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 comunicazione costituisce un primo documento sullo stato di avanzamento delle riflessioni sviluppate in Commissione, al quale seguiranno altri documenti. I dati riportati in allegato 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. Per tale ragione la Commissione intende continuare a seguire il tema con regolarità e sistematicità, aggiornando l'analisi con gli elementi di conoscenza che via via si renderanno disponibili e approfondendo il dibattito anche in aspetti non ancora adeguatamente affrontati. Di qui il carattere intermedio, e non conclusivo, della presente relazione.

Il documento parte dagli elementi acquisiti in occasione delle numerose audizioni avvenute a tutto il mese di marzo 2015 (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 un documento che si propone di fornire un primo contributo di riflessione su alcuni argomenti ritenuti rilevanti, senza alcuna pretesa di esaustività.

Audizioni svolte dalla Commissione Igiene e Sanità dal 3 giugno 2013 al 30 marzo 2015.

— **Ministro della Salute**, On.le Beatrice Lorenzin.

— Rappresentanti dell'**Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – Age.Na.S**: il Dr. Giovanni Bissoni (Presidente) e il Dr. Fulvio Moirano (Direttore).

— Rappresentanti dell'**Agenzia Italiana del Farmaco – AIFA**: Prof. Sergio Pecorelli (Presidente), Prof. Luca Pani (Direttore) e Dr. Paolo Daniele Siviero (Direttore Ufficio area e strategie politiche del farmaco).

— Rappresentanti di **Assobiomedica**: Ing. Stefano Rimondi (Presidente), Drs. Fernanda Gellona (Direttore Generale) e Drs. Angela Deni (Area relazioni istituzionali).

— Rappresentanti di **Farmindustria**: Ing. Massimo Scaccabarozzi (Presidente), Drs. Nadia Ruozzi (Responsabile Area relazioni istituzionali e Associazioni dei pazienti) e Dr. Antonio Morelli (Responsabile dell'Ufficio Stampa).

— Rappresentanti della **Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere – FIASO**: Dr. Valerio Fabio Alberti (Presidente) e Dr. Nicola Pinelli (Direttore).

— Rappresentanti dell'**Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico – OCSE**: Dr. 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.**, dr. 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, dott. Antonio Maritati, dirigente Regione Veneto, coordinamento Commissione salute e presidente Di Laura Frattura.

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

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".

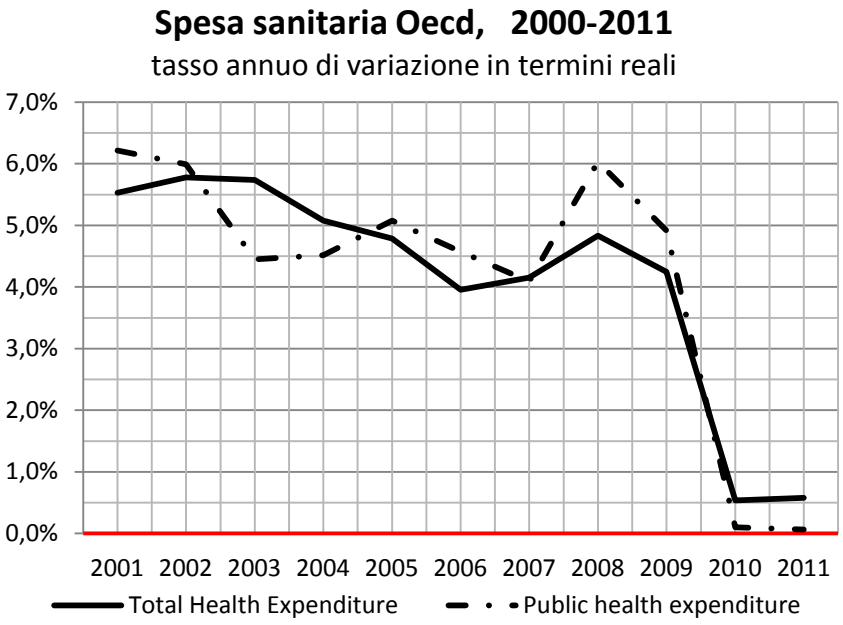
Margaret Chan
Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Su tali temi la Commissione intende promuovere specifici approfondimenti.

4. 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[4].

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%.

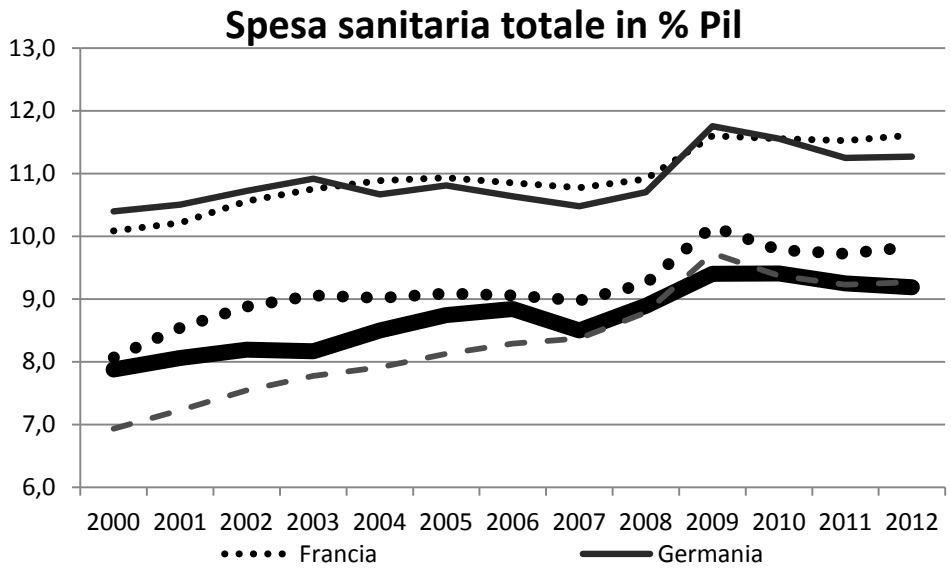
Tra il 2009-2012 la crescita reale della spesa sanitaria è stata contenuta ovunque (rispetto ai tassi di crescita riscontrati nel periodo 2000-2009). In Italia le risorse per la salute hanno evidenziato una crescita reale negativa del 3,5% nel 2011 e del 2,8% nel 2012. Nei paesi a rischio default che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

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

gran lunga 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[5].



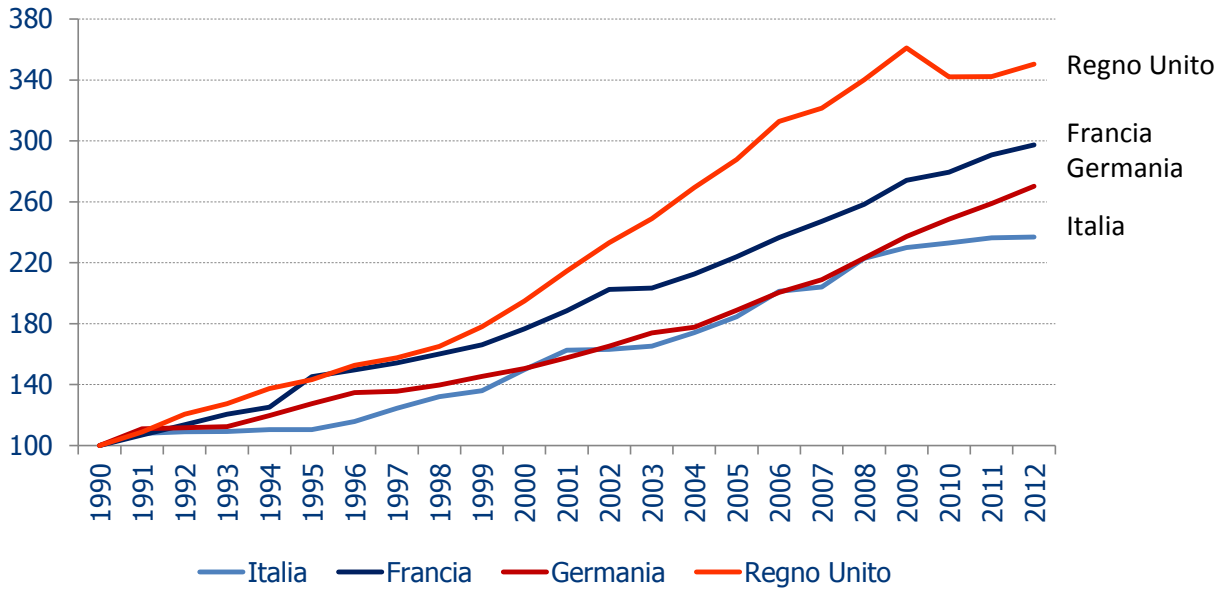
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

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

[5] 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.

sanitaria per abitante mostrano che dall'inizio degli anni Novanta al 2012 l'Italia ha registrato dinamiche di spesa sanitaria inferiori a quelle riscontrate negli altri Paesi europei utilizzati come termine di paragone.



Andamento della spesa sanitaria totale *pro-capite* in Italia e in alcuni Paesi europei

(numero indice, 1990=100), 1990-2012. *Fonte: OECD Health Statistics 2014, giugno 2014*

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

5. 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%

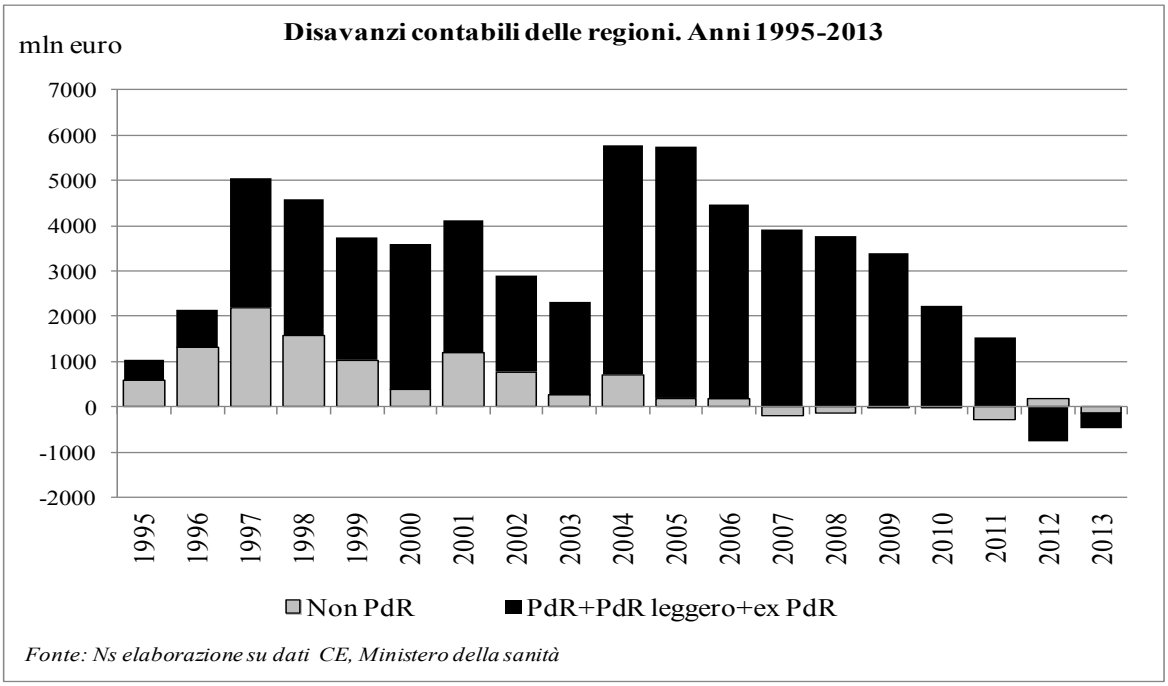
Fonte: ns elaborazioni su documenti di finanza pubblica

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.



Fonte: Ns elaborazione su dati CE, Ministero della sanità

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).

In un clima di risorse scarse, dopo anni di pressione tra vincoli e adempimenti, la sanità nel 2013 e nel 2014 è stata esonerata da misure di correzione della spesa in corso d'anno.

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)

	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[6] 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*.

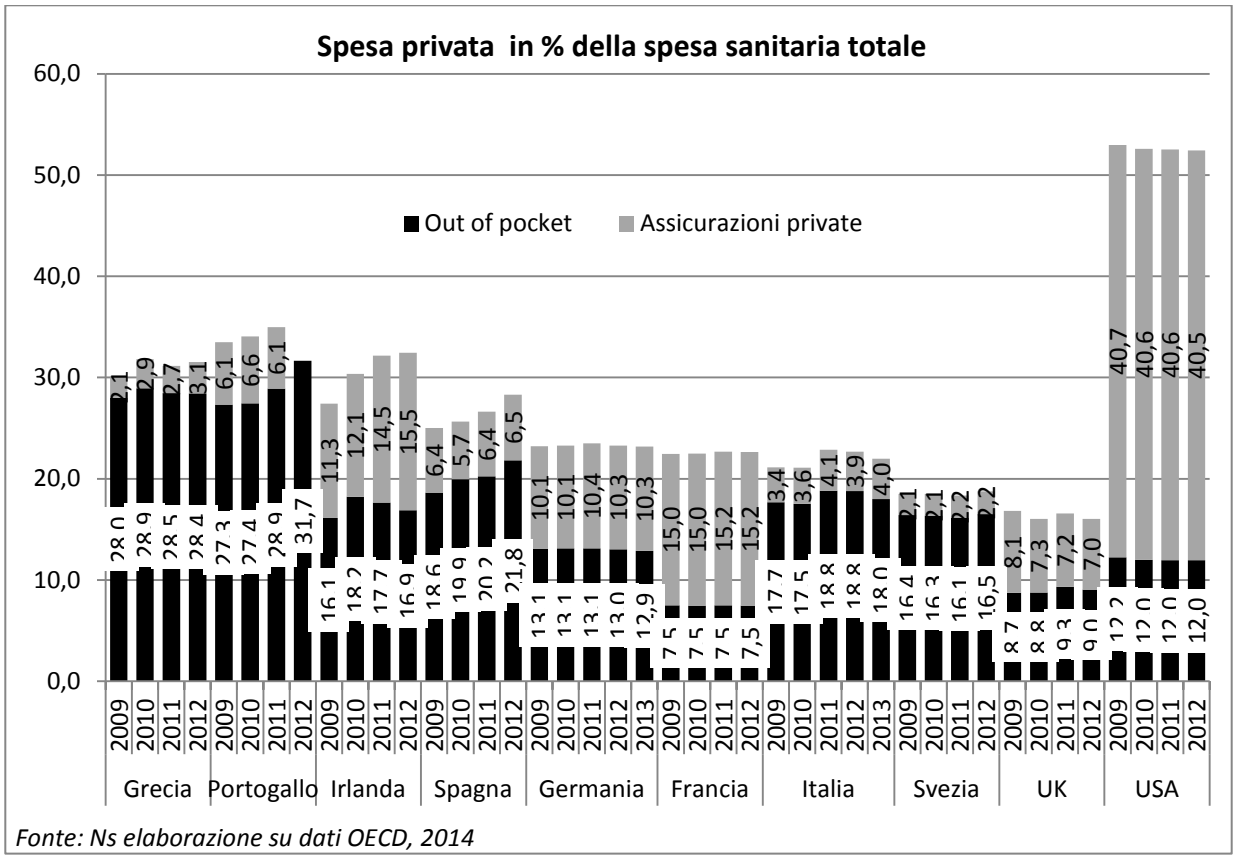
[6] Si veda l'audizione del dottor F. Sassi dell'Oecd.

