Senato della Repubblica XVII LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO SOMMARIO n. 851
Resoconti
Allegati

GIUNTE E COMMISSIONI

Sedute di mercoledì 10 gennaio 2018

I N D I C E

Commissioni permanenti

12ª - Igiene e sanità:
Plenaria . . . . . *Pag.* 3

Commissioni bicamerali

Inchiesta sulle attività illecite connesse al ciclo dei rifiuti:
Plenaria . . . . . *Pag.* 233

N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: ALA (Alleanza Liberal Popolare) - PRI (Partito Repubblicano Italiano): ALA-PRI; Alternativa Popolare-Centristi per l'Europa-NCD: AP-CpE-NCD; Articolo 1 - Movimento democratico e progressista - Liberi e Uguali: Art.1-MDP-LeU; Federazione della Libertà (Idea-Popolo e Libertà, PLI): FL (Id-PL, PLI); Forza Italia-Il Popolo della Libertà XVII Legislatura: FI-PdL XVII; Grandi Autonomie e Libertà - Unione dei Democratici Cristiani e Democratici di Centro: GAL-UDC; Lega Nord e Autonomie: LN-Aut; Movimento 5 Stelle: M5S; Noi con l'Italia: NcI; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE: Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE; Misto: Misto; Misto-Campo Progressista-Sardegna: Misto-CP-S; Misto-Fratelli d'Italia-Alleanza Nazionale: Misto-FdI-AN; Misto-Insieme per l'Italia: Misto-IpI; Misto-Italia dei valori: Misto-Idv; Misto-Lega per Salvini Premier: Misto-LpSP; Misto-Liguria Civica: Misto-LC; Misto-Movimento la Puglia in Più:Misto-MovPugliaPiù; Misto-Movimento X: Misto-MovX; Misto-Sinistra Italiana-Sinistra Ecologia Libertà-Liberi e Uguali: Misto-SI-SEL-LeU.

IGIENE E SANITÀ (12ª)

Mercoledì 10 gennaio 2018

Plenaria

524ª Seduta

Presidenza della Presidente
DE BIASI

La seduta inizia alle ore 14,30.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità: seguito e conclusione dell'indagine conoscitiva. Approvazione del documento conclusivo: *Doc.* XVII, n. 13

Prosegue l'indagine conoscitiva, sospesa nella seduta del 19 dicembre 2017.

La relatrice DIRINDIN *(Art.1-MDP-LeU)* illustra dettagliatamente lo schema di documento conclusivo elaborato d'intesa con il correlatore (pubblicato in allegato), sottolineando che esso incorpora anche i contenuti della Relazione a suo tempo approvata dalla Commissione sullo stato e le prospettive del Servizio sanitario nazionale (*Doc*. XVI, n. 1). Fa rilevare che le tabelle contenute nel testo, e quelle ad esso allegate, necessitano di interventi di aggiornamento, che auspica di poter porre in essere in seguito, previa autorizzazione della Commissione.

Il relatore D'AMBROSIO LETTIERI *(NcI)*, nell'associarsi all'illustrazione di dettaglio già svolta, sottolinea che il testo intende sintetizzare le risultanze dell'indagine contemperando le diverse sensibilità politiche esistenti all'interno della Commissione.

Dopo aver dato atto alla correlatrice del rilevante apporto fornito alla redazione, pone in rilievo che il documento in esame antepone alle problematiche del finanziamento, certamente esistenti, quelle relative alla *governance* del sistema sanitario.

Soggiunge che alle correzioni formali e alle integrazioni cui ha fatto riferimento la correlatrice sarà opportuno associare anche un lavoro di coordinamento del testo teso ad accorpare tutte le proposte nell'ambito del paragrafo conclusivo.

Si apre il dibattito.

Il senatore GAETTI *(M5S)*, nel riconoscere l'importanza del lavoro svolto dai relatori, osserva che gli obiettivi individuati sono senz'altro condivisibili ma permangono delle differenziazioni di carattere politico in ordine agli strumenti da utilizzare per il loro perseguimento: ad esempio, sottolinea le riserve del proprio Gruppo in ordine allo strumento rappresentato dai fondi integrativi.

Quanto alla tematica della cosiddetta farmacia dei servizi, segnala che occorrerebbe tenere conto delle disomogeneità che caratterizzano il territorio nazionale, che fanno apparire opportune iniziative in materia soprattutto nelle zone rurali.

Evidenzia che alcune delle problematiche affrontate dal documento in esame sono trattate anche dalla relazione conclusiva della Commissione antimafia (ad esempio in tema di esternalizzazioni di servizi): ciò, a suo avviso, fa emergere una sintonia di fondo e una complementarietà tra i lavori dell'indagine conoscitiva e quelli dell'inchiesta parlamentare citata.

Ritiene che il tema della *governance* del sistema sanitario debba essere affrontato non solo con un approccio di tipo quantitativo ma soprattutto prestando attenzione alle tematiche della qualità e dell'appropriatezza, ferma restando l'importanza di un complessivo recupero di legalità all'interno del comparto.

Reputa cruciale, in proposito, la difesa dell'autonomia professionale degli operatori del settore sanitario, paventando una eccessiva burocratizzazione del loro ruolo: cita, come esempio di disposizione apprezzabile in tale ottica, la norma inserita all'interno della legge sulle disposizioni anticipate di trattamento che qualifica come «tempo di cura» il tempo dedicato alla comunicazione fra medico e paziente.

Ribadisce, in conclusione, il proprio apprezzamento per la qualità del documento redatto dai relatori.

La senatrice SILVESTRO *(PD)*, nell'esprimere a sua volta il proprio plauso ai relatori, manifesta l'opinione che il testo debba insistere maggiormente sulle tematiche legate alla qualità delle prestazioni, nonché sulle problematiche connesse alle malattie croniche e all'assistenza alle fragilità, anche in un'ottica di potenziamento dell'assistenza domiciliare e di efficientamento dei percorsi terapeutici a carattere multidisciplinare.

Reputa che, nella parte in cui il documento si sofferma sui *deficit* di organico, debba prestarsi attenzione specifica anche alle necessità del settore infermieristico, che in una prospettiva multidisciplinare rilevano quanto quelle del settore medico.

Più in generale, segnala l'opportunità di mettere in discussione i paradigmi di un servizio sanitario che appare fin troppo cristallizzato, mediante un ripensamento e una ridefinizione dei ruoli delle diverse professionalità coinvolte.

Il senatore FLORIS *(FI-PdL XVII)* sottolinea la pregevolezza del documento in esame, a suo avviso caratterizzato da un livello qualitativo e da un rigore metodologico di stampo universitario. Ritiene pertanto che il testo non debba essere eccessivamente rimaneggiato, apparendo equilibrato e sufficientemente dettagliato sia nella parte analitica sia in quella propositiva. Si tratta, a giudizio dell'oratore, di un importante lascito al futuro legislatore.

Il senatore ROMANO *(Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE)*, fatte proprie le espressioni di elogio nei riguardi dei relatori, osserva che il documento in esame tratta gli argomenti oggetto di indagine con la profondità e l'accuratezza consentite dalla sede e dai tempi a disposizione ed è particolarmente apprezzabile nelle linee guida che consegna al Parlamento della prossima legislatura.

La senatrice MATTESINI *(PD)*, ringraziati i relatori, si associa alle considerazioni già svolte dalla senatrice Silvestro in ordine alle tematiche della riorganizzazione dei servizi sanitari e dell'appropriatezza delle cure, con particolare riguardo al settore delle malattie croniche.

La senatrice MATURANI *(PD)*, ringraziati a sua volta i relatori, richiama e fa propri gli interventi delle senatrici Silvestro e Mattesini, ponendo in particolare evidenza l'opportunità di tenere conto, nell'auspicata riorganizzazione dei servizi a fini di efficientamento del sistema, i profili legati all'integrazione socio sanitaria. Soggiunge che, come ha avuto modo di rilevare in diverse altre occasioni, una specifica attenzione andrebbe dedicata alle problematiche della depressione *post partum*.

La senatrice PADUA *(PD)*, pur rilevando la pregevolezza del documento redatto dai relatori, esprime l'avviso che il testo dovrebbe evidenziare maggiormente l'importanza delle risorse destinate alla prevenzione – specie dei problemi di salute della popolazione infantile –, non solo in termini di stanziamento, ma anche in una prospettiva di effettiva capacità di spesa.

Quanto alla tematica della riduzione dei ricoveri ospedalieri, osserva che la progressiva deospedalizzazione dovrebbe essere accompagnata da un rafforzamento della medicina territoriale (si riferisce in particolare ai dati relativi alla regione Sicilia).

In conclusione, rimarca l'opportunità di insistere maggiormente sull'importanza dei percorsi di cura multidisciplinari e coordinati, in un'ottica di sinergia tra settore sociale e settore sanitario.

La senatrice RIZZOTTI *(FI-PdL XVII)* si dichiara impressionata dalla completezza del documento in esame, che a suo avviso fotografa in maniera nitida e oggettiva la condizione attuale del sistema sanitario e fornisce al contempo indicazioni per il superamento delle criticità rilevate.

Si sofferma, in particolare, sulle determinanti della spesa sanitaria (invecchiamento della popolazione, malattie croniche, farmaci innovativi) e pone in rilievo le problematiche legate alla corruzione e agli sprechi di risorse.

Rimarca l'opportunità di una omogeneizzazione dei percorsi assistenziali, allo stato eccessivamente differenziati a livello territoriale, in un'ottica di efficientamento.

Evidenzia altresì la necessità di un ripensamento della sanità integrativa, alla luce dei fenomeni della spesa cosiddetta *out of pocket* e della rinuncia alle cure.

Più in generale, concorda con le considerazioni relative all'opportunità di un ripensamento complessivo del sistema di *welfare*, alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione.

Il senatore BIANCO *(PD)* esprime il convincimento che il documento in esame, in continuità con i documenti conclusivi delle altre indagini conoscitive svolte nel corso della legislatura, si caratterizzi per rigore scientifico e per sforzo di sintesi politica e di condivisione, pur in presenza di sensibilità e visioni diverse.

Sottolinea che il sistema sanitario italiano, per lo meno nel panorama europeo, costituisce l'ultimo esempio di modello *Beveridge* – ossia universalistico e fondato essenzialmente sulla fiscalità generale – che resiste alle avversità finanziarie. Soggiunge che le problematiche legate alla sostenibilità, come emerge dal documento in esame, vanno inquadrate anche nell'ottica della governance delle diseguaglianze e preservando la configurazione del Servizio sanitario come sistema di etico-civile più che come mero apparato amministrativo burocratico.

Conclude rimarcando che quello in esame è un testo di grande respiro a difesa del Servizio sanitario nazionale, sul quale auspica possa esserci ampia convergenza sebbene vi siano differenze politiche sull'individuazione delle ricette per il superamento delle criticità rilevate.

Il senatore ZUFFADA *(FI-PdL XVII)* condivide i giudizi positivi sul testo in esame, che a suo avviso denota la volontà di trovare una sintesi tra le diverse visioni politiche nella prospettiva della difesa del Servizio sanitario nazionale e, al contempo, grande equilibrio e rigore metodologico: si tratta, secondo l'oratore, di un degno e coerente coronamento del lavoro svolto nel corso di questa legislatura dalla 12ª Commissione.

La PRESIDENTE ritiene che alle espressioni di elogio nei riguardi dei relatori, cui si associa, debbano essere aggiunte manifestazioni di apprezzamento per il lavoro svolto dagli Uffici.

Quanto al documento in esame, segnala l'opportunità di una maggiore sottolineatura del grande tema legato alla revisione della governance del farmaco, che a suo giudizio non è stato affrontato in maniera risolutiva nel corso di questa legislatura.

Il relatore D'AMBROSIO LETTIERI *(NcI)*, intervenendo in sede di replica, dichiara di trovare condivisibili le indicazioni scaturite dal dibattito (specie in tema di assistenza domiciliare, riorganizzazione multidisciplinare delle cure primarie, attenzione alle cronicità, considerazione delle esigenze di potenziamento del personale infermieristico, prevenzione) e manifesta quindi la propria disponibilità ad apportare conseguenti integrazioni al testo, eventualmente anche in sede di espletamento di apposito incarico conferito dalla Commissione, da eseguire d'intesa con la correlatrice.

La relatrice DIRINDIN *(Art.1-MDP-LeU)* si dichiara a sua volta disponibile a recepire gli spunti emersi dal dibattito.

La PRESIDENTE fa rilevare che, trattandosi di modificazioni sostanziali, è preferibile sospendere la seduta per poi sottoporre al voto della Commissione il testo integrato.

La seduta, sospesa alle ore 16, riprende alle ore 16,35.

La relatrice DIRINDIN *(Art.1-MDP-LeU)*, anche a nome del correlatore, illustra partitamente le modifiche introdotte nello schema di documento conclusivo allo scopo di recepire le indicazioni scaturite dal dibattito.

Nessuno chiedendo di intervenire per dichiarazione di voto, previa verifica del numero legale per deliberare, la PRESIDENTE pone in votazione lo schema di documento conclusivo nel testo riformulato (pubblicato in allegato), con l'intesa che i relatori sono incaricati di apportarvi le correzioni formali e gli interventi di coordinamento che dovessero rivelarsi necessari, nonché di integrare e aggiornare le tabelle.

La Commissione approva.

La PRESIDENTE registra il consenso unanime della Commissione.

La seduta termina alle ore 16,45.

DOCUMENTO CONCLUSIVO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SOSTENIBILITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA GARANZIA DEI PRINCIPI DI UNIVERSALITA', SOLIDARIETA' ED EQUITA' APPROVATO DALLA COMMISSIONE

(*Doc.* XVII, n. 13)

(relatori: sen. Luigi D'Ambrosio Lettieri e sen. Nerina Dirindin)

Gennaio 2018

Indice

Premessa
Sintesi dei principali punti
1. La salute: una condizione essenziale per la crescita, troppo spesso sottovalutata
2. La salute nell'agenda politica
3. La sanità pubblica deve fare i conti con nuove alleanze
4. Il profilo dell'Italia secondo l'Oecd: l'aggiornamento del 2017
5. Le restrizioni imposte dalla crisi economica a partire dal 2009
6. Le restrizioni imposte al finanziamento della sanità pubblica: i dati al 2017
7. Le restrizioni imposte al finanziamento della sanità pubblica
8. Finanziamento, spesa e disavanzi del Servizio Sanitario Nazionale
9. Crisi economica e consumi sanitari privati
10. Le rinunce alle prestazioni sanitarie: si allarga la forbice fra ricchi e poveri
11. I principali ostacoli all'accesso alle prestazioni sanitarie
12. Un sistema sanitario "in sofferenza"
13. L'Italia ai primi posti nella cura delle persone affette da patologie croniche
14. Una contenuta dotazione di posti letto ospedalieri
15. Sempre più contenuta l'attività di ricovero ospedaliero
16. Gli italiani vivono sempre più a lungo, e in buona salute.
17. Le persone anziane sono una risorsa, non un rischio per la sostenibilità del sistema
18. La drastica riduzione della mortalità infantile e le differenze fra Nord e Sud del Paese
19. Più prevenzione per contrastare l'epidemia di malattie croniche
20. La sedentarietà in Italia: un fattore di rischio e una fonte di spesa
21. Più sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro rende il sistema più sostenibile
22. Sanità a burocrazia zero, per i cittadini e per gli operatori.
23. Spendere meno o spendere meglio?
24. Riqualificare la spesa
25. Più attenzione a legalità e trasparenza
26. Le performance dei sistemi sanitari regionali
27. Cronicità e *long term care*: problemi aperti ed esperienze regionali
28. Il Piano Nazionale della Cronicità: una nuova cultura e nuovi scenari
29. La capillarità dei servizi sul territorio: il ruolo delle farmacie
30. OMS Salute 2020: salute è la maggiore risorsa per la società
31. EuroHealthNet e la promozione della salute
32. Il Comitato Nazionale di Bioetica in difesa del sistema sanitario nazionale
33. Il progressivo contenimento del personale dipendente
34. La spesa per il personale in continua riduzione
35. Una nuova politica del personale
36. La condizione di sofferenza della ricerca clinica
37. L'impegno della Commissione per il superamento degli OPG
38. Sostenibilità del sistema e secondo pilastro
39. Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia
40. Considerazioni conclusive

ALLEGATI GRAFICI E TABELLARI

Premessa

Il presente documento si propone di fare il punto dei lavori della 12^ 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 in corso.

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). La gran parte dei dati riportati in allegato sono quelli discussi nel primo documento e sono aggiornati a febbraio 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.

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;

— rappresentanti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – Age.Na.S: il Dott. Giovanni Bissoni (presidente) e il Dott. Fulvio Moirano (direttore);

— rappresentanti dell'Agenzia Italiana del Farmaco – AIFA: Prof. Sergio Pecorelli (presidente), Prof. Luca Pani (direttore) 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 Farmindustria: Ing. Massimo Scaccabarozzi (presidente), Dott.ssa Nadia Ruozzi (responsabile Area relazioni istituzionali e Associazioni dei pazienti) e Dott. Antonio Morelli (responsabile dell'Ufficio Stampa);

— 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) e del Sindacato nazionale medici medicina fisica e riabilitativa (SIMMFIR) – Dott. G. Gruppioni, Dott.ssa M.T. Agati e Dott. M. Clementi;

— commissario dell'Istituto Superiore di Sanità, Prof. Walter Ricciardi;

— direttore generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - Age.Na.S., Dott. Francesco Bevere;

— rappresentanti di Federfarma, Dott.ssa Racca (presidente), Dott. Misasi (segretario nazionale) e Dott. Orlandi (vice presidente);

— rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Ass. Luigi Marroni, Ass. Massimo Garavaglia, Ass. Flavia Franconi, Ass. Lucia Borsellino, Ass. Antonio Maritati e presidente Di Laura Frattura, Dott. Enrico Rossi (presidente della Regione Toscana);

— 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) 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 (responsabile nutrizione artificiale) e Dott.ssa Simona Dei (direttore sanitario);

— rappresentanti della SISAC (Struttura interregionale sanitari Convenzionati): Dottor Vincenzo Pomo, coordinatore), Dott. Antonio Maritati (vice-coordinatore), Dott. Michele De Giacomo (responsabile della segreteria tecnica);

— 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), Dott. Salvatore Cauchi (vicesegretario organizzativo);
— onorevole Franco Corleone, commissario unico per il superamento degli OPG;
— audizioni sulle Case della Salute: Dott.ssa Chiara Benvenuti (Distretto Centro nord Ausl di Ferrara), Dott. Tommaso Bertolini (comune di Quattro Castella - Reggio Emilia), Dott.ssa Gaia Jacchetti (Ambulatorio della Casa della Carità di Milano), Dott. Franco Prandi (Comitato Scientifico Fondazione Santa Clelia Barbieri), Dott.ssa Silvia Landra (Casa della Carità di Milano);
- rappresentanti della Croce Rossa Italiana: Dott. Flavio Ronzi, presidente del Comitato area metropolitana di Roma capitale, accompagnato dal Dott. Pietro Migliaccio, responsabile relazioni istituzionali.

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 Servizio Sanitario Nazionale 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 eguali 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 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 delle 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 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.

---

[1] Consiglio 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.

[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.

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 sanitario 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 diseguaglianze 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 operatori 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 privati che possono svolgere un ruolo diretto o indiretto a tutela della salute.

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

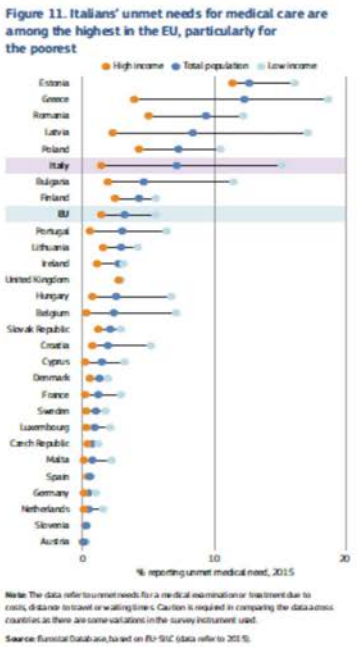
Nel 2017 l'Oecd ha pubblicato il nuovo profilo dell'Italia con riguardo alla salute[4].

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 della UE, 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% di sovrappeso e obesità tra i bambini.
- 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 compartecipazione 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.

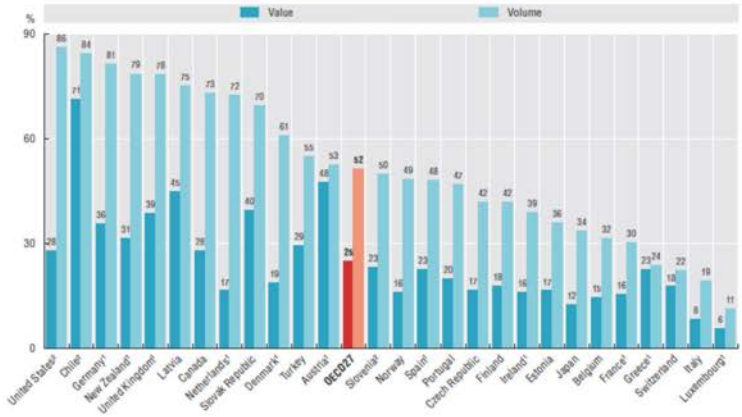


- In seguito alla ripresa economica degli ultimi anni, i livelli essenziali sono stati rivisti e ampliati (Lea), ma vi sono preoccupazioni per la capacità finanziaria delle regioni di attuare tali livelli, che devono essere garantiti a tutti i residenti nel paese.
  L'allocazione dei fondi solleva preoccupazioni 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.

[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

- 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% della spesa farmaceutica in valore e 19% in volume nel 2015, contro una media Oecd rispettivamente di 25% e 52%.

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

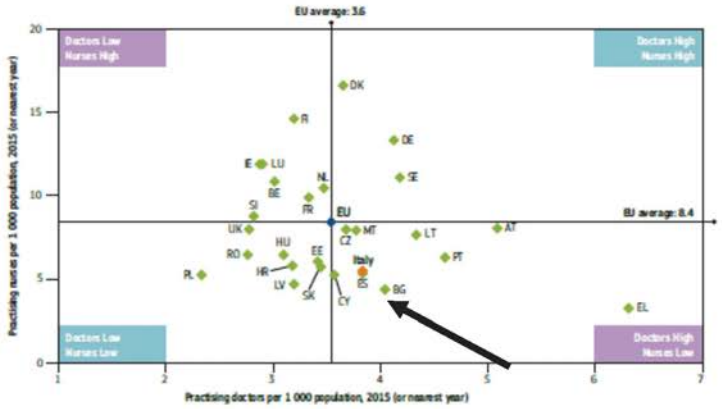


1. Reimbursed pharmaceutical market.
2. Community pharmacy market.
Source: OECD Health Statistics 2017.

- 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 15 anni, ma il paese è ancora caratterizzato da un basso rapporto medici/infermieri rispetto alla maggior parte degli altri paesi dell'UE. 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



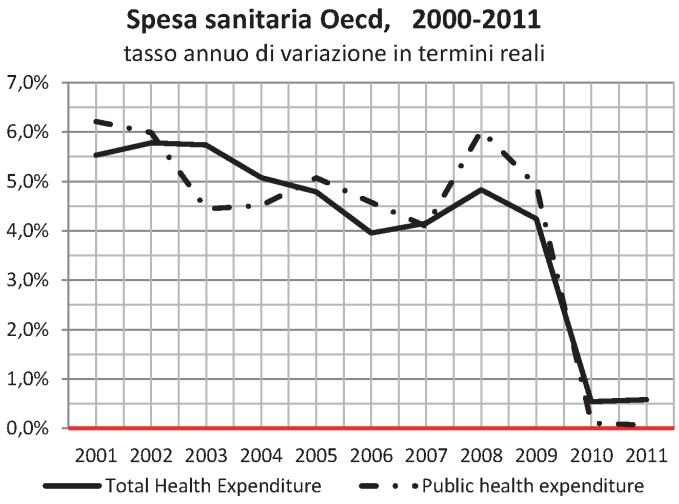
Note: In Portugal and Greece, data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large overestimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal). In Austria and Greece, the number of nurses is underestimated as it only includes those working in hospital.

Source: Eurostat Database.

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 economico[5].

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.



Risulta evidente che mentre fino al 2008 si sono registrati incrementi medi intorno al 5% 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 consistenti restrizioni delle risorse destinate alla sanità.

In Italia nel 2012 (si veda il grafico a pagina seguente) la spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) è scesa al 9,2% del Pil contro il 9,4% del 2009. Il ridimensionamento è stato ancor più pesante nel Regno Unito (dal 9,7% al 9,3%) e nei paesi scandinavi (dal 10,2% al 9,8%). Anche in Francia e in Germania, dove si spendono oltre 2 punti di Pil in più rispetto al nostro Paese, le risorse per la salute sono state contenute, in particolare in Germania (dall'11,8% all'11,3%) mentre in Francia la spesa è stata stabilizzata al 11,6%.

Gli effetti della recessione sulla spesa sanitaria sono stati ancor più pesanti nei paesi a rischio default: in Grecia la spesa sanitaria complessiva è scesa dal 10,2% del 2009 al 9,3% nel 2012; in Irlanda dal 9,9% al 8,9%; in Portogallo dal 10,2% al 9,5%; in Spagna dal 9,6% al 9,3%.

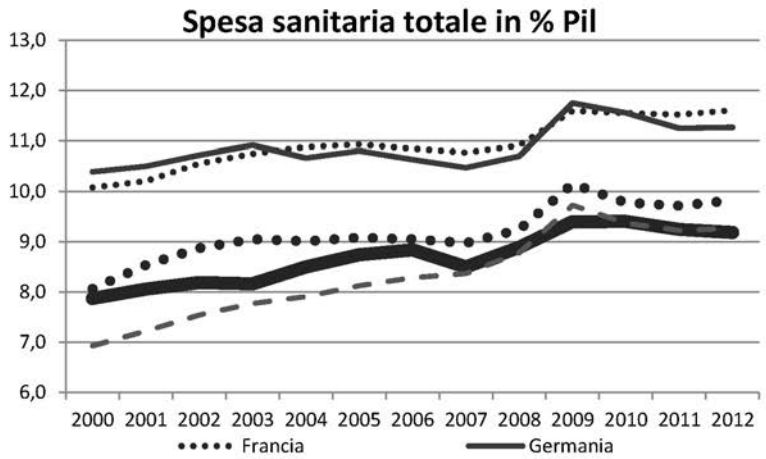
Tra il 2009-2012 la crescita reale della spesa sanitaria è stata contenuta ovunque (rispetto ai tassi di crescita riscontrati nel periodo 2000-2009). In Italia le risorse per la salute hanno evidenziato una crescita reale negativa del 3,5% nel 2011 e del 2,8% nel 2012. Nei paesi a rischio default che hanno beneficiato dei pacchetti di *bailout* della troika (Grecia, Irlanda e Portogallo), la dimensione dei tagli alla sanità è stata di gran lunga

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

superiore alla decrescita dell'economia. In Grecia, la copertura universale del sistema sanitario è fortemente compromessa; i programmi di austerità hanno costretto ad aggredire la spesa sanitaria pubblica in valori reali del 13,8% nel 2010, di un ulteriore 3,1% nel 2011 e ancora del 12,3% nel 2012. L'Irlanda nel 2010 ha tagliato la spesa sanitaria pubblica del 12,2% in valori reali e, nonostante una crescita reale positiva, nel 2011 ha continuato con una riduzione delle risorse pubbliche del 5,8% (+1,6% nel 2012).

Analoghi contenimenti della spesa sanitaria pubblica si sono registrati in Spagna (-0,5% nel 2010; -3,3% nel 2011; -5,4% nel 2012) e nel Regno Unito (-1,1% nel 2010 e nel 2011; +1,4% nel 2012). 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.

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 turnover (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 letto[6].



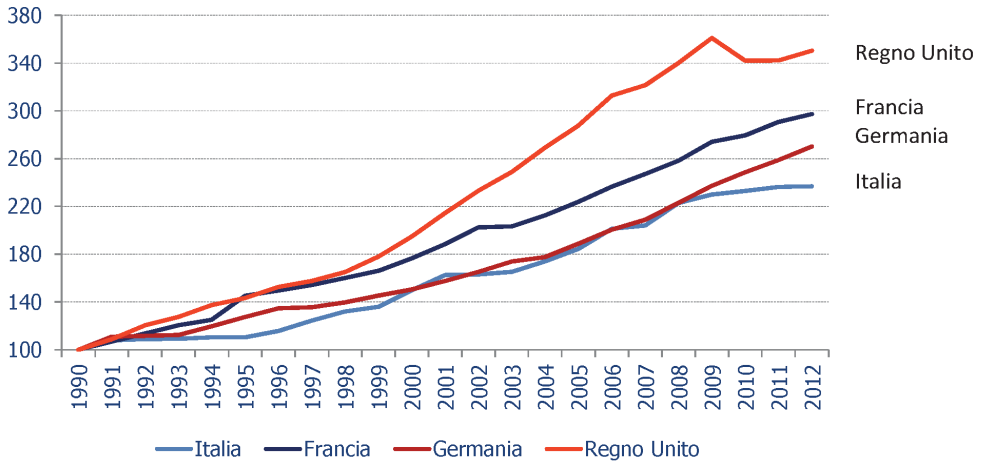
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD. 2014

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 US$ PPP della Francia e ai 1.781 US$ PPP della Germania. I dati relativi alla crescita annuale della spesa sanitaria

[6] 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.

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."[7]

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.

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 mld 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 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."[8]

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

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

8. 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 amministrazione al netto degli interessi), e la sanità pubblica ha contributo 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% contro il 2,2% dell'intera spesa corrente primaria (in valori reali: -0,1% contro + 0,4%).

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 mld nel 2010 a 109,3 mld nel 2013 (dati di preconsuntivo DEF 2014). Nel 2012 si è verificata la riduzione più consistente, quando la spesa si è assestata su 109,6 mld, un valore inferiore di ben 4 mld rispetto a quanto programmato dopo la spending review del d.l. 95/12. Anche per il 2013 i preconsuntivi della sanità riportati nel DEF 2014 segnano ancora ben 1,9 mld in meno rispetto alle previsioni del DEF 2013.

Risultati e previsioni di spesa sanitaria (mln di euro)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Spesa sanitaria programmatica post LS stabilità 2013	**112.039**	**113.597**	**112.327**	**112.421**	**115.397**	
Spesa sanitaria tendenziale DEF aprile e settembre 2013	**111.593**	**110.842**	**111.108**	**113.029**	**115.424**	**117.616**
Manovra Legge di Stabilità 2014						
Riduzione FSN disposizioni pubblico impiego (art. 1, c. 481)					*540*	*610*
Finanziamento policlinici universitari non statali; Gaslini Genova; Bambino Gesù (art.1 c. 221; 337; 378)				*82*	*37*	*37*
Aumento FSN Screning neonatali (art.1, c. 229)				*5*	*5*	*5*
Spesa sanitaria programmatica post LS 2014	**111.593**	**110.842**	**111.108**	**113.116**	**114.926**	**117.048**
Spesa sanitaria tendenziale DEF e NA DEF 2014	**111.094**	**109.611**	**109.254**	**111.474**	**113.703**	**116.149**
variazioni spesa tendenziale		-1.3%	-0.3%	2.0%	2.0%	2.2%
Pil DEF aprile 2014	**1.579.946**	**1.566.912**	**1.560.024**	**1.587.053**	**1.626.750**	**1.676.571**
Pil NA DEF ottobre 2014 programmatico	**1.638.857**	**1.628.004**	**1.618.904**	**1.626.516**	**1.646.550**	**1.690.027**
variazioni Pil DEF aprile 2014		-0.8%	-0.4%	1.7%	2.5%	3.1%
variazioni Pil NA DEF ottobre 2014		-0.7%	-0.6%	0.5%	1.2%	2.6%
% sul Pil della spesa sanitaria DEF aprile 2014	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	6.9%
% sul Pil della spesa sanitaria NA DEF ottobre 2014	6.8%	6.7%	6.7%	6.9%	6.9%	6.9%

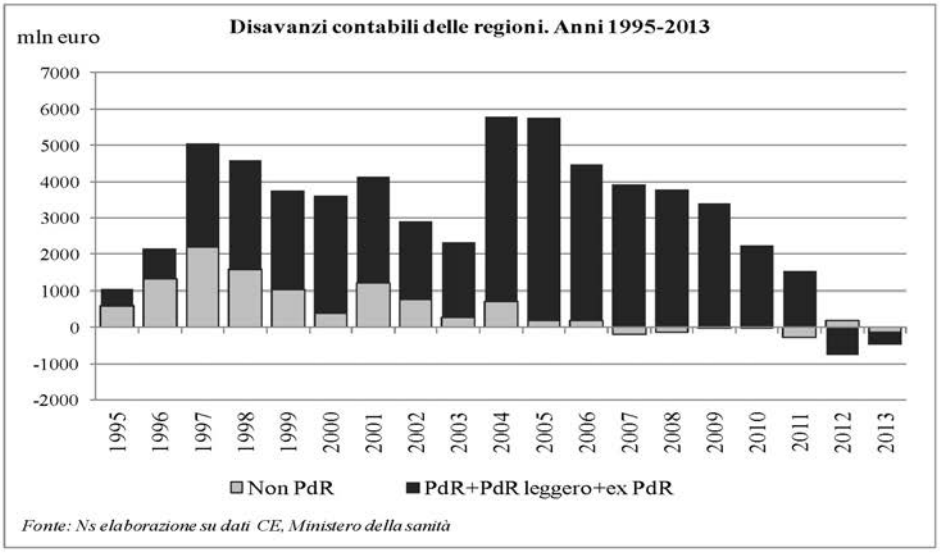
Fonte: ns elaborazioni su documenti di finanza pubblica

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. Nel 2013 la spesa farmaceutica convenzionata netta è stata pari a 8,86 miliardi di euro, in calo dell'1,4% rispetto al 2012. Se consideriamo la spesa farmaceutica pubblica totale (al netto del payback) il 2013

ha registrato una riduzione dell'1,5% (nel 2012 aveva registrato già un – 3,4%). 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, etc.). 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 dalle regioni cosiddette virtuose, la figura sottostante mostra come lo squilibrio complessivo registrato nel 2011 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% 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% è attribuibile alla regione Lazio). Gli ultimi due anni sono invece caratterizzati da chiusure in avanzo.



La disciplina di bilancio in queste regioni è il 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 turnover, divieto di effettuare spese non obbligatorie, blocco dei trasferimenti erariali non obbligatori).

Sul fronte del finanziamento cui concorre lo Stato, nel corso del 2013 sono stati ripristinati i 2 mld relativi ai tickets sanitari programmati con d.l. 98/11 ma dichiarati illegittimi dalla Corte Costituzionale, riportando il finanziamento del Ssn per il 2014 a 109,9 mld. Per gli anni successivi, il finanziamento segue la regola generale di allineamento alla crescita del Pil nominale, senza tralasciare le disposizioni correttive in sede di legge di stabilità 2014 (economie sul personale e i nuovi finanziamenti per gli screening neonatali e le borse di studio dei medici specializzandi).

Il nuovo *Patto per la salute 2014-2016* non si discosta da questo allineamento alla crescita dell'economia per gli anni 2014 e 2015.

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 sanità penitenziaria per aumento compartecipazione regionale accise sui tabacchi (art.1, c. 513)	*3*	*3*	*3*
Screning neonatali (art.1, c. 229)	*5*	*5*	*5*
Borse studio medici specializzandi (art. 1 c. 424)	*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**
Previsioni Pil DEF 2014	**1.587.053**	**1.626.750**	**1.676.571**
variazioni Pil DEF 2014		2.5%	3.1%
Riallineamento finanziamento al Pil DEF aprile 2014 (2)	**109.932**	**112.062**	**115.424**
Patto per la Salute giugno 2014	**109.928**	**112.062**	**115.444**
Previsioni Pil NA DEF 2014 programmatico	**1.626.516**	**1.646.550**	**1.690.027**
variazioni Pil NA DEF 2014 programmatico		1.2%	2.6%
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 elaborazioni 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'Oecd[9] che nei confronti di spesa con i maggiori paesi europei lamenta per il nostro paese non solo lo svantaggio di risorse riservate al Ssn, ma anche un deficit di prestazioni extra-ospedaliere, quali l'assistenza territoriale, la prevenzione, la *long term care*.

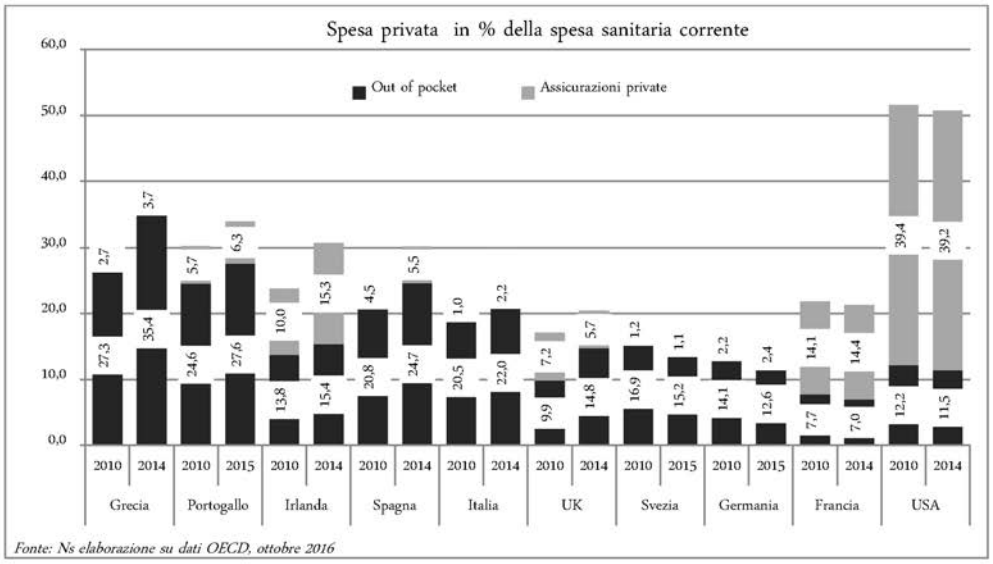
[9] Si veda l'audizione del dottor F. Sassi dell'Oecd.

9. 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 Oecd[10] sulla spesa sanitaria privata, suddivisa nelle sue componenti *out of pocket* e intermediata, consentono di fare chiarezza[11].

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 della spesa. Dal 2010 al 2014 in Grecia si è passati dal 30% al 39,1% del totale della spesa sanitaria, in Irlanda dal 23,8% al 30,7%. I dati del Portogallo mostrano una variazione dal 30,3% al 33,9%; quelli della Spagna dal 25,3% al 30,2%.



Germania e Francia (paesi con un'importante presenza di mutue e assicurazioni private) sono invece accomunati da una lieve riduzione della spesa sanitaria privata.
In UK si osserva un rilevante aumento dell'incidenza della spesa *out of pocket* (dal 9,9% del 2010 al 14,8% del 2014) e una contrazione delle forme intermediate (dal 7,2% al 5,7%).

[10] OECD Health Statistics 2014
[11] La spesa *out of pocket* comprende anche la compartecipazione alla spesa.

Per l'Italia i dati Oecd indicano una lieve tendenza all'aumento dell'incidenza della spesa privata (dal 21,5% del 2010 al 24,2% del 2014).

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 si è arrestato.

Nel 2011 la spesa privata corrente delle famiglie è stimata pari a 28,9 mld, con un tasso di crescita del 7% rispetto al 2010, mentre nel 2012 si stima una riduzione del 2% rispetto all'anno precedente, cui si aggiunge una ulteriore contrazione nel 2013 del 5%, segno della depressione del mercato.

La spesa privata in Italia rappresenta una specificità rispetto a paesi quali Germania, Francia e UK, perché solo il 4% della spesa totale risulta intermediata, 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, ecc.) sui quali la Commissione ha elaborato alcune considerazioni riportate nel paragrafo n. 38 "Sostenibilità del sistema e secondo pilastro".

10. 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.

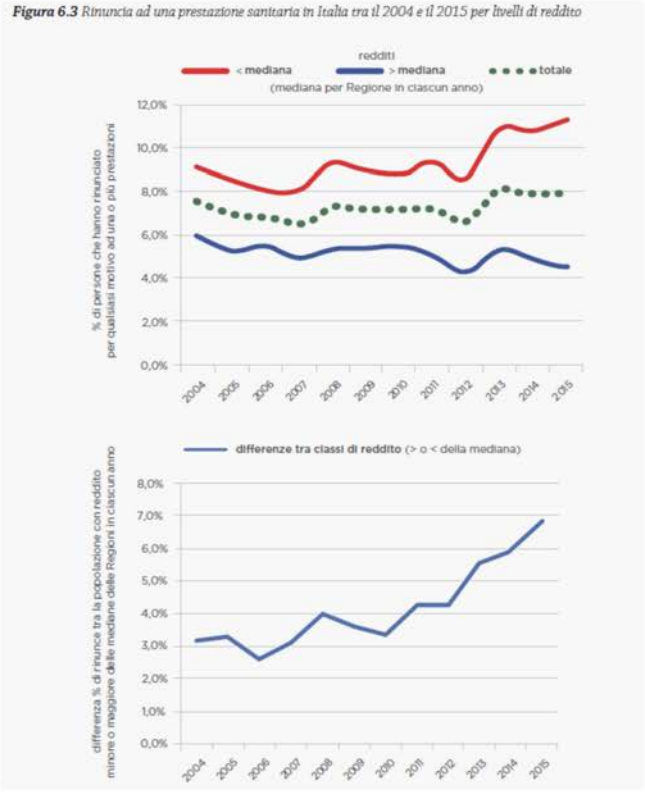
Secondo i dati EU-SILC del 2014, il 7,8% della popolazione italiana (pari a circa cinque milioni di persone) avrebbe rinunciato a una o più visite specialistiche e trattamenti terapeutici, pur avendone bisogno. [12]

Il confronto tra le statistiche dei diversi Paesi UE indica che l'Italia è sostanzialmente in linea con la media europea, un po' meno della Svezia (9,2%), un po' più della Francia (6,3%), della Danimarca (6,9%) e della Germania (6,4%). 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 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.

