXVII, n. 7), annunciato all’Assemblea il 19 dicembre 2013, ha fatto emergere criticità sulle modalità, i tempi e le scelte operate per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari,

– constatata l’esigenza di contribuire alla realizzazione di una forte sinergia tra le istituzioni competenti per la realizzazione dei programmi in favore della tutela della salute mentale negli istituti penitenziari e, in particolare, per garantire il funzionamento delle sezioni psichiatriche interne agli istituti di pena,

ha presentato, ai sensi del Regolamento del Senato, articolo 50, comma 2 e articolo 34, comma 1, la richiesta di assegnazione di un «Affare assegnato» sul tema «Stato di esecuzione e problematiche attuative della normativa per il superamento degli ospedali giudiziari»,

L’affare risulta assegnato alla Commissione il 7 febbraio 2014.

Al termine dell’esame, la Commissione ha approvato una risoluzione: Doc. XXIV, n. 25 (riportata di seguito).

I sopralluoghi

Una delegazione della 12^a Commissione permanente Igiene e sanità del Senato della Repubblica, assistita dal consigliere parlamentare e con la collaborazione di personale del NAS, ha effettuato nel corso del 2015 una serie di sopralluoghi presso gli OPG interessati dal processo di superamento degli OPG previsto dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, e presso alcune Residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza, REMS.

Sono stati effettuati i seguenti sopralluoghi:

- Barcellona Pozzo di Gotto – 5-6 marzo 2015;
- Castiglione delle Stiviere – 8-9 marzo 2015;
- Aversa – 23 marzo 2015;
- Tinchi – 6 luglio 2015;
- Pontecorvo – 13 luglio 2015.

Le relazioni delle missioni sono riportate in allegato al presente documento.

I convegni

Al fine di favorire un confronto nel merito da parte di tutti i soggetti istituzionali coinvolti nel processo di superamento degli OPG, di promuovere una più ampia consapevolezza del significato storico di tale processo in termini di rispetto della dignità delle persone e di crescita civile del Paese, nonché di riqualificazione dei percorsi di presa in carico delle persone più deboli, la Commissione Igiene e Sanità del Senato ha promosso una serie di convegni e occasioni di riflessione, tenutesi tutte presso il Senato.

- 27 marzo 2014 – Convegno *Impegni per il superamento degli OPG – Per non sprecare una occasione di crescita civile del Paese*;
- 11 novembre 2014 – Convegno *Salute mentale, OPG e diritti umani*;
- 1° aprile 2015 – Proiezione film *«Il viaggio di Marco Cavallo»*
- 16 febbraio 2017 – Convegno *Dopo il superamento degli OPG – Quali criticità e quali prospettive*

Risoluzione approvata dalla Commissione AFFARE ASSEGNATO N. 234

«Stato di esecuzione e problematiche attuative della normativa per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari»

La Commissione;

rilevato che il processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e delle case di cura e custodia è giunto a uno stadio di avanzamento ancora inadeguato;

considerato, in particolare, che l'approvazione della legge 17 febbraio 2012, n. 9 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, ha, tra l'altro, posto al centro dell'attenzione e dell'attività delle istituzioni nazionali e delle autonomie territoriali, la realizzazione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (d'ora innanzi, REMS), presso le quali si dovrebbero eseguire, in futuro, le misure di sicurezza di cui gli articoli 219 e 222 del codice penale;

tenuto conto delle modifiche introdotte con il decreto-legge 25 marzo 2013, n. 24, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 maggio 2013, n. 57;

precisato che invece, nello spirito delle leggi citate, la soluzione al problema delle condizioni e delle prospettive di tutela del diritto alla salute di chi ha commesso reati in condizioni di infermità mentale si fonda sulla predisposizione di programmi individualizzati di cura e reinserimento sociale e sullo sviluppo di un'efficace rete di servizi di salute mentale;

premesso che, oltre a richiamare l'esigenza della celerità nell'attuazione di quanto disposto con le leggi citate al fine di dimettere «senza indugio» tutti i soggetti attualmente ancora ricoverati presso gli ospedali psichiatrici giudiziari, la Commissione intende offrire un contributo affinché:

1) le REMS che si dovranno realizzare non ripropongano le contraddizioni e le inefficienze sul piano terapeutico, di risocializzazione e riabilitazione, che hanno da sempre afflitto gli ospedali psichiatrici giudiziari;

2) si compiano tutti gli interventi previsti per il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale, al fine di creare le concrete condizioni per l'accoglienza dei soggetti dimissibili;

ravvisata l'opportunità di una rapida adozione d'iniziative di carattere legislativo, d'indirizzo amministrativo e di gestione dei procedimenti per la creazione delle REMS, improntate a:

evitare i rischi che le nuove istituzioni costituiscano luoghi in cui si ripropongono logiche di cronicizzazione orientate a funzioni securitarie a detrimento della tutela della salute;

garantire, mediante un'attività di monitoraggio efficace e continua, che il numero di posti letto presenti in ciascuna regione non favorisca il proliferare di luoghi di internamento, privi di un'effettiva funzione terapeutica e non influisca negativamente sul giudizio di pericolosità sociale che nei fatti può essere influenzato dall'offerta e dalla capienza dei luoghi di esecuzione delle misure di sicurezza;

favorire una cultura della residualità, dell'eccezionalità e della transitorietà del ricovero nelle REMS;

attribuire priorità di finanziamento, preminenza, rilievo e certezza ai protocolli d'intesa tra i Dipartimenti di salute mentale e le competenti autorità regionali, affinché abbia luogo un'efficace presa in carico da parte dei servizi di salute mentale sul territorio, così da garantire la progressiva e definitiva dimissione degli ospedali psichiatrici giudiziari e la dimissione di tutti i ricoverati che ivi si trovano in regime di esecuzione delle misure di sicurezza;

constatata l'esigenza, al contempo, di contribuire alla realizzazione di una forte sinergia tra le istituzioni competenti per la realizzazione dei programmi in favore della tutela della salute mentale negli istituti penitenziari e, in particolare, per garantire il funzionamento delle sezioni psichiatriche interne agli istituti di pena, al fine di predisporle alla ricettività dei

detenuti che soffrono per sopraggiunto disturbo mentale ai sensi dell'articolo 148 del codice penale e di coloro ai quali si applica la fattispecie di cui agli articoli 111 e 112 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230;

considerato che la Relazione al Parlamento sul programma di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (*Doc. XXVII, n. 7*), annunciata all'Assemblea il 19 dicembre 2013, fa emergere criticità sulle modalità, i tempi e le scelte operate per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari;

rilevato, tuttavia, che la Relazione citata fornisce elementi conoscitivi di sicura utilità, sui quali di seguito si fermerà l'attenzione per delineare le direttrici di intervento normativo e amministrativo che si rende opportuno perseguire nei prossimi mesi. In particolare sembra essere stato conseguito il risultato di «avere in ciascuno degli OPG solamente gli internati delle Regioni» appartenenti al macrobacino di riferimento; inoltre l'aumento delle dimissioni e la contemporanea presa in carico dei servizi territoriali hanno contribuito ad evitare la permanenza in OPG per la mancanza di concrete soluzioni alternative; in più, l'attenzione al principio di territorialità, mantenuto nella disposizione istitutiva delle REMS, ha contribuito a preservare almeno in parte il tessuto connettivo tra la persona sottoposta all'esecuzione della misura di sicurezza e il suo contesto sociale di provenienza e riferimento;

per altro verso, la Relazione governativa da cui muove la presente risoluzione prende atto che «il termine previsto dalla legislazione vigente, e cioè il 1° aprile 2014, per il superamento degli OPG non è risultato congruo, soprattutto per i tempi di realizzazione delle strutture», così che «si prospetta la necessità che il Governo, anche sulla scorta delle indicazioni regionali, proponga al Parlamento una proroga del termine che rispecchi la tempistica oggettivamente necessaria per completare definitivamente il superamento degli OPG»;

premesso che la Commissione, in occasione dell'eventuale proroga del termine del 1° aprile 2014, ritiene auspicabile favorire con assoluta priorità la definitiva presa in carico in capo ai Dipartimenti di salute mentale, dei soggetti attualmente ricoverati presso gli Ospedali psichiatrici giudiziari e già «dimissibili», nonché introdurre nuove disposizioni concernenti l'esecuzione, residuale e di durata limitata, delle misure di sicurezza nelle REMS;

rilevato altresì l'onere di perseguire il duplice fine di incidere sull'accesso alle REMS, controllare, monitorare e limitare il numero dei ricoverati sin dal momento dell'entrata in funzione delle nuove istituzioni e valorizzare un aspetto – già ampiamente illustrato dalla dottrina penalistica e costituzionalistica – concernente la complessiva problematica dell'esecuzione delle misure di sicurezza;

la Commissione Igiene e Sanità del Senato impegna il Governo:

a) ad attivarsi affinché il termine per la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici giudiziari sia prorogata non oltre la data ultimativa del 1° aprile 2015;

b) a disporre affinché ciascuna regione, attraverso i competenti dipartimenti e servizi di salute mentale delle proprie aziende sanitarie, predisponga, in accordo e con il concorso delle direzioni degli OPG, i programmi individualizzati di dimissione di ciascuna delle persone ricoverate alla data del 31 marzo 2014 negli OPG. Per i pazienti per i quali è accertata la persistente pericolosità sociale il programma documenta puntualmente le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero. I progetti individualizzati sono inviati entro il 15 giugno 2014 al Ministero della salute e alla competente Autorità giudiziaria;

c) a disporre affinché il rispetto di quanto previsto alla lettera b) costituisca oggetto di verifica al tavolo degli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza;

d) a prevedere che, sempre entro il 15 giugno 2014, le regioni possano aggiornare o rimodulare i programmi già presentati per l'utilizzo dei fondi in conto capitale tenendo conto della esigenza di riqualificare i Dipartimenti di salute mentale, limitare il numero complessivo di posti letto da realizzare nelle REMS ed evitare che le risorse siano destinate alla ristrutturazione/realizzazione di strutture private;

e) ad accelerare l'erogazione alle regioni delle risorse di parte corrente, a partire da quelle relative agli anni 2012 – 2014, la cui effettiva disponibilità è fondamentale per il reclutamento e la formazione del personale necessario al rafforzamento dei servizi per la salute mentale;

f) a introdurre una disposizione volta a fissare la durata massima della permanenza nelle REMS dei soggetti che siano giudicati pericolosi socialmente, esclusi dunque coloro i quali risultano attualmente ancora ricoverati in ospedale psichiatrico giudiziario o assegnati a Casa di cura e custodia, in esecuzione di una misura di sicurezza già irrogata;

g) a vietare esplicitamente che nelle REMS possa aver luogo il ricovero provvisorio o l'applicazione provvisoria delle misure di sicurezza ai sensi dell'articolo 206 del codice penale e secondo il procedimento di cui agli articoli 312 e 313 del codice di procedura penale;

h) a disporre affinché, nel caso in cui alla scadenza del termine del 1° aprile 2015 risultino ancora persone ricoverate negli OPG, il Governo, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione e nel rispetto dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, provveda in via sostitutiva al fine di assicurare il superamento definitivo degli OPG;

i) a istituire una cabina di regia in cui siano rappresentate tutte le istituzioni coinvolte nel processo di superamento degli OPG, con funzioni di monitoraggio, stimolo e coordinamento, e con obbligo di periodica relazione al Parlamento,

auspica, infine, che le regioni attivino moduli di formazione per gli operatori, volti a creare culture e pratiche capaci di progettare, organizzare

e sostenere programmi terapeutico-riabilitativi nei confronti delle persone sottoposte a misura di sicurezza che considerino come preminente la piena consapevolezza che il paziente dispone dei medesimi diritti alla cura e alla riabilitazione di ogni altro cittadino e utente dei servizi di salute mentale, anche con riguardo alle esigenze di mediazione culturale.

37. *Sostenibilità del sistema e secondo pilastro*

La Commissione Igiene e sanità del Senato ha approfondito il tema della sostenibilità del sistema sanitario italiano anche con riferimento al dibattito sul cosiddetto secondo pilastro.

Il tema è stato affrontato tentando una ricostruzione dei principali elementi utili per approfondire in modo documentato le cause e le implicazioni dello sviluppo di forme alternative di finanziamento del sistema di protezione della salute con riguardo a:

- la spesa sanitaria privata e le agevolazioni fiscali a favore della stessa;
- il settore delle polizze malattia;
- il settore dei fondi sanitari e le agevolazioni fiscali a favore degli stessi.

Tali elementi sono analizzati sotto il profilo, per quanto possibile, dell'equità e dell'efficienza.

a) La spesa sanitaria privata

In questa sede si riportano le stime diffuse recentemente dall'Istat dei conti della sanità riferite al periodo 2012- 2016.⁷⁵

Nel 2016 la spesa sanitaria privata è pari a 37.318 milioni di euro; la sua incidenza rispetto al Pil è del 2,2 per cento. Il 91 per cento della spesa sanitaria privata è sostenuta direttamente dalle famiglie.

Rispetto alla spesa sanitaria totale (pubblica e privata), la spesa privata pesa per il 25 per cento, percentuale prossima alla media dei Paesi dell'OECD (se si escludono gli Stati Uniti) e sostanzialmente costante da molti anni. Le due componenti della spesa sanitaria, quella pubblica e quella privata, tendono quindi ad avere dinamiche sostanzialmente analoghe.

⁷⁵ Le fonti informative sulla spesa sanitaria privata sono numerose e differiscono in base alla metodologia adottata e alle finalità della rilevazione. Il sistema dei conti della sanità è costruito secondo la metodologia del System of Health Accounts ed è in linea con le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti, SEC 2010. Istat, *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia, Anni 2012-2016*. Report 4 luglio 2017.

REGIME DI FINANZIAMENTO	2012	2013	2014	2015	2016
Pubblica amministrazione e Regimi di assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria	110.001	109.254	110.556	110.830	112.182
Pubblica amministrazione	109.597	108.748	110.112	110.375	111.725
Regimi di assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria	404	506	444	455	457
Regimi di finanziamento volontari	3.160	3.132	3.241	3.400	3.388
Assicurazioni sanitarie volontarie	2.271	2.179	2.157	2.247	2.211
Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	417	467	510	570	576
Regimi di finanziamento da parte delle imprese	472	486	574	583	601
Spesa diretta delle famiglie	31.324	31.262	32.353	33.799	33.930
Totale	144.485	143.648	146.150	148.029	149.500

Fonte Istat 2017

b) Le agevolazioni fiscali alle spese sanitarie private

Le spese sanitarie private beneficiano di un rimborso fiscale riconosciuto a tutti coloro che evidenziano le spese nella dichiarazione dei redditi, pari di norma al 19 per cento delle stesse al netto della franchigia di 129,11 euro.

Recentemente è stato pubblicato il rapporto annuale sulle cosiddette spese fiscali (*tax expenditures*)⁷⁶.

Con riguardo al settore sanitario, il rapporto considera le detrazioni per *spese sanitarie, spese mediche e di assistenza specifica e spese per prestazioni specialistiche* (ovvero per le spese sanitarie sostenute dai cittadini italiani per l'acquisto di prestazioni sanitarie nel mercato privato)

I dati disponibili indicano che 17 milioni di persone beneficiano delle agevolazioni fiscali riconosciute alle spese sanitarie private. Il fenomeno è in continua crescita.

L'ammontare delle spese portate in detrazione è pari a 16 miliardi di euro, con un valore medio di 935 euro per dichiarante. Ne risulta che circa la metà delle spese private sostenute direttamente dalle famiglie (*Out of pocket*) beneficiano della agevolazione fiscale al 19 per cento, ovvero godono di un rimborso grazie alla riduzione dell'imposta prevista dalle norme fiscali.

⁷⁶ Senato della Repubblica, Ufficio Valutazione di Impatto, *Le spese fiscali in Italia nel primo rapporto annuale (2016)*. Documenti di analisi n. 8, settembre 2017, www.senato.it/ufficiovalutazioneimpatto

Senato della Repubblica, Ufficio Valutazione di Impatto, *Spese fiscali. Agevolazioni, detrazioni, esenzioni: quante sono? Quanto ci costano? Chi ne beneficia?* Focus, Settembre 2017, www.senato.it/ufficiovalutazioneimpatto

Il risparmio di imposta per contribuente beneficiario è pari a 178 euro.

L'impatto sul bilancio dello Stato (in termini di minor gettito) è stimato pari a 3,1 miliardi di euro. Tale minor gettito costituisce un risparmio di imposta per coloro che ne beneficiano, e un onere posto a carico della generalità dei contribuenti.

Dal punto di vista dell'equità giova osservare che la richiesta di detrazione fiscale presenta notevoli differenze per classe di reddito: è rara fra coloro che dichiarano redditi irrisori (5-6 per cento fra i contribuenti con reddito fino a 3 mila euro) mentre è molto diffusa fra i redditi elevati (71 per cento fra i redditi superiori a 200 mila euro). Ne risulta una forte concentrazione delle agevolazioni a favore dei ceti medi e medio-alti, più interessati ai consumi sanitari privati e più in grado di sostenerne la spesa. Differenze si registrano anche fra le regioni: la frequenza delle richieste è più elevata in Veneto, Emilia Romagna e Lombardia mentre è più contenuta in Campania e Calabria. La spesa portata in detrazione è più elevata al Nord (oltre 1.100 euro pro capite in Lombardia e Lazio) e più contenuta nel Mezzogiorno (meno di 700 euro in Basilicata e Molise)⁷⁷.

c) La spesa delle famiglie per le polizze malattia

Con riguardo alla spesa sostenuta dalle famiglie per le polizze malattia, alcune informazioni possono essere tratte dalle statistiche dell'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Ania).

Nel 2016, l'ammontare complessivo dei premi del ramo malattia riscossi dalle imprese di assicurazione è pari a 2,5 miliardi di euro, di cui circa un quarto per polizze individuali e tre quarti per polizze collettive⁷⁸.

Le statistiche dell'Ania forniscono dati significativi anche con riguardo alla gestione delle polizze. Con riferimento al ramo malattia, le spese di gestione⁷⁹ risultano pari a circa il 25 per cento dei premi contabilizzati (*expense ratio*), una percentuale che conferma gli elevati costi connessi alla gestione delle coperture assicurative, anche in ragione della frequente interazione con gli assistiti e dell'elevata specificità tecnica del contatto con gli assicurati. In generale, l'Italia è fra i paesi con i più alti valori dell'*expense ratio*, per di più in lieve aumento.

