



OSPEDALI&SALUTE SUI MEDIA

Il successo del Rapporto Aiop

Il secondo decennio di pubblicazione del **Rapporto Ospedali&Salute** si è aperto in modo straordinario. La sala del Parlamentino del Cnel, era gremita della partecipazione di numerosi aderenti alla nostra Associazione, ma anche di moltissimi addetti ai lavori, rappresentanti dei media e delle istituzioni. Chi non ha potuto partecipare alla presentazione ha avuto poi modo di apprendere la grande eco riscossa dal nostro Rapporto sui maggiori organi d'informazione della carta stampata e della rete internet. Un grande successo quindi, sottolineato dalla presenza del ministro della salute **Beatrice Lorenzin**, che ha voluto testimoniare in questo modo la grande attenzione per il set-



tore e per la nostra Associazione, sempre più guida e punto di riferimento avanzato per tutta la filiera della sanità privata. La sua affermazione della pari dignità pubblico-privato degli erogatori di prestazioni sanitarie, assieme a quella della lotta alle inefficienze e agli sprechi, fa ben sperare anche se sappiamo che in un quadro politico tutt'altro che solido, dove i centri decisionali appaiono fragili e incerti, occorre aiutare e sostenere i segnali di ripresa di volontà politica.

aiop magazine

IL FOGLIO DEI SOCI AIOP

SUPPLEMENTO
AL NUMERO 01 GENNAIO 2014

Direttore Responsabile:
Gabriele Pelissero

Coordinamento Editoriale:
Maria Rosaria Lanciano, Alberta Sciachi

Coordinamento operativo:
Maria Rosaria Lanciano

Redazione: Angelo Cassoni, Maria Rosaria Lanciano, Filippo Leonardi, Patrizia Salafia, Fabiana Rinaldi, Alberta Sciachi.

Progetto grafico e impaginazione:
Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma
n. 533 del 23/12/2003

Editore: SEOP srl - via di Novella, 18, Roma

Direzione: 00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67
tel. 063215653 - fax. 063215703

Internet: www.aiop.it

e-mail: f.rinaldi@aiop.it

Stampa: EuroLit s.r.l. - Roma



Così come abbiamo bisogno di estendere una rete di alleanze con cui volare alto. E tra i soggetti con cui promuovere collaborazione e alleanze ci sono **Agenas, Confindustria** e **Tribunale per i diritti del Malato**, che sono intervenuti con i loro maggiori esponenti (**Giovanni Bissoni, Andrea Bairati e Tonino Aceti**).

Il contesto storico-politico e i dettagli del Rapporto sono stati illustrati da **Gabriele Pelissero**, Presidente nazionale Aiop, e da **Nadio Delai**, curatore del Rapporto. Il 2014 sarà un anno cruciale per il SSN. Non si tratta più di difendere le dotazioni di posti letto, in una visione meramente contabile del sistema. Ma di fare uno straordinario salto culturale, che salvaguardi i principi generali del SSN - universalità, solidarietà e pluralismo degli erogatori - in una dinamica riformista dei meccanismi interni, che premi le pratiche virtuose, da chiunque provengano, e penalizzi le inefficienze.

Il servizio video con la sintesi della presentazione, già pubblicato su Informaiop (n. 63 del 13/12/2013), è disponibile ora sul canale video YouTube dell'Aiop, mentre nella presente raccolta è stata predisposta una selezione dei 18 articoli più rilevanti, seguita da una dettagliata appendice contenente il sommario dell'intera rassegna stampa collegata all'evento.

L'augurio è quello di fare tesoro dei dati raccolti per avere consapevolezza della buona sanità prodotta nel nostro Paese e dei punti critici che occorre affrontare per proiettarla nel futuro. ■

tramite questo QR code
guarda sul tuo smartphone il servizio video
sulla presentazione dell'11° Rapporto Aiop



www.youtube.com/watch?v=aM8ICi_UlSQ

hanno parlato di noi...

Estratto degli articoli pubblicati sulle principali testate nazionali che troverete in questo supplemento

ANSA Ospedali italiani spendono 61,6 miliardi10/12/2013	pag. 7
AdnKronos Salute Sanità: Aiop, 5 mln famiglie rinunciano a cure, a rischio universalità Ssn10/12/2013	pag. 8
AGI Sanità: Aiop, cure sempre più care, a rischio universalità Ssn10/12/2013	pag. 9
Corriere della Sera Un miliardo e 700 milioni per saltare le liste di attesa11/12/2013	pag. 10
Il Sole 24 ore Sanità Con noi niente sprechi23/12/2013	pag. 10
La Stampa Le famiglie rinunciano a dentisti, analisi e farmaci11/12/2013	pag. 11
Il Giornale Gli italiani non si curano più. E gli ospedali gettano 4 miliardi11/12/2013	pag. 12
Secolo d'Italia A causa della crisi più di 5 milioni di famiglie hanno rinunciato alle cure dentarie11/12/2013	pag. 13
Avvenire Oltre cinque milioni gli italiani che hanno rinunciato al dentista11/12/2013	pag. 14
Quotidiano Nazionale Ma un milione di bimbi è in miseria. E la famiglia taglia le cure mediche11/12/2013	pag. 15
Il Sole 24 Ore Sanità Noi scudo alla fuga dalle cure23/12/2013	pag. 16
Il Sole 24 Ore Sanità Accesso a ostacoli alle cure23/12/2013	pag. 19
Panorama della Sanità 11° Rapporto Ospedali&Salute: Nel 2013 cinque milioni di famiglie hanno rinunciato a curarsi10/12/2013	pag. 21
Panorama Boom dei ticket: la sanità è un salasso30/12/2013	pag. 22
Il Sole 24 Ore Sanità.it Ospedali&Salute, rapporto Aiop: spending review sì, ma solo interna al sistema10/12/2013	pag. 23
la Repubblica.it Sanità, nel 2013 crollano le visite mediche 5 milioni di famiglie rinunciano al dentista10/12/2013	pag. 25
QuotidianoSanità.it Pelissero (Aiop) – Il numero di posti letto non può essere criterio per chiudere Case di cura”10/12/2013	pag. 26
QuotidianoSanità.it La sanità secondo Aiop, l'11° rapporto: Milioni di italiani in fuga dalla sanità per colpa dei tagli e della crisi. Per fermarli serve più privato10/12/2013	pag. 27

rassegna stampa completa ----->

elenco a pagina 30

tramite questo QR code puoi scaricare in formato PDF
la rassegna stampa completa,
contenente anche tutti i ritagli già contenuti in questa pubblicazione



pag. **28**

INTRODUZIONE AL RAPPORTO 2013

Il Servizio Sanitario Nazionale Quale Futuro?



di Gabriele Pelissero
Presidente nazionale aiop

Nel mese di novembre 2012, predisponendo il 10° Rapporto Annuale “Ospedali & Salute” per presentarlo al pubblico nell’ormai consueto appuntamento dei primi giorni di dicembre, ci trovavamo di fronte a una situazione complessiva che generava allarme e forte perplessità sulla tenuta del Servizio Sanitario Nazionale italiano, in conseguenza di una serie di pesanti interventi di natura quasi esclusivamente finanziaria avviati dai Governi nazionali a partire dall’anno 2011.

Ancorché ben noti, possiamo ancora una volta ripartire dai contenuti delle Leggi 111/2011, 135/2012 e 228/2012 (Legge di stabilità 2013) riportati sinteticamente in tabella 1: che mostra in tutta la sua impressionante evidenza il peso di una manovra di cassa che, nell’arco di un triennio, prevede un taglio medio di circa 4,5 miliardi di Euro all’anno su una spesa sanitaria pubblica di 112,9 miliardi di Euro nel 2011, pari al 7,1% del Pil.

Per comprendere la rilevanza, in termini assoluti e percentuali, di tale manovra, abbiamo più volte proposto il confronto

con l’azione del Governo della Francia, paese demograficamente ed economicamente comparabile con l’Italia e anch’esso esposto alle difficoltà della crisi economica mondiale, che per l’anno 2013 ha previsto con la propria Finanziaria della Salute un risparmio di 2,4 miliardi di Euro a fronte di una spesa sanitaria pubblica di 175,4 miliardi di Euro.

Una differenza che non richiede commenti, ma che deve essere motivo di attenta riflessione almeno alla luce di due considerazioni. La prima riguarda l’impatto che la spesa sanitaria ha sull’economia generale di tutti i paesi sviluppati, e il suo ruolo di riconosciuto volano di crescita e sviluppo, alla pari di pochi altri settori produttivi strategici quali l’informatica e

la tecnologia militare.

La seconda riguarda la prospettiva a breve e medio termine di una crescente esposizione del settore sanitario alla competizione internazionale, almeno nell’ambito dell’Unione Europea. Competizione che avrà come epicentro la capacità di stare al passo con lo sviluppo tecnologico in particolare nella diagnostica, nell’attività ospedaliera e nella farmaceutica, e che resisterà sempre meno ai tentativi protezionistici degli Stati.

Per queste considerazioni, che ben mostrano la grave potenzialità di danno sistemico generata da una rilevante e improvvisa contrazione della spesa sanitaria pubblica, e che si assommano al richiamo al diritto fondamentale alla

Tabella 1 – Spesa sanitaria: entità dei tagli previsti nel triennio 2012-2014 (Manovra Tremonti 2011, Spending review 2012 e Legge di stabilità 2013) (in milioni di €)

Voci di spesa	Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014	
	L.135/12	L.111/11	L.135/12	L.111/11	L.135/12	L.135/12
Ospedaliera accreditata	45,00		90,00			180,00
Specialistica accreditata	25,00		50,00			100,00
Totale	70,00		140,00			280,00
Personale dipendente e conv.			-	163,50		
Farmaceutica accreditata	325,00	1.000,00	747,00	1.090,00		747,00
Beni e servizi - Appalti e forniture	505,00	750,00	463,00	1.199,00		393,00
Beni e servizi - Standard posti letto			20,00			50,00
Beni e servizi - Dispositivi medici		750,00	400,00	817,50		500,00
Erogatori privati - Prestazioni a funz.			30,00			30,00
Nuovi ticket				2.180,00		
Totale L.111/11 e L.135/12	900,00	2.500,00	1.800,00	5.450,00		2.000,00
Triennio 2012-2014 (L. 111/11 e L. 135/12)						12.650,00
Legge di stabilità (0,6 mld per il 2013 e 1 mld per il 2014)						1.600,00
Tagli complessivi triennio 2012-2014						14.250,00



Salute e al valore del Servizio Sanitario Nazionale come ammortizzatore sociale nella perdurante crisi economica, abbiamo lanciato lo scorso anno, proprio nell'occasione della presentazione pubblica del 10° Rapporto Ospedali & Salute, un pressante appello a fermare il disinvestimento nel Servizio Sanitario Nazionale, ponendo fine alla stagione dei tagli lineari indiscriminati e evitando il collasso del sistema di welfare sanitario italiano, che nella purtroppo scarsa consapevolezza di molti rappresenta uno dei migliori successi del nostro paese dal punto di vista sanitario, sociale ed economico.

