

SCHEMA DI PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013

Parere previsto dall'articolo 1 comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni

PREMESSA

Lo schema di Piano Sanitario Nazionale previsto per il 2011-13 presenta numerosi aspetti condivisibili e si propone finalità ed azioni utili al miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale.

Appare positivo il metodo della concertazione "strumento facilitatore dell'incontro delle responsabilità e delle risorse" nonché il coordinamento con la Conferenza delle Regioni.

Del resto il governo di un sistema complesso quale quello sanitario non può prescindere da un forte coordinamento nazionale delle diverse realtà regionali, specie dopo la devoluzione alle Regioni dell'organizzazione sanitaria, né dal contributo degli operatori, medici e dirigenti sanitari in particolare, che non devono essere emarginati e devono poter sviluppare, in autonomia, quel governo clinico delle strutture, da tutti auspicato, ma che non trova adeguato e coerente riscontro sia negli atti normativi che nella abituale pratica di governo delle strutture sanitarie

Si condivide la necessità di un rilancio della prevenzione come scelta strategica, prevenzione che non può essere solo sanitaria, dato che i soggetti interessati appartengono ad amministrazioni diverse (SSN, ARPA, province e comuni) che richiedono un forte coordinamento e integrazione.

Fondamentale appare la problematica della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro che richiede specifici investimenti nonché il coinvolgimento di diversi soggetti e, in particolare, la valorizzazione del ruolo sanitario dell'Inail le cui attività andranno integrate con quelle del SSN. Risulta necessaria una politica sulla sicurezza delle strutture che devono rispondere a precisi requisiti strutturali ed organizzativi, con investimenti sia per l'edilizia sanitaria che per l'ammodernamento e la sicurezza delle apparecchiature.

La sicurezza delle cure richiede necessariamente una dotazione organica quantitativamente adeguata, capace di assicurare il rispetto delle normativa europea sull'orario di lavoro, nonché della presenza di specifiche figure specialistiche e di strutture in grado di fornire prestazioni adeguate ed appropriate. Sarebbe utile se il piano cominciasse a delineare livelli essenziali organizzativi che le Regioni devono essere in grado di assicurare per la erogazione delle prestazioni sanitarie. In tal senso va inquadrata anche la problematica dei piccoli ospedali e della loro riconversione, secondo modelli di intensità di cura compatibili con le risorse umane e strumentali disponibili. Si segnala peraltro che in questi anni alla chiusura dei piccoli ospedali pubblici è corrisposto un incremento di piccoli ospedali privati, accreditati in numero crescente ed inseriti nella rete ospedaliera, in evidente controtendenza con gli orientamenti generali.

Per quanto riguarda la riabilitazione si condivide la necessità di un percorso riabilitativo unico con riferimento a prestazioni sanitarie e assistenziali con una reale integrazione tra il SSN e gli enti di previdenza e assistenza (Inail ed Inps in particolare) mentre lascia perplessi l'ipotizzata compartecipazione alla spesa da parte del cittadino "per la parte non sanitaria".

La ricerca biomedica trova due ostacoli principali: la spesa per la ricerca troppo bassa e la fuga dei cervelli per cui le proposte elaborate risultano più un'ipotesi che un vero e proprio piano.

Importante è l'attenzione sui dispositivi medici e la loro sicurezza. Appare necessario implementare le competenze tecniche proprie delle aziende sanitarie che devono essere in grado di esprimere valutazioni autonome sugli impianti e le attrezzature delle aziende senza subalternità e condizionamenti da parte dai fornitori. In tal senso andranno sviluppate adeguate e autonome competenze di ingegneria clinica.

Non possiamo non evidenziare ed apprezzare un livello di attenzione e di dettaglio finalmente adeguati per le politiche di Prevenzione in generale e per la Sanità Pubblica Veterinaria in particolare con lo specifico richiamo alle logiche di filiera ed agli aspetti legati ad una politica della prevenzione sempre più mirata e legata ad una corretta analisi del rischio.

La sicurezza alimentare dovrà essere parte di un sistema in cui oltre ai LEA siano garantiti dei livelli organizzativi minimi che ci consentano di certificare la salubrità delle nostre produzioni tipiche, sia di continuare a garantire una risposta professionale ed uniforme alle emergenze sanitarie.

Lo scenario globale internazionale richiede inoltre maggiori investimenti nel campo della profilassi internazionale e della sicurezza alimentare delle merci. La ricostituzione del ministero della salute è un fatto estremamente positivo, ma il nuovo Ministero dovrà valorizzare le proprie funzioni sanitarie integrandole con il servizio sanitario nazionale anche a garanzia di uniforme erogazione dei LEA su tutto il territorio nazionale. In tal senso andrà completata la riforma del Ministero della salute, portando a termine l'inquadramento giuridico del suo personale sanitario e il superamento del precariato.

In definitiva si concorda pienamente sulla validità del modello di sistema sanitario pubblico del nostro Paese, riconosciuto a livello internazionale come uno dei migliori in termini di accessibilità, equità e sostenibilità economica, così come si rende indispensabile un recupero di consenso da parte dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Infatti la qualità percepita del sistema, che per parte sua negli ultimi anni sembra assestato in una mediocre stabilità, è assai inferiore rispetto a quella scientificamente riconosciuta, come dimostrano le ricerche di settore in tema di aumento della sfiducia dei cittadini verso il sistema ed i suoi attori.