Con riferimento al trattamento fiscale delle polizze assicurative, è necessario distinguere fra le diverse tipologie di coperture. I premi versati come corrispettivo di una polizza *individuale* non godono di alcun trattamento agevolato, ma gli assicurati possono beneficiare delle detrazioni al 19 per cento anche per le spese rimborsate dalla compagnia di assicura-

⁷⁷ Dirindin, *La sanità pubblica tra indifferenza e laissez faire*, Rivista delle Politiche Sociali, n. 2 - 2016. I dati si riferiscono all'anno 2013.

⁷⁸ Ania, Trends Infortuni e malattia. www.ania.it

⁷⁹ Spese per l'acquisizione dei contratti, la riscossione dei premi, l'organizzazione e il funzionamento della rete distributiva, spese di amministrazione relative alla gestione tecnica ecc. www.ania.it

zione. I premi versati a coperture di polizze collettive sono soggetti, se rispondenti a specifici requisiti, a un regime fiscale analogo a quello riconosciuto ai fondi.

Non si dispone di alcuna stima attendibile del mancato gettito per l'erario connesso alle agevolazioni fiscali riconosciute alle polizze malattia.

Rispetto al totale della spesa sanitaria privata, i dati Oecd mettono in evidenza la scarsa incidenza, rispetto alla maggior parte dei Paesi dell'Europa continentale, della spesa per assicurazioni, un dato che è spesso assunto a fondamento della richiesta di un maggior ruolo delle assicurazioni nel nostro Paese.

Sul tema la letteratura scientifica evidenzia rischi e opportunità, sotto diversi profili (fiscali, di finanza pubblica, di mercato, di offerta di servizi, di oneri per i cittadini, eccetera). L'argomento più frequentemente portato a sostegno di una maggiore intermediazione finanziario-assicurativa (con riguardo alle polizze e ai fondi sanitari) è connesso ai vantaggi dell'aggregazione della domanda di prestazioni sanitarie e alla conseguente potenziale maggiore efficienza della spesa privata. Va comunque ricordato che i costi connessi alla gestione delle polizze malattia sono molto elevati (intorno ad almeno il 25 per cento dei premi contabilizzati) e sui benefici erogabili incidono le riserve che inevitabilmente un intermediario assicurativo deve costituire: tali due tipi di oneri sono più che sufficienti a compensare gli eventuali risparmi fiscali e quelli connessi all'aggregazione della domanda.

Quanto poi alla ipotizzata maggiore efficienza nel consumo di prestazioni sanitarie, l'effetto dovrebbe essere valutato rispetto alle preferenze del consumatore informato: ad oggi numerose evidenze rivelano che gli italiani sono poco inclini ad acquistare una copertura assicurativa (o a partecipare a fondi sanitari), presumibilmente anche in ragione della consapevolezza che la maggior parte dei rischi, specialmente quelli più catastrofici per i bilanci delle famiglie, sono tutelati all'interno del sistema pubblico grazie alla fiscalità generale, ovvero grazie alla ripartizione fra tutti i contribuenti del relativo onere (in base al principio «paga chi può a favore di chi ha bisogno») e, secondariamente, perché le spese sostenute nel mercato privato delle prestazioni sanitarie godono da molti anni di un regime fiscale agevolato che garantisce al cittadino un rimborso fino al 19 per cento della spesa sopportata.

d) La spesa degli italiani per i fondi sanitari

I fondi sanitari sono una realtà molto complessa, composta da centinaia di fondi, casse, enti, molto eterogenei (quanto a coperture, premi, gestione delle attività, erogazione delle prestazioni, eccetera), spesso variamente collegati fra loro. Si tratta per lo più di fondi aziendali, che permettono alle imprese di moderare la crescita del costo del lavoro grazie al favorevole regime fiscale e ai lavoratori di ricevere quote di remunerazione in natura, esentasse.

Le informazioni disponibili sui fondi sanitari provengono da una pluralità di fonti, spesso parziali o settoriali e non sempre di facile accesso.

Una fonte importante è rappresentata dall'Anagrafe dei fondi sanitari istituita presso il Ministero della salute. Una recente ricerca fornisce dati molto interessanti⁸⁰.

Nel 2015 il Ministero della salute conta 305 fondi iscritti all'Anagrafe, di cui 8 classificabili come Tipo A (fondi sanitari integrativi del SSN ex articolo 9 dei decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502 e 19 giugno 1999, n. 299, cosiddetti «fondi *doc*» e 297 come Tipo B (Enti, Casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali, ex articolo 51 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917).

Il numero totale degli iscritti, compresi i famigliari, è pari a 9,2 milioni di persone.

I contributi complessivamente versati ai fondi sanitari ammontano a 2,2 miliardi di euro, per la quasi totalità riferiti ai fondi di Tipo B.

Anno	Fondi			Numero di iscritti						Dimensione delle risorse			
	tipo A	tipo B	Totale	lavoratori dipendenti	lavoratori autonomi	famigliari lavoratori dipendenti	famigliari lavoratori non dipendenti	totale lavoratori	totale famigliari	Totale iscritti	Ammontare generale tipologia B	Ammontare parziale tipologia B	Totale risorse tipologia A
2013	4	286	290	4.734.681	539.864	1.373.444	266.195	5.274.545	1.639.639	6.914.184	2.112.122.993	690.892.884	51.013
2014	7	293	300	5.141.223	565.199	1.563.015	224.387	5.706.422	1.787.402	7.493.824	2.159.808.946	682.448.936	77.051
2015	8	297	305	6.423.462	535.893	1.862.206	332.931	6.959.355	2.195.137	9.154.492	2.242.215.085	69.092.879	1.242.145

Fonte Elaborazione Piperno(2017) su dati dell'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della salute forniti da Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio II, in data 31 maggio 2017

Fonte: Piperno 2017

Con riguardo al livello di conoscenza e di gradimento dei fondi sanitari, paiono interessanti, fra gli altri, i risultati di una indagine Assidai del 2015 effettuata presso un campione di *manager* italiani⁸¹. Il giudizio dei *manager* sul sistema sanitario italiano è sufficiente (voto medio 6 su 10), e oltre il 40 per cento degli intervistati dà un voto pari o superiore a 7. Con riguardo ai fondi, il livello di conoscenza dei *manager* è «limitato» e solo una percentuale variabile fra il 14 per cento e il 23 per cento esprime un giudizio complessivamente «positivo» o «abbastanza positivo». Inoltre solo il 25 per cento di coloro che non sono ancora iscritti a un fondo esprimono la volontà di farlo nel breve periodo.

e) Considerazioni generali

Da parecchi anni, le restrizioni imposte alla sanità pubblica stanno contribuendo al risanamento della finanza pubblica e all'aumento dell'efficienza nel SSN, ma, al contempo, stanno indebolendo il sistema di of-

⁸⁰ Aldo Piperno, *La previdenza sanitaria integrativa; configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy*; rapporto presentato al Convegno Omceo del 6 ottobre 2017 a Roma.

⁸¹ Assidai, *L'identità del manager italiano, il best place to work e l'assistenza sanitaria integrativa*, Indagine effettuata da Ipsos per Assidai, maggio 2015.

ferta, aggravando le difficoltà di accesso alle cure, ampliando le disegualianze e introducendo un inedito razionamento esplicito nell'accesso a trattamenti efficaci (persino per patologie infettive importanti come l'epatite C).

A fronte di tale situazione aumenta il numero di persone che rinviando le cure (anche per difficoltà economiche), aumenta la spesa privata (pur mantenendosi sempre pari a circa un quarto della spesa complessiva) e cresce l'offerta di forme alternative di copertura sanitaria (dalle polizze ai fondi).

La recente crescita di fondi sanitari pare attribuibile a una pluralità di fattori: i mutamenti intervenuti nelle relazioni sindacali e industriali (moderazione salariale, mutamenti nelle modalità di contrattazione), le agevolazioni riconosciute dal sistema fiscale (ai contributi versati da datori di lavoro e lavoratori, ai premi pagati, al *welfare* aziendale), le strategie di sviluppo dell'intermediazione finanziaria-assicurativa (alla continua ricerca di mercati profittevoli) e le ambizioni di crescita del mercato delle prestazioni sanitarie (che mal sopporta le restrizioni imposte dai tagli alla spesa pubblica). In tale contesto, le condizioni del servizio sanitario paiono, più che una causa, un effetto delle politiche adottate per sostenere lo sviluppo di forme alternative di copertura sanitaria: un indebolimento indotto attorno al tema della sostenibilità economica del SSN.

Le agevolazioni fiscali a favore dei fondi sanitari e del *welfare* aziendale sono spesso considerati uno strumento volto a favorire l'espansione di forme di tutela che possono contribuire a rendere più sostenibile il SSN e a superare le difficoltà di accesso alle cure che gravano su alcuni gruppi di popolazione. Politiche volte a far risparmiare sulle tasse, offrendo forme di *welfare* destinato a migliorare la vita dei lavoratori (e alle loro famiglie) sono spesso presentate come una strategia *win-win* che garantisce cioè vantaggi a tutti, senza che nessuno ne sopporti gli oneri. In realtà non è esattamente così. Una strategia che permette di aggirare le inefficienze del pubblico che gravano soprattutto sui più deboli (le lunghe liste di attesa e i *ticket* non più concorrenziali rispetto ai prezzi del privato) potrebbe produrre effetti, in termini di efficienza e di equità, non necessariamente positivi.

In primo luogo perché, in periodi di vincoli stringenti di finanza pubblica, destinare via via più risorse pubbliche verso i fondi sanitari può implicare meno risorse per il SSN. Inoltre perché rischia di indebolire la voce a difesa della qualità delle prestazioni pubbliche: chi beneficia di coperture alternative può, se insoddisfatto delle prestazioni pubbliche, rivolgersi facilmente ad altri erogatori anziché rivendicare un diritto, anche a nome di tutti gli altri cittadini.

In secondo luogo, i fondi producono una segmentazione delle tutele e, conseguentemente, forme di discriminazioni a favore di chi è occupato (rispetto a chi non lo è) e a favore di specifiche categorie di lavoratori, in particolare i lavoratori dipendenti con redditi meno contenuti, fortemente omogenei come categoria, con maggiori capacità negoziali e interessati a contrattare integrazioni salariali sotto forma di *fringe benefit* (rispetto

ai lavoratori privi di tali requisiti). Producono inoltre iniquità nell'accesso alle cure e inefficienze nel mercato delle prestazioni (rischiando di indebolire le misure pubbliche volte a ridurre i fenomeni di consumo inappropriato).

In terzo luogo, va valutato l'effetto di illusione fiscale connesso alle agevolazioni fiscali a favore dei fondi sanitari che sono spesso ipotizzati capaci di produrre vantaggi per tutti: la copertura sanitaria costa in effetti all'impresa meno rispetto a un parallelo aumento in busta paga e costa meno anche al lavoratore, per la quota di imposte a suo carico. Tali agevolazioni costano tuttavia alla finanza pubblica, ovvero alla generalità dei contribuenti, e producono effetti redistributivi a carico di chi non partecipa ad alcun fondo sanitario. Il che appare discutibile sotto il profilo dell'equità. Ne deriverebbero effetti simili a quelli che per la realtà statunitense sono stati definiti, in modo molto efficace, tipici di «una sanità malata di polizze esentasse».

Alla luce di tali considerazioni, pare necessario domandarsi quali soluzioni siano praticabili nell'interesse generale, anziché nell'interesse di specifici settori del mercato.

f) Conclusioni e raccomandazioni su sostenibilità del SSN e secondo pilastro

«Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e individuate ai sensi del comma 3, in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 22 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definite dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.»

Così dispone la normativa in vigore (decreto legislativo n. 229 del 1999).

Ogni cittadino è peraltro libero di adottare anche altre soluzioni, sintetizzabili come segue:

1. ricorrere, in caso di bisogno, al mercato privato delle prestazioni sanitarie sopportandone direttamente i costi, salvo beneficiare al momento della dichiarazione dei redditi delle previste agevolazioni fiscali;
2. aderire ad una delle tante tipologie di fondi sanitari, istituiti con accordi aziendali o nazionali o di gruppo, per lo più stipulati dai datori di lavoro a favore dei propri dipendenti o di parte di essi (Fondi sanitari);
3. trasferire il rischio a una compagnia di assicurazione e sottoscrivere a titolo individuale o di gruppo una polizza malattia (assicurazione privata).

A tale proposito, le considerazioni svolte nel corso dell'Indagine conoscitiva conducono alle seguenti considerazioni preliminari:

– le restrizioni imposte alla sanità pubblica, in particolare nelle regioni sotto Piano di rientro, hanno contribuito, dal 2010 ad oggi, a contenere in modo significativo la spesa sanitaria in rapporto al Pil, ma stanno producendo effetti preoccupanti in termini di funzionamento dei servizi e di assistenza erogata ai cittadini, alimentando importanti diseguaglianze all'interno di un sistema che, al contrario, dovrebbe rispondere ai principi di equità. La Commissione ritiene che la tutela della salute debba ritornare a pieno titolo a far parte dell'agenda delle priorità dei governi (nazionale e regionale), debba essere riconosciuto il contributo della sanità allo sviluppo economico e umano della popolazione e debba essere avviato un percorso di progressivo riallineamento del rapporto spesa sanitaria pubblica / Pil alla media europea in modo da rinvigorire il SSN, strutturare il personale e rispondere ai bisogni della popolazione;

nel corso degli anni, i fondi sanitari si sono sviluppati, soprattutto nella componente ancorata a contratti aziendali e nazionali di lavoro, ma ancora oggi costituiscono una amalgama poco conosciuta, contemplando una varietà di soluzioni (enti, casse e fondi integrativi, complementari, sostitutivi, eccetera) dagli effetti difficili da enucleare. La loro estensione è comunque tale da non poter più essere disciplinata da una legislazione frammentata e obsoleta (in particolare per la sanità integrativa), la cui revisione dovrebbe essere effettuata tenuto conto dell'interesse generale, allo scopo di favorire una *governance* complessiva del settore a tutela dei cittadini, a partire da una accurata analisi del funzionamento attuale dei fondi, dei vantaggi e degli oneri a essi connessi e sulla base di informazioni complete e attendibili;

– le agevolazioni fiscali a favore dei fondi sanitari e del *welfare* aziendale sono spesso considerati uno strumento volto a favorire l'espansione di forme di tutela che possono contribuire a rendere più sostenibile il SSN e a superare le difficoltà di accesso alle cure che gravano su alcuni gruppi di popolazione. Si tratta in realtà di misure che potrebbero produrre effetti, in termini di efficienza e di equità, non privi di aspetti problematici perché possono favorire opzioni praticabili solo da specifiche categorie di cittadini, indebolire le voci a difesa di una offerta pubblica di qualità a favore di tutta la popolazione, affievolire le politiche pubbliche volte a promuovere l'appropriatezza nell'uso di servizi e trattamenti;

con riguardo alle assicurazioni private, i dati indicano una scarsa incidenza delle polizze rispetto ad altri Paesi, segno della scarsa propensione degli italiani ad acquistare tali forme di protezione, anche in ragione delle tutele già garantite dalla sanità pubblica (rispetto alla quale i livelli di soddisfazione sono comunque ancora significativi), della relativa presenza di fondi sanitari, della onerosità degli schemi assicurativi e, non ultimo, del rimborso fiscale comunque garantito dalla normativa vigente a chi sostiene spese sanitarie private. Il settore è comunque in forte fermento, ipotizzando sviluppi di mercato piuttosto consistenti su differenti categorie di popolazione;

a dispetto della pluralità delle soluzioni disponibili, ancora oggi alcune voci di spesa, molto impegnative per i bilanci delle famiglie, non go-

dono di adeguate coperture, né pubbliche né private: è il caso, in particolare, della non autosufficienza, rispetto alla quale è necessario individuare una strategia nazionale, anche a partire da alcune esperienze regionali, in grado di favorire soluzioni che rendano possibile la copertura dei rischi che gravano sulle famiglie, prevedendo un reale coordinamento con quanto di competenza del SSN e assicurando il rispetto del principio di non discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti e di non selezione dei rischi. In tal senso vanno previste misure e adeguati finanziamenti per riconoscere e valorizzare dal punto di vista previdenziale il lavoro di cura svolto dai famigliari di persone non autosufficienti.

In prospettiva, la situazione sembra essere fortemente condizionata dallo *status quo*, in particolare dal rischio di perduranti restrizioni alla sanità pubblica e dalle strategie di sviluppo messe in atto dal mondo della intermediazione finanziaria.

La Commissione ritiene che sia necessario individuare una strategia di governo dello sviluppo delle varie forme di protezione, per orientare la loro crescita verso soluzioni in grado di affrontare i problemi di equità e di efficienza più volte sottolineati dalla Commissione, così come da chi ne sostiene lo sviluppo.

A conclusione dell'attività svolta, la Commissione Igiene e Sanità ritiene di poter suggerire le seguenti raccomandazioni:

1. intervenire tempestivamente a favore di un *rilancio* dei valori alla base del nostro sistema di tutela della salute e di un *rinnovamento* del SSN per renderlo più adeguato – in tutte le regioni italiane – ai bisogni di salute della popolazione, più accessibile a tutte le persone, a partire da quelle più fragili e più pesantemente colpite dalla lunga crisi economica, garantendo un finanziamento a carico della fiscalità generale allineato con i livelli europei;

2. intervenire affinché sia rigorosamente evitata, all'interno del SSN, l'adozione di forme *esplicite* di selezione dei cittadini che possono accedere a trattamenti efficaci, superando definitivamente la recente, e del tutto inedita, esperienza di selezione dei pazienti con epatite C che possono beneficiare dei farmaci innovativi;

3. intervenire affinché forme *implicite* di superamento dell'universalismo siano progressivamente messe in atto, anche prevedendo azioni volte a sostenere il valore del lavoro dei professionisti della sanità e la realizzazione di modelli organizzativi delineati pensando ai bisogni della popolazione;

4. realizzare un *riordino* della sanità integrativa, definendone l'ambito di azione in modo da evitare duplicazioni e consumismo sanitario, rafforzando la vigilanza pubblica, garantendo la massima trasparenza delle opportunità e dei costi offerte ai cittadini, armonizzando l'offerta di prestazioni ai principi di appropriatezza e sicurezza previsti per i LEA, favorendo un'offerta di servizi a tariffe calmierate, adottando misure volte a ridurre le inefficienze connesse alla compresenza di sovra-assicurazione e sottoassicurazione di specifiche tipologie di rischio;

5. definire una strategia nazionale a favore della protezione contro i rischi connessi alla *non autosufficienza*, individuando soluzioni che rendano possibile la ripartizione degli oneri su una vasta platea di contribuenti e risposte assistenziali a favore delle persone in condizioni di maggior bisogno;

6. prevedere il riordino complessivo delle norme riguardanti le diverse forme di copertura sanitaria al fine di creare un *quadro regolatorio* capace di garantire la tutela delle persone e le condizioni per una sana competizione fra le diverse forme di copertura all'interno del sistema, anche evitando derive consumistiche;

7. definire una *anagrafe unica* dei Fondi sanitari e delle assicurazioni private, identificando requisiti di accreditamento validi su tutto il territorio nazionale e rendendone pubblica la consultazione, anche per offrire ai cittadini l'opportunità di conoscere e valutare le diverse soluzioni offerte;

8. intervenire affinché le *campagne pubblicitarie* in materia di polizze malattia siano veritiere e corrette, realizzate nel pieno rispetto delle norme in materia di pubblicità e tali da non indurre in errore il consumatore che, nello specifico settore, appare particolarmente vulnerabile;

9. procedere nel processo già previsto nel *Programma nazionale di riforma* di riordino della normativa in materia della cosiddetta *spesa fiscale* nel settore sanitario;

10. promuovere una nuova *governance* della sanità in una chiara logica di integrazione con le politiche sociali e ambientali.