LUCI ED OMBRE

Affermare che il SSN italiano rappresenta un successo può sembrare un paradosso, al limite della provocazione, se il problema viene esaminato subendo l'impatto emotivo delle continue denunce di malasana o sulla base dei trend dei diversi settori di spesa pubblica. Ma si tratta di impressioni superficiali e non sufficientemente approfondite. L'effetto emotivo di una singola vicenda di malasana è enorme, ma in realtà questi episodi riguardano una minima frazione del totale delle prestazioni erogate, e il più delle volte sono prive di conferma in sede giudiziaria, tanto da porre anche nel nostro paese il problema di un crescente "parassitismo giudiziario" che esprime la ricerca non di giustizia ma di risarcimenti o più frequentemente di transazioni, accettate da istituzioni e professionisti consapevoli del danno di immagine di una lunga ver-

tenza, non riparabile dalla frequente assoluzione da ogni accusa.

Bisogna invece leggere le statistiche di gradimento nei confronti del Sistema Sanitario, di cui anche Ospedali & Salute è ricca, per rilevare gli alti livelli di soddisfazione dei Cittadini. Se poi confrontiamo il trend di spesa sanitaria pubblica con quello dei paesi dell'Unione Europea con noi comparabili, rileviamo dai dati Ocse che l'Italia si colloca costantemente, fin dal 1990, al di sotto della spesa di paesi quali Francia, Germania, Austria, Belgio, Danimarca, Olanda, Svezia, Regno Unito, e che la forbice fra molti di questi paesi e l'Italia si è allargata negli ultimi anni.

E stiamo parlando di un settore di attività a rapido tasso di innovazione e ad alto contenuto tecnologico.

Il nostro giudizio, sul Servizio Sanitario Italiano, in generale positivo, deriva dunque dall'osservazione che in sanità complessivamente manteniamo nel nostro Paese un buon livello di consenso dei cittadini con una spesa pubblica bassa. Ma accanto a queste luci vi sono anche ombre che non si debbono tacere.

E queste, sempre in estrema sintesi, sono rappresentate dall'esistenza di non piccole aree di inefficienza, che distorcono la corretta finalizzazione della spesa sanitaria pubblica utilizzando per lo più per attivare strutture e assunzioni di personale non necessarie e che non riescono ad operare sul mercato con l'acquisto di beni ai prezzi migliori o comunque ragionevoli, e da forti disequilibri nella capacità di erogare prestazioni in quantità e qualità adeguata alla domanda.

Criticità diffuse ma indubbiamente distribuite in modo disomogeneo nei diversi sistemi regionali, dovute a cause complesse e molteplici ed esasperate dai tagli sulle risorse finanziarie che abbiamo ricordato.

UNA CURA SBAGLIATA

L'esistenza di criticità non marginali, e il crescere di un deficit cronico nella spesa sanitaria delle Regioni, si sono posti negli ultimi anni con forza all'attenzione del Governo e dell'opinione pubblica, aprendo la stagione dei piani di rientro e del commissariamento.

Si è avviato così in molte Regioni un percorso travagliato e non di rado contraddittorio, caratterizzato da una forte attenzione alle dinamiche di cassa e da qualche tentativo di riorganizzazione, magari volenteroso ma per lo più privo di un approccio strutturale organico.

Questo percorso ha fra l'altro evidenziato, ancora una volta, come nella governance dei sistemi sanitari regionali italiani vi sia spesso ancora bisogno di alta qualificazione professionale e approfondite competenze in materia di organizzazione sanitaria.

Spesso infatti le difficoltà nei percorsi di risanamento non derivano dalla mancata capacità di scegliere fra le poche opinioni di fondo che il sistema offre, ma dalla insufficiente presenza di una diffusa cultura dell'amministrazione sanitaria, incarnata in dirigenti e funzionari preparati e motivati.

Ma le difficoltà e i limiti evidenziati dall'esperimento dei piani di rientro si sono drammati-



camente acuiti con la svolta rappresentata dagli interventi legislativi degli anni 2011 e 2012, di cui abbiamo ricordato la rilevante portata, che si sono sostanzialmente caratterizzati come mera operazione di sottrazione di cassa. E il taglio del finanziamento, in assenza di interventi strutturali per altro inattuabili in tempi così ridotti, ha stressato gravemente il sistema, che a distanza di due anni mostra evidenti in molte Regioni le prime significative difficoltà ad assicurare i livelli essenziali di assistenza, come dimostrano le liste d'attesa crescenti e diffuse, ovviamente ancora una volta differenziate in relazione ai livelli di efficienza e qualità dei diversi sistemi regionali.

L'86,9% dei care-giver intervistati per il Rapporto 2013 dichiara la presenza di liste di attesa troppo lunghe, con un'accentuazione del fenomeno nel Mezzogiorno, dove peraltro si concentrano le Regioni soggette a Piano di Rientro.

Purtroppo, l'idea che le inefficienze sanitarie delle Regioni si possono affrontare riducendo il flusso di denaro resta radicata, al punto che il Documento di Economia e Finanza 2013, tabella II.2-2 ipotizza una discesa della spesa sanitaria pubblica dal 7,1% del Pil nel 2012 al 6,7% del Pil nel 2017, con un valore assoluto di spesa nel 2017 di 119,7 miliardi a fronte dei 112,9 del 2011. A queste condizioni, il livello tecnologico e qualitativo della sanità italiana non avrebbe nessuna possibilità di confrontarsi con i paesi dell'Europa dei 15.

È per queste ragioni che il nostro appello a fermare il disinvestimento nel Servizio Sanitario Nazionale resta attuale e impellente, unito alla forte sollecitazione a riprendere il percorso

delle riforme strutturali da troppo tempo abbandonato, per correggere le distorsioni e avviare un percorso virtuoso senza penalizzare ulteriormente i cittadini e la filiera produttiva della sanità italiana.

E ciò anche alla luce della semplice ma fondamentale considerazione che un'alternativa realistica oggi non esiste. Nel mondo, infatti, l'unica variante sperimentata rispetto all'assicuratore universale rappresentato dal SSN è quella di articolare la copertura sanitaria in più assicuratori. Oggi il costo per la copertura per ogni cittadino italiano è di circa 1.850 Euro.

L'uscita dall'assicuratore unico comporterebbe la restituzione di tale somma ai cittadini che non ne fruiscono più. È possibile perdere qualche milione di assicurati e mantenere in vita il SSN? Nell'attuale situazione no!

Inoltre la migliore assicurazione individuale possibile non costerà mai meno di 2.200/2.500 Euro all'anno per persona.

C'è questa disponibilità di risorse nelle famiglie italiane? Nell'attuale situazione no!

E infine se venisse meno la copertura universale del SSN non ci sarebbe contratto collettivo di lavoro che non lo pretenderebbe dal datore di lavoro. C'è questa possibilità per le imprese italiane? Nell'attuale situazione no!

Dunque la strada è obbligata: dobbiamo salvare il Servizio Sanitario Nazionale fermando il disinvestimento nella spesa sanitaria pubblica e affrontando una volta per tutte le vecchie e nuove criticità.

E dobbiamo avere la capacità di comprendere e il coraggio di affermare che i guadagni di efficienza, pur necessari, non deriveranno mai dalle manovre di cassa.

E che la salvaguardia dei sistemi sanitari regionali italiani non potrà derivare da antistoriche manovre protezionistiche, rappresentate dall'imposizione di "gabbie sanitarie" nelle quali rinchiodare i malati che cercano in un'altra Regione le cure che non trovano o non gradiscono nella propria.

Solo la ripresa di un coerente percorso riformatore, che è possibile e attuabile anche in tempi brevi, può portare sulla strada dell'efficienza e della qualità, e solo rendendo i sistemi sanitari regionali migliori si potranno affrontare le derive gestionali che hanno generato i deficit cronici e i limiti di qualità nell'offerta di prestazioni che allontanano gli utenti e che generano conflitti e contenziosi.

Ma prima di tutto occorre tappare la falla e fermare il disinvestimento nel Servizio Sanitario Nazionale.

LA LUCE IN FONDO AL TUNNEL

È con queste premesse, e con queste condizioni, che la notizia di un ulteriore pesante taglio alla spesa sanitaria inserito nella bozza della legge di stabilità 2014 diffusosi il 14 ottobre ha generato una vastissima preoccupazione.

Secondo le prime notizie infatti, ai tagli già previsti da tutte le precedenti leggi, si sarebbe aggiunta una ulteriore riduzione del Fondo Sanitario Nazionale del valore di 2,650 miliardi nel triennio 2014-2016, di cui 550 milioni nel 2014, 1.040 milioni nel 2015 e 1.100 milioni nel 2016. A queste cifre si aggiungevano 220 milioni all'anno di riduzione della spesa farmaceutica, e 280 milioni all'anno di riduzione del-

le prestazioni erogate dalle aziende ospedaliere e dai poliambulatori di diritto privato. In tutto 4,150 miliardi nel triennio sommati ai 14,250 già tagliati.

Non è questa la sede per ricostruire la cronistoria della sollevazione degli amministratori regionali, dei professionisti, dei sindacati e delle associazioni di categoria di fronte ad un intervento così distruttivo.

Basta ricordare che fu diffusa, unanime e intensa. Aiop si è immediatamente schierata a difesa di un livello di assistenza già fortemente incrinato negli ultimi anni, e il grave rischio di collasso per la componente di erogatori rappresentata dalla nostra Associazione è stata immediatamente segnalata al Ministro della Salute.

La presentazione della prima bozza della Legge di Stabilità 2014 ha, insomma, rappresentato con la maggior evidenza il perdurare in alcuni settori governativi di una visione liquidatoria del SSN, e ha però mostrato con altrettanta evidenza quante forze e quante energie sono disponibili per la difesa di questo grande patrimonio comune.

In questo autentico conflitto, che spesso in modo poco esplicito attraversa ormai da anni la nostra storia, il più recente capitolo consen-



dopo una lunga e dolorosa stagione di tagli, ma possiamo affermare di vedere finalmente la luce oltre il tunnel? Al momento in cui scriviamo la Legge di Stabilità non è ancora definitivamente approvata, e solo la conclusione dell'iter parlamentare può darci certezze.

Resta inoltre aperto il capitolo fondamentale del nuovo patto per la Salute, prezioso strumento di indirizzo per le politiche sanitarie di Governo e Regioni ma anche potenziale veicolo di norme e regole, il cui effetto può essere

RIFORMIAMO IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Senza un vero processo di profonda riforma strutturale, infatti, non sarà mai possibile conseguire obiettivi di riqualificazione ed efficientamento, e qualunque manovra di cassa avrà come esiti ineluttabili da un lato la riduzione di fatto dei livelli di assistenza, dall'altro l'ulteriore degrado del sistema, innescando spirali perverse di impoverimento e dequalificazione. È invece indispensabile riaccordare i fili di un percorso di riforma da troppo tempo abbandonato, consapevoli per altro che i risultati non saranno immediati e che il tempo perduto potrà solo in parte essere recuperato. E tuttavia la prospettiva, a volerla vedere, è ben chiara davanti a noi.