Il principale obiettivo di un sistema sanitario resta l'efficacia e la capacità di soddisfare i bisogni essenziali su tutto il territorio nazionale, in maniera tale da evitare di declinare il diritto alla salute, che è diritto di cittadinanza, in funzione del luogo in cui ci si trova a vivere. Le pur legittime esigenze di contenimento della spesa non devono produrre fenomeni di razionamento incardinati in logiche economicistiche. La tutela della salute delle persone resta la più razionale forma di investimento in una società evoluta e deve costituire una delle priorità nell'agenda politica del Paese.

Questa Confederazione, pur riconoscendo la validità complessiva dell'impianto proposto, ritiene che il raggiungimento degli obiettivi sia di difficile realizzazione soprattutto in termini di soddisfazione degli utenti se non si interviene su quattro temi fondamentali:

- 1. IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA**
- 2. LA CARENZA DI POSTI LETTO**
- 3. LE LISTE DI ATTESA**
- 4. LE RISORSE UMANE**

1) FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

La spesa sanitaria pro capite negli ultimi 50 anni è costantemente aumentata in tutti i Paesi dell'OCSE, non vi è Paese che non incrementi ogni anno la spesa sanitaria dell'anno precedente (con due sole eccezioni negli ultimi 50 anni riferiti all'Islanda nel 2005 e 2006 e all'Ungheria nel 2007).

Nel 2007 la spesa sanitaria complessiva pro capite negli USA ha raggiunto i 7290 dollari pro-capite, contro i 2686 dell'Italia (OECD Health Data 2009 che si allega).

I dati dell'ultimo rapporto OCSE dimostrano ancora una volta come i servizi sanitari pubblici risultano molto meno costosi rispetto ai sistemi privatistici. Inoltre i servizi sanitari pubblici ottengono risultati migliori in

termini di accessibilità e di efficacia delle cure e in termini di salute, mortalità evitabile, concorso al prolungamento della vita media di tutta la popolazione.

Va quindi ribadita la scelta di fondo del servizio sanitario pubblico respingendo la tentazione di “collocare sul mercato” il bene salute, moderando approcci ideologici che tendono a ricondurre la sanità a logiche di “libero mercato”.

Il recente rapporto Istat 2011 (che si allega) analizza la spesa sanitaria pubblica dell'Italia nel contesto europeo e conclude che: **“la spesa sanitaria pubblica italiana è molto inferiore rispetto a quella di altri importanti paesi europei. A fronte dei circa 2.200 dollari per abitante in parità di potere d'acquisto spesi in Italia nel 2008, poco più della spesa sostenuta dalla Spagna, il Regno Unito destina quasi 2.600 dollari, mentre la Francia e la Germania sfiorano i 2.900 dollari pro capite”.**

Lo stesso rapporto ricorda che oltre il 20% della spesa sanitaria totale è sostenuta dalle famiglie, in analogia con quanto accade in Francia e Germania e in percentuale maggiore del Regno Unito.

Il sottofinanziamento del servizio sanitario pubblico è tanto più grave nel nostro Paese ove si consideri:

- l'alta percentuale di anziani presente nel nostro Paese
- la scarsa spesa pubblica per prestazioni assistenziali
- il basso livello delle pensioni (importo medio 10219 euro annui)
- l'alto livello di disoccupazione
- l'assenza di un efficace e diffuso “secondo pilastro” di assistenza sanitaria integrativa.

A causa dello scarso incremento del sistema sanitario, numerose Regioni presentano deficit sanitari, sebbene le Regioni stesse destinino alla spesa sanitaria più del 80% dei loro bilanci. Sono ormai 15 le Regioni che presentano deficit da ripianare oltre a quelle storicamente deficitarie e soggette a commissariamento.

I deficit sanitari regionali producono inoltre un blocco del turnover indiscriminato che rischia di compromettere la presenza in servizio di figure specialistiche sanitarie indispensabili per assicurare con i necessari requisiti di professionalità i livelli essenziali di assistenza.

Occorre pertanto un rapido rifinanziamento se si vuole mantenere standard tecnologici e professionali adeguati, riconoscendo alla sanità pubblico quel ruolo prioritario che le compete in termini di qualità della vita e di sviluppo umano.

2) POSTI LETTO OSPEDALIERI

Il recente rapporto Istat “Noi Italia 2011” dedica giustamente un intero capitolo alla ormai acclarata carenza di posti letto ospedalieri sintetizzata nel titolo: “l'offerta di posti letto ospedalieri continua a diminuire ed è al di sotto del valore medio dell'unione europea”

In fatti nel 2008 a fronte di un numero di posti letto medio nell'unione europea di 5,6 posti per 1000 abitanti l'Italia disponeva di soli 3,7 posti per mille abitanti. La nazione con il maggior numero di posti letto risultava la Germania con 8,2 posti letto per mille abitanti con l'Italia al 24° posto (si veda allegato rapporto Istat).

L'Italia inoltre è l'unico Paese europeo che ha dimezzato dal 1990 ad oggi la dotazione di posti letto che era di 7,2 per mille nel 1990 e di 6,2 nel 1995.

E' convinzione diffusa, come trapela anche da alcune affermazioni contenute nel piano, che la riduzione dei posti letto coincida con la riduzione del deficit sanitario. Tutto questo è contraddetto dal fatto che tra le Regioni con il maggior numero di posti letto troviamo l'Emilia Romagna ed il Trentino (entrambe con 4,2 posti letto per mille abitanti) regioni notoriamente virtuose ed in equilibrio di bilancio, mentre tra le Regioni con il minor numero di posti letto troviamo Campania e Calabria (rispettivamente con 3,1 e 3,2 per mille) che risultano tra le più indebitate.