38. *Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia*

Capita frequentemente di imbattersi in affermazioni sulla (in)sostenibilità del nostro sistema sanitario come se si trattasse di qualcosa di insindacabile, documentato, univoco, che non ha bisogno di alcuna specificazione o argomentazione, tanto la convinzione è robusta in una parte degli osservatori. Una affermazione che è quasi un luogo comune, in grado di dare un tono di modernità e di rigore a chi la pronuncia.

Ma c'è di più. La mancata ripresa dell'economia e le difficoltà della finanza pubblica potrebbero indurre i decisori a ulteriori riduzioni della spesa pubblica sanitaria, con il rischio di proseguire nella china che il sistema che ha già intrapreso. Certo non è possibile difendere acriticamente il sistema perché molto può essere ancora migliorato. Ma non possiamo neanche permettere che un *mix* di sottovalutazione del *welfare* e di luoghi comuni infondati possano impedire alle attuali generazioni di adulti di consegnare ai propri figli e ai propri nipoti un sistema di tutela della salute simile a quello che loro hanno ereditato e di cui hanno beneficiato. Non possiamo permettere che i nostri ospedali vadano in rovina, che gli operatori si arrendano al declino e che le persone più svantaggiate non possano accedere alle cure di cui hanno bisogno.

La sanità continua ad essere considerata un settore sul quale effettuare risparmi mentre dovrebbe essere considerata una formidabile leva per lo

sviluppo, non solo per promuovere il benessere e l'uguaglianza fra le persone, ma anche per favorire l'occupazione, la ricerca e l'innovazione.

La Commissione si è interrogata sui problemi di fondo del SSN e sulle sue prospettive di sviluppo ed ha cercato di pervenire (almeno in parte) a una visione condivisa e convincente che tenesse conto dei valori di fondo e delle priorità che il Paese dovrebbe perseguire in uno scenario di medio-lungo periodo, con la certezza che la sostenibilità non è un concetto univoco ma dipende dagli obiettivi di salute che la popolazione si propone di raggiungere.

Le considerazioni svolte possono essere ben sintetizzate attraverso alcune delle frasi (che qui riprendiamo) contenute nella relazione conclusiva della Commissione Romanow che oltre dieci anni fa fornì al Governo canadese suggerimenti per migliorare la sanità pubblica e per affrontare i problemi che stavano minando il futuro del servizio⁸².

Roy Romanow afferma:

«Non vi è alcun standard su quanto un paese dovrebbe spendere per la salute. La scelta riflette la storia, i valori e le priorità di ciascuno».

E dopo un articolato percorso di consultazioni e approfondimenti, Romanow giunge a una conclusione disarmante nella sua semplicità:

«Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia».

Da queste conclusioni è utile ripartire: non si tratta di un problema economico (quante risorse sono necessarie); la sostenibilità del diritto alla salute è prima di tutto un problema culturale e politico: fino a che punto siamo disposti a salvaguardare i principi fondanti del nostro sistema sanitario nell'interesse della collettività, garantendo a tutti coloro che ne hanno bisogno un'elevata qualità di accesso alle cure, e nonostante la crisi economica? Quali cure il nostro sistema può riuscire a garantire nel modo migliore ai cittadini? Una questione di equità e quindi di giudizi di valore, prima ancora che di sostenibilità economica.

In sostanza, la sostenibilità della spesa può e deve essere affrontata come una sfida di pubblica priorità nella riallocazione delle risorse per soddisfare al meglio i bisogni della popolazione.

39. Conclusioni

Le politiche per la tutela della salute sono uno strumento fondamentale per la coesione sociale, un potente traino per l'economia e l'occupazione nonché un importante fattore di sviluppo di settori ad alta tecnologia e intensità di ricerca.

Nelle diverse audizioni svoltesi durante l'indagine, è stato osservato come il SSN, dalla sua costituzione nel 1978 fino ad oggi, sia stato pro-

⁸² Commission on the Future of Health Care, *Building on Values. The future of Health Care in Canada. Final Report*, National Library of Canada, 2003.

tagonista di una rapida espansione sotto il profilo sia qualitativo che quantitativo. Al crescente peso istituzionale sono seguite numerose misure di riordino della spesa pubblica investita in questo settore.

L'Italia, insieme ad altri Paesi occidentali industrializzati, ha dovuto fronteggiare fin da subito il problema della sostenibilità economica e del mantenimento dell'equilibrio tra garanzie ai cittadini, organizzazione dei servizi, uniformità del sistema e qualità delle prestazioni offerte. La sfida principale che l'Italia ha dovuto affrontare - e sta affrontando in questi anni - è quella di rendere la spesa pubblica per la sanità sostenibile senza pregiudicare la qualità dei servizi sanitari e l'equità di accesso alle cure.

Nonostante ciò, anche la sanità sta pagando un pesante contributo alle politiche di contenimento dei costi messe in atto dai Governi succedutisi fino ad oggi, attraverso manovre di particolare entità per il servizio sanitario nazionale che se da un lato hanno favorito una razionalizzazione del sistema dall'altro stanno mettendo a dura prova i bisogni dei cittadini.

E di nuovo, oggi, il nostro SSN è chiamato a fronteggiare una serie di importanti sfide che incideranno sulla possibilità tanto di garantire nel medio-lungo termine il rispetto dei principi di universalità, solidarietà ed equità nell'erogazione dei servizi, quanto di mantenere il nostro SSN i primi posti a livello globale per la qualità dell'offerta. In tale ottica, la Commissione ritiene sia necessario un forte impegno delle politiche per la salute sugli aspetti riassunti nelle seguenti conclusioni.

1. il finanziamento del Ssn: le restrizioni imposte alla sanità pubblica, in particolare nelle regioni sotto piano di rientro, hanno contribuito, dal 2010 ad oggi, a contenere in modo significativo la spesa sanitaria, ma stanno producendo effetti preoccupanti sul funzionamento dei servizi e sull'assistenza erogata ai cittadini. La Commissione ritiene che, nei prossimi anni, il sistema non sia in grado di sopportare ulteriori restrizioni finanziarie, pena un ulteriore peggioramento della risposta ai bisogni di salute dei cittadini e un deterioramento delle condizioni di lavoro degli operatori. Eventuali margini di miglioramento, sempre possibili, possono essere perseguiti solo attraverso una attenta selezione degli interventi di riqualificazione dell'assistenza, soprattutto in termini di appropriatezza clinica e organizzativa, evitando azioni finalizzate al mero contenimento della spesa, nella consapevolezza che i risparmi conseguibili devono essere destinati allo sviluppo di quei servizi ad oggi ancora fortemente carenti, in particolare nell'assistenza territoriale anche in relazione all'aumento delle patologie cronico-degenerative;

2. la sostenibilità della spesa privata: la sostenibilità della spesa sanitaria pubblica non può essere approfondita senza affrontare in modo esplicito il suo aspetto speculare, la sostenibilità della spesa privata per la salute, di dimensioni rilevanti, in particolare in alcune settori di assistenza e per molte famiglie già pesantemente colpite dalla crisi economica. Particolare attenzione deve essere riservata alla spesa per le varie forme di protezione integrativa, analizzandone i costi e i benefici (per il singolo cittadino, per la collettività e per le finanze pubbliche), il ruolo

nella tutela della salute nonché l'adeguatezza della relativa disciplina a tutela del consumatore di prestazioni sanitarie; è inoltre irrinunciabile un *riordino* complessivo degli aspetti regolatori e legislativi della sanità integrativa finalizzandola a un concreto sostegno al servizio sanitario;

3. un piano straordinario di investimenti: la carenza di risorse per gli investimenti costituisce un elemento di grande debolezza per il SSN: il degrado di molte strutture sanitarie, il mancato rispetto delle norme di sicurezza e l'obsolescenza di alcune dotazioni tecnologiche mettono a rischio la qualità dei servizi oltre che la credibilità delle istituzioni. Un Piano straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, accuratamente disegnato in modo da evitare i passati insuccessi di alcune regioni, potrebbe costituire un volano per l'occupazione e la crescita, oltre che una occasione per ammodernare il patrimonio del SSN, soprattutto nelle regioni più fragili. Un aggiornamento dello stato di obsolescenza delle strutture sanitarie pubbliche e della sicurezza delle stesse (per gli operatori e per i pazienti) appare fondamentale in vista di una nuova programmazione degli interventi. La Commissione propone inoltre l'inserimento delle infrastrutture sanitarie fra gli investimenti finanziabili attraverso i finanziamenti europei, a partire dai fondi strategici del piano Juncker;

4. la ridefinizione e il monitoraggio dei Lea: Il complesso sistema di *governance* del SSN, che non ha eguali in tutta la Pubblica amministrazione e che ha anticipato le azioni di revisione della spesa oggi avviate in molti altri settori, ha consentito di ridurre i disavanzi e contrastare i maggiori fattori di inefficienza, ma non ha prodotto altrettanti risultati sul fronte della completezza dell'offerta, dell'accessibilità delle cure e dell'equità del sistema. La Commissione ritiene che debba essere garantita l'attuazione in tutto il territorio nazionale dei nuovi LEA, e che l'aggiornamento debba essere assicurato con regolarità e in funzione dei reali bisogni di salute dei pazienti (dati i mutamenti socio-demografici ed epidemiologici di questi ultimi decenni) e secondo i principi della medicina basata sulle evidenze scientifiche, secondo le logiche di HTA. Ritiene inoltre che sia necessaria una robusta revisione degli strumenti di verifica del rispetto dei livelli essenziali di assistenza, in tutte le regioni e in particolare in quelle in Piano di rientro, innovando nei metodi e nei contenuti, anche in relazione alle nuove evidenze oggi disponibili;

5. una governance per l'uniformità: nella tutela della salute le disuguaglianze fra regioni e all'interno di una stessa regione sono sempre più inaccettabili, soprattutto in un periodo di grave crisi economica; esse sono inoltre almeno in parte evitabili attraverso l'adozione di specifici programmi di intervento a livello locale, regionale e nazionale. L'obiettivo di una diffusa sanità di buon livello, in cui le eccellenze non si contrappongono alle manchevolezze ma spiccano su una generale buona qualità a disposizione di tutta la popolazione, deve essere considerato una delle priorità per i prossimi anni. La Commissione ritiene opportuno uno specifico sforzo volto a promuovere un sistema organico di strumenti di *governance* per l'uniformità degli *standard* dell'offerta sanitaria all'interno del Paese nei diversi aspetti dell'accesso, della completezza e della qualità

dell'offerta, degli oneri a carico dei cittadini, degli esiti in termini di salute. A questo riguardo una buona *governance* del sistema sanitario e sociale, capace di raccogliere le sfide imposte dai tempi, deve necessariamente estendere il proprio ambito di intervento anche alle gravi criticità determinate dalle condizioni di povertà e dalle emergenze ambientali che incidono sulla salute e sui bisogni di assistenza della popolazione;

6. le risorse umane: i molteplici vincoli imposti alla spesa e alla dotazione del personale stanno indebolendo il servizio sanitario in tutte le regioni, demotivando e destrutturando la principale risorsa su cui può contare un sistema di servizi alla persona. Un altro aspetto rilevante riguarda il rischio di carenza di professionalità mediche, **rischio che per quanto riguarda le professioni infermieristiche è da tempo una certezza**, con conseguenti gravi rischi anche per l'offerta sanitaria: le piramidi per età dei medici del SSN mettono in evidenza che l'età media è **intorno ai 54 anni, mentre l'età media dell'infermiere dipendente è intorno ai 48 anni**. Preoccupa l'uso intensivo della forza lavoro, con turni sempre più massacranti, largo impiego di precariato, penalizzazioni economiche e di carriera, fenomeni rilevati anche dall'Europa e dalla Corte di giustizia europea. La Commissione ritiene urgente la definizione di un piano di programmazione per le risorse umane, che preveda una accurata revisione dei vincoli vigenti introducendo elementi di flessibilità, favorendo l'inserimento di nuove leve di operatori, rimodulando il *turn-over*, ipotizzando forme di staffetta intergenerazionale, superando il blocco dei contratti (anche solo nella parte normativa);

7. la formazione: la Commissione ritiene opportuno aprire una fase di verifica e revisione dei percorsi formativi, per l'accesso alle diverse professioni e per l'aggiornamento degli operatori della sanità, guardando ai contenuti, ai soggetti e ai luoghi della formazione, con l'obiettivo di utilizzare al meglio le risorse disponibili (sempre più limitate) e di innalzare la qualità della formazione, in un'ottica di programmazione di medio-lungo periodo del fabbisogno di personale per il sistema di tutela della salute della popolazione. A tal fine è necessario una maggiore compenetrazione, come ha sentenziato la Corte costituzionale, tra la missione dell'Università (incentrata prioritariamente, ma non esclusivamente, su formazione e ricerca) e quella del sistema sanitario nazionale (prioritariamente rivolta alla cura e all'assistenza, ma sempre più attenta anche alla ricerca e alla formazione);

8. dare attuazione alla legge sulla sicurezza delle cure e sulla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. La legge 8 marzo 2017, n.24, «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie» costituisce un provvedimento di grande rilevanza per la tutela da un lato del paziente nel diritto ad una informazione completa e chiara e al risarcimento del danno in tempi brevi, e dall'altro di tutti i professionisti che operano nel settore e che si impegnano nella realizzazione dell'atto clinico (di per sé rischioso). Migliorare la gestione del rischio clinico, garantire sicurezza ai pazienti e agli operatori, contrastare la medicina difensiva (cioè la ten-

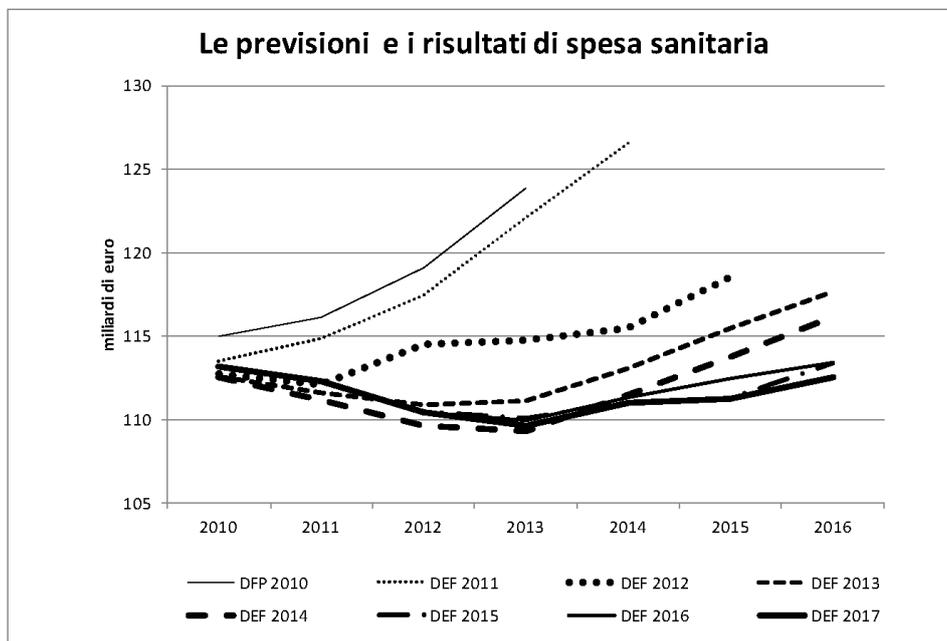
denza dei medici a prescrivere più esami, visite e farmaci del necessario per scongiurare eventuali procedimenti giudiziari e richieste di risarcimento da parte dei pazienti), assicurare tempi certi e modalità semplificate per dirimere eventuali controversie, promuovere forme di protezione contro il rischio di contenzioso che siano in grado di ridurre i costi per il sistema sanitario e per il professionista sono le sfide che la legge n. 24 del 2017 consente di affrontare su una base chiara e di sistema;

9. L'informaticizzazione e la digitalizzazione della sanità: l'informaticizzazione dei sistemi sanitari e le nuove tecnologie digitali contribuiscono ad aumentare l'efficienza e l'efficacia del sistema e favoriscono la personalizzazione delle cure. Soluzioni tecnologiche nell'ambito dell'*eprescription ebooking*, mobilità, Fondo sociale europeo (FSE) e *cloud* possono consentire inoltre una maggiore accessibilità e un migliore monitoraggio dei pazienti (anche a distanza) nonché una maggiore integrazione tra gli operatori che possono valutare con maggiore appropriatezza gli interventi di cura lungo tutto il percorso di cura del paziente. In questa logica assume rilevanza anche il dossier farmaceutico che, essendo parte integrante dell'FSE, può consentire il governo della spesa agevolando l'attuazione della *pharmaceutical care*. Il Patto sulla sanità digitale in fase di elaborazione e previsto nel Patto per la salute 2014-2016, può essere certamente un documento importante di indirizzo strategico per i sistemi sanitari regionali ma occorre mantenere una regia a livello centrale che possa garantire una progettazione unitaria su standard condivisi, una valutazione attraverso indicatori di processo e di risultato nonché il monitoraggio e il supporto all'implementazione; su tali temi la Commissione ritiene che si debba procedere con maggiore tempestività, evitando le debolezze e le inconcludenze che hanno contraddistinto molti degli interventi passati;