Il percorso di riforma che immaginiamo è composto da due fasi.

La prima, di immediata praticabilità, consiste nell'inserire finalmente una forte dose di trasparenza e semplificazione nella gestione dei sistemi sanitari regionali a partire dall'obbligo di compilazione di bilanci comprensibili per tutte le aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche, e alla loro immediata pubblicazione tramite internet.

A seguire, si deve assicurare analogha pubblicità immediata di tutti gli interventi di vigilanza e controllo sull'attività degli erogatori pubblici e privati, che consenta all'opinione pubblica almeno di comprendere se e in quale misura e con quale imparzialità viene esercitata questa fondamentale funzione.

E immediata pubblicità va data ai valori di acquisto di tutti i beni da parte delle Asl.

Contemporaneamente, bisogna attivare e rendere operante una seconda fase incentrata su una serie di azioni che riprendano il percorso di aziendalizzazione degli erogatori pubblici, a partire da un ritorno al pagamento a prestazione di tutte le attività specialistiche



te dunque di esprimere una nota di ottimismo, sostenuto dall'indubbio successo della vigorosa reazione del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che si è su questo terreno fortemente impegnata, e che ha riportato una indubbia preziosa vittoria.

Il Disegno di Legge approvato in Consiglio dei Ministri il 15 ottobre infatti non contiene più tagli alla sanità mentre sembra restituito anche il taglio di 2 miliardi previsti dalla Legge 111/2011 per l'anno 2014.

Si tratta sicuramente di un grande successo

positivo o negativo.

E resta aperto il grande problema di una tariffazione equa e coerente, che sembra così difficile da ottenere.

Eppure oggi possiamo dire che il disinvestimento in sanità si è fermato, e da questo indubbio risultato, per il quale Aiop si è schierata in prima fila, possiamo riprendere a pensare al futuro. Perché ora più che mai il consolidamento del sistema di welfare sanitario italiano richiede la ripresa di un vero e profondo processo di riforma.

e ospedaliere, con tariffe eque e uguali per tutti, mettendo fine al pagamento a piè di lista di debiti e deficit, fonte di infinite storture e di sistematiche perdite di qualità e efficienza.

Solo così, come d'altra parte ci insegna l'esperienza di tutti i principali paesi del mondo, si potrà costringere tutti gli amministratori, pubblici e privati, a confrontarsi con il giudizio dei cittadini (che decidendo di non fidarsi di una struttura ne determinano anche il declino economico) e che le regole di mercato (perché chi è pagato a prestazione non può comprare una siringa pagandola dieci volte di più di un altro operatore che riceve la stessa tariffa).

Assicurato un finanziamento equo e misurabile in relazione alle qualità e sulla quantità delle prestazioni erogate sarà finalmente possibile dare un vero contenuto al principio di responsabilità degli amministratori, e contemporaneamente ridurre i vincoli burocratici e formalistici che oggi limitano l'autonomia manageriale di molti dirigenti di aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche frustrandone le capacità e le possibilità di azione.

Certo, è indispensabile attuare anche un sistema di punizioni per chi continua a gestire in modo insoddisfacente e non è capace di rag-

giungere l'equilibrio economico.

Per le aziende di diritto privato c'è da sempre il concordato e il fallimento. Per quelle di diritto pubblico va pensato un vero commissariamento, unito a provvedimenti più incisivi in caso di reiterato deficit, quale l'affidamento a gestori professionali dell'azienda.

Probabilmente un percorso di riforma e risanamento di questo tipo porterà all'evidenza di anomalie nei livelli occupazionali, per le quali dovrà essere previsto un ammortizzatore sociale e una gradualità di soluzione socialmente sopportabile.

E infine nel sistema di controllo qualitativo ed economico dovrà essere attivata una competenza più forte, professionale e autenticamente indipendente, e anche per questo i modelli e le esperienze internazionali non mancano. Resta sullo sfondo, ma comunque meritoria di costante riflessione, l'esperienza di riforma attuata con successo in Germania, dove i *länder* hanno affidato proprietà e gestione di aziende ospedaliere in deficit cronico a imprenditori sanitari di comprovata esperienza, riuscendo in tal modo ad assicurare la continuità del servizio pubblico a costi contenibili e con piena soddisfazione degli utenti.

In Italia la quota di prestazioni ospedaliere

erogate nell'ambito del Servizio pubblico ad operatori di diritto privato è oggi al 25%, con un costo pari al 15% della spesa totale.

SPENDING REVIEW N. 2. RITORNO AL PASSATO?

Ciò che noi cerchiamo di delineare, con questi pochi tratti, è una traccia di processo di riforma il cui obiettivo è quello di salvare il Servizio Sanitario Nazionale universale e solidaristico. Ma la domanda pressante che ci viene rivolta dalle Istituzioni oggi, è un'altra, ed è sempre la stessa da qualche anno.

Si può risparmiare sulla spesa sanitaria pubblica? La risposta è no e si.

NO. Perché come abbiamo detto infinite volte siamo già oggi al limite inferiore della spesa nel confronto con tutti i Paesi europei con noi comparabili, e neanche quelli con più difficoltà e con sistemi di welfare sanitario di qualità inferiore al nostro scendono al di sotto del 7% del Pil.

Un confine che, a nostro giudizio, non può essere valicato se si vuole rimanere nel gruppo dei Paesi con una sanità di "fascia A" cioè dotata di tutto ciò che il progresso della medicina oggi mette a disposizione.

E il declassamento a "fascia B", oltre ai danni alla salute dei cittadini, comporta la perdita di un know-how tecnologico e scientifico di importanza fondamentale per un Paese sviluppato, e di assoluta rilevanza economica.

In altre parole, il rischio è la via del sottosviluppo!!

SI. Perché la spesa sanitaria pubblica oggi è gravata da inefficienza, per cui una parte del Fondo Sanitario Nazionale è speso per cose (magari anche in sé non riprovevoli) che non hanno a che fare con la sanità, anche se spesso hanno una finalità di sostegno economico e sociale alle Comunità locali.

Ciò che è dunque urgente e necessario è riqualificare la spesa, risparmiando sulle inefficienze per colmare le crepe e le tante lacune che, già oggi, sono visibili in molte Regioni, e sono anche causa dell'investimento cronicamente insufficiente sulla struttura dei Sistemi Sanitari delle Regioni italiane.

Con questa chiara consapevolezza seguiremo, nei mesi a venire, le analisi e le proposte della spending review n. 2, nell'auspicio che non ripeta gli errori della precedente, e che il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin riesca a portare a compimento l'indicazione programmatica lanciata in questi ultimi giorni a difesa del Servizio Sanitario Nazionale, con l'impegno di attivare una spending review interna al sistema, per liberare risorse che nel sistema debbono essere reinvestite.

Su questo troverà Aiop schierata in prima fila.



ANSA.IT

Salute & Benessere

NEWS

SPECIALI ED EVENTI

VIDEO

PROFESSIONAL

SALUTE BAMBINI

Sanità | Medicina | Associazioni | Alimentazione | Estetica | Stili di vita | Terme e Spa |

ANSA > Salute e Benessere > Sanità > Ospedali italiani spendono 61,6 miliardi

Ospedali italiani spendono 61,6 miliardi

I dati del apporto Aiop, pari al 7% del pil

18 dicembre, 12:50

[Indice](#) | [Stampa](#) | [Invi](#) | [Scriviamo](#) | [Reazione](#) | [Seguici](#)


I posti letto sono 211 mila

La spesa ospedaliera pubblica italiana, pari a 61,6 miliardi di euro, è la più bassa (7% del pil) rispetto alla media dei Paesi Ocse (7,8%) e dei Paesi del G7 (8%). E' quanto emerge dall'11mo Rapporto dell'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop) Ospedali & Salute, presentato a Roma.

Dall'indagine emergono tutti i numeri della sanità. I posti letto sono 211 mila, di cui il 70% è costituito da ospedali pubblici e il 30% da ospedali privati accreditati. Sono invece 1.125 complessivamente le strutture ospedaliere italiane, che producono 87,9 milioni di giornate di degenza, dove lavorano 850 mila addetti e si curano 14 milioni di pazienti. Un sistema che ha però riscritto di una lunga stagione di tagli lineari e che necessita di un processo di efficientamento e riqualificazione.

Secondo l'Aiop due le strade da seguire in questo percorso: "La prima è il riconoscimento di un finanziamento equo per tutti gli operatori, sia pubblici che privati", nel momento in cui questi ultimi, che rappresentano il 27,3% dell'attività complessiva, costano solo il 14,4% della spesa totale. La seconda strada, per l'Ospedalità Privata, una categoria che rappresenta 51.800 posti letto di cui l'88% attualmente accreditati con il Servizio sanitario nazionale, "è quella della trasparenza e della semplificazione nella gestione dei sistemi sanitari regionali, a partire dall'obbligo di bilanci trasparenti e confrontabili per tutti gli ospedali pubblici".

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

[Indice](#) | [Stampa](#)

0001/001



[Daily_Life](#) > [Benessere](#) > **Sanità: Aiop, 5 mln famiglie rinunciano a cure, a rischio universalità Ssn**

Sanità: Aiop, 5 mln famiglie rinunciano a cure, a rischio universalità Ssn



ultimo aggiornamento: 10 dicembre, ore 13:02

4,7 milioni di famiglie hanno rimandato o rinunciato a visite specialistiche e 2,9 milioni di famiglie hanno rimandato o rinunciato a esami di laboratorio

[condividi](#)

[scriviamo](#) [vota](#) [invia](#) [stampa](#)

[Mi piace](#) [Tweet](#)

Roma, 10 dic. (Adnkronos Salute) - Universalità del Servizio sanitario nazionale a rischio: nell'ultimo anno 5,5 milioni di famiglie hanno rinunciato o rimandato le cure dentarie, 4,7 milioni di famiglie hanno rimandato o rinunciato a visite specialistiche e 2,9 milioni di famiglie hanno rimandato o rinunciato a esami di laboratorio. E' quanto emerge dall'11esimo Rapporto Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) "Ospedali & Salute", presentato oggi a Roma.

Secondo l'Associazione, "l'intervento economico prolungato sulla spesa pubblica ha portato e sta portando a una stretta progressiva sul fronte dei pazienti che assume aspetti molteplici: la lievitazione dei ticket sanitari (22% dal 2009 al 2012) per la diagnostica e le visite specialistiche, l'aumento dei ticket dei farmaci (63% dal 2009 al 2012), l'incremento del ricorso al pagamento delle prestazioni intramoenia (51% dal 2011 al 2012), la lievitazione delle addizionali Irpef regionali (dal 2009 al 2012 ha toccato punte del 77%).