Figura 6.3 *Rinuncia ad una prestazione sanitaria in Italia tra il 2004 e il 2015 per livelli di reddito*



[12] INPM, Ministero della salute, *L'Italia per l'equità nella salute*, 2017

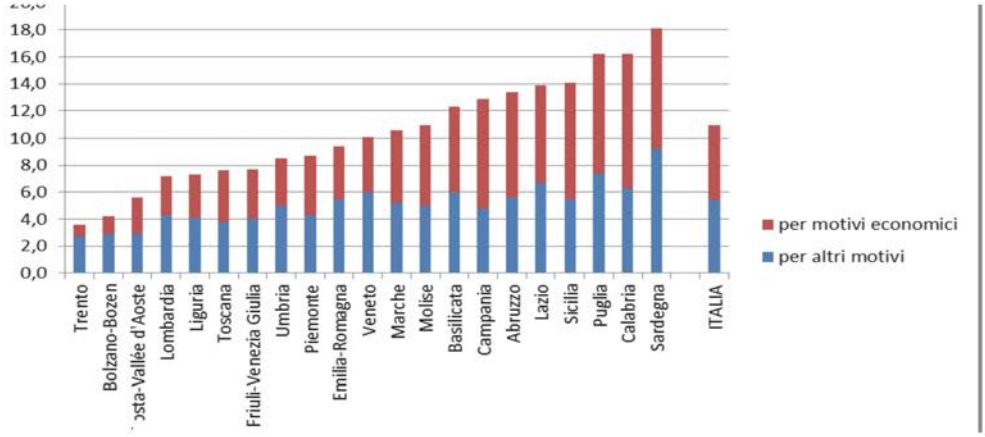
11. I principali ostacoli all'accesso alle prestazioni sanitarie

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 ecc.). Il grafico distingue fra i motivi economici e gli altri motivi (carenze dell'offerta o altro)[13]. Nel 2013, l'11% della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato, pur avendone bisogno, ad almeno una prestazione sanitaria; il 5,6% 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.

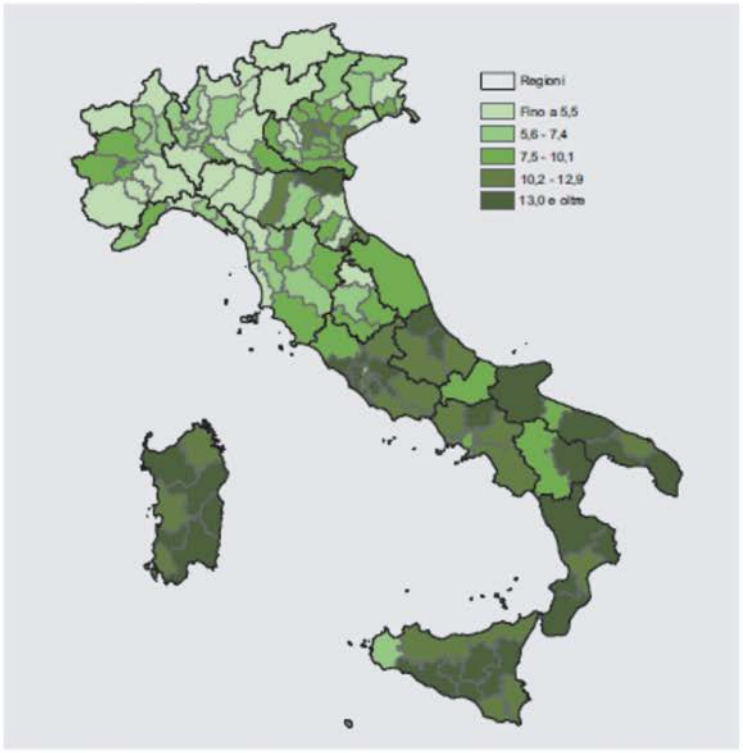
L'80% degli italiani è soddisfatto delle proprie condizioni di salute e la maggioranza della popolazione adulta (60,8%) valuta positivamente il Servizio sanitario pubblico, un valore costante dal 2005 ma con variabilità territoriali (fra regioni e all'interno delle regioni) acuite nell'ultimo anno. In un quadro tutto sommato ancora

[13] Istat 2014.

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).

La figura seguente mostra la percentuale di persone che negli ultimi 12 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% di rinunce (nella Asl di Trento e in una Asl della Lombardia) al 21,7% (in una Asl della Sardegna). In generale al Nord la percentuale non supera spesso il 5,5%mentre al Sud la percentuale è spesso superiore al 13%

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 ricorso ai servizi sanitari
(a) Visite, accertamenti, interventi chirurgici.

Fonte: Istat, 2015

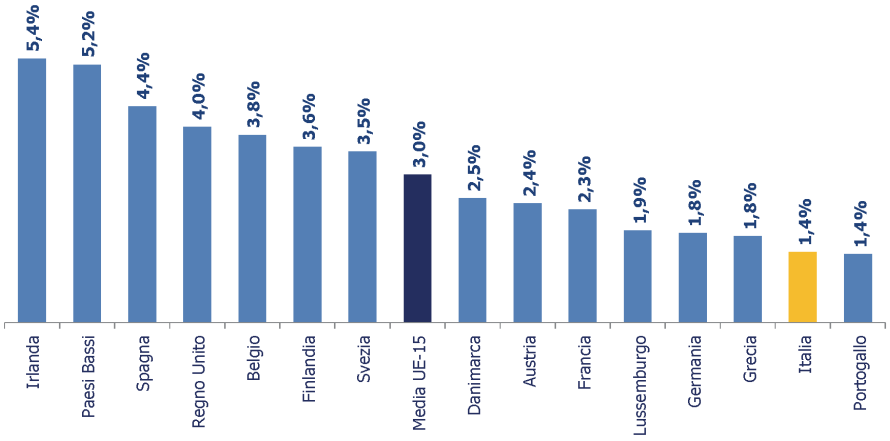
12. Un sistema sanitario "in sofferenza"

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 meno[14], 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: nel periodo 2000-2012 il tasso medio annuo di crescita è stato in Italia pari a 1,4%, di gran lunga inferiore a quello della media EU-15 (3,0%) e di quello dell'area Ocse (3,9%). E ciò nonostante il dato di partenza fosse già nettamente più basso rispetto ai maggiori paesi industrializzati.



Tasso di crescita reale della spesa sanitaria totale (pubblica e privata) nei Paesi dell'UE-15 tasso medio annuo 2000-2012. *Fonte: OECD Health Statistics 2014, giugno 2014*

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 si che un insieme di fattori produttivi (competenze, esperienze, professionalità,

[14] 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».*

innovazione, ecc.) 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 rassicurare 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 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) [15].

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.

---

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

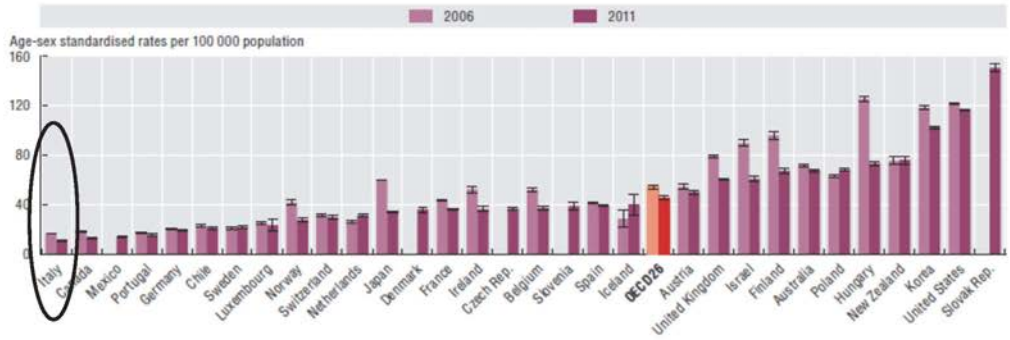
13. L'Italia ai primi posti nella cura delle persone affette da patologie croniche

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 croniche[16].
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% della spesa sanitaria totale nel 2011)[17]. 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. E' 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 su 100.000 abitanti, tra il 2006 ed il 2011 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 26 paesi dell'OCSE), con un tasso di ospedalizzazione che va anche riducendosi nel tempo.

Tassi standardizzati di ricovero in ospedale per asma – anni 2011 e 2006 *(ricoveri per 100.000 ab.)*



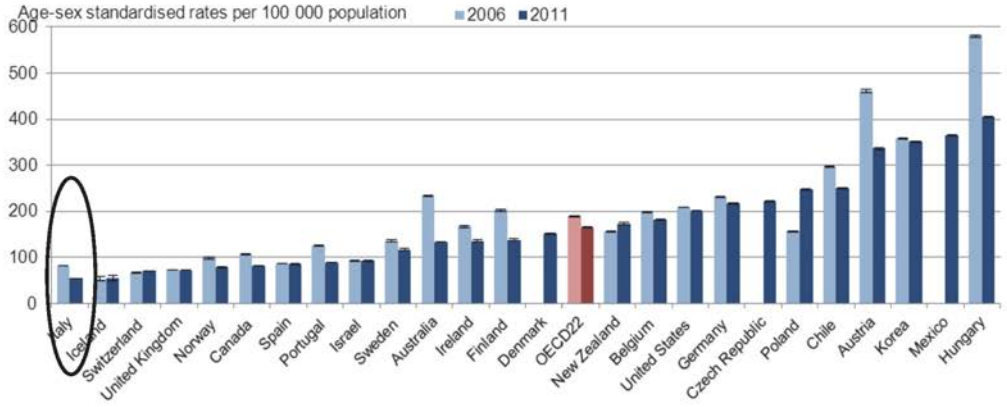
Note: 95% confidence intervals represented by |—|.
Source: OECD Health Statistics 2013. http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

Tassi simili si riscontrano per il ricovero dovuto a BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva), dove l'Italia presenta valori nettamente inferiori alla media dei paesi Oecd e in forte riduzione (mentre Francia e Germania mostrano una tendenza all'aumento).

[16] Oecd, Health at a glance, 2013.
[17] WHO 2011, IDF 2011.

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 2011 e 2006 *(ricoveri per 100.000 abitanti)*



Fonte: Oecd, Health at a glance 2013

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 Esiti [18] 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% in Provincia di Foggia a 0,10% in Provincia di Fermo (media nazionale 0,51%).

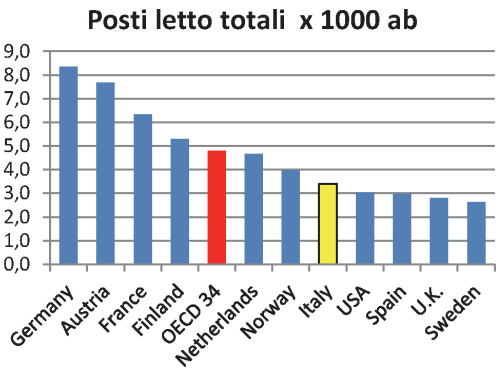
Sui tassi di spedalizzazione dell'Italia rispetto agli altri paesi europei incide inoltre la storica minore dotazione di posti letto ospedalieri, che non può che favorire un più attento impiego delle attività di degenza a favore di pazienti che possono essere trattati sul territorio (di cui al successivo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

[18] Programma Nazionale Valutazione Esiti, ed. 2013, SDO 2005-2012 (www.agenas.it)

14. 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)[19].

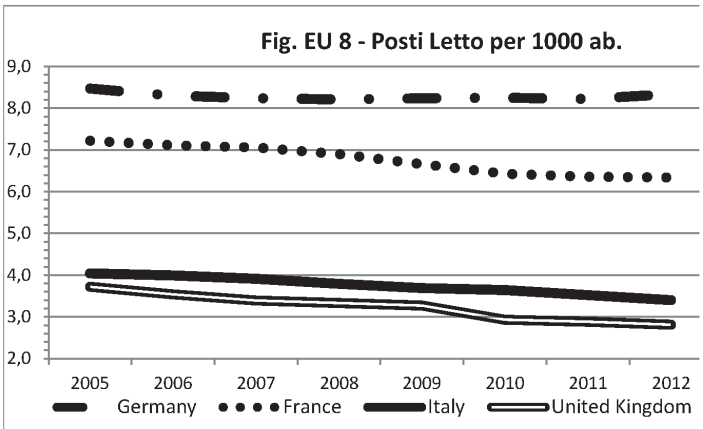
La Germania dispone di un numero di posti letto per 1000 abitanti che è circa il doppio di quello dell'Italia, sia in totale sia per gli acuti. Anche la dotazione della Francia è superiore a quella italiana, ancorché per valori più contenuti.

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 2005 al 2012 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.



Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

[19] Oecd, Health Statistics 2013.

15. Sempre più contenuta l'attività di ricovero ospedaliero

Nel maggio 2017 il Ministero della Salute ha stato 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.

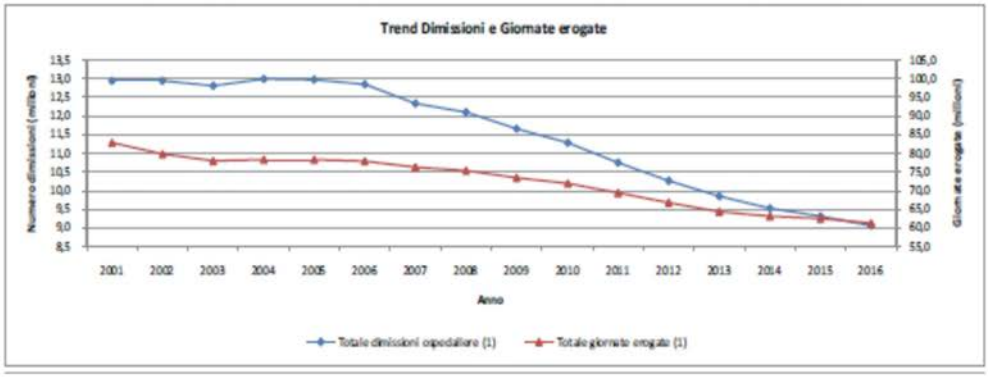
Nel 2016 sono stati effettuati 8.692.371 ricoveri (incluso il nido) per un volume di giornate di degenza pari a 60 milioni.

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% nel periodo) e le giornate di degenza sono diminuite di oltre 21 milioni (- 26%).

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.

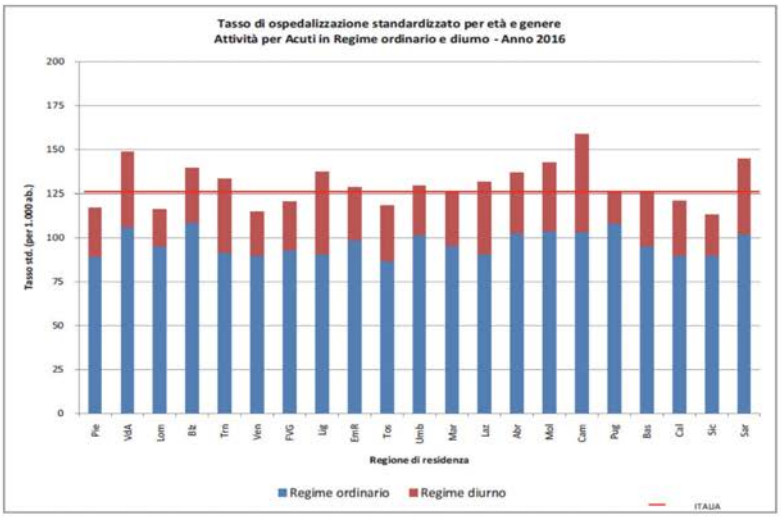
Il trend del tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e sesso, mostra un andamento fortemente decrescente: da 171,9 per mille abitanti nel 2010 a 132,5 nel 2016. Il calo interessa sostanzialmente l'attività per Acuti.

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 l'attività per Acuti in regime ordinario e diurno, al 15% per l'attività di riabilitazione in regime ordinario, al 10% per l'attività di riabilitazione in regime diurno, e al 5% 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.

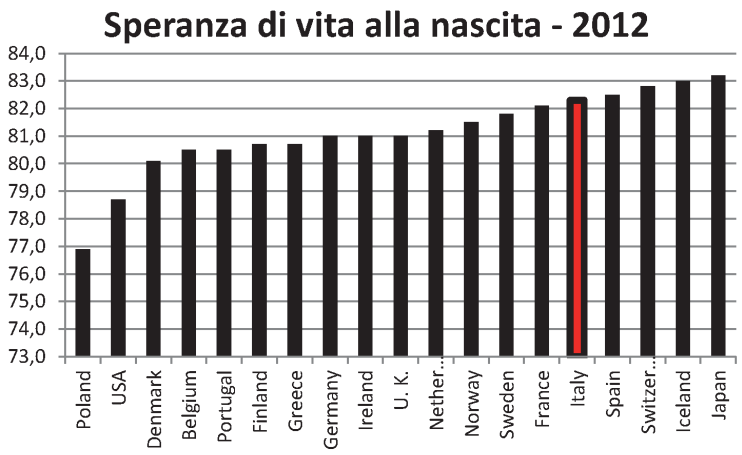
16. Gli italiani vivono sempre più a lungo, e in buona salute.

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

Nel 2012, l'Italia occupa nella graduatoria fra i 34 paesi Oecd il quinto posto per speranza di vita alla nascita (dopo Giappone, Islanda, Svizzera e Spagna)[20]. 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.

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 donne[21].

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 ridursi [22]:

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

[20] OECD Health Statistics 2014, *How Does Italy Compare,* www.oecd.org/italy

[21] Istat, Rapporto Bes 2014, Istat

[22] 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 Implication*s, Oecd Health Working Papers n. 26.

17. 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 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, ecc.) di difficile identificazione.

I ripetuti allarmi sul fattore demografico sono quindi in gran parte infondati. La stessa Ragioneria Generale dello Stato[23] 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 Oecd [24], il quale mostra che dal 1995 al 2009, la spesa pubblica è cresciuta in termini reali del 4,3% 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.

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.

---

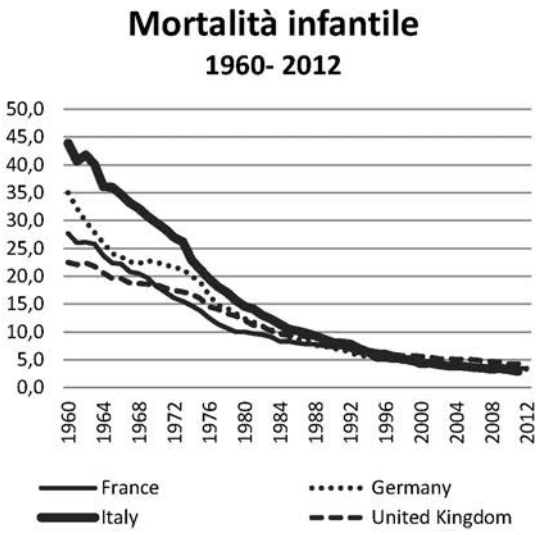
[23] Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 14, Nota di aggiornamento 2013.

[24] 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.

18. 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 infantile[25], un tempo responsabile di un numero elevato di morti nel primo anno di vita e ora al di sotto della media dei paesi sviluppati[26].

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



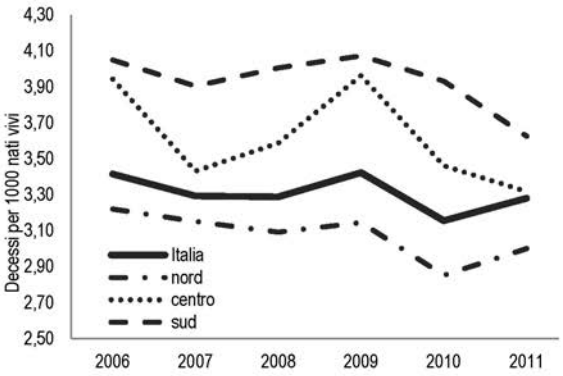
Mentre nel 1960 l'Italia aveva una mortalità quasi doppia rispetto a quella del Regno Unito e nettamente superiore a quella di Francia e Germania, nel 2012 il dato italiano (2,9 morti ogni mille nati) è inferiore non solo a quello francese (3,5) e a quello tedesco (3,3), ma anche a quello del Regno Unito (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 morbillo[27].

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

La figura a lato 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 anni[28].



[25] Numero di bambini morti nel primo anno di vita ogni 1000 nati vivi.

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

[27] Istat-Unicef, *La mortalità dei bambini ieri e oggi*, 2011.

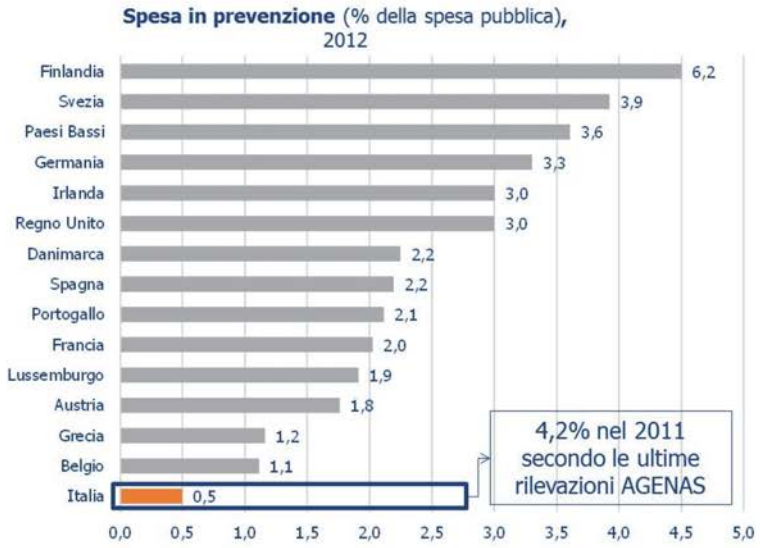
[28] Istat, *La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia*. 2014.

19. 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.

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)[29].

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 sovrappeso[30]. 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%. (comunque al di sotto del livello stabilito del 5%) 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.

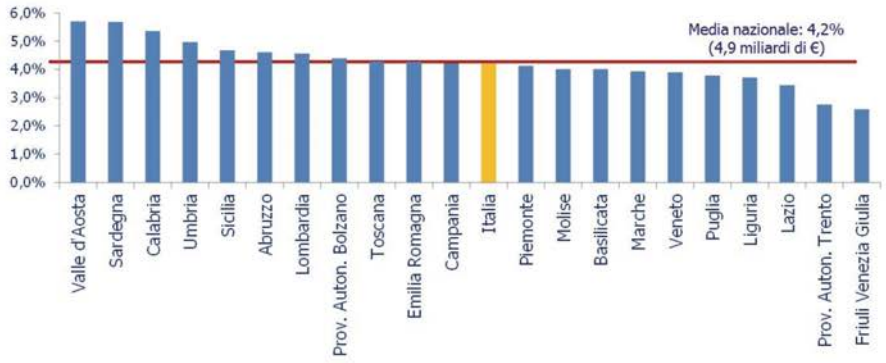


Occorre poi rilevare che della spesa in prevenzione, solo il 20% è dedicato alle attività direttamente rivolte alla persona. Si riscontra inoltre una notevole variabilità a livello regionale nella quota di spesa**, nelle componenti di spesa e nella effettiva capacità di spesa delle risorse dedicate alla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

La spesa appare inoltre molto differenziata a livello regionale.

---

[29] Si veda in proposito il precedente paragrafo 3. *La sanità pubblica deve fare i conti con forze che non gli sono amiche.*
[30] 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 futura[31]; 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% (24,4% 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%. 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% dei giovani di 14-24 anni dichiara di essere esposto al fumo passivo nei locali pubblici, mentre l'8% dei non fumatori è esposto nel luogo di lavoro;
- il consumo di bevande alcoliche è diminuito in Italia più che in ogni altro paese Ocse dal 2000 a oggi (-37%), ma alcuni comportamenti a rischio (*binge drinking*) sono in aumento nelle giovani generazioni[32], con notevoli differenze fra le diverse regioni italiane;

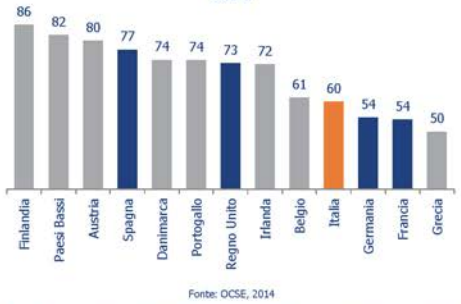
[31] Oecd, *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*; Oecd, *Obesity Update*, 2014
[32] Oecd, *Health Statistics 2014*.

- 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 eradicate 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.

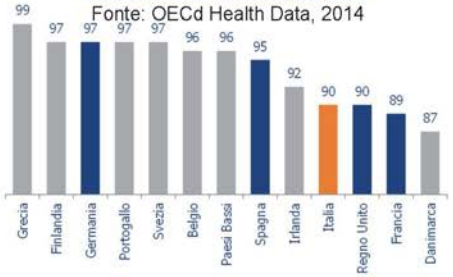
Tasso di copertura (%) delle campagne di screening mammografico, 2011



Fonte: OCSE, 2014

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

Fonte: OECd Health Data, 2014



Se si applicasse il vero 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 mila 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 € 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 favorevole[33].

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.

[33] Si veda l'audizione del rappresentate dell'Oecd.

20. 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 insufficiente[34].

L'indagine del 2013 dell'Eurobarometro[35] rileva per il nostro Paese uno dei più alti livelli di inattività dell'Unione: il 60% degli italiani dichiara di non fare mai sport o attività fisica, a fronte di una media dell'Europa del 42%. La percentuale italiana è inoltre in forte aumento, ben 5 punti sopra al dato rilevato dall'ultima indagine svolta dalla Commissione europea nel 2009. Ancora: appena il 3% degli italiani intervistati dichiara di fare sport regolarmente, rispetto a una media Ue dell'8%. Un fenomeno comune ad altri paesi dell'Europa meridionale ma molto lontano dai livelli raggiunti dai paesi dell'area settentrionale (in Svezia il 70% 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 rilassarsi, (44%), per migliorare l'aspetto fisico (33%) e per combattere gli effetti dell'invecchiamento (24%). La causa principale dell'inattività fisica per i cittadini italiani è la mancanza di tempo (40%), seguita dallo scarso interesse verso questa attività (15%), ma anche dai costi troppo elevati per svolgere sport (15%), 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%, di sviluppo di malattie cardiache o tumori del colon,
- riduce il rischio, fino al 50%, di sviluppo del diabete di tipo 2,
- previene o riduce l'ipertensione e l'osteoporosi (fino al 50% 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% 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 promozione 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.

---

[34] Fonte: European Commission, *Sport and physical activity*, Special Eurobarometer 412, marzo 2014

[35] 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.

21. 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 salute[36], luoghi di lavoro poco sicuri per la vita e la salute dei lavoratori[37], capannoni industriali ed edifici pubblici costruiti prima – o a dispetto - delle norme antisismiche[38], 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 domestici[39] e stradali - prima causa di morte fra i bambini[40]. Per 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.

---

[36] 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).

[37] 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.

[38] 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).

[39] 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).

[40] 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.

22. 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 burocratiche), 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, ecc. 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)[41], 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-richiesta farmaci, ecc.): 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.

---

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

23. 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 Commissione[42], 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 settore[43].

Il nostro Paese ha sempre prestato particolare attenzione all'appropriatezza - clinica e organizzativa - degli interventi[44]. Molto resta tuttavia ancora da fare[45]. Si tratta di consolidare in tutte le regioni le iniziative già avviate e di svilupparne altre, nella consapevolezza che esse possono contribuire 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 iniziativa 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 "*disinvestement*" 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

---

[42] Si vedano le audizioni di Assobiomedica, Age.Na.S e FIASO.

[43] 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.

[44] 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).

[45] Valga per tutti il ricorso al parto cesareo che nel nostro Paese è pari al 37,7% dei nati vivi, contro il 31,1 della Germania e il 20,2 della Francia (Ocse, Health at a Glance, 2013).

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 saggezza[46]), 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 sostenibile 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 assistiti[47]. Iniziative simili, per ora limitate ma promettenti, sono state avviate anche in Italia[48].

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.

---

[46] http://choosingwisely.org

[47] L'Italia ha una delle più alte dotazioni al mondo di RMN (23,7 per milione di abitanti, contro 10,8 in Germania e 7,5 in Francia) e di CT scanner (32,1 per milione di abitanti, contro 18,3 in Germania e 12,5 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*, 2013).

[48] Si veda ad esempio il progetto "Scegliere con saggezza. Fare di più non significa fare meglio" di *Slow medecine* (www.slowmedecine.it).

24. 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 DPCM del 12 gennaio 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 mantenere intatto (o addirittura riqualificare) ciò che serve. Ma colpire solo sprechi, inefficienze e inappropriatezze, 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, ecc. 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 d 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 pubbliche 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'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.

25. 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 particolarmente 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% e il 10% 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 sanitario[49], un'organizzazione cui l'Italia non ha ancora aderito, stima che in Europa circa il 6% 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 sanità[50]. 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.

Tra le aree più a rischio, la selezione del personale (fortemente esposta alle spinte clientelari), la gestione degli accreditamenti e la fornitura di prestazioni (sovrafatturazioni, 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, ecc.

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.

---

[49] 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)

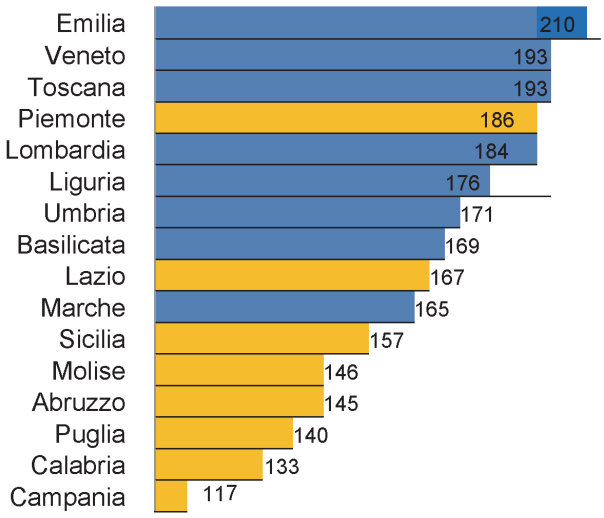
[50] Si veda il recente progetto *Illuminiamo la salute*, un'iniziativa di quattro organizzazioni che hanno deciso di unire le rispettive esperienze e competenze per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità nel sistema dei servizi sanitari e sociali, consapevoli che opacità e illegalità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

26. Le performance dei sistemi sanitari regionali

I sistemi sanitari regionali registrano rilevanti differenze di qualità ed efficienza rispetto alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, 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 certificazione finale per l'anno 2012 dei LEA nelle Regioni italiane[51], elaborata dal Ministero della Salute, 7 Regioni, tutte del Sud (ad eccezione della Basilicata), si posizionano al di sotto della "soglia di adempienza" (160 punti).

Tra le Regioni *best performer* nella graduatoria nazionale per i LEA si segnalano: Emilia Romagna (prima con 210 punti), Toscana e Veneto (entrambe con 193 punti) e Piemonte (con 186 punti).



Monitoraggio dei Livelli LEA 2012 (in arancio le Regioni in Piano di Rientro).
Fonte: Ministero della Salute – AGE.NA.S., maggio 2014

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 sul periodo 2012 – I semestre 2013 con riferimento alle dimensioni dell'assistenza ospedaliera, dell'emergenza urgenza, dell'assistenza territoriale e della prevenzione[52].

Nel 2012 gli indicatori relativi all'assistenza ospedaliera registrano un miglioramento – pur rimanendo significativamente al di sotto del livello obiettivo – in tutte le regioni in Piano di Rientro (tranne per la Campania, dove il dato si mantiene stabile). Nello specifico, con riferimento all'ospedalizzazione, tutte le regioni in Piano di Rientro registrano un decremento pur restando in genere al di sopra del valore di riferimento (è il caso di Abruzzo, Lazio, Puglia e Sicilia), mentre Campania e Molise mostrano ampi margini di miglioramento. Tali andamenti si riscontrano anche nei dati riferiti al I semestre 2013. In Abruzzo, Campania e Puglia è in riduzione anche l'ospedalizzazione della popolazione *over 75*. In Molise il tasso di ospedalizzazione della popolazione *over 75* evidenzia un consistente decremento dal 2009, collocandosi nel

[51] Al monitoraggio dei LEA non partecipano le Regioni Valle d'Aosta, Sardegna, Friuli- Venezia Giulia e le Province di Trento e Bolzano.
[52] Si veda: Corte dei Conti, *Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica*, 2014.

2012 in linea con il parametro di riferimento nazionale. Solo il Lazio presenta nel 2012 un aumento dell'ospedalizzazione della popolazione *over 75* (valore lievemente superiore al parametro di riferimento nazionale).

Un indicatore di appropriatezza nell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica è dato dalla degenza media pre-operatoria. In tutte le regioni in Piano di Rientro, esclusa la Sicilia, l'indicatore risulta invece in linea con il valore medio nazionale e si mantiene lievemente inferiore a 2 giorni nel I semestre del 2013 in Sicilia. In Campania, pur mostrando un decremento nel tempo, si mantiene superiore ai 2 giorni e risulta al di sopra del valore medio nazionale anche nel I semestre 2013.

Seppur in riduzione, la dotazione totale di posti letto rimane superiore al valore di riferimento (3,7 ogni 1.000 residenti): il Molise presenta 4,5 posti letto per 1.000 residenti, il Piemonte 4,2 e il Lazio 3,9. Presentano invece valori inferiori o vicine alla soglia Abruzzo, Campania, Calabria, Puglia e Sicilia.

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, Calabria, Molise, mentre appare adeguato in Piemonte, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia.

Sul fronte dell'assistenza territoriale, la dotazione di posti letto nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti risulta inferiore al limite stabilito (10 posti letto ogni 1.000 anziani) nella maggior parte delle Regioni in Piano di Rientro: ad esempio, Abruzzo è a 5,4, Lazio 4,3, Puglia 5, Calabria 4 con punte negative di 1,3 in Sicilia e di 0,6 in Molise. Al contrario, il Piemonte vanta oltre 24 posti letto per 1.000 anziani. Critica la quota di anziani assistiti in ADI (inferiori al limite in Campania con il 2,8%, Puglia con il 2,2%, Piemonte con il 2,4, Calabria con il 3,2% e Sicilia con il 3,7%) e nella dotazione di posti in strutture *hospice* (livelli insufficienti in Abruzzo, Campania, Calabria e Sicilia).

Infine, ad esclusione del Piemonte, in tutte le altre regioni in Piano di Rientro si registrano ritardi nell'erogazione di servizi afferenti all'area della prevenzione, con particolare riferimento all'area degli screening.

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 sanitarie[53].

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.

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.

[53] Si veda a tale proposito l'audizione dell'Age.Na.S..

27. 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 cure[54].

Nel nostro Paese, in più della metà dei casi (64%) è la famiglia ad occuparsi della cura e dell'assistenza della persona anziana affetta da patologie croniche[55]. 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% dei casi) e/o di assistenti familiari (il 60% 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.

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 misti[56].

	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.

[54] Si veda in proposito l'audizione di Franco Sassi dell'Oecd.

[55] Indagine condotta da CnAMC e Cittadinanzattiva nell'ambito del "XII Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità", ottobre 2012.

[56] Si veda: NNA - Network Non Autosufficienza, "*4° Rapporto sull'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Tra crisi e ripartenza*", 2013.

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 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 peggiore la situazione di molte realtà territori. 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, ecc.

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.

28. 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 Cronicità* il cui obiettivo è "contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone 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"[57].

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,
- 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 sociosanitari.*
> *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

[57] Ministero della Salute, Piano nazionale cronicità, 2016.

29. 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 servizio sanitario nazionale, 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).

30. 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.[58]

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 diseguaglianze 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).

> I disturbi mentali sono il secondo principale fattore che contribuisce al carico di malattia (misurato utilizzando il DALYs) nella Regione Europea (19 %) 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 % 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.

---

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

31. EuroHealthNet e la promozione della salute

In occasione del 30esimo 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 venire[59].

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*".

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

---

[59] 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 trduzione italiana a cura del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS) www.dors.it

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. É 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 salute[60]":

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: diffonderei valori e il diritto alla salute in nuovi contesti
6. essere etici: promuovere standard più equi in tutte 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 una servizio sanitario sempre più sostenibile.

[60] Il termine inglese Rejuvenate può essere tradotto in italiano con la parola "rigenerare".

32. Il Comitato Nazionale di Bioetica in difesa del sistema sanitario nazionale

Il Comitato Nazionale di Bioetica ha prodotto, nel gennaio 2017, un documento *In Difesa del Servizio Sanitario Nazionale* che affronta aspetti di precipua importanza per la difesa, la preservazione, il rilancio, l'equità e la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN)[61].

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 9 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 **rivitalizzazione 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 Comitato raccomanda di garantire un minimo dell'uno per cento del Fondo Sanitario Nazionale (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.

[61] Comitato Nazionale di Bioetica, *In difesa del sistema sanitario nazionale (Ssn),* 26 gennaio 2017

33. 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.[62]

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 6 anni e 7mesi. 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 Mef 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, disposte 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'articolo 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'art. 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."[63]

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

[62] Mef, RGS, *Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2007-2015*, dati aggiornati a novembre 2016.
[63] Mef, RGS, op cit

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 10 anni la sanità pubblica perderà in media 2 medici al giorno, cioè 730 medici all'anno, senza che la loro esperienza possa essere trasmessa alle nuove generazioni di professionisti.

L'età media dei medici in servizio è intorno ai 54 anni, superiore alla media del resto del personale dipendente.[64]

Con riguardo ai medici di famiglia, nei prossimi 6 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 mila 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 48 anni.

A fronte di tutto ciò, ogni anno, oltre 2.300 professionisti del settore sanitario (nell'ultimo quinquennio sono aumentati di 6 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.

---

[64] 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 person dipendente	682.197	689.856	693.716	688.847	682.541	673.416	670.241	663.796	653.352
Totale PA (a parità 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 Person 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 enti)	117.763	109.083	95.260	92.061	82.254	77.439	75.658	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 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 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 (parità 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

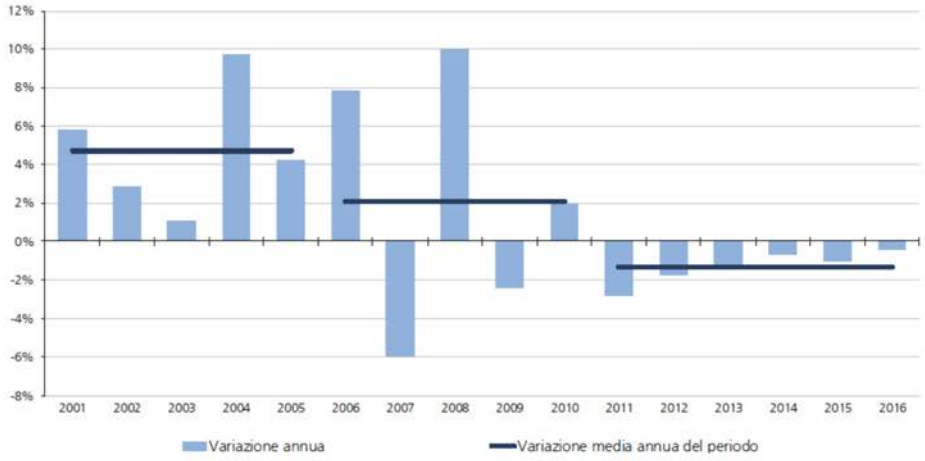
34. La spesa per il personale in continua riduzione

La spesa per i redditi da lavoro dipendente rappresenta, nel 2016, il 31% della spesa sanitaria complessiva. Tale percentuale risulta sensibilmente ridotta rispetto a quella del 2000 (39,8%), segnalando una dinamica inferiore a quella media.[65]

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

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

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



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.[66]

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.

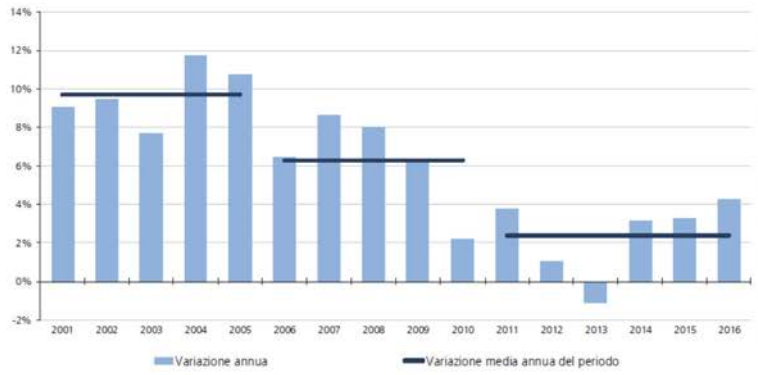
Nel 2016, la spesa per i consumi intermedi rappresenta il 28,1% della spesa sanitaria complessiva con un notevole incremento rispetto al 2000 (18,7%).

---

[65] Mef, RGS, *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 4*, 2017.
[66] Mef, RGS, *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 4*, 2017.

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)*



35. Una nuova politica del personale

Nel Servizio Sanitario Nazionale lavorano oltre 715 mila unità di personale, di cui 665 mila dipendenti a tempo indeterminato, 34 mila con rapporto di lavoro flessibile e 17 mila personale universitario[67]. A questo si aggiunge il personale che opera nelle strutture private (accreditate e non) e, più in generale, nell'industria della salute, fra i quali i 222 mila occupati nella filiera del farmaco (produzione, indotto e distribuzione)[68].

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 nazionale [69].

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, ecc.), 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, evitando 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.

---

[67] Ministero della Salute, *Il personale del sistema sanitario nazionale - anno 2011*, dic. 2013.
[68] Si vedano le audizione del Ministro della Salute, di Farmindustria, della Fiaso.
[69] 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.

36. 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 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 Paese[70].

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% 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'Italia si realizzi un basso rapporto fra fatturato e investimento dell'Industria (circa 6%, contro il 20,3% 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% 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*

[70] 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

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 efficienza 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"). "

37. 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.