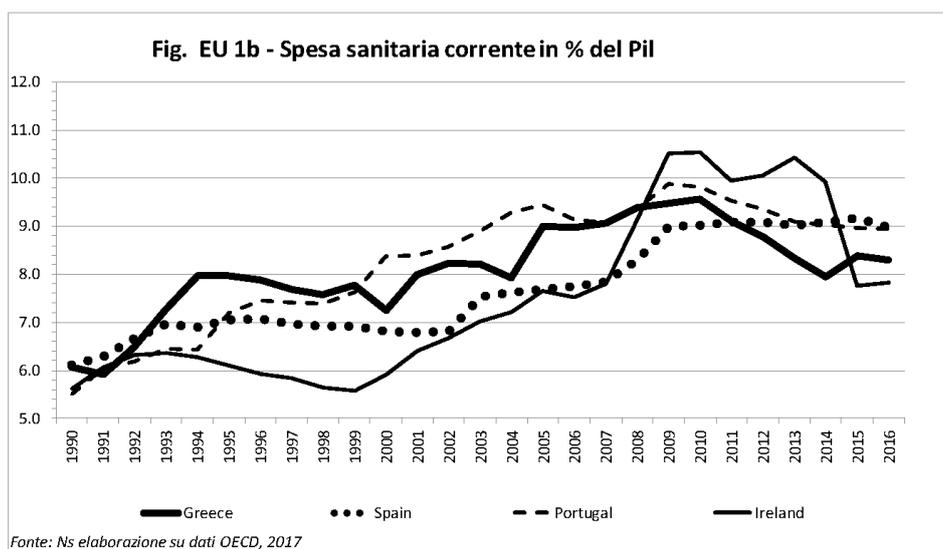
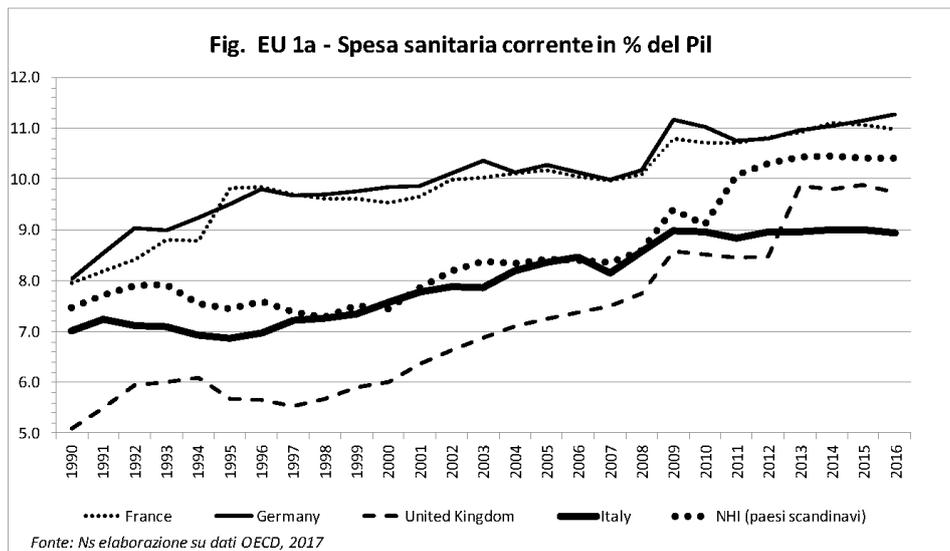
10. legalità e trasparenza: nonostante la crescente attenzione, il sistema sanitario deve ancora dotarsi, sul piano culturale ed etico – oltre che tecnico-amministrativo, di un insieme organico di strumenti volti a promuovere l'integrità del settore, per sua natura particolarmente esposto al rischio di contaminazioni da fenomeni di abuso di potere, frodi, corruzione. Formazione culturale e informazione devono divenire prassi diffuse a tutti i livelli, compreso quello politico-decisionale. Non si tratta solo di combattere la corruzione: si tratta di lavorare per l'integrità in tutte le sue forme, dal mancato rispetto dei diritti dei cittadini (la prima forma di illegalità) alla sicurezza dei luoghi di cura, dai conflitti di interesse ai contratti di fornitura, dal caos amministrativo al rispetto dei contratti di lavoro. La valutazione delle *performance* delle aziende sanitarie non può prescindere dal monitoraggio di elementi propri della trasparenza e della legalità. Particolare attenzione dovrà essere dedicata, e non solo nelle regioni sottoposte a Piano di rientro, alle connessioni fra disavanzi di bilancio, disordine amministrativo, qualità degli apparati tecnici, corruzione politica e condizionamenti della criminalità organizzata; a tal fine si ritiene debbano essere individuati specifici strumenti per il «rientro nella legalità» con riferimento alle aziende sanitarie interessate da commissariamento o gravi fenomeni di corruzione.

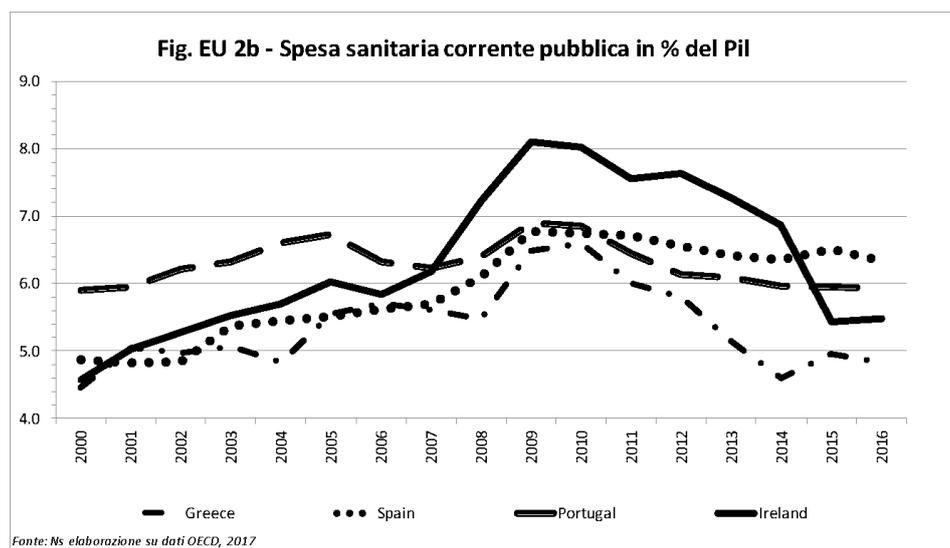
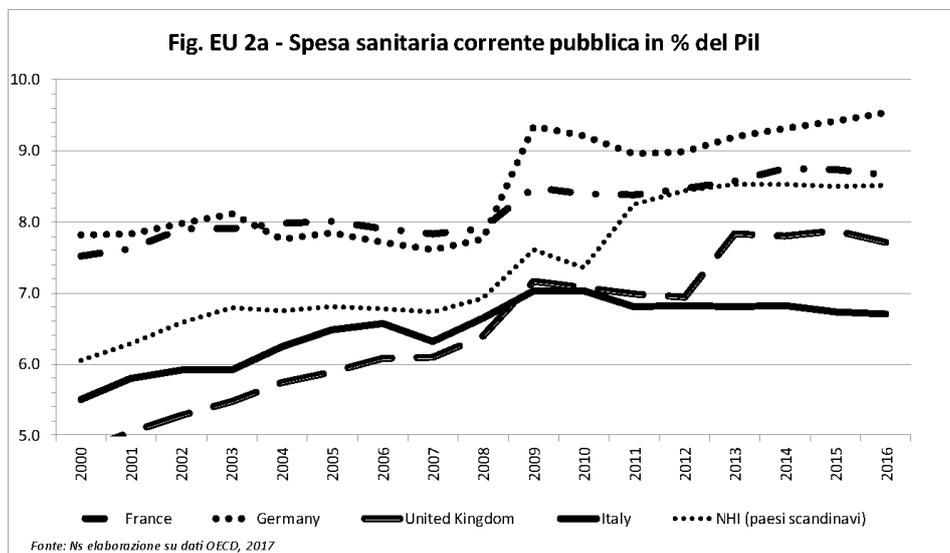
ALLEGATI GRAFICI E TABELLARI

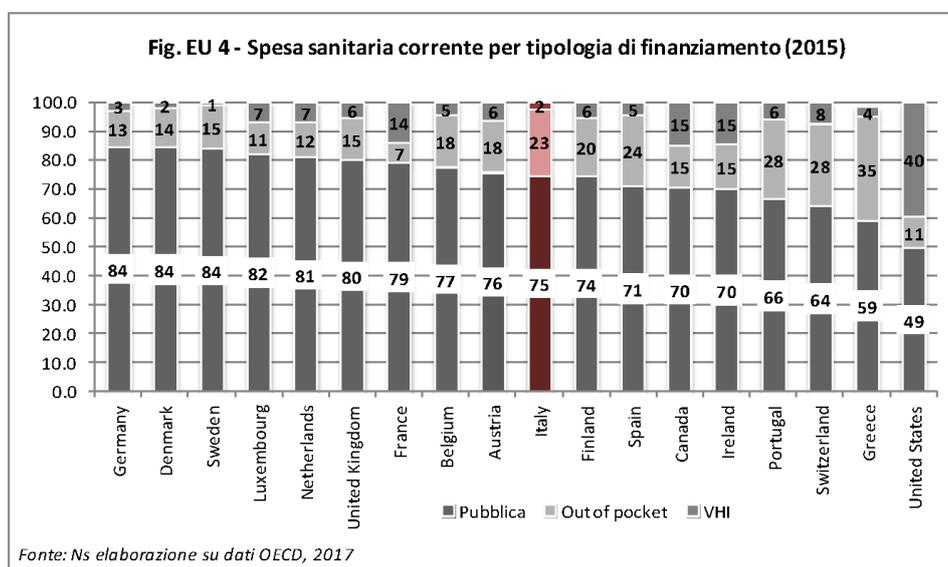
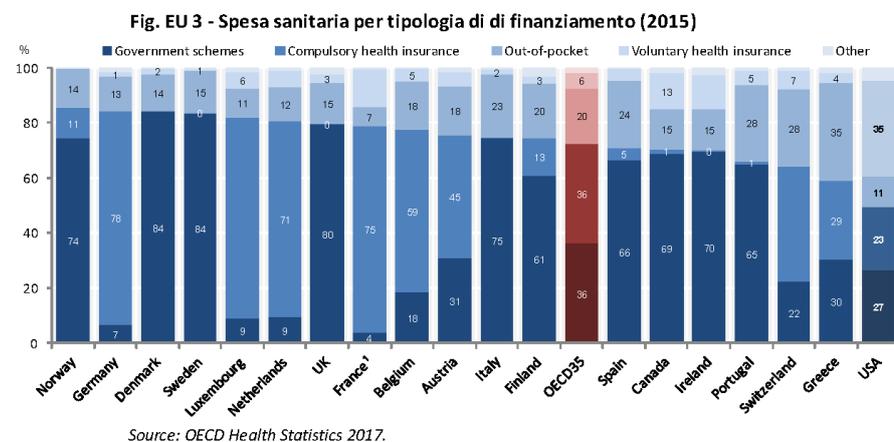
I dati sono aggiornati a gennaio 2018.

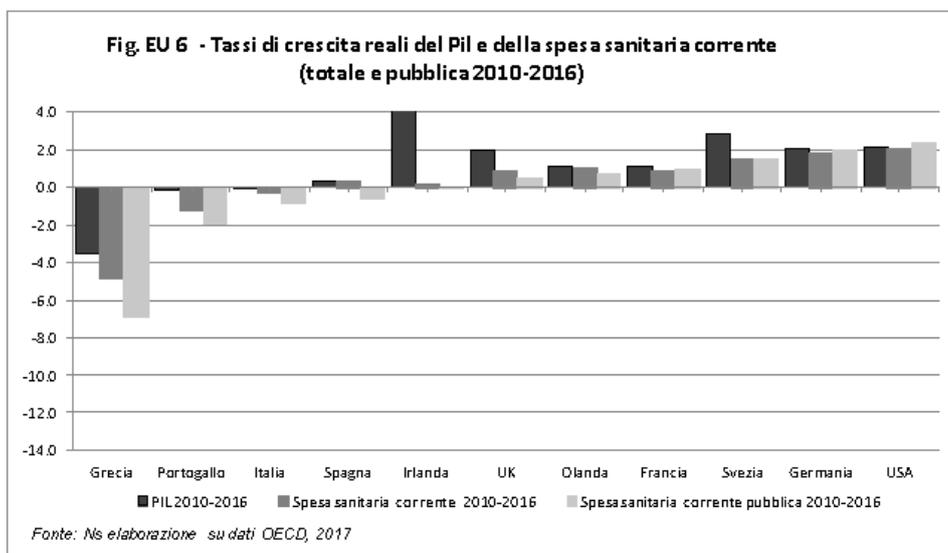
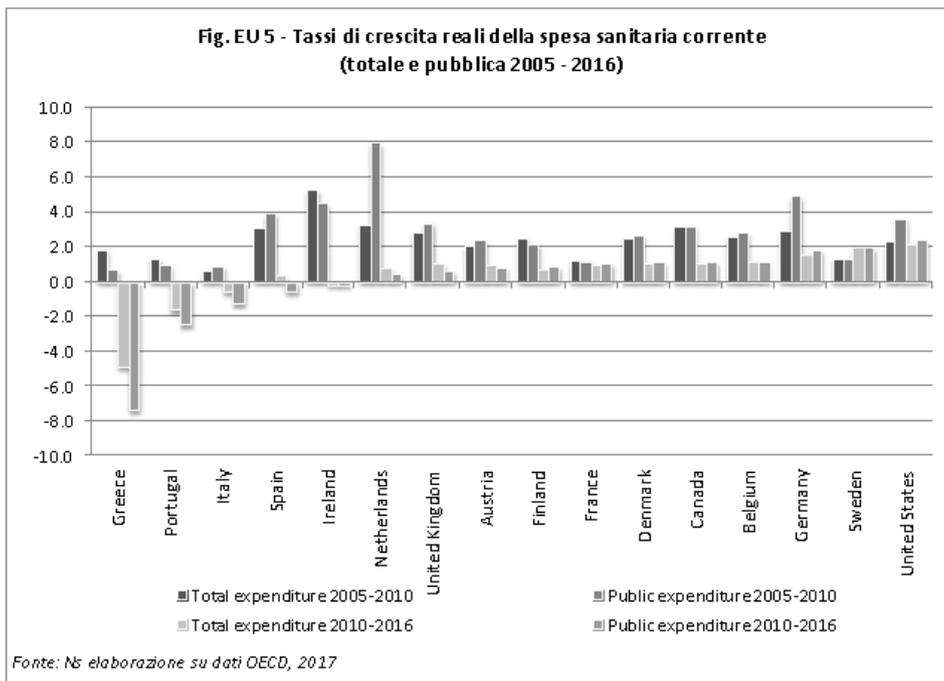


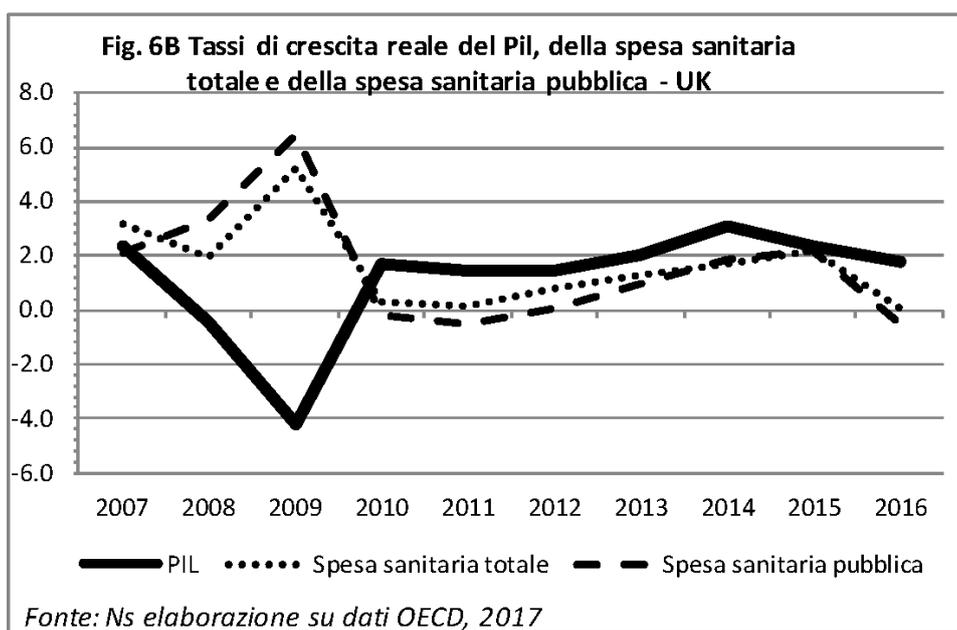
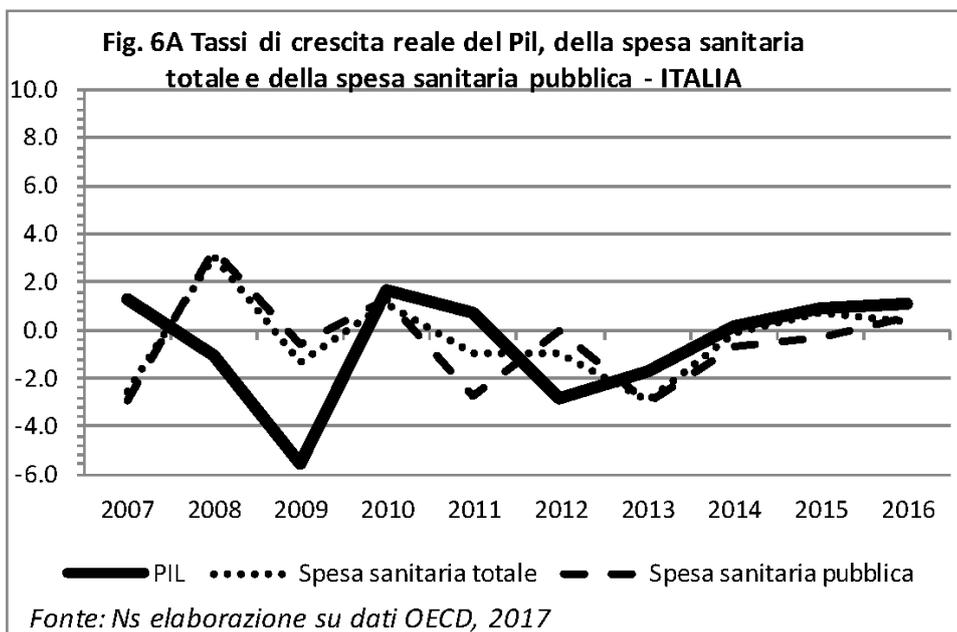
Fonte: ns elaborazioni documenti di finanza pubblica, vari anni.