Il Rapporto si sofferma sulle dinamiche che interessano il paziente e la sua famiglia, tenendo conto di dati approfonditi anche da un'indagine ad hoc su 2.000 caregiver, le persone che nell'ambito familiare si prendono cura dei congiunti soprattutto non autosufficienti. "Dall'indagine svolta su caregiver - spiega l'Aiop - si è marcatamente notato che accanto all'appesantimento oggettivo della spesa sanitaria sostenuta dai pazienti e dalle loro famiglie, esiste anche una percezione soggettiva del sovraccarico dell'assistenza, derivante dalle cure prestate alla famiglia ristretta, rappresentata dalle persone conviventi (coniuge, figli, ecc.) e contemporaneamente alla famiglia allargata rappresentata da persone non conviventi (come genitori, suoceri, fratelli, ecc.).

Per l'Aiop, "il lento processo di erosione del nostro sistema sanitario" è evidente. Un sistema che rappresenta un patrimonio non solo in termini strutturali, ma anche in termini di servizi e professionalità che operano nel complesso ospedaliero, a cui si aggiunge l'insieme di dotazioni e attività nel campo scientifico e tecnologico". L'Associazione cita quindi alcuni dati che scartano una fotografia del sistema. "E' bene ricordare che esso è infatti costituito contemporaneamente da: 211.000 posti letto (70% ospedali pubblici, 30% ospedali privati accreditati), 1.125 strutture ospedaliere che producono 67,9 milioni di giornate di degenza, 650.000 addetti e da 14 milioni di pazienti che ogni anno entrano in una struttura ospedaliera, insieme ai parenti e agli accompagnatori".

E ancora: "Con una spesa ospedaliera pubblica pari a 61,5 miliardi di euro, in un quadro generale di spesa sanitaria che risulta la più bassa (7% del Pil), rispetto alla media dei Paesi Ocse (7,8% del Pil) e dei Paesi G7 (8% del Pil), diventa sempre più difficile sostenere il sistema, e purtroppo l'idea che le inefficienze sanitarie delle Regioni si possano affrontare riducendo il flusso di denaro resta radicata, al punto che il Documento di economia e finanza (Def) 2013 ipotizza una discesa della spesa sanitaria pubblica dal 7,1% del Pil del 2012 al 6,7% del Pil nel 2017. A queste condizioni, il livello tecnologico e qualitativo della sanità italiana non avrebbe alcuna possibilità di confrontarsi con quello dei Paesi dell'Europa del 15".

pubblica la notizia su [Mi piace](#) [Tweet](#)



Ricerca e Sviluppo

Sanita': Aiop, cure sempre piu' care, a rischio universalita' Ssn

11:35 10 DIC 2013

(AGI) - Roma, 10 dic. - Levitazione dei ticket sanitari (22% dal 2009 al 2012) per diagnostica e visite specialistiche, aumento dei ticket dei farmaci (63% dal 2009 al 2012), incremento del ricorso al pagamento delle prestazioni intramoenia (51% dal 2011 al 2012), levitazione delle addizionali Ipef regionali (dal 2009 al 2012 ha toccato punte del 77%). E accanto a tutto questo una spesa ospedaliera pubblica pari a 61,6 miliardi, in un quadro generale di spesa sanitaria che risulta la piu' bassa (7% del Pil), rispetto alla media Ocse (7,8% del Pil) e dei Paesi G7 (8%). In un quadro del genere, diventa sempre piu' difficile sostenere il sistema sanitario italiano. A lanciare l'allarme, attraverso i dati del 2012, e' l'Associazione italiana ospedali privata (Aiop), che ha presentato l'11esimo rapporto Ospedali&Salute.

In particolare quest'anno l'indagine si e' soffermata sulle ripercussioni che questa situazione ha sulla vita e le scelte dei pazienti, attraverso un sondaggio condotto su un campione di 2.000 caregiver. Ne e' emerso un appesantimento oggettivo della spesa sanitaria sostenuta dai pazienti e dalle loro famiglie, al quale si affianca una percezione soggettiva del sovraccarico dell'assistenza dalla quale derivano le scelte in termini di prioritari' delle cure. Si scopre cosi' che nel 2012 5,5 milioni di famiglie hanno rinunciato o rimandato le cure dentarie, 4,7 milioni le visite specialistiche e 2,9 milioni di famiglie gli esami di laboratorio. Secondo l'Aiop sono due le strade principali da seguire per riformare il sistema. La prima e' il riconoscimento di un finanziamento equo per tutti gli operatori, pubblici e privati, dove questi ultimi, che rappresentano il 27,2% dell'attivita' complessiva, costano pero' solo il 14,4% della spesa totale, sono soggetti a una sottocostituzione del 20% circa rispetto agli ospedali pubblici, che beneficiano tra l'altro del contributo da parte delle Regioni per ripianare i disavanzi di bilancio, colmando quindi le sacche di inefficienza. Secondo una simulazione effettuata da Aiop, una riduzione del 33% delle inefficienze all'interno della spesa degli ospedali pubblici si riuscirebbe a riassorbire il recupero della sottocostituzione applicata agli ospedali privati accreditati, generando addirittura un risparmio. In termini pratici, se dalla spesa per gli ospedali pubblici si potessero eliminare 4 miliardi di inefficienze, si scenderebbe da 52,7 miliardi a 48,1 miliardi, mentre se quella per i privati accreditati aumentasse da 8,9 miliardi a 10,8 miliardi si arriverebbe a una spesa complessiva di 58,7 miliardi invece degli attuali 61,6, con un risparmio del 4,6% rispetto a oggi. La seconda strada, immediatamente percorribile, consiste nell'inserire trasparenza e semplificazione nella gestione dei sistemi sanitari regionali, a partire dalla compilazione obbligatoria di bilanci trasparenti e confrontabili per tutti gli ospedali pubblici.

"Assicurato un finanziamento equo e misurabile - afferma il presidente Aiop, Gabriele Polissero - in relazione alla qualita' e alla quantita' delle prestazioni erogate, sara' finalmente possibile dare un vero contenuto al principio di responsabilita' degli amministratori e contemporaneamente ridurre i vincoli burocratici che limitano l'autonomia manageriale. Nei mesi a venire, seguiremo le proposte della seconda spending review con l'auspicio che, in accordo con il ministro Lorenzin - conclude - si possa attivare un risparmio tutto intorno al sistema per liberare risorse che in esso devono essere reinvestite".



RSS

Twitter

CORRIERE DELLA SERA

Il rapporto

Un miliardo e 700 milioni per saltare le liste d'attesa

«Cinque milioni di famiglie italiane nel 2013 hanno rinunciato a curarsi: il Sistema Sanitario Nazionale rischia di perdere la sua universalità». Così l'Associazione Italiana Ospedalità Privata (A.I.O.P.), nel suo «Rapporto Ospedali & Salute», lancia l'allarme. Bastano alcuni dati per inquadrare la «stretta progressiva» per i pazienti. La lievitazione dei ticket sanitari per la diagnosi e le visite specialistiche (22% dal 2009 al 2012), l'aumento dei ticket dei farmaci (63% dal 2009 al 2012), l'incremento del ricorso al pagamento delle prestazioni intramoenia (51% dal 2011 al 2012), un miliardo e 700 milioni spesi per saltare le liste d'attesa. Questo mentre la spesa ospedaliera pubblica, pari a 61,6 miliardi di euro, risulta la più bassa (7% del Pil), rispetto alla media dei paesi OCSE (7,8%). La risposta alla crisi per Aiop passa per due misure, presentate dal presidente Gabriele Pelissero: il «riconoscimento di un finanziamento equo per tutti gli operatori, pubblici e privati» e un'iniezione di «trasparenza e semplificazione nella gestione dei sistemi sanitari regionali».

di FEDERICA RIZZOLI

RAPPORTO AIOP

«Con noi niente sprechi»

La ricetta contro crisi e tagli nella sinergia pubblico-privato

Recuperare una "visione patrimoniale allargata" del sistema ospedaliero italiano e riconoscere a tutti gli operatori un finanziamento equo, per eliminare 4 miliardi di inefficienze. E recuperare i pazienti che si privano delle cure. La proposta nel Rapporto Aiop 2013.

A PAG 2-4



Il Sole **24 ORE**

24 ORE
Sanità



La denuncia dei medici

“Le famiglie rinunciano a dentisti, analisi e farmaci”

PAOLO RUSSO
ROMA

Oltre 5 milioni di famiglie che rinunciano a visite e analisi o a sedersi in poltrona dal dentista per colpa della crisi e dei tagli, mentre chi non è in fuga dalla sanità pubblica paga sempre più ticket e visite private.

È un welfare sanitario sempre più scricchiolante quello descritto dall'11° rapporto dell'Aiop, l'associazione dell'ospitalità privata. «Tra manovre e spending review», spiega il Presidente dell'associazione, Gabriele Pelissoro, nell'arco di un triennio si sono tagliati 4,5 miliardi e la spesa per i nostri ospedali è ormai la più bassa dei Paesi Ocse. Ma i tagli alla sanità sono andati di pari passo agli aumenti dei ticket e della spe-

sa per visite private in ospedale, che complessivamente hanno costretto gli italiani a sborsare oltre 4,5 miliardi. Un salasso che nel triennio 2009-2011 ha riguardato soprattutto i farmaci dove la spesa a carico degli assistiti è salita del 63,3%, assestandosi a quota 1,4 miliardi. Nel medesimo periodo i ticket per visite e analisi sono invece lievitati del 21%, sfiorando il miliardo e mezzo di euro.

Il vero boom però si è registrato per il pagamento delle visite private in ospedale, quelle cosiddette in «intramoenias», che in un solo anno, tra il 2011 e il 2012, ha visto la spesa crescere del 51 e passa per cento, per un altro miliardo e 700 abbondanti. Un esborso al quale il più delle volte gli assistiti sono stati costretti per aggirare le liste d'at-

tesa. Ma non finisce qui, perché nonostante i super ticket per turare le falle dei bilanci sanitari molte regioni hanno premuto l'acceleratore anche sulle addizionali Irpef, salite del 77% nel quadriennio scorso. E chi non ce la fa a pagare? Non si cura o rinvia. Il 22,6% delle famiglie (5,5 milioni) ha fatto a meno del dentista, il 19,5% della visita dallo specialista, mentre l'11,7% ha rinunciato a fare le analisi prescritte. Eppure per l'Aiop si potrebbe risparmiare fino al 9% dei 51 miliardi di spesa ospedaliera pubblica riducendo tra il 50 e il 80% degli sprechi da loro stessi certificati, reinvestendo poi il risparmio per adeguare le tariffe ospedaliere sottostimate.