6. 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[7] sulla spesa sanitaria privata, suddivisa nelle sue componenti *out of pocket* e intermediata, consentono di fare chiarezza[8].

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 sia della spesa *out of pocket* sia delle forme intermediate. Dal 2009 al 2012 in Grecia si è passati dal 30,1% al 31,5% del totale della spesa sanitaria, in Irlanda dal 27,4% al 32,4%. I dati del Portogallo (fermi al 2011) mostrano una variazione dal 33,5% al 35%; quelli della Spagna dal 25,3% al 28,3%.



Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Germania e Francia (paesi con un'importante presenza di mutue e assicurazioni private) sono invece accomunati da una sostanziale stabilità della spesa sanitaria privata, intorno al 23%.
In UK si osserva un lieve aumento dell'incidenza della spesa *out of pocket* (dal 8,7% del 2009 al 9% del

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

2012) e una contrazione delle forme intermediate (dal 8,1% al 7%).

Per l'Italia i dati Oecd indicano una costante, ancorché lieve, tendenza all'aumento dell'incidenza della spesa privata fino al 2011 (dal 21,1% del 2009 al 22,9% del 2011) e una sua riduzione nei due anni più recenti (22% nel 2013). Nel 2013 la riduzione si registra sia nella spesa *out of pocket* (che rappresenta il 18% della spesa sanitaria complessiva), mentre la voce "assicurazioni private" (fondi, mutue e assicurazioni) hanno un peso marginale assestato intorno al 4%.

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 intende proporre specifici approfondimenti, anche coinvolgendo gli operatori del settore.

7. I principali ostacoli all'accesso alle prestazioni sanitarie

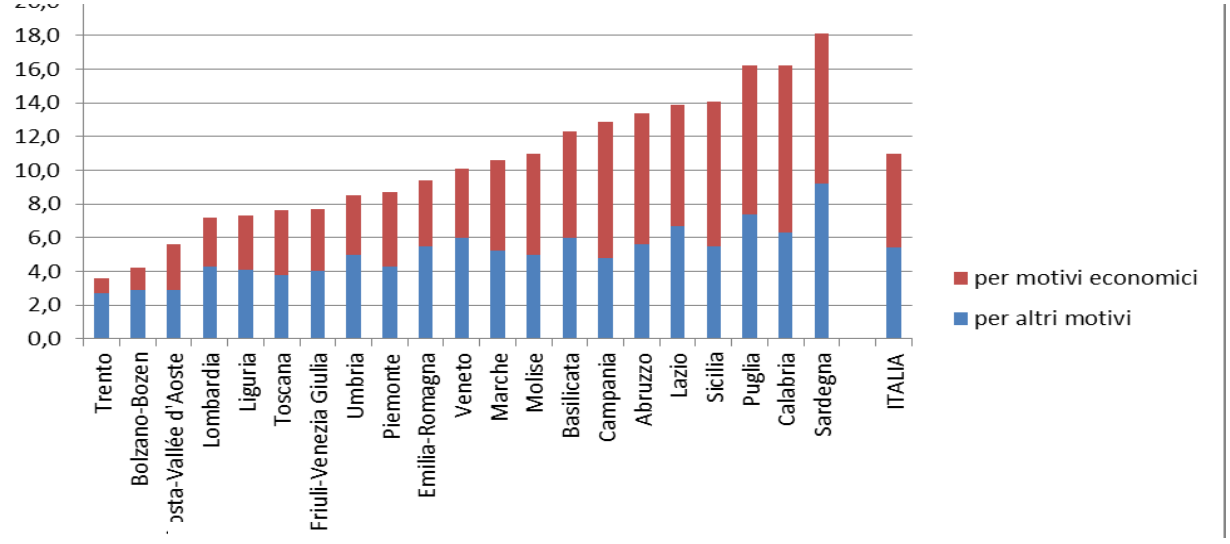
È ancora troppo presto per analizzare in modo rigoroso gli effetti della crisi sulla salute delle persone. La crisi influisce infatti sulla salute non solo direttamente attraverso una riduzione delle prestazioni diagnostiche e delle cure che non vengono considerate prioritarie, oltre che un aumento del 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, recenti dati Istat e il Rapporto del Censis di luglio 2014 consentono prime riflessioni sulle difficoltà che gli italiani incontrano ad accedere ai servizi.

Nell'indagine Censis, il 75% delle famiglie che sono ricorse a visite specialistiche o a esami diagnostici a pagamento lo hanno fatto per i tempi eccessivamente lunghi delle liste d'attesa. Il 31% ha rinunciato almeno una vota a visite specialistiche, esami diagnostici o a cicli di riabilitazione per motivi economici.

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)[9]. 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. Ne sono conferma i risultati dell'indagine Censis sulla percezione della qualità del servizio sanitario nazionale: dal 2011 al 2014 la percentuale di intervistati che pensa che la sanità regionale sia peggiorata è pari al 46,8% nella regioni sottoposte a Piano di Rientro mentre è del 29,3% nelle altre regioni.
In questa fase storica, il rispetto dei vincoli di bilancio è stato spesso ottenuto a discapito della garanzia nell'accesso ai servizi sanitari.

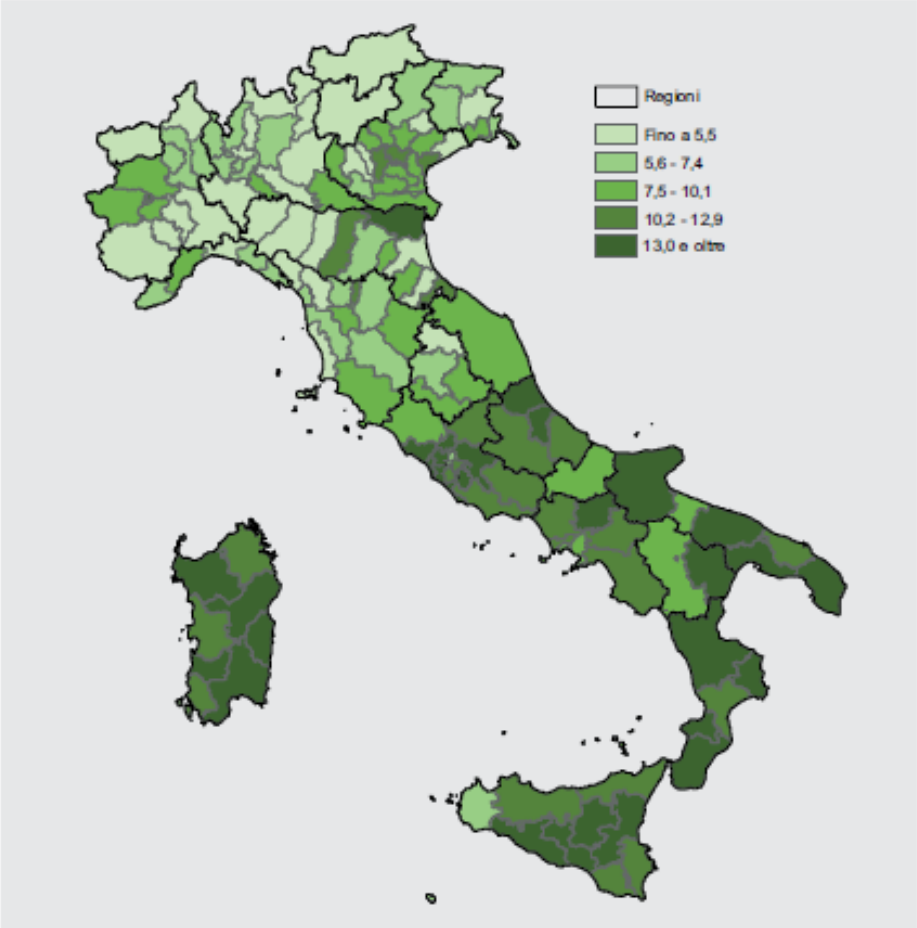
[9] Istat 2014.

L'ultimo 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 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.

Istat, 2015

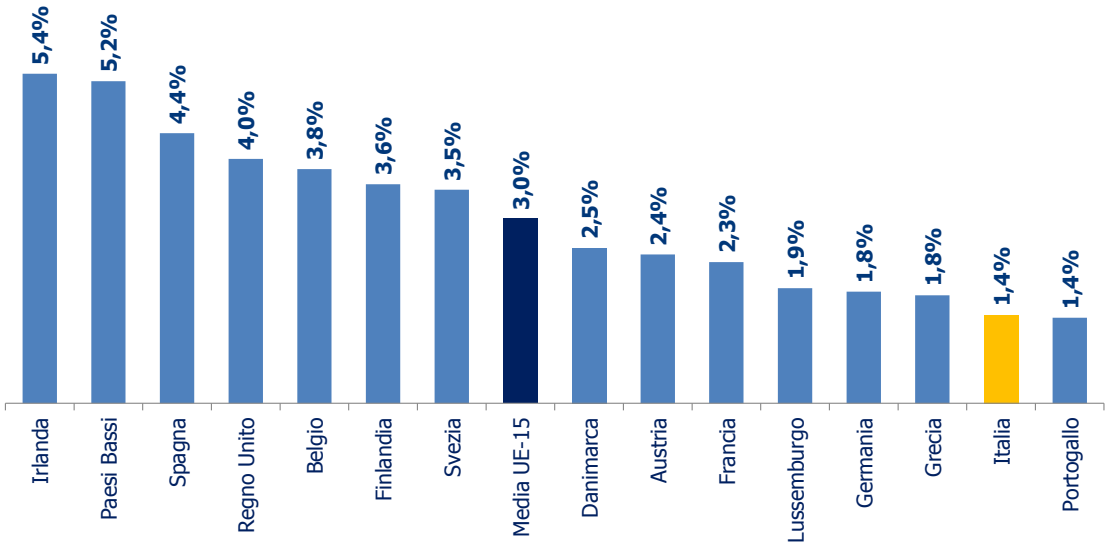
8. Un sistema sanitario "in sofferenza"

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[10], 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, innovazione, ecc.) generino una vera politica per la tutela della salute. Si tratta di riconoscere il valore del

[10] 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»*.

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 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) [11].

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.

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

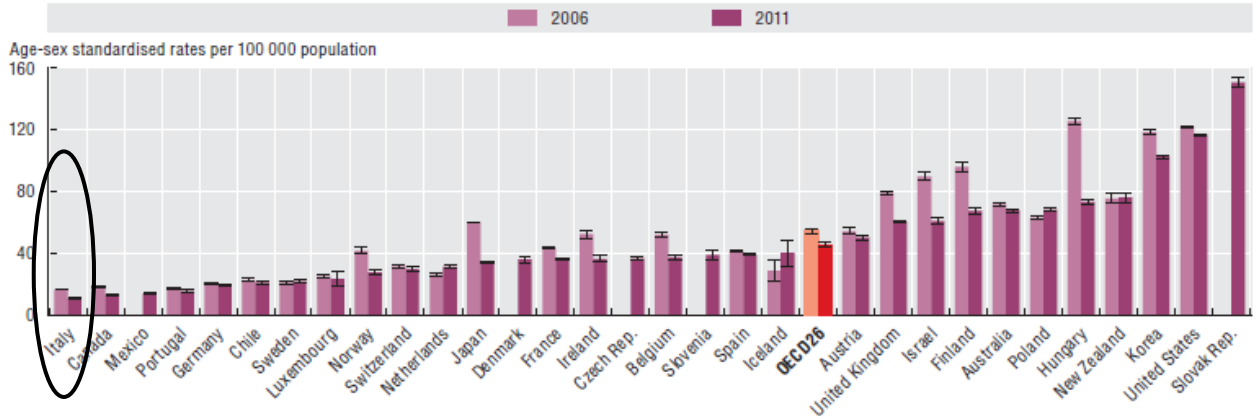
9. L'Italia ai primi posti nella cura delle persone affette da patologie croniche

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[12].
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)[13]. 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.)*



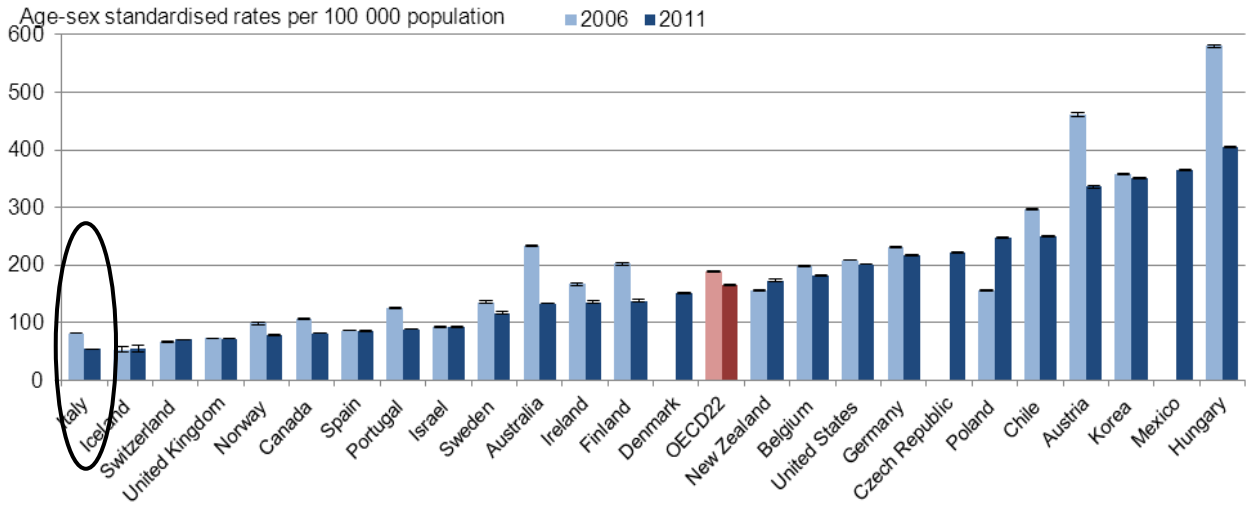
Note: 95% confidence intervals represented by |—|.
Source: OECD Health Statistics 2013. http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en.

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).

[12] Oecd, Health at a glance, 2013
[13] 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 [14] 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).

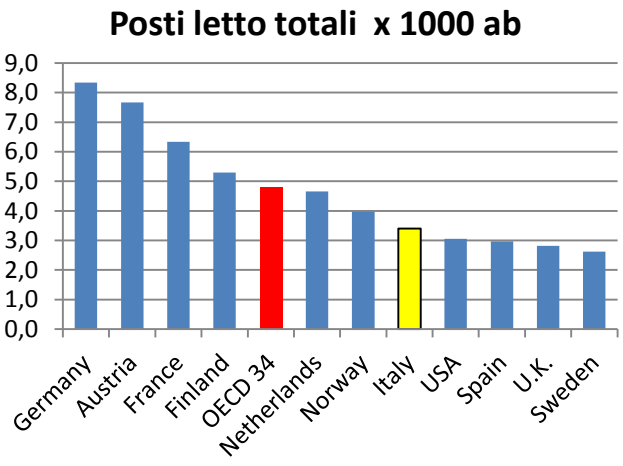
[14] Programma Nazionale Valutazione Esiti, ed. 2013, SDO 2005-2012 (www.agenas.it)

10. 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)[15].