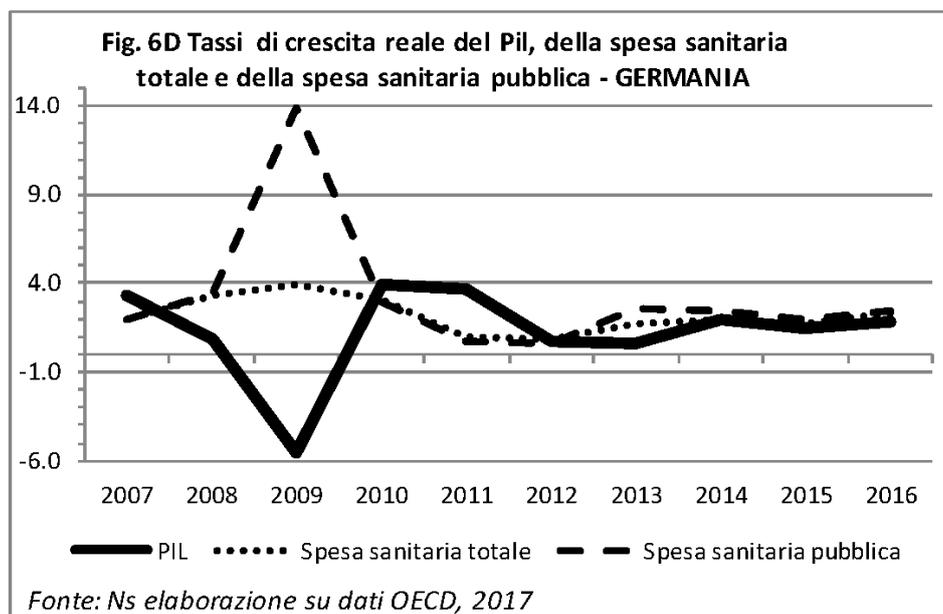
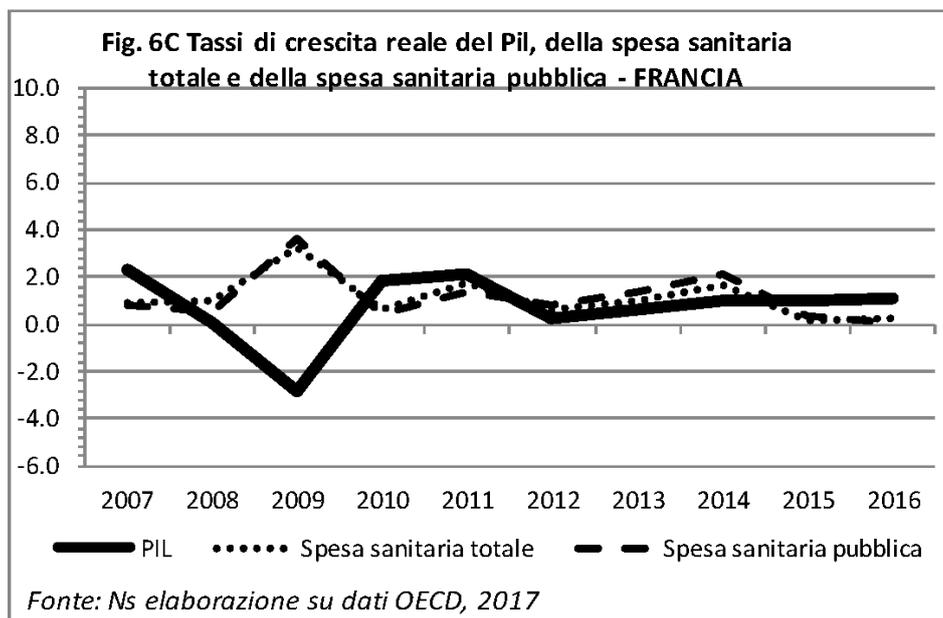


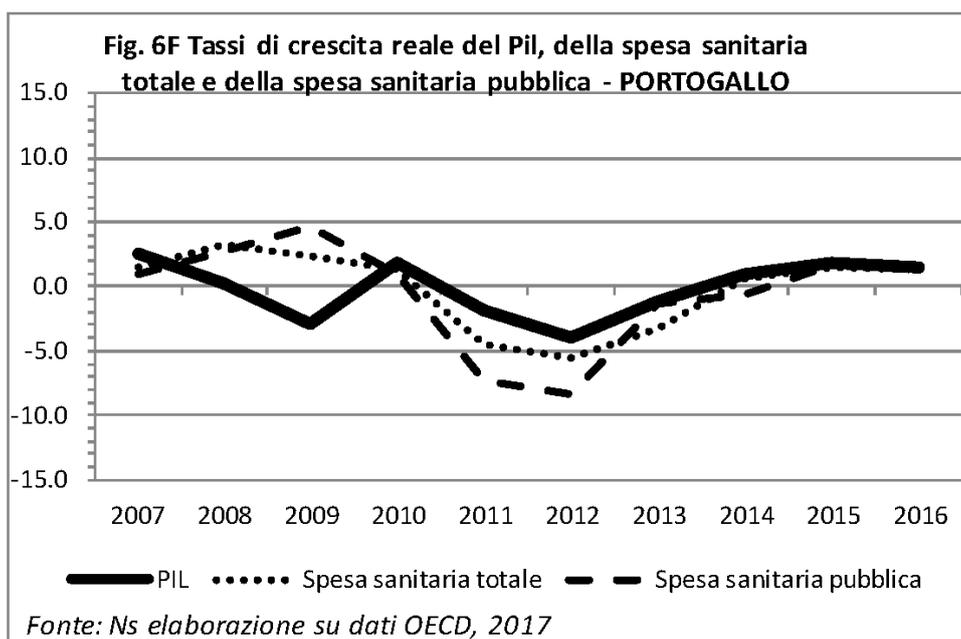
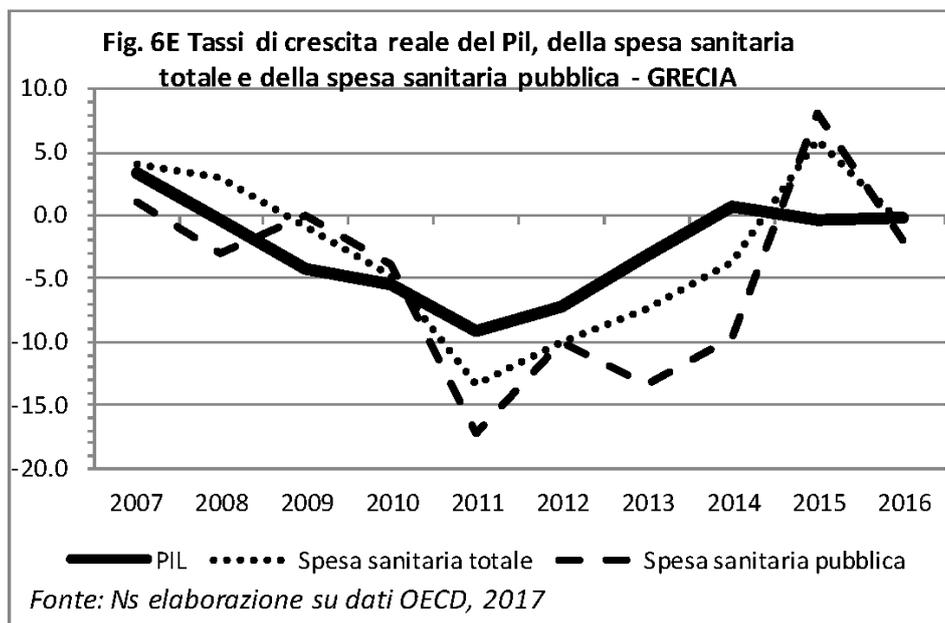


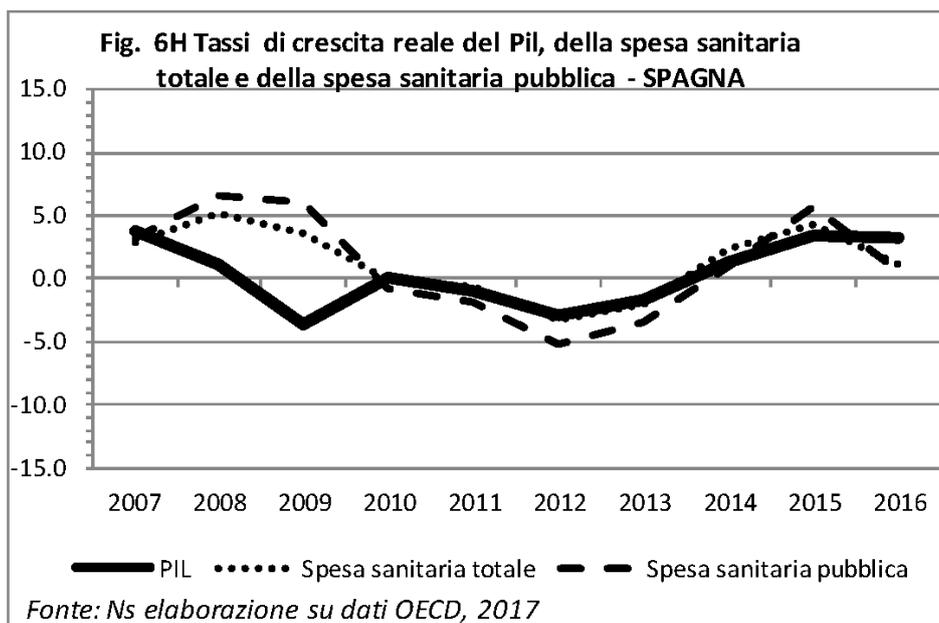
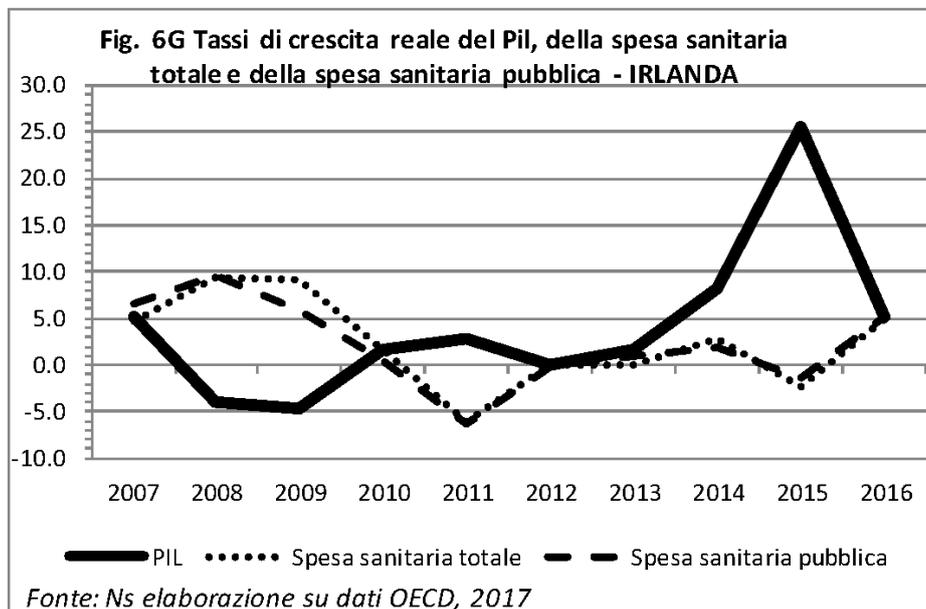












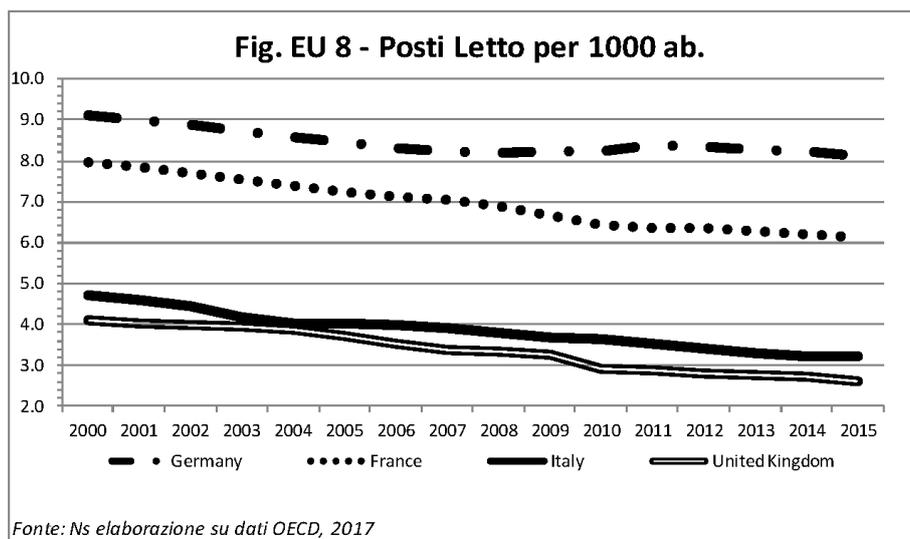
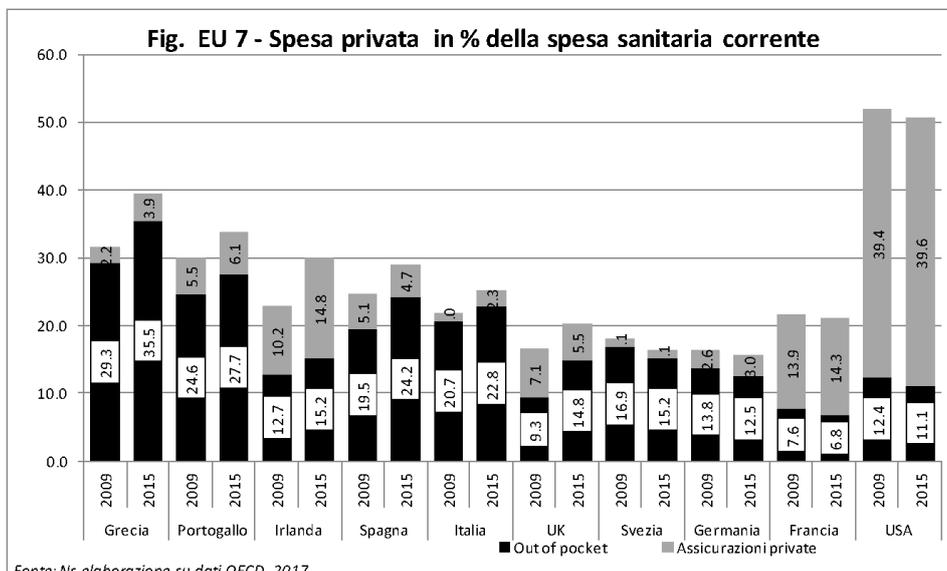
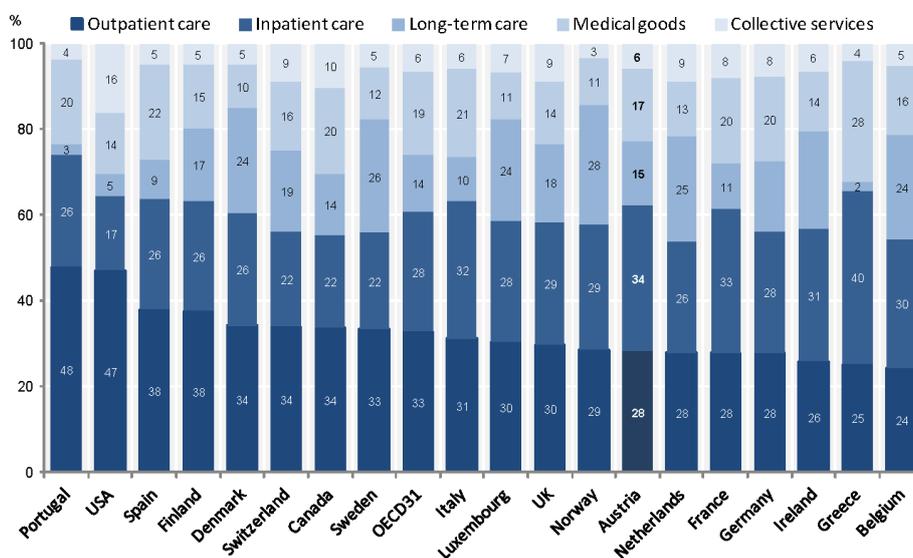


Fig. EU 9 Spesa sanitaria per funzione (2015)



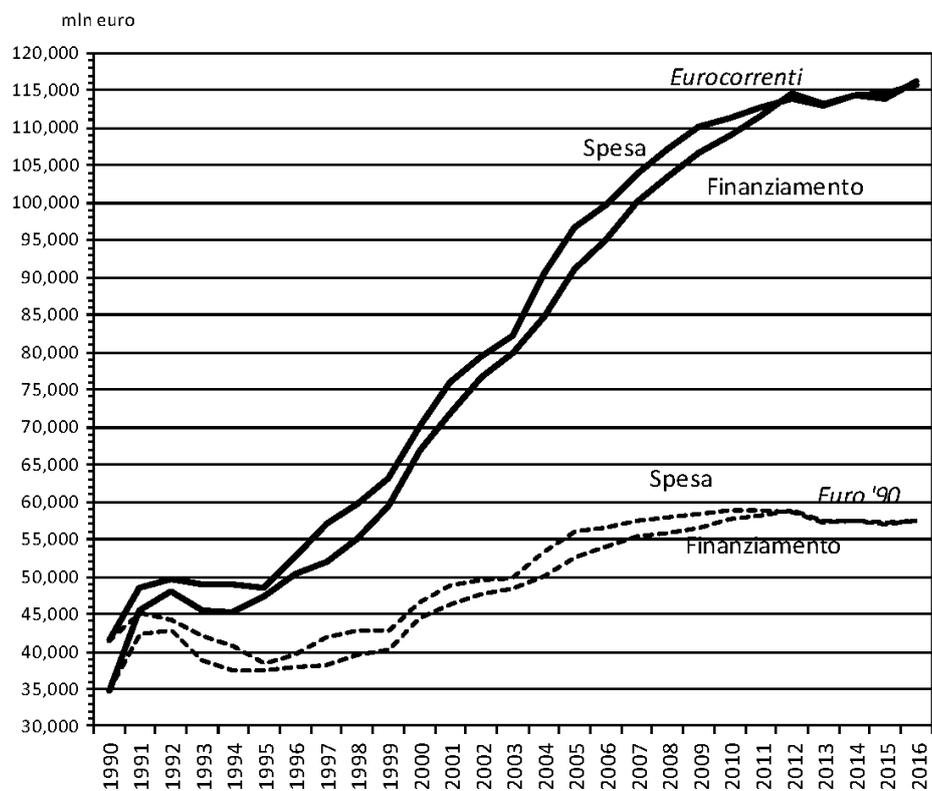
Source: OECD Health Statistics 2017.