La carenza di posto letto rende drammatica la condizione dei pronto soccorso ospedalieri, specie metropolitani, con lunghi periodi di attesa in barella nelle strutture di emergenza. Si tratta di una vera e

propria emergenza sociale che crea gravi disagi ai pazienti e disaffezione dei cittadini nel servizio sanitario pubblico, oltre che una lesione dei diritti del malato ed un grave pregiudizio alla serenità ed alla sicurezza delle cure.

Stupisce che proprio un paese con una elevata percentuale di anziani, spesso soli ed in condizioni di disagio economico, si persegua una riduzione dei posti letto. Si tratta di una evidente stortura del sistema a finanziamento mediante DRG che rende necessario ridurre i posti letto per calmierare la produzione degli stessi DRG che costituiscono la base di calcolo della spesa ospedaliera. L'introduzione della contabilità a DRG ha poi spostato nel tempo risorse dalle competenze sanitarie a quelle amministrative in modo significativo.

Ad una riduzione drammatica dei posti letto dei posti letto passati dal 2002 al 2007 da 4,3 a 3,7 posti per mille abitanti con una riduzione di oltre 23.000 posti letto (-14%) non ha fatto seguito una significativa riduzione del numero di strutture (ridotte da 1286 a 1197 con un calo del 6,9 %), che risultano dotate mediamente di 185 posti letto.

Una logica di tagli lineari che rischia di trasformare l'intera rete ospedaliera in piccoli ospedali, in contrasto con gli orientamenti sanitari universalmente riconosciuti.

Si sta inoltre sviluppando un orientamento quasi di contrapposizione tra ospedale e territorio che non tiene conto di come, storicamente, l'ospedale appartenga al territorio e trova radicamento nel territorio stesso.

L'ospedale nel tempo ha arricchito l'offerta di servizi di tipo ambulatoriale, superando una esclusiva attività di ricovero mettendo al servizio del territorio sia le competenze specialistiche che gli strumenti diagnostici di cui dispone.

Esiste inoltre il fondato sospetto che ai tagli alla spesa ospedaliera non corrisponda un altrettanto potenziamento territoriale. Del resto nonostante i progressi della medicina territoriale restano alcuni nodi scoperti sul territorio: la copertura h 24 dei servizi di base, la difficoltà di una risposta integrata tra valutazione clinica ed accertamento diagnostico strumentale e di laboratorio, la possibilità di una valutazione plurispecialistica. A dimostrazione di tali difficoltà vi è l'evidenza di un sempre maggiore ricorso dei cittadini alle strutture di pronto soccorso che si contrappone al trasferimento della spesa dall'ospedale al territorio stesso verificatosi in questi anni: la spesa ospedaliera è infatti inferiore al 50% della spesa totale. Le politiche di integrazione, necessarie ed auspicate devono superare posizioni teorico-ideologiche e confrontarsi con le risorse umane disponibili.

Del resto le cure domiciliari non sono meno costose di quelle ospedaliere se si conteggiano gli oneri che restano a carico delle famiglie. Inoltre l'efficacia delle cure domiciliari è possibile solo in ambienti familiari culturalmente ed economicamente elevati, non certo alla portata di tutti i pazienti specie se anziani, soli e non abbienti. Certamente la domiciliarizzazione delle cure è un obiettivo da perseguire, ma richiede notevoli disponibilità economiche non alla portata attualmente di larghi strati della popolazione.

Questa Confederazione pertanto non può che riaffermare l'importante stato di disagio di cittadini ed operatori per la grave carenza di posti letto elemento che rischia di pregiudicare in tempi brevi la credibilità e l'efficacia dell'intero sistema sanitario.

3) LISTE DI ATTESA

L'allungamento delle liste di attesa rappresenta un punto critico per la credibilità del sistema.

Il rischio è di fornire una risposta tecnicistica, ideologica ed inadeguata al fenomeno classificando la grande richiesta di accertamenti clinici, diagnostici e strumentali come per lo più il prodotto di richieste non appropriate.

In realtà l'inappropriatezza viene troppo spesso valutata a posteriori, dopo l'accertamento, mentre è assai meno evidente e quantitativamente ridotta se valutata all'inizio dell'iter diagnostico.

Le liste di attesa esprimono in realtà un bisogno di salute non soddisfatto e resta incomprensibile per il cittadino la lunga attesa per effettuare un accertamento prescritto da un medico di fiducia.

Si tratta di uno dei fenomeni che minano la fiducia del cittadino nel servizio sanitario che compromette gravemente la credibilità nel sistema e la soddisfazione dell'utenza.

In realtà le liste di attesa sono in buona parte generate dalle scelte di politica e di programmazione della spesa sanitaria.

Le Aziende ospedaliere e sanitarie pubbliche e private non hanno interesse ad implementare l'offerta di prestazioni ambulatoriali assai meno remunerative rispetto a quelle correlate al ricovero ed alla fatturazione mediante DRG.

Lo smantellamento del sistema dell'incentivazione alla produttività e il ricorso sempre più ridotto alle prestazioni aggiuntive da richiedere al personale sanitario hanno ulteriormente inciso nell'offerta di prestazioni ambulatoriali.

In generale, al pari dell'attività di ricovero, le Regioni rispondono ai deficit di bilancio chiedendo una riduzione della produttività ed imponendo tetti di produzione per tutte le attività, tale fenomeno è più marcato in quelle organizzazioni dove si è verificato lo scorporo tra le funzioni di governo della spesa e le strutture deputate all'erogazione dei servizi fino ad assumere un ruolo di committente da parte delle Aziende sanitarie nei confronti delle aziende ospedaliere deputate alla produzione.