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 PdG, Castiglione d.S, 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 audizione 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, art. 50, c. 2 e art. 34, c. 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 XII 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 ospedali psichiatrici giudiziari interessati dal processo di superamento degli Opg previsto dalla legge n. 81 del 30 maggio 2014 (pubblicata sulla G.U. del 31 maggio 2014) 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 relazione 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 giudiziari"

La 12ª Commissione permanente;

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 modificazione, 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 dismissione degli ospedali psichiatrici giudiziari e la dimissione di tutti i ricoverati che ivi si trovano in regime di esecuzione delle misura 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 decreto del Presidente della Repubblica n. 230 del 2000;

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, 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 al punto *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 di 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.

38. 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 sano 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.[71]

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

Rispetto alla spesa sanitaria totale (pubblica e privata), la spesa privata pesa per il 25%, 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.

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% delle stesse al netto della franchigia di 129,11 euro.

Recentemente è stato pubblicato il rapporto annuale sulle cosiddette spese fiscali (*tax expenditures*) [72].

Con riguardo al settore sanitario, il rapporto considera le detrazione 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%, ovvero godono di un rimborso grazie alla riduzione dell'imposta prevista dalle norme fiscali.

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% fra i contribuenti con reddito fino a 3 mila euro) mentre è molto diffusa fra i redditi elevati (71% 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)[73].

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'Ania, Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici.

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 collettive[74].

Le statistiche dell'Ania forniscono dati significativi anche con riguardo alla gestione delle polizze. Con riferimento al ramo malattia, le spese di gestione[75] risultano pari a circa il 25% dei premi contabilizzati (*expense ratio*), una percentuale che conferma gli elevanti 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% anche per le spese rimborsate dalla compagnia di assicurazione. 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, ecc.). 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% 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% 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, ecc.), 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 interessanti[76].

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 art. 9 dei Decreti legislativi 502/1992 e 299/1999, cd fondi *doc*) e n. 297 come Tipo B (Enti, Casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali, ex art. 51 del DPR 917 del 1986).

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.

Tab. 2 Statistiche dell'anagrafe dei fondi sanitari, riportate da Itinerari previdenziali

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	694.092.879	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 italiani[77]. Il giudizio dei manager sul sistema sanitario italiano è sufficiente (voto medio 6 su 10), e oltre il 40% 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% e il 23% esprime un giudizio complessivamente "positivo" o "abbastanza positivo". Inoltre solo il 25% di coloro che non sono ancora iscritti a un fondo esprimono la volontà di farlo nel breve periodo.

e) Considerazioni complessive

- 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 offerta, aggravando le difficoltà di accesso alle cure, ampliando le diseguaglianze 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 rinviano le cure (anche per difficoltà economiche), aumenta la spesa privata (pur mantenendosi sempre pari a circa ¼ 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 pagat, 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 Servizio sanitario nazionale 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

. Indagine effettuata da Ipsos per Assidai, maggio 2015.

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 ipotizzatiti 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

"Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dalla legge 833/1978, i livelli essenziali e uniformi di assistenza 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, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse."

Così dispone la normativa in vigore (d.lgs 229/1999).

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 fiscale;
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, ecc.) 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 Servizio sanitario nazionale 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 godono 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 servizio sanitario nazionale 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.

39. 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 servizio sanitario nazionale 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 servizio[78].

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.

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

40. Considerazioni conclusive

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 Servizio Sanitario Nazionale, dalla sua costituzione nel 1978 fino ad oggi, sia stato protagonista 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 servizio sanitario nazionale ai 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 Servizio sanitario nazionale: 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 ridefizione 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 Health Technology Assessment. 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 diseguaglianze 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 contrappongo 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);

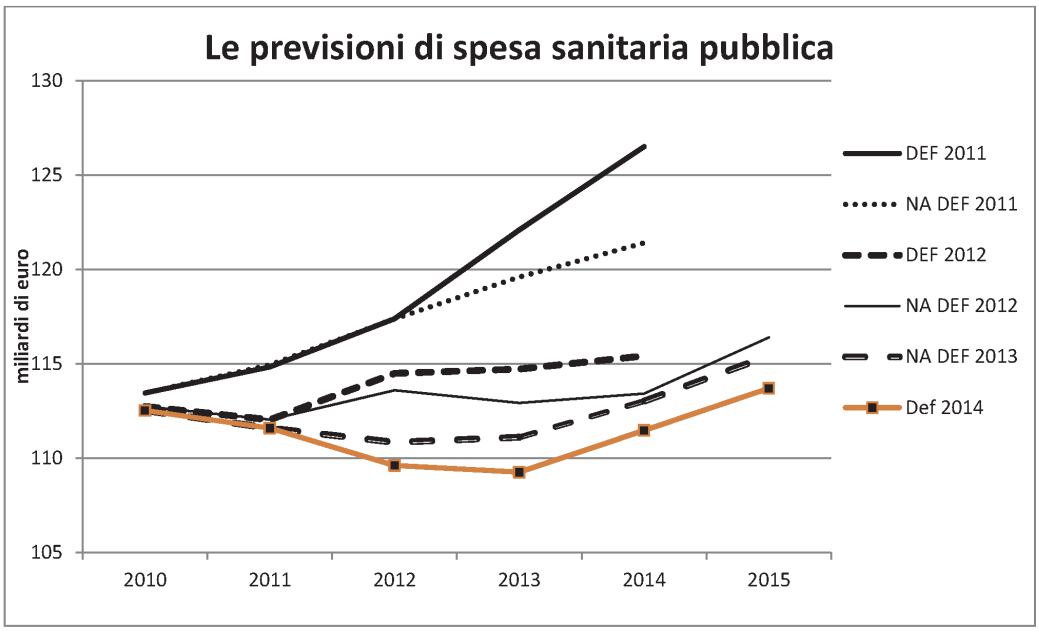
8. **dare attuazione alla legge sulla sicurezza delle cure e sulla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie**. La legge 24/ 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le 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 tendenza 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 24/2017 consente di affrontare su una base chiara e di sistema;

9. **l'informatizzazione e la digitalizzazione della sanità**: l'informatizzazione 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, 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 febbraio 2015.



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

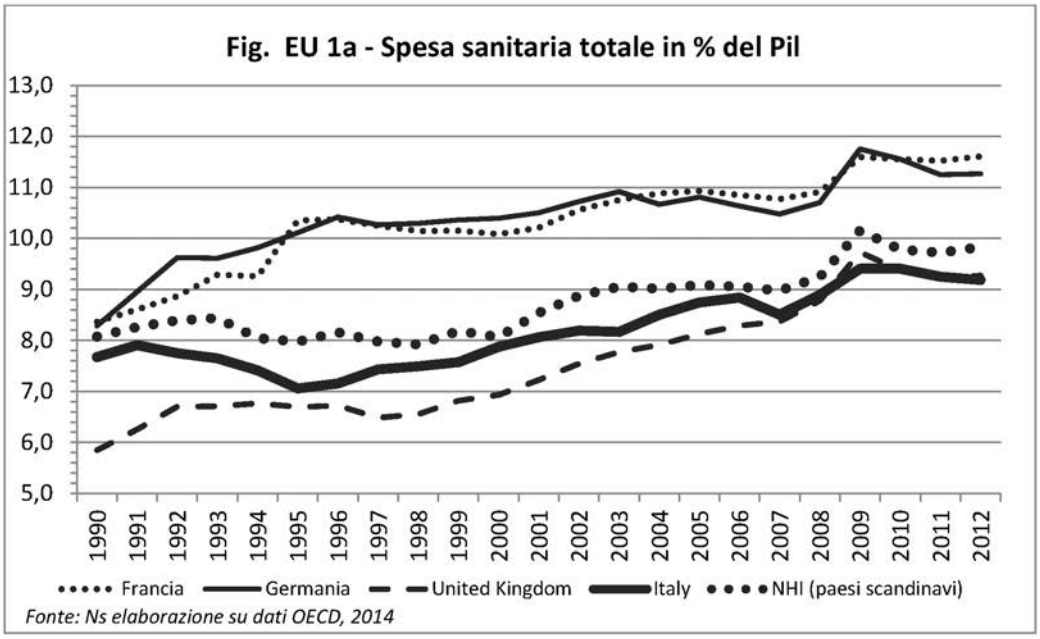


Fig. EU 1a - Spesa sanitaria totale in % del Pil
13,0
12,0
11,0
10,0
9,0
8,0
7,0
6,0
5,0
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
Francia
Germania
United Kingdom
Italy
NHI (paesi scandinavi)
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

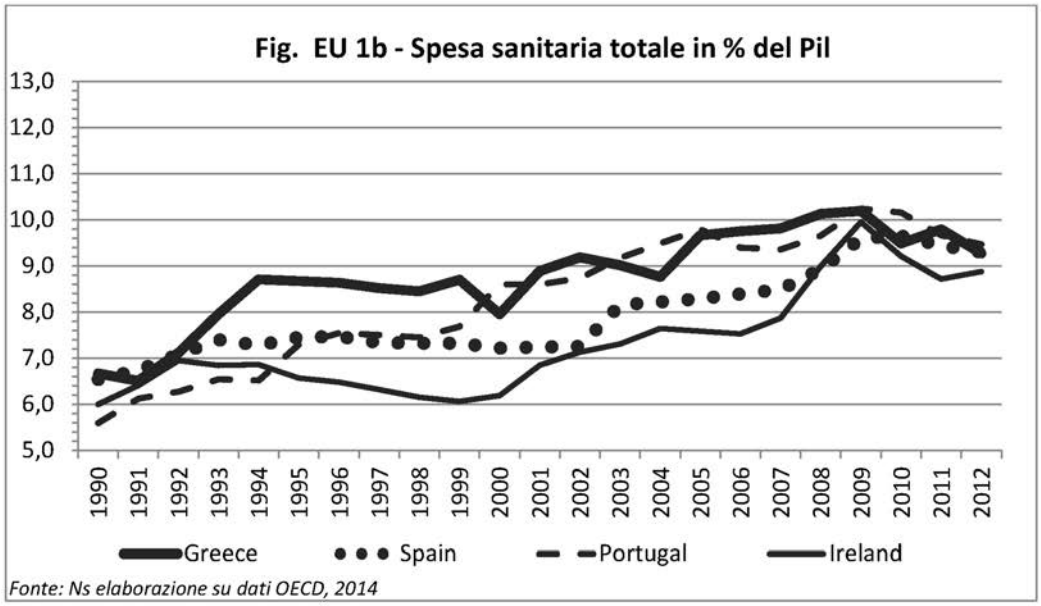


Fig. EU 1b - Spesa sanitaria totale in % del Pil
13,0
12,0
11,0
10,0
9,0
8,0
7,0
6,0
5,0
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
Greece
Spain
Portugal
Ireland
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

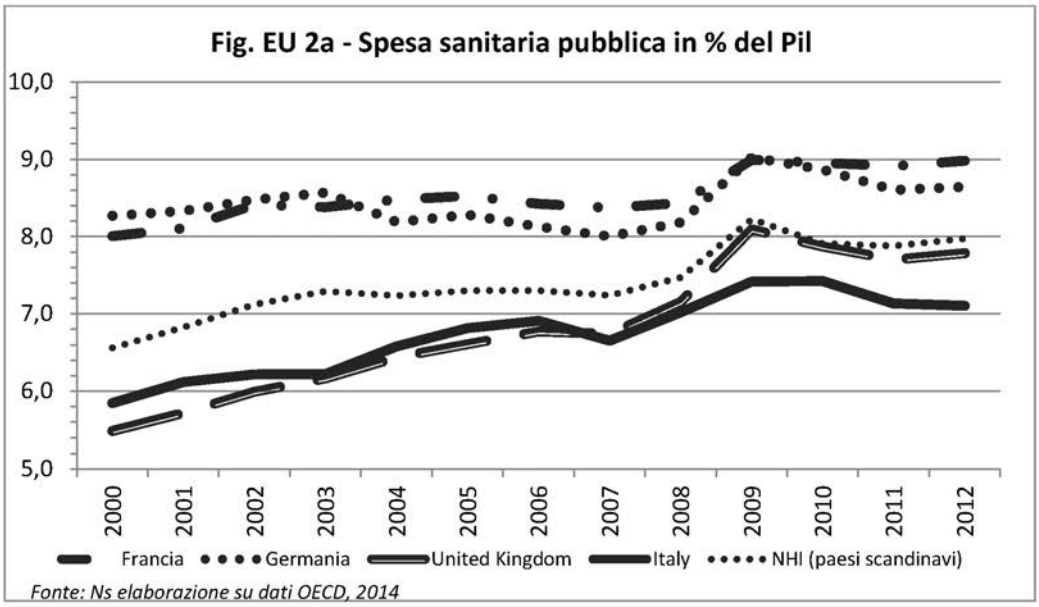


Fig. EU 2a - Spesa sanitaria pubblica in % del Pil
10,0
9,0
8,0
7,0
6,0
5,0
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
Francia
Germania
United Kingdom
Italy
NHI (paesi scandinavi)
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

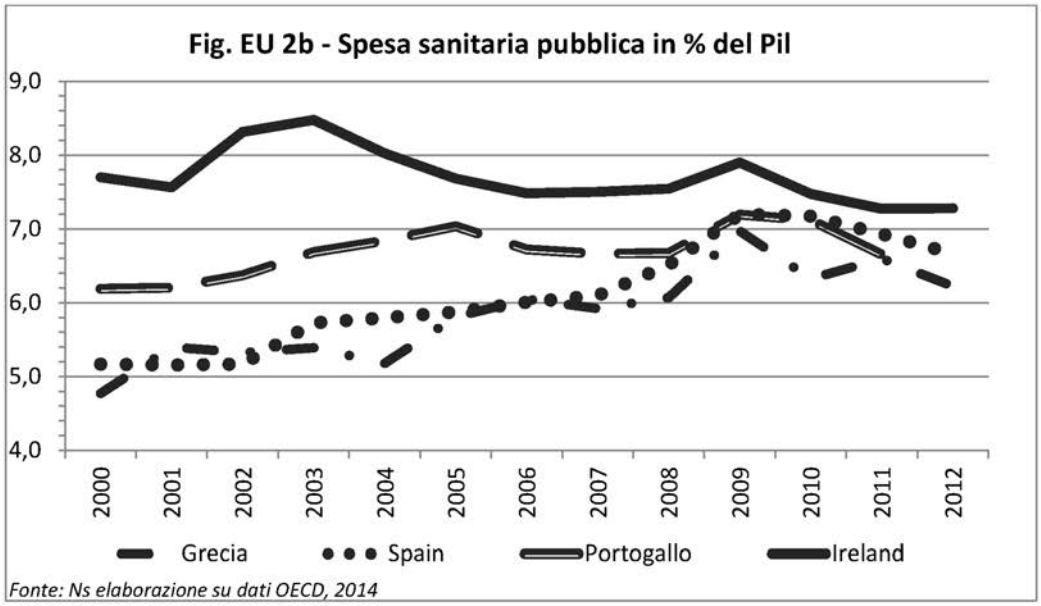
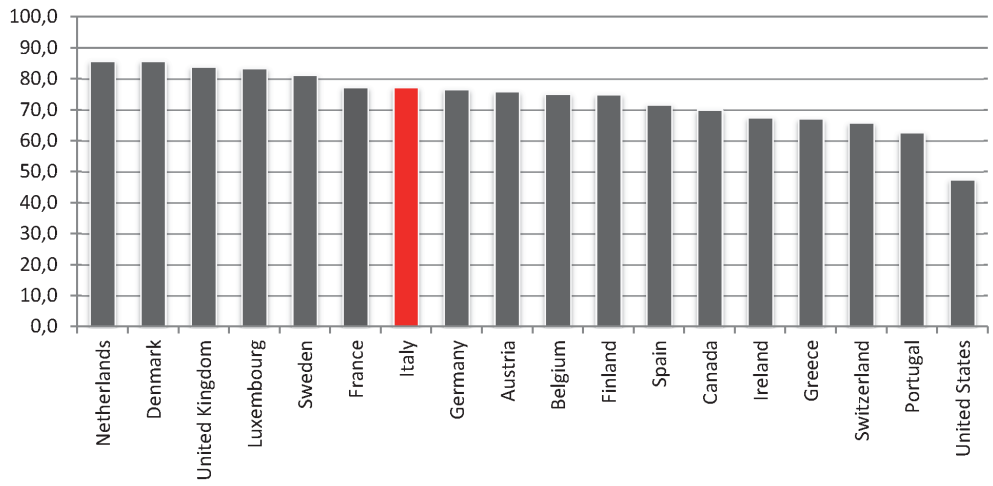


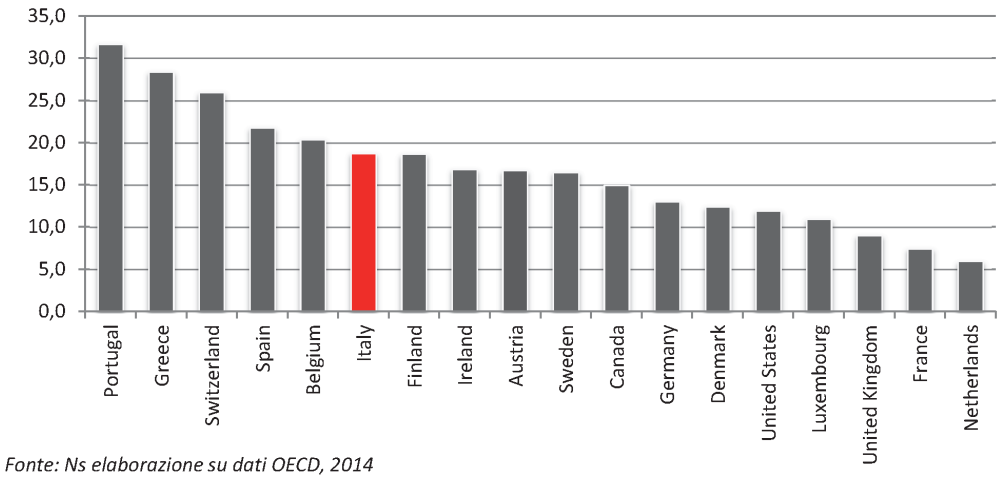
Fig. EU 2b - Spesa sanitaria pubblica in % del Pil
9,0
8,0
7,0
6,0
5,0
4,0
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
Grecia
Spain
Portogallo
Ireland
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. EU 3 - Spesa sanitaria pubblica in % spesa sanitaria totale (2012)



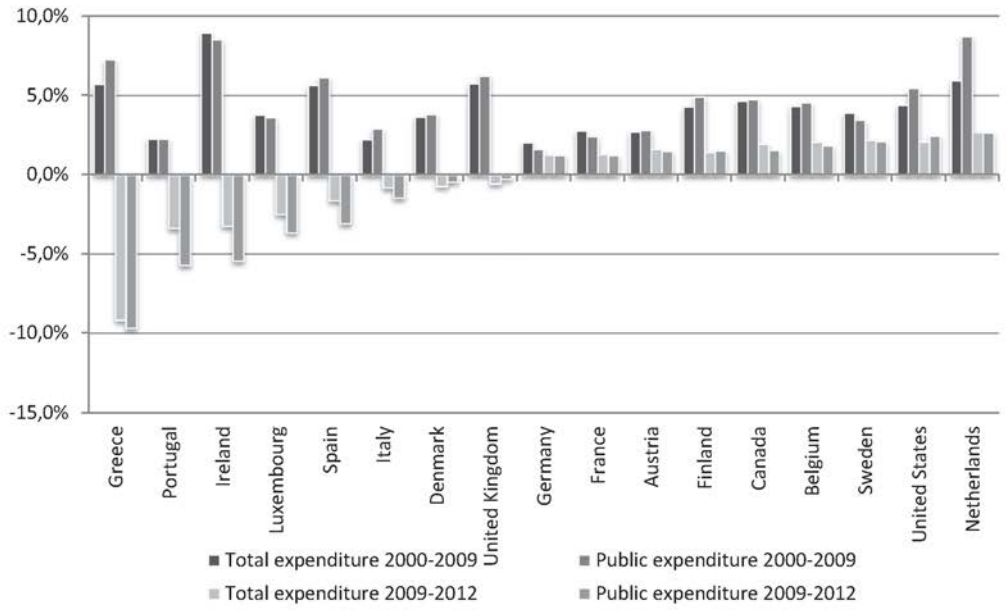
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. EU 4 - Spesa out of poket in % spesa sanitaria totale (2012)



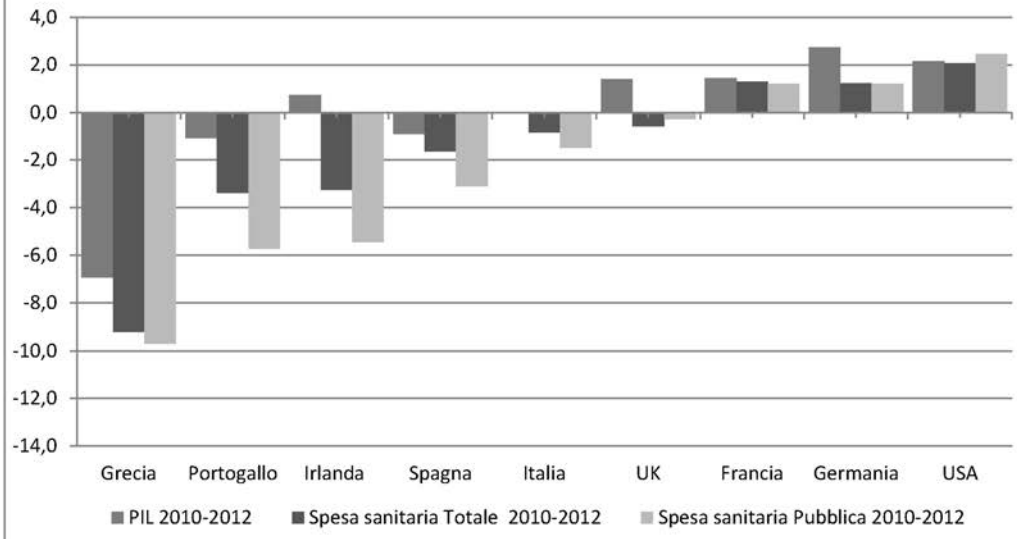
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. EU 5 - Media annuale tassi di crescita reali della spesa sanitaria (totale e pubblica - 2000 to 2012)



Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. EU 6 - Tassi di crescita reali del Pil e della spesa sanitaria totale e pubblica (2010-2012)



Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

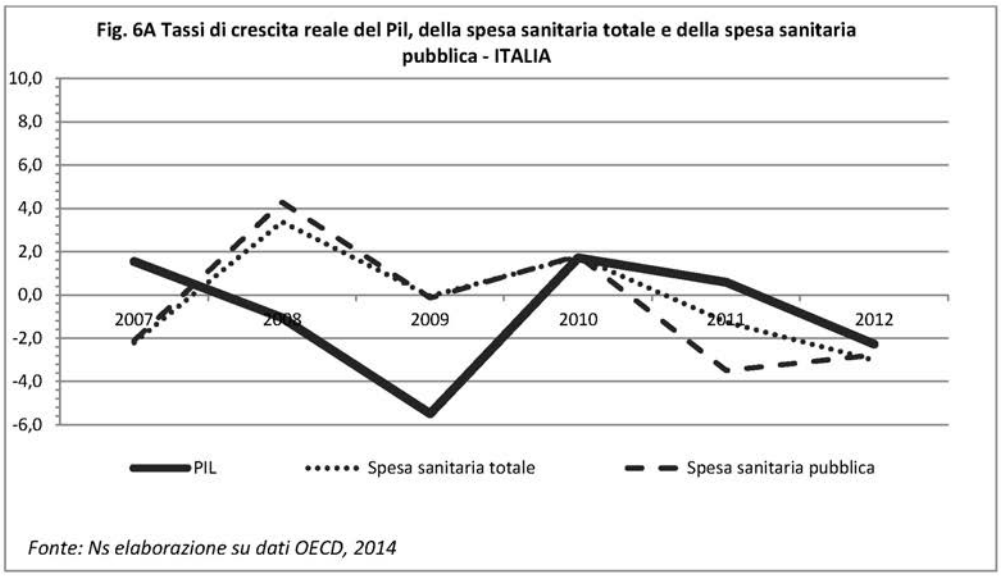


Fig. 6A Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - ITALIA
10,0
8,0
6,0
4,0
2,0
0,0
-2,0
-4,0
-6,0
2007
2008
2009
2010
2011
2012
PIL
Spesa sanitaria totale
Spesa sanitaria pubblica
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. 6B Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - UK
8,0
6,0
4,0
2,0
0,0
-2,0
-4,0
-6,0
2007
2008
2009
2010
2011
2012
PIL
Spesa sanitaria totale
Spesa sanitaria pubblica
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

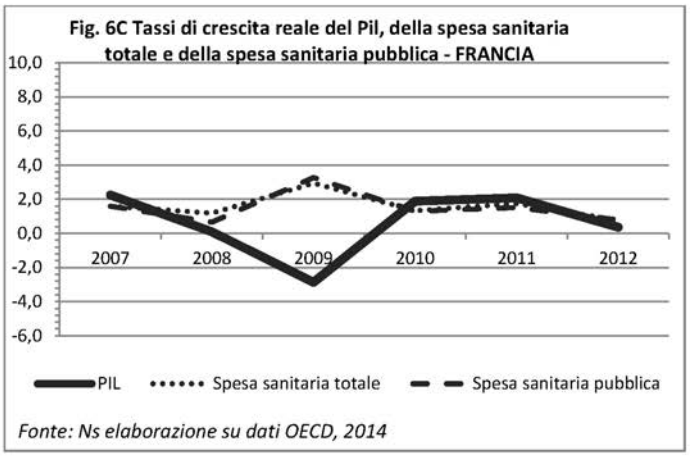


Fig. 6C Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - FRANCIA
10,0
8,0
6,0
4,0
2,0
0,0
-2,0
-4,0
-6,0
2007
2008
2009
2010
2011
2012
PIL
Spesa sanitaria totale
Spesa sanitaria pubblica
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

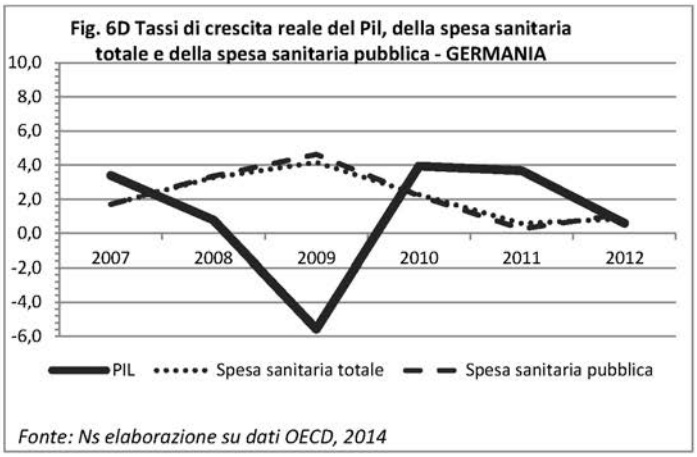


Fig. 6D Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - GERMANIA
10,0
8,0
6,0
4,0
2,0
0,0
-2,0
-4,0
-6,0
2007
2008
2009
2010
2011
2012
PIL
Spesa sanitaria totale
Spesa sanitaria pubblica
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

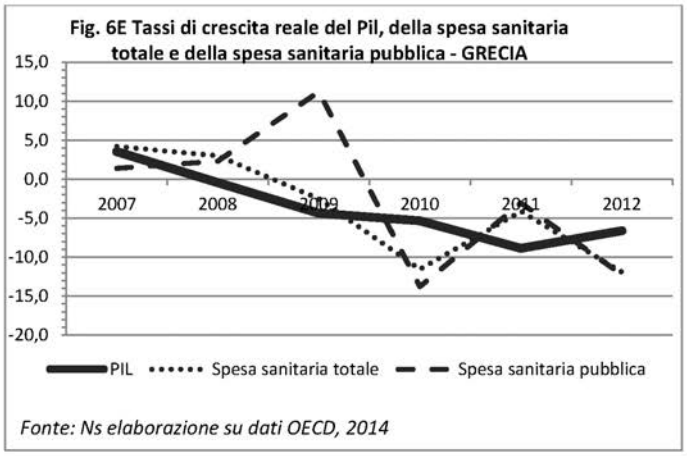
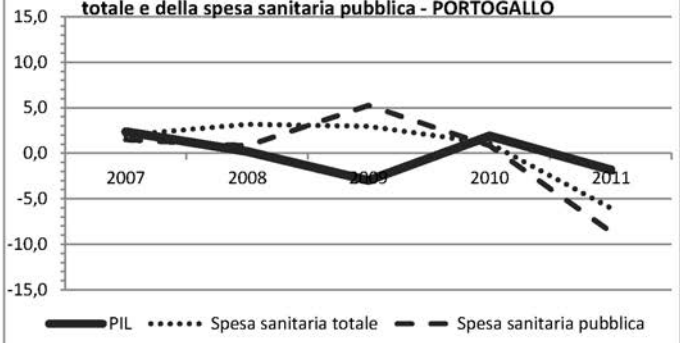


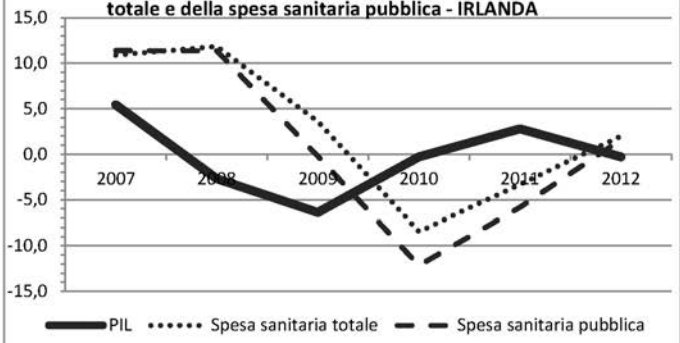
Fig. 6E Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - GRECIA
15,0
10,0
5,0
0,0
-5,0
-10,0
-15,0
-20,0
2007
2008
2009
2010
2011
2012
PIL
Spesa sanitaria totale
Spesa sanitaria pubblica
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. 6F Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - PORTOGALLO



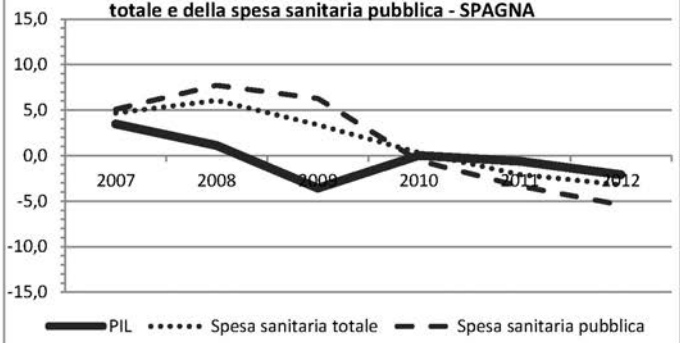
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. 6G Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - IRLANDA

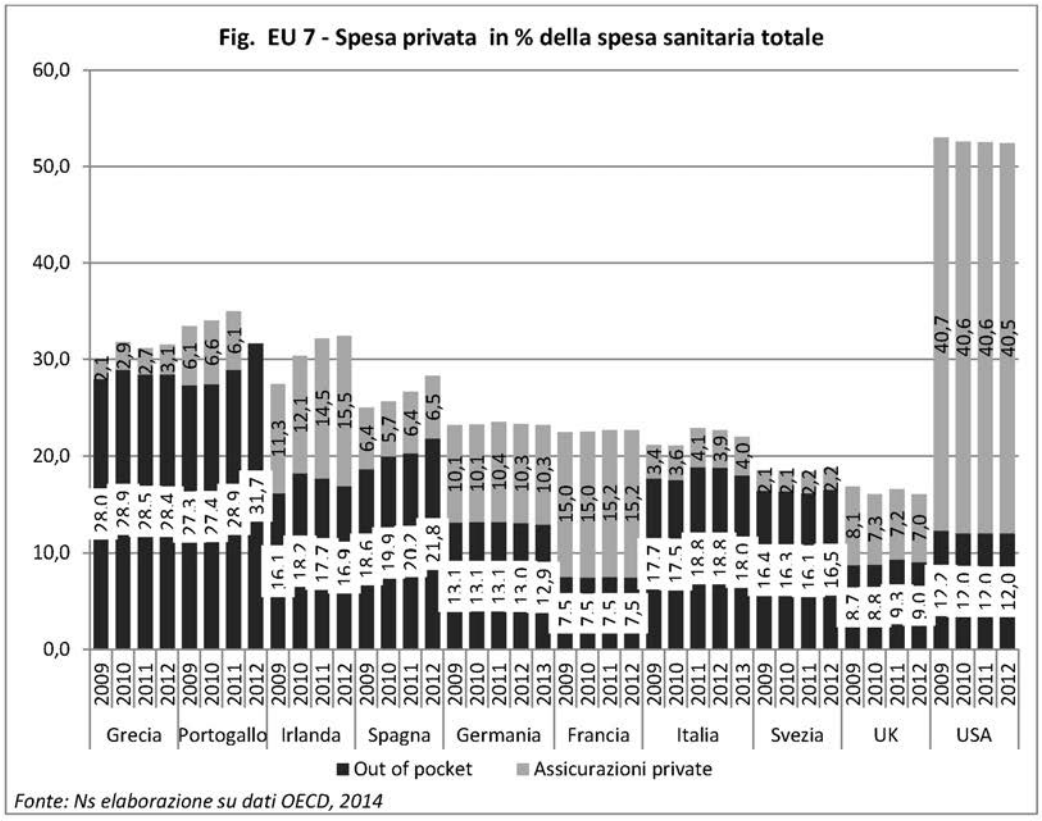


Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

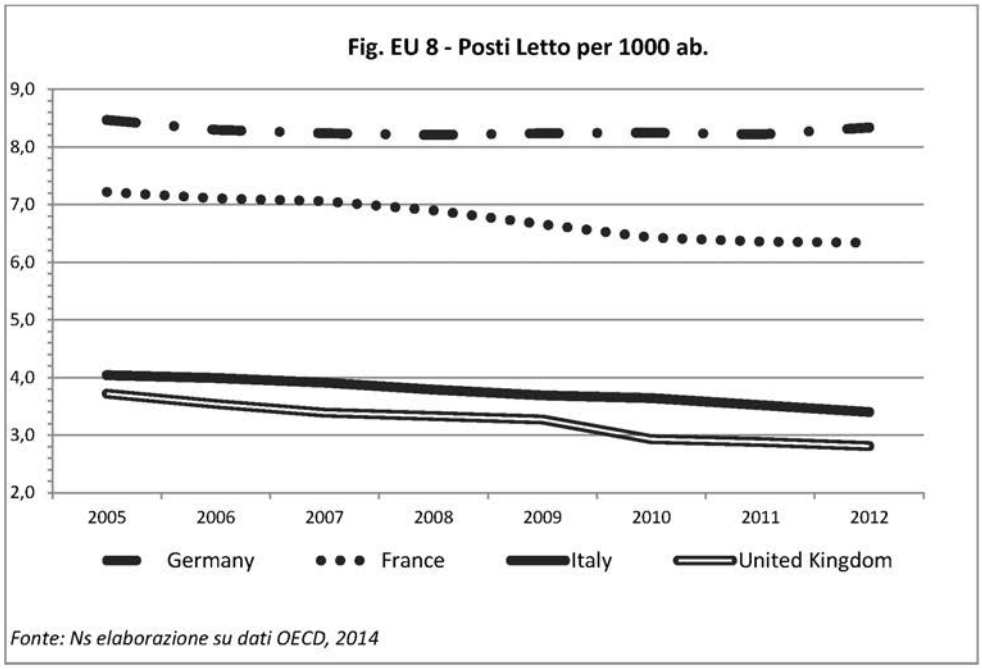
Fig. 6H Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - SPAGNA



Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014



Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014



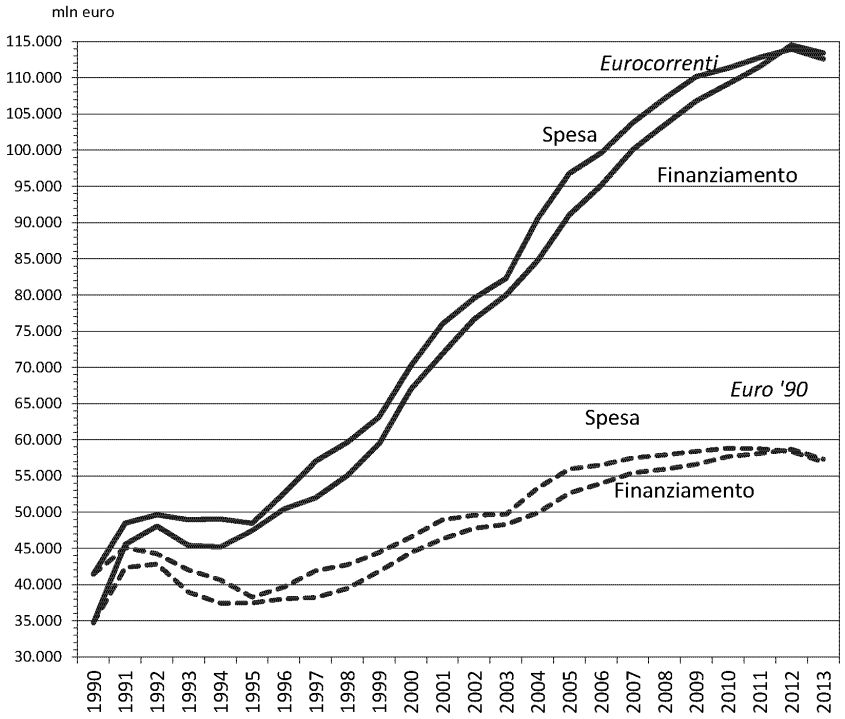
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

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

ANNI	PIL sec 2010	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	1.127.091	431.142	38.3%	63.134	5.6%	14.6%	59.404	5.3%	3.730	5.9%
2000	1.239.759	452.518	36.5%	70.173	5.7%	15.5%	66.945	5.4%	3.228	4.6%
2001	1.299.412	482.029	37.1%	75.999	5.8%	15.8%	71.878	5.5%	4.122	5.4%
2002	1.346.360	504.903	37.5%	79.549	5.9%	15.8%	76.658	5.7%	2.891	3.6%
2003	1.391.313	528.480	38.0%	82.290	5.9%	15.6%	79.967	5.7%	2.323	2.8%
2004	1.449.016	553.785	38.2%	90.528	6.2%	16.3%	84.738	5.8%	5.790	6.4%
2005	1.490.409	574.666	38.6%	96.797	6.5%	16.8%	91.062	6.1%	5.735	5.9%
2006	1.549.188	594.086	38.3%	99.615	6.4%	16.8%	95.131	6.1%	4.483	4.5%
2007	1.610.305	613.323	38.1%	103.805	6.4%	16.9%	100.095	6.2%	3.709	3.6%
2008	1.632.933	639.532	39.2%	107.141	6.6%	16.8%	103.483	6.3%	3.658	3.4%
2009	1.573.655	664.606	42.2%	110.160	7.0%	16.6%	106.795	6.8%	3.364	3.1%
2010	1.605.694	676.017	42.1%	111.330	6.9%	16.5%	109.135	6.8%	2.194	2.0%
2011	1.638.857	675.825	41.2%	112.811	6.9%	16.7%	111.548	6.8%	1.262	1.1%
2012	1.628.004	681.023	41.8%	113.952	7.0%	16.7%	114.533	7.0%	-581	-0.5%
2013	1.618.904	691.369	42.7%	112.614	7.0%	16.3%	113.425	7.0%	-811	-0.7%