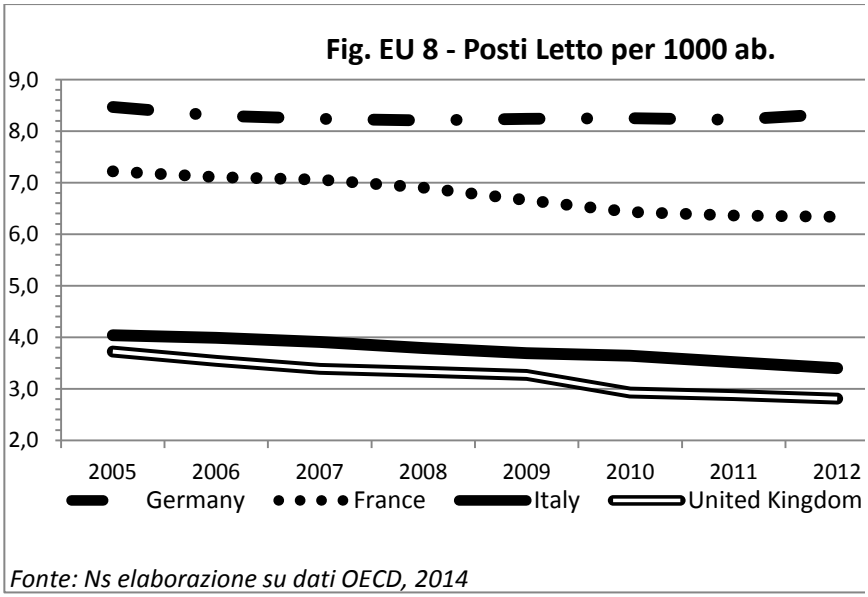
La Germania dispone di un numero di posti letto per 1000 abitanti che è circa il doppio di quello dell'Italia, sia in totale sia per gli acuti. Anche la dotazione della Francia è superiore a quella italiana, ancorché per valori più contenuti.

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 ad oggi 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

[15] Oecd, Health Statistics 2013, ultimo anno disponibile.

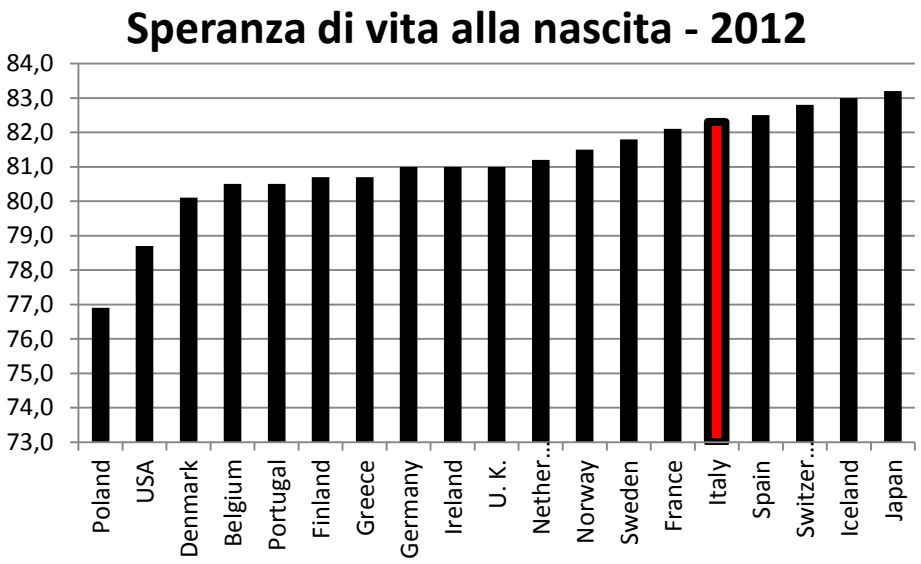
11. Gli italiani vivono sempre più a lungo, e in buona salute.

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)[16]. 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[17].

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 [18]:

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

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

[17] Istat, Rapporto Bes 2014, Istat

[18] 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.

12. 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[19] 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[20], 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.

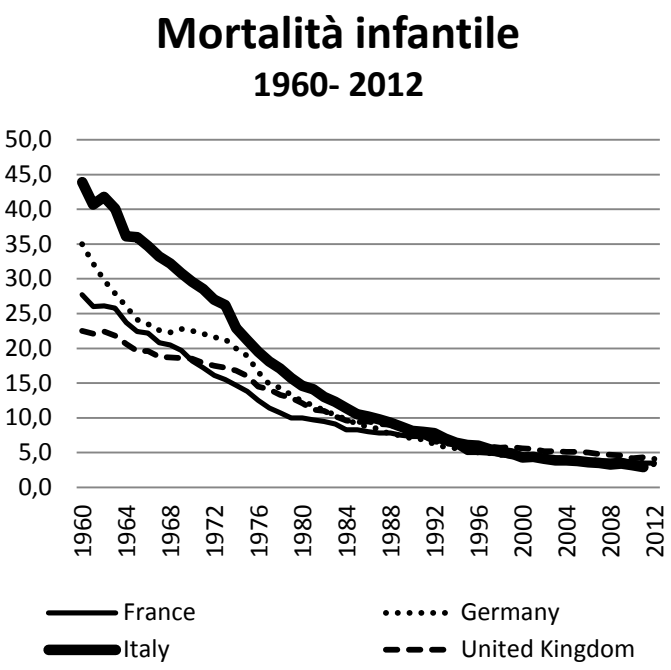
[19] Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 14, Nota di aggiornamento 2013.

[20] 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.

13. 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[21], un tempo responsabile di un numero elevato di morti nel primo anno di vita e ora al di sotto della media dei paesi sviluppati[22].

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



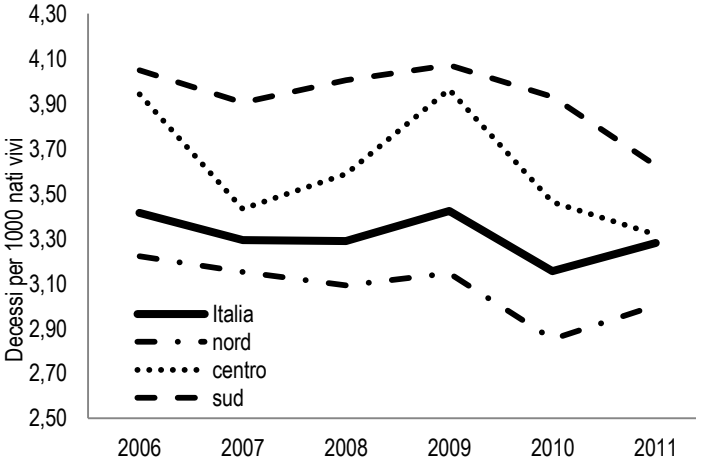
Mentre nel 1960 l'Italia aveva una mortalità quasi doppia rispetto a quella del Regno Unito e nettamente superiore a quella di Francia e Germania, nel 2012 il dato italiano (2,9 morti ogni mille nati) è inferiore non solo a quello francese (3,5) e a quello tedesco (3,3), ma anche a quello del Regno Unito (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[23].

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[24].



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

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

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

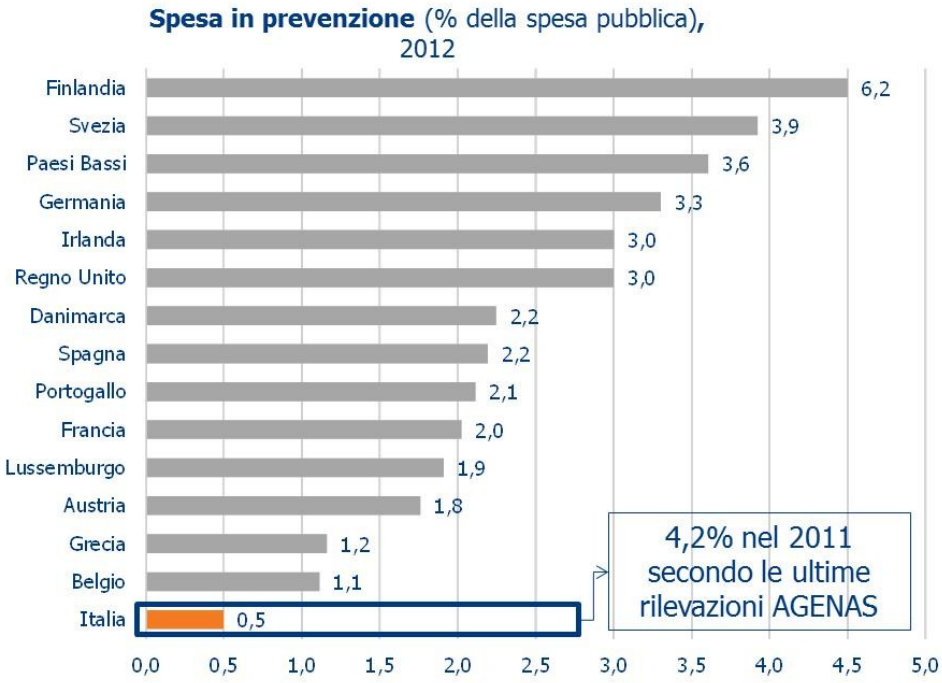
[24] Istat, *La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia*. 2014.

14. 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.

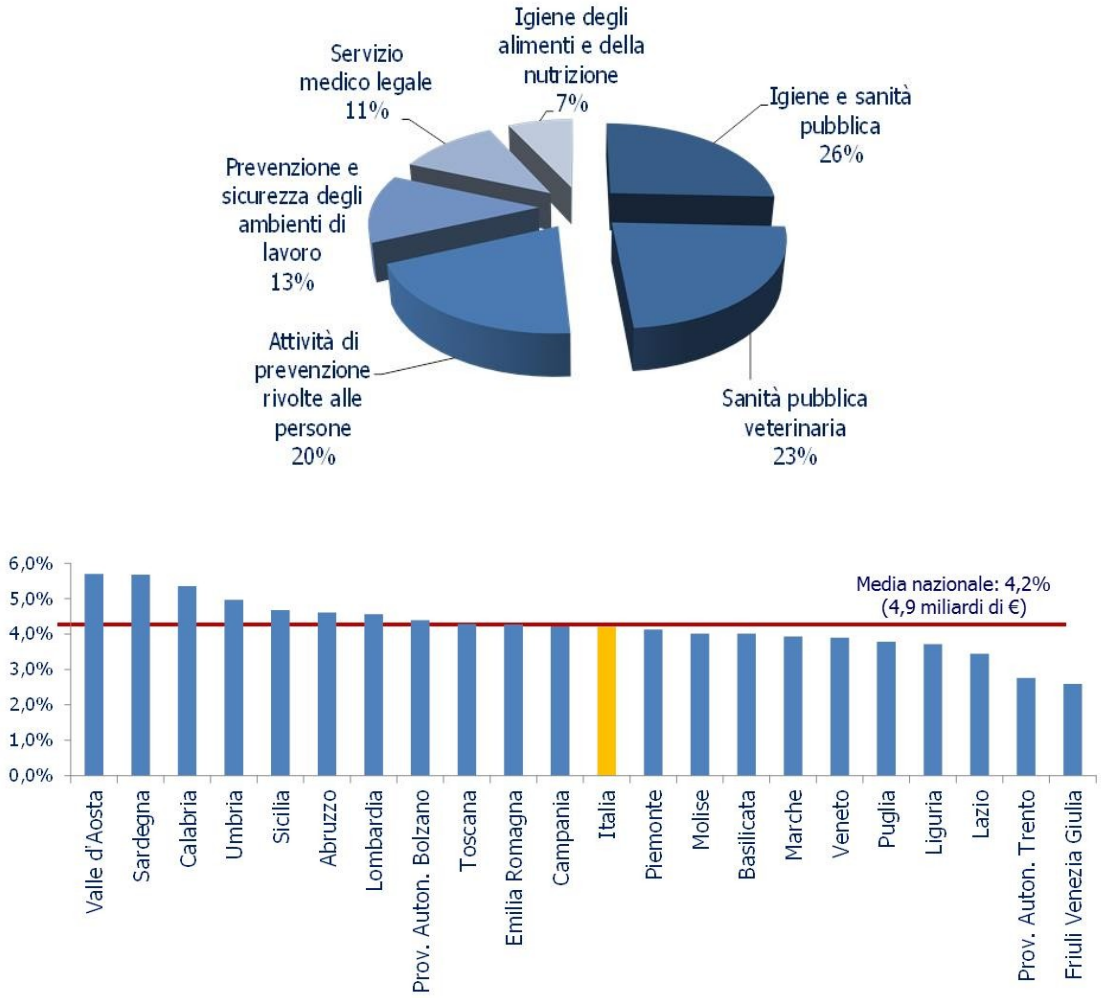
Risultati concreti possono essere ottenuti se si rinuncia a una visione di breve periodo (perché la maggior parte degli interventi producono effetti consistenti solo nel medio-lungo periodo)[25].

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[26]. 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 rivolte alla persona. Si riscontra inoltre una notevole variabilità a livello regionale sia nella quota di spesa che nelle componenti di spesa.

[25] Si veda in proposito il precedente paragrafo 3. *La sanità pubblica deve fare i conti con forze che non gli sono amiche*.
[26] Oecd, *Health at a glance* 2013.



Variabilità della spesa regionale in prevenzione, dati Agenas 2011

Emerge quindi 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[27]; 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

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

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;

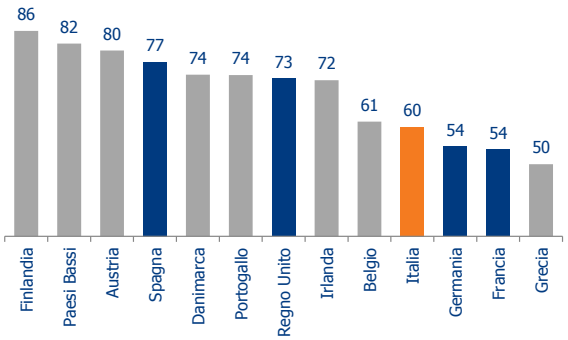
- il consumo di bevande alcoliche è diminuito in Italia più che in ogni altro paese Ocse dal 2000 a oggi (-37%), ma alcuni comportamenti a rischio (*binge drinking*) sono in aumento nelle giovani generazioni[28], con notevoli differenze fra le diverse regioni italiane;
- l'obesità tra gli adulti è meno diffusa che in molti altri paesi Ocse (un adulto su 10 è obeso in Italia, contro una media OCSE di 1 su 6) ma esistono forti disuguaglianze sociali nella popolazione (le donne con bassi livelli di educazione hanno una probabilità di essere sovrappeso tre volte più elevata delle donne con livelli elevati di educazione).

Un altro aspetto di criticità del nostro Paese riguarda il basso tasso di adesione ai programmi di screening e la progressiva riduzione dei tassi di copertura vaccinale con il rischio del ritorno di alcune malattie quasi 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.

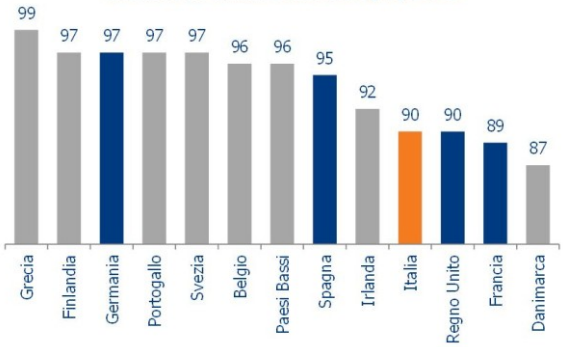
Se si applicasse il vero HTA alla valutazione dei programmi di screening e ai vaccini, i benefici risulterebbero ancora più evidenti anche nel breve medio termine grazie al contributo alla sfera sociale ed etica che la valutazione consente.