In realtà l'attività ambulatoriale è resa economicamente sconveniente in quanto gravata da ticket che non costituiscono entrata aggiuntiva, ma che vengono sottratti al finanziamento ordinario delle attività sanitarie, ciò rende le tariffe di rimborso nettamente inferiori ai costi sostenuti per erogare la prestazione. Di fatto incrementare l'attività ambulatoriale determina un incremento del deficit nonostante l'aumento di produzione.

Per converso il ticket è in grado di coprire parte significativa della spesa sostenuta, in definitiva il cittadino in questo sistema non riesce a trovare prestazioni tempestive anche in presenza di un'ampia compartecipazione alla spesa. Di fatto le risorse ricavate dai ticket costituiscono anticipazione di finanziamento per tutte le attività sanitarie e non per implementare le attività ambulatoriali.

Infine va flessibilizzata con opportuni incentivi l'offerta di prestazioni ambulatoriali considerato che il costo del ticket è solo uno dei costi che le famiglie devono sopportare a cui si aggiungono gli oneri per l'accompagnamento del paziente in termini di perdita di giornate lavorative.

Occorre una azione specifica nel merito che consenta di evitare il circolo vizioso che si è cercato di descrivere mediante una chiara iniziativa di politica sanitaria:

- trasformare i ticket come risorsa aggiuntiva dedicata all'attività ambulatoriale o comunque non penalizzare le regioni che implementano l'attività ambulatoriale
- incentivare il ricorso a prestazioni aggiuntive per l'abbattimento delle liste di attesa nell'ambito di accordi contrattuali aziendali che coinvolgono non solo determinati specialisti, ma tutto il personale mediante un fondo di perequazione
- estendere ai programmi di abbattimento delle liste di attesa i benefici fiscali e contributivi previsti per l'incremento della produttività (fiscalità di vantaggio per straordinari e raggiungimento di obiettivi) da estendere a tutto il personale sanitario coinvolto
- incentivazioni per l'erogazione di servizi in orari serali o prefestivi.

Appare indispensabile superare la logica dei tagli finalizzati alla riduzione della spesa ed incentivare la produttività per perseguire un minor costo per unità di prodotto. Perlomeno si incrementerà la spesa sanitaria correlandola alla produttività e alla soddisfazione dell'utenza.

4) LE RISORSE UMANE

Assai condivisibile appare la preoccupazione per la progressiva carenza di medici che si prospetta nei prossimi anni, risolvibile non già con il prolungamento dell'età lavorativa fino al 70° anno di età o con

l'apertura indiscriminata del corso di laurea di medicina, bensì con la trasformazione, almeno a partire dal terzo anno del percorso formativo, del contratto di formazione-lavoro in contratto di lavoro a tempo determinato che consenta, al pari di quanto avviene in tutti i Paesi della comunità europea, un graduale inserimento dei medici specializzandi all'interno delle attività assistenziali. La formazione specialistica del medico, essendo un primario interesse di chi fornisce l'assistenza sanitaria pubblica, non può, infatti, non coinvolgere il SSN al quale il D.Lgs. 502/92 e s.m. attribuisce un ruolo rilevante vista la eccessiva lunghezza di tale percorso e la sostanziale inefficacia dell'attuale organizzazione dell'attività di gran parte delle scuole di specializzazione, che in molte discipline continua a essere lontana dal garantire gli obiettivi formativi previsti dalle indicazioni della UE.

Un forte rinnovamento dei percorsi formativi, in grado di far fronte alla continua espansione di una domanda a carattere eminentemente pratico deve prendere in considerazione nuovi contenitori ove la preparazione teorica sia immediatamente embricata nella attività pratica e le funzioni tutoriali sul campo accompagnino e completino le conoscenze teoriche acquisite in aula. In tal senso si auspicano coerenti modifiche legislative.

Si ricorda che la carenza di personale laureato coinvolgerà non solo i medici, ma anche i veterinari pubblici, dai dati in nostro possesso risulta che nel prossimo triennio il 35% dei medici veterinari andrà in pensione.

Appare indispensabile un investimento nella formazione specialistica per tutte le professioni sanitarie valorizzando la funzione formativa della dirigenza del SSN.

La carenza di figure professionali, medici in particolare, nasce non solo dall'approssimarsi della gobba demografica ma anche da un sostanziale peggioramento delle condizioni di lavoro nelle Aziende sanitarie. Il combinato disposto tra blocco di ogni progressione economica ed aumento delle condizioni di disagio lavorativo, stante anche il blocco del turnover ormai generalizzato, in forma latente o manifesta, che priva il sistema di forze giovanili e ripartisce tra pochi una mole di lavoro crescente, spinge di fatto i medici fuori dal sistema.

Fattori strutturali e sovrastrutturali determinano una crisi di ruolo in cui sembra smarrirsi la stessa identità professionale. Ma una parte importante è giocata dall'attuale modello di governance delle aziende sanitarie divenuto conflittuale con la posizione di garanzia che il medico è chiamato a svolgere dal codice deontologico e da quello penale.

La recente sentenza della Suprema Corte di Cassazione bene descrive il moderno paradosso del ruolo del medico nelle organizzazioni sanitarie: tanto piccolo e marginale, magari da controllare con sanzioni disciplinari, negli aspetti organizzativi, quanto grande, centrale ed esclusivo nelle sue funzioni di garanzia del cittadino e di responsabilità sull'efficacia e sicurezza dell'intero sistema delle cure e nella tutela dei diritti costituzionali da questo protette.