Tab. IT 1 - Spesa, finanziamento e disavanzi (mln di euro)

ANNI	PIL	Spesa primaria corrente	% Pil	SPESA sanità CE	Spesa Sanità % Pil	sanità % spesa primaria corrente	FINANZ. Sanità	Fin. Sanità % Pil	Disavanzi sanità	Disavanzi in % spesa sanitaria
1990	701,352	265,782	37.9%	41,452	5.9%	15.6%	34,737	5.0%	6,715	16.2%
1991	765,806	292,973	38.3%	48,489	6.3%	16.6%	45,547	5.9%	2,942	6.1%
1992	805,682	314,117	39.0%	49,637	6.2%	15.8%	48,049	6.0%	1,588	3.2%
1993	829,758	330,420	39.8%	48,939	5.9%	14.8%	45,376	5.5%	3,563	7.3%
1994	877,708	341,010	38.9%	49,042	5.6%	14.4%	45,179	5.1%	3,863	7.9%
1995	947,339	356,918	37.7%	48,465	5.1%	13.6%	47,429	5.0%	1,036	2.1%
1996	1,003,778	384,301	38.3%	52,585	5.2%	13.7%	50,438	5.0%	2,147	4.1%
1997	1,048,766	402,557	38.4%	57,013	5.4%	14.2%	51,975	5.0%	5,038	8.8%
1998	1,091,361	415,221	38.0%	59,640	5.5%	14.4%	55,065	5.0%	4,575	7.7%
1999	1,171,901	428,742	36.6%	63,134	5.4%	14.7%	59,404	5.1%	3,730	5.9%
2000	1,239,266	449,593	36.3%	70,173	5.7%	15.6%	66,945	5.4%	3,228	4.6%
2001	1,298,890	478,253	36.8%	75,999	5.9%	15.9%	71,878	5.5%	4,122	5.4%
2002	1,345,794	500,332	37.2%	79,549	5.9%	15.9%	76,658	5.7%	2,891	3.6%
2003	1,390,710	521,923	37.5%	82,290	5.9%	15.8%	79,967	5.8%	2,323	2.8%
2004	1,448,363	546,287	37.7%	90,528	6.3%	16.6%	84,738	5.9%	5,790	6.4%
2005	1,489,725	566,194	38.0%	96,797	6.5%	17.1%	91,062	6.1%	5,735	5.9%
2006	1,548,473	583,953	37.7%	99,615	6.4%	17.1%	95,131	6.1%	4,483	4.5%
2007	1,609,551	603,649	37.5%	103,805	6.4%	17.2%	100,095	6.2%	3,709	3.6%
2008	1,632,151	629,066	38.5%	107,141	6.6%	17.0%	103,483	6.3%	3,658	3.4%
2009	1,572,878	653,418	41.5%	110,160	7.0%	16.9%	106,795	6.8%	3,364	3.1%
2010	1,604,515	664,989	41.4%	111,330	6.9%	16.7%	109,135	6.8%	2,194	2.0%
2011	1,637,463	666,420	40.7%	112,811	6.9%	16.9%	111,548	6.8%	1,262	1.1%
2012	1,613,265	671,431	41.6%	113,964	7.1%	17.0%	114,547	7.1%	-583	-0.5%
2013	1,604,599	683,667	42.6%	112,900	7.0%	16.5%	113,233	7.1%	-333	-0.3%
2014	1,621,827	691,003	42.6%	114,260	7.0%	16.5%	114,484	7.1%	-224	-0.2%
2015	1,645,439	693,821	42.2%	114,574	7.0%	16.5%	113,961	6.9%	614	0.5%
2016	1,672,438	705,657	42.2%	115,835	6.9%	16.4%	116,147	6.9%	-312	-0.3%

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità (vari anni)

Fig. IT 1 - Finanziamento e spesa del SSN. Anni 1990-2016



Fonte: Ns elaborazione su dati del Ministero della sanità, vari anni

XVII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI - DOC. XVII, N. 13

Tab. IT 2 - Gestione del SSN. Anni 2005-16 (mln di euro)

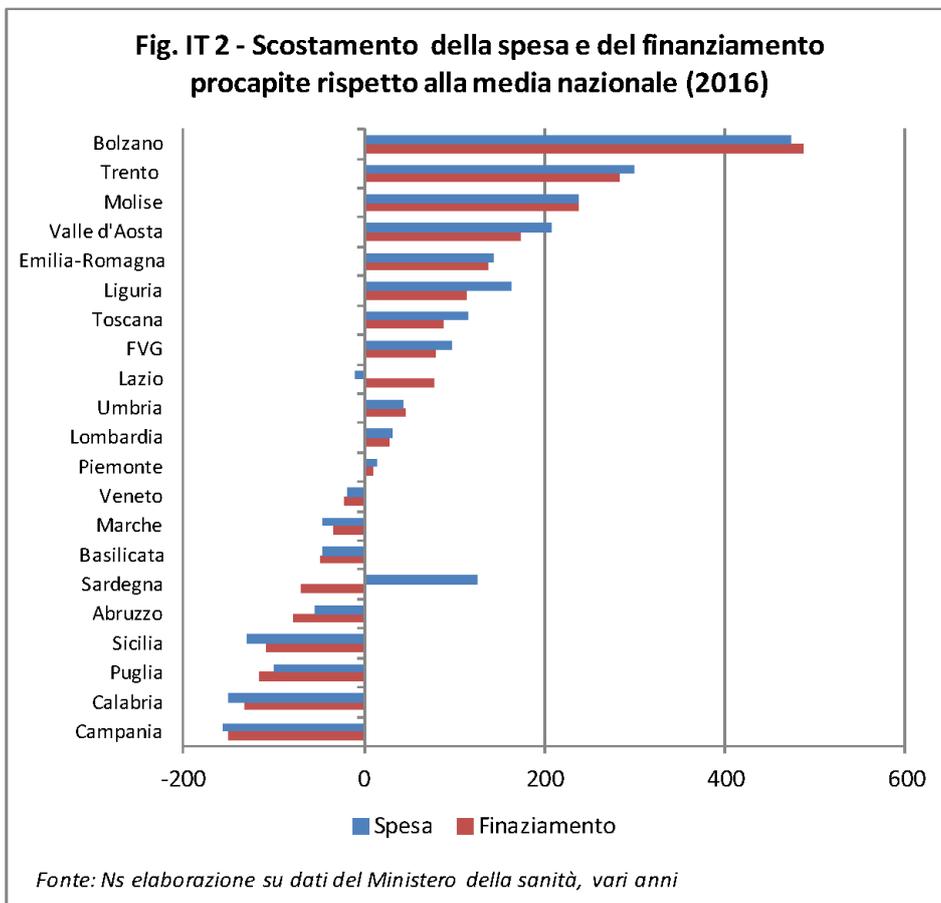
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RICAVI	93,346	98,279	102,383	105,580	108,917	111,234	113,795	116,674	115,547	116,926	116,323	117,979
di cui finanziamento (1)	91,062	95,131	100,095	103,483	106,795	109,135	111,548	114,547	113,233	114,484	113,961	116,147
Regioni	92,886	97,794	101,866	105,034	108,362	110,671	113,154	116,027	114,955	116,293	115,670	117,326
di cui finanziamento (1)	90,603	94,647	99,578	102,938	106,240	108,573	110,907	113,900	112,641	113,851	113,308	115,494
IRAP add. IRPEF	36,366	37,280	38,200	38,888	39,235	36,874	38,134	39,902	37,466	35,575	30,190	30,649
FSN - Iva e accise	39,116	41,932	44,852	47,507	49,206	53,498	53,803	52,969	54,145	56,875	63,031	63,786
Riparto quota premiale 0,30% - quota riequilibrio									480	1,524	274	278
FSN - Quote vincolate	4,861	4,759	3,731	3,839	4,049	4,212	4,002	4,004	4,207	4,336	4,433	4,564
Ulteriori trasf. da pubblico e privato	7,597	7,934	9,606	9,884	10,765	10,995	10,752	12,176	11,531	10,739	10,772	11,731
Entrate proprie	2,662	2,741	3,189	2,820	2,986	2,994	3,115	3,302	3,225	3,123	3,089	2,974
Entrate proprie meno rettifiche tesoro									3,172	3,055	3,061	2,945
Ricavi intramoenia	1,069	1,149	1,241	1,145	1,162	1,158	1,158	1,124	1,056	1,047	1,021	1,015
Ricavi straordinari	1,215	1,999	1,047	952	960	941	1,088	1,002	1,203	1,325	1,313	783
Costi capitalizzati							1,101	1,487	1,559	1,732	1,801	1,779
Rivalutazioni									1	3	2	4
Rettifiche e utilizzo fondi								59	130	-386	-255	-237
Altre rettifiche ricavi (1)									53	68	27	29
Altri enti	459	485	517	546	556	563	641	647	592	633	653	653
COSTI	99,080	102,762	106,093	109,238	112,282	113,428	115,057	116,091	115,214	116,701	116,937	117,667
di cui Spesa (2)	96,797	99,615	103,805	107,141	110,160	111,330	112,811	113,964	112,900	114,260	114,574	115,835
Regioni	98,621	102,278	105,576	108,692	111,726	112,866	114,416	115,444	114,622	116,069	116,284	117,014
di cui Spesa (2)	96,337	99,130	103,288	106,596	109,604	110,767	112,170	113,317	112,308	113,627	113,921	115,182
<i>Servizio gestione dietta</i>	61,519	63,312	66,703	68,992	71,440	71,686	74,156	75,890	75,126	76,534	76,578	77,090
Personale	31,759	33,415	33,829	35,266	36,192	36,674	36,101	35,585	35,090	34,779	34,608	34,387
Beni e servizi	26,611	26,902	30,451	31,373	32,826	33,103	34,423	35,620	35,717	37,342	37,948	38,919
beni e servizi meno rettifiche risultati tesoro									35,559	37,202	37,906	38,877
Costi intramoenia	932	978	1,039	1,109	1,103	1,100	1,080	929	847	837	801	796
Costi straordinari e var. rimanenze	2,217	2,016	1,385	1,244	1,320	809	999	1,053	825	928	660	546
Ammortamenti							1,553	2,559	2,502	2,528	2,452	2,383
Svalutazioni								145	146	121	110	59
<i>Assistenza in convenzione</i>	36,901	38,756	38,679	39,504	40,092	40,984	40,058	39,352	39,263	39,301	39,462	39,695
Medicina generale	5,691	5,930	6,008	6,068	6,361	6,541	6,626	6,647	6,609	6,614	6,619	6,627
Farmacologica	11,894	12,382	11,542	11,227	10,997	10,913	9,862	8,891	8,616	8,390	8,235	8,089
Ospedaliera	8,147	8,487	8,706	8,877	8,827	8,849	8,641	8,525	8,538	8,712	8,757	8,778
Spedialistica	3,231	3,511	3,728	3,906	4,080	4,504	4,668	4,755	4,679	4,572	4,553	4,604
Altra assistenza (3)	7,939	8,446	8,694	9,427	9,826	10,177	10,261	10,533	10,821	11,013	11,298	11,598
<i>Rettifiche costi (2)</i>									157	140	41	42
<i>Mobilità vs B. Gesù</i>	166	176	160	163	160	161	167	166	193	195	206	192
<i>Mobilità vs Smom</i>	35	35	34	33	34	35	35	36	39	40	37	37
<i>Saldo Mobilità internazionale (2)</i>									105	72	14	13
Altri enti	459	485	517	546	556	563	641	647	592	633	653	653
DISAVANZO (presunto)	-5,735	-4,483	-3,709	-3,658	-3,364	-2,194	-1,262	583	333	224	-614	312
PIL	1,489,725	1,548,473	1,609,551	1,632,151	1,572,878	1,604,515	1,637,463	1,613,265	1,604,599	1,621,827	1,645,439	1,672,488

Fonte: Ns. elaborazioni su dati Ministero della salute aggiornati ad aprile 2017

(1) Il Finanziamento del SSN non ricomprende i ricavi della gestione straordinaria, dell'intramoenia, le rivalutazioni e le altre rettifiche dei ricavi;

(2) La Spesa del SSN sconta dai costi delle sole funzioni assistenziali con i saldi della gestione straordinaria, dell'intramoenia, delle rivalutazioni e delle rettifiche dei costi e aggiunge il saldo della mobilità internazionale;

(3) Include riabilitativa e integrativa;



Tab. IT 3 - Spesa e finanziamento pro capite (euro)

Regioni	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	S	F	S	F	S	F	S	F	S	F	S	F	S	F	S	F	S	F	S	F	S	F	S	F
Piemonte	1659	1659	1715	1714	1766	1773	1828	1829	1880	1884	1902	1902	1918	1919	1961	1966	1900	1903	1889	1902	1874	1875	1913	1915
Valle d'Aosta	1821	1708	1971	1863	1969	1861	2038	1957	2070	2062	2169	2134	2250	2269	2264	2271	2247	2301	2131	2151	2133	1743	2107	2078
Lombardia	1566	1565	1614	1614	1685	1686	1726	1726	1758	1758	1805	1807	1892	1894	1911	1911	1899	1900	1931	1932	1931	1933	1931	1932
PA Bolzano	2047	2106	2104	2156	2170	2215	2232	2263	2124	2199	2174	2190	2240	2274	2326	2243	2314	2304	2301	2322	2304	1491	2372	2390
PA Trento	1713	1708	1784	1756	1849	1832	1926	1906	2034	2011	2079	2057	2218	2222	2268	1908	2234	2237	2221	2223	2168	2215	2199	2187
Veneto	1602	1578	1655	1670	1688	1703	1726	1740	1764	1758	1784	1786	1798	1831	1846	1855	1828	1837	1832	1844	1844	1846	1882	1883
FVG	1648	1670	1639	1654	1770	1802	1885	1902	1956	1969	1978	1989	2091	2105	2121	2071	2076	2089	1996	2014	1975	2000	1957	1985
Liguria	1827	1668	1837	1775	1925	1837	1970	1902	2025	1960	2005	1950	2075	1986	2062	2054	2023	1973	2033	1992	2056	1996	2063	2018
Emilia-Romagna	1692	1688	1739	1730	1795	1801	1845	1851	1898	1903	1916	1923	1946	1958	2085	2083	2017	2017	2004	2007	2028	2026	2042	2043
Toscana	1642	1638	1708	1675	1750	1762	1804	1803	1914	1912	1894	1890	1935	1939	2009	2008	1948	1942	1971	1973	1989	1982	2016	1992
Umbria	1620	1611	1683	1636	1709	1717	1761	1771	1800	1806	1801	1810	1865	1878	1909	1931	1890	1898	1874	1886	1895	1900	1943	1950
Marche	1539	1527	1598	1573	1635	1645	1677	1700	1739	1750	1782	1780	1807	1821	1829	1861	1797	1837	1808	1848	1815	1857	1852	1870
Lazio	1912	1584	1982	1617	1968	1672	1981	1684	2001	1754	1962	1783	2005	1867	2026	2063	1923	1929	1872	1872	1879	1880	1890	1983
Abruzzo	1725	1540	1691	1584	1770	1655	1773	1680	1754	1683	1741	1737	1775	1814	1832	1868	1788	1828	1822	1828	1809	1809	1845	1827
Molise	2036	1602	1841	1657	1941	1733	2030	1810	2074	1876	2071	1891	2059	1943	2150	2045	2245	2020	2140	2014	2085	2002	2136	2142
Campania	1670	1360	1592	1461	1674	1525	1724	1584	1746	1610	1717	1635	1720	1678	1712	1738	1675	1686	1697	1729	1713	1735	1743	1756
Puglia	1514	1413	1537	1495	1657	1581	1736	1649	1750	1676	1770	1691	1739	1713	1741	1742	1732	1731	1760	1761	1770	1772	1799	1789
Basilicata	1508	1436	1542	1505	1642	1612	1719	1670	1755	1719	1799	1750	1834	1780	1837	1849	1814	1819	1832	1834	1845	1834	1854	1857
Calabria	1424	1385	1492	1475	1712	1627	1680	1579	1741	1626	1718	1685	1719	1664	1741	1764	1702	1740	1723	1744	1725	1748	1749	1772
Sicilia	1558	1446	1675	1489	1658	1543	1645	1593	1665	1626	1686	1680	1726	1723	1743	1807	1728	1752	1737	1747	1741	1744	1769	1797
Sardegna	1629	1431	1588	1510	1627	1614	1742	1632	1825	1688	1869	1784	1954	1850	2004	2016	1965	1971	1988	1858	1991	1787	2025	1835
ITALIA	1644	1546	1682	1606	1740	1677	1782	1720	1821	1765	1831	1795	1869	1848	1903	1913	1865	1871	1870	1874	1876	1866	1899	1904