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

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[29].

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.

[28] Oecd, *Health Statistics 2014.*
[29] Si veda l'audizione del rappresentate dell'Oecd.

15. 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[30].

L'indagine del 2013 dell'Eurobarometro[31] 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.

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

[31] 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.

QD1 How often do you exercise or play sport?

	Regularly		With some regularity		Seldom		Never		Don't know	
	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	Diff. 2013-2009	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	Diff. 2013-2009	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	Diff. 2013-2009	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	Diff. 2013-2009	EB80.2 Nov. - Dec. 2013	Diff. 2013-2009
EU28	8%	-1	33%	+2	17%	-4	42%	+3	0%	=
HU	15%	+10	23%	+5	18%	-6	44%	-9	0%	=
EL	7%	+4	24%	+9	10%	-5	59%	-8	0%	=
ES	15%	+3	31%	+4	10%	-9	44%	+2	0%	=
NL	8%	+3	50%	-1	13%	-3	29%	+1	0%	=
SI	15%	+2	36%	-3	27%	+1	22%	=	0%	=
LT	15%	+1	22%	=	17%	-3	46%	+2	0%	=
SK	6%	+1	28%	+3	25%	-10	41%	+6	0%	=
CZ	5%	=	31%	+8	29%	-6	35%	-2	0%	=
EE	7%	=	32%	+5	24%	-1	36%	-5	1%	+1
IT	3%	=	27%	+1	10%	-6	60%	+5	0%	=
LU	12%	=	42%	+3	17%	=	29%	-3	0%	=
AT	5%	=	40%	+7	28%	-5	27%	-2	0%	=
BG	2%	-1	9%	-1	9%	-19	78%	+20	2%	+1
DK	14%	-1	54%	+5	18%	=	14%	-4	0%	=
PL	5%	-1	23%	+4	18%	-6	52%	+3	2%	=
PT	8%	-1	20%	-4	8%	-3	64%	+9	0%	-1
DE	7%	-2	41%	+1	23%	+3	29%	-2	0%	=
LV	6%	-2	25%	+6	30%	+1	39%	-5	0%	=
RO	6%	-2	15%	+2	18%	-10	60%	+11	1%	-1
FI	13%	-4	53%	-2	19%	-2	15%	+8	0%	=
UK	10%	-4	36%	+4	19%	-3	35%	+3	0%	=
FR	8%	-5	35%	=	15%	-3	42%	+8	0%	=
CY	11%	-5	25%	=	10%	-3	54%	+8	0%	=
BE	10%	-6	37%	+3	22%	=	31%	+3	0%	=
IE	16%	-7	36%	+1	14%	-1	34%	+8	0%	-1
SE	15%	-7	55%	+5	21%	-1	9%	+3	0%	=
MT	5%	-12	14%	-17	6%	-8	75%	+37	0%	=
HR	9%	*	26%	*	36%	*	29%	*	0%	*

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

16. 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[32], luoghi di lavoro poco sicuri per la vita e la salute dei lavoratori[33], capannoni industriali ed edifici pubblici costruiti prima – o a dispetto - delle norme antisismiche[34], 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[35] e stradali - prima causa di morte fra i bambini[36]. 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.

---

[32] 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).

[33] 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.

[34] 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).

[35] 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).

[36] 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.

17. 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)[37], 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.

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

18. 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[38], 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[39].

Il nostro Paese ha sempre prestato particolare attenzione all'appropriatezza - clinica e organizzativa - degli interventi[40]. Molto resta tuttavia ancora da fare[41]. 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

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

[39] 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.

[40] 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).

[41] 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).

astenersi dall'interferire a difesa di specifici interessi, locali e non). Insomma molto pragmatismo e orientamento alla salute, più che ai costi.

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

Una iniziativa suggestiva è il programma "*Choosing wisely*" (scegliere con saggezza[42]), 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[43]. Iniziative simili, per ora limitate ma promettenti, sono state avviate anche in Italia[44].

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.

[42] http://choosingwisely.org

[43] 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).

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

19. 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).

La revisione dei LEA è ormai una necessità, da anni ormai invocata da tutti. Insieme ai LEA, e quindi alle livelli "essenziali" di assistenza che il sistema pubblico deve garantire ai cittadini vi è la necessità di 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*, una 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.

20. 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[45], 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[46]. 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.

Su tali temi la Commissione intende svolgere specifici approfondimenti.

[45] 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)

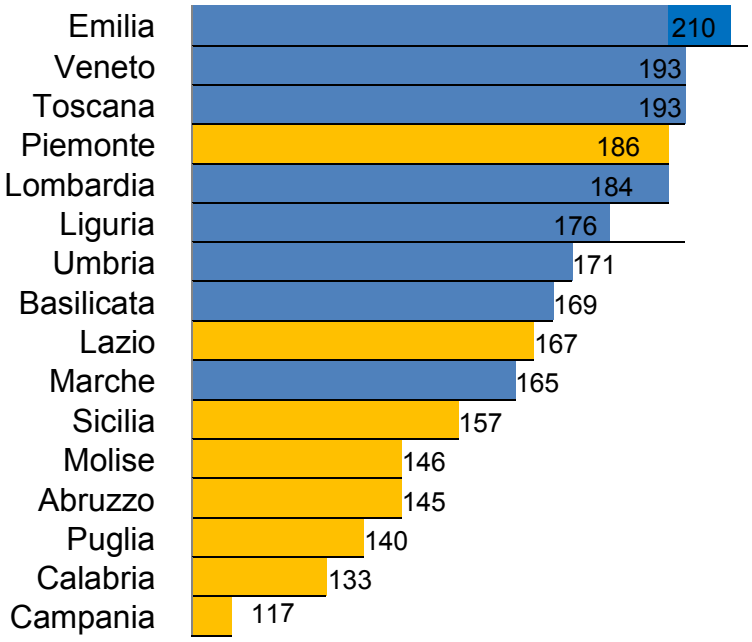
[46] Si veda il recente progetto *Illuminiamo la salute*, un'iniziativa di quattro organizzazioni che hanno deciso di unire le rispettive esperienze e competenze per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità nel sistema dei servizi sanitari e sociali, consapevoli che opacità e illegalità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

21. 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[47], 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[48].

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

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

nel 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[49].

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.

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

22. 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[50].

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[51]. 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[52].

	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.

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

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

[52] 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.

23. 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[53]. 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)[54].

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 [55].

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 rispetto al livello del 2009; 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, se hanno consentito una riduzione dal 2010 al 2013 di circa 1,5 miliardo di euro (e ulteriori 700 milioni di risparmio sono già previsti per i prossimi anni), 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 (il 36% dei medici ha più di 55 anni e il 30% degli infermieri ha più di 50 anni), 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.

Come risulta dalla tabella riportata nella pagina seguente, la spesa per il personale dipendente dell'anno 2013 è addirittura inferiore a quella dell'anno 2008; per il 2014 i dati provvisori riportati nel recente Documento di Economia e Finanza per il 2015 indicano una sua ulteriore riduzione (dello 0,7%).

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.

[53] Ministero della Salute*, Il personale del sistema sanitario nazionale - anno 2011*, dic. 2013.
[54] Si vedano le audizione del Ministro della Salute, di Farmindustria, della Fiaso.
[55] 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.

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

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PIEMONTE	2.818.941	2.927.604	2.976.052	2.930.754	2.882.725	2.837.466
VALLE D'AOSTA	112.831	111.618	114.683	112.865	113.040	113.494
LOMBARDIA	4.869.836	5.015.724	5.141.956	5.114.544	5.093.478	5.065.551
PA BOLZANO	519.163	540.893	550.315	548.998	592.847	592.363
PA TRENTO	378.252	400.284	402.731	403.990	416.808	417.319
VENETO	2.680.665	2.735.650	2.771.366	2.745.981	2.746.489	2.744.273
FRIULI VENEZIA GIULIA	888.355	940.281	953.326	946.626	950.112	949.038
LIGURIA	1.132.768	1.165.444	1.176.589	1.153.651	1.116.772	1.098.371
EMILIA ROMAGNA	2.857.568	2.927.302	2.999.984	3.022.382	3.013.274	2.993.357
TOSCANA	2.464.892	2.575.751	2.622.856	2.607.768	2.554.189	2.525.956
UMBRIA	588.193	604.255	613.410	610.707	610.851	610.950
MARCHE	970.582	1.023.042	1.040.503	1.026.888	1.005.002	993.379
LAZIO	3.023.731	3.058.797	3.075.248	2.985.459	2.894.195	2.829.693
ABRUZZO	776.508	776.073	788.405	772.380	764.280	767.529
MOLISE	208.346	210.891	215.068	209.327	203.460	198.809
CAMPANIA	3.188.221	3.264.572	3.217.395	3.070.598	2.935.666	2.831.366
PUGLIA	2.078.213	2.141.161	2.190.795	2.112.490	2.040.278	1.990.388
BASILICATA	378.929	384.678	393.156	385.554	380.631	376.404
CALABRIA	1.259.735	1.290.969	1.290.335	1.254.799	1.217.780	1.183.682
SICILIA	2.980.234	2.967.704	2.976.074	2.920.591	2.882.491	2.868.738
SARDEGNA	1.090.496	1.129.269	1.163.281	1.164.451	1.170.440	1.181.271
ITALIA	35.266.459	36.191.962	36.673.528	36.100.803	35.584.808	35.169.397

Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

24. 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[56].

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.

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

25. 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 assume le 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;

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 non sia più rinviabile una revisione dei LEA, 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, nonché 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 particolare attenzione va riservata agli effetti della povertà sulla salute e sui bisogni di assistenza;

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). Altri aspetti urgenti riguardano inoltre la razionalizzazione dei percorsi formativi, la riforma degli ordini professionali e il tema del rischio clinico;

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).

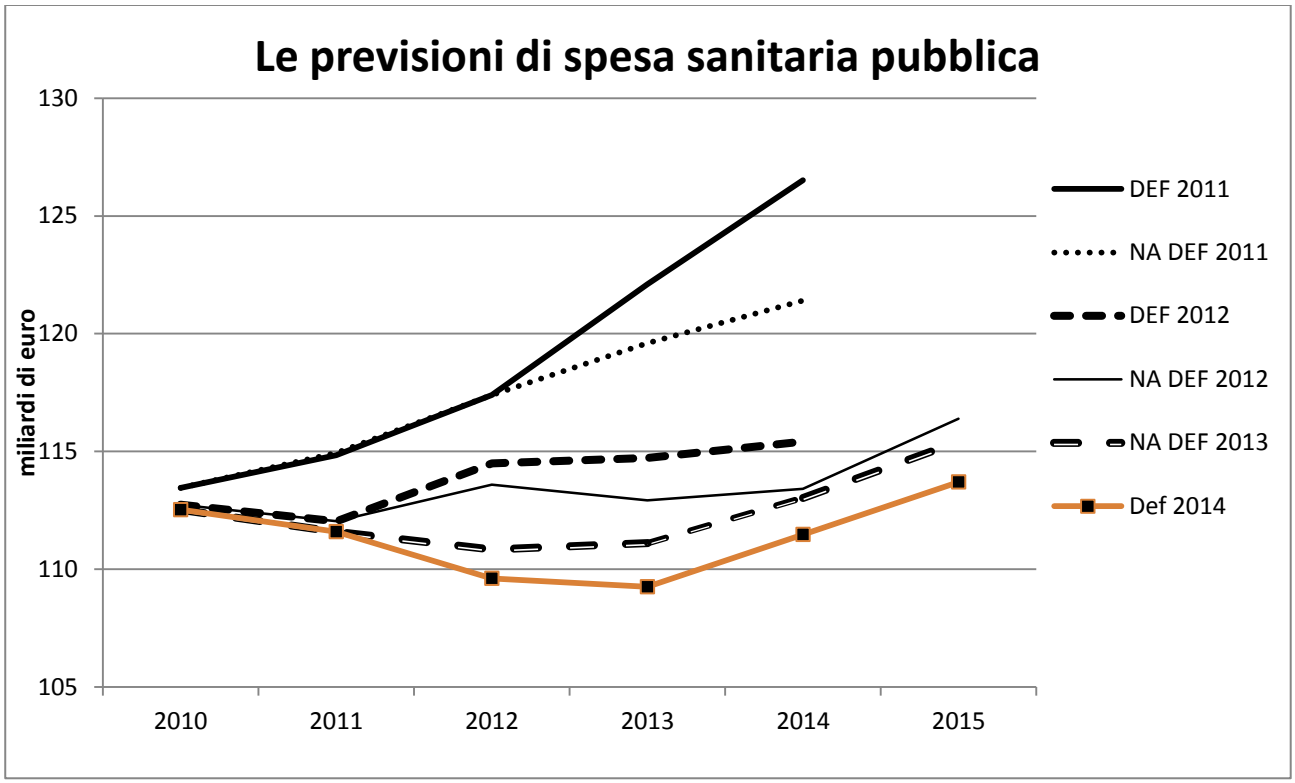
8. **migliorare la regolamentazione della responsabilità del medico e ridurre i costi della medicina difensiva**. La medic*i*na difensiva, cioè la tendenza dei medici a prescrivere più esami, visite e farmaci del necessario per scongiurare eventuali procedimenti giudiziari e richieste di risarcimento da parte dei pazienti, costituisce un tema sempre più alla ribalta negli ultimi anni anche per l'aumento dei costi della stessa. Vi è poi nel nostro Paese la necessità di migliorare la regolamentazione della gestione del rischio clinico sia per tutelare i professionisti nella realizzazione dell'atto medico (anche tenuto conto delle sollecitazioni della Comunità europea) sia per garantire i pazienti che spesso devono attendere fino a 4-5 anni per il risarcimento del danno.
   È indispensabile rivedere la regolamentazione della responsabilità sanitaria, per tutelare da un lato il medico nella realizzazione dell'atto clinico (di per sé rischioso) e dall'altro il paziente nel diritto ad una informazione completa e chiara e al risarcimento del danno in tempi brevi;

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;

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.