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

Fig. IT 1 - Finanziamento e spesa del SSN. Anni 1990-2013



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

Tab. IT 2 - Gestione del SSN. Anni 2001-13 (mln di euro)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2011 (*)	2012 (*)	2013 (*)
RICAVI	**73.564**	**78.540**	**81.845**	**86.670**	**93.346**	**98.279**	**102.383**	**105.580**	**108.917**	**111.234**	**113.795**	**116.658**	**115.240**	**112.694**	**115.135**	**113.655**
di cui finanziamento (1)	*71.878*	*76.658*	*79.967*	*84.738*	*91.062*	*95.131*	*100.095*	*103.483*	*106.795*	*109.135*	*111.548*	*114.533*	*113.425*	*110.448*	*113.010*	*111.841*
Regioni	**73.166**	**78.134**	**81.419**	**86.221**	**92.886**	**97.794**	**101.866**	**105.034**	**108.362**	**110.671**	**113.154**	**116.011**	**114.648**	**112.053**	**114.488**	**113.063**
di cui finanziamento (1)	*71.480*	*76.252*	*79.540*	*84.289*	*90.603*	*94.647*	*99.578*	*102.938*	*106.240*	*108.573*	*110.907*	*113.886*	*112.833*	*109.807*	*112.363*	*111.249*
IRAP add.IRPEF	30.295	31.361	33.568	34.765	36.366	37.280	38.200	38.888	39.235	36.874	38.134	39.902	37.466	38.134	39.902	37.466
FSN - Iva e accise	27.288	33.067	33.685	35.063	39.116	41.932	44.852	47.507	49.206	53.498	53.803	52.969	54.145	53.803	52.969	54.145
Riparto quota premiale 0,30%													430			430
FSN - Quote vincolate	6.927	4.294	4.219	5.295	4.861	4.759	3.731	3.839	4.049	4.212	4.002	4.004	4.207	4.002	4.004	4.207
Ulteriori trasf. da pubblico e privato	4.703	5.288	5.685	6.669	7.597	7.934	9.606	9.884	10.765	10.995	10.752	12.186	11.845	10.752	12.186	11.845
Entrate proprie	2.266	2.241	2.383	2.497	2.662	2.741	3.189	2.820	2.986	2.994	3.115	3.302	3.156	3.115	3.302	3.156
Ricavi intramenia	674	803	894	976	1.069	1.149	1.241	1.145	1.162	1.158	1.158	1.124	1.058	1.158	1.124	1.058
Ricavi straordinari	1.012	1.079	984	956	1.215	1.999	1.047	952	960	941	1.088	1.000	756	1.088	1.000	756
Costi capitalizzati											1.101	1.480	1.463			
Rivalutazioni												1	1			
Rettifiche e utilizzo fondi												43	122			
Altri enti	398	406	427	449	459	485	517	546	556	563	641	647	592	641	647	592
COSTI	**77.686**	**81.431**	**84.168**	**92.460**	**99.080**	**102.762**	**106.093**	**109.238**	**112.282**	**113.428**	**115.057**	**116.077**	**114.429**	**113.504**	**113.362**	**111.855**
di cui Spesa (2)	*75.999*	*79.549*	*82.290*	*90.528*	*96.797*	*99.615*	*103.805*	*107.141*	*110.160*	*111.330*	*112.811*	*113.952*	*112.614*	*111.257*	*111.238*	*110.040*
Regioni	**77.288**	**81.025**	**83.742**	**92.011**	**98.621**	**102.278**	**105.576**	**108.692**	**111.726**	**112.866**	**114.416**	**115.430**	**113.837**	**112.863**	**112.715**	**111.263**
di cui Spesa (2)	*75.601*	*79.143*	*81.864*	*90.079*	*96.337*	*99.130*	*103.288*	*106.596*	*109.604*	*110.767*	*112.170*	*113.305*	*112.022*	*110.616*	*110.591*	*109.448*
Servizi a gestione diretta	44.474	47.054	49.458	55.074	61.519	63.312	66.703	68.992	71.440	71.686	74.156	75.878	74.286	72.603	73.163	71.711
Personale	26.888	27.618	27.945	29.505	31.759	33.415	33.829	35.266	36.192	36.674	36.101	35.585	35.169	36.101	35.585	35.169
Beni e servizi	16.547	17.980	19.846	22.511	26.611	26.902	30.451	31.373	32.826	33.103	34.423	35.595	35.183	34.423	35.595	35.183
Costi intramenia	581	702	807	855	932	978	1.039	1.109	1.103	1.100	1.080	929	851	1.080	929	851
Costi straordinari e var. rimanenze	458	754	860	2.203	2.217	2.016	1.385	1.244	1.320	809	999	1.054	508	999	1.054	508
Ammortamenti											1.553	2.553	2.507			
Svalutazioni												162	67			
Assistenza in convenzione	32.680	33.821	34.125	36.743	36.901	38.756	38.679	39.504	40.092	40.984	40.058	39.350	39.319	40.058	39.350	39.319
Medicina generale	4.511	4.603	4.796	5.012	5.691	5.930	6.008	6.068	6.361	6.541	6.626	6.648	6.609	6.626	6.648	6.609
Farmaceutica	11.662	11.829	11.191	12.098	11.894	12.382	11.542	11.227	10.997	10.913	9.862	8.891	8.592	9.862	8.891	8.592
Ospedaliera	7.997	8.151	8.364	9.133	8.147	8.487	8.706	8.877	8.827	8.849	8.641	8.522	8.525	8.641	8.522	8.525
Specialistica	2.485	2.694	2.872	3.093	3.231	3.511	3.728	3.906	4.080	4.504	4.668	4.755	4.759	4.668	4.755	4.759
Altra assistenza (3)	6.025	6.544	6.902	7.406	7.939	8.446	8.694	9.427	9.826	10.177	10.261	10.533	10.834	10.261	10.533	10.834
Mobilità vs B. Gesù	134	150	158	163	166	176	160	163	160	161	167	167	193	167	167	193
Mobilità vs Smom	0	0	0	32	35	35	34	33	34	35	35	35	39	35	35	39
Altri enti	398	406	427	449	459	485	517	546	556	563	641	647	592	641	647	592
DISAVANZO (presunto)	**-4.122**	**-2.891**	**-2.323**	**-5.790**	**-5.735**	**-4.483**	**-3.709**	**-3.658**	**-3.364**	**-2.194**	**-1.262**	**581**	**811**	**-809**	**1.773**	**1.801**
PIL	**1.299.412**	**1.346.360**	**1.391.313**	**1.449.016**	**1.490.409**	**1.549.188**	**1.610.305**	**1.632.933**	**1.573.655**	**1.605.694**	**1.638.857**	**1.628.004**	**1.618.904**			
Inc. % finanziamento sul PIL	*5.53*	*5.69*	*5.75*	*5.85*	*6.11*	*6.14*	*6.22*	*6.34*	*6.79*	*6.80*	*6.81*	*7.04*	*7.01*			
Inc. % spesa sul PIL	*5.85*	*5.91*	*5.91*	*6.25*	*6.49*	*6.43*	*6.45*	*6.56*	*7.00*	*6.93*	*6.88*	*7.00*	*6.96*			
Inc. % disavanzo sul PIL	*0.32*	*0.21*	*0.17*	*0.40*	*0.38*	*0.29*	*0.23*	*0.22*	*0.21*	*0.14*	*0.08*	*-0.04*	*-0.05*			

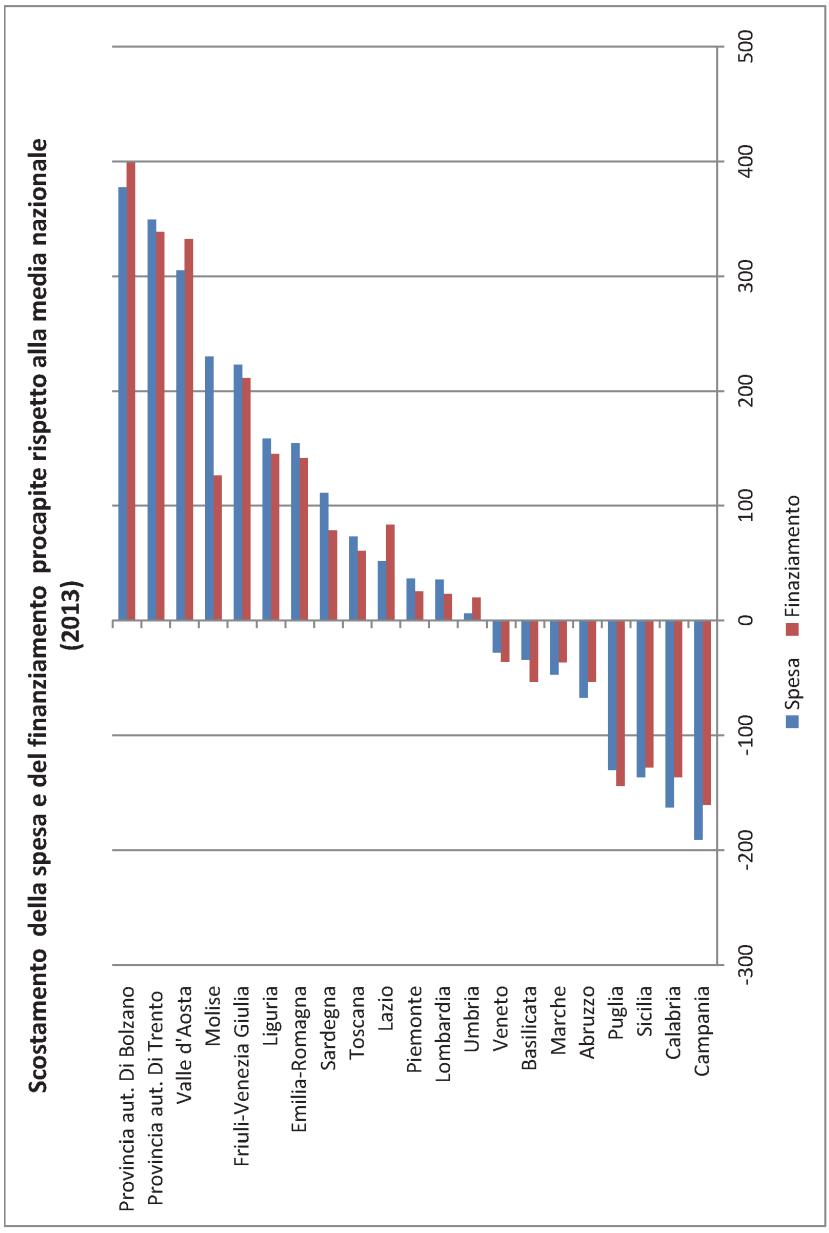
Fonte: Ns. elaborazioni su dati Ministero della salute

(1) Il Finanziamento del SSN non ricomprende i ricavi della gestione straordinaria e quelli dell'intramoenia;

(2) La Spesa del SSN sconta dai costi delle sole funzioni assistenziali con i saldi della gestione straordinaria e e dell'intramoenia;

(3) Include riabilitativa e integrativa;

(*) I risultati sono al netto dei costi capitalizzati e ammortamenti non sterilizzati e delle nuove voci inserite nei CE


Scostamento della spesa e del finanziamento procapite rispetto alla media nazionale (2013)
500
400
300
200
100
0
-100
-200
-300
Provincia aut. Di Bolzano
Provincia aut. Di Trento
Valle d'Aosta
Molise
Friuli-Venezia Giulia
Liguria
Emilia-Romagna
Sardegna
Toscana
Lazio
Piemonte
Lombardia
Umbria
Veneto
Basilicata
Marche
Abruzzo
Puglia
Sicilia
Calabria
Campania
Spesa
Finaziamento

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
PIEMONTE	2.818.941	2.927.604	2.976.052	2.930.754	2.882.725	2.837.466	3.9	1.7	-1.5	-1.6	-1.6
VALLE D'AOSTA	112.831	111.618	114.683	112.865	113.040	113.494	-1.1	2.7	-1.6	0.2	0.4
LOMBARDIA	4.869.836	5.015.724	5.141.956	5.114.544	5.093.478	5.065.551	3.0	2.5	-0.5	-0.4	-0.5
PA BOLZANO	519.163	540.893	550.315	548.998	592.847	592.363	4.2	1.7	-0.2	8.0	-0.1
PA TRENTO	378.252	400.284	402.731	403.990	416.808	417.319	5.8	0.6	0.3	3.2	0.1
VENETO	2.680.665	2.735.650	2.771.366	2.745.981	2.746.489	2.744.273	2.1	1.3	-0.9	0.0	-0.1
FRIULI VENEZIA GIULIA	888.355	940.281	953.326	946.626	950.112	949.038	5.8	1.4	-0.7	0.4	-0.1
LIGURIA	1.132.768	1.165.444	1.176.589	1.153.651	1.116.772	1.098.371	2.9	1.0	-1.9	-3.2	-1.6
EMILIA ROMAGNA	2.857.568	2.927.302	2.999.984	3.022.382	3.013.274	2.993.357	2.4	2.5	0.7	-0.3	-0.7
TOSCANA	2.464.892	2.575.751	2.622.856	2.607.768	2.554.189	2.525.956	4.5	1.8	-0.6	-2.1	-1.1
UMBRIA	588.193	604.255	613.410	610.707	610.851	610.950	2.7	1.5	-0.4	0.0	0.0
MARCHE	970.582	1.023.042	1.040.503	1.026.888	1.005.002	993.379	5.4	1.7	-1.3	-2.1	-1.2
LAZIO	3.023.731	3.058.797	3.075.248	2.985.459	2.894.195	2.829.693	1.2	0.5	-2.9	-3.1	-2.2
ABRUZZO	776.508	776.073	788.405	772.380	764.280	767.529	-0.1	1.6	-2.0	-1.0	0.4
MOLISE	208.346	210.891	215.068	209.327	203.460	198.809	1.2	2.0	-2.7	-2.8	-2.3
CAMPANIA	3.188.221	3.264.572	3.217.395	3.070.598	2.935.666	2.831.366	2.4	-1.4	-4.6	-4.4	-3.6
PUGLIA	2.078.213	2.141.161	2.190.795	2.112.490	2.040.278	1.990.388	3.0	2.3	-3.6	-3.4	-2.4
BASILICATA	378.929	384.678	393.156	385.554	380.631	376.404	1.5	2.2	-1.9	-1.3	-1.1
CALABRIA	1.259.735	1.290.969	1.290.335	1.254.799	1.217.780	1.183.682	2.5	0.0	-2.8	-3.0	-2.8
SICILIA	2.980.234	2.967.704	2.976.074	2.920.591	2.882.491	2.868.738	-0.4	0.3	-1.9	-1.3	-0.5
SARDEGNA	1.090.496	1.129.269	1.163.281	1.164.451	1.170.440	1.181.271	3.6	3.0	0.1	0.5	0.9
ITALIA	35.266.459	36.191.962	36.673.528	36.100.803	35.584.808	35.169.397	2.6	1.3	-1.6	-1.4	-1.2

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
PIEMONTE	808.047	811.886	774.814	697.864	643.384	626.933	0.5	-4.6	-9.9	-7.8	-2.6
VALLE D'AOSTA	21.335	21.378	22.123	19.621	19.033	18.699	0.2	3.5	-11.3	-3.0	-1.8
LOMBARDIA	1.573.810	1.565.667	1.560.243	1.436.699	1.328.461	1.305.689	-0.5	-0.3	-7.9	-7.5	-1.7
PA BOLZANO	59.900	60.705	61.512	55.295	46.042	44.984	1.3	1.3	-10.1	-16.7	-2.3
PA TRENTO	77.200	77.364	78.514	75.323	69.433	67.815	0.2	1.5	-4.1	-7.8	-2.3
VENETO	745.307	748.972	743.232	671.133	589.109	584.395	0.5	-0.8	-9.7	-12.2	-0.8
FRIULI VENEZIA GIULIA	225.254	223.483	230.444	216.184	196.186	190.220	-0.8	3.1	-6.2	-9.3	-3.0
LIGURIA	335.138	318.845	299.366	283.381	246.862	236.110	-4.9	-6.1	-5.3	-12.9	-4.4
EMILIA ROMAGNA	727.545	718.707	715.341	646.553	551.872	533.939	-1.2	-0.5	-9.6	-14.6	-3.2
TOSCANA	632.320	607.753	611.310	551.632	504.682	439.313	-3.9	0.6	-9.8	-8.5	-13.0
UMBRIA	161.845	156.517	156.460	146.588	135.684	132.497	-3.3	0.0	-6.3	-7.4	-2.3
MARCHE	293.400	288.091	284.604	254.967	233.198	240.025	-1.8	-1.2	-10.4	-8.5	2.9
LAZIO	1.252.352	1.171.335	1.195.440	1.087.759	926.981	899.967	-6.5	2.1	-9.0	-14.8	-2.9
ABRUZZO	267.497	260.766	263.937	248.343	225.362	222.327	-2.5	1.2	-5.9	-9.3	-1.3
MOLISE	63.827	62.715	58.471	55.024	50.541	46.609	-1.7	-6.8	-5.9	-8.1	-7.8
CAMPANIA	1.115.450	1.097.682	1.068.676	950.920	878.831	869.656	-1.6	-2.6	-11.0	-7.6	-1.0
PUGLIA	854.821	875.690	869.413	719.939	638.022	626.295	2.4	-0.7	-17.2	-11.4	-1.8
BASILICATA	114.282	114.799	106.299	95.501	82.306	80.947	0.5	-7.4	-10.2	-13.8	-1.7
CALABRIA	488.230	459.280	441.523	362.146	332.833	314.079	-5.9	-3.9	-18.0	-8.1	-5.6
SICILIA	1.072.548	1.016.619	1.023.403	954.354	870.465	811.185	-5.2	0.7	-6.7	-8.8	-6.8
SARDEGNA	336.415	339.216	347.434	332.771	322.049	300.653	0.8	2.4	-4.2	-3.2	-6.6
ITALIA	11.226.523	10.997.470	10.912.559	9.861.997	8.891.336	8.592.337	-2.0	-0.8	-9.6	-9.8	-3.4

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
PIEMONTE	109.067	112.849	113.093	126.164	153.018	144.116	3.5	0.2	11.6	21.3	-5.8
VALLE D'AOSTA	4.365	4.549	5.574	5.651	5.682	5.335	4.2	22.5	1.4	0.5	-6.1
LOMBARDIA	185.596	183.330	182.280	207.202	238.736	236.679	-1.2	-0.6	13.7	15.2	-0.9
PA BOLZANO	16.092	16.260	16.554	17.227	17.714	18.472	1.0	1.8	4.1	2.8	4.3
PA TRENTO	14.329	14.379	15.039	15.527	16.075	15.535	0.3	4.6	3.2	3.5	-3.4
VENETO	127.545	132.115	133.664	140.862	195.498	192.266	3.6	1.2	5.4	38.8	-1.7
FRIULI VENEZIA GIULIA	31.836	36.017	36.214	41.002	47.470	46.228	13.1	0.5	13.2	15.8	-2.6
LIGURIA	36.123	36.864	36.731	40.618	46.125	43.533	2.1	-0.4	10.6	13.6	-5.6
EMILIA ROMAGNA	127.790	132.319	137.165	143.983	152.500	159.740	3.5	3.7	5.0	5.9	4.7
TOSCANA	102.031	110.051	116.492	123.829	153.678	167.062	7.9	5.9	6.3	24.1	8.7
UMBRIA	21.660	22.351	22.940	24.347	31.377	30.654	3.2	2.6	6.1	28.9	-2.3
MARCHE	39.750	40.980	40.334	45.861	49.240	45.758	3.1	-1.6	13.7	7.4	-7.1
LAZIO	115.196	127.066	127.167	140.927	145.539	134.494	10.3	0.1	10.8	3.3	-7.6
ABRUZZO	27.473	29.396	29.723	38.027	40.719	41.058	7.0	1.1	27.9	7.1	0.8
MOLISE	5.466	5.879	6.311	6.131	5.923	5.162	7.6	7.3	-2.9	-3.4	-12.8
CAMPANIA	43.048	40.640	48.586	62.255	61.618	58.742	-5.6	19.6	28.1	-1.0	-4.7
PUGLIA	44.347	53.278	52.245	59.324	63.854	56.894	20.1	-1.9	13.5	7.6	-10.9
BASILICATA	9.996	10.116	10.364	12.455	13.877	12.007	1.2	2.5	20.2	11.4	-13.5
CALABRIA	16.057	21.784	22.954	28.596	28.495	27.935	35.7	5.4	24.6	-0.4	-2.0
SICILIA	40.147	41.754	42.876	43.304	51.809	50.276	4.0	2.7	1.0	19.6	-3.0
SARDEGNA	28.433	28.070	27.615	28.708	29.056	29.204	-1.3	-1.6	4.0	1.2	0.5
ITALIA	1.146.347	1.200.047	1.223.921	1.352.000	1.548.003	1.521.150	4.7	2.0	10.5	14.5	-1.7

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
PIEMONTE	118.246	117.399	115.733	115.776	113.763	103.032	-0.7	-1.4	0.0	-1.7	-9.4
VALLE D'AOSTA	3.975	3.279	3.408	3.977	3.155	2.670	-17.5	3.9	16.7	-20.7	-15.4
LOMBARDIA	231.885	231.617	222.940	228.988	222.726	208.604	-0.1	-3.7	2.7	-2.7	-6.3
PA BOLZANO	0.000	0.000	1.024	1.607	1.720	1.849			56.9	7.0	7.5
PA TRENTO	9.325	9.613	9.730	9.580	9.323	9.320	3.1	1.2	-1.5	-2.7	0.0
VENETO	111.040	110.469	112.166	112.113	108.322	107.328	-0.5	1.5	0.0	-3.4	-0.9
FRIULI VENEZIA GIULIA	28.891	28.500	28.699	28.973	27.374	27.342	-1.4	0.7	1.0	-5.5	-0.1
LIGURIA	38.920	37.931	40.017	41.772	43.912	40.404	-2.5	5.5	4.4	5.1	-8.0
EMILIA ROMAGNA	142.040	141.493	143.417	138.045	131.442	129.921	-0.4	1.4	-3.7	-4.8	-1.2
TOSCANA	125.492	130.915	127.049	124.939	115.520	113.158	4.3	-3.0	-1.7	-7.5	-2.0
UMBRIA	12.437	12.758	12.569	15.109	13.025	13.242	2.6	-1.5	20.2	-13.8	1.7
MARCHE	36.916	36.863	36.347	36.167	34.993	35.684	-0.1	-1.4	-0.5	-3.2	2.0
LAZIO	93.498	108.105	116.053	120.605	115.307	103.295	15.6	7.4	3.9	-4.4	-10.4
ABRUZZO	18.254	14.814	15.408	16.984	17.274	16.155	-18.8	4.0	10.2	1.7	-6.5
MOLISE	3.582	3.437	1.784	2.262	2.954	3.298	-4.0	-48.1	26.8	30.6	11.6
CAMPANIA	50.169	52.995	50.866	46.203	47.210	42.756	5.6	-4.0	-9.2	2.2	-9.4
PUGLIA	45.915	45.375	44.993	42.518	40.569	34.422	-1.2	-0.8	-5.5	-4.6	-15.2
BASILICATA	3.906	4.203	3.927	5.160	5.025	4.736	7.6	-6.6	31.4	-2.6	-5.8
CALABRIA	8.512	9.198	10.356	8.370	10.245	8.652	8.1	12.6	-19.2	22.4	-15.5
SICILIA	48.081	48.293	46.517	44.276	44.984	38.285	0.4	-3.7	-4.8	1.6	-14.9
SARDEGNA	14.011	14.893	15.006	14.745	15.264	14.127	6.3	0.8	-1.7	3.5	-7.4
ITALIA	1.145.095	1.162.150	1.158.009	1.158.169	1.124.107	1.058.280	1.5	-0.4	0.0	-2.9	-5.9

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
PIEMONTE	111.200	111.463	110.814	109.183	97.189	87.822	0.2	-0.6	-1.5	-11.0	-9.6
VALLE D'AOSTA	3.558	3.157	2.996	3.591	2.799	2.084	-11.3	-5.1	19.9	-22.1	-25.5
LOMBARDIA	244.366	248.390	246.210	247.688	181.517	162.015	1.6	-0.9	0.6	-26.7	-10.7
PA BOLZANO	0.000	0.000	0.718	1.168	1.214	1.390			62.7	3.9	14.5
PA TRENTO	7.957	8.496	8.763	8.325	7.488	7.400	6.8	3.1	-5.0	-10.1	-1.2
VENETO	103.954	103.066	103.114	99.833	87.235	87.202	-0.9	0.0	-3.2	-12.6	0.0
FRIULI VENEZIA GIULIA	25.538	25.004	24.617	24.922	23.280	23.125	-2.1	-1.5	1.2	-6.6	-0.7
LIGURIA	34.577	33.376	35.405	36.715	36.269	33.149	-3.5	6.1	3.7	-1.2	-8.6
EMILIA ROMAGNA	112.729	112.938	114.644	109.918	102.262	99.727	0.2	1.5	-4.1	-7.0	-2.5
TOSCANA	96.439	100.600	98.584	93.229	83.590	80.182	4.3	-2.0	-5.4	-10.3	-4.1
UMBRIA	13.203	13.208	12.406	13.023	10.085	10.691	0.0	-6.1	5.0	-22.6	6.0
MARCHE	30.025	31.117	30.097	29.943	27.848	29.238	3.6	-3.3	-0.5	-7.0	5.0
LAZIO	124.077	121.968	123.435	122.742	100.613	84.158	-1.7	1.2	-0.6	-18.0	-16.4
ABRUZZO	16.530	13.942	15.268	15.785	15.512	14.764	-15.7	9.5	3.4	-1.7	-4.8
MOLISE	3.184	2.548	2.199	2.159	2.464	2.673	-20.0	-13.7	-1.8	14.1	8.5
CAMPANIA	59.061	51.490	51.908	48.135	46.466	38.410	-12.8	0.8	-7.3	-3.5	-17.3
PUGLIA	48.414	45.240	45.650	40.995	35.017	26.404	-6.6	0.9	-10.2	-14.6	-24.6
BASILICATA	4.202	4.044	4.011	4.769	4.130	3.733	-3.8	-0.8	18.9	-13.4	-9.6
CALABRIA	7.650	7.782	8.422	9.274	8.011	9.155	1.7	8.2	10.1	-13.6	14.3
SICILIA	50.110	50.655	46.586	45.323	41.639	35.283	1.1	-8.0	-2.7	-8.1	-15.3
SARDEGNA	12.398	14.074	14.641	13.241	14.596	11.948	13.5	4.0	-9.6	10.2	-18.1
ITALIA	1.109.172	1.102.558	1.100.488	1.079.961	929.224	850.553	-0.6	-0.2	-1.9	-14.0	-8.5

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PIEMONTE	7.046	5.936	4.919	6.593	16.574	15.210
VALLE D'AOSTA	0.417	0.122	0.412	0.386	0.356	0.586
LOMBARDIA	-12.481	-16.773	-23.270	-18.700	41.209	46.589
PA BOLZANO	0.000	0.000	0.306	0.439	0.506	0.459
PA TRENTO	1.368	1.117	0.967	1.255	1.835	1.920
VENETO	7.086	7.403	9.052	12.280	21.087	20.126
FRIULI VENEZIA GIULIA	3.353	3.496	4.082	4.051	4.094	4.217
LIGURIA	4.343	4.555	4.612	5.057	7.643	7.255
EMILIA ROMAGNA	29.311	28.555	28.773	28.127	29.180	30.194
TOSCANA	29.053	30.315	28.465	31.710	31.930	32.976
UMBRIA	-0.766	-0.450	0.163	2.086	2.940	2.551
MARCHE	6.891	5.746	6.250	6.224	7.145	6.446
LAZIO	-30.579	-13.863	-7.382	-2.137	14.694	19.137
ABRUZZO	1.724	0.872	0.140	1.199	1.762	1.391
MOLISE	0.398	0.889	-0.415	0.103	0.490	0.625
CAMPANIA	-8.892	1.505	-1.042	-1.932	0.744	4.346
PUGLIA	-2.499	0.135	-0.657	1.523	5.552	8.018
BASILICATA	-0.296	0.159	-0.084	0.391	0.895	1.003
CALABRIA	0.862	1.416	1.934	-0.904	2.234	-0.503
SICILIA	-2.029	-2.362	-0.069	-1.047	3.345	3.002
SARDEGNA	1.613	0.819	0.365	1.504	0.668	2.179
ITALIA	35.923	59.592	57.521	78.208	194.883	207.727

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

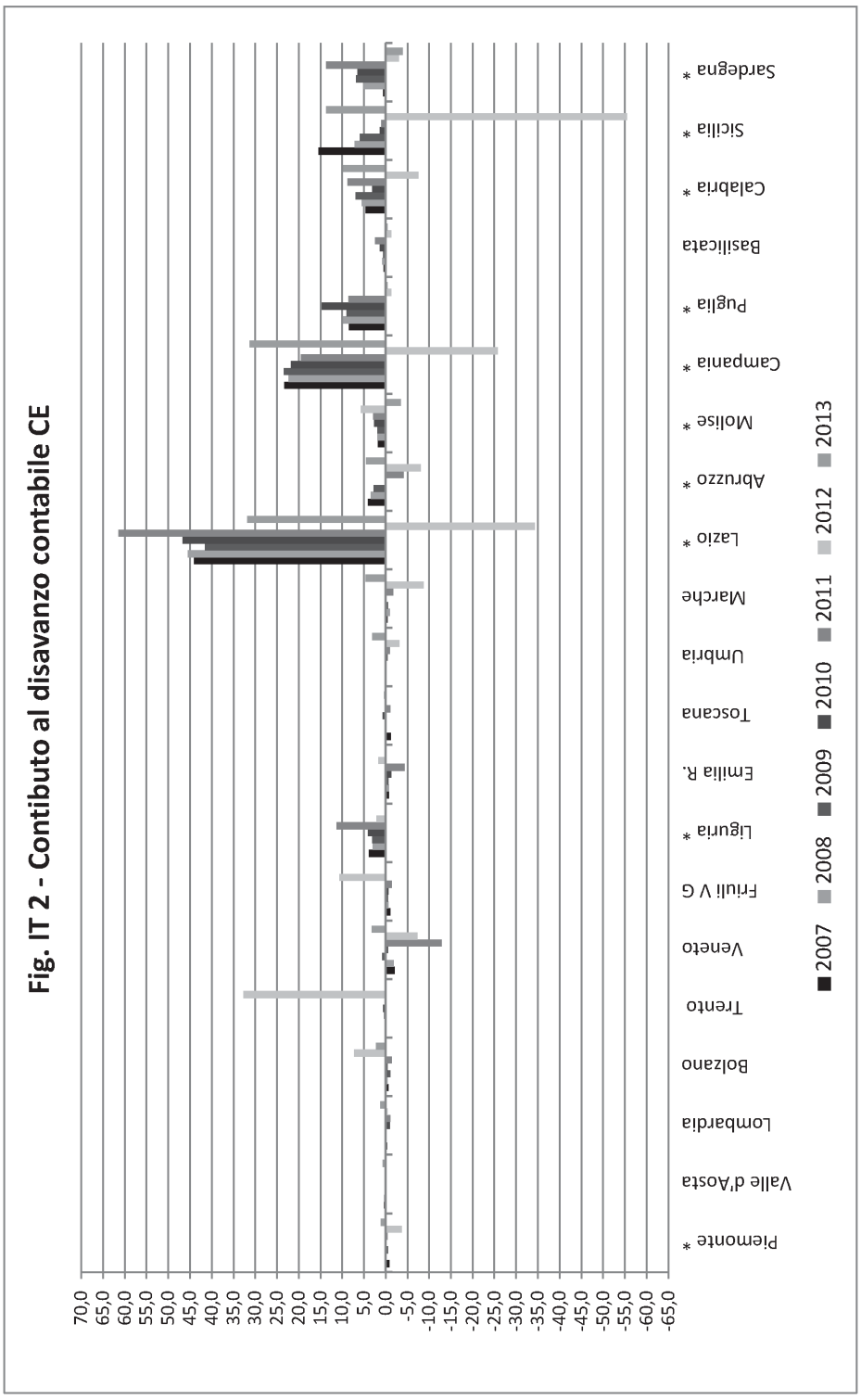


Fig. IT 2 - Contibuto al disavanzo contabile CE
70,0
65,0
60,0
55,0
50,0
45,0
40,0
35,0
30,0
25,0
20,0
15,0
10,0
5,0
0,0
-5,0
-10,0
-15,0
-20,0
-25,0
-30,0
-35,0
-40,0
-45,0
-50,0
-55,0
-60,0
-65,0
Piemonte *
Valle d'Aosta
Lombardia
Bolzano
Trento
Veneto
Friuli V G
Liguria *
Emilia R.
Toscana
Umbria
Marche
Lazio *
Abruzzo *
Molise *
Campania *
Puglia *
Basilicata
Calabria *
Sicilia *
Sardegna *
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013

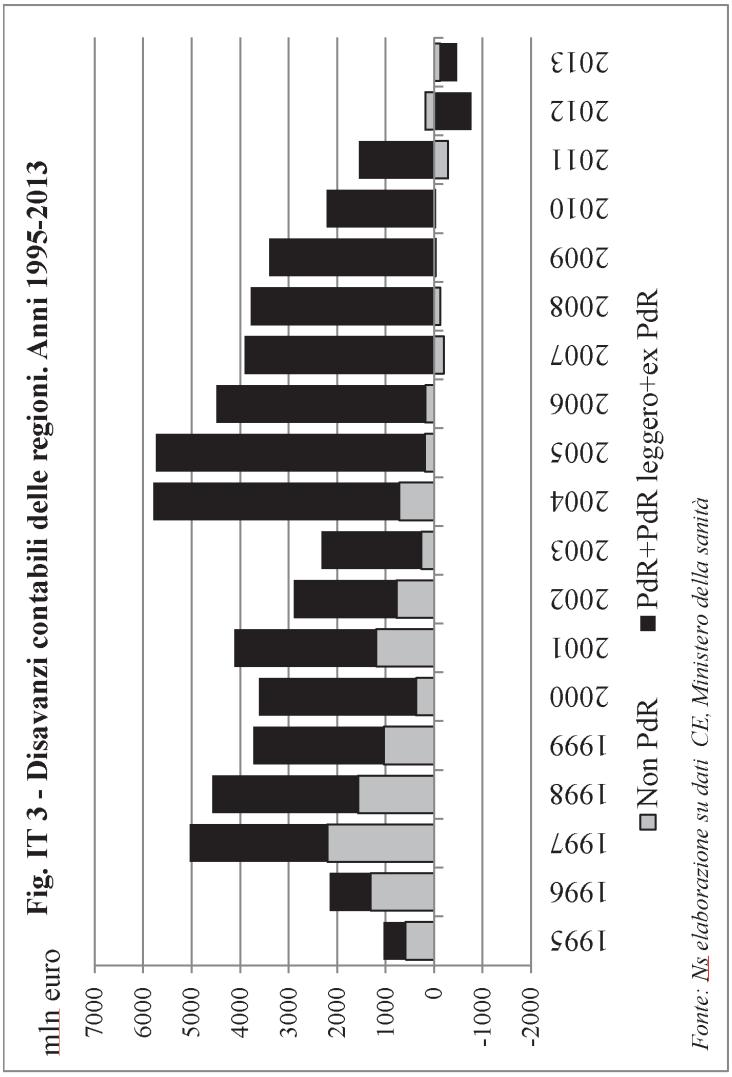
Tab. IT 8 - Disavanzi contabili delle Regioni (mln di euro) (*)

Regioni	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%
Piemonte	209.8	5.1	40.4	1.4	100.5	4.3	671.1	11.6	-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	-21.7	-3.7	-9.3	1.1
Valle d'Aosta	33.3	0.8	6.7	0.2	10.4	0.4	13.3	0.2	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	-5.2	0.6
Lombardia	280.8	6.8	322.6	11.2	-63.7	-2.7	-131.3	-2.3	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	-2.7	-0.5	-10.4	1.3
Provincia aut. Di Bolzano	297.0	7.2	70.7	2.4	25.2	1.1	-25.2	-0.4	-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	-17.9	2.2
Provincia aut. Di Trento	-4.4	-0.1	-1.0	0.0	5.0	0.2	9.0	0.2	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	32.7	-1.4	0.2
Veneto	304.5	7.4	204.2	7.1	145.3	6.3	-5.7	-0.1	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	-42.7	-7.3	-25.5	3.1
Friuli-Venezia Giulia	17.6	0.4	-33.9	-1.2	-19.4	-0.8	-9.4	-0.2	-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	10.7	-2.1	0.3
Liguria	76.9	1.9	44.2	1.5	48.4	2.1	328.9	5.7	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	12.3	2.1	0.0	0.0
Emilia-Romagna	16.3	0.4	50.0	1.7	40.3	1.7	380.1	6.6	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	9.6	1.7	-2.3	0.3
Toscana	88.0	2.1	43.8	1.5	-20.4	-0.9	240.4	4.2	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	1.3	0.2	-3.2	0.4
Umbria	6.7	0.2	9.8	0.3	45.9	2.0	52.4	0.9	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	-18.6	-3.2	-24.6	3.0
Marche	125.2	3.0	97.8	3.4	71.4	3.1	162.8	2.8	18.3	0.3	39.0	0.9	-15.0	-0.4	-36.8	-1.0	-16.6	-0.5	2.6	0.1	-21.2	-1.7	-50.5	-8.7	-37.7	4.6
Lazio	986.7	23.9	574.1	19.9	710.6	30.6	1669.3	28.8	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	-199.4	-34.3	-258.1	31.8
Abruzzo	75.2	1.8	135.6	4.7	216.5	9.3	103.7	1.8	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	-46.7	-8.0	-36.2	4.5
Molise	37.5	0.9	18.5	0.6	73.0	3.1	43.7	0.8	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	32.9	5.7	28.3	-3.5
Campania	628.9	15.3	637.9	22.1	556.0	23.9	1181.8	20.4	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	-149.6	-25.7	-253.5	31.3
Puglia	166.3	4.0	4.2	0.1	-108.9	-4.7	-41.6	-0.7	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	-7.5	-1.3	2.9	-0.4
Basilicata	28.4	0.7	0.6	0.0	19.2	0.8	31.2	0.5	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	-7.5	-1.3	3.4	-0.4
Calabria	226.1	5.5	147.9	5.1	57.3	2.5	128.4	2.2	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	-44.0	-7.6	-78.8	9.7
Sicilia	414.7	10.1	341.7	11.8	267.4	11.5	747.7	12.9	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	-322.2	-55.4	-110.8	13.7
Sardegna	106.3	2.6	174.6	6.0	143.2	6.2	239.5	4.1	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	-17.9	-3.1	31.3	-3.9
ITALIA	4121.7	100.0	2890.6	100.0	2323.4	100.0	5790.0	100.0	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	-581.2	-100.0	811.2	-100.0

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

(*) Deficit da CE (valori negativi indicano un avanzo);

Fig. IT 3 - Disavanzi contabili delle regioni. Anni 1995-2013



Fonte: Ns elaborazione su dati CE, Ministero della sanità

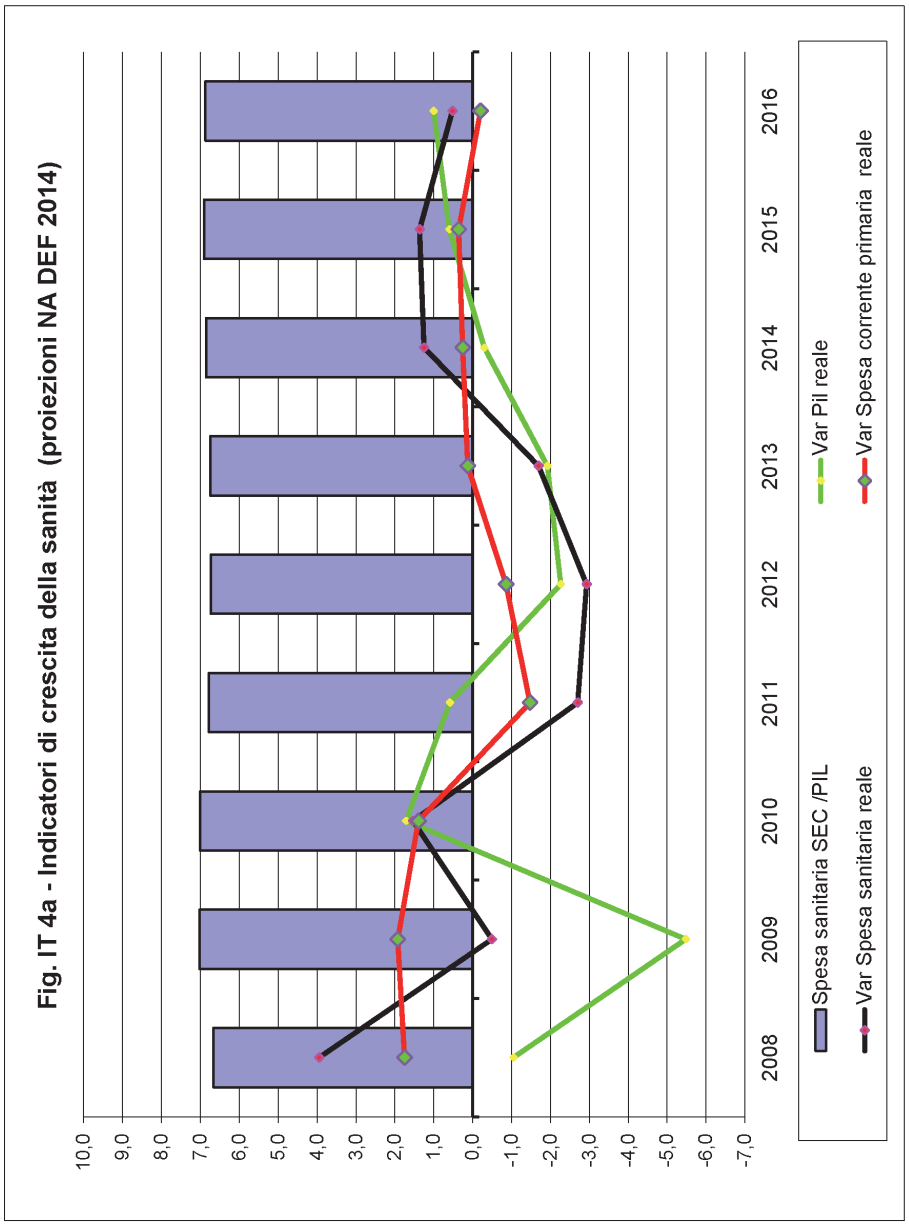


Fig. IT 4a - Indicatori di crescita della sanità (proiezioni NA DEF 2014)
10,0
9,0
8,0
7,0
6,0
5,0
4,0
3,0
2,0
1,0
0,0
-1,0
-2,0
-3,0
-4,0
-5,0
-6,0
-7,0
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
Spesa sanitaria SEC /PIL
Var Spesa sanitaria reale
Var Pil reale
Var Spesa corrente primaria reale