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità, aprile 2017

Tab. IT 4 - Spesa per il personale (mln di euro)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2010-16
PIEMONTE	2,976.052	2,930.754	2,882.725	2,831.768	2,804.415	2,795.423	2,782.507	-1.5	-1.6	-1.8	-1.0	-0.3	-0.5	-6.5
VALLE D'AOSTA	114.683	112.865	113.040	113.595	114.693	113.232	113.643	-1.6	0.2	0.5	1.0	-1.3	0.4	-0.9
LOMBARDIA	5,141.956	5,114.544	5,093.478	5,041.064	5,002.158	4,996.527	4,981.144	-0.5	-0.4	-1.0	-0.8	-0.1	-0.3	-3.1
PA BOLZANO	550.315	548.998	592.847	591.724	577.781	585.278	592.948	-0.2	8.0	-0.2	-2.4	1.3	1.3	7.7
PA TRENTO	402.731	403.990	416.808	420.647	421.264	419.294	418.270	0.3	3.2	0.9	0.1	-0.5	-0.2	3.9
VENETO	2,771.366	2,745.981	2,746.489	2,742.439	2,733.369	2,732.308	2,734.251	-0.9	0.0	-0.1	-0.3	0.0	0.1	-1.3
FRIULI VENEZIA GIULIA	953.326	946.626	950.112	948.509	937.629	926.328	927.281	-0.7	0.4	-0.2	-1.1	-1.2	0.1	-2.7
LIGURIA	1,176.589	1,153.651	1,116.772	1,097.678	1,090.125	1,085.307	1,078.505	-1.9	-3.2	-1.7	-0.7	-0.4	-0.6	-8.3
EMILIA ROMAGNA	2,999.984	3,022.382	3,013.274	2,993.301	2,976.779	2,964.510	2,965.620	0.7	-0.3	-0.7	-0.6	-0.4	0.0	-1.1
TOSCANA	2,622.856	2,607.768	2,554.189	2,518.990	2,523.935	2,537.135	2,521.850	-0.6	-2.1	-1.4	0.2	0.5	-0.6	-3.9
UMBRIA	613.410	610.707	610.851	610.861	610.531	613.149	613.920	-0.4	0.0	0.0	-0.1	0.4	0.1	0.1
MARCHE	1,040.503	1,026.888	1,005.002	990.873	987.686	988.789	992.278	-1.3	-2.1	-1.4	-0.3	0.1	0.4	-4.6
LAZIO	3,075.248	2,985.459	2,894.195	2,813.820	2,747.306	2,706.900	2,664.574	-2.9	-3.1	-2.8	-2.4	-1.5	-1.6	-13.4
ABRUZZO	788.405	772.380	764.280	764.966	762.398	764.055	760.722	-2.0	-1.0	0.1	-0.3	0.2	-0.4	-3.5
MOLISE	215.068	209.327	203.460	198.048	196.733	192.684	181.163	-2.7	-2.8	-2.7	-0.7	-2.1	-6.0	-15.8
CAMPANIA	3,217.395	3,070.598	2,935.666	2,829.711	2,756.945	2,691.107	2,604.759	-4.6	-4.4	-3.6	-2.6	-2.4	-3.2	-19.0
PUGLIA	2,190.795	2,112.490	2,040.278	1,983.385	1,988.499	1,992.764	1,985.209	-3.6	-3.4	-2.8	0.3	0.2	-0.4	-9.4
BASILICATA	393.156	385.554	380.631	376.869	377.603	376.270	373.864	-1.9	-1.3	-1.0	0.2	-0.4	-0.6	-4.9
CALABRIA	1,290.335	1,254.799	1,217.780	1,182.536	1,153.150	1,140.212	1,139.836	-2.8	-3.0	-2.9	-2.5	-1.1	0.0	-11.7
SICILIA	2,976.074	2,920.591	2,882.491	2,861.358	2,826.850	2,793.595	2,768.974	-1.9	-1.3	-0.7	-1.2	-1.2	-0.9	-7.0
SARDEGNA	1,163.281	1,164.451	1,170.440	1,177.925	1,188.745	1,193.048	1,185.621	0.1	0.5	0.6	0.9	0.4	-0.6	1.9
ITALIA	36,673.528	36,100.803	35,584.808	35,090.067	34,778.594	34,607.915	34,386.939	-1.6	-1.4	-1.4	-0.9	-0.5	-0.6	-6.2

Fonte: Ms elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

Tab. IT 5 - Spesa farmaceutica in convenzione (mln di euro)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2010-16
PIEMONTE	774.814	697.864	643.384	608.600	595.932	582.954	580.042	-9,9	-7,8	-5,4	-2,1	-2,2	-0,5	-25,1
VALLE D'AOSTA	22.123	19.621	19.033	18.698	18.172	16.584	15.289	-11,3	-3,0	-1,8	-2,8	-8,7	-7,8	-30,9
LOMBARDIA	1.560.243	1.436.699	1.328.461	1.293.241	1.266.944	1.307.145	1.317.941	-7,9	-7,5	-2,7	-2,0	3,2	0,8	-15,5
PA BOLZANO	61.512	55.295	46.042	44.587	46.133	46.189	46.144	-10,1	-16,7	-3,2	3,5	0,1	-0,1	-25,0
PA TRENTO	78.514	75.323	69.433	67.745	66.785	61.878	64.000	-4,1	-7,8	-2,4	-1,4	-7,3	3,4	-18,5
VENETO	743.232	671.133	589.109	583.152	555.439	542.602	523.734	-9,7	-12,2	-1,0	-4,8	-2,3	-3,5	-29,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	230.444	216.184	196.186	189.571	186.461	181.216	169.879	-6,2	-9,3	-3,4	-1,6	-2,8	-6,3	-26,3
LIGURIA	299.366	283.381	246.862	236.136	227.186	209.252	194.647	-5,3	-12,9	-4,3	-3,8	-7,9	-7,0	-35,0
EMILIA ROMAGNA	715.341	646.553	551.872	532.875	510.575	496.474	485.017	-9,6	-14,6	-3,4	-4,2	-2,8	-2,3	-32,2
TOSCANA	611.310	551.632	504.682	465.514	457.018	450.080	454.264	-9,8	-8,5	-7,8	-1,8	-1,5	0,9	-25,7
UMBRIA	156.460	146.588	135.684	131.129	123.779	127.291	126.363	-6,3	-7,4	-3,4	-5,6	2,8	-0,7	-19,2
MARCHE	284.604	254.967	233.198	239.209	234.842	233.745	232.283	-10,4	-8,5	2,6	-1,8	-0,5	-0,6	-18,4
LAZIO	1.195.440	1.087.759	926.981	900.871	884.327	887.261	856.110	-9,0	-14,8	-2,8	-1,8	0,3	-3,5	-28,4
ABRUZZO	263.937	248.343	225.362	219.542	223.808	230.918	224.354	-5,9	-9,3	-2,6	1,9	3,2	-2,8	-15,0
MOLISE	58.471	55.024	50.541	50.177	47.981	45.886	41.823	-5,9	-8,1	-0,7	-4,4	-4,4	-8,9	-28,5
CAMPANIA	1.068.676	950.920	878.831	860.636	847.256	862.405	827.898	-11,0	-7,6	-2,1	-1,6	1,8	-4,0	-22,5
PUGLIA	869.413	719.939	638.022	668.102	669.548	614.347	624.202	-17,2	-11,4	4,7	0,2	-8,2	1,6	-28,2
BASILICATA	106.299	95.501	82.306	80.950	79.351	81.483	78.314	-10,2	-13,8	-1,6	-2,0	2,7	-3,9	-26,3
CALABRIA	441.523	362.146	332.833	313.462	314.337	305.627	300.347	-18,0	-8,1	-5,8	0,3	-2,8	-1,7	-32,0
SICILIA	1.023.403	954.354	870.465	811.822	737.914	677.091	668.232	-6,7	-8,8	-6,7	-9,1	-8,2	-1,3	-34,7
SARDEGNA	347.434	332.771	322.049	300.085	295.899	274.261	258.208	-4,2	-3,2	-6,8	-1,4	-7,3	-5,9	-25,7
ITALIA	10.912.559	9.861.997	8.891.336	8.616.104	8.389.687	8.234.689	8.089.091	-9,6	-9,8	-3,1	-2,6	-1,8	-1,8	-25,9

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

Tab. IT 6 - Entrate da ticket delle Aziende sanitarie (mln di euro)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2010-16
PIEMONTE	113.093	126.164	153.018	144.352	139.002	120.766	111.231	11.6	21.3	-5.7	-3.7	-13.1	-7.9	-1.6
VALLE D'AOSTA	5.574	5.651	5.682	5.318	6.058	6.138	8.381	1.4	0.5	-6.4	13.9	1.3	36.5	50.4
LOMBARDIA	182.280	207.202	238.737	236.363	233.698	227.982	215.969	13.7	15.2	-1.0	-1.1	-2.4	-5.3	18.5
PA BOLZANO	16.554	17.227	17.714	18.709	19.270	19.471	19.469	4.1	2.8	5.6	3.0	1.0	0.0	17.6
PA TRENTO	15.039	15.527	16.075	17.093	16.755	19.165	20.500	3.2	3.5	6.3	-2.0	14.4	7.0	36.3
VENETO	133.664	140.862	195.498	183.087	181.342	177.851	171.112	5.4	38.8	-6.3	-1.0	-1.9	-3.8	28.0
FRIULI VENEZIA GIULIA	36.214	41.002	47.470	46.385	45.665	45.343	43.429	13.2	15.8	-2.3	-1.6	-0.7	-4.2	19.9
LIGURIA	36.731	40.618	46.125	44.196	43.287	42.544	42.518	10.6	13.6	-4.2	-2.1	-1.7	-0.1	15.8
EMILIA ROMAGNA	137.165	143.983	152.500	160.887	161.011	159.785	154.989	5.0	5.9	5.5	0.1	-0.8	-3.0	13.0
TOSCANA	116.492	123.829	153.678	142.823	139.471	137.788	134.312	6.3	24.1	-7.1	-2.3	-1.2	-2.5	15.3
UMBRIA	22.940	24.347	31.377	27.948	28.241	28.168	28.007	6.1	28.9	-10.9	1.0	-0.3	-0.6	22.1
MARCHE	40.334	45.861	49.240	45.791	44.176	42.680	41.596	13.7	7.4	-7.0	-3.5	-3.4	-2.5	3.1
LAZIO	127.167	140.927	145.539	133.531	124.842	118.597	113.235	10.8	3.3	-8.3	-6.5	-5.0	-4.5	-11.0
ABRUZZO	29.723	38.027	40.717	41.259	36.292	35.235	33.483	27.9	7.1	1.3	-12.0	-2.9	-5.0	12.7
MOLISE	6.311	6.131	5.923	5.225	5.193	5.091	4.439	-2.9	-3.4	-11.8	-0.6	-2.0	-12.8	-29.7
CAMPANIA	48.586	62.255	61.618	60.396	55.139	56.730	49.472	28.1	-1.0	-2.0	-8.7	2.9	-12.8	1.8
PUGLIA	52.245	59.324	63.854	58.785	54.189	50.657	46.699	13.5	7.6	-7.9	-7.8	-6.5	-7.8	-10.6
BASILICATA	10.364	12.455	13.877	12.116	10.532	10.514	10.298	20.2	11.4	-12.7	-13.1	-0.2	-2.1	-0.6
CALABRIA	22.954	28.596	28.495	24.949	26.790	26.707	26.679	24.6	-0.4	-12.4	7.4	-0.3	-0.1	16.2
SICILIA	42.876	43.304	51.809	48.921	45.421	44.358	44.584	1.0	19.6	-5.6	-7.2	-2.3	0.5	4.0
SARDEGNA	27.615	28.708	29.056	28.958	28.892	28.380	26.483	4.0	1.2	-0.3	-0.2	-1.8	-6.7	-4.1
ITALIA	1,223.921	1,352.000	1,548.002	1,487.092	1,445.266	1,403.950	1,346.885	10.5	14.5	-3.9	-2.8	-2.9	-4.1	10.0

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

Tab. IT 7a- Ricavi da intramoenia (mln di euro)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2010-16
PIEMONTE	115.733	115.776	113.763	102.887	97.636	97.804	96.805	0.0	-1.7	-9.6	-5.1	0.2	-1.0	-16.4
VALLE D'AOSTA	3.408	3.977	3.155	2.914	2.599	2.372	2.367	16.7	-20.7	-7.6	-10.8	-8.7	-0.2	-30.5
LOMBARDIA	222.940	228.988	222.726	207.846	208.581	202.625	202.297	2.7	-2.7	-6.7	0.4	-2.9	-0.2	-9.3
PA BOLZANO	1.024	1.607	1.720	1.851	2.064	2.356	2.441	56.9	7.0	7.6	11.5	14.1	3.6	138.4
PA TRENTO	9.730	9.580	9.323	9.619	10.316	10.618	9.410	-1.5	-2.7	3.2	7.2	2.9	-11.4	-3.3
VENETO	112.166	112.113	108.322	108.839	108.274	107.076	109.357	0.0	-3.4	0.5	-0.5	-1.1	2.1	-2.5
FRIULI VENEZIA GIULIA	28.699	28.973	27.374	26.081	27.045	26.064	24.527	1.0	-5.5	-4.7	3.7	-3.6	-5.9	-14.5
LIGURIA	40.017	41.772	43.912	39.899	39.038	37.092	35.837	4.4	5.1	-9.1	-2.2	-5.0	-3.4	-10.4
EMILIA ROMAGNA	143.417	138.045	131.442	132.500	130.169	126.993	127.121	-3.7	-4.8	0.8	-1.8	-2.4	0.1	-11.4
TOSCANA	127.049	124.939	115.520	109.530	110.357	108.727	104.890	-1.7	-7.5	-5.2	0.8	-1.5	-3.5	-17.4
UMBRIA	12.569	15.109	13.025	13.037	15.176	13.675	14.215	20.2	-13.8	0.1	16.4	-9.9	3.9	13.1
MARCHE	36.347	36.167	34.993	36.070	37.658	36.706	35.479	-0.5	-3.2	3.1	4.4	-2.5	-3.3	-2.4
LAZIO	116.053	120.605	115.307	99.562	95.058	93.708	88.519	3.9	-4.4	-13.7	-4.5	-1.4	-5.5	-23.7
ABRUZZO	15.408	16.984	17.273	16.667	13.834	14.679	15.284	10.2	1.7	-3.5	-17.0	6.1	4.1	-0.8
MOLISE	1.784	2.262	2.954	3.339	3.273	3.111	3.120	26.8	30.6	13.0	-2.0	-4.9	0.3	74.9
CAMPANIA	50.866	46.203	47.210	44.505	48.418	43.430	46.951	-9.2	2.2	-5.7	8.8	-10.3	8.1	-7.7
PUGLIA	44.993	42.518	40.569	34.107	34.332	33.020	34.800	-5.5	-4.6	-15.9	0.7	-3.8	5.4	-22.7
BASILICATA	3.927	5.160	5.025	4.438	4.047	4.354	4.525	31.4	-2.6	-11.7	-8.8	7.6	3.9	15.2
CALABRIA	10.356	8.370	10.245	9.199	9.118	9.384	10.241	-19.2	22.4	-10.2	-0.9	2.9	9.1	-1.1
SICILIA	46.517	44.276	44.984	39.521	36.654	33.895	33.947	-4.8	1.6	-12.1	-7.3	-7.5	0.2	-27.0
SARDEGNA	15.006	14.745	15.264	13.272	13.094	13.159	13.295	-1.7	3.5	-13.1	-1.3	0.5	1.0	-11.4
ITALIA	1,158.009	1,158.169	1,124.106	1,055.683	1,046.741	1,020.848	1,015.428	0.0	-2.9	-6.1	-0.8	-2.5	-0.5	-12.3

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

Tab. IT 7b- Costi da intramoenia (mln di euro)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2010-16
PIEMONTE	110.814	109.183	97.189	88.201	83.714	84.015	83.922	-1.5	-11.0	-9.2	-5.1	0.4	-0.1	-24.3
VALLE D'AOSTA	2.996	3.591	2.799	2.358	2.154	2.057	2.141	19.9	-22.1	-15.8	-8.7	-4.5	4.1	-28.5
LOMBARDIA	246.210	247.688	181.079	163.087	163.945	149.470	148.373	0.6	-26.9	-9.9	0.5	-8.8	-0.7	-39.7
PA BOLZANO	0.718	1.168	1.214	1.366	1.375	1.434	1.512	62.7	3.9	12.5	0.7	4.3	5.4	110.6
PA TRENTO	8.763	8.325	7.488	7.735	8.563	8.581	8.300	-5.0	-10.1	3.3	10.7	0.2	-3.3	-5.3
VENETO	103.114	99.833	87.235	85.663	87.475	84.505	86.115	-3.2	-12.6	-1.8	2.1	-3.4	1.9	-16.5
FRIULI VENEZIA GIULIA	24.617	24.922	23.280	21.471	21.181	20.291	19.806	1.2	-6.6	-7.8	-1.4	-4.2	-2.4	-19.5
LIGURIA	35.405	36.715	36.269	33.962	32.063	29.915	29.454	3.7	-1.2	-6.4	-5.6	-6.7	-1.5	-16.8
EMILIA ROMAGNA	114.644	109.918	102.262	98.842	95.594	92.949	92.625	-4.1	-7.0	-3.3	-3.3	-2.8	-0.3	-19.2
TOSCANA	98.584	93.229	83.590	76.491	77.752	76.705	71.671	-5.4	-10.3	-8.5	1.6	-1.3	-6.6	-27.3
UMBRIA	12.406	13.023	10.085	9.802	9.949	10.158	10.418	5.0	-22.6	-2.8	1.5	2.1	2.6	-16.0
MARCHE	30.097	29.943	27.848	30.012	31.307	30.213	29.732	-0.5	-7.0	7.8	4.3	-3.5	-1.6	-1.2
LAZIO	123.435	122.742	100.613	84.812	81.180	76.818	77.319	-0.6	-18.0	-15.7	-4.3	-5.4	0.7	-37.4
ABRUZZO	15.268	15.785	15.512	14.219	12.159	11.943	13.287	3.4	-1.7	-8.3	-14.5	-1.8	11.3	-13.0
MOLISE	2.199	2.159	2.464	2.737	2.821	2.808	2.061	-1.8	14.1	11.1	3.1	-0.5	-26.6	-6.3
CAMPANIA	51.908	48.135	46.466	39.313	45.707	42.251	41.162	-7.3	-3.5	-15.4	16.3	-7.6	-2.6	-20.7
PUGLIA	45.650	40.995	35.017	25.684	24.821	24.004	25.627	-10.2	-14.6	-26.7	-3.4	-3.3	6.8	-43.9
BASILICATA	4.011	4.769	4.130	3.486	3.305	3.871	3.892	18.9	-13.4	-15.6	-5.2	17.1	0.5	-3.0
CALABRIA	8.422	9.274	8.011	8.956	7.963	7.975	8.174	10.1	-13.6	11.8	-11.1	0.2	2.5	-2.9
SICILIA	46.586	45.323	41.639	36.298	31.778	29.440	29.976	-2.7	-8.1	-12.8	-12.5	-7.4	1.8	-35.7
SARDEGNA	14.641	13.241	14.596	12.093	11.773	11.616	10.352	-9.6	10.2	-17.1	-2.6	-1.3	-10.9	-29.3
ITALIA	1.100.488	1.079.961	928.786	846.588	836.579	801.019	795.919	-1.9	-14.0	-8.9	-1.2	-4.3	-0.6	-27.7