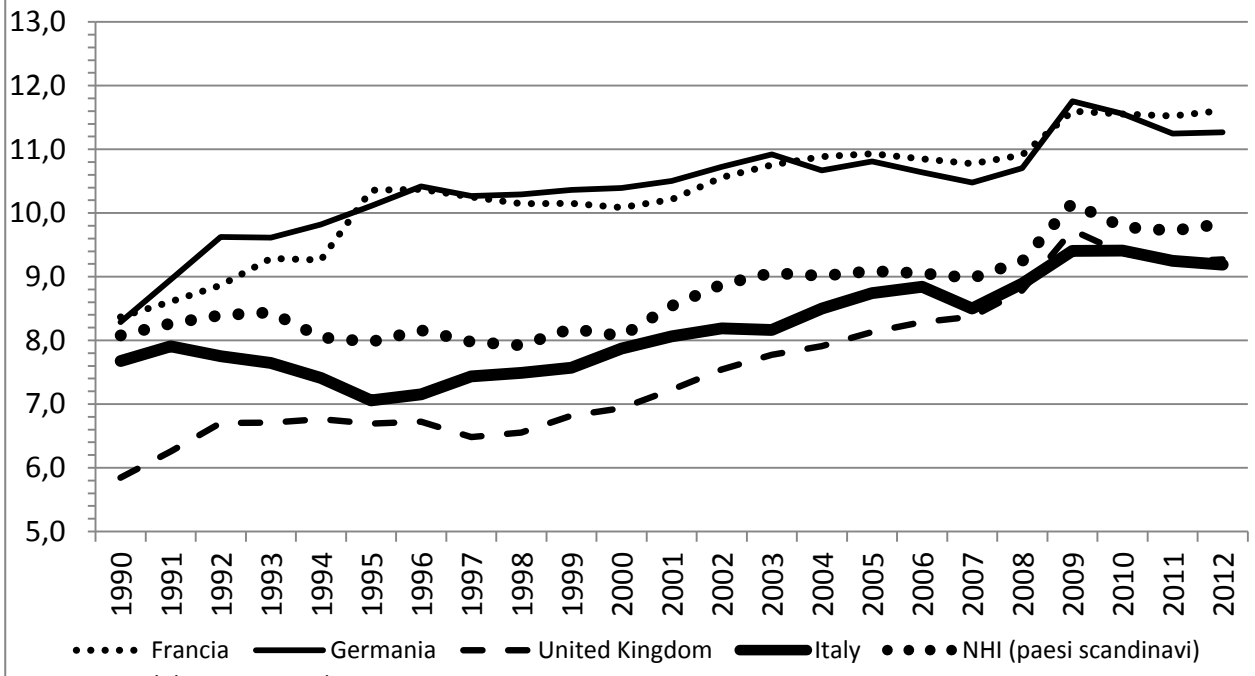
ALLEGATI GRAFICI E TABELLARI

I dati sono aggiornati a febbraio 2015.

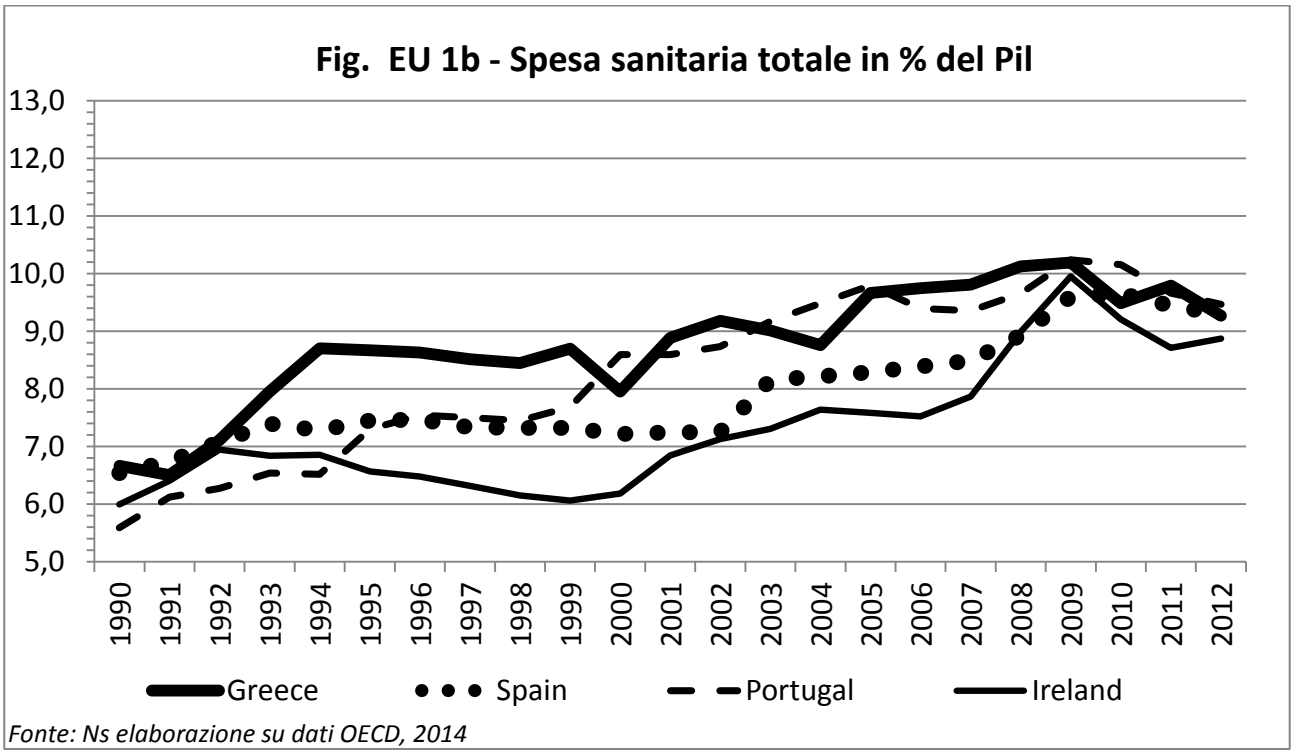


Fonte: ns elaborazioni documenti di finanza pubblica, vari anni.

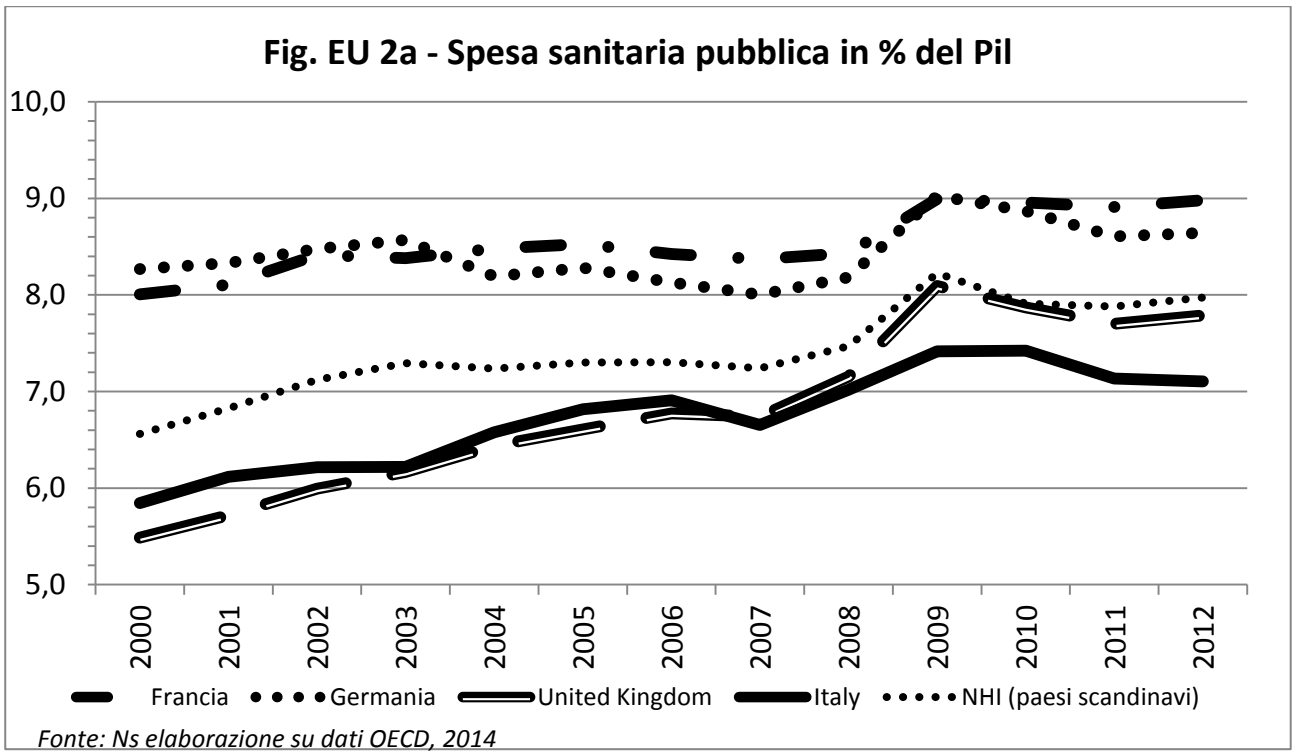
Fig. EU 1a - Spesa sanitaria totale in % del Pil



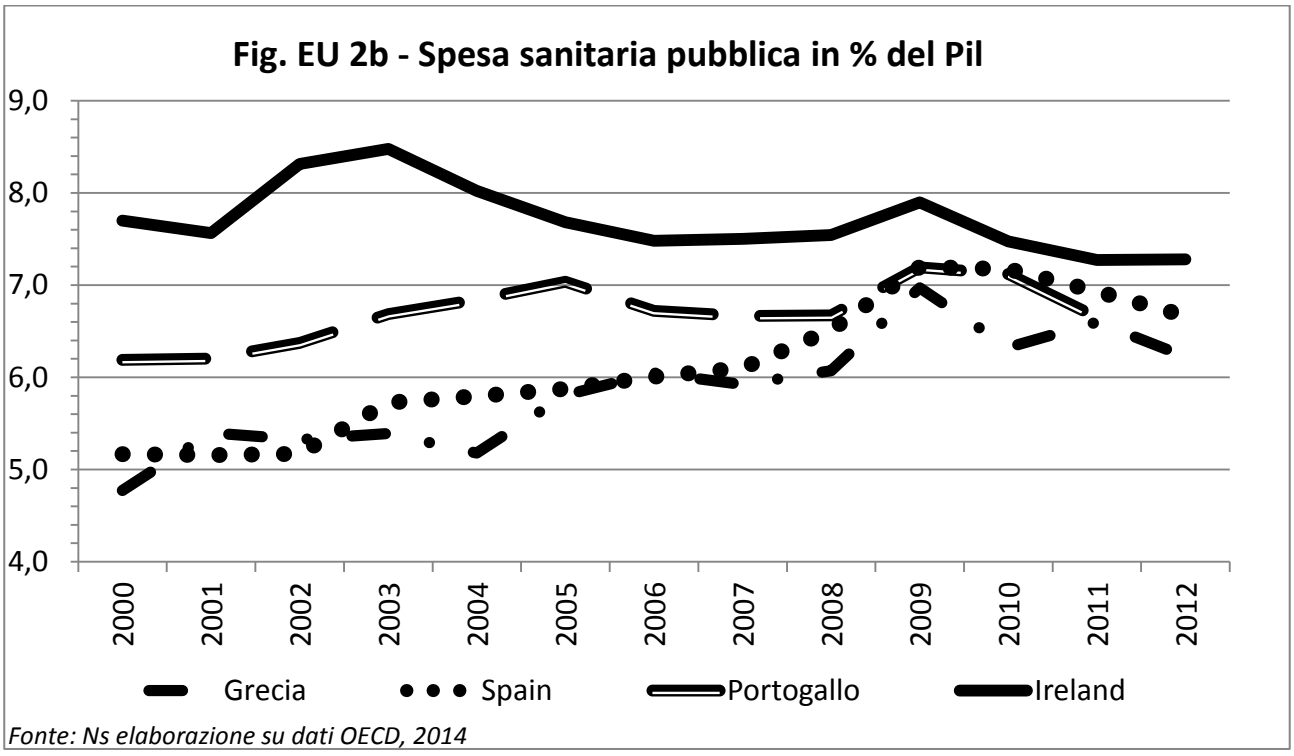
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014



Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

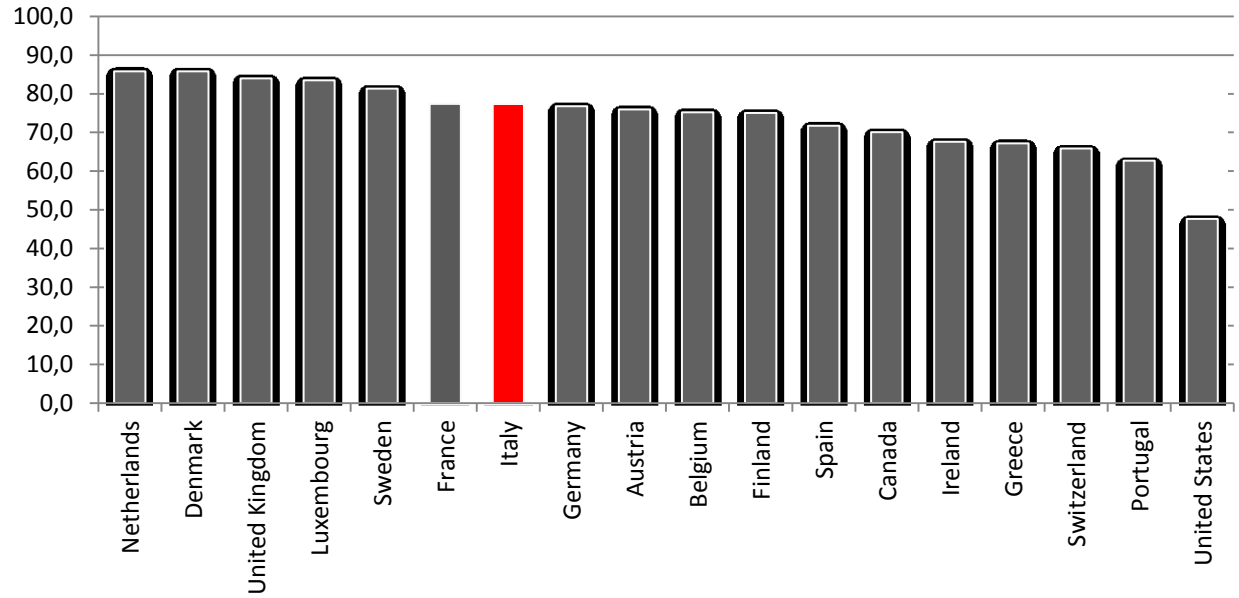


Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014



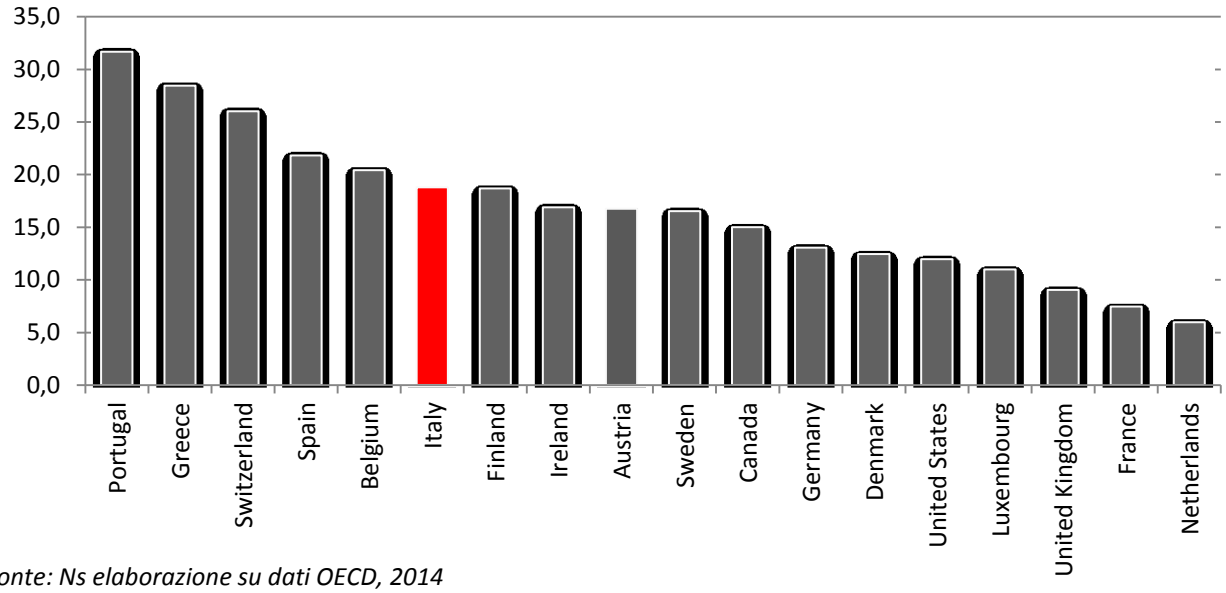
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