Bassi rimborsi e tagli non sembrano però scoraggiare la sanità che funziona, fotografata dal Libro bianco della buona-

sanità presentato ieri dalla Fiaso, la Federazione di asl e ospedali. Una raccolta di buone pratiche da diffondere tra le aziende sanitarie che mostrano, tra le altre cose, una maggiore diffusione dell'assistenza socio-sanitaria a domicilio degli anziani non autosufficienti, che ora può contare su un'arma in più: quella delle badanti debitamente formate dalle asl per garantire in casa quel minimo di assistenza sanitaria indispensabile quando il medico e l'infermiere si chiudono la porta alle spalle.

Sempre più diffuse anche le buone pratiche di presa in carico dei malati cronici e quelle per garantire continuità assistenziale dopo le dimissioni ospedaliere. E la buonasantità promette di fare proseliti grazie alla task force della Fiaso, che garantirà ora l'esportazione delle esperienze anche nella altre Asl.

22,6
per cento
Le famiglie italiane costrette a rinunciare alle cure dentistiche

63,3
per cento
L'aumento a carico dei malati per l'acquisto di farmaci



tra le spese «rimandate» quelle per le cure dentistiche

Scricchiola il welfare sanitario: ticket sempre più alti e liste d'attesa lunghissime



il Giornale

Quotidiano



Date 11-12-2013

Pagina 19

Foglio 1 / 2

SANITÀ MALATA Rapporto dell'Associazione ospedalità privata

Gli italiani non si curano più E gli ospedali gettano 4 miliardi

Con tagli alla spesa e tasse cresciute del 22% il carico per il cittadino, così 5,5 milioni rinunciano pure alla salute. Per ridurre i costi basterebbe dimezzare le inefficienze

Francesca Angeli

Roma. Un dente fa male? Si prende un antidolorifico e si tira avanti. E l'apparecchio per il secondo figlio? Pazienza, si terrà i denti storti. E le analisi del sangue? Magari l'anno prossimo, tanto il colesterolo non scappa. Sono addirittura 5 milioni e mezzo le famiglie italiane che nell'ultimo anno hanno rinunciato o del tutto o rinunciato ad una serie di prestazioni sanitarie per motivi economici. La crisi morde e le famiglie sono costrette a tirare la cinghia anche mettendo a rischio la propria salute. Eppure nella nostra sanità pubblica sono ancora tanti gli sprechi e le inefficienze. Se si riuscisse ad eliminarne almeno la metà si potrebbero risparmiare subito 4 miliardi di euro. Insomma sembra proprio che anche il governo Monti (in carica nel 2012) non sia riuscito a colpire il cuore del problema della sanità pubblica: i soldi spesi male per negligenza o per

disonestà. L'Aiop, Associazione Ospedalità privata, pure quest'anno ha stilato il Rapporto Ospedali & salute in un'indagine che ha messo al centro dell'osservazione il paziente con i suoi bisogni. Sono stati intervistati oltre 2.000 caregiver, ovvero la persona che nella famiglia è responsabile per la salute dei congiunti, spesso non autosufficienti.

La necessità di tagliare la spesa ha avuto come inevitabile conseguenza l'incremento dei costi a carico del cittadino, più 22 per cento nel 2012. L'aumento dei ticket sanitari è costato ai pazienti 1.465,4 milioni di euro. Aumenta anche la spesa per i farmaci a carico del cittadino che complessivamente ha tirato fuori 1.406 milioni di euro. Non solo. Va tenuto conto anche dell'aumento dell'Irpef regionale che in alcuni casi è salita addirittura del 177 per cento con ricadute pesanti per chi vive nelle Regioni in «rosso», sottoposte ai piani di rientro. Ecco

quindi il drammatico risultato: la rinuncia alle cure dentarie per 5,5 milioni di famiglie; alle visite specialistiche per 4,7 milioni; alle analisi di laboratorio per 2,9 milioni. Non solo. Gli intervistati segnalano la necessità di ricorrere più spesso alle prestazioni in regime di intramoenia, ovvero a pagamento.

L'indagine, commissionata dall'ospedalità privata accreditata, sottolinea che ci sarebbe anche un altro modo per risparmiare. L'ospedalità privata convenzionata, dicono, è più efficiente perché più controllata. Tra i problemi principali delle strutture pubbliche infatti c'è quello della modalità di rendicontazione spesso non trasparente. Se si aumentasse la spesa per il privato convenzionato di due miliardi di euro si potrebbe avere un risparmio del 4,6 per cento rispetto alla spesa attuale delle strutture pubbliche.

Questo non significa che sia un bene continuare con la politica dei tagli. Occorre invece

puntare a spendere meglio i soldi che ci sono, eliminando tutti gli sprechi. Adirlo è il presidente dell'Aiop, Gabriele Pellissero. «Nell'arco di un triennio sono stati tagliati 4,5 miliardi di euro all'anno su una spesa sanitaria pubblica di 112,9 miliardi», dice Pellissero. «Bisogna puntare sull'eliminazione delle inefficienze per colmare alcune crepe». Non è detto ad esempio che sia utile chiudere tutti i «piccoli ospedali». «Le piccole strutture non sono tutte uguali», prosegue Pellissero. «Bisogna distinguere tra quelli che rappresentano un peso per la comunità e quelli che invece sono frequentati e apprezzati dai cittadini e quindi rappresentano una risorsa e non uno spreco».

Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, sottolinea la necessità di aumentare la prevenzione: «Non prevenire in modo adeguato», osserva il ministro, «significa poi avere un costo più pesante per il servizio sanitario nazionale quando si deve affrontare la malattia».

NELL'ORDINE

Si rinuncia al dentista, alle visite e persino alle analisi del sangue

PAROLA DI ESPERTO

Decollati ticket sanitari e farmaci. «Sbagliato chiudere i centri piccoli»



A causa della crisi più di 5 milioni di famiglie hanno rinunciato alle cure dentarie

Redazione

La spesa ospedaliera pubblica italiana, pari a 61,6 miliardi di euro, è la più bassa (7% del Pil) rispetto alla media dei Paesi Ocse (7,8%) e dei Paesi del G7 (8%). È quanto emerge dall'11° Rapporto dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata (Aiop) "Ospedali & Salute", presentato a Roma. Dall'indagine emergono tutti i numeri della sanità. I posti letto sono 211 mila, di cui il 70% è costituito da ospedali pubblici e il 30% da ospedali privati accreditati. Sono invece 1.125 complessivamente le strutture ospedaliere italiane, che producono 67,9 milioni di giornate di degenza, dove lavorano 650 mila addetti e si curano 14 milioni di pazienti. Un sistema che ha però risentito di una lunga stagione di tagli lineari e che necessita di un processo di efficientamento e riqualificazione. Secondo l'Aiop due le strade da seguire in questo percorso: «La prima è il riconoscimento di un finanziamento equo per tutti gli operatori, sia pubblici che privati», nel momento in cui questi ultimi, che rappresentano il 27,3% dell'attività complessiva, costano solo il 14,4% della spesa totale. La seconda strada, per l'ospedalità privata, una categoria che rap-



presenta 51.800 posti letto di cui l'88% attualmente accreditati con il Servizio sanitario nazionale. «È quella della trasparenza e della semplificazione nella gestione dei Sistemi sanitari regionali, a partire dall'obbligo di bilanci trasparenti e confrontabili per tutti gli ospedali pubblici».

Sempre dal Rapporto dell'Aiop emerge che nell'ultimo anno 5,5 milioni di famiglie hanno rinunciato o rinviato le cure dentarie, 4,7 milioni quelle specialistiche e 2,9 milioni di famiglie hanno rimandato o rinunciato a esami di laboratorio. Il Rapporto dipinge un quadro fatto di pazienti sempre più in difficoltà

economiche e con limitazioni di accesso a diverse prestazioni. L'intervento economico sulla spesa pubblica, secondo l'indagine condotta su duemila "care giver", ovvero gli individui che nell'ambito familiare si prendono cura dei congiunti, i ticket sanitari per la diagnostica e le visite specialistiche sono aumentati del 22% dal 2009 al 2012. Altissimo l'aumento del ticket sui farmaci, pari al 63%, così come il ricorso al pagamento delle prestazioni in franchigia incrementato del 51% dal 2011 al 2012. Infine la lievitazione delle addizionali Irpef regionali che ha toccato punte del 77%.






Data 11-12-2013

Pagina 11

Foglio 1

L'allarme

Oltre cinque milioni gli italiani che hanno rinunciato al dentista


I numeri


CHI HA RINUNCIATO ALLE VISITE SPECIALISTICHE



CHI NON RIESCE PIÙ A PAGARE GLI ESAMI DI LABORATORIO



L'AUMENTO DEI TICKET SANITARI 2009-2012

GIOVANNI RUGGIERO

ROMA

Sanità: si taglia o no? L'allarme è vivo. Con la riduzione graduale della spesa pagano già gli italiani: nell'ultimo anno 5,5 milioni di famiglie hanno rinunciato o rimandato le cure dentarie; 4,7 milioni hanno rimandato o rinunciato a visite specialistiche e 2,9 milioni hanno fatto a meno a esami di laboratorio.

L'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop) che ha fornito questi dati è con il fiato sospeso. Un bettuto il 14 ottobre scorso quando circolò la bozza della legge di stabilità: avrebbe tagliato 2 miliardi e 650 milioni nel triennio 2014-2016. Il disegno di legge del giorno dopo, approvato dal Consiglio dei ministri, non conteneva la mannaia sanitaria. Ma che succederà? L'Aiop, presentando il rapporto annuale «Ospedali & Salute» (è l'undicesima edizione), lo chiede al ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Poche illusioni: «Il Servizio sanitario nazionale - dice - intanto ha una certezza di budget di Stato, ma la nostra spesa pubblica è sicuramente minore rispetto ad altri Paesi. Da qui l'auspicio del ministro di trovare circuiti virtuosi, privilegiando, tra l'altro, la ricerca: «Veniamo da un lungo periodo - aggiunge - in cui tutte le istituzioni di questo Paese sono state demolite e tra queste, a torto, anche quelle scientifiche. È fondamentale che le istituzioni della ricerca acquistino la loro credibilità». Questo impegno, lascia intendere, denoterà anche il semestre europeo a guida italiana.

La sanità è alle strette, nota il presidente dell'Aiop, Gabriele Pelissero, e mostra i dati non confortanti dell'ultimo rapporto. Eccone alcuni: lievitazione dei ticket sanitari (22% dal 2009

al 2012) per diagnostiche e visite specialistiche, aumento del ticket dei farmaci (63% negli stessi anni), incremento del ricorso al pagamento delle prestazioni *intra muros* (51% dal 2011 al 2012), impennate delle addizionali Ipef regionale che hanno toccato punte del 77 per cento. Di contro, lo Stato non s'è mostrato di manica larga: la spesa pubblica pari a 61,6 miliardi (il 7% del Pil) è la più bassa rispetto alla media Osee e dei Paesi del G7. «In questa situazione - è l'allarme Aiop - diventa sempre più difficile sostenere il sistema sanitario italiano». È impensabile per l'associazione rinunciare a questo sistema per introdurre quello delle assicurazioni individuali che la famiglia italiana non potrebbe permettersi.