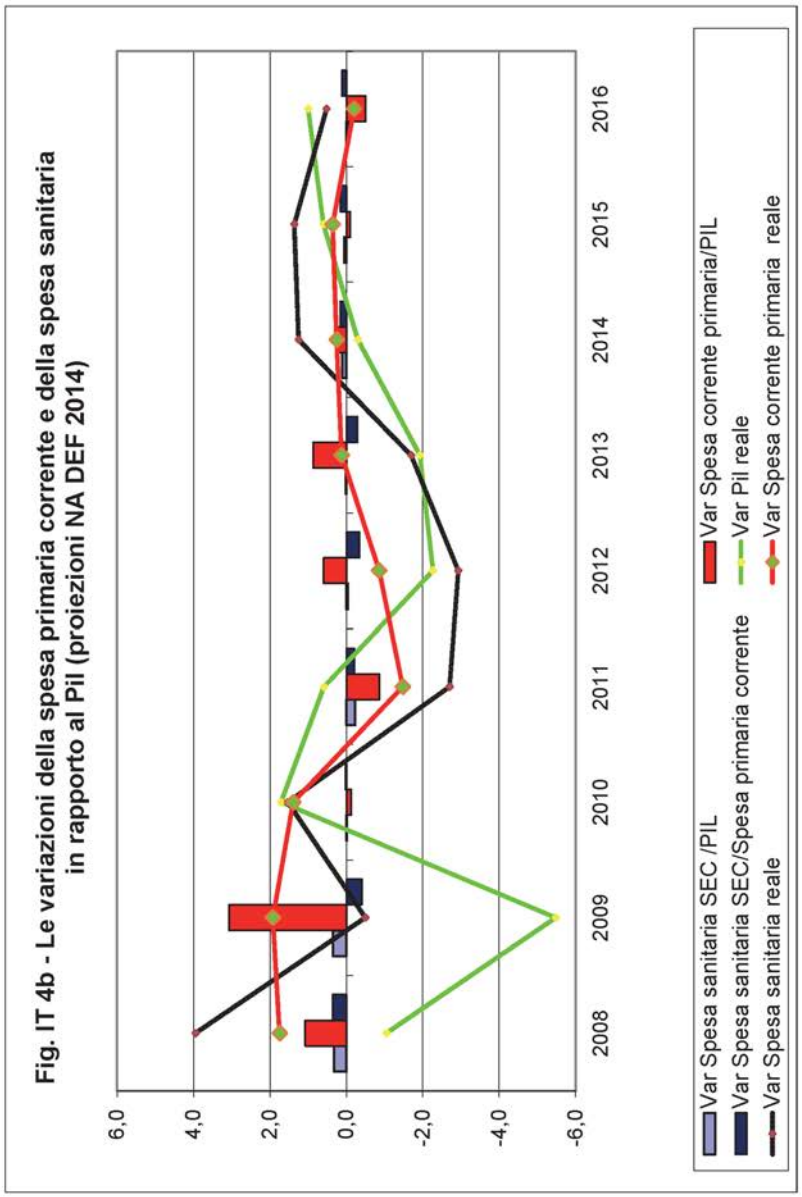


Fig. IT 4b - Le variazioni della spesa primaria corrente e della spesa sanitaria in rapporto al Pil (proiezioni NA DEF 2014)
6,0
4,0
2,0
0,0
-2,0
-4,0
-6,0
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
Var Spesa sanitaria SEC /PIL
Var Spesa sanitaria SEC/Spesa primaria corrente
Var Spesa sanitaria reale
Var Spesa corrente primaria/PIL
Var Pil reale
Var Spesa corrente primaria reale

Tab. IT 10 - Risultati e previsioni di spesa sanitaria (mln di euro)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Spesa sanitaria programmatica post LS stabilità 2013	**112.039**	**113.597**	**112.327**	**112.421**	**115.397**	
Spesa sanitaria tendenziale DEF aprile e settembre 2013	**111.593**	**110.842**	**111.108**	**113.029**	**115.424**	**117.616**
Manovra Legge di Stabilità 2014						
Riduzione FSN disposizioni pubblico impiego (art. 1, c. 481)					*540*	*610*
Finanziamento policlinici universitari non statali; Gaslini Genova; Bambino Gesù (art.1 c. 221; 337; 378)				*82*	*37*	*37*
Aumento FSN Screning neonatali (art.1, c. 229)				*5*	*5*	*5*
Spesa sanitaria programmatica post LS 2014	**111.593**	**110.842**	**111.108**	**113.116**	**114.926**	**117.048**
Spesa sanitaria tendenziale DEF e NA DEF 2014	**111.094**	**109.611**	**109.254**	**111.474**	**113.703**	**116.149**
variazioni spesa tendenziale		-1.3%	-0.3%	2.0%	2.0%	2.2%
Pil DEF aprile 2014	**1.579.946**	**1.566.912**	**1.560.024**	**1.587.053**	**1.626.750**	**1.676.571**
Pil NA DEF ottobre 2014 programmatico	**1.638.857**	**1.628.004**	**1.618.904**	**1.626.516**	**1.646.550**	**1.690.027**
variazioni Pil DEF aprile 2014		-0.8%	-0.4%	1.7%	2.5%	3.1%
variazioni Pil NA DEF ottobre 2014		-0.7%	-0.6%	0.5%	1.2%	2.6%
% sul Pil della spesa sanitaria DEF aprile 2014	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	6.9%
% sul Pil della spesa sanitaria NA DEF ottobre 2014	6.8%	6.7%	6.7%	6.9%	6.9%	6.9%

Fonte: ns elaborazioni su documenti di finanza pubblica

Tab. IT 11 - Il finanziamento del SSN (mln di euro)

	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 sanità penitenziaria per aumento compartecipazione regionale accise sui tabacchi (art.1, c. 513)	*3*	*3*	*3*
Screning neonatali (art.1, c. 229)	*5*	*5*	*5*
Borse studio medici specializzandi (art. 1 c. 424)	*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**
Previsioni Pil DEF 2014	**1.587.053**	**1.626.750**	**1.676.571**
variazioni Pil DEF 2014		2.5%	3.1%
Riallineamento finanziamento al Pil DEF aprile 2014 (2)	**109.932**	**112.062**	**115.424**
Patto per la Salute giugno 2014	**109.928**	**112.062**	**115.444**
Previsioni Pil NA DEF 2014 programmatico	**1.626.516**	**1.646.550**	**1.690.027**
variazioni Pil NA DEF 2014 programmatico		1.2%	2.6%
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 elaborazioni 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 ;

SCHEMA DI DOCUMENTO CONCLUSIVO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SOSTENIBILITA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA GARANZIA DEI PRINCIPI DI UNIVERSALITA', SOLIDARIETA' ED EQUITA' PROPOSTO DAI RELATORI

(relatori: sen. Luigi D'Ambrosio Lettieri e sen. Nerina Dirindin)

Gennaio 2018

Indice

Premessa
Sintesi dei principali punti
1. La salute: una condizione essenziale per la crescita, troppo spesso sottovalutata
2. La salute nell'agenda politica
3. La sanità pubblica deve fare i conti con nuove alleanze
4. Il profilo dell'Italia secondo l'Oecd: l'aggiornamento del 2017
5. Le restrizioni imposte dalla crisi economica a partire dal 2009
6. Le restrizioni imposte al finanziamento della sanità pubblica: i dati al 2017
7. Le restrizioni imposte al finanziamento della sanità pubblica
8. Finanziamento, spesa e disavanzi del Servizio Sanitario Nazionale
9. Crisi economica e consumi sanitari privati
10. Le rinunce alle prestazioni sanitarie: si allarga la forbice fra ricchi e poveri
11. I principali ostacoli all'accesso alle prestazioni sanitarie
12. Un sistema sanitario "in sofferenza"
13. L'Italia ai primi posti nella cura delle persone affette da patologie croniche
14. Una contenuta dotazione di posti letto ospedalieri
15. Sempre più contenuta l'attività di ricovero ospedaliero
16. Gli italiani vivono sempre più a lungo, e in buona salute.
17. Le persone anziane sono una risorsa, non un rischio per la sostenibilità del sistema
18. La drastica riduzione della mortalità infantile e le differenze fra Nord e Sud del Paese
19. Più prevenzione per contrastare l'epidemia di malattie croniche
20. La sedentarietà in Italia: un fattore di rischio e una fonte di spesa
21. Più sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro rende il sistema più sostenibile
22. Sanità a burocrazia zero, per i cittadini e per gli operatori.
23. Spendere meno o spendere meglio?
24. Riqualificare la spesa
25. Più attenzione a legalità e trasparenza
26. Le performance dei sistemi sanitari regionali
27. Cronicità e *long term care*: problemi aperti ed esperienze regionali
28. Il Piano Nazionale della Cronicità: una nuova cultura e nuovi scenari
29. La capillarità dei servizi sul territorio: il ruolo delle farmacie
30. OMS Salute 2020: salute è la maggiore risorsa per la società
31. EuroHealthNet e la promozione della salute
32. Il Comitato Nazionale di Bioetica in difesa del sistema sanitario nazionale
33. Il progressivo contenimento del personale dipendente
34. La spesa per il personale in continua riduzione
35. Una nuova politica del personale
36. La condizione di sofferenza della ricerca clinica
37. L'impegno della Commissione per il superamento degli OPG
38. Sostenibilità del sistema e secondo pilastro
39. Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia
40. Considerazioni conclusive

ALLEGATI GRAFICI E TABELLARI

Premessa

Il presente documento si propone di fare il punto dei lavori della 12^ 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 in corso.

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). La gran parte dei dati riportati in allegato sono quelli discussi nel primo documento e sono aggiornati a febbraio 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.

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.

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

— ministro della salute, on.le Beatrice Lorenzin;

— rappresentanti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – Age.Na.S: il Dott. Giovanni Bissoni (presidente) e il Dott. Fulvio Moirano (direttore);

— rappresentanti dell'Agenzia Italiana del Farmaco – AIFA: Prof. Sergio Pecorelli (presidente), Prof. Luca Pani (direttore) 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 Farmindustria: Ing. Massimo Scaccabarozzi (presidente), Dott.ssa Nadia Ruozzi (responsabile Area relazioni istituzionali e Associazioni dei pazienti) e Dott. Antonio Morelli (responsabile dell'Ufficio Stampa);

— 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) e del Sindacato nazionale medici medicina fisica e riabilitativa (SIMMFIR) – Dott. G. Gruppioni, Dott.ssa M.T. Agati e Dott. M. Clementi;

— commissario dell'Istituto Superiore di Sanità, Prof. Walter Ricciardi;

— direttore generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - Age.Na.S., Dott. Francesco Bevere;

— rappresentanti di Federfarma, Dott.ssa Racca (presidente), Dott. Misasi (segretario nazionale) e Dott. Orlandi (vice presidente);

— rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Ass. Luigi Marroni, Ass. Massimo Garavaglia, Ass. Flavia Franconi, Ass. Lucia Borsellino, Ass. Antonio Maritati e presidente Di Laura Frattura, Dott. Enrico Rossi (presidente della Regione Toscana);

— 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) 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 (responsabile nutrizione artificiale) e Dott.ssa Simona Dei (direttore sanitario);

— rappresentanti della SISAC (Struttura interregionale sanitari Convenzionati): Dottor Vincenzo Pomo, coordinatore), Dott. Antonio Maritati (vice-coordinatore), Dott. Michele De Giacomo (responsabile della segreteria tecnica);

— 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), Dott. Salvatore Cauchi (vicesegretario organizzativo);
— onorevole Franco Corleone, commissario unico per il superamento degli OPG;
— audizioni sulle Case della Salute: Dott.ssa Chiara Benvenuti (Distretto Centro nord Ausl di Ferrara), Dott. Tommaso Bertolini (comune di Quattro Castella - Reggio Emilia), Dott.ssa Gaia Jacchetti (Ambulatorio della Casa della Carità di Milano), Dott. Franco Prandi (Comitato Scientifico Fondazione Santa Clelia Barbieri), Dott.ssa Silvia Landra (Casa della Carità di Milano);
- rappresentanti della Croce Rossa Italiana: Dott. Flavio Ronzi, presidente del Comitato area metropolitana di Roma capitale, accompagnato dal Dott. Pietro Migliaccio, responsabile relazioni istituzionali.

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 Servizio Sanitario Nazionale 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 eguali 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 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 delle 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 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.

---

[1] Consiglio 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.

[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.

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 sanitario 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 diseguaglianze 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 operatori 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 privati che possono svolgere un ruolo diretto o indiretto a tutela della salute.

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

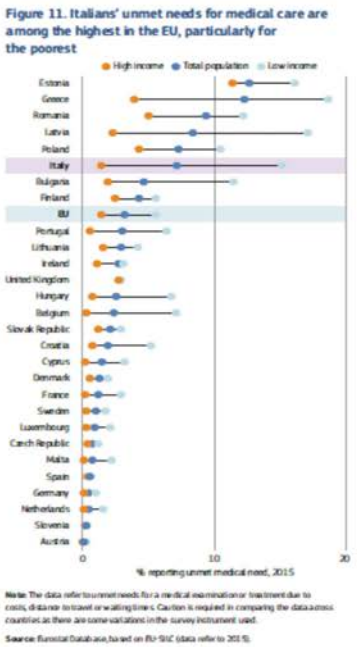
Nel 2017 l'Oecd ha pubblicato il nuovo profilo dell'Italia con riguardo alla salute[4].

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 della UE, 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% di sovrappeso e obesità tra i bambini.
- 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 compartecipazione 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.

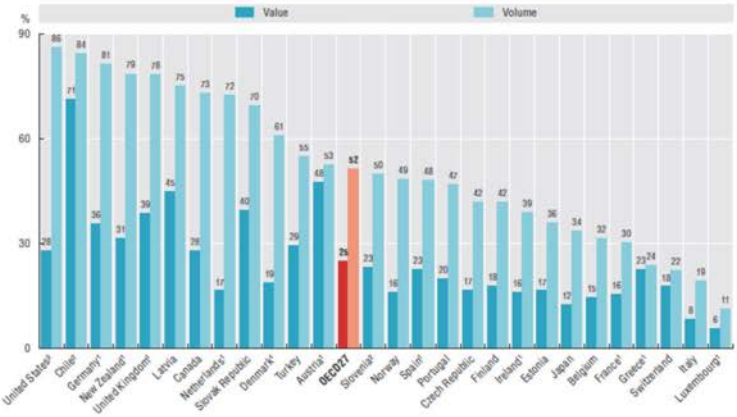


- In seguito alla ripresa economica degli ultimi anni, i livelli essenziali sono stati rivisti e ampliati (Lea), ma vi sono preoccupazioni per la capacità finanziaria delle regioni di attuare tali livelli, che devono essere garantiti a tutti i residenti nel paese.
  L'allocazione dei fondi solleva preoccupazioni 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.

[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

- 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% della spesa farmaceutica in valore e 19% in volume nel 2015, contro una media Oecd rispettivamente di 25% e 52%.

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

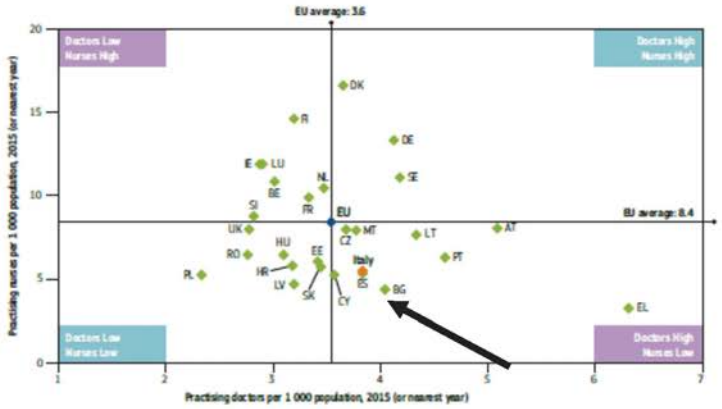


1. Reimbursed pharmaceutical market.
2. Community pharmacy market.
Source: OECD Health Statistics 2017.

- 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 15 anni, ma il paese è ancora caratterizzato da un basso rapporto medici/infermieri rispetto alla maggior parte degli altri paesi dell'UE. 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



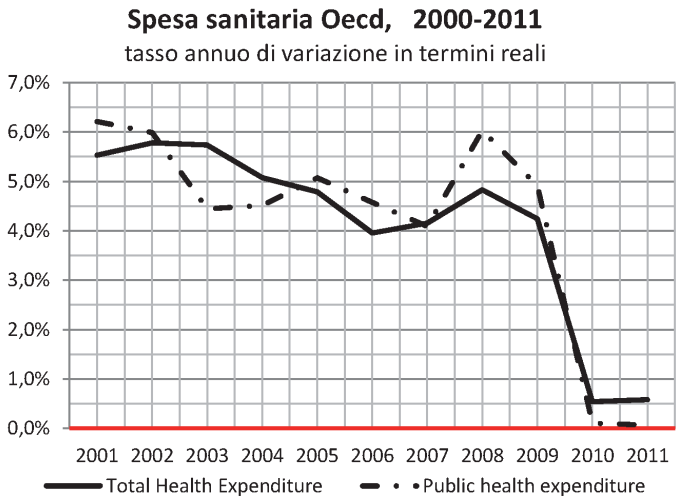
Note: In Portugal and Greece, data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large overestimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal). In Austria and Greece, the number of nurses is underestimated as it only includes those working in hospital.

Source: Eurostat Database.

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 economico[5].

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.



Risulta evidente che mentre fino al 2008 si sono registrati incrementi medi intorno al 5% 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 consistenti restrizioni delle risorse destinate alla sanità.

In Italia nel 2012 (si veda il grafico a pagina seguente) la spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) è scesa al 9,2% del Pil contro il 9,4% del 2009. Il ridimensionamento è stato ancor più pesante nel Regno Unito (dal 9,7% al 9,3%) e nei paesi scandinavi (dal 10,2% al 9,8%). Anche in Francia e in Germania, dove si spendono oltre 2 punti di Pil in più rispetto al nostro Paese, le risorse per la salute sono state contenute, in particolare in Germania (dall'11,8% all'11,3%) mentre in Francia la spesa è stata stabilizzata al 11,6%.

Gli effetti della recessione sulla spesa sanitaria sono stati ancor più pesanti nei paesi a rischio default: in Grecia la spesa sanitaria complessiva è scesa dal 10,2% del 2009 al 9,3% nel 2012; in Irlanda dal 9,9% al 8,9%; in Portogallo dal 10,2% al 9,5%; in Spagna dal 9,6% al 9,3%.

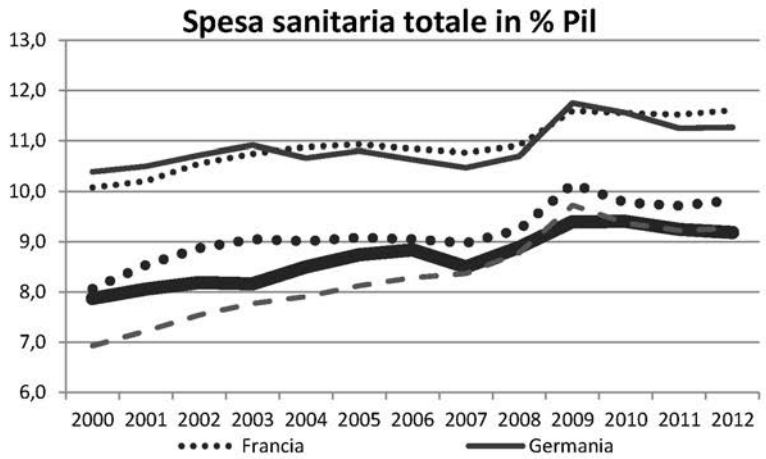
Tra il 2009-2012 la crescita reale della spesa sanitaria è stata contenuta ovunque (rispetto ai tassi di crescita riscontrati nel periodo 2000-2009). In Italia le risorse per la salute hanno evidenziato una crescita reale negativa del 3,5% nel 2011 e del 2,8% nel 2012. Nei paesi a rischio default che hanno beneficiato dei pacchetti di *bailout* della troika (Grecia, Irlanda e Portogallo), la dimensione dei tagli alla sanità è stata di gran lunga

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

superiore alla decrescita dell'economia. In Grecia, la copertura universale del sistema sanitario è fortemente compromessa; i programmi di austerità hanno costretto ad aggredire la spesa sanitaria pubblica in valori reali del 13,8% nel 2010, di un ulteriore 3,1% nel 2011 e ancora del 12,3% nel 2012. L'Irlanda nel 2010 ha tagliato la spesa sanitaria pubblica del 12,2% in valori reali e, nonostante una crescita reale positiva, nel 2011 ha continuato con una riduzione delle risorse pubbliche del 5,8% (+1,6% nel 2012).

Analoghi contenimenti della spesa sanitaria pubblica si sono registrati in Spagna (-0,5% nel 2010; -3,3% nel 2011; -5,4% nel 2012) e nel Regno Unito (-1,1% nel 2010 e nel 2011; +1,4% nel 2012). 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.

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 turnover (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 letto[6].



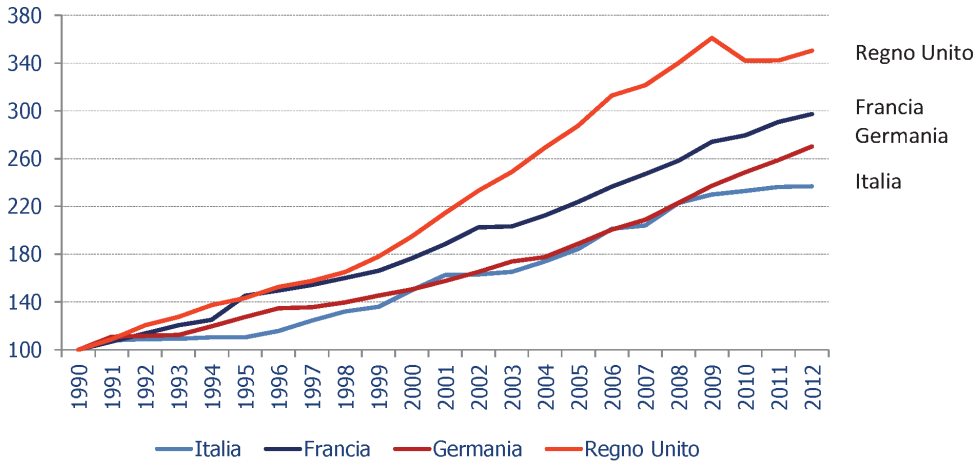
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD. 2014

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 US$ PPP della Francia e ai 1.781 US$ PPP della Germania. I dati relativi alla crescita annuale della spesa sanitaria

[6] 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.

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."[7]

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.

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 mld 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 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."[8]

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

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

8. 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 amministrazione al netto degli interessi), e la sanità pubblica ha contributo 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% contro il 2,2% dell'intera spesa corrente primaria (in valori reali: -0,1% contro + 0,4%).

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 mld nel 2010 a 109,3 mld nel 2013 (dati di preconsuntivo DEF 2014). Nel 2012 si è verificata la riduzione più consistente, quando la spesa si è assestata su 109,6 mld, un valore inferiore di ben 4 mld rispetto a quanto programmato dopo la spending review del d.l. 95/12. Anche per il 2013 i preconsuntivi della sanità riportati nel DEF 2014 segnano ancora ben 1,9 mld in meno rispetto alle previsioni del DEF 2013.

Risultati e previsioni di spesa sanitaria (mln di euro)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Spesa sanitaria programmatica post LS stabilità 2013	**112.039**	**113.597**	**112.327**	**112.421**	**115.397**	
Spesa sanitaria tendenziale DEF aprile e settembre 2013	**111.593**	**110.842**	**111.108**	**113.029**	**115.424**	**117.616**
Manovra Legge di Stabilità 2014						
Riduzione FSN disposizioni pubblico impiego (art. 1, c. 481)					*540*	*610*
Finanziamento policlinici universitari non statali; Gaslini Genova; Bambino Gesù (art.1 c. 221; 337; 378)				*82*	*37*	*37*
Aumento FSN Screning neonatali (art.1, c. 229)				*5*	*5*	*5*
Spesa sanitaria programmatica post LS 2014	**111.593**	**110.842**	**111.108**	**113.116**	**114.926**	**117.048**
Spesa sanitaria tendenziale DEF e NA DEF 2014	**111.094**	**109.611**	**109.254**	**111.474**	**113.703**	**116.149**
variazioni spesa tendenziale		-1.3%	-0.3%	2.0%	2.0%	2.2%
Pil DEF aprile 2014	**1.579.946**	**1.566.912**	**1.560.024**	**1.587.053**	**1.626.750**	**1.676.571**
Pil NA DEF ottobre 2014 programmatico	**1.638.857**	**1.628.004**	**1.618.904**	**1.626.516**	**1.646.550**	**1.690.027**
variazioni Pil DEF aprile 2014		-0.8%	-0.4%	1.7%	2.5%	3.1%
variazioni Pil NA DEF ottobre 2014		-0.7%	-0.6%	0.5%	1.2%	2.6%
% sul Pil della spesa sanitaria DEF aprile 2014	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	6.9%
% sul Pil della spesa sanitaria NA DEF ottobre 2014	6.8%	6.7%	6.7%	6.9%	6.9%	6.9%

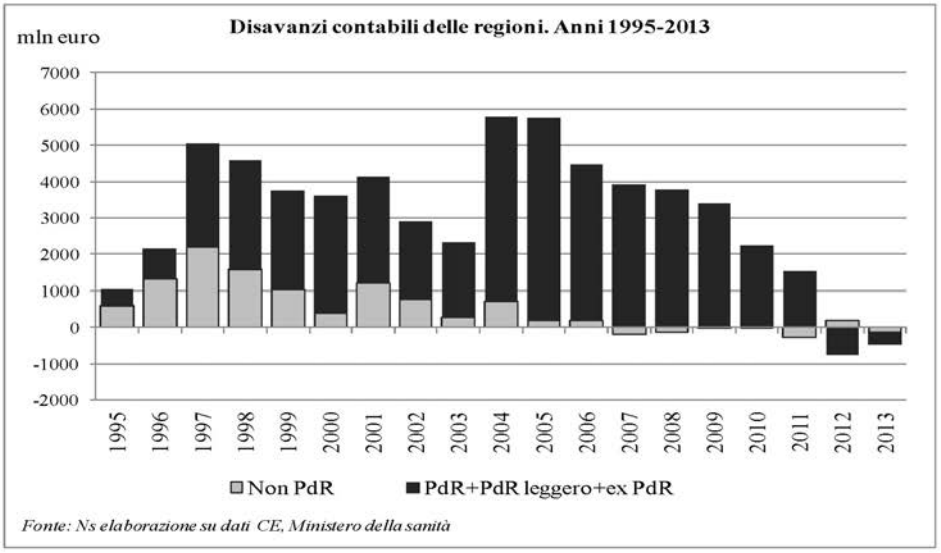
Fonte: ns elaborazioni su documenti di finanza pubblica

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. Nel 2013 la spesa farmaceutica convenzionata netta è stata pari a 8,86 miliardi di euro, in calo dell'1,4% rispetto al 2012. Se consideriamo la spesa farmaceutica pubblica totale (al netto del payback) il 2013

ha registrato una riduzione dell'1,5% (nel 2012 aveva registrato già un – 3,4%). 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, etc.). 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 dalle regioni cosiddette virtuose, la figura sottostante mostra come lo squilibrio complessivo registrato nel 2011 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% 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% è attribuibile alla regione Lazio). Gli ultimi due anni sono invece caratterizzati da chiusure in avanzo.



La disciplina di bilancio in queste regioni è il 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 turnover, divieto di effettuare spese non obbligatorie, blocco dei trasferimenti erariali non obbligatori).

Sul fronte del finanziamento cui concorre lo Stato, nel corso del 2013 sono stati ripristinati i 2 mld relativi ai tickets sanitari programmati con d.l. 98/11 ma dichiarati illegittimi dalla Corte Costituzionale, riportando il finanziamento del Ssn per il 2014 a 109,9 mld. Per gli anni successivi, il finanziamento segue la regola generale di allineamento alla crescita del Pil nominale, senza tralasciare le disposizioni correttive in sede di legge di stabilità 2014 (economie sul personale e i nuovi finanziamenti per gli screening neonatali e le borse di studio dei medici specializzandi).

Il nuovo *Patto per la salute 2014-2016* non si discosta da questo allineamento alla crescita dell'economia per gli anni 2014 e 2015.

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 sanità penitenziaria per aumento compartecipazione regionale accise sui tabacchi (art.1, c. 513)	*3*	*3*	*3*
Screning neonatali (art.1, c. 229)	*5*	*5*	*5*
Borse studio medici specializzandi (art. 1 c. 424)	*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**
Previsioni Pil DEF 2014	**1.587.053**	**1.626.750**	**1.676.571**
variazioni Pil DEF 2014		2.5%	3.1%
Riallineamento finanziamento al Pil DEF aprile 2014 (2)	**109.932**	**112.062**	**115.424**
Patto per la Salute giugno 2014	**109.928**	**112.062**	**115.444**
Previsioni Pil NA DEF 2014 programmatico	**1.626.516**	**1.646.550**	**1.690.027**
variazioni Pil NA DEF 2014 programmatico		1.2%	2.6%
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 elaborazioni 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'Oecd[9] che nei confronti di spesa con i maggiori paesi europei lamenta per il nostro paese non solo lo svantaggio di risorse riservate al Ssn, ma anche un deficit di prestazioni extra-ospedaliere, quali l'assistenza territoriale, la prevenzione, la *long term care*.

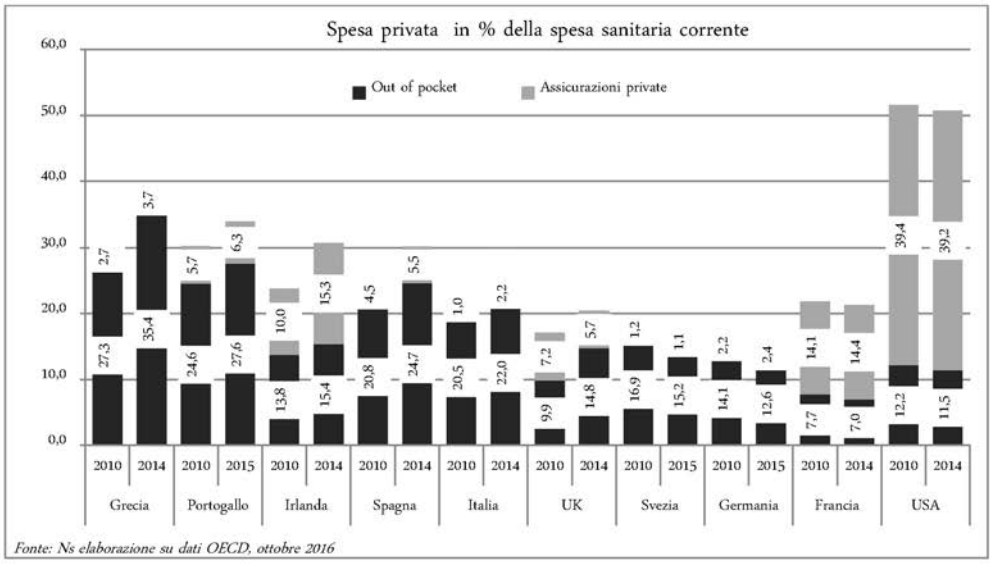
[9] Si veda l'audizione del dottor F. Sassi dell'Oecd.

9. 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 Oecd[10] sulla spesa sanitaria privata, suddivisa nelle sue componenti *out of pocket* e intermediata, consentono di fare chiarezza[11].

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 della spesa. Dal 2010 al 2014 in Grecia si è passati dal 30% al 39,1% del totale della spesa sanitaria, in Irlanda dal 23,8% al 30,7%. I dati del Portogallo mostrano una variazione dal 30,3% al 33,9%; quelli della Spagna dal 25,3% al 30,2%.



Germania e Francia (paesi con un'importante presenza di mutue e assicurazioni private) sono invece accomunati da una lieve riduzione della spesa sanitaria privata.
In UK si osserva un rilevante aumento dell'incidenza della spesa *out of pocket* (dal 9,9% del 2010 al 14,8% del 2014) e una contrazione delle forme intermediate (dal 7,2% al 5,7%).

[10] OECD Health Statistics 2014
[11] La spesa *out of pocket* comprende anche la compartecipazione alla spesa.

Per l'Italia i dati Oecd indicano una lieve tendenza all'aumento dell'incidenza della spesa privata (dal 21,5% del 2010 al 24,2% del 2014).

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 si è arrestato.

Nel 2011 la spesa privata corrente delle famiglie è stimata pari a 28,9 mld, con un tasso di crescita del 7% rispetto al 2010, mentre nel 2012 si stima una riduzione del 2% rispetto all'anno precedente, cui si aggiunge una ulteriore contrazione nel 2013 del 5%, segno della depressione del mercato.

La spesa privata in Italia rappresenta una specificità rispetto a paesi quali Germania, Francia e UK, perché solo il 4% della spesa totale risulta intermediata, 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, ecc.) sui quali la Commissione ha elaborato alcune considerazioni riportate nel paragrafo n. 38 "Sostenibilità del sistema e secondo pilastro".

10. 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.

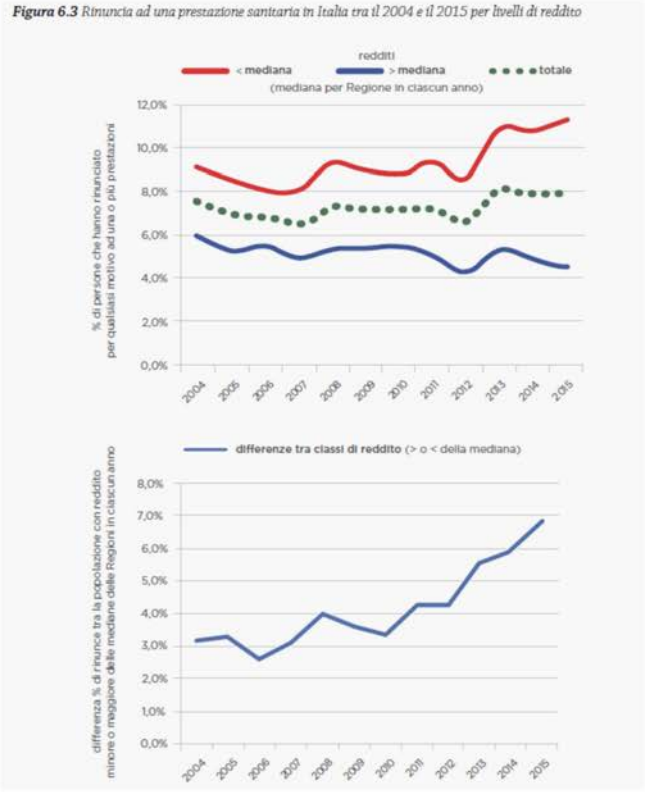
Secondo i dati EU-SILC del 2014, il 7,8% della popolazione italiana (pari a circa cinque milioni di persone) avrebbe rinunciato a una o più visite specialistiche e trattamenti terapeutici, pur avendone bisogno. [12]

Il confronto tra le statistiche dei diversi Paesi UE indica che l'Italia è sostanzialmente in linea con la media europea, un po' meno della Svezia (9,2%), un po' più della Francia (6,3%), della Danimarca (6,9%) e della Germania (6,4%). 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 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.

Figura 6.3 *Rinuncia ad una prestazione sanitaria in Italia tra il 2004 e il 2015 per livelli di reddito*



[12] INPM, Ministero della salute, *L'Italia per l'equità nella salute*, 2017

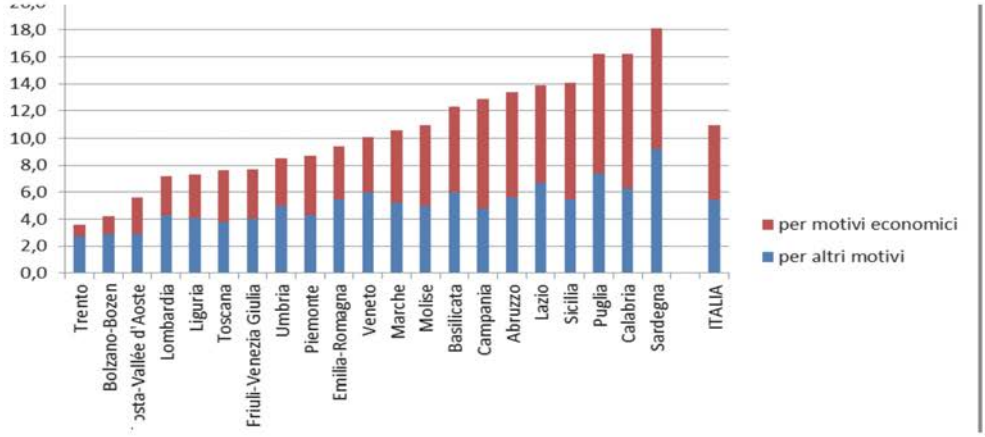
11. I principali ostacoli all'accesso alle prestazioni sanitarie

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 ecc.). Il grafico distingue fra i motivi economici e gli altri motivi (carenze dell'offerta o altro)[13]. Nel 2013, l'11% della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato, pur avendone bisogno, ad almeno una prestazione sanitaria; il 5,6% 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.

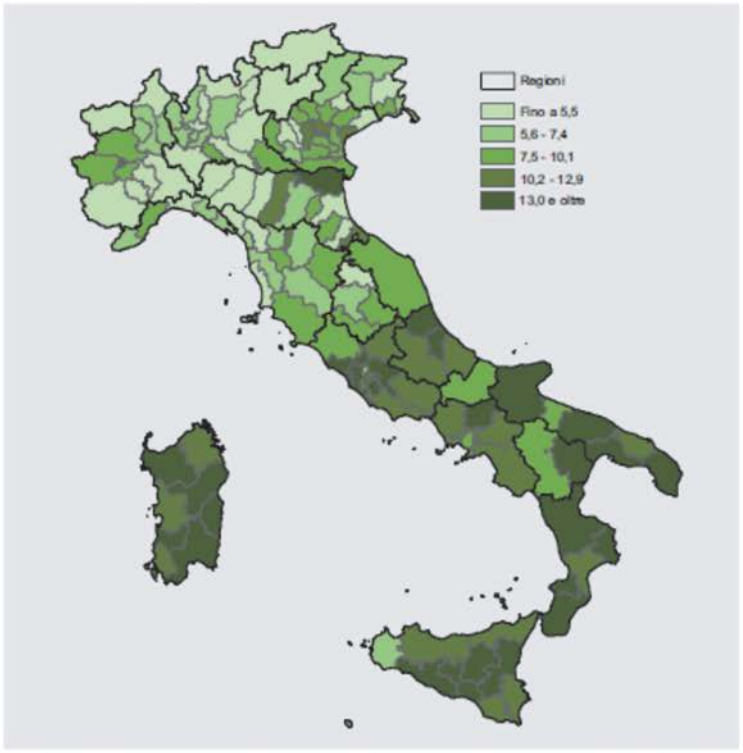
L'80% degli italiani è soddisfatto delle proprie condizioni di salute e la maggioranza della popolazione adulta (60,8%) valuta positivamente il Servizio sanitario pubblico, un valore costante dal 2005 ma con variabilità territoriali (fra regioni e all'interno delle regioni) acuite nell'ultimo anno. In un quadro tutto sommato ancora

[13] Istat 2014.

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).

La figura seguente mostra la percentuale di persone che negli ultimi 12 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% di rinunce (nella Asl di Trento e in una Asl della Lombardia) al 21,7% (in una Asl della Sardegna). In generale al Nord la percentuale non supera spesso il 5,5%mentre al Sud la percentuale è spesso superiore al 13%

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 ricorso ai servizi sanitari
(a) Visite, accertamenti, interventi chirurgici.

Fonte: Istat, 2015

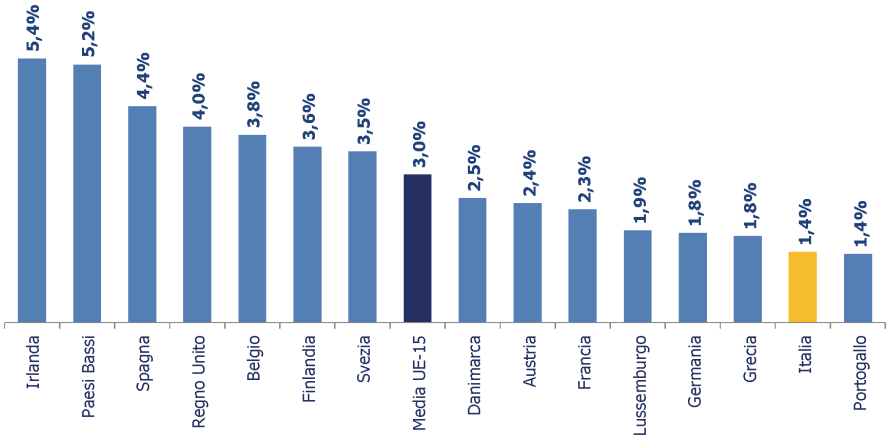
12. Un sistema sanitario "in sofferenza"

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 meno[14], 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: nel periodo 2000-2012 il tasso medio annuo di crescita è stato in Italia pari a 1,4%, di gran lunga inferiore a quello della media EU-15 (3,0%) e di quello dell'area Ocse (3,9%). E ciò nonostante il dato di partenza fosse già nettamente più basso rispetto ai maggiori paesi industrializzati.



Tasso di crescita reale della spesa sanitaria totale (pubblica e privata) nei Paesi dell'UE-15 tasso medio annuo 2000-2012. *Fonte: OECD Health Statistics 2014, giugno 2014*

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 si che un insieme di fattori produttivi (competenze, esperienze, professionalità,

[14] 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».*

innovazione, ecc.) 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 rassicurare 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 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) [15].

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.

---

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

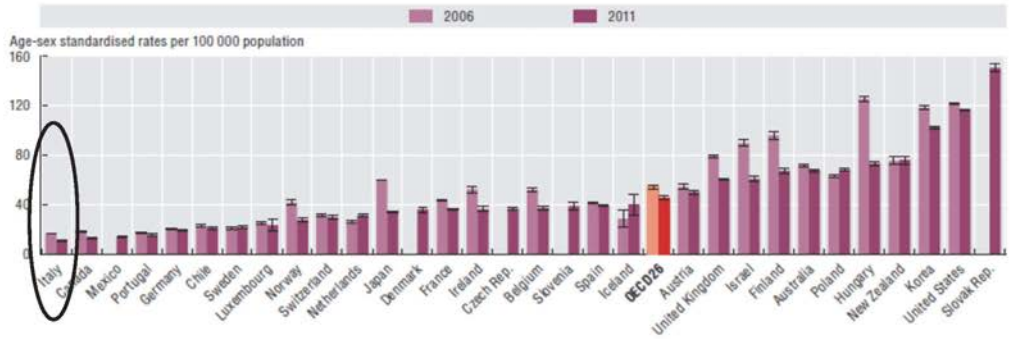
13. L'Italia ai primi posti nella cura delle persone affette da patologie croniche

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 croniche[16].
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% della spesa sanitaria totale nel 2011)[17]. 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. E' 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 su 100.000 abitanti, tra il 2006 ed il 2011 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 26 paesi dell'OCSE), con un tasso di ospedalizzazione che va anche riducendosi nel tempo.