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



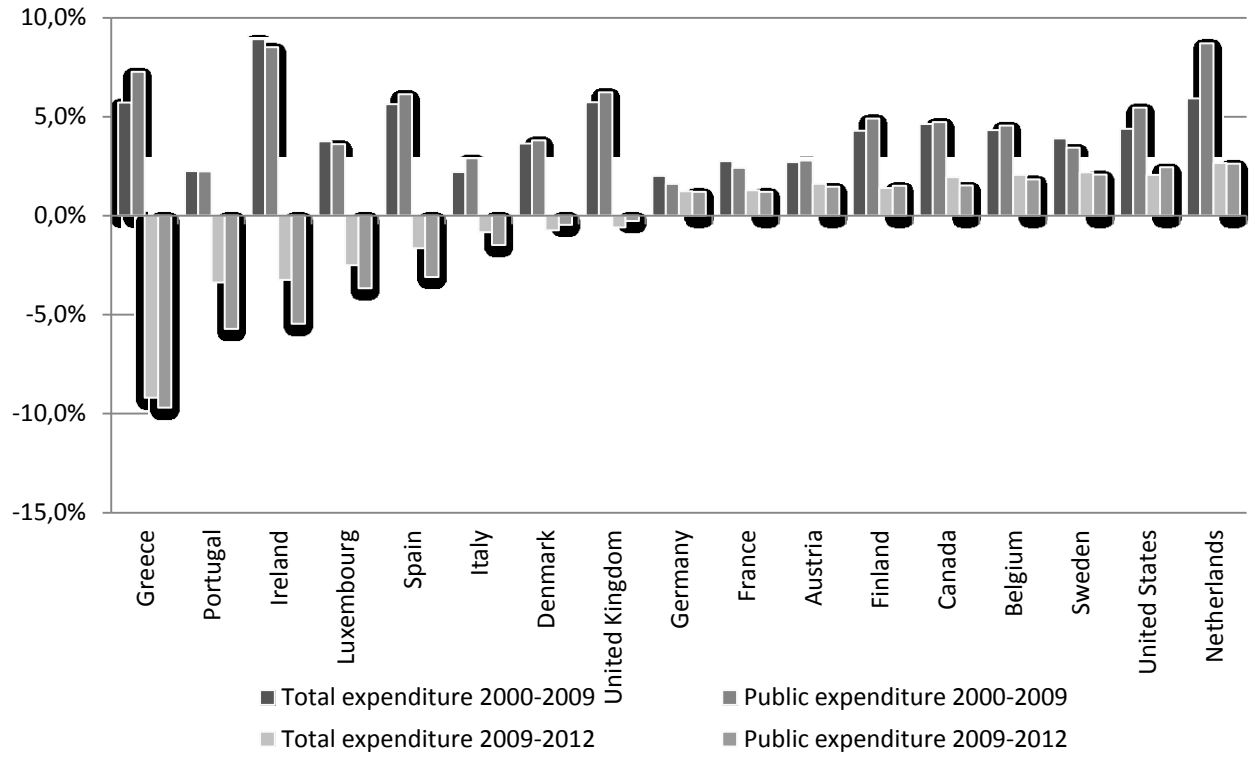
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

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



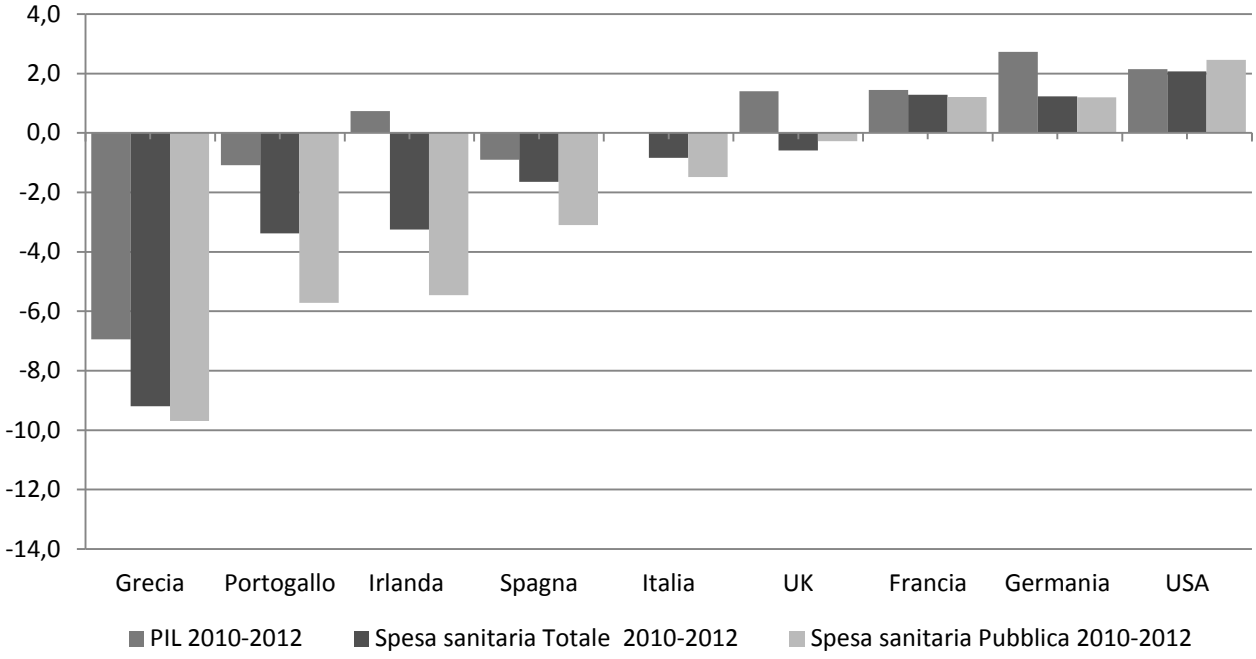
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

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



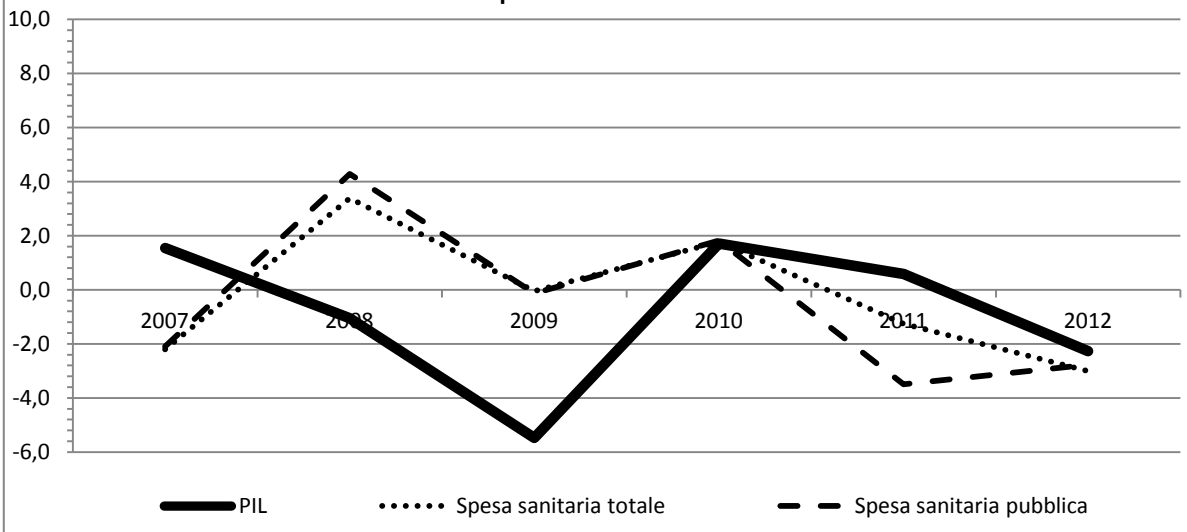
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

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



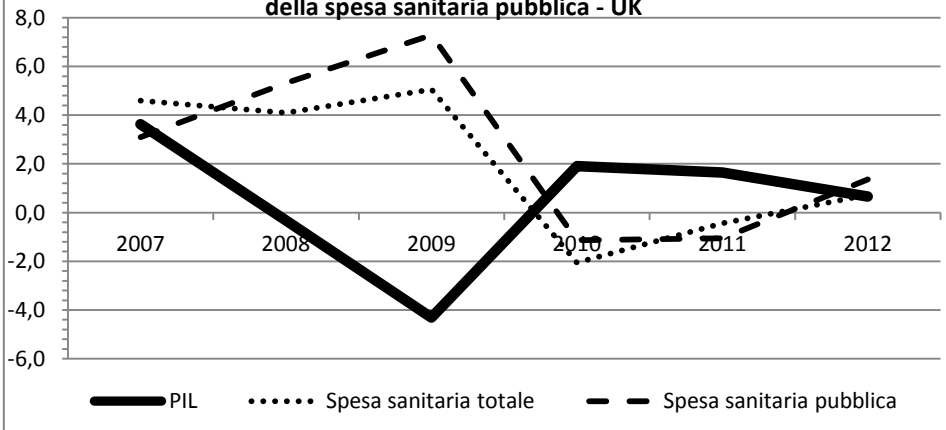
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

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

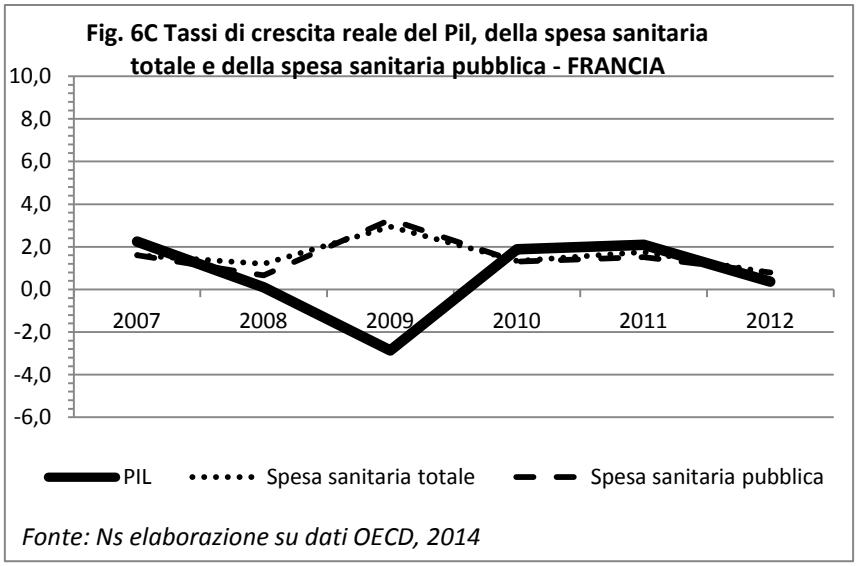


Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

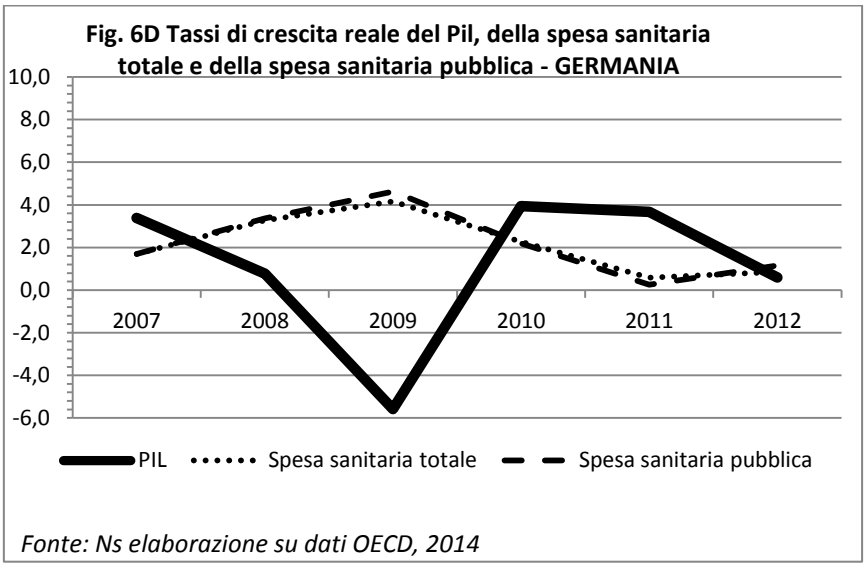
Fig. 6B Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica - UK



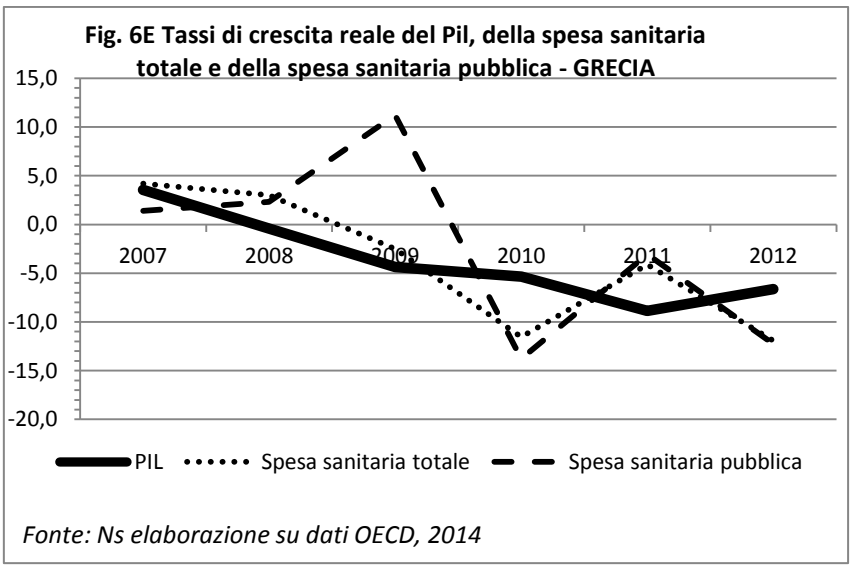
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014



Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

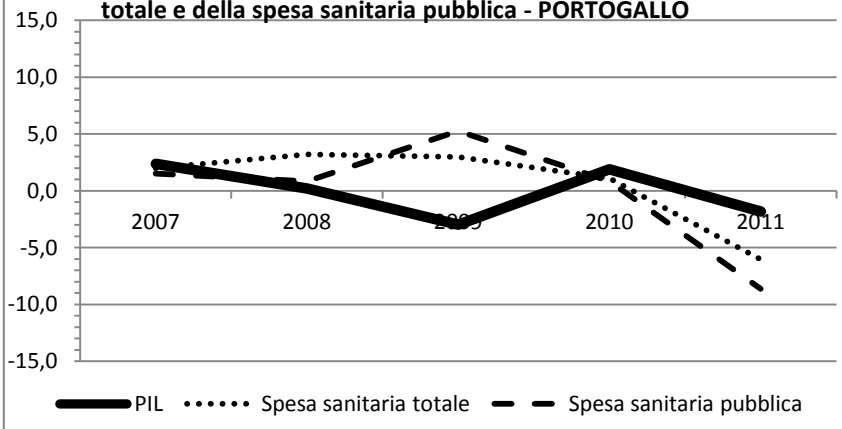


Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014



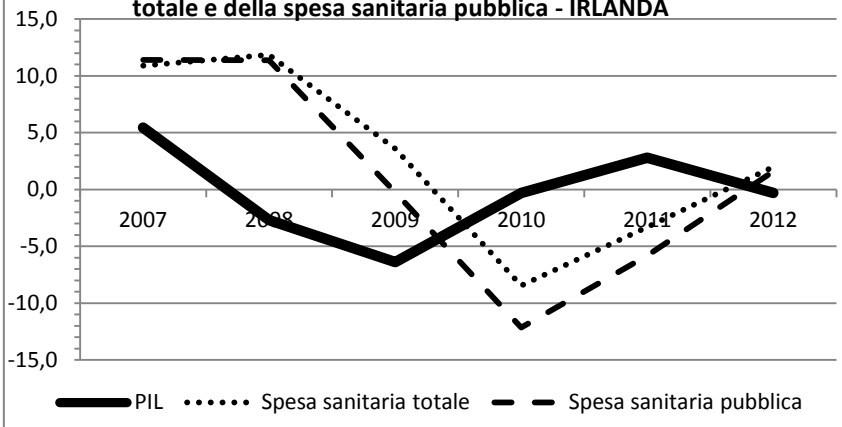
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

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



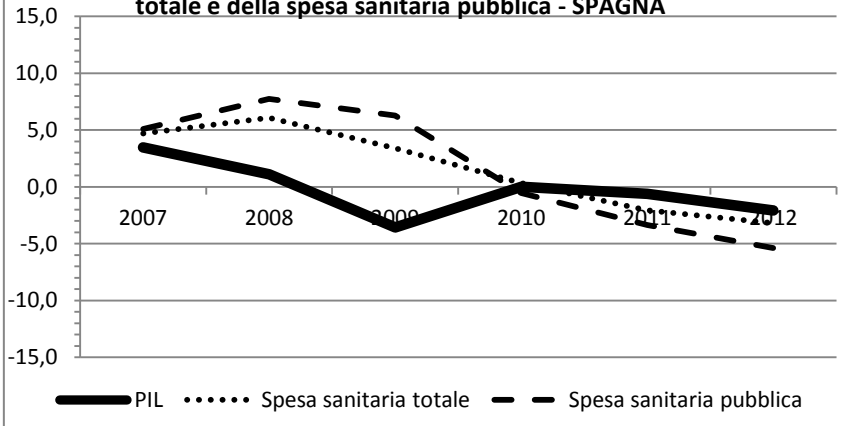
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

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



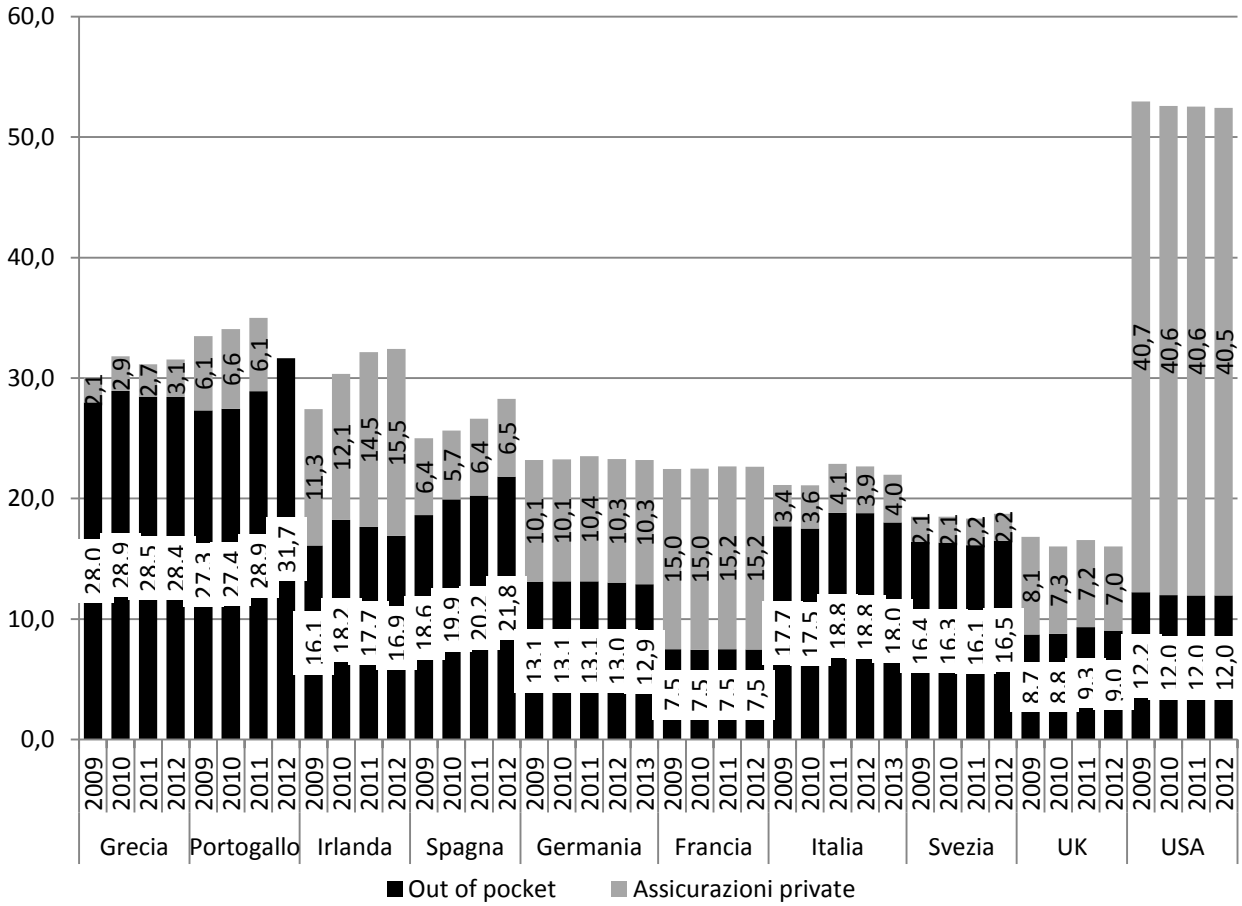
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

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



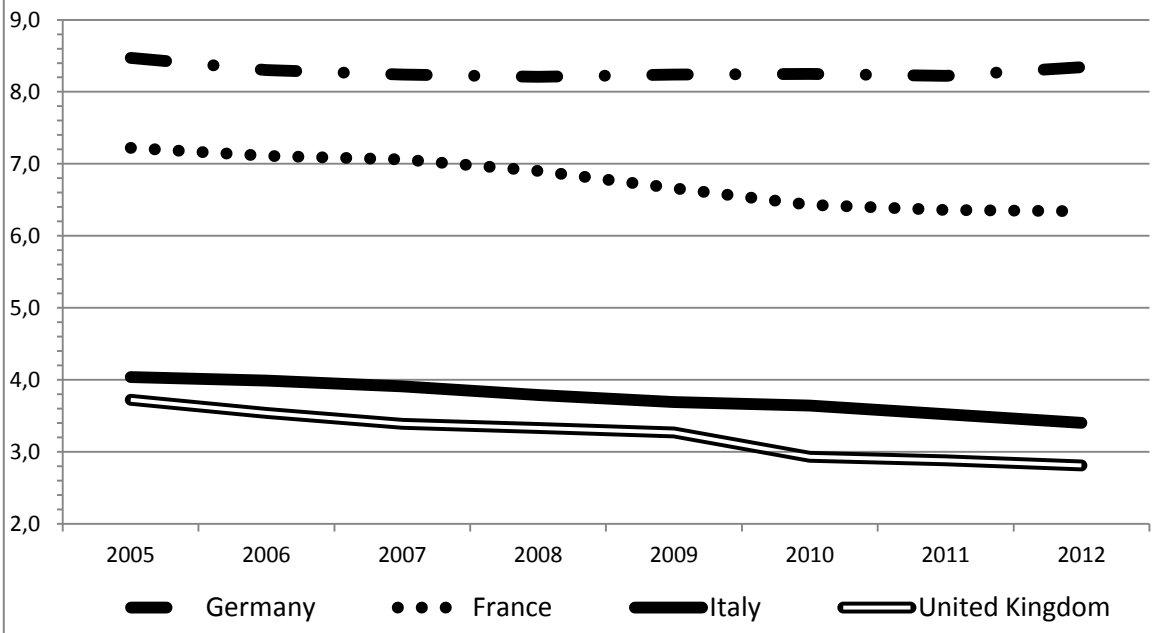
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. EU 7 - Spesa privata in % della spesa sanitaria totale



Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

Fig. EU 8 - Posti Letto per 1000 ab.



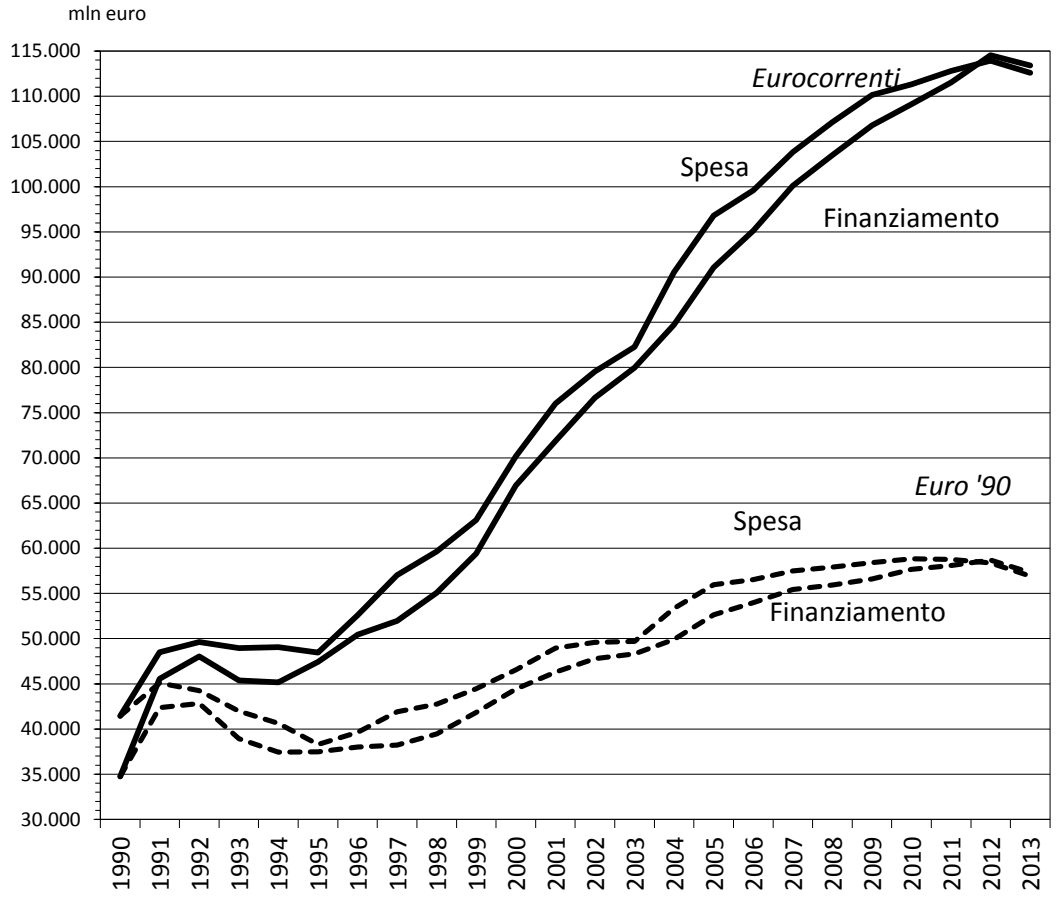
Fonte: Ns elaborazione su dati OECD, 2014

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*			

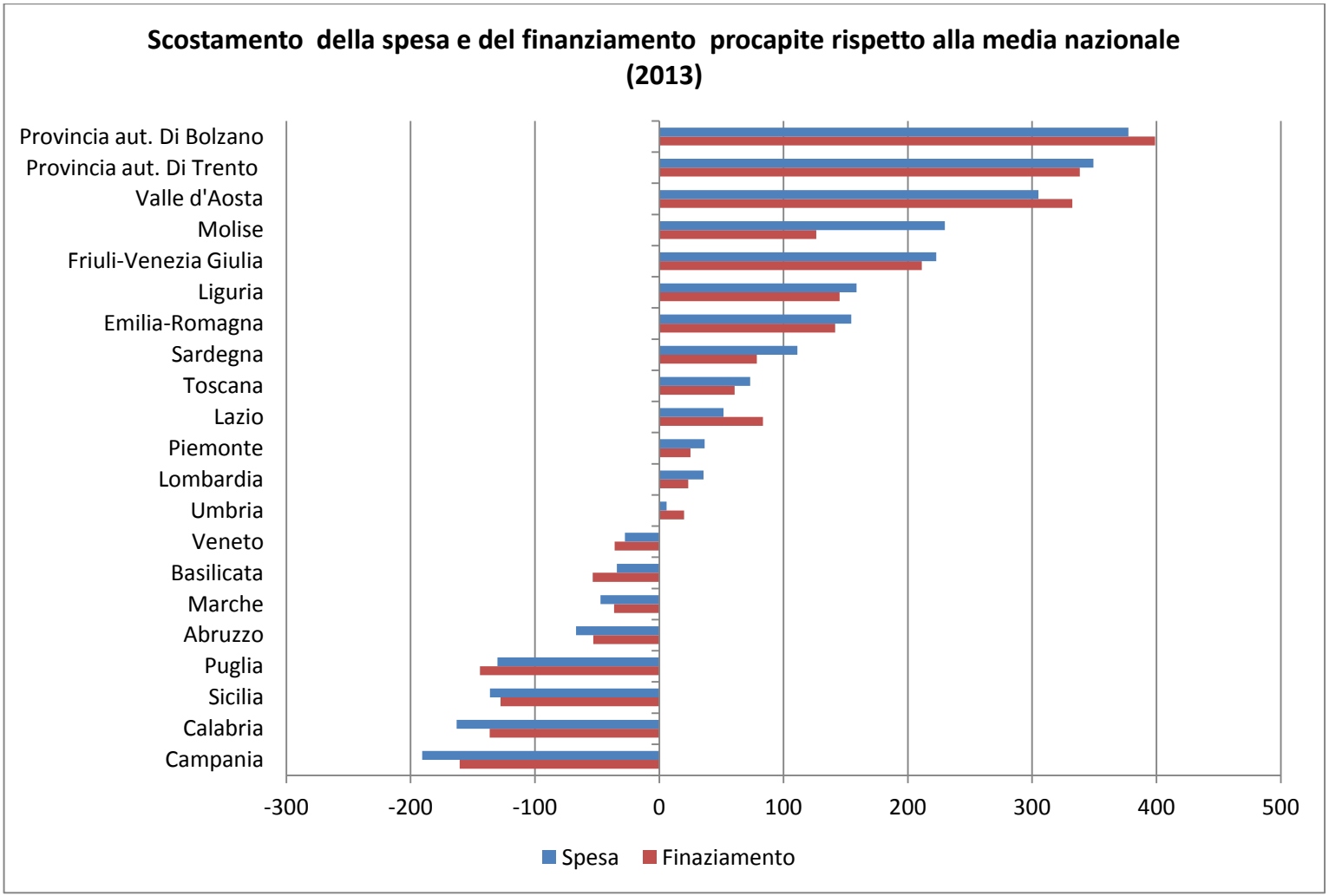
Fonte: Ns. elaborazioni su dati Ministero della salute