L'Aiop ha fatto bene i conti e sostiene che se lo Stato favorisce l'ospedalizzazione privata risparmierebbe sulla spesa complessiva. Calcolatrice alla mano: «Se dalla spesa degli ospedali pubblici - ragiona l'Aiop - si potessero eliminare 4 miliardi di inefficienze, si scenderebbe da 52,7 a 48,1 miliardi, mentre se quella dei privati accreditati aumentasse da 8,9 a 10,6 miliardi si arriverebbe a una spesa complessiva di 58,7 miliardi invece degli attuali 61,6 con un risparmio di 4,6% rispetto a oggi».

Rimediare come? Pelissero indica due strade: «La prima: inserire una forte dose di trasparenza e semplificazione nei sistemi regionali a partire dall'obbligo di compilazione di bilanci comprensibili per tutte le aziende sanitarie. La seconda: ritorno al pagamento a prestazione di tutte le attività specialistiche e ospedaliere con tariffe eque e uguali per tutte mettendo fine al pagamento a pie' di lista di debiti e deficit».





IL GIORNO Resto del Carlino LA NAZIONE

Quotidiano



Data 11-12-2013

Pagina 7

Foglio 1



5,5

MILIONI DI FAMIGLIE

Hanno rinunciato nell'ultimo anno ad andare dal dentista e 4,7 milioni da specialisti

RAPPORTO BOOM DEI POVERISSIMI AL NORD, È IL CONTO DI 5 ANNI DI CRISI Ma un milione di bimbi è in miseria E la famiglia taglia le cure mediche

di MILANO

OLTRE un milione di bambini in povertà assoluta. È il conto, durissimo, presentato dalla crisi in cinque anni. Dal 2007 al 2012, secondo l'Atlante dell'infanzia a rischio di Save the Children dal titolo «Italia SottoSopra», presentato ieri, i minori in povertà assoluta sono più che raddoppiati. Solo nel 2012 il loro numero è cresciuto del 30% con un vero e proprio boom al Nord (più 166 mila, con una crescita del 43%) e al Centro (più 41%). Il Sud, già fortemente impoverito, ha conosciuto un aumento statisticamente più contenuto (20%) ma ha raggiunto la quota «straordinaria» di mezzo milione di minori nella trappola della povertà.

LA CADUTA in povertà delle famiglie e quindi dei figli, avverte Save The Children, ha pesanti ripercussioni sulla qualità della vita e anche sulla salute. Tanto che il pericolo denti storti riguarda quasi 2 milioni di bambini e ragazzi ita-

liani. Un bambino su tre non può permettersi l'apparecchio in un Paese nel quale il 90-95% dell'assistenza odontoiatrica è garantita da studi privati, mentre le richieste al servizio sanitario sono aumentate del 20% e le liste di attesa

L'ALLARME

Il ministro Lorenzin:

«Non possiamo permetterci la rinuncia alla salute»

si sono allungate all'inverosimile. Ma la crisi ha causato anche una caduta delle nascite (meno 7,4% dal 2008), il taglio dei servizi sociali forniti dagli enti locali e un esercito di 758mila giovani con bassi titoli di studio e fuori dal circuito formativo.

Che la crisi si sia fatta sentire su un peggioramento delle condizioni di salute lo ha denunciato, sempre ieri, l'undicesimo rapporto Aiop, Ospedali & Salute. Nell'ulti-

mo anno, 5,5 milioni di famiglie hanno infatti rinunciato o ritardato le cure dentarie, 4,7 milioni quelle specialistiche e 2,9 milioni hanno rimandato o rinunciato a esami di laboratorio. Colpa anche dei ticket sanitari per la diagnostica e le visite specialistiche aumentati del 22% dal 2009 al 2012 e del più 63% per quelli sui farmaci.

IL TAGLIO delle spese familiari per la salute, confermato anche dal Cnel, preoccupa Beatrice Lorenzin. Per il ministro della Salute, che rivendica di avere evitato l'aumento dal prossimo gennaio dei ticket, «non possiamo permetterci non solo di rinunciare alle cure, ma neanche di rinunciare agli strumenti di prevenzione» perché «non prevenire in modo appropriato significa avere un costo molto, ma molto più pesante sul sistema sanitario, quando poi bisogna affrontare malattie sia nella fase acuta sia in quella cronica».

a. pe.





RAPPORTO AIOP/ Appello delle diniche per una visione "allargata" del sistema ospedaliero italiano

«Noi scudo alla fuga dalle cure»

Erosione delle coperture e delle tariffe - Nel pubblico 4 mld di inefficienze

C'è "sostenibilità" e "sostenibilità". Magari basta cambiare il punto di vista sulle cose per alleggerire situazioni che sembrano inestricabili.

Con vantaggio per tutti.

Basterebbe, a esempio, recuperare una "visione patrimoniale allargata" del sistema ospedaliero italiano e riconoscere a tutti gli operatori del settore, pubblici e privati, un finanziamento più equo, per eliminare 4 miliardi di inefficienze. E ridurre ossigeno - e prestazioni - a quei 5,5 milioni di famiglie che negli ultimi mesi hanno visto ridursi ulteriormente la coperta già corta del Ssn.

Questa la tesi di fondo del Rapporto annuale Ospedali& Salute 2013, presentato martedì scorso al Cnel dall'Aiop, l'Associazione italiana dell'ospedalità privata e realizzato da Ermencia sotto la direzione di Nadio Delai.

Sono le lente, in primo luogo, i risultati del focus che punta a "ripostare al centro il paziente nei fatti e non nelle parole" delineandone la situazione attraverso tre parole chiave: stretta, rimbombo, erosione.

Il 22,6% dei 2mila caregiver interpellati dichiara che negli ultimi 12 mesi è stato costretto a rimandare o a rinunciare alle cure dentarie per i membri della propria famiglia ristretta o allargata (5,5 milioni di famiglie coinvolte), il 19,5% dice di aver sacrificato le visite specialistiche (4,7 milioni di famiglie), l'11,7% ha fatto a meno delle analisi di laboratorio (2,9 milioni di famiglie).

Nel frattempo è decisamente aumentata la spesa sostenuta di tasca propria (422,1% in tic-

ket su visite e prestazioni specialistiche; +63% in ticket sui farmaci; +51,4% in prestazioni intramoenia. Per finire con le lievitazioni delle addizionali Irpef, cresciute tra il 2009 e il 2012 a ritmi esponenziali, con punte fino a 177, con un evidente peggioramento più pronunciato per i cittadini residenti nelle Regioni sotto piano di rientro. E al conto già salato

delle prestazioni ottenute nel pubblico c'è da aggiungere ovviamente il costo di quanto nel pubblico non può più essere ottenuto (il 50% dei caregiver denuncia una riduzione delle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali) e che i cittadini sono stati costretti a procurarsi ricorrendo direttamente al privato (9,1% - 11,4% degli intervistati).

Situazioni di disagio - sostiene il Rapporto Aiop - che possono essere affrontate e in parte risolte valorizzando le peculiarità dell'attuale sistema misto pubblico-privato, arricchendo

le sinergie, riscoprendo la forza generata dalla "accumulazione" che nel corso degli anni ha prodotto non solo l'estensione quantitativa dell'offerta, ma anche il miglioramento qualitativo delle prestazioni. Un patrimonio di 211mila posti letto (70% pubblici e 30% privati accreditati) per un totale di 1.125 strutture ospedaliere che producono complessivamente 67,9 milioni di giornate di degenza, per una spesa ospedaliere pubblica pari a 61,6 miliardi di euro, di cui il 14,4% fa capo alle strutture private accreditate nel loro complesso, che generano però il 27,3% delle giornate di degenza.

Il tutto con l'apprezzamento dei cittadini e con un piano

speciale - stando ai dati Aiop - proprio per il privato accreditato, apprezzato dal 91,3% del campione (era il 93,2% nel 2008), mentre l'ospedale pubblico resta secondo negli indici di gradimento - 84,7% contro l'86,7% del 2008 - seguito dalle cliniche private, delle quali si dice soddisfatto l'82,3% degli utenti (era l'87,4% nel 2008).

Buone quotazioni, ma in calo per tutti. E non è un caso se delle tre parole chiave scelte da Ermencia come leit motiv del Rapporto Aiop 2013 "erosione" è quella che si presta a essere declinata in tutti i capitoli. "Erosione" delle prestazioni garantite ai cittadini, "erosione" della fiducia nei confronti del sistema salute nel suo complesso, erosione del sistema in sé.

Con un handicap in più per il privato accreditato che non si stanca di richiedere l'equa tariffazione per tutti gli operatori: il privato - spiega il report - è soggetto a una sottotariffricazione del 20% rispetto al pubblico e non beneficia nemmeno del contributo regionale per il ripiano dei disavanzi di bilancio.

"Lavorare bene, lavorare tutti" è invece l'esortazione dell'Aiop che quella sottotariffricazione punterebbe a recuperarla solo a valere sulla riduzione del 33% delle inefficienze delle strutture del Ssn. «Se dalla spesa per gli ospedali pubblici si potessero eliminare 4 miliardi di inefficienze si scenderebbe da 52,7 a 48,1 miliardi - recita il Rapporto - mentre se quella per i privati accreditati aumentasse da 8,9 a 10,6 miliardi si arriverebbe a una spesa complessiva di 58,7 miliardi contro gli attuali 61,6, con un risparmio del 4,6% rispetto a oggi».

Un esempio di voci su cui incidere? La spesa per il personale «sovradimensionata e in alcuni casi improduttiva» e

quella per gli acquisti per beni e servizi.

L'obiettivo: compiere uno sforzo collettivo per salvarsi da una visione "agli estremi" e riuscire a «ridisegnare un sistema di protezione della salute più efficiente nel modo di erogare i servizi e contemporaneamente più efficace e più equo rispetto a oggi». E in definitiva recuperare quanto più possibile pazienti e famiglie "autoesiliati" dalle cure.