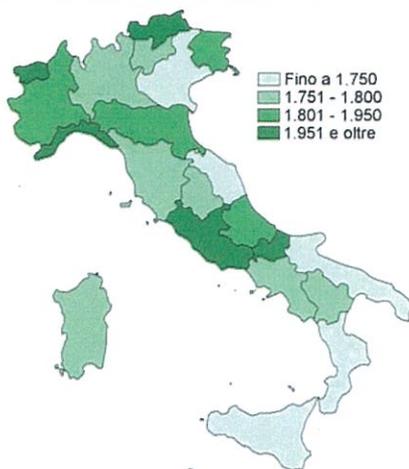
La cornice legislativa degli assetti organizzativi del SSN, che non impedisce alla politica di invadere la sfera della sanità né ad certa cultura aziendalista di minimizzare i valori della professione medica, si è tradotta in una rigida catena di comando che tutto ha sacrificato sull'altare del pareggio di bilancio, senza nemmeno raggiungere l'obiettivo, come il disastro dei conti dimostra. Le Aziende Sanitarie si comportano come pure aziende contabili, smarrendo le loro finalità istituzionali, e adottano regole di ingaggio sempre più radicate in un efficientismo gestionale che esercita un controllo pressoché assoluto dei Medici, privi di un coinvolgimento operativo nei percorsi organizzativi, considerati solo come costosi fattori di produzione, generatori di altri costi. Risorse umane nei discorsi ufficiali, costi aziendali da tagliare nella pratica quotidiana.

La idea del governo clinico, nata ormai molti anni fa, per reclutare le competenze, le autonomie, le responsabilità e i valori dei professionisti alle logiche ed agli obiettivi del management aziendale, esige un sostanziale cambio di paradigma culturale e politico per contrastare una cultura che nelle organizzazioni sanitarie riduce i Medici alla stregua di macchine banali ed anonime, rinunciando alle loro competenze e professionalità.

La sfida della sostenibilità economica, sociale, etica e tecnico-professionale di un sistema sanitario equo, accessibile ed efficace richiede di ri-definire ruolo e responsabilità del Medico, anche attribuendogli reali margini di autonomia e responsabilità per orientare e supportare il management aziendale nelle scelte tecniche. Una governance integrata, che individui procedure di selezione e verifica delle carriere meno discrezionali ed autoritarie, sottraendole al puro rapporto fiduciario con il DG per valorizzare la valutazione professionale anche ai fini del rinnovo degli incarichi.

Se è l'ora delle risorse umane vanno messe in campo politiche in grado di supportarne la crescita professionale ed il coinvolgimento nei modelli di governance aziendali.

**Spesa sanitaria pubblica
corrente per regione**
Anno 2008 (euro per abitante)



Fonte: Istat, Conti economici regionali

La spesa sanitaria pubblica assorbe oltre il 7 per cento del Pil

UNO SGUARDO D'INSIEME

La spesa sanitaria pubblica misura quanto viene destinato per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini in termini di prestazioni sanitarie (inclusi tutti i suoi costi: servizi amministrativi, interessi passivi, imposte e tasse, premi di assicurazione e contribuzioni diverse). La spesa sanitaria pubblica complessiva ammonta nel 2009 a oltre 110 miliardi di euro, pari al 7,3 per cento del Pil, e supera i 1.800 euro annui per abitante.

DEFINIZIONI UTILIZZATE

Secondo il Sistema europeo dei conti nazionali (Sec95) e il Sistema europeo delle statistiche della protezione sociale, la spesa sanitaria pubblica rappresenta l'insieme delle operazioni correnti effettuate dalle Amministrazioni pubbliche operanti nel settore, utilizzando direttamente proprie strutture produttive o acquistando dalle istituzioni private beni e servizi da erogare ai cittadini in regime di convenzione. Per i confronti internazionali si utilizzano gli indicatori di spesa sanitaria raccolti dall'Ocse (Health data), basati su definizioni e classificazioni stabilite per i paesi membri. I confronti sono effettuati in dollari pro capite in parità di potere d'acquisto (Ppa), misura che tiene conto del diverso livello dei prezzi nei paesi stessi.

L'ITALIA NEL CONTESTO EUROPEO

La spesa sanitaria pubblica italiana è molto inferiore rispetto a quella di altri importanti paesi europei. A fronte dei circa 2.200 dollari per abitante in parità di potere d'acquisto spesi in Italia nel 2008, poco più della spesa sostenuta dalla Spagna, il Regno Unito destina quasi 2.600 dollari, mentre la Francia e la Germania sfiorano i 2.900 dollari pro capite. Il livello di spesa più basso si registra, invece, per la Polonia (876 dollari pro capite).

L'ITALIA E LE SUE REGIONI

Nel 2008, la spesa per abitante in Italia è pari a 1.800 euro, analogamente a quanto si osserva per la ripartizione del Nord. Al di sopra del valore medio nazionale si colloca la ripartizione del Centro (1.881 euro pro capite), mentre per il Mezzogiorno la spesa è pari a 1.753 euro. La provincia autonoma di Bolzano registra la spesa pro capite più elevata (2.362 euro), seguita dal Molise (2.051 euro) e dalla Valle d'Aosta (2.047 euro). La spesa per abitante è più contenuta nelle Marche (1.691 euro), in Veneto (1.705 euro) e in Sicilia (1.712 euro). I livelli di spesa per abitante sono dunque molto variabili, a testimonianza sia di condizioni socio-economiche diversificate, sia di diversi modelli di gestione del sistema sanitario regionale.