(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)
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
-300
-200
-100
0
100
200
300
400
500
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

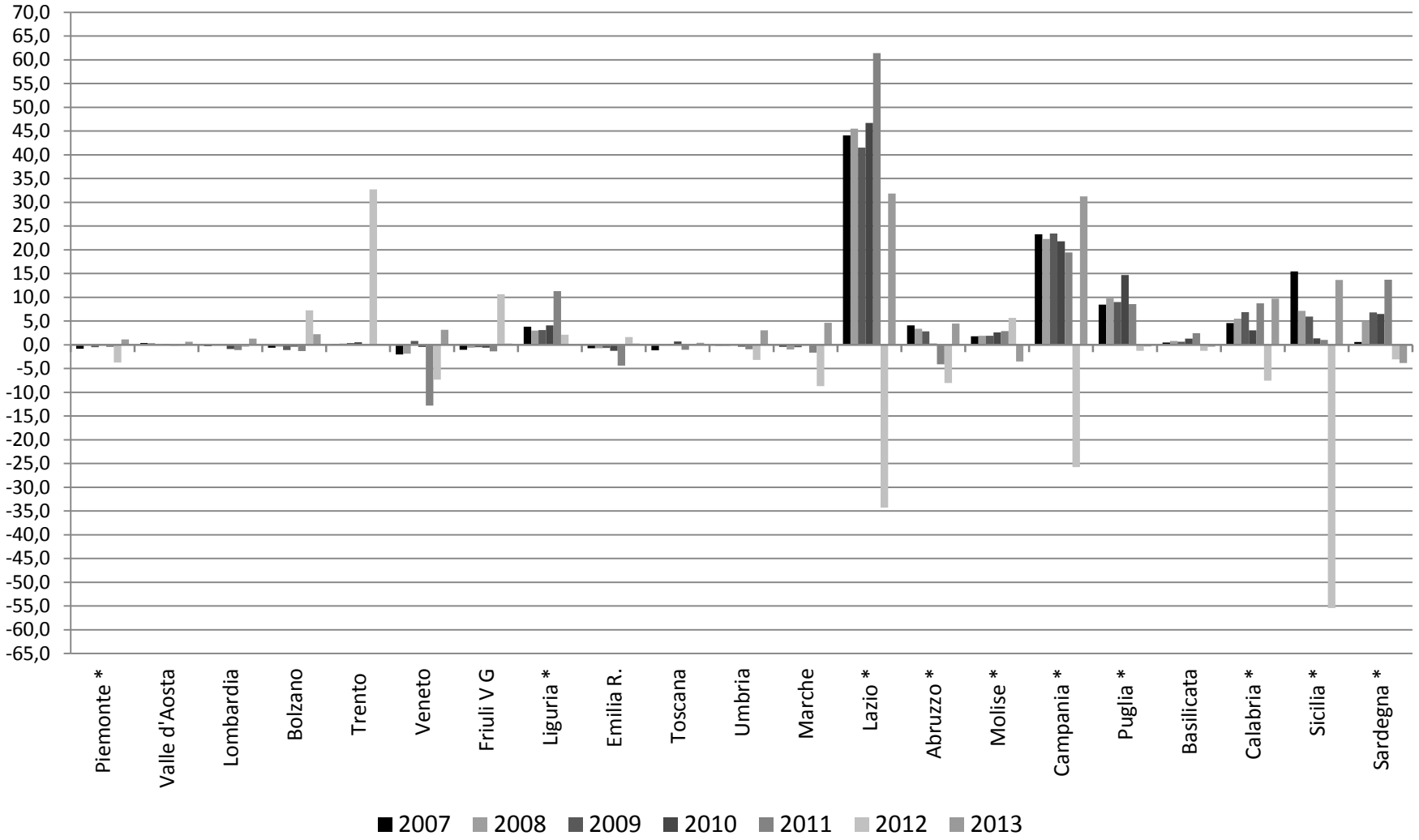
Fonte: Ns elaborazioni sui dati Ministero della Sanità

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



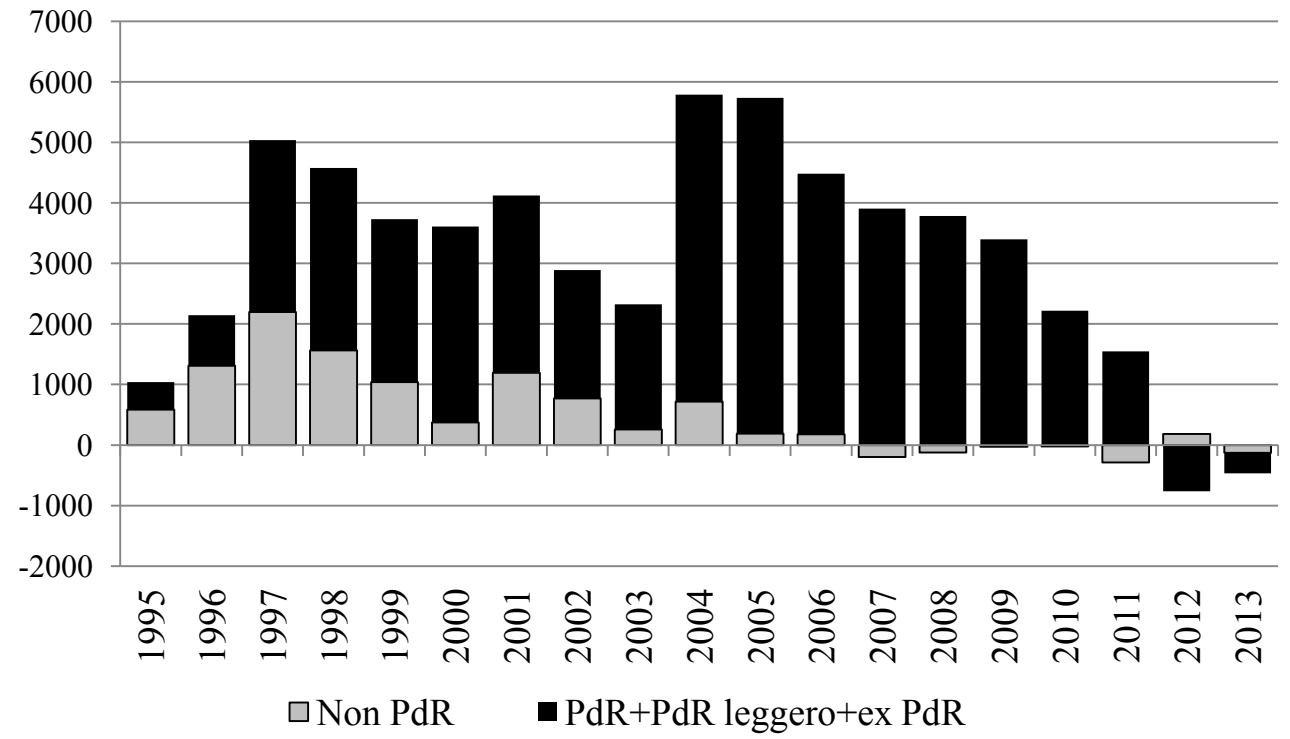
Tab. IT 8 - Disavanzi contabili delle Regioni (mln di euro) (*)

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)

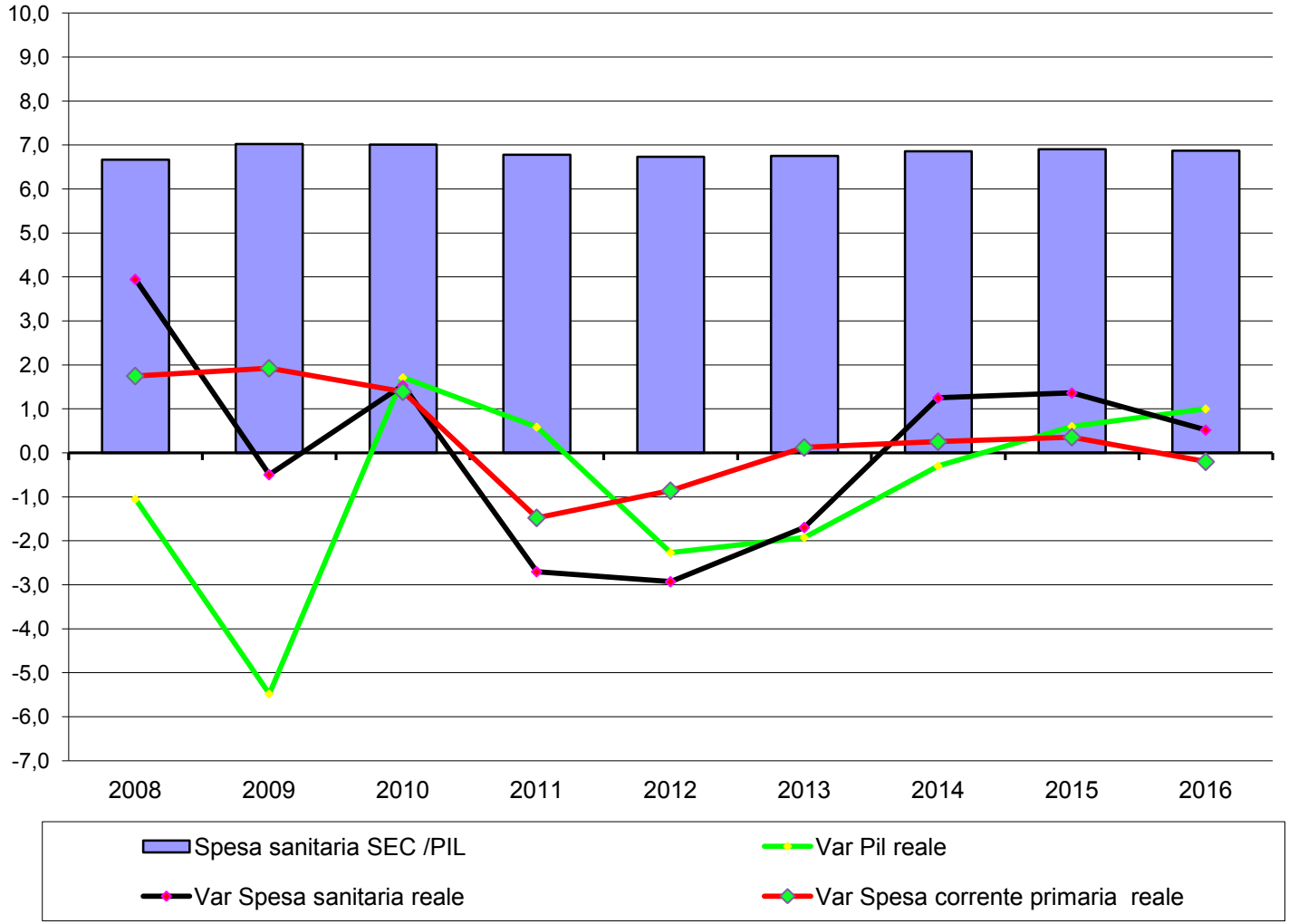
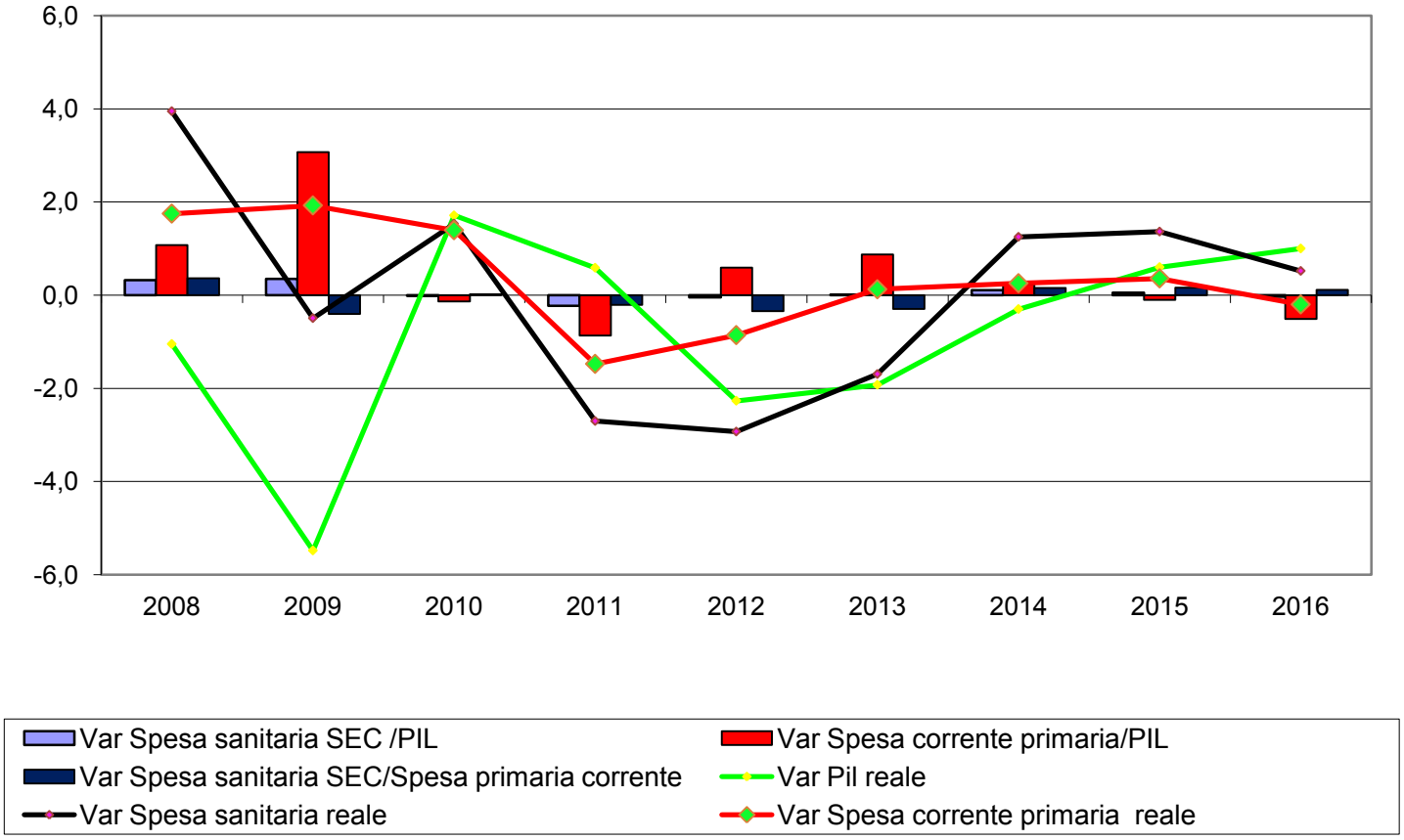


Fig. IT 4b - Le variazioni della spesa primaria corrente e della spesa sanitaria in rapporto al Pil (proiezioni NA DEF 2014)



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 ;