Paolo Del Bufalo
Sara Todaro

www.24ore.it

Il 50% dei caregiver denuncia il calo delle prestazioni garantite dal Ssn



Le "fatiche" del care-giver (valori percentuali)

Fenomeni	Dati
Il profilo del care-giver:	
• È prevalentemente donna	62,4
• È concentrata/o nella fascia 35-54 anni	51,1
• È impegnata/o sul fronte della sola famiglia ristretta	84,7
• È impegnata/o sul fronte sia della famiglia ristretta sia della famiglia allargata	52,4
Il numero medio di servizi sanitari e socioassistenziali utilizzati negli ultimi dodici mesi:	
• Per la famiglia ristretta:	2,9
• Per la famiglia allargata	2,9
Il livello medio di soddisfazione/insoddisfazione dei servizi utilizzati negli ultimi dodici mesi:	
• Molto + abbastanza soddisfatti	69,3
• Poco + per nulla soddisfatti	21,3
Il livello di insoddisfazione (poco + per nulla soddisfatto) dei servizi sanitari e socioassistenziali utilizzati negli ultimi dodici mesi:	
• Media nazionale	21,3
• Nord-Ovest	11,0
• Nord-Est	12,8
• Centro	23,7
• Sud e Isole	33,8
Il peggioramento dei servizi sanitari e socioassistenziali negli ultimi due anni (giudizi "un po' + molto peggiorati"):	
• Media nazionale	17,8
• Nord-Ovest	15,6
• Nord-Est	13,8
• Centro	22,3
• Sud e Isole	19,3
Si è ridotta negli ultimi dodici mesi la copertura pubblica dei servizi sanitari (54,6%) e dei servizi socioassistenziali (50,9%) oppure si è dovuto ricorrere ad altri servizi a pagamento come le prestazioni intramoenia negli ospedali pubblici oppure le prestazioni presso strutture private (11,4% per le prestazioni sanitarie e 9,1% per le prestazioni socioassistenziali):	
• Media nazionale (servizi sanitari/servizi socioassistenziali)	66,0 / 60,0
• Nord-Ovest (servizi sanitari/servizi socioassistenziali)	58,6 / 55,3
• Nord-Est (servizi sanitari/servizi socioassistenziali)	64,0 / 53,1
• Centro (servizi sanitari/servizi socioassistenziali)	70,8 / 63,4
• Sud e Isole (servizi sanitari/servizi socioassistenziali)	71,2 / 66,0
Principali rimandi e/o rinunce alle prestazioni sanitarie negli ultimi dodici mesi a causa delle difficoltà economiche familiari:	
• Cure dentarie (rimandi/rinunce)	1° 13,8 1° 8,8
• Visite specialistiche (rimandi/rinunce)	2° 12,7 2° 6,8
• Analisi di laboratorio (rimandi/rinunce)	3° 8,6 3° 3,1
• Ricorso al medico di base (rimandi/rinunce)	4° 4,4 6° 2,0

**INTERVENTO**

«Salvare il servizio pubblico è una scelta obbligata»

Nel mondo l'unica variante sperimentata rispetto all'assicuratore universale rappresentato dal Ssn è l'articolazione della copertura in più assicuratori.

Oggi il costo per la copertura per ogni cittadino italiano è di circa 1.850 euro; l'uscita dall'assicuratore unico comporterebbe la restituzione di tale somma ai cittadini che non ne fruiscono più. È possibile perdere qualche milione di assicurati e mantenere in vita il Ssn?

Inoltre la migliore assicurazione individuale possibile non costerà mai meno di 2.200/2.500 euro l'anno a persona. C'è questa disponibilità di risorse nelle famiglie italiane?

E infine se venisse meno la copertura universale del Ssn non ci sarebbe contratto collettivo di lavoro che non lo pretenderebbe dal datore di lavoro. C'è questa possibilità per le imprese italiane?

La risposta è negativa in tutti e tre i casi. Dunque la strada è obbligata: dobbiamo salvare il Ssn fermando il disinvestimento nella spesa sanitaria pubblica e affrontando una volta per tutte le vecchie e nuove criticità.

È dobbiamo avere il coraggio di affermare che i guadagni di efficienza non deriveranno mai dalle manovre di cassa. E che la salvaguardia dei sistemi sanitari regionali italiani non potrà derivare da antistoriche manovre protezionistiche, che "ingobbiano" i malati.

Solo la ripresa di un coerente percorso riformatore può portare sulla strada dell'efficienza e della qualità.

Il percorso che immaginiamo è composto da due fasi.

Trasparenza ad alti dosaggi per i bilanci di Asl e Ao

La prima, di immediata praticabilità, consiste nell'inserire finalmente una forte dose di trasparenza e semplificazione nella gestione dei sistemi sanitari regionali a partire dall'obbligo di compilazione di bilanci comprensibili per tutte le Asl e Ao e alla loro immediata pubblicazione tramite internet.

A seguire, si deve assicurare analoghi pubblici immediati di tutti gli interventi di vigilanza e controllo sull'attività degli erogatori pubblici e privati. L'immediata pubblicità va data ai valori di acquisto di tutti i beni da parte delle Asl.

Contemporaneamente, bisogna attivare e rendere operante una seconda fase che riprenda il percorso di aziendalizzazione degli erogatori pubblici, a partire da un ritorno al pagamento a prestazione di tutte le attività specialistiche e ospedaliere, con tariffe eque e uguali per tutti, mettendo fine al pagamento a piè di lista di debiti e deficit. Assicurato un finanziamento equo e misurabile in relazione alle qualità e quantità delle prestazioni erogate sarà finalmente possibile dare un vero esito al principio di responsabilità degli amministratori, e contemporaneamente ridurre i vincoli burocratici e formalistici che oggi limitano l'autonomia manageriale di molti dirigenti pubblici, frastrandone le capacità e le possibilità di azione.

Ma la domanda pressante che ci viene rivolta dalle Istituzioni oggi, è un'altra, ed è sempre la stessa da qualche anno.

Si può risparmiare sulla spesa sanitaria pubblica?

La risposta è «no» e «sì». «No», perché come abbiamo detto infinite volte siamo già oggi al limite inferiore della spesa nel confronto con tutti i Paesi Ue con noi comparabili; neanche quelli più in difficoltà scendono al di sotto del 7% del Pil. «Sì»,

perché la spesa sanitaria pubblica è gravata da inefficienza e una parte del Fsn è spesa per cose che nulla hanno a che fare con la sanità.

Ciò che è dunque urgente e necessario è riqualificare la spesa, risparmiando sulle inefficienze per colmare le crepe e le tante lacune che, già oggi, sono visibili in molte Regioni.

Con questa chiara consapevolezza seguimento, nei mesi a venire, le analisi e le proposte della spending review n. 2, nell'auspicio che non ripeta gli errori della precedente, e che il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, riesca a portare a compimento l'indicazione programmatica di una spending review interna al sistema, per liberare risorse che nel sistema debbono essere reinvestite. Su questo troverà Aiop schierata in prima fila.

Gabriele Pelissero
presidente nazionale Aiop

g.pelissero@aiop.it



RAPPORTO AIOP/ Aumentano le criticità per ottenere prestazioni dal servizio pubblico

Accesso a ostacoli alle cure

Liste d'attesa al primo posto - Negativo spesso il rapporto con gli operatori

Il primo ostacolo per gli utenti che il rapporto Aiop indica è l'accesso ai servizi: liste d'attesa troppo lunghe e necessità conseguente di spostamenti anche solo sul territorio regionale (senza entrare nel merito della mobilità interregionale) per ottenere una prestazione in tempi più brevi e carenza di informazioni su strutture e professionisti a cui rivolgersi sono le cause di quell'83% medio di giudizi critici che i cittadini hanno manifestato nell'indagine Ermenegola 2013 descritta nel rapporto.

Ma i servizi, sottolinea l'Aiop, potrebbero essere meglio distribuiti se si utilizzassero le sinergie delle strutture presenti sul territorio. A esempio, secondo il rapporto, l'ospitalità privata rappresenta il 30% della "ricettività" per i ricoveri a livello nazionale, anche se la spesa relativa del Ssn per questa voce raggiunge solo il 14,4%. Questo vuol dire da un lato che i meccanismi di pagamento tra pubblico e privato (e tariffe) non sono equi e dall'altro che in realtà nel privato c'è in qualche modo una resa ottimale delle prestazioni. Testimoniata secondo l'Aiop anche dal giudizio che gli utenti danno delle strutture: nel 2013 hanno dichiarato di essere "molto-abbastanza" soddisfatti degli ospedali pubblici l'84,7% degli intervistati e il 91,3% degli ospedali privati accreditati.

Uno dei problemi messi in risalto dalle interviste agli utenti, è nei rapporti con gli operatori. I due terzi degli intervistati affermano che «non sempre esiste un'adeguata professionalità degli operatori sia medici che infermieristici», a cui si aggiunge una «non sufficiente qualità del rapporto umano col paziente».

Emergono poi ancora una volta i problemi di rapporti tra ospedale e territorio. Dalle risposte risultano una riduzione eccessiva dei giorni di ricovero rispetto alle esigenze dei pazienti (66,3% di giudizi critici); una scarsa assistenza nel passaggio tra il ricovero in ospedale e le prestazioni mediche e socioassistenziali una volta che il paziente viene dimesso (70,3% di giudizi critici); una scarsa adeguatezza delle prestazioni di tipo socioassistenziale fornite dalle strutture presenti sul territorio (67,8% di giudizi critici).

Ma quel che è peggio, sottolinea il rapporto Aiop, è la percezione degli utenti di riduzione della copertura dei bisogni, pressoché uguale (54,6% e 50,9%) per le prestazioni

sanitarie e socioassistenziali. Circa un terzo degli intervistati ammette che la copertura è rimasta inalterata rispetto a due anni fa (31% per le prestazioni sanitarie e 37% per quelle socioassistenziali). E un intervistato su dieci

dichiara inalterata la copertura, ma anche di aver dovuto ricorrere a servizi integrativi o sostitutivi a pagamento come l'Intramontana o prestazioni presso strutture private: 11,4% per quelle sanitarie e 9,1% per quelle socioassistenziali. Solo il 3% ritiene "ampliata" la copertura rispetto a due anni fa. A risentire della riduzione dei servizi sono poi soprattutto le donne e le classi di età tra 35 e 54 anni e quelle da 55 anni e oltre, soprattutto nel Centro-Sud, che hanno dovuto sostenere oneri per l'assistenza. Oltre a questi, chi ha "subito" di più (e denunciato) una riduzione di servizi sono le componenti più fragili per istruzione e collocazione sociale che hanno dovuto ricorrere a servizi integrativi o sostitutivi a pagamento.

di BRUNO GIOI / L'ESPRESSO

Meno copertura dei bisogni



GLI EFFETTI DELLA CRISI

La rinuncia di chi non può pagare

Non solo prestazioni extra Ssn per quasi il 70% degli intervistati: per molti la crisi ha portato a rimandi e rinunce di prestazioni.

Il rapporto Aiop mette in fila questi due aspetti che negli ultimi anni stanno caratterizzando l'assistenza. E nel 2013 ai primi quattro posti dei "rimandi" ci sono le cure dentarie (13,8%), le visite specialistiche (12,7%), il ricorso ai laboratori di analisi (8,6%) e le visite presso i medici di base (4,4%). Seguono nell'ordine il ricorso al pronto soccorso (anche per il problema ticket), ai ricoveri ospedalieri, alle cure domiciliari e ai ricoveri nelle Rsa.