Tassi standardizzati di ricovero in ospedale per asma – anni 2011 e 2006 *(ricoveri per 100.000 ab.)*



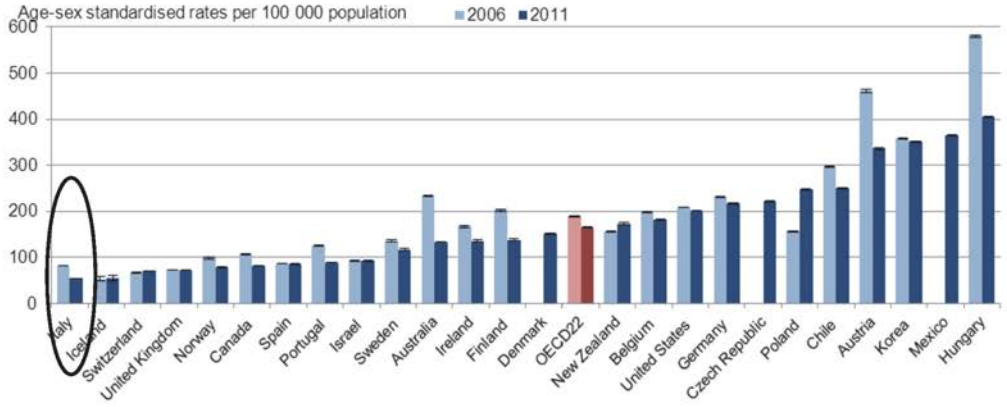
Note: 95% confidence intervals represented by |—|.
Source: OECD Health Statistics 2013. http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

Tassi simili si riscontrano per il ricovero dovuto a BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva), dove l'Italia presenta valori nettamente inferiori alla media dei paesi Oecd e in forte riduzione (mentre Francia e Germania mostrano una tendenza all'aumento).

[16] Oecd, Health at a glance, 2013.
[17] WHO 2011, IDF 2011.

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 2011 e 2006 *(ricoveri per 100.000 abitanti)*



Fonte: Oecd, Health at a glance 2013

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 Esiti [18] 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% in Provincia di Foggia a 0,10% in Provincia di Fermo (media nazionale 0,51%).

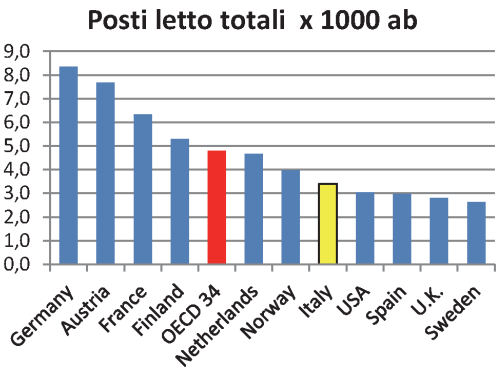
Sui tassi di spedalizzazione dell'Italia rispetto agli altri paesi europei incide inoltre la storica minore dotazione di posti letto ospedalieri, che non può che favorire un più attento impiego delle attività di degenza a favore di pazienti che possono essere trattati sul territorio (di cui al successivo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

[18] Programma Nazionale Valutazione Esiti, ed. 2013, SDO 2005-2012 (www.agenas.it)

14. 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)[19].

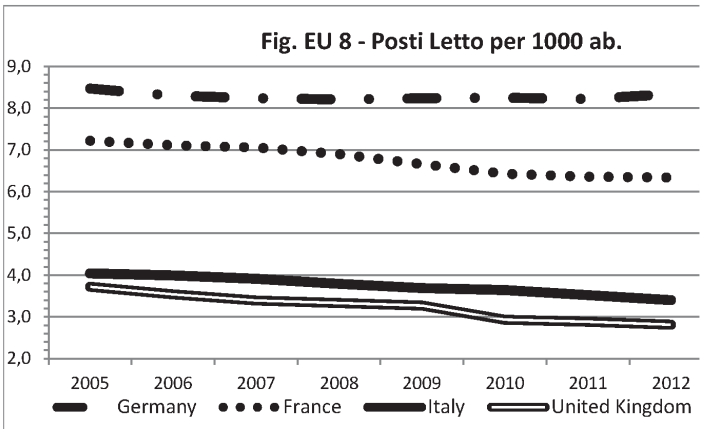
La Germania dispone di un numero di posti letto per 1000 abitanti che è circa il doppio di quello dell'Italia, sia in totale sia per gli acuti. Anche la dotazione della Francia è superiore a quella italiana, ancorché per valori più contenuti.

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 2005 al 2012 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.



Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

[19] Oecd, Health Statistics 2013.

15. Sempre più contenuta l'attività di ricovero ospedaliero

Nel maggio 2017 il Ministero della Salute ha stato 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.

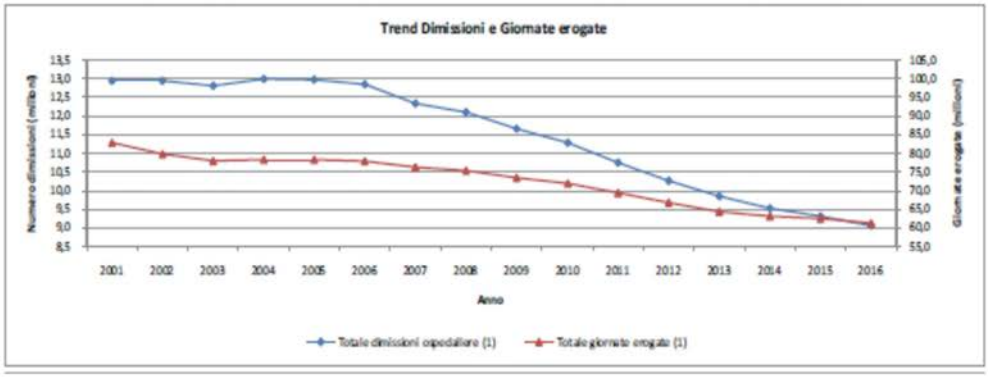
Nel 2016 sono stati effettuati 8.692.371 ricoveri (incluso il nido) per un volume di giornate di degenza pari a 60 milioni.

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% nel periodo) e le giornate di degenza sono diminuite di oltre 21 milioni (- 26%).

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.

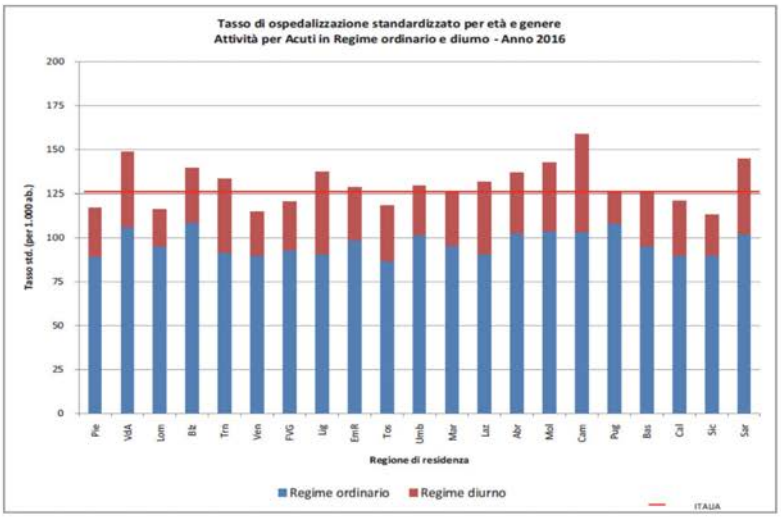
Il trend del tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e sesso, mostra un andamento fortemente decrescente: da 171,9 per mille abitanti nel 2010 a 132,5 nel 2016. Il calo interessa sostanzialmente l'attività per Acuti.

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 l'attività per Acuti in regime ordinario e diurno, al 15% per l'attività di riabilitazione in regime ordinario, al 10% per l'attività di riabilitazione in regime diurno, e al 5% 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.

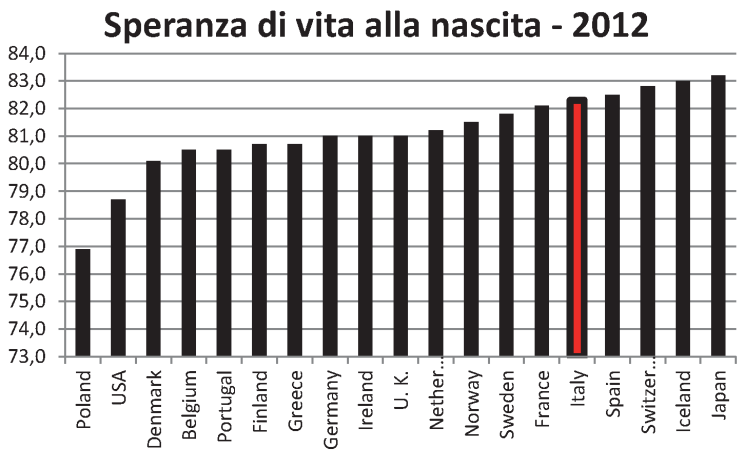
16. Gli italiani vivono sempre più a lungo, e in buona salute.

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

Nel 2012, l'Italia occupa nella graduatoria fra i 34 paesi Oecd il quinto posto per speranza di vita alla nascita (dopo Giappone, Islanda, Svizzera e Spagna)[20]. 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.

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 donne[21].

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 ridursi [22]:

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

[20] OECD Health Statistics 2014, *How Does Italy Compare,* www.oecd.org/italy

[21] Istat, Rapporto Bes 2014, Istat

[22] 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 Implication*s, Oecd Health Working Papers n. 26.

17. 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 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, ecc.) di difficile identificazione.

I ripetuti allarmi sul fattore demografico sono quindi in gran parte infondati. La stessa Ragioneria Generale dello Stato[23] 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 Oecd [24], il quale mostra che dal 1995 al 2009, la spesa pubblica è cresciuta in termini reali del 4,3% 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.

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.

---

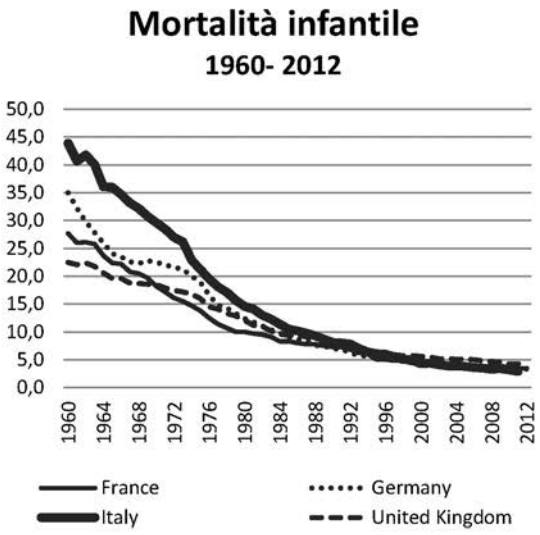
[23] Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 14, Nota di aggiornamento 2013.

[24] 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.

18. 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 infantile[25], un tempo responsabile di un numero elevato di morti nel primo anno di vita e ora al di sotto della media dei paesi sviluppati[26].

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



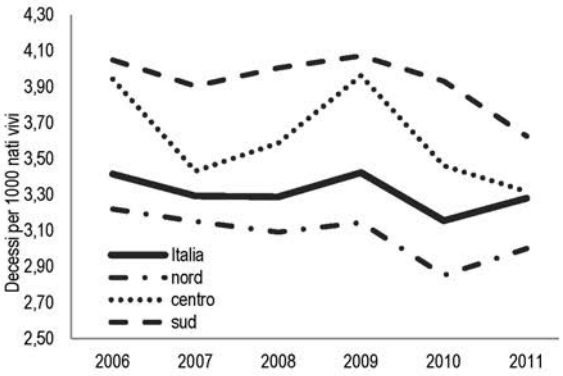
Mentre nel 1960 l'Italia aveva una mortalità quasi doppia rispetto a quella del Regno Unito e nettamente superiore a quella di Francia e Germania, nel 2012 il dato italiano (2,9 morti ogni mille nati) è inferiore non solo a quello francese (3,5) e a quello tedesco (3,3), ma anche a quello del Regno Unito (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 morbillo[27].

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

La figura a lato 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 anni[28].



[25] Numero di bambini morti nel primo anno di vita ogni 1000 nati vivi.

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

[27] Istat-Unicef, *La mortalità dei bambini ieri e oggi*, 2011.

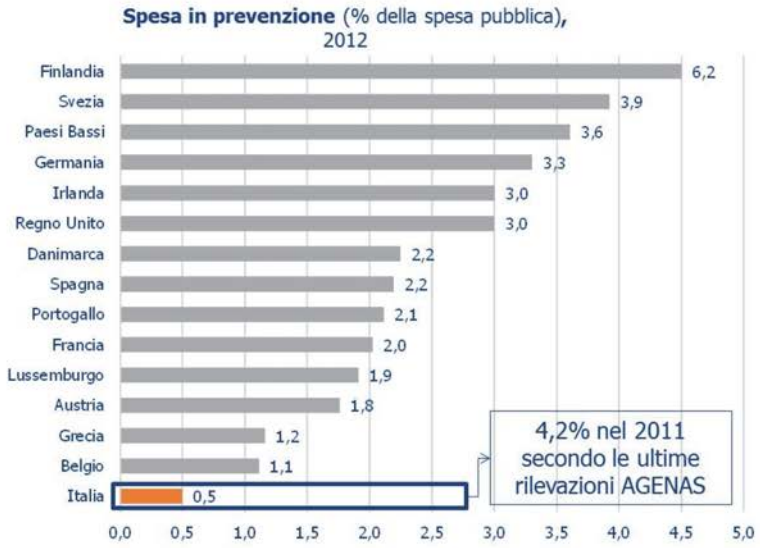
[28] Istat, *La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia*. 2014.

19. 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.

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)[29].

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 sovrappeso[30]. 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%. (comunque al di sotto del livello stabilito del 5%) 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.

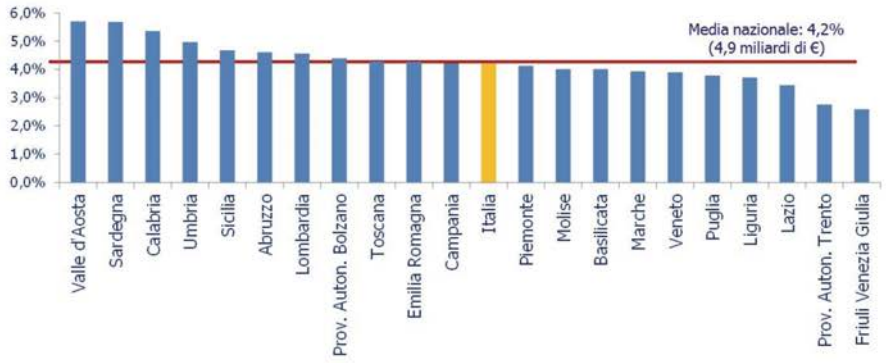


Occorre poi rilevare che della spesa in prevenzione, solo il 20% è dedicato alle attività direttamente rivolte alla persona. Si riscontra inoltre una notevole variabilità a livello regionale sia nella quota di spesa che nelle componenti di spesa.

La spesa appare inoltre molto differenziata a livello regionale.

---

[29] Si veda in proposito il precedente paragrafo 3. *La sanità pubblica deve fare i conti con forze che non gli sono amiche.*
[30] 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 futura[31]; 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% (24,4% 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%. 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% dei giovani di 14-24 anni dichiara di essere esposto al fumo passivo nei locali pubblici, mentre l'8% dei non fumatori è esposto nel luogo di lavoro;
- il consumo di bevande alcoliche è diminuito in Italia più che in ogni altro paese Ocse dal 2000 a oggi (-37%), ma alcuni comportamenti a rischio (*binge drinking*) sono in aumento nelle giovani generazioni[32], con notevoli differenze fra le diverse regioni italiane;

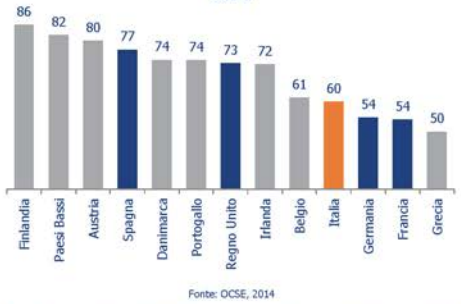
[31] Oecd, *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*; Oecd, *Obesity Update*, 2014
[32] Oecd, *Health Statistics 2014*.

- 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 eradicate 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.

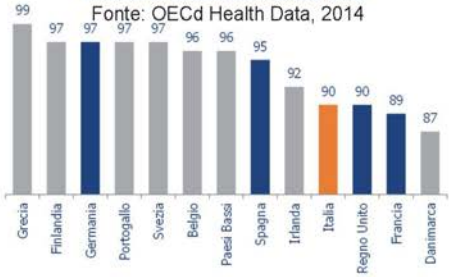
Tasso di copertura (%) delle campagne di screening mammografico, 2011



Fonte: OCSE, 2014

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

Fonte: OECd Health Data, 2014



Se si applicasse il vero 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 mila 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 € 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 favorevole[33].

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.

[33] Si veda l'audizione del rappresentate dell'Oecd.

20. 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 insufficiente[34].

L'indagine del 2013 dell'Eurobarometro[35] rileva per il nostro Paese uno dei più alti livelli di inattività dell'Unione: il 60% degli italiani dichiara di non fare mai sport o attività fisica, a fronte di una media dell'Europa del 42%. La percentuale italiana è inoltre in forte aumento, ben 5 punti sopra al dato rilevato dall'ultima indagine svolta dalla Commissione europea nel 2009. Ancora: appena il 3% degli italiani intervistati dichiara di fare sport regolarmente, rispetto a una media Ue dell'8%. Un fenomeno comune ad altri paesi dell'Europa meridionale ma molto lontano dai livelli raggiunti dai paesi dell'area settentrionale (in Svezia il 70% 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 rilassarsi, (44%), per migliorare l'aspetto fisico (33%) e per combattere gli effetti dell'invecchiamento (24%). La causa principale dell'inattività fisica per i cittadini italiani è la mancanza di tempo (40%), seguita dallo scarso interesse verso questa attività (15%), ma anche dai costi troppo elevati per svolgere sport (15%), 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%, di sviluppo di malattie cardiache o tumori del colon,
- riduce il rischio, fino al 50%, di sviluppo del diabete di tipo 2,
- previene o riduce l'ipertensione e l'osteoporosi (fino al 50% 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% 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 promozione 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.

---

[34] Fonte: European Commission, *Sport and physical activity*, Special Eurobarometer 412, marzo 2014

[35] 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.

21. 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 salute[36], luoghi di lavoro poco sicuri per la vita e la salute dei lavoratori[37], capannoni industriali ed edifici pubblici costruiti prima – o a dispetto - delle norme antisismiche[38], 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 domestici[39] e stradali - prima causa di morte fra i bambini[40]. Per 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.

---

[36] 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).

[37] 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.

[38] 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).

[39] 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).

[40] 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.

22. 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 burocratiche), 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, ecc. 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)[41], 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-richiesta farmaci, ecc.): 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.

---

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

23. 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 Commissione[42], 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 settore[43].

Il nostro Paese ha sempre prestato particolare attenzione all'appropriatezza - clinica e organizzativa - degli interventi[44]. Molto resta tuttavia ancora da fare[45]. Si tratta di consolidare in tutte le regioni le iniziative già avviate e di svilupparne altre, nella consapevolezza che esse possono contribuire 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 iniziativa 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 "*disinvestement*" 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

---

[42] Si vedano le audizioni di Assobiomedica, Age.Na.S e FIASO.

[43] 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.

[44] 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).

[45] Valga per tutti il ricorso al parto cesareo che nel nostro Paese è pari al 37,7% dei nati vivi, contro il 31,1 della Germania e il 20,2 della Francia (Ocse, Health at a Glance, 2013).

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 saggezza[46]), 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 sostenibile 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 assistiti[47]. Iniziative simili, per ora limitate ma promettenti, sono state avviate anche in Italia[48].

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.

---

[46] http://choosingwisely.org

[47] L'Italia ha una delle più alte dotazioni al mondo di RMN (23,7 per milione di abitanti, contro 10,8 in Germania e 7,5 in Francia) e di CT scanner (32,1 per milione di abitanti, contro 18,3 in Germania e 12,5 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*, 2013).

[48] Si veda ad esempio il progetto "Scegliere con saggezza. Fare di più non significa fare meglio" di *Slow medecine* (www.slowmedecine.it).

24. 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 DPCM del 12 gennaio 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 mantenere intatto (o addirittura riqualificare) ciò che serve. Ma colpire solo sprechi, inefficienze e inappropriatezze, 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, ecc. 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 d 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 pubbliche 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 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'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.

25. 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 particolarmente 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% e il 10% 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 sanitario[49], un'organizzazione cui l'Italia non ha ancora aderito, stima che in Europa circa il 6% 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 sanità[50]. 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.

Tra le aree più a rischio, la selezione del personale (fortemente esposta alle spinte clientelari), la gestione degli accreditamenti e la fornitura di prestazioni (sovrafatturazioni, 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, ecc.

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.

---

[49] 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)

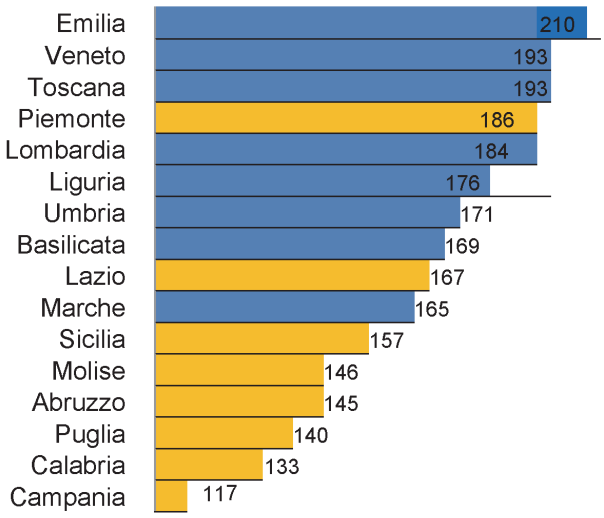
[50] Si veda il recente progetto *Illuminiamo la salute*, un'iniziativa di quattro organizzazioni che hanno deciso di unire le rispettive esperienze e competenze per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità nel sistema dei servizi sanitari e sociali, consapevoli che opacità e illegalità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

26. Le performance dei sistemi sanitari regionali

I sistemi sanitari regionali registrano rilevanti differenze di qualità ed efficienza rispetto alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, 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 certificazione finale per l'anno 2012 dei LEA nelle Regioni italiane[51], elaborata dal Ministero della Salute, 7 Regioni, tutte del Sud (ad eccezione della Basilicata), si posizionano al di sotto della "soglia di adempienza" (160 punti).

Tra le Regioni *best performer* nella graduatoria nazionale per i LEA si segnalano: Emilia Romagna (prima con 210 punti), Toscana e Veneto (entrambe con 193 punti) e Piemonte (con 186 punti).



Monitoraggio dei Livelli LEA 2012 (in arancio le Regioni in Piano di Rientro).
Fonte: Ministero della Salute – AGE.NA.S., maggio 2014

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 sul periodo 2012 – I semestre 2013 con riferimento alle dimensioni dell'assistenza ospedaliera, dell'emergenza urgenza, dell'assistenza territoriale e della prevenzione[52].

Nel 2012 gli indicatori relativi all'assistenza ospedaliera registrano un miglioramento – pur rimanendo significativamente al di sotto del livello obiettivo – in tutte le regioni in Piano di Rientro (tranne per la Campania, dove il dato si mantiene stabile). Nello specifico, con riferimento all'ospedalizzazione, tutte le regioni in Piano di Rientro registrano un decremento pur restando in genere al di sopra del valore di riferimento (è il caso di Abruzzo, Lazio, Puglia e Sicilia), mentre Campania e Molise mostrano ampi margini di miglioramento. Tali andamenti si riscontrano anche nei dati riferiti al I semestre 2013. In Abruzzo, Campania e Puglia è in riduzione anche l'ospedalizzazione della popolazione *over 75*. In Molise il tasso di ospedalizzazione della popolazione *over 75* evidenzia un consistente decremento dal 2009, collocandosi nel

[51] Al monitoraggio dei LEA non partecipano le Regioni Valle d'Aosta, Sardegna, Friuli- Venezia Giulia e le Province di Trento e Bolzano.
[52] Si veda: Corte dei Conti, *Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica*, 2014.

2012 in linea con il parametro di riferimento nazionale. Solo il Lazio presenta nel 2012 un aumento dell'ospedalizzazione della popolazione *over 75* (valore lievemente superiore al parametro di riferimento nazionale).

Un indicatore di appropriatezza nell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica è dato dalla degenza media pre-operatoria. In tutte le regioni in Piano di Rientro, esclusa la Sicilia, l'indicatore risulta invece in linea con il valore medio nazionale e si mantiene lievemente inferiore a 2 giorni nel I semestre del 2013 in Sicilia. In Campania, pur mostrando un decremento nel tempo, si mantiene superiore ai 2 giorni e risulta al di sopra del valore medio nazionale anche nel I semestre 2013.

Seppur in riduzione, la dotazione totale di posti letto rimane superiore al valore di riferimento (3,7 ogni 1.000 residenti): il Molise presenta 4,5 posti letto per 1.000 residenti, il Piemonte 4,2 e il Lazio 3,9. Presentano invece valori inferiori o vicine alla soglia Abruzzo, Campania, Calabria, Puglia e Sicilia.

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, Calabria, Molise, mentre appare adeguato in Piemonte, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia.

Sul fronte dell'assistenza territoriale, la dotazione di posti letto nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti risulta inferiore al limite stabilito (10 posti letto ogni 1.000 anziani) nella maggior parte delle Regioni in Piano di Rientro: ad esempio, Abruzzo è a 5,4, Lazio 4,3, Puglia 5, Calabria 4 con punte negative di 1,3 in Sicilia e di 0,6 in Molise. Al contrario, il Piemonte vanta oltre 24 posti letto per 1.000 anziani. Critica la quota di anziani assistiti in ADI (inferiori al limite in Campania con il 2,8%, Puglia con il 2,2%, Piemonte con il 2,4, Calabria con il 3,2% e Sicilia con il 3,7%) e nella dotazione di posti in strutture *hospice* (livelli insufficienti in Abruzzo, Campania, Calabria e Sicilia).

Infine, ad esclusione del Piemonte, in tutte le altre regioni in Piano di Rientro si registrano ritardi nell'erogazione di servizi afferenti all'area della prevenzione, con particolare riferimento all'area degli screening.

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 sanitarie[53].

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.

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.

[53] Si veda a tale proposito l'audizione dell'Age.Na.S..

27. 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 cure[54].

Nel nostro Paese, in più della metà dei casi (64%) è la famiglia ad occuparsi della cura e dell'assistenza della persona anziana affetta da patologie croniche[55]. 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% dei casi) e/o di assistenti familiari (il 60% 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.

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 misti[56].

	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.

[54] Si veda in proposito l'audizione di Franco Sassi dell'Oecd.

[55] Indagine condotta da CnAMC e Cittadinanzattiva nell'ambito del "XII Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità", ottobre 2012.

[56] Si veda: NNA - Network Non Autosufficienza, "*4° Rapporto sull'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Tra crisi e ripartenza*", 2013.

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.

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 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 peggiore la situazione di molte realtà territori. 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, ecc.

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.

28. 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 Cronicità* il cui obiettivo è "contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone 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"[57].

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,
- 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 sociosanitari.*
> *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

[57] Ministero della Salute, Piano nazionale cronicità, 2016.

29. 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 servizio sanitario nazionale, 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).

30. 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.[58]

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 diseguaglianze 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).

> I disturbi mentali sono il secondo principale fattore che contribuisce al carico di malattia (misurato utilizzando il DALYs) nella Regione Europea (19 %) 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. Tuttavia, circa il 50 % 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.

---

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

31. EuroHealthNet e la promozione della salute

In occasione del 30esimo 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 venire[59].

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*".

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

---

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

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. É 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 salute[60]":

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: diffonderei valori e il diritto alla salute in nuovi contesti
6. essere etici: promuovere standard più equi in tutte 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 una servizio sanitario sempre più sostenibile.

[60] Il termine inglese Rejuvenate può essere tradotto in italiano con la parola "rigenerare".

32. Il Comitato Nazionale di Bioetica in difesa del sistema sanitario nazionale

Il Comitato Nazionale di Bioetica ha prodotto, nel gennaio 2017, un documento *In Difesa del Servizio Sanitario Nazionale* che affronta aspetti di precipua importanza per la difesa, la preservazione, il rilancio, l'equità e la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN)[61].

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 9 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 **rivitalizzazione 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 Comitato raccomanda di garantire un minimo dell'uno per cento del Fondo Sanitario Nazionale (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.

[61] Comitato Nazionale di Bioetica, *In difesa del sistema sanitario nazionale (Ssn),* 26 gennaio 2017

33. 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.[62]

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 6 anni e 7mesi. 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 Mef 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, disposte 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'articolo 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'art. 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."[63]

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

[62] Mef, RGS, *Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2007-2015*, dati aggiornati a novembre 2016.
[63] Mef, RGS, op cit

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 10 anni la sanità pubblica perderà in media 2 medici al giorno, cioè 730 medici all'anno, senza che la loro esperienza possa essere trasmessa alle nuove generazioni di professionisti.

L'età media dei medici in servizio è intorno ai 54 anni, superiore alla media del resto del personale dipendente.[64]

Con riguardo ai medici di famiglia, nei prossimi 6 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 mila 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 48 anni.

A fronte di tutto ciò, ogni anno, oltre 2.300 professionisti del settore sanitario (nell'ultimo quinquennio sono aumentati di 6 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.

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.

---

[64] 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 person dipendente	682.197	689.856	693.716	688.847	682.541	673.416	670.241	663.796	653.352
Totale PA (a parità 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 Person 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 enti)	117.763	109.083	95.260	92.061	82.254	77.439	75.658	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 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 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 (parità 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

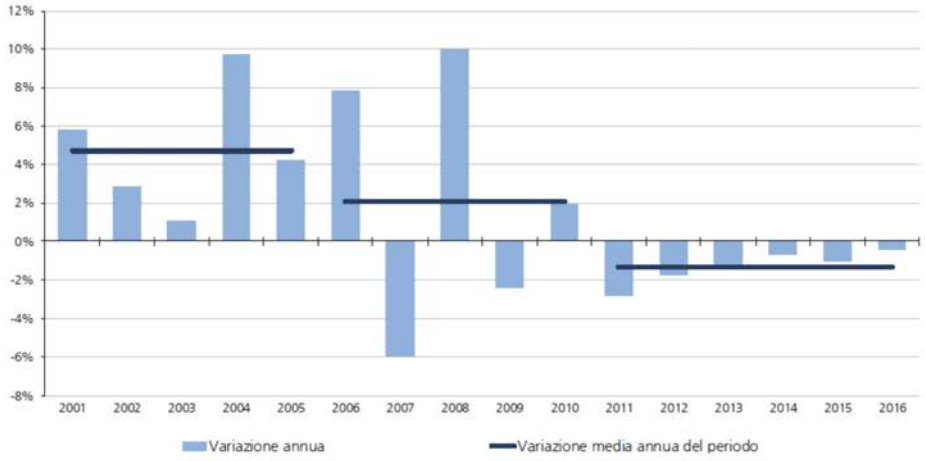
34. La spesa per il personale in continua riduzione

La spesa per i redditi da lavoro dipendente rappresenta, nel 2016, il 31% della spesa sanitaria complessiva. Tale percentuale risulta sensibilmente ridotta rispetto a quella del 2000 (39,8%), segnalando una dinamica inferiore a quella media.[65]

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

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

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



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.[66]

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.

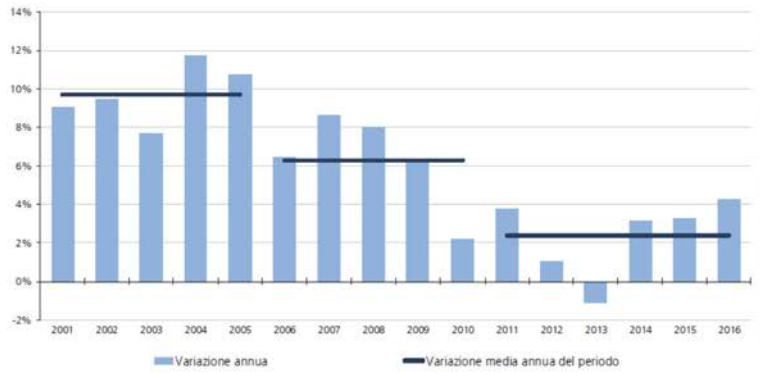
Nel 2016, la spesa per i consumi intermedi rappresenta il 28,1% della spesa sanitaria complessiva con un notevole incremento rispetto al 2000 (18,7%).

---

[65] Mef, RGS, *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 4*, 2017.
[66] Mef, RGS, *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 4*, 2017.

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)*



35. Una nuova politica del personale

Nel Servizio Sanitario Nazionale lavorano oltre 715 mila unità di personale, di cui 665 mila dipendenti a tempo indeterminato, 34 mila con rapporto di lavoro flessibile e 17 mila personale universitario[67]. A questo si aggiunge il personale che opera nelle strutture private (accreditate e non) e, più in generale, nell'industria della salute, fra i quali i 222 mila occupati nella filiera del farmaco (produzione, indotto e distribuzione)[68].

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 nazionale [69].

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, ecc.), 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, evitando 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.

---

[67] Ministero della Salute, *Il personale del sistema sanitario nazionale - anno 2011*, dic. 2013.
[68] Si vedano le audizione del Ministro della Salute, di Farmindustria, della Fiaso.
[69] 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.

36. 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 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 Paese[70].

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% 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'Italia si realizzi un basso rapporto fra fatturato e investimento dell'Industria (circa 6%, contro il 20,3% 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% 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*

[70] 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

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 efficienza 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"). "

37. 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.

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 PdG, Castiglione d.S, 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 audizione 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, art. 50, c. 2 e art. 34, c. 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 XII 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 ospedali psichiatrici giudiziari interessati dal processo di superamento degli Opg previsto dalla legge n. 81 del 30 maggio 2014 (pubblicata sulla G.U. del 31 maggio 2014) 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 relazione 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 giudiziari"

La 12ª Commissione permanente;

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 modificazione, 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 dismissione degli ospedali psichiatrici giudiziari e la dimissione di tutti i ricoverati che ivi si trovano in regime di esecuzione delle misura 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 decreto del Presidente della Repubblica n. 230 del 2000;

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, 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 al punto *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 di 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.

38. 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 sano 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.[71]

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

Rispetto alla spesa sanitaria totale (pubblica e privata), la spesa privata pesa per il 25%, 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.

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% delle stesse al netto della franchigia di 129,11 euro.

Recentemente è stato pubblicato il rapporto annuale sulle cosiddette spese fiscali (*tax expenditures*) [72].

Con riguardo al settore sanitario, il rapporto considera le detrazione 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%, ovvero godono di un rimborso grazie alla riduzione dell'imposta prevista dalle norme fiscali.

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% fra i contribuenti con reddito fino a 3 mila euro) mentre è molto diffusa fra i redditi elevati (71% 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)[73].

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'Ania, Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici.

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 collettive[74].

Le statistiche dell'Ania forniscono dati significativi anche con riguardo alla gestione delle polizze. Con riferimento al ramo malattia, le spese di gestione[75] risultano pari a circa il 25% dei premi contabilizzati (*expense ratio*), una percentuale che conferma gli elevanti 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% anche per le spese rimborsate dalla compagnia di assicurazione. 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, ecc.). 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% 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% 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, ecc.), 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 interessanti[76].

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 art. 9 dei Decreti legislativi 502/1992 e 299/1999, cd fondi *doc*) e n. 297 come Tipo B (Enti, Casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali, ex art. 51 del DPR 917 del 1986).

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.

Tab. 2 Statistiche dell'anagrafe dei fondi sanitari, riportate da Itinerari previdenziali

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	694.092.879	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 italiani[77]. Il giudizio dei manager sul sistema sanitario italiano è sufficiente (voto medio 6 su 10), e oltre il 40% 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% e il 23% esprime un giudizio complessivamente "positivo" o "abbastanza positivo". Inoltre solo il 25% di coloro che non sono ancora iscritti a un fondo esprimono la volontà di farlo nel breve periodo.

e) Considerazioni complessive

- 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 offerta, aggravando le difficoltà di accesso alle cure, ampliando le diseguaglianze 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 rinviano le cure (anche per difficoltà economiche), aumenta la spesa privata (pur mantenendosi sempre pari a circa ¼ 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 pagat, 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 Servizio sanitario nazionale 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

[77] Indagine effettuata da Ipsos per Assidai, maggio 2015.

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 ipotizzatiti 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

"Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dalla legge 833/1978, i livelli essenziali e uniformi di assistenza 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, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse."

Così dispone la normativa in vigore (d.lgs 229/1999).

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 fiscale;
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, ecc.) 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 Servizio sanitario nazionale 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 godono 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 servizio sanitario nazionale 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.

39. 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 servizio sanitario nazionale 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 servizio[78].

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.

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

40. Considerazioni conclusive

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 Servizio Sanitario Nazionale, dalla sua costituzione nel 1978 fino ad oggi, sia stato protagonista 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 servizio sanitario nazionale ai 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 Servizio sanitario nazionale: 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 ridefizione 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 Health Technology Assessment. 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 diseguaglianze 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 contrappongo 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, 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 salita dal 2001 al 2007 di circa 3 anni, da 47 a 50 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);

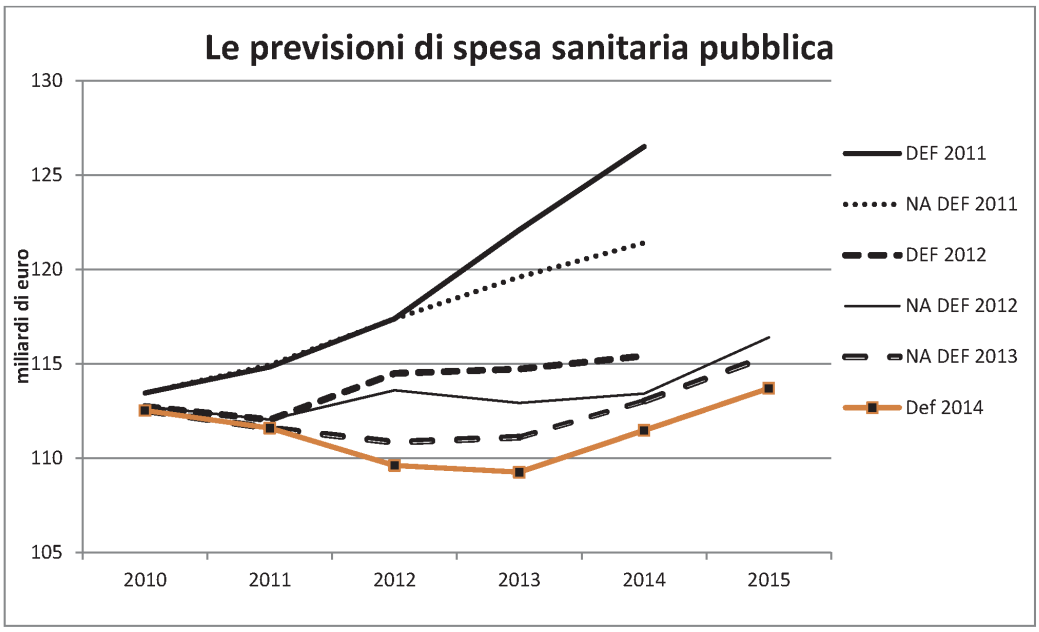
8. **dare attuazione alla legge sulla sicurezza delle cure e sulla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie**. La legge 24/ 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le 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 tendenza 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 24/2017 consente di affrontare su una base chiara e di sistema;

9. **l'informatizzazione e la digitalizzazione della sanità**: l'informatizzazione 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, 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 febbraio 2015.