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

Tab. IT 7c- Saldo intramoenia (mln di euro)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
PIEMONTE	4.919	6.593	16.574	14.686	13.922	13.789	12.883
VALLE D'AOSTA	0.412	0.386	0.356	0.556	0.445	0.315	0.226
LOMBARDIA	-23.270	-18.700	41.647	44.759	44.636	53.155	53.924
PA BOLZANO	0.306	0.439	0.506	0.485	0.689	0.922	0.929
PA TRENTO	0.967	1.255	1.835	1.884	1.753	2.037	1.110
VENETO	9.052	12.280	21.087	23.176	20.799	22.571	23.242
FRIULI VENEZIA GIULIA	4.082	4.051	4.094	4.610	5.864	5.773	4.721
LIGURIA	4.612	5.057	7.643	5.937	6.975	7.177	6.383
EMILIA ROMAGNA	28.773	28.127	29.180	33.658	34.575	34.044	34.496
TOSCANA	28.465	31.710	31.930	33.039	32.605	32.022	33.219
UMBRIA	0.163	2.086	2.940	3.235	5.227	3.517	3.797
MARCHE	6.250	6.224	7.145	6.058	6.351	6.493	5.747
LAZIO	-7.382	-2.137	14.694	14.750	13.878	16.890	11.200
ABRUZZO	0.140	1.199	1.761	2.448	1.675	2.736	1.997
MOLISE	-0.415	0.103	0.490	0.602	0.452	0.303	1.059
CAMPANIA	-1.042	-1.932	0.744	5.192	2.711	1.179	5.789
PUGLIA	-0.657	1.523	5.552	8.423	9.511	9.016	9.173
BASILICATA	-0.084	0.391	0.895	0.952	0.742	0.483	0.633
CALABRIA	1.934	-0.904	2.234	0.243	1.155	1.409	2.067
SICILIA	-0.069	-1.047	3.345	3.223	4.876	4.455	3.971
SARDEGNA	0.365	1.504	0.668	1.179	1.321	1.543	2.943
ITALIA	57.521	78.208	195.320	209.095	210.162	219.829	219.509

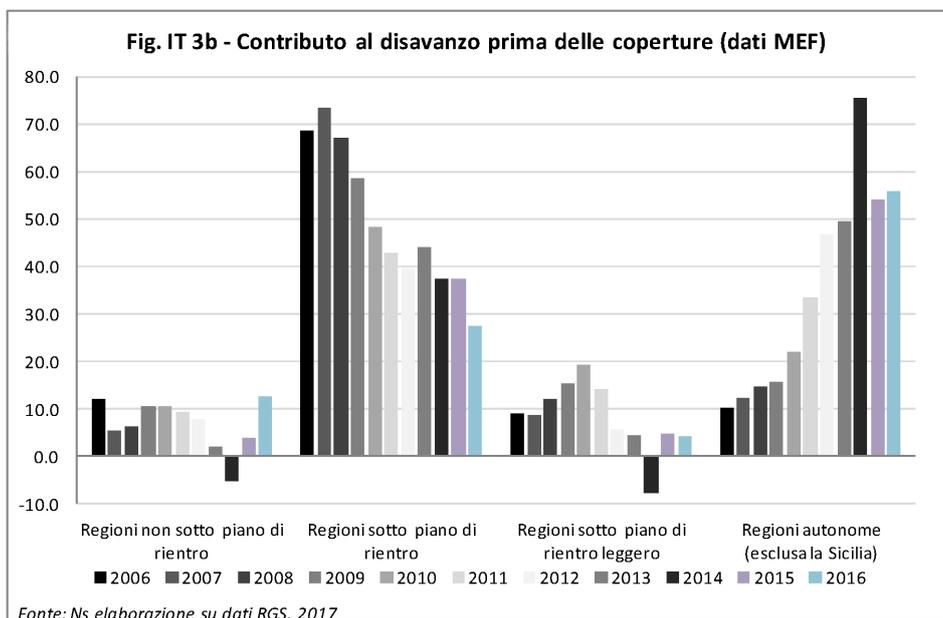
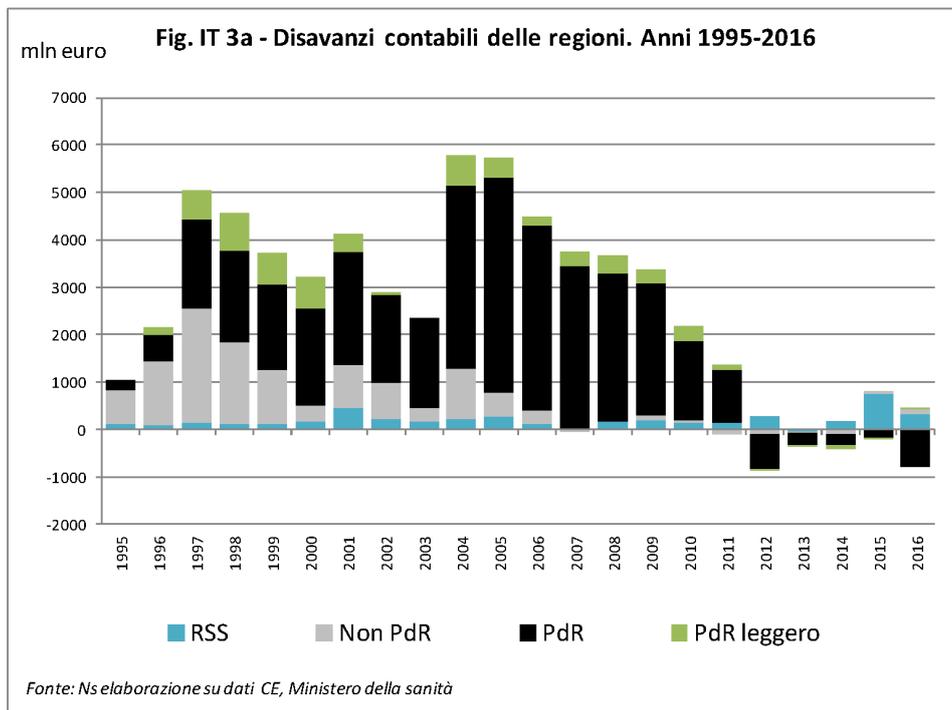
Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

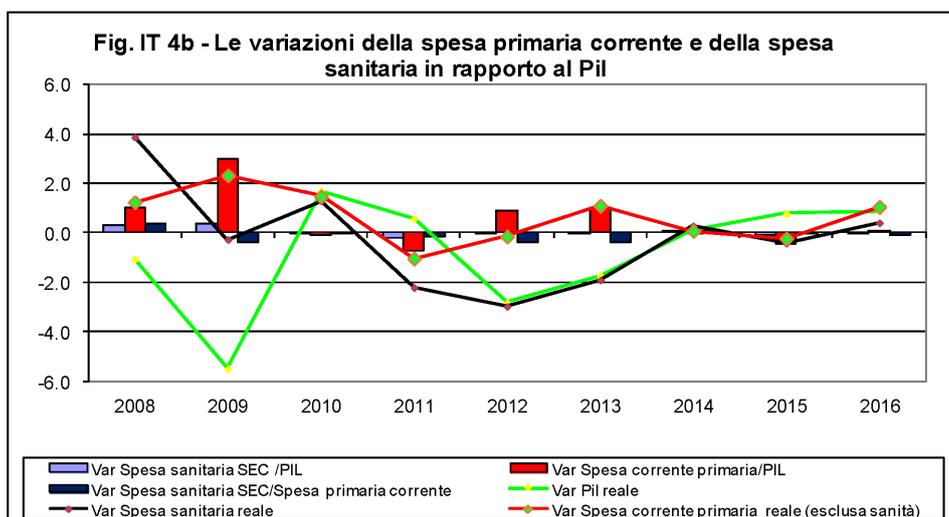
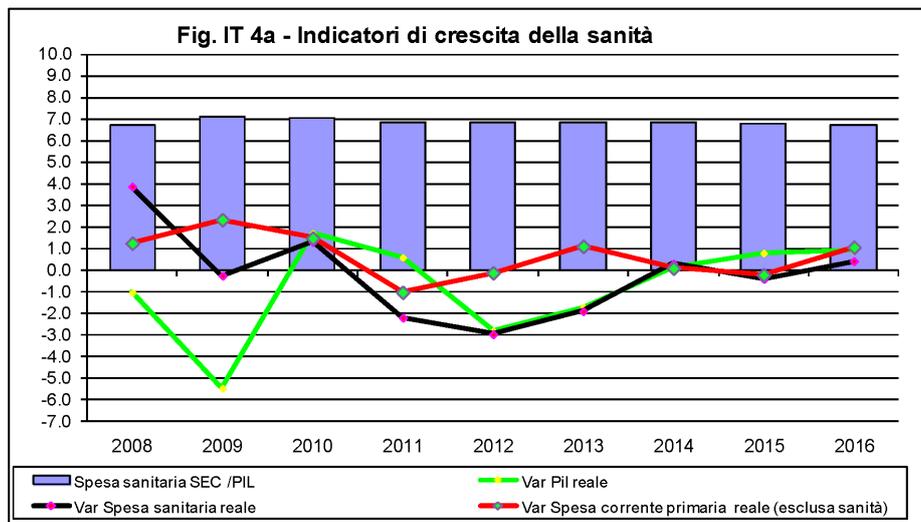
Tab. IT 8 - Disavanzi contabili delle Regioni (mln di euro) (*)

Regioni	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%														
Piemonte	-0.9	0.0	7.2	0.2	-30.7	-0.8	-5.5	-0.1	-16.7	-0.5	1.9	0.1	-5.4	-0.4	-21.4	-3.7	-13.0	-3.9	-57.2	-25.5	-6.1	1.0	-8.2	-2.6
Valle d'Aosta	13.9	0.2	13.5	0.3	13.5	0.4	12.7	0.3	1.0	0.0	4.5	0.2	2.5	-0.2	-0.9	-0.2	-6.9	-2.1	-2.6	-1.2	49.8	-8.1	3.7	1.2
Lombardia	14.3	0.2	4.3	0.1	-9.8	-0.3	-4.1	-0.1	-1.9	-0.1	-19.8	-0.9	-14.0	-1.1	-2.3	-0.4	-10.2	-3.1	-6.5	-2.9	-15.4	2.5	-3.4	-1.1
PA Bolzano	-28.1	-0.5	-25.3	-0.6	-22.4	-0.6	-15.3	-0.4	-37.2	-1.1	-8.2	-0.4	-17.0	-1.3	42.1	7.2	5.0	1.5	-10.6	-4.7	422.2	-68.8	-9.7	-3.1
PA Trento	2.8	0.0	14.1	0.3	8.5	0.2	10.2	0.3	12.1	0.4	11.7	0.5	-1.8	-0.1	190.1	32.6	-1.6	-0.5	-1.3	-0.6	-24.9	4.1	6.5	2.1
Veneto	114.1	2.0	-71.4	-1.6	-75.4	-2.0	-67.6	-1.8	27.1	0.8	-10.4	-0.5	-161.7	-12.8	-42.2	-7.2	-45.9	-13.8	-56.1	-25.0	-8.0	1.3	-5.1	-1.6
FVG	-27.2	-0.5	-18.3	-0.4	-39.5	-1.1	-21.8	-0.6	-16.7	-0.5	-14.0	-0.6	-17.5	-1.4	61.9	10.6	-15.6	-4.7	-22.6	-10.1	-31.4	5.1	15.3	4.9
Liguria	253.8	4.4	100.1	2.2	141.8	3.8	110.1	3.0	105.1	3.1	89.7	4.1	142.6	11.3	12.5	2.1	78.2	23.4	63.7	28.4	94.5	-15.4	71.0	22.7
Emilia-Romagna	16.3	0.3	38.4	0.9	-25.9	-0.7	-26.5	-0.7	-22.4	-0.7	-28.2	-1.3	-55.4	-4.4	10.0	1.7	-0.7	-0.2	-14.2	-6.3	7.9	-1.3	-2.1	-0.7
Toscana	15.0	0.3	120.6	2.7	-42.2	-1.1	3.4	0.1	6.9	0.2	15.8	0.7	-13.5	-1.1	2.3	0.4	24.8	7.4	-7.5	-3.4	25.6	-4.2	89.3	28.6
Umbria	8.2	0.1	40.6	0.9	-6.9	-0.2	-8.5	-0.2	-4.8	-0.1	-8.6	-0.4	-11.8	-0.9	-19.8	-3.4	-7.1	-2.1	-10.4	-4.6	-4.7	0.8	-5.7	-1.8
Marche	18.3	0.3	35.0	0.9	-15.0	-0.4	-36.8	-1.0	-16.6	-0.5	2.6	0.1	-21.2	-1.7	-49.9	-8.6	-61.4	-18.4	-62.5	-27.9	-65.6	10.7	-27.6	-8.9
Lazio	1737.3	30.3	1970.9	44.0	1634.9	44.1	1664.5	45.5	1396.0	41.5	1024.8	46.7	774.9	61.4	-204.4	-35.1	-30.6	-9.2	0.0	0.0	-2.6	0.4	-547.2	-175.3
Abruzzo	240.9	4.2	140.4	3.1	151.5	4.1	123.5	3.4	94.5	2.8	5.8	0.3	-51.7	-4.1	-48.1	-8.3	-53.1	-15.9	-7.2	-3.2	0.2	0.0	23.5	7.5
Molise	139.4	2.4	58.8	1.3	66.6	1.8	70.4	1.9	63.6	1.9	57.8	2.6	36.7	2.9	33.0	5.7	70.4	21.1	39.7	17.7	26.0	-4.2	-1.7	-0.5
Campania	1792.6	31.3	761.1	17.0	863.7	23.3	814.8	22.3	788.9	23.4	478.5	21.8	245.5	19.4	-147.8	-25.4	-62.8	-18.8	-182.9	-81.6	-127.9	20.9	-74.4	-23.8
Puglia	411.9	7.2	169.9	3.8	312.8	8.4	358.2	9.8	302.5	9.0	322.5	14.7	108.3	8.6	-4.2	-0.7	4.7	1.4	-4.7	-2.1	-9.5	1.6	37.9	12.1
Basilicata	42.8	0.7	22.1	0.5	17.6	0.5	29.2	0.8	21.0	0.6	29.0	1.3	31.1	2.5	-7.2	-1.2	-2.4	-0.7	-1.5	-0.7	6.6	-1.1	-1.8	-0.6
Calabria	79.1	1.4	34.9	0.8	169.8	4.6	202.1	5.5	231.9	6.9	66.7	3.0	110.4	8.7	-44.3	-7.6	-75.6	-22.7	-41.5	-18.5	-46.5	7.6	-44.0	-14.1
Sicilia	563.1	9.8	932.5	20.8	573.9	15.5	261.6	7.2	200.0	5.9	29.5	1.3	12.7	1.0	-323.7	-55.6	-119.6	-35.9	-54.6	-24.3	-15.7	2.6	-142.6	-45.7
Sardegna	327.1	5.7	129.9	2.9	22.5	0.6	183.5	5.0	229.7	6.8	142.8	6.5	173.2	13.7	-18.5	-3.2	-10.0	-3.0	216.2	96.4	339.0	-55.2	314.0	100.6
ITALIA	5734.9	100.0	4483.4	100.0	3709.3	100.0	3658.0	100.0	3364.2	100.0	2194.4	100.0	1262.1	100.0	-582.6	-100.0	-333.5	-100.0	-224.2	-100.0	613.5	-100.0	-312.2	-100.0

Fonte: *Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità*

(*) De fidi da CE (valori negativi indicano un avanzo);





Tab. IT 9a - Previsioni e risultati di finanza sanitaria nei DEF 2010-2017 (mln di euro)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
DFP 2010	114.962	116.116	119.048	123.846						
DEF 2011	113.457	114.836	117.391	122.102	126.512					
DEF 2012	112.742	112.039	114.497	114.727	115.421	118.497				
DEF 2013	112.526	111.593	110.842	111.108	113.029	115.424	117.616			
DEF 2014	112.526	111.094	109.611	109.254	111.474	113.703	116.149	118.680		
DEF 2015	113.131	112.215	110.422	110.044	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	
DEF 2016	113.131	112.215	110.416	109.907	111.304	112.406	113.376	114.789	116.179	118.505
DEF 2017	113.131	112.255	110.416	109.614	110.978	111.245	112.542	114.138	115.068	116.105
FINANZIAMENTO	105.398	106.905	107.961	107.005	109.928	109.715	111.057	112.597	113.396	114.396
PIL	1604.515	1637.463	1613.265	1604.599	1621.827	1652.153	1680.523	1716.479	1768.679	1821.689
% Spesa su PIL	7.1%	6.9%	6.8%	6.8%	6.8%	6.7%	6.7%	6.6%	6.5%	6.4%
% FSN su PIL	6.6%	6.5%	6.7%	6.7%	6.8%	6.6%	6.6%	6.6%	6.4%	6.3%

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

Tab. IT 9b - Il finanziamento del SSN (mln di euro)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Patto per la Salute giugno 2014 (L.190/2014)	109,928	112,067	115,449	118,915	122,350	125,340
Manovra dl 78/2015 (art. 9-septies)		-2,352	-2,352	-2,352	-2,352	-2,352
FSN rideterminato	109,928	109,715	113,097	116,563	119,998	122,988
Manovra L 208/2015			-2,095	-3,500	-5,000	-5,000
FSN rideterminato	109,928	109,715	111,002	113,063	114,998	117,988
Manovra L 232/2016 (art. 1 co. 392)				-63	-998	-2,988
FSN rideterminato	109,928	109,715	111,002	113,000	114,000	115,000
Clausola di salvaguardia L.232/2016 (art.1 co. 394 e DM 5 giugno 2017)				-403	-604	-604
FSN rideterminato	109,928	109,715	111,002	112,597	113,396	114,396

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