Su base nazionale, il 36,8 per cento dei 1.800 euro annui per abitante di spesa sanitaria pubblica è destinato a servizi in regime di convenzione, mentre oltre la metà (56,8 per cento) riguarda la fornitura di servizi erogati direttamente. Anche a livello di singola regione, si riscontra una preponderanza della spesa per servizi sanitari forniti direttamente. Si osserva, tuttavia, una quota più elevata di spesa per servizi in regime di convenzione per il Lazio (43,8 per cento), la Lombardia (42,7 per cento), la Campania e la Puglia (entrambe 41,0 per cento).

In Italia, la spesa in convenzione è indirizzata in prevalenza verso l'assistenza farmaceutica (28,4 per cento), l'assistenza medica (25,3 per cento) e le prestazioni fornite dalle case di cura private (23,9 per cento).

Fonti

- ▶ Istat, Conti economici nazionali
- ▶ Istat, Conti economici regionali
- ▶ Ocse, Health Data

Pubblicazioni

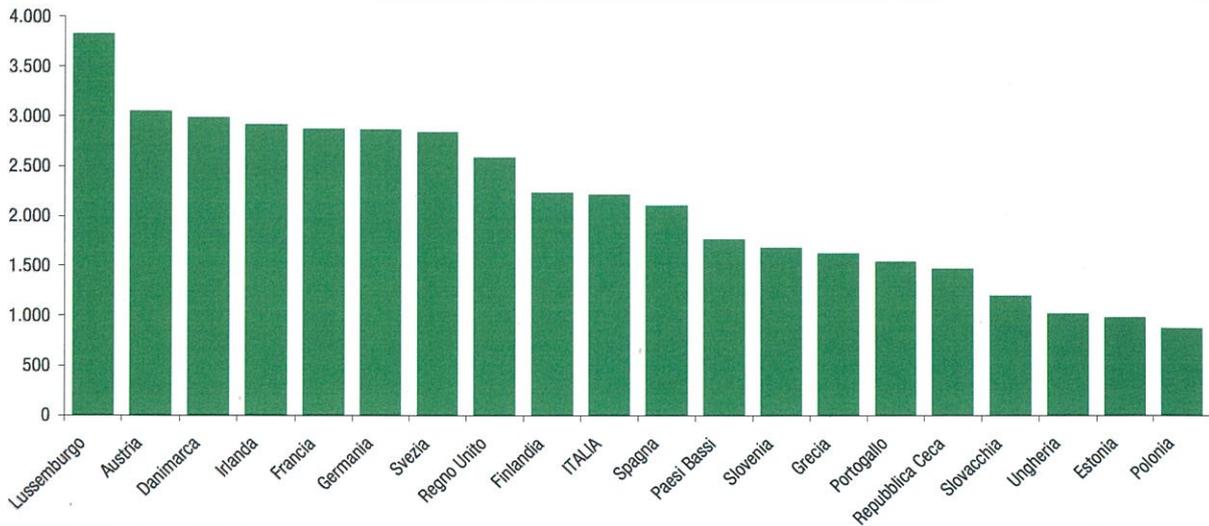
- ▶ Istat, Annuario statistico italiano, 2010

Link utili

- ▶ www.istat.it/sanita/sociosan/
- ▶ www.istat.it/dati/dataset/20100430_00/
- ▶ www.oecd.org/document/30/0,03746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html

Spesa sanitaria pubblica in alcuni paesi europei

Anno 2008 (a) (b) (dollari per abitante in parità di potere d'acquisto)



Fonte: Ocse, Health data

(a) I dati per Danimarca e Grecia sono al 2007; per Lussemburgo e Portogallo sono al 2006; per i Paesi Bassi al 2002.

(b) Il dato Italia differisce da quello pubblicato dall'Istat per alcune componenti, principalmente per la presenza, nell'aggregato considerato dall'Ocse, della spesa sanitaria pubblica in conto capitale.

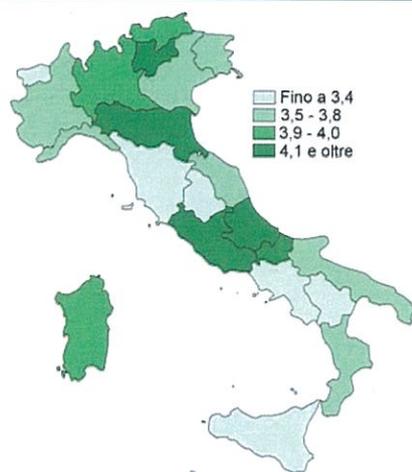
Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione economica e regione