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

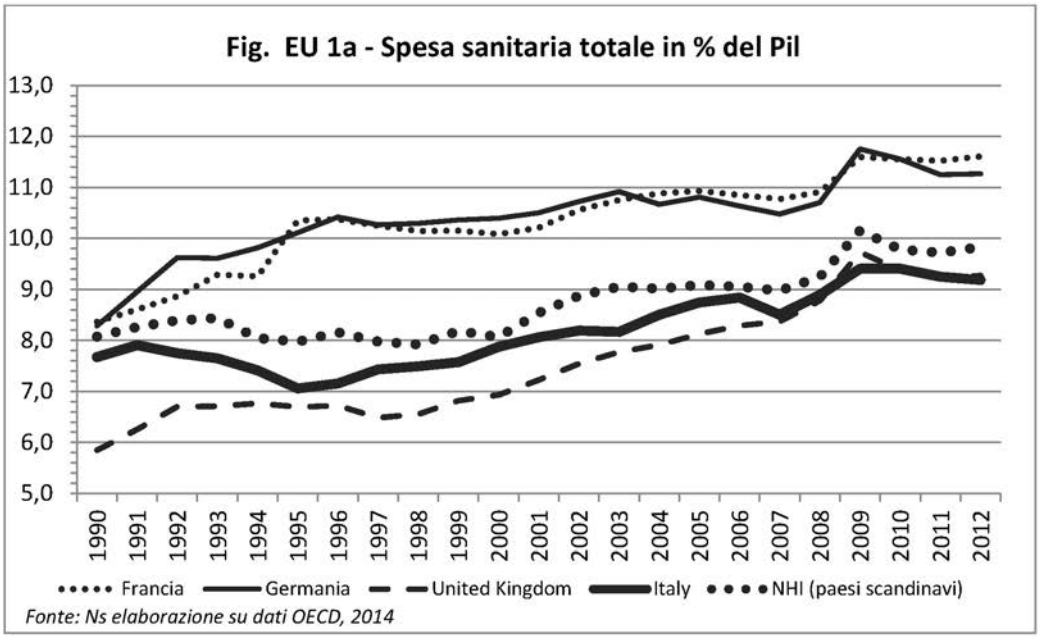


Fig. EU 1a - Spesa sanitaria totale in % del Pil
13,0
12,0
11,0
10,0
9,0
8,0
7,0
6,0
5,0
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
Francia
Germania
United Kingdom
Italy
NHI (paesi scandinavi)
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

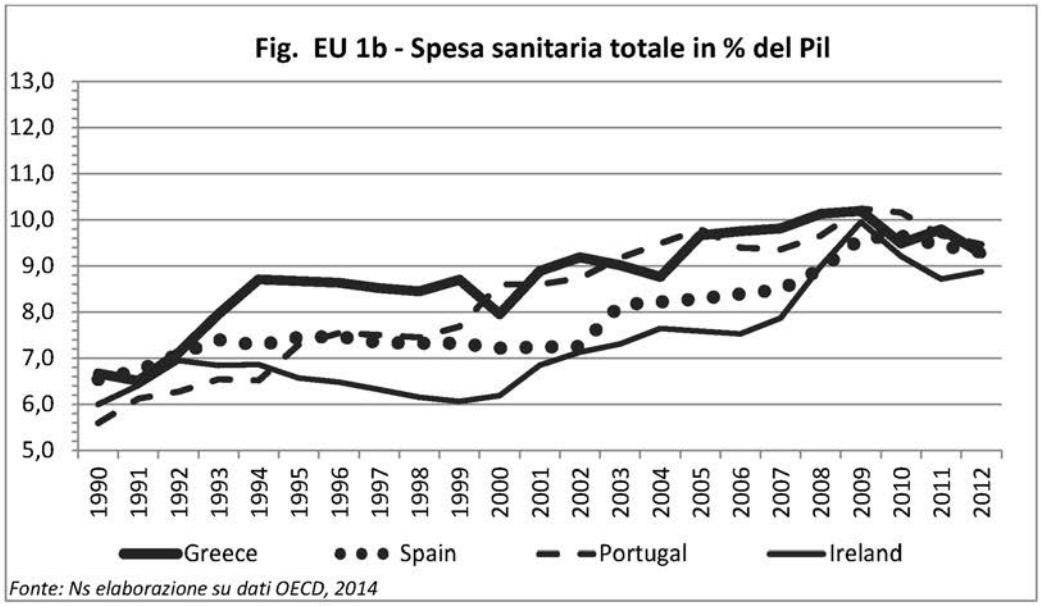


Fig. EU 1b - Spesa sanitaria totale in % del Pil
13,0
12,0
11,0
10,0
9,0
8,0
7,0
6,0
5,0
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
Greece
Spain
Portugal
Ireland
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

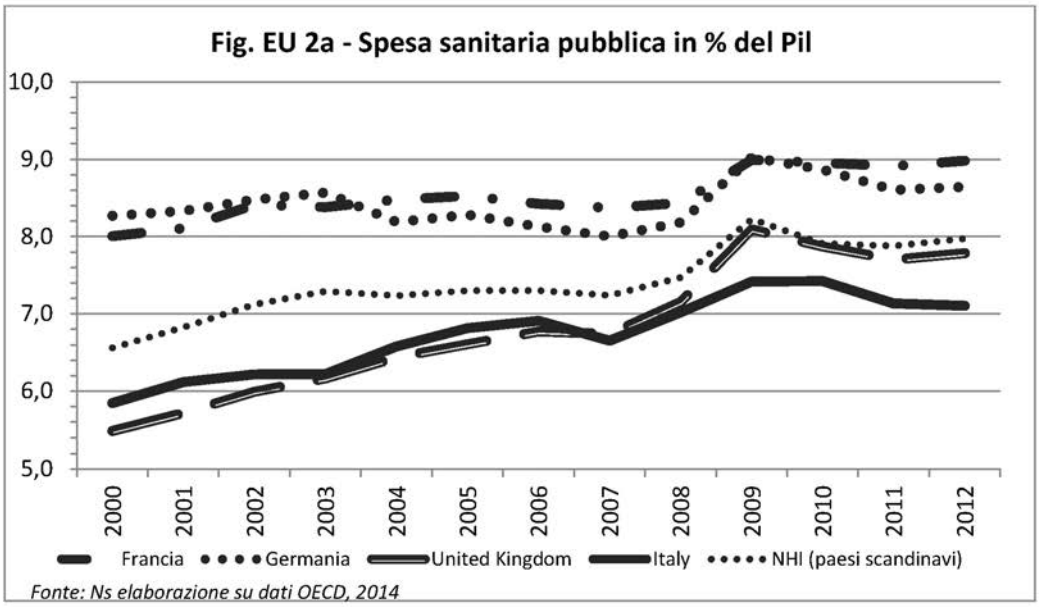


Fig. EU 2a - Spesa sanitaria pubblica in % del Pil
10,0
9,0
8,0
7,0
6,0
5,0
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
Francia
Germania
United Kingdom
Italy
NHI (paesi scandinavi)
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

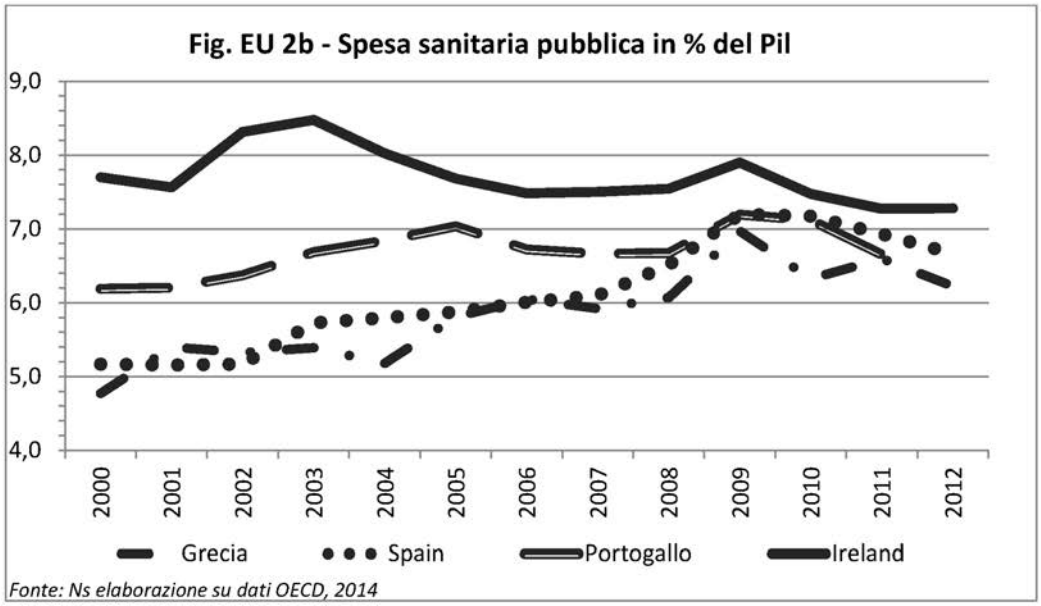
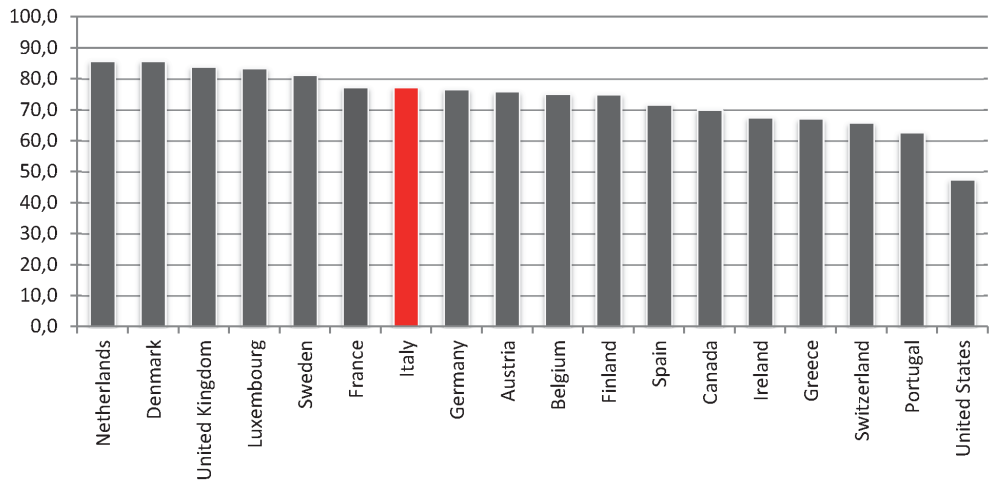


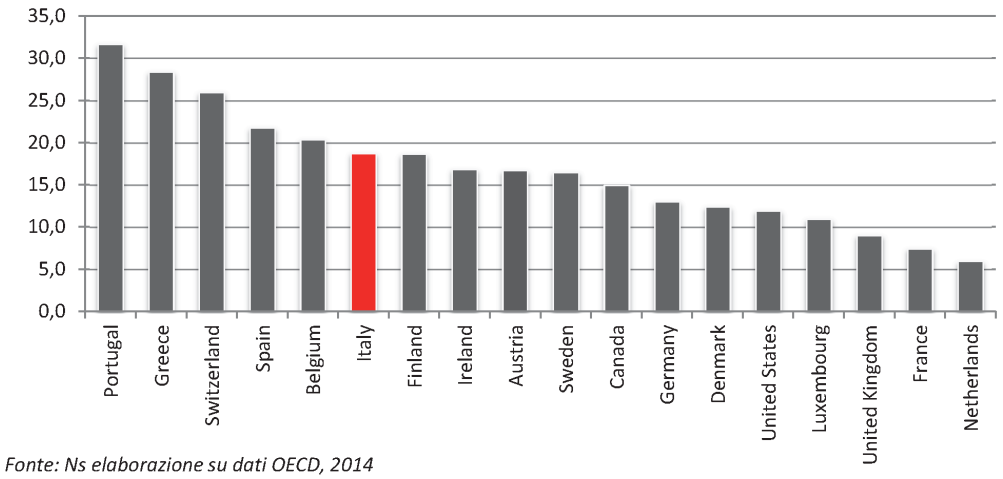
Fig. EU 2b - Spesa sanitaria pubblica in % del Pil
9,0
8,0
7,0
6,0
5,0
4,0
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
Grecia
Spain
Portogallo
Ireland
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. EU 3 - Spesa sanitaria pubblica in % spesa sanitaria totale (2012)



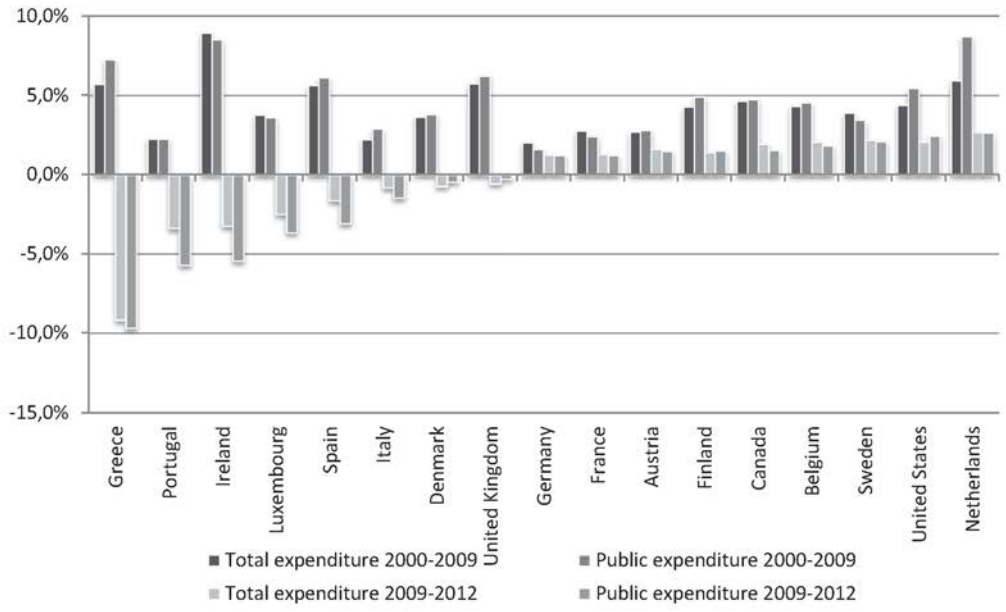
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. EU 4 - Spesa out of poket in % spesa sanitaria totale (2012)



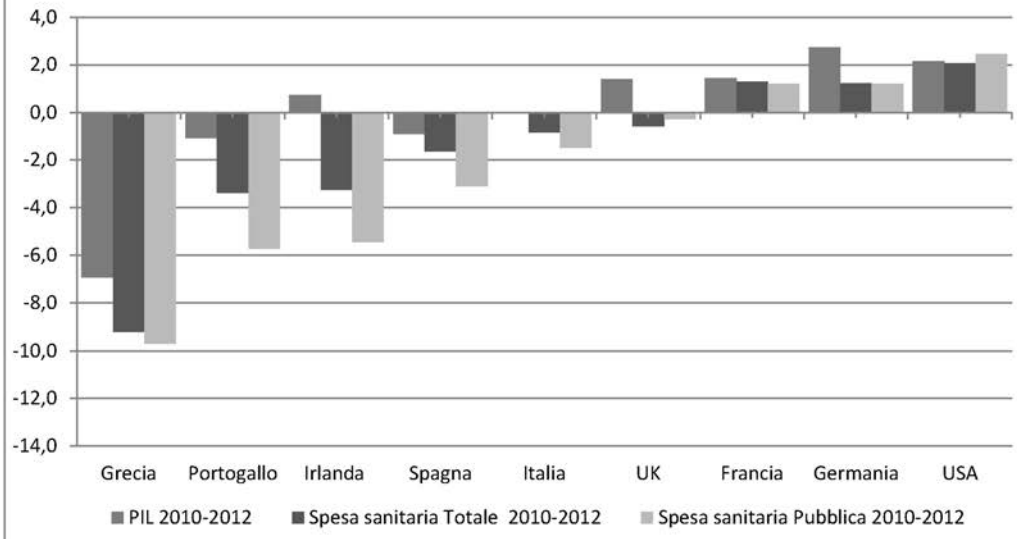
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. EU 5 - Media annuale tassi di crescita reali della spesa sanitaria (totale e pubblica - 2000 to 2012)



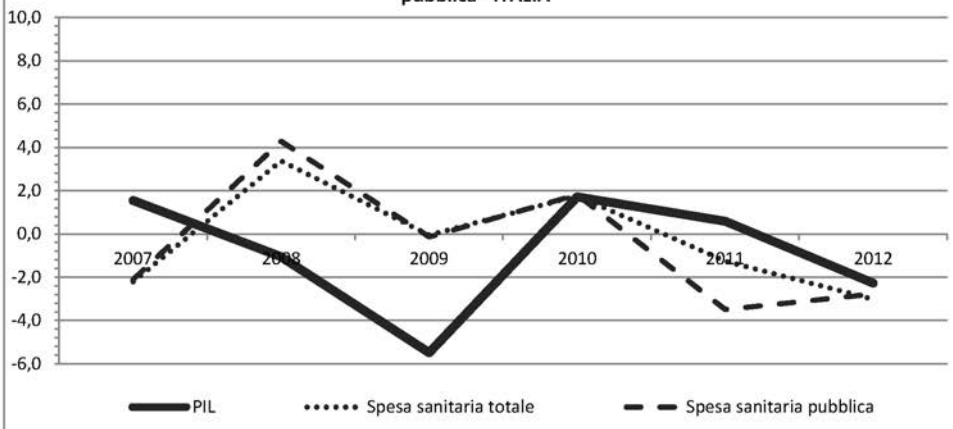
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. EU 6 - Tassi di crescita reali del Pil e della spesa sanitaria totale e pubblica (2010-2012)



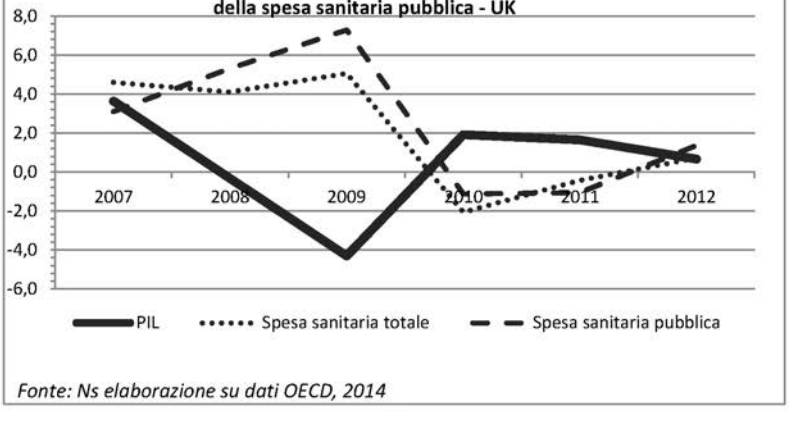
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. 6A Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - ITALIA



Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. 6B Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - UK



Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

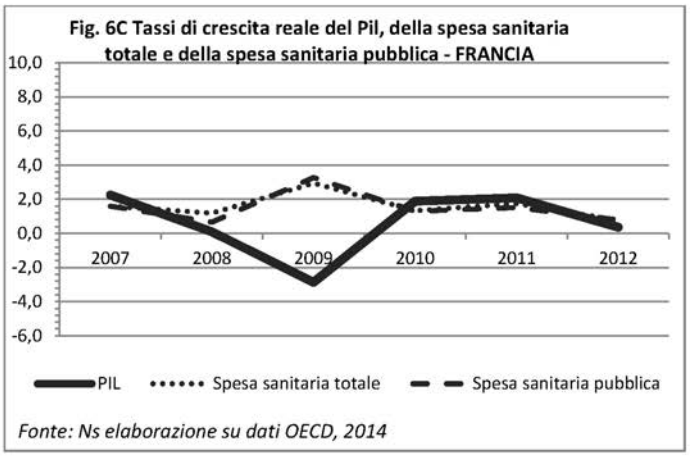


Fig. 6C Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - FRANCIA
10,0
8,0
6,0
4,0
2,0
0,0
-2,0
-4,0
-6,0
2007
2008
2009
2010
2011
2012
PIL
Spesa sanitaria totale
Spesa sanitaria pubblica
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

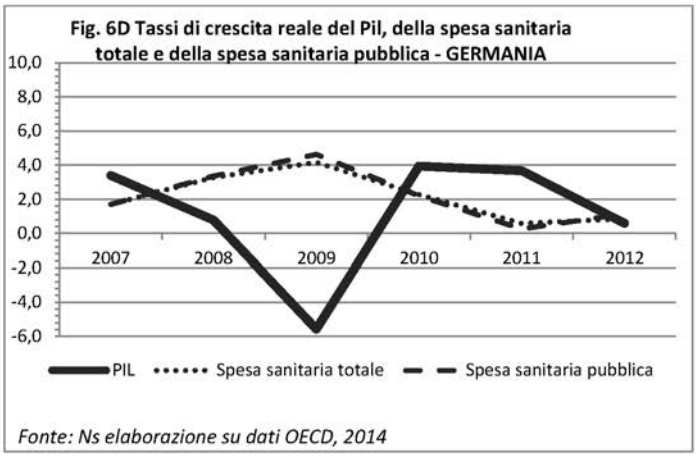


Fig. 6D Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - GERMANIA
10,0
8,0
6,0
4,0
2,0
0,0
-2,0
-4,0
-6,0
2007
2008
2009
2010
2011
2012
PIL
Spesa sanitaria totale
Spesa sanitaria pubblica
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

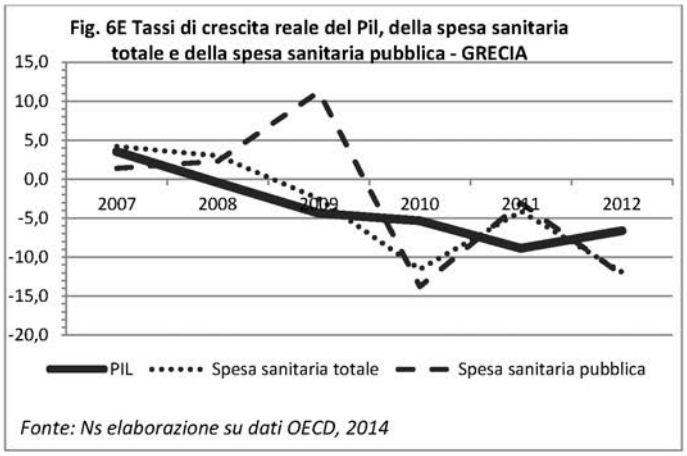


Fig. 6E Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - GRECIA
15,0
10,0
5,0
0,0
-5,0
-10,0
-15,0
-20,0
2007
2008
2009
2010
2011
2012
PIL
Spesa sanitaria totale
Spesa sanitaria pubblica
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

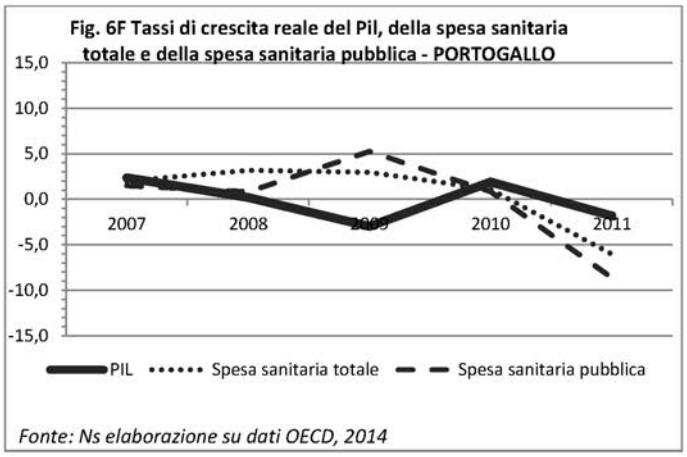


Fig. 6F Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - PORTOGALLO
15,0
10,0
5,0
0,0
-5,0
-10,0
-15,0
2007
2008
2010
2011
PIL
Spesa sanitaria totale
Spesa sanitaria pubblica
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

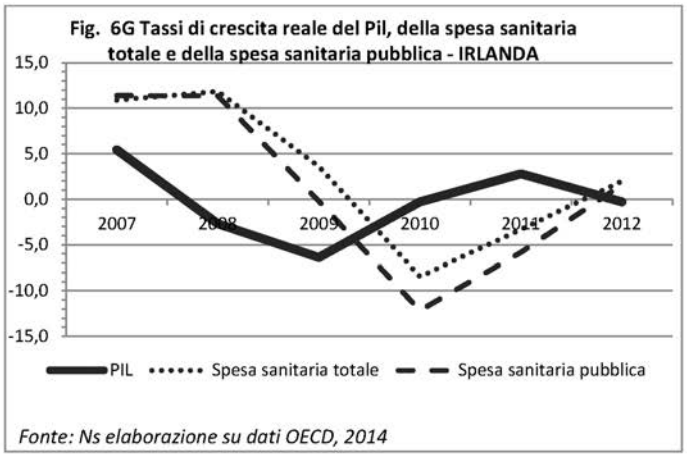


Fig. 6G Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - IRLANDA
15,0
10,0
5,0
0,0
-5,0
-10,0
-15,0
2007
2009
2010
2012
PIL
Spesa sanitaria totale
Spesa sanitaria pubblica
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

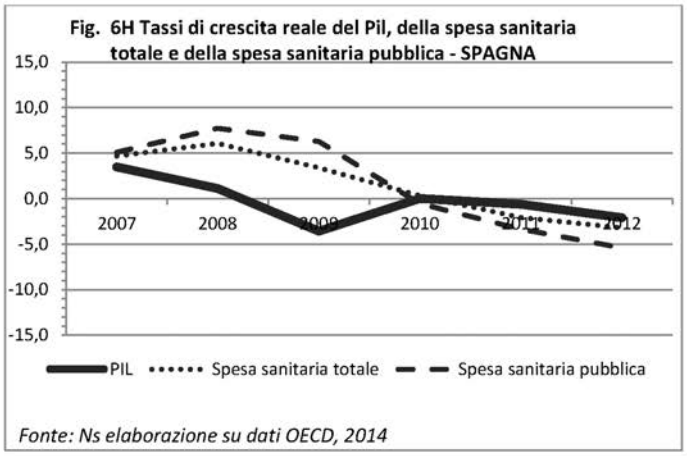
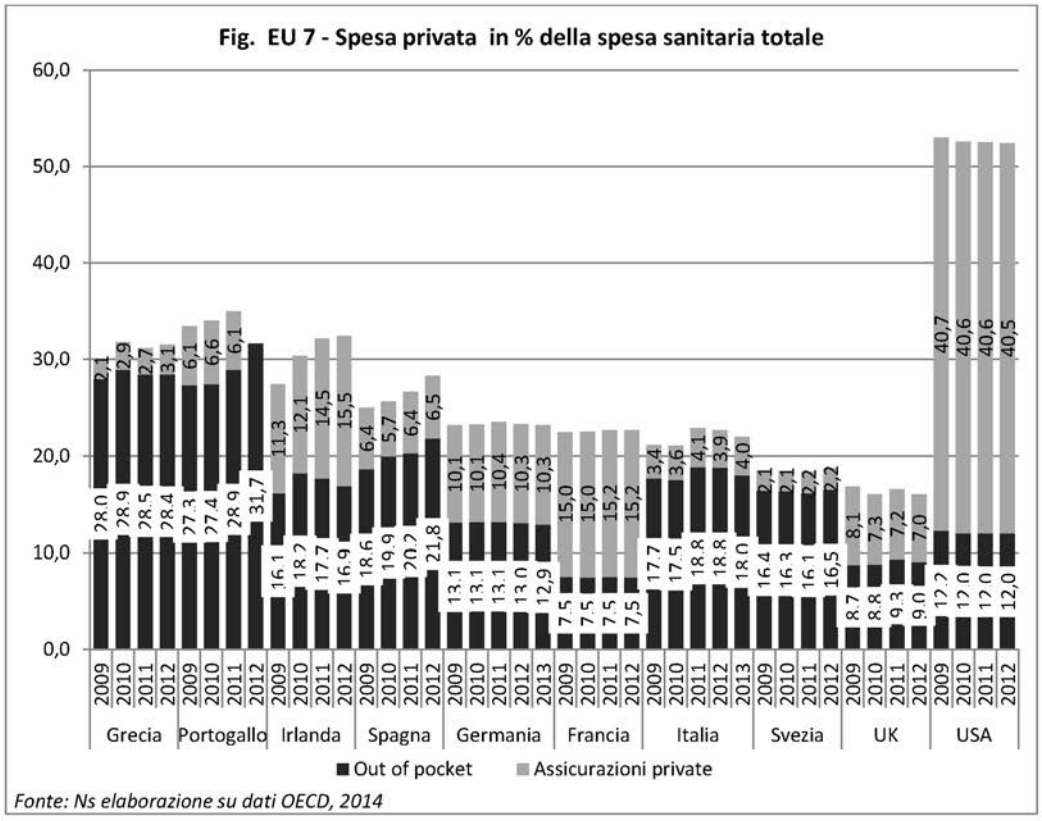
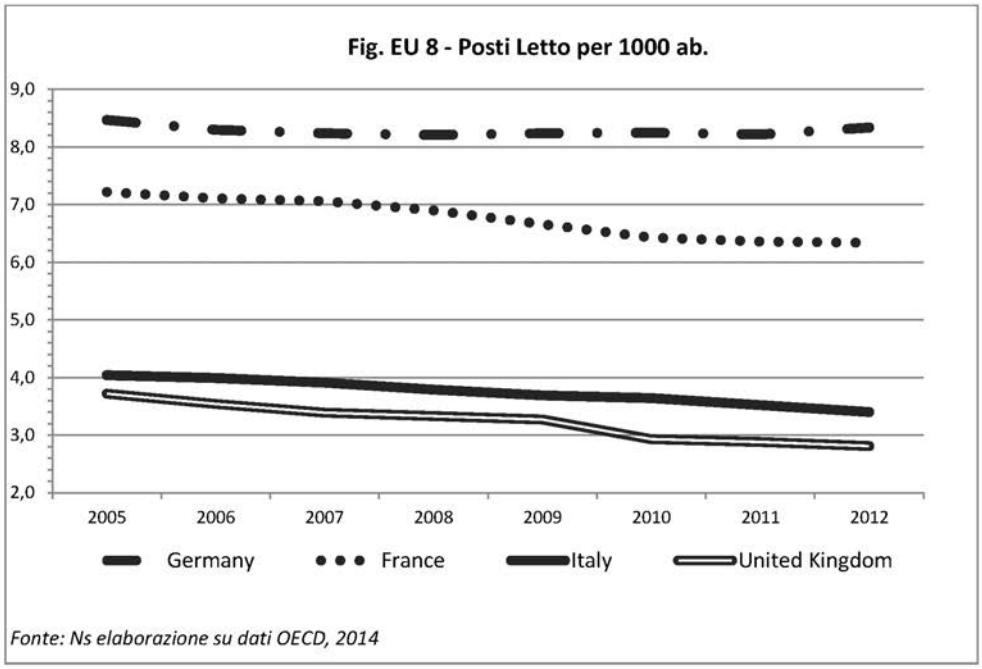


Fig. 6H Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - SPAGNA
15,0
10,0
5,0
0,0
-5,0
-10,0
-15,0
2007
2008
2010
2012
PIL
Spesa sanitaria totale
Spesa sanitaria pubblica
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014



Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014



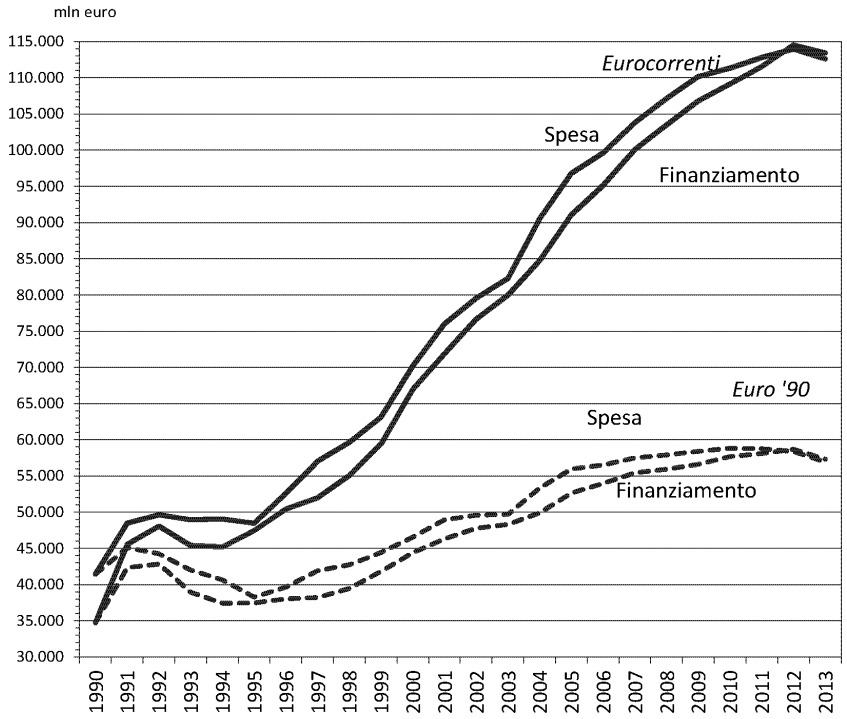
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

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

ANNI	PIL sec 2010	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	1.127.091	431.142	38.3%	63.134	5.6%	14.6%	59.404	5.3%	3.730	5.9%
2000	1.239.759	452.518	36.5%	70.173	5.7%	15.5%	66.945	5.4%	3.228	4.6%
2001	1.299.412	482.029	37.1%	75.999	5.8%	15.8%	71.878	5.5%	4.122	5.4%
2002	1.346.360	504.903	37.5%	79.549	5.9%	15.8%	76.658	5.7%	2.891	3.6%
2003	1.391.313	528.480	38.0%	82.290	5.9%	15.6%	79.967	5.7%	2.323	2.8%
2004	1.449.016	553.785	38.2%	90.528	6.2%	16.3%	84.738	5.8%	5.790	6.4%
2005	1.490.409	574.666	38.6%	96.797	6.5%	16.8%	91.062	6.1%	5.735	5.9%
2006	1.549.188	594.086	38.3%	99.615	6.4%	16.8%	95.131	6.1%	4.483	4.5%
2007	1.610.305	613.323	38.1%	103.805	6.4%	16.9%	100.095	6.2%	3.709	3.6%
2008	1.632.933	639.532	39.2%	107.141	6.6%	16.8%	103.483	6.3%	3.658	3.4%
2009	1.573.655	664.606	42.2%	110.160	7.0%	16.6%	106.795	6.8%	3.364	3.1%
2010	1.605.694	676.017	42.1%	111.330	6.9%	16.5%	109.135	6.8%	2.194	2.0%
2011	1.638.857	675.825	41.2%	112.811	6.9%	16.7%	111.548	6.8%	1.262	1.1%
2012	1.628.004	681.023	41.8%	113.952	7.0%	16.7%	114.533	7.0%	-581	-0.5%
2013	1.618.904	691.369	42.7%	112.614	7.0%	16.3%	113.425	7.0%	-811	-0.7%

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

Fig. IT 1 - Finanziamento e spesa del SSN. Anni 1990-2013



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

Tab. IT 2 - Gestione del SSN. Anni 2001-13 (mln di euro)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2011 (*)	2012 (*)	2013 (*)
RICAVI	**73.564**	**78.540**	**81.845**	**86.670**	**93.346**	**98.279**	**102.383**	**105.580**	**108.917**	**111.234**	**113.795**	**116.658**	**115.240**	**112.694**	**115.135**	**113.655**
di cui finanziamento (1)	*71.878*	*76.658*	*79.967*	*84.738*	*91.062*	*95.131*	*100.095*	*103.483*	*106.795*	*109.135*	*111.548*	*114.533*	*113.425*	*110.448*	*113.010*	*111.841*
Regioni	**73.166**	**78.134**	**81.419**	**86.221**	**92.886**	**97.794**	**101.866**	**105.034**	**108.362**	**110.671**	**113.154**	**116.011**	**114.648**	**112.053**	**114.488**	**113.063**
di cui finanziamento (1)	*71.480*	*76.252*	*79.540*	*84.289*	*90.603*	*94.647*	*99.578*	*102.938*	*106.240*	*108.573*	*110.907*	*113.886*	*112.833*	*109.807*	*112.363*	*111.249*
IRAP add.IRPEF	30.295	31.361	33.568	34.765	36.366	37.280	38.200	38.888	39.235	36.874	38.134	39.902	37.466	38.134	39.902	37.466
FSN - Iva e accise	27.288	33.067	33.685	35.063	39.116	41.932	44.852	47.507	49.206	53.498	53.803	52.969	54.145	53.803	52.969	54.145
Riparto quota premiale 0,30%													430			430
FSN - Quote vincolate	6.927	4.294	4.219	5.295	4.861	4.759	3.731	3.839	4.049	4.212	4.002	4.004	4.207	4.002	4.004	4.207
Ulteriori trasf. da pubblico e privato	4.703	5.288	5.685	6.669	7.597	7.934	9.606	9.884	10.765	10.995	10.752	12.186	11.845	10.752	12.186	11.845
Entrate proprie	2.266	2.241	2.383	2.497	2.662	2.741	3.189	2.820	2.986	2.994	3.115	3.302	3.156	3.115	3.302	3.156
Ricavi intramenia	674	803	894	976	1.069	1.149	1.241	1.145	1.162	1.158	1.158	1.124	1.058	1.158	1.124	1.058
Ricavi straordinari	1.012	1.079	984	956	1.215	1.999	1.047	952	960	941	1.088	1.000	756	1.088	1.000	756
Costi capitalizzati											1.101	1.480	1.463			
Rivalutazioni												1	1			
Rettifiche e utilizzo fondi												43	122			
Altri enti	398	406	427	449	459	485	517	546	556	563	641	647	592	641	647	592
COSTI	**77.686**	**81.431**	**84.168**	**92.460**	**99.080**	**102.762**	**106.093**	**109.238**	**112.282**	**113.428**	**115.057**	**116.077**	**114.429**	**113.504**	**113.362**	**111.855**
di cui Spesa (2)	*75.999*	*79.549*	*82.290*	*90.528*	*96.797*	*99.615*	*103.805*	*107.141*	*110.160*	*111.330*	*112.811*	*113.952*	*112.614*	*111.257*	*111.238*	*110.040*
Regioni	**77.288**	**81.025**	**83.742**	**92.011**	**98.621**	**102.278**	**105.576**	**108.692**	**111.726**	**112.866**	**114.416**	**115.430**	**113.837**	**112.863**	**112.715**	**111.263**
di cui Spesa (2)	*75.601*	*79.143*	*81.864*	*90.079*	*96.337*	*99.130*	*103.288*	*106.596*	*109.604*	*110.767*	*112.170*	*113.305*	*112.022*	*110.616*	*110.591*	*109.448*
Servizi a gestione diretta	44.474	47.054	49.458	55.074	61.519	63.312	66.703	68.992	71.440	71.686	74.156	75.878	74.286	72.603	73.163	71.711
Personale	26.888	27.618	27.945	29.505	31.759	33.415	33.829	35.266	36.192	36.674	36.101	35.585	35.169	36.101	35.585	35.169
Beni e servizi	16.547	17.980	19.846	22.511	26.611	26.902	30.451	31.373	32.826	33.103	34.423	35.595	35.183	34.423	35.595	35.183
Costi intramenia	581	702	807	855	932	978	1.039	1.109	1.103	1.100	1.080	929	851	1.080	929	851
Costi straordinari e var. rimanenze	458	754	860	2.203	2.217	2.016	1.385	1.244	1.320	809	999	1.054	508	999	1.054	508
Ammortamenti											1.553	2.553	2.507			
Svalutazioni												162	67			
Assistenza in convenzione	32.680	33.821	34.125	36.743	36.901	38.756	38.679	39.504	40.092	40.984	40.058	39.350	39.319	40.058	39.350	39.319
Medicina generale	4.511	4.603	4.796	5.012	5.691	5.930	6.008	6.068	6.361	6.541	6.626	6.648	6.609	6.626	6.648	6.609
Farmaceutica	11.662	11.829	11.191	12.098	11.894	12.382	11.542	11.227	10.997	10.913	9.862	8.891	8.592	9.862	8.891	8.592
Ospedaliera	7.997	8.151	8.364	9.133	8.147	8.487	8.706	8.877	8.827	8.849	8.641	8.522	8.525	8.641	8.522	8.525
Specialistica	2.485	2.694	2.872	3.093	3.231	3.511	3.728	3.906	4.080	4.504	4.668	4.755	4.759	4.668	4.755	4.759
Altra assistenza (3)	6.025	6.544	6.902	7.406	7.939	8.446	8.694	9.427	9.826	10.177	10.261	10.533	10.834	10.261	10.533	10.834
Mobilità vs B. Gesù	134	150	158	163	166	176	160	163	160	161	167	167	193	167	167	193
Mobilità vs Smom	0	0	0	32	35	35	34	33	34	35	35	35	39	35	35	39
Altri enti	398	406	427	449	459	485	517	546	556	563	641	647	592	641	647	592
DISAVANZO (presunto)	**-4.122**	**-2.891**	**-2.323**	**-5.790**	**-5.735**	**-4.483**	**-3.709**	**-3.658**	**-3.364**	**-2.194**	**-1.262**	**581**	**811**	**-809**	**1.773**	**1.801**
PIL	**1.299.412**	**1.346.360**	**1.391.313**	**1.449.016**	**1.490.409**	**1.549.188**	**1.610.305**	**1.632.933**	**1.573.655**	**1.605.694**	**1.638.857**	**1.628.004**	**1.618.904**			
Inc. % finanziamento sul PIL	*5.53*	*5.69*	*5.75*	*5.85*	*6.11*	*6.14*	*6.22*	*6.34*	*6.79*	*6.80*	*6.81*	*7.04*	*7.01*			
Inc. % spesa sul PIL	*5.85*	*5.91*	*5.91*	*6.25*	*6.49*	*6.43*	*6.45*	*6.56*	*7.00*	*6.93*	*6.88*	*7.00*	*6.96*			
Inc. % disavanzo sul PIL	*0.32*	*0.21*	*0.17*	*0.40*	*0.38*	*0.29*	*0.23*	*0.22*	*0.21*	*0.14*	*0.08*	*-0.04*	*-0.05*			

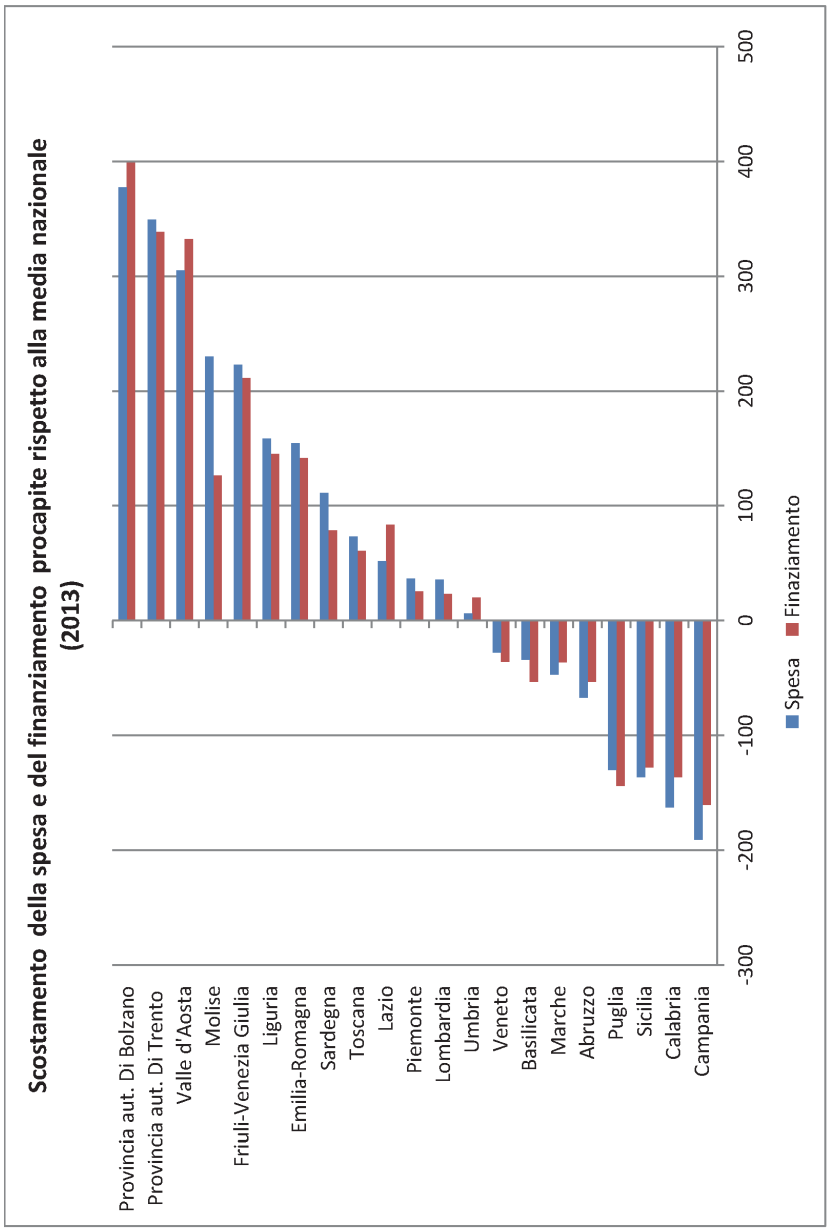
Fonte: Ns. elaborazioni su dati Ministero della salute