Nel caso delle rinunce invece sono sempre al primo posto le cure dentarie (nell'8,8% dei casi), seguite dalle visite specialistiche (6,8%), il ricorso ai laboratori di analisi (3,1%), l'assistenza a domicilio (2,4%) e via via tutte le altre prestazioni.

L'analisi del rapporto Aiop illustra anche chi ha subito di più queste situazioni. Al primo posto ci sono le donne che più degli uomini hanno un ruolo maggiormente impegnativo di care-giver, e in particolare nella fascia di età 35-54 anni, residenti nel Mezzogiorno e nei Comuni più grandi (oltre 100mila abitanti nell'indagine). Ma nella stessa posizione sono anche gli intervistati che si trovano nella fascia più debole dal punto di vista del livello di formazione e di quello socioeconomico di appartenenza.

Di fronte a questa situazione, per di più, la maggior parte degli intervistati non è ottimista per gli effetti delle manovre sulla spesa sanitaria. Un quarto degli intervistati non riesce a inquadrare effetti a lungo termine, mentre il 36,9% ritiene che non si inciderà quasi per niente sull'efficienza dei servizi pubblici e quindi si finirà col grava-

re "totalmente" sugli utenti finali in termini di maggiori costi, di minori prestazioni oppure di prolungamento delle liste di attesa costringendo gli utenti ad accettare questa situazione oppure a ricorrere a servizi a pagamento. Per il 23,7%, invece, si potrà incidere solo parzialmente sui livelli di efficienza dei servizi pubblici (per la rigidità organizzativa, di personale, di normativa ecc.), addossando invece agli utenti qualche ulteriore onere (ticket, da imposte aggiuntive, da minori esenzioni oppure fornendo un minor numero di servizi).

Solo il 13,9% degli intervistati è ottimista. Ed è convinto che si riuscirà finalmente a migliorare l'efficienza del sistema pubblico, garantendo le prestazioni attuali pur con una minor spesa (migliorando l'organizzazione, l'utilizzo del personale, la distribuzione delle strutture ecc.).

La ricetta: ticket pesati e investimenti

E gli utenti hanno anche valutato quelle che ritengono essere le migliori proposte di "azione" per contenere la spesa ed erogare migliori servizi. Il maggior consenso (75,1%) l'ha avuto l'ipotesi di investire più risorse pubbliche sulla sanità, con la conseguenza di dover recuperare, per farlo, parte dell'evasione fiscale, utilizzando anche i nuovi strumenti di controllo di cui si parla (redditometro, spesometro, controlli incrociati sui conti correnti ecc.). Poi (la risposta in questo caso era multipla) il 72,4% è d'accordo sulla necessità di far pagare i ticket sanitari in proporzione al reddito effettivamente percepito, con la conseguenza di utilizzare anche i nuovi strumenti di controllo di cui si parla (redditometro, spesometro, controlli incrociati sui conti correnti ecc.).

www.aiopteam.it



DELLA PANORAMA Sanità



TUTTI I COLORI DELLA SANITÀ

Ogni settimana i fatti, le opinioni, le notizie, le persone, i documenti

HOME

CHI SIAMO

CONTATTI

RUBRICHE

Archivio News

Editoriali

Eventi

Documenti

In libreria

Numeri precedenti

Newsletter precedenti

Raccomandazioni in materia di sicurezza del paziente nei processi di gestione delle chemioterapie

Di Anna Scudiero
Spina e Anestesiologia



11° Rapporto Ospedali & Salute: Nel 2013 cinque milioni di famiglie italiane hanno rinunciato a curarsi

10/12/2013



Pazienti sempre più in difficoltà con aggravio di spese o limitazioni dell'accesso a diverse prestazioni. Quattro su 11 (Roberto Neri, Ospedali & Salute), presentato lo scorso 10 dicembre a Roma alla presenza del Ministro Beatrice Lorenzin, si sofferma sulle dinamiche che interessano il paziente e la sua famiglia, tenendo conto di dati approfonditi anche da un'ampia indagine su 2.000 famiglie, gli studi che nell'anno scorso si prendono cura dei congiunti soprattutto non autosufficienti.

L'iterativo economico prolungato sulle spese pubbliche ha portato e sta portando a una stretta progressiva sul fronte dei pazienti che assumono aspetti molteplici: la limitazione dei ticket sanitari (25% del 2009 al 2012) per le diagnosi e le visite specialistiche, l'aumento dei ticket del farmaco (30% del 2009 a 2012), l'incremento del danno al pagamento delle prestazioni intramoenia (51% dal 2011 al 2012), la limitazione delle assistenziali (ipaf regionali dal 2006 al 2012 ha ridotto quelle del 77%). Dell'indagine svolta sui caregiver, si è riscontrato anche che accanto all'aggravarsi delle oggettive difficoltà della spesa sanitaria sostenuta dai pazienti e dalle loro famiglie, esiste anche una percezione soggettiva del sovra-carico dell'assistenza, derivante dalle cure prodotte alle famiglie ricettive, non assistite dalle persone conviventi (coniuge, figli, ecc.) e contemporaneamente alla famiglia allargata rappresentata da persone non conviventi (padri genitori, nonni, fratelli, ecc.). A tale proposito, si legge come che nell'ultimo anno 5,5 milioni di famiglie hanno rinunciato o rinviato le cure ospedaliere, 4,7 milioni di famiglie hanno rinviato o rinviato a visite specialistiche e 2,9 milioni di famiglie hanno rinunciato o rinviato a esami di laboratorio. Evidenza il loro processo di erosione del nostro sistema sanitario, un sistema che operando in patrimonio non solo le risorse strutturali, ma anche in termini di servizi e professionalità che operano nel complesso ospedaliero, a cui si aggiunge l'irritazione di dotazioni e strumentazioni nel campo scientifico e tecnologico. È bene ricordare che esso è infatti costituito contemporaneamente da: 219.000 posti letto (70% ospedali pubblici, 30% ospedali privati accreditati), 1.420 strutture ospedaliere che producono 57,9 milioni di giornate di degenza, 650.000 accessi e da 14 milioni di pazienti che ogni anno entrano in una struttura ospedaliera, insieme ai parenti e agli accompagnatori. Con una spesa ospedaliera pubblica pari a 31,6 miliardi di euro, in un settore generale di spesa sanitaria che risulta più basso (7% del PIL), rispetto alla media dei paesi OCSE (7,6% del PIL) e del paese UE (8% del PIL), diventa sempre più difficile sostenere il sistema e svilupparlo. Una che le inefficienze sanitarie delle Regioni si possono affrontare riducendo il flusso di denaro reso richiesta al punto che il Documento di Economia e Finanza 2013 ipotizza una discesa della spesa sanitaria pubblica del 7,1% del PIL del 2012, al 5,7% del PIL nel 2017. A queste condizioni, il fondo tecnologico e qualitativo della sanità italiana, non avrebbe alcuna possibilità di confrontarsi con quello dei paesi dell'Europa dei 15. Oggi, per la prima volta dopo una lunga stagione di tagli e crisi, possiamo dire che il disavanzo della sanità sembra essersi fermato, nessuna manovra di cassa potrà mai garantire efficientemente e inquadramento quanto potrà fare un processo di profonda riforma strutturale del sistema. Secondo Aisp sono due le strade principali da seguire in questo percorso riformatore: la prima è il riconoscimento di un finanziamento equo per tutti gli operatori, pubblici e privati, dove quest'ultimo, che rappresentano il 27,3% dell'attività complessiva, conferisce però solo il 14,4% delle spese totali, sono soggetti a una sottoscrizione del 70% circa rispetto agli operatori pubblici, che beneficiano in fatto del contributo da parte delle Regioni per ripianare i disavanzi di bilancio, colmando quindi le scorte di inefficienze. A questo proposito Aisp ha elaborato una simulazione a partire dai bilanci di un gruppo di importanti aziende ospedaliere del Nord e del Centro e ha ipotizzato che con una riduzione del 35% delle inefficienze all'interno della spesa degli ospedali pubblici riuscirebbe a riassorbire il recupero della controprestazione applicata agli ospedali privati accreditati, generando addirittura un risparmio. In termini pratici, se della spesa per gli ospedali pubblici si potessero eliminare 4 miliardi di inefficienze, si scenderebbe da 62,7 miliardi a 45,7 miliardi, mentre se quella per i privati accreditati scendesse da 6,8 miliardi a 4,6 miliardi, si arriverebbe ad una spesa complessiva di 58,7 miliardi, invece dei 62,7 miliardi, con un risparmio del 4,6% rispetto ad oggi. La seconda strada, inevitabilmente percorribile, consiste nell'insistere una forte dose di trasparenza e semplificazione nella gestione dei sistemi sanitari regionali, a partire dalla compilazione obbligatoria di bilanci trasparenti e comparabili per tutti gli ospedali pubblici. «Assicurato un finanziamento equo e sostenibile», afferma il Presidente Aisp Gabriele Polibeno «in relazione alla qualità e alla quantità delle prestazioni erogate, sarà finalmente possibile dare un vero contributo al principio di responsabilità degli amministratori e contemporaneamente ridurre i rischi burocratici che limitano l'autonomia manageriale». «Nel modo a venire vogliamo le proposte delle seconde spending review consegnate al Presidente e all'Assemblea che, in accordo con il Ministro On. Beatrice Lorenzin, si possa attivare un risparmio auto interno al sistema per liberare risorse che in ogni caso devono essere reinvestite».

Questa settimana su...



NEWSLETTER
Inviata la tua e-mail

I nostri libri

Manuale operativo di diritto sanitario per gli operatori della sanità territoriale
di A. Corbelli, G. Benvenuto e G. Benvenuto
Edizioni Panorama della Sanità
Pagine 320
Prezzo 27,00 €

118 e Medici. Istruzioni per l'uso
di G. Corbelli
Edizioni Panorama della Sanità
Pagine 64
Prezzo 11,00 €

È possibile studiare in casa? Il ruolo di...
di G. Corbelli
Edizioni Panorama della Sanità
Pagine 64
Prezzo 11,00 €

Il vecchio e la medicina
di M. Trevisani
Edizioni Panorama della Sanità
Pagine 128
Prezzo 20,00 €

Alimenti e nutrizione nel XXI secolo. L'impegno strategico dell'igiene...
di G. Corbelli
Edizioni Panorama della Sanità
Pagine 128
Prezzo 20,00 €

Alimenti e nutrizione nel XXI secolo. L'impegno strategico dell'igiene...
di G. Corbelli
Edizioni Panorama della Sanità
Pagine 128
Prezzo 20,00 €



Boom dei ticket: la sanità è un salasso

In quattro anni la quota per i farmaci è salita del 60 per cento. E saltare le liste d'attesa costa il doppio.

Sos, salasso sanità: curarsi costa sempre più caro e a farne le spese è una parte degli ammalati, quelli costretti a pagare i ticket in ospedale, a