Anno 2008 (euro a prezzi correnti)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Servizi sanitari forniti direttamente		Servizi sanitari in regime di convenzione		Altre spese		Spesa corrente totale	
	Totale in milioni	Per abitante	Totale in milioni	Per abitante	Totale in milioni	Per abitante	Totale in milioni	Per abitante
Piemonte	4.762	1.078	2.784	630	523	118	8.069	1.827
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	194	1.533	46	364	19	150	259	2.047
Lombardia	8.767	905	7.244	747	969	100	16.980	1.752
Liguria	1.988	1.233	1.024	635	210	130	3.222	1.998
Trentino-Alto Adige	1.378	1.360	574	567	138	136	2.090	2.063
Bolzano/Bozen	769	1.548	328	661	76	153	1.173	2.362
Trento	609	1.179	246	476	62	120	917	1.775
Veneto	4.711	969	3.017	621	555	114	8.283	1.705
Friuli-Venezia Giulia	1.601	1.305	615	501	157	128	2.373	1.934
Emilia-Romagna	4.871	1.131	2.348	545	565	131	7.784	1.807
Toscana	4.315	1.169	1.836	497	480	130	6.631	1.796
Umbria	1.036	1.164	415	467	110	124	1.561	1.755
Marche	1.722	1.103	741	475	177	113	2.640	1.691
Lazio	5.624	1.005	4.925	880	697	125	11.246	2.010
Abruzzo	1.430	1.076	815	613	160	120	2.405	1.809
Molise	367	1.144	253	789	38	118	658	2.051
Campania	5.418	932	4.213	725	633	109	10.264	1.766
Puglia	3.749	919	2.891	709	414	102	7.054	1.730
Basilicata	653	1.104	323	547	64	108	1.040	1.760
Calabria	1.944	968	1.334	664	218	109	3.496	1.741
Sicilia	4.779	949	3.280	652	558	111	8.617	1.712
Sardegna	1.898	1.138	915	548	189	113	3.002	1.799
Nord-ovest	15.712	991	11.098	700	1.721	109	28.531	1.800
Nord-est	12.560	1.101	6.554	575	1.415	124	20.529	1.800
Centro	12.696	1.082	7.917	675	1.464	125	22.077	1.881
Centro-Nord	40.968	1.051	25.569	656	4.600	118	71.137	1.824
Mezzogiorno	20.237	971	14.024	673	2.274	109	36.535	1.753
Italia	61.205	1.023	39.593	662	6.874	115	107.672	1.800
In percentuale del Pil	3,9	-	2,5	-	0,4	-	6,9	-

Fonte: Istat, Conti economici regionali

Posti letto per regione
Anno 2007 (per 1.000 abitanti)



Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della salute

L'offerta di posti letto ospedalieri continua a diminuire ed è al di sotto del valore medio dell'Unione Europea

UNO SGUARDO D'INSIEME

Da oltre un decennio il sistema sanitario italiano è sottoposto a riforme che hanno come obiettivo la razionalizzazione delle risorse e il contenimento della spesa.

Il settore ospedaliero è stato oggetto di rilevanti cambiamenti legati agli indirizzi di programmazione nazionale e regionale che hanno determinato una riduzione del numero di strutture e dei posti letto complessivi, considerando anche il trasferimento di una parte delle attività dal regime ordinario al day hospital.

Gli indicatori mostrano una tendenza di assestamento verso questa riduzione dell'offerta ospedaliera.

Negli ultimi anni in tutte le regioni, con l'eccezione del Molise, l'offerta dei posti letto si è allineata con il valore medio nazionale pari a 3,7 posti letto ogni mille abitanti nel 2007.

DEFINIZIONI UTILIZZATE

L'offerta ospedaliera è espressa mediante il numero degli istituti di cura, dei posti letto disponibili e dei posti letto disponibili ogni mille abitanti. In merito ai dati italiani, gli istituti di cura e i posti letto (ordinari e in day hospital) si riferiscono al settore pubblico che comprende anche il privato accreditato.

Il numero dei posti letto a livello europeo fa, invece, riferimento sia al settore pubblico sia a quello privato nel suo complesso.

L'ITALIA NEL CONTESTO EUROPEO

Per quanto riguarda i posti letto ospedalieri nell'Ue27, nel 2008 l'Italia (3,7 posti letto ogni mille abitanti) si colloca al di sotto della media europea (pari a 5,6) e risulta tra i paesi con l'offerta ospedaliera più bassa; valori inferiori a quelli italiani si registrano in Danimarca, Regno Unito, Portogallo e Spagna.

L'offerta di posti letto ospedalieri è collegata alle politiche sanitarie e al modello di sistema sanitario utilizzato. La maggior parte dei paesi con un'offerta di posti letto superiore alla media europea adotta un modello organizzativo della sanità assimilabile al "modello Bismarck", dove il finanziamento avviene mediante contributi obbligatori dei cittadini lavoratori e/o mediante assicurazione. Al contrario, Irlanda, Grecia, Italia, Danimarca e Regno Unito, con una dotazione inferiore alla media europea, appartengono ai paesi con sistemi sanitari universalistici di tipo "Beveridge". Si tratta di sistemi che si finanziano con la tassazione, nei quali, almeno negli ultimi cinque anni, sono state emanate direttive da parte dello Stato centrale volte al ridimensionamento dei posti letto.

L'ITALIA E LE SUE REGIONI

I più recenti Piani sanitari nazionali e regionali hanno stabilito tra gli obiettivi la razionalizzazione della rete ospedaliera, in particolare anche l'Intesa Stato-Regioni di marzo 2005 ha fissato lo standard dei posti letto a 4,5 per mille abitanti. Questi provvedimenti sono stati finalizzati a promuovere uno sviluppo maggiore del modello di rete ospedaliera integrata con gli altri livelli di assistenza, in particolare con il livello territoriale a cui sono stati demandati una serie di servizi.

Per il futuro, è prevedibile un'ulteriore variazione nell'offerta di posti letto sulla base della diminuzione nel nuovo standard (pari a 4 posti letto per mille abitanti) stabilito nell'Intesa Stato-Regioni di dicembre 2009. Il "Nuovo patto per la salute", infatti, si pone l'obiettivo sia di promuovere il passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, sia di favorire l'assistenza residenziale e domiciliare.

Tra il 2002 e il 2007, in tutte le regioni l'offerta di posti letto ospedalieri si è allineata alla media nazionale, che è passata da 4,3 a 3,7 posti letto per mille abitanti. Solo il Molise supera i 5 posti letto ogni mille abitanti. Nello stesso periodo, anche il numero di strutture ospedaliere si è ridotto da 1.286 a 1.197.

Fonti

- ▶ Ministero della salute, Sistema informativo sanitario
- ▶ Eurostat, Public health

Pubblicazioni

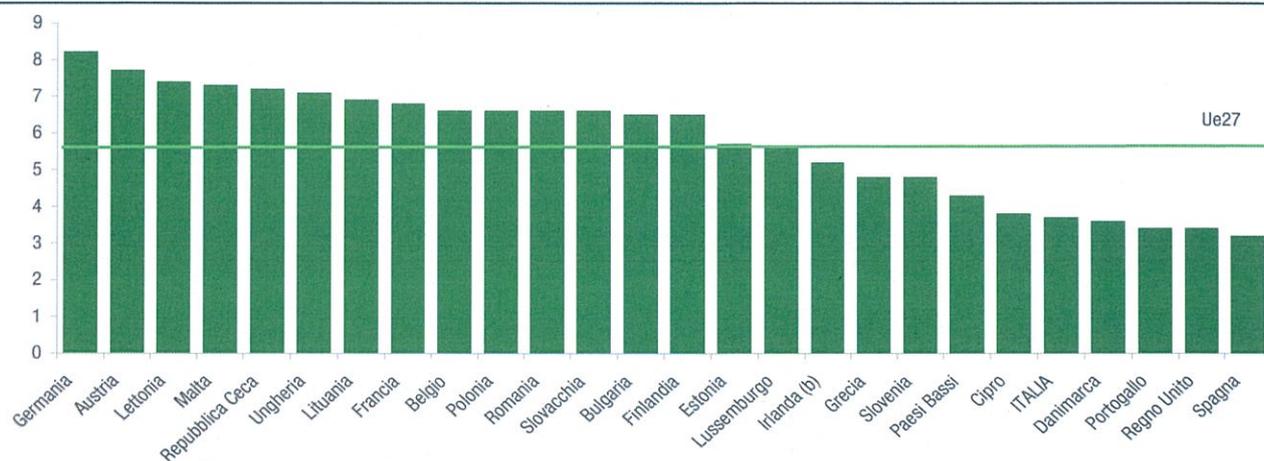
- ▶ Ministero della salute, Annuario statistico del servizio sanitario nazionale - Anno 2007, 2009

Link utili

- ▶ www.istat.it/dati/dataset/20090211_00/
- ▶ www.salute.gov.it/servizio/sezSis.jsp?label=ssn
- ▶ epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health

Posti letto nei paesi Ue

Anno 2008 (a) (per 1.000 abitanti)



Fonte: Eurostat, Public health

(a) I dati si riferiscono sia al settore pubblico sia a quello privato nel suo complesso. Per la Svezia il dato non è disponibile.

(b) Dato al 2007.

Offerta ospedaliera per regione

Anni 2002 e 2007 (a) (valori assoluti e quozienti per 1.000 abitanti)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	2002			2007		
	Istituti di cura	Posti letto (b)	Posti letto per 1.000 abitanti	Istituti di cura	Posti letto (b)	Posti letto per 1.000 abitanti
Piemonte	81	17.623	4,2	81	16.542	3,8
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	1	434	3,6	1	415	3,3
Lombardia	114	39.725	4,4	131	37.406	3,9
Liguria	20	7.498	4,8	22	6.058	3,8
Trentino-Alto Adige	32	4.331	4,6	26	4.217	4,2
Bolzano/Bozen	13	2.244	4,8	12	1.953	4,0
Trento	19	2.087	4,3	14	2.264	4,4
Veneto	92	19.923	4,4	54	17.573	3,7
Friuli-Venezia Giulia	24	5.490	4,6	21	4.282	3,5
Emilia-Romagna	79	18.809	4,7	73	17.697	4,2
Toscana	73	15.416	4,4	70	12.498	3,4
Umbria	16	3.029	3,6	16	2.707	3,1
Marche	52	6.508	4,4	46	5.545	3,6
Lazio	162	27.030	5,3	147	24.405	4,4
Abruzzo	35	5.749	4,5	35	5.444	4,1
Molise	9	1.528	4,8	10	1.640	5,1
Campania	139	19.551	3,4	123	18.147	3,1
Puglia	97	15.706	3,9	75	14.826	3,6
Basilicata	10	2.408	4,0	11	1.931	3,3
Calabria	75	8.325	4,1	76	7.554	3,8
Sicilia	129	18.946	3,8	135	16.289	3,2
Sardegna	46	7.455	4,6	44	6.527	3,9
Nord-ovest	216	65.280	4,4	235	60.421	3,8
Nord-est	227	48.553	4,5	174	43.769	3,9
Centro	303	51.983	4,7	279	45.155	3,9
Centro-Nord	746	165.816	4,5	688	149.345	3,9
Mezzogiorno	540	79.668	3,9	509	72.358	3,5
Italia	1.286	245.484	4,3	1.197	221.703	3,7

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Ministero della salute

(a) I dati si riferiscono al settore pubblico che comprende anche il privato accreditato.

(b) I dati comprendono i posti letto ordinari e quelli in day hospital.