(1) Il Finanziamento del SSN non ricomprende i ricavi della gestione straordinaria e quelli dell'intramoenia;

(2) La Spesa del SSN sconta dai costi delle sole funzioni assistenziali con i saldi della gestione straordinaria e e dell'intramoenia;

(3) Include riabilitativa e integrativa;

(*) I risultati sono al netto dei costi capitalizzati e ammortamenti non sterilizzati e delle nuove voci inserite nei CE


Scostamento della spesa e del finanziamento procapite rispetto alla media nazionale (2013)
500
400
300
200
100
0
-100
-200
-300
Provincia aut. Di Bolzano
Provincia aut. Di Trento
Valle d'Aosta
Molise
Friuli-Venezia Giulia
Liguria
Emilia-Romagna
Sardegna
Toscana
Lazio
Piemonte
Lombardia
Umbria
Veneto
Basilicata
Marche
Abruzzo
Puglia
Sicilia
Calabria
Campania
Spesa
Finaziamento

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
PIEMONTE	2.818.941	2.927.604	2.976.052	2.930.754	2.882.725	2.837.466	3.9	1.7	-1.5	-1.6	-1.6
VALLE D'AOSTA	112.831	111.618	114.683	112.865	113.040	113.494	-1.1	2.7	-1.6	0.2	0.4
LOMBARDIA	4.869.836	5.015.724	5.141.956	5.114.544	5.093.478	5.065.551	3.0	2.5	-0.5	-0.4	-0.5
PA BOLZANO	519.163	540.893	550.315	548.998	592.847	592.363	4.2	1.7	-0.2	8.0	-0.1
PA TRENTO	378.252	400.284	402.731	403.990	416.808	417.319	5.8	0.6	0.3	3.2	0.1
VENETO	2.680.665	2.735.650	2.771.366	2.745.981	2.746.489	2.744.273	2.1	1.3	-0.9	0.0	-0.1
FRIULI VENEZIA GIULIA	888.355	940.281	953.326	946.626	950.112	949.038	5.8	1.4	-0.7	0.4	-0.1
LIGURIA	1.132.768	1.165.444	1.176.589	1.153.651	1.116.772	1.098.371	2.9	1.0	-1.9	-3.2	-1.6
EMILIA ROMAGNA	2.857.568	2.927.302	2.999.984	3.022.382	3.013.274	2.993.357	2.4	2.5	0.7	-0.3	-0.7
TOSCANA	2.464.892	2.575.751	2.622.856	2.607.768	2.554.189	2.525.956	4.5	1.8	-0.6	-2.1	-1.1
UMBRIA	588.193	604.255	613.410	610.707	610.851	610.950	2.7	1.5	-0.4	0.0	0.0
MARCHE	970.582	1.023.042	1.040.503	1.026.888	1.005.002	993.379	5.4	1.7	-1.3	-2.1	-1.2
LAZIO	3.023.731	3.058.797	3.075.248	2.985.459	2.894.195	2.829.693	1.2	0.5	-2.9	-3.1	-2.2
ABRUZZO	776.508	776.073	788.405	772.380	764.280	767.529	-0.1	1.6	-2.0	-1.0	0.4
MOLISE	208.346	210.891	215.068	209.327	203.460	198.809	1.2	2.0	-2.7	-2.8	-2.3
CAMPANIA	3.188.221	3.264.572	3.217.395	3.070.598	2.935.666	2.831.366	2.4	-1.4	-4.6	-4.4	-3.6
PUGLIA	2.078.213	2.141.161	2.190.795	2.112.490	2.040.278	1.990.388	3.0	2.3	-3.6	-3.4	-2.4
BASILICATA	378.929	384.678	393.156	385.554	380.631	376.404	1.5	2.2	-1.9	-1.3	-1.1
CALABRIA	1.259.735	1.290.969	1.290.335	1.254.799	1.217.780	1.183.682	2.5	0.0	-2.8	-3.0	-2.8
SICILIA	2.980.234	2.967.704	2.976.074	2.920.591	2.882.491	2.868.738	-0.4	0.3	-1.9	-1.3	-0.5
SARDEGNA	1.090.496	1.129.269	1.163.281	1.164.451	1.170.440	1.181.271	3.6	3.0	0.1	0.5	0.9
ITALIA	35.266.459	36.191.962	36.673.528	36.100.803	35.584.808	35.169.397	2.6	1.3	-1.6	-1.4	-1.2

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
PIEMONTE	808.047	811.886	774.814	697.864	643.384	626.933	0.5	-4.6	-9.9	-7.8	-2.6
VALLE D'AOSTA	21.335	21.378	22.123	19.621	19.033	18.699	0.2	3.5	-11.3	-3.0	-1.8
LOMBARDIA	1.573.810	1.565.667	1.560.243	1.436.699	1.328.461	1.305.689	-0.5	-0.3	-7.9	-7.5	-1.7
PA BOLZANO	59.900	60.705	61.512	55.295	46.042	44.984	1.3	1.3	-10.1	-16.7	-2.3
PA TRENTO	77.200	77.364	78.514	75.323	69.433	67.815	0.2	1.5	-4.1	-7.8	-2.3
VENETO	745.307	748.972	743.232	671.133	589.109	584.395	0.5	-0.8	-9.7	-12.2	-0.8
FRIULI VENEZIA GIULIA	225.254	223.483	230.444	216.184	196.186	190.220	-0.8	3.1	-6.2	-9.3	-3.0
LIGURIA	335.138	318.845	299.366	283.381	246.862	236.110	-4.9	-6.1	-5.3	-12.9	-4.4
EMILIA ROMAGNA	727.545	718.707	715.341	646.553	551.872	533.939	-1.2	-0.5	-9.6	-14.6	-3.2
TOSCANA	632.320	607.753	611.310	551.632	504.682	439.313	-3.9	0.6	-9.8	-8.5	-13.0
UMBRIA	161.845	156.517	156.460	146.588	135.684	132.497	-3.3	0.0	-6.3	-7.4	-2.3
MARCHE	293.400	288.091	284.604	254.967	233.198	240.025	-1.8	-1.2	-10.4	-8.5	2.9
LAZIO	1.252.352	1.171.335	1.195.440	1.087.759	926.981	899.967	-6.5	2.1	-9.0	-14.8	-2.9
ABRUZZO	267.497	260.766	263.937	248.343	225.362	222.327	-2.5	1.2	-5.9	-9.3	-1.3
MOLISE	63.827	62.715	58.471	55.024	50.541	46.609	-1.7	-6.8	-5.9	-8.1	-7.8
CAMPANIA	1.115.450	1.097.682	1.068.676	950.920	878.831	869.656	-1.6	-2.6	-11.0	-7.6	-1.0
PUGLIA	854.821	875.690	869.413	719.939	638.022	626.295	2.4	-0.7	-17.2	-11.4	-1.8
BASILICATA	114.282	114.799	106.299	95.501	82.306	80.947	0.5	-7.4	-10.2	-13.8	-1.7
CALABRIA	488.230	459.280	441.523	362.146	332.833	314.079	-5.9	-3.9	-18.0	-8.1	-5.6
SICILIA	1.072.548	1.016.619	1.023.403	954.354	870.465	811.185	-5.2	0.7	-6.7	-8.8	-6.8
SARDEGNA	336.415	339.216	347.434	332.771	322.049	300.653	0.8	2.4	-4.2	-3.2	-6.6
ITALIA	11.226.523	10.997.470	10.912.559	9.861.997	8.891.336	8.592.337	-2.0	-0.8	-9.6	-9.8	-3.4

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
PIEMONTE	109.067	112.849	113.093	126.164	153.018	144.116	3.5	0.2	11.6	21.3	-5.8
VALLE D'AOSTA	4.365	4.549	5.574	5.651	5.682	5.335	4.2	22.5	1.4	0.5	-6.1
LOMBARDIA	185.596	183.330	182.280	207.202	238.736	236.679	-1.2	-0.6	13.7	15.2	-0.9
PA BOLZANO	16.092	16.260	16.554	17.227	17.714	18.472	1.0	1.8	4.1	2.8	4.3
PA TRENTO	14.329	14.379	15.039	15.527	16.075	15.535	0.3	4.6	3.2	3.5	-3.4
VENETO	127.545	132.115	133.664	140.862	195.498	192.266	3.6	1.2	5.4	38.8	-1.7
FRIULI VENEZIA GIULIA	31.836	36.017	36.214	41.002	47.470	46.228	13.1	0.5	13.2	15.8	-2.6
LIGURIA	36.123	36.864	36.731	40.618	46.125	43.533	2.1	-0.4	10.6	13.6	-5.6
EMILIA ROMAGNA	127.790	132.319	137.165	143.983	152.500	159.740	3.5	3.7	5.0	5.9	4.7
TOSCANA	102.031	110.051	116.492	123.829	153.678	167.062	7.9	5.9	6.3	24.1	8.7
UMBRIA	21.660	22.351	22.940	24.347	31.377	30.654	3.2	2.6	6.1	28.9	-2.3
MARCHE	39.750	40.980	40.334	45.861	49.240	45.758	3.1	-1.6	13.7	7.4	-7.1
LAZIO	115.196	127.066	127.167	140.927	145.539	134.494	10.3	0.1	10.8	3.3	-7.6
ABRUZZO	27.473	29.396	29.723	38.027	40.719	41.058	7.0	1.1	27.9	7.1	0.8
MOLISE	5.466	5.879	6.311	6.131	5.923	5.162	7.6	7.3	-2.9	-3.4	-12.8
CAMPANIA	43.048	40.640	48.586	62.255	61.618	58.742	-5.6	19.6	28.1	-1.0	-4.7
PUGLIA	44.347	53.278	52.245	59.324	63.854	56.894	20.1	-1.9	13.5	7.6	-10.9
BASILICATA	9.996	10.116	10.364	12.455	13.877	12.007	1.2	2.5	20.2	11.4	-13.5
CALABRIA	16.057	21.784	22.954	28.596	28.495	27.935	35.7	5.4	24.6	-0.4	-2.0
SICILIA	40.147	41.754	42.876	43.304	51.809	50.276	4.0	2.7	1.0	19.6	-3.0
SARDEGNA	28.433	28.070	27.615	28.708	29.056	29.204	-1.3	-1.6	4.0	1.2	0.5
ITALIA	1.146.347	1.200.047	1.223.921	1.352.000	1.548.003	1.521.150	4.7	2.0	10.5	14.5	-1.7

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
PIEMONTE	118.246	117.399	115.733	115.776	113.763	103.032	-0.7	-1.4	0.0	-1.7	-9.4
VALLE D'AOSTA	3.975	3.279	3.408	3.977	3.155	2.670	-17.5	3.9	16.7	-20.7	-15.4
LOMBARDIA	231.885	231.617	222.940	228.988	222.726	208.604	-0.1	-3.7	2.7	-2.7	-6.3
PA BOLZANO	0.000	0.000	1.024	1.607	1.720	1.849			56.9	7.0	7.5
PA TRENTO	9.325	9.613	9.730	9.580	9.323	9.320	3.1	1.2	-1.5	-2.7	0.0
VENETO	111.040	110.469	112.166	112.113	108.322	107.328	-0.5	1.5	0.0	-3.4	-0.9
FRIULI VENEZIA GIULIA	28.891	28.500	28.699	28.973	27.374	27.342	-1.4	0.7	1.0	-5.5	-0.1
LIGURIA	38.920	37.931	40.017	41.772	43.912	40.404	-2.5	5.5	4.4	5.1	-8.0
EMILIA ROMAGNA	142.040	141.493	143.417	138.045	131.442	129.921	-0.4	1.4	-3.7	-4.8	-1.2
TOSCANA	125.492	130.915	127.049	124.939	115.520	113.158	4.3	-3.0	-1.7	-7.5	-2.0
UMBRIA	12.437	12.758	12.569	15.109	13.025	13.242	2.6	-1.5	20.2	-13.8	1.7
MARCHE	36.916	36.863	36.347	36.167	34.993	35.684	-0.1	-1.4	-0.5	-3.2	2.0
LAZIO	93.498	108.105	116.053	120.605	115.307	103.295	15.6	7.4	3.9	-4.4	-10.4
ABRUZZO	18.254	14.814	15.408	16.984	17.274	16.155	-18.8	4.0	10.2	1.7	-6.5
MOLISE	3.582	3.437	1.784	2.262	2.954	3.298	-4.0	-48.1	26.8	30.6	11.6
CAMPANIA	50.169	52.995	50.866	46.203	47.210	42.756	5.6	-4.0	-9.2	2.2	-9.4
PUGLIA	45.915	45.375	44.993	42.518	40.569	34.422	-1.2	-0.8	-5.5	-4.6	-15.2
BASILICATA	3.906	4.203	3.927	5.160	5.025	4.736	7.6	-6.6	31.4	-2.6	-5.8
CALABRIA	8.512	9.198	10.356	8.370	10.245	8.652	8.1	12.6	-19.2	22.4	-15.5
SICILIA	48.081	48.293	46.517	44.276	44.984	38.285	0.4	-3.7	-4.8	1.6	-14.9
SARDEGNA	14.011	14.893	15.006	14.745	15.264	14.127	6.3	0.8	-1.7	3.5	-7.4
ITALIA	1.145.095	1.162.150	1.158.009	1.158.169	1.124.107	1.058.280	1.5	-0.4	0.0	-2.9	-5.9

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
PIEMONTE	111.200	111.463	110.814	109.183	97.189	87.822	0.2	-0.6	-1.5	-11.0	-9.6
VALLE D'AOSTA	3.558	3.157	2.996	3.591	2.799	2.084	-11.3	-5.1	19.9	-22.1	-25.5
LOMBARDIA	244.366	248.390	246.210	247.688	181.517	162.015	1.6	-0.9	0.6	-26.7	-10.7
PA BOLZANO	0.000	0.000	0.718	1.168	1.214	1.390			62.7	3.9	14.5
PA TRENTO	7.957	8.496	8.763	8.325	7.488	7.400	6.8	3.1	-5.0	-10.1	-1.2
VENETO	103.954	103.066	103.114	99.833	87.235	87.202	-0.9	0.0	-3.2	-12.6	0.0
FRIULI VENEZIA GIULIA	25.538	25.004	24.617	24.922	23.280	23.125	-2.1	-1.5	1.2	-6.6	-0.7
LIGURIA	34.577	33.376	35.405	36.715	36.269	33.149	-3.5	6.1	3.7	-1.2	-8.6
EMILIA ROMAGNA	112.729	112.938	114.644	109.918	102.262	99.727	0.2	1.5	-4.1	-7.0	-2.5
TOSCANA	96.439	100.600	98.584	93.229	83.590	80.182	4.3	-2.0	-5.4	-10.3	-4.1
UMBRIA	13.203	13.208	12.406	13.023	10.085	10.691	0.0	-6.1	5.0	-22.6	6.0
MARCHE	30.025	31.117	30.097	29.943	27.848	29.238	3.6	-3.3	-0.5	-7.0	5.0
LAZIO	124.077	121.968	123.435	122.742	100.613	84.158	-1.7	1.2	-0.6	-18.0	-16.4
ABRUZZO	16.530	13.942	15.268	15.785	15.512	14.764	-15.7	9.5	3.4	-1.7	-4.8
MOLISE	3.184	2.548	2.199	2.159	2.464	2.673	-20.0	-13.7	-1.8	14.1	8.5
CAMPANIA	59.061	51.490	51.908	48.135	46.466	38.410	-12.8	0.8	-7.3	-3.5	-17.3
PUGLIA	48.414	45.240	45.650	40.995	35.017	26.404	-6.6	0.9	-10.2	-14.6	-24.6
BASILICATA	4.202	4.044	4.011	4.769	4.130	3.733	-3.8	-0.8	18.9	-13.4	-9.6
CALABRIA	7.650	7.782	8.422	9.274	8.011	9.155	1.7	8.2	10.1	-13.6	14.3
SICILIA	50.110	50.655	46.586	45.323	41.639	35.283	1.1	-8.0	-2.7	-8.1	-15.3
SARDEGNA	12.398	14.074	14.641	13.241	14.596	11.948	13.5	4.0	-9.6	10.2	-18.1
ITALIA	1.109.172	1.102.558	1.100.488	1.079.961	929.224	850.553	-0.6	-0.2	-1.9	-14.0	-8.5

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PIEMONTE	7.046	5.936	4.919	6.593	16.574	15.210
VALLE D'AOSTA	0.417	0.122	0.412	0.386	0.356	0.586
LOMBARDIA	-12.481	-16.773	-23.270	-18.700	41.209	46.589
PA BOLZANO	0.000	0.000	0.306	0.439	0.506	0.459
PA TRENTO	1.368	1.117	0.967	1.255	1.835	1.920
VENETO	7.086	7.403	9.052	12.280	21.087	20.126
FRIULI VENEZIA GIULIA	3.353	3.496	4.082	4.051	4.094	4.217
LIGURIA	4.343	4.555	4.612	5.057	7.643	7.255
EMILIA ROMAGNA	29.311	28.555	28.773	28.127	29.180	30.194
TOSCANA	29.053	30.315	28.465	31.710	31.930	32.976
UMBRIA	-0.766	-0.450	0.163	2.086	2.940	2.551
MARCHE	6.891	5.746	6.250	6.224	7.145	6.446
LAZIO	-30.579	-13.863	-7.382	-2.137	14.694	19.137
ABRUZZO	1.724	0.872	0.140	1.199	1.762	1.391
MOLISE	0.398	0.889	-0.415	0.103	0.490	0.625
CAMPANIA	-8.892	1.505	-1.042	-1.932	0.744	4.346
PUGLIA	-2.499	0.135	-0.657	1.523	5.552	8.018
BASILICATA	-0.296	0.159	-0.084	0.391	0.895	1.003
CALABRIA	0.862	1.416	1.934	-0.904	2.234	-0.503
SICILIA	-2.029	-2.362	-0.069	-1.047	3.345	3.002
SARDEGNA	1.613	0.819	0.365	1.504	0.668	2.179
ITALIA	35.923	59.592	57.521	78.208	194.883	207.727

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

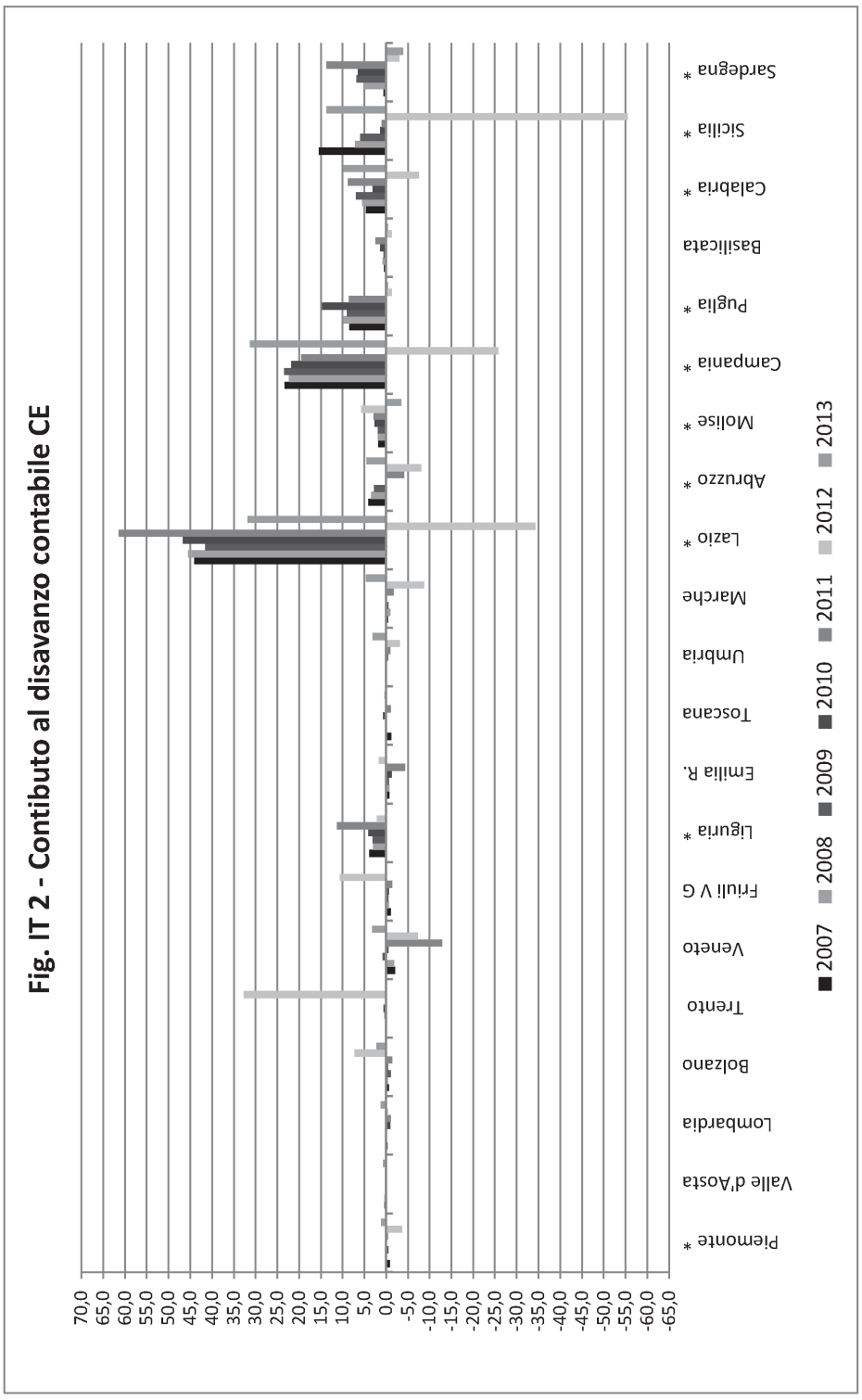


Fig. IT 2 - Contibuto al disavanzo contabile CE
70,0
65,0
60,0
55,0
50,0
45,0
40,0
35,0
30,0
25,0
20,0
15,0
10,0
5,0
0,0
-5,0
-10,0
-15,0
-20,0
-25,0
-30,0
-35,0
-40,0
-45,0
-50,0
-55,0
-60,0
-65,0
Piemonte *
Valle d'Aosta
Lombardia
Bolzano
Trento
Veneto
Friuli V G
Liguria *
Emilia R.
Toscana
Umbria
Marche
Lazio *
Abruzzo *
Molise *
Campania *
Puglia *
Basilicata
Calabria *
Sicilia *
Sardegna *
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013

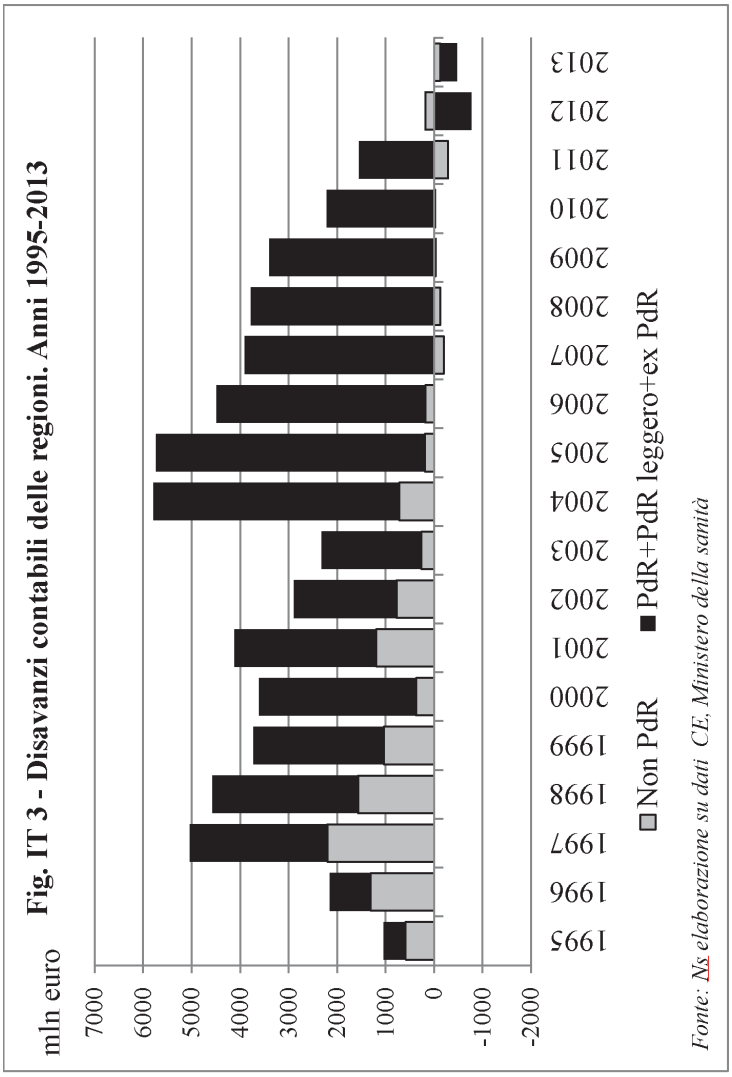
Tab. IT 8 - Disavanzi contabili delle Regioni (mln di euro) (*)

Regioni	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%	mln	%
Piemonte	209.8	5.1	40.4	1.4	100.5	4.3	671.1	11.6	-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	-21.7	-3.7	-9.3	1.1
Valle d'Aosta	33.3	0.8	6.7	0.2	10.4	0.4	13.3	0.2	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	-5.2	0.6
Lombardia	280.8	6.8	322.6	11.2	-63.7	-2.7	-131.3	-2.3	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	-2.7	-0.5	-10.4	1.3
Provincia aut. Di Bolzano	297.0	7.2	70.7	2.4	25.2	1.1	-25.2	-0.4	-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	-17.9	2.2
Provincia aut. Di Trento	-4.4	-0.1	-1.0	0.0	5.0	0.2	9.0	0.2	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	32.7	-1.4	0.2
Veneto	304.5	7.4	204.2	7.1	145.3	6.3	-5.7	-0.1	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	-42.7	-7.3	-25.5	3.1
Friuli-Venezia Giulia	17.6	0.4	-33.9	-1.2	-19.4	-0.8	-9.4	-0.2	-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	10.7	-2.1	0.3
Liguria	76.9	1.9	44.2	1.5	48.4	2.1	328.9	5.7	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	12.3	2.1	0.0	0.0
Emilia-Romagna	16.3	0.4	50.0	1.7	40.3	1.7	380.1	6.6	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	9.6	1.7	-2.3	0.3
Toscana	88.0	2.1	43.8	1.5	-20.4	-0.9	240.4	4.2	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	1.3	0.2	-3.2	0.4
Umbria	6.7	0.2	9.8	0.3	45.9	2.0	52.4	0.9	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	-18.6	-3.2	-24.6	3.0
Marche	125.2	3.0	97.8	3.4	71.4	3.1	162.8	2.8	18.3	0.3	39.0	0.9	-15.0	-0.4	-36.8	-1.0	-16.6	-0.5	2.6	0.1	-21.2	-1.7	-50.5	-8.7	-37.7	4.6
Lazio	986.7	23.9	574.1	19.9	710.6	30.6	1669.3	28.8	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	-199.4	-34.3	-258.1	31.8
Abruzzo	75.2	1.8	135.6	4.7	216.5	9.3	103.7	1.8	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	-46.7	-8.0	-36.2	4.5
Molise	37.5	0.9	18.5	0.6	73.0	3.1	43.7	0.8	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	32.9	5.7	28.3	-3.5
Campania	628.9	15.3	637.9	22.1	556.0	23.9	1181.8	20.4	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	-149.6	-25.7	-253.5	31.3
Puglia	166.3	4.0	4.2	0.1	-108.9	-4.7	-41.6	-0.7	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	-7.5	-1.3	2.9	-0.4
Basilicata	28.4	0.7	0.6	0.0	19.2	0.8	31.2	0.5	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	-7.5	-1.3	3.4	-0.4
Calabria	226.1	5.5	147.9	5.1	57.3	2.5	128.4	2.2	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	-44.0	-7.6	-78.8	9.7
Sicilia	414.7	10.1	341.7	11.8	267.4	11.5	747.7	12.9	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	-322.2	-55.4	-110.8	13.7
Sardegna	106.3	2.6	174.6	6.0	143.2	6.2	239.5	4.1	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	-17.9	-3.1	31.3	-3.9
ITALIA	4121.7	100.0	2890.6	100.0	2323.4	100.0	5790.0	100.0	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	-581.2	-100.0	811.2	-100.0

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

(*) Deficit da CE (valori negativi indicano un avanzo);

Fig. IT 3 - Disavanzi contabili delle regioni. Anni 1995-2013



Fonte: Ns elaborazione su dati CE, Ministero della sanità

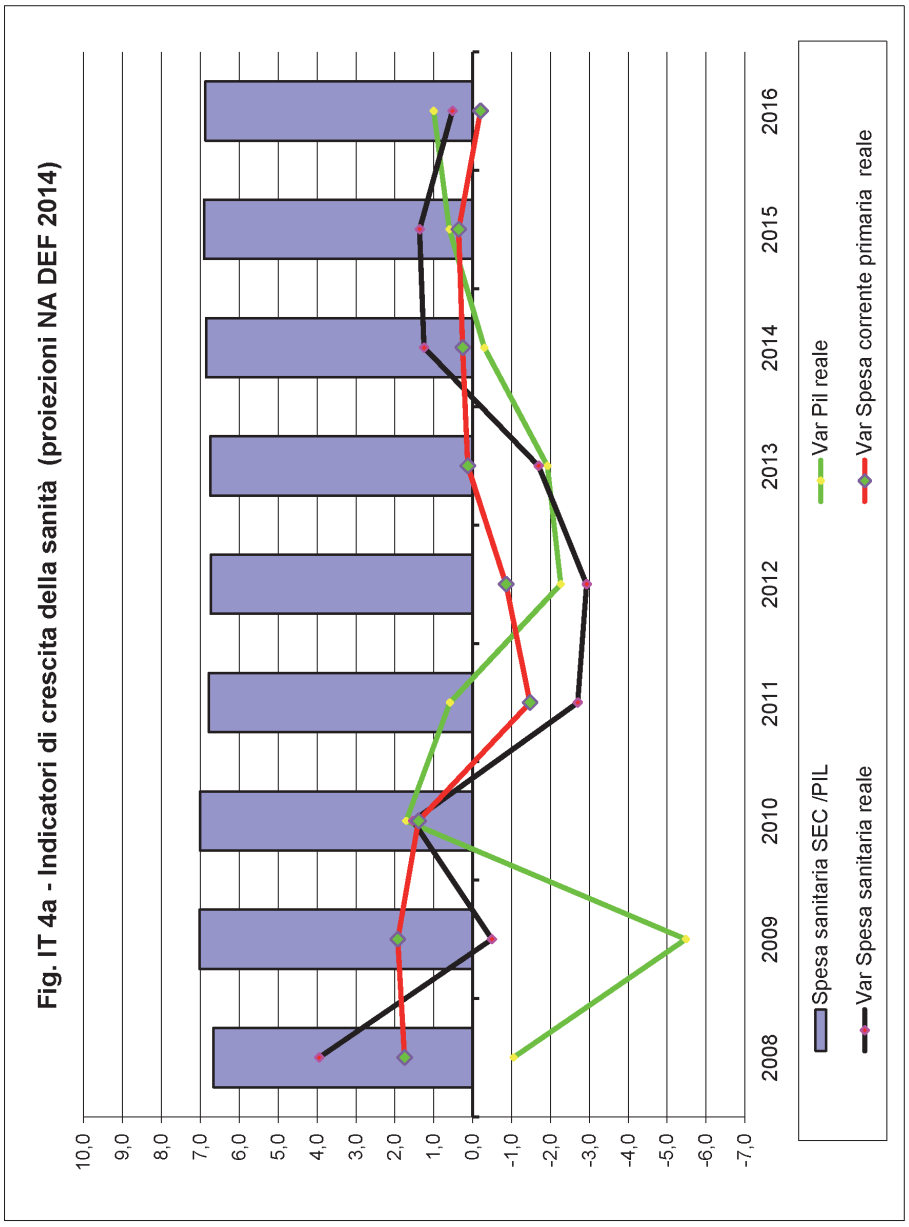


Fig. IT 4a - Indicatori di crescita della sanità (proiezioni NA DEF 2014)
10,0
9,0
8,0
7,0
6,0
5,0
4,0
3,0
2,0
1,0
0,0
-1,0
-2,0
-3,0
-4,0
-5,0
-6,0
-7,0
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
Spesa sanitaria SEC /PIL
Var Spesa sanitaria reale
Var Pil reale
Var Spesa corrente primaria reale

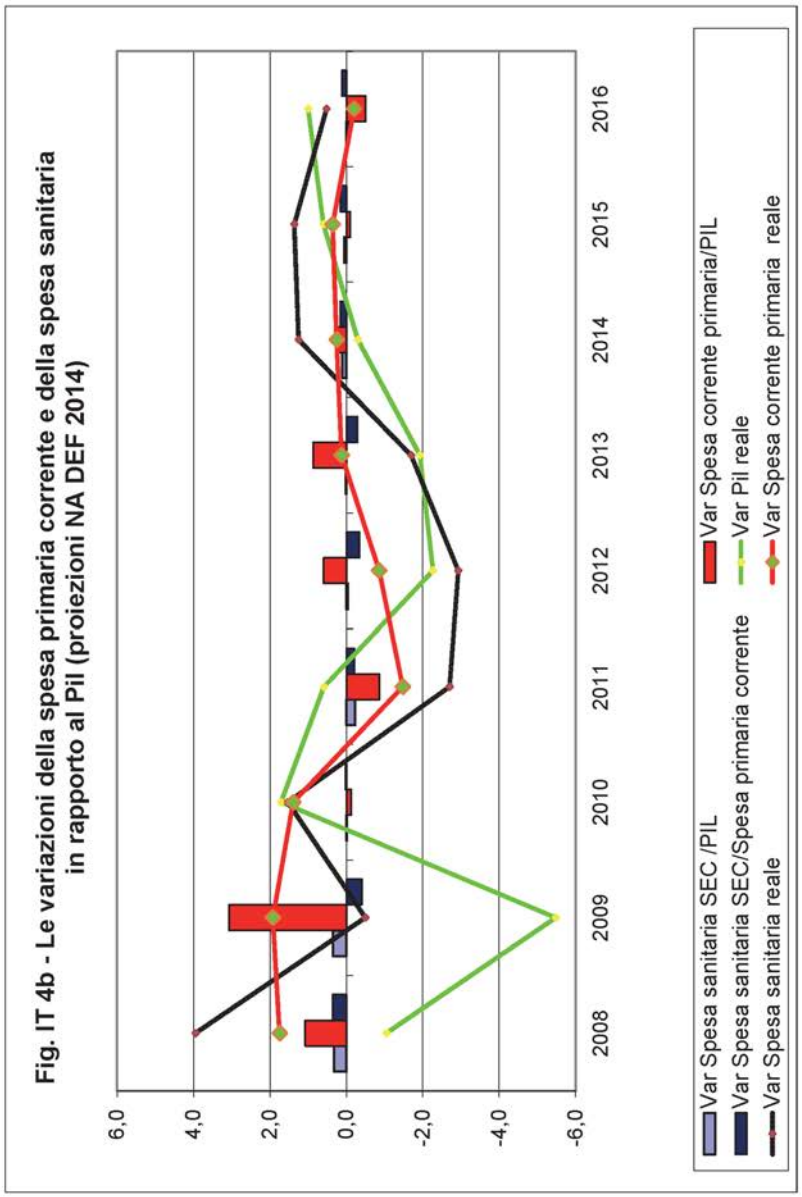


Fig. IT 4b - Le variazioni della spesa primaria corrente e della spesa sanitaria in rapporto al Pil (proiezioni NA DEF 2014)
6,0
4,0
2,0
0,0
-2,0
-4,0
-6,0
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
Var Spesa sanitaria SEC /PIL
Var Spesa sanitaria SEC/Spesa primaria corrente
Var Spesa sanitaria reale
Var Spesa corrente primaria/PIL
Var Pil reale
Var Spesa corrente primaria reale

Tab. IT 10 - Risultati e previsioni di spesa sanitaria (mln di euro)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Spesa sanitaria programmatica post LS stabilità 2013	**112.039**	**113.597**	**112.327**	**112.421**	**115.397**	
Spesa sanitaria tendenziale DEF aprile e settembre 2013	**111.593**	**110.842**	**111.108**	**113.029**	**115.424**	**117.616**
Manovra Legge di Stabilità 2014						
Riduzione FSN disposizioni pubblico impiego (art. 1, c. 481)					*540*	*610*
Finanziamento policlinici universitari non statali; Gaslini Genova; Bambino Gesù (art.1 c. 221; 337; 378)				*82*	*37*	*37*
Aumento FSN Screning neonatali (art.1, c. 229)				*5*	*5*	*5*
Spesa sanitaria programmatica post LS 2014	**111.593**	**110.842**	**111.108**	**113.116**	**114.926**	**117.048**
Spesa sanitaria tendenziale DEF e NA DEF 2014	**111.094**	**109.611**	**109.254**	**111.474**	**113.703**	**116.149**
variazioni spesa tendenziale		-1.3%	-0.3%	2.0%	2.0%	2.2%
Pil DEF aprile 2014	**1.579.946**	**1.566.912**	**1.560.024**	**1.587.053**	**1.626.750**	**1.676.571**
Pil NA DEF ottobre 2014 programmatico	**1.638.857**	**1.628.004**	**1.618.904**	**1.626.516**	**1.646.550**	**1.690.027**
variazioni Pil DEF aprile 2014		-0.8%	-0.4%	1.7%	2.5%	3.1%
variazioni Pil NA DEF ottobre 2014		-0.7%	-0.6%	0.5%	1.2%	2.6%
% sul Pil della spesa sanitaria DEF aprile 2014	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	7.0%	6.9%
% sul Pil della spesa sanitaria NA DEF ottobre 2014	6.8%	6.7%	6.7%	6.9%	6.9%	6.9%

Fonte: ns elaborazioni su documenti di finanza pubblica

Tab. IT 11 - Il finanziamento del SSN (mln di euro)

	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 sanità penitenziaria per aumento compartecipazione regionale accise sui tabacchi (art.1, c. 513)	*3*	*3*	*3*
Screning neonatali (art.1, c. 229)	*5*	*5*	*5*
Borse studio medici specializzandi (art. 1 c. 424)	*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**
Previsioni Pil DEF 2014	**1.587.053**	**1.626.750**	**1.676.571**
variazioni Pil DEF 2014		2.5%	3.1%
Riallineamento finanziamento al Pil DEF aprile 2014 (2)	**109.932**	**112.062**	**115.424**
Patto per la Salute giugno 2014	**109.928**	**112.062**	**115.444**
Previsioni Pil NA DEF 2014 programmatico	**1.626.516**	**1.646.550**	**1.690.027**
variazioni Pil NA DEF 2014 programmatico		1.2%	2.6%
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 elaborazioni 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 ;

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA sulle attività illecite connesse al ciclo dei rifiuti

Mercoledì 10 gennaio 2018

Plenaria

Presidenza della Presidente
Chiara BRAGA

La seduta inizia alle ore 14,10.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

Chiara BRAGA, *presidente*, avverte che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche mediante l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione.

Esame della proposta di relazione sui consorzi e il mercato del riciclo (relatori: on. Braga, on. Cominelli, on. Zolezzi)
(Esame e rinvio)

Chiara BRAGA, *presidente e relatrice*, ricorda che l'Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, ha convenuto sull'opportunità di predisporre una relazione sui consorzi e il mercato del riciclo. Avverte quindi che, insieme agli altri relatori, deputati Cominelli e Zolezzi, ha presentato una proposta di relazione, che sarà trasmessa a tutti i componenti la Commissione. Dopo averne illustrato i contenuti, avverte che il termine per la presentazione delle osservazioni e delle proposte di modifica è fissato per le ore 20 di mercoledì 24 gennaio 2018.

Interviene per svolgere alcune considerazioni il deputato Alberto ZOLEZZI *(M5S)*, *relatore*.

Chiara BRAGA, *presidente e relatrice*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

Esame della proposta di relazione sul fenomeno degli incendi negli impianti di trattamento e smaltimento di rifiuti (relatori: on. Braga, sen. Arrigoni)
(Esame e rinvio)

Chiara BRAGA, *presidente e relatrice*, ricorda che l'Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, ha convenuto sull'opportunità di predisporre una relazione sul fenomeno degli incendi negli impianti di trattamento e smaltimento di rifiuti. Avverte quindi che, insieme all'altro relatore, senatore Arrigoni, ha presentato una proposta di relazione, che sarà trasmessa a tutti i componenti la Commissione. Dopo averne illustrato i contenuti, avverte che il termine per la presentazione delle osservazioni e delle proposte di modifica è fissato per le ore 20 di martedì 16 gennaio 2018 al fine di consentire la votazione finale della relazione nella giornata di mercoledì 17 gennaio.

Intervengono a più riprese, per porre quesiti e formulare osservazioni, i senatori Laura PUPPATO *(PD)*, Luis Alberto ORELLANA *(Aut-PSI-MAIE)*, nonché Chiara BRAGA, *presidente e relatrice*, la quale, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle ore 14,30.

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI

L'Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, si è riunito dalle ore 14,30 alle ore 14,35.

AVVERTENZA

Il seguente punto all'ordine del giorno non è stato trattato:

COMUNICAZIONI DELLA PRESIDENTE

€ 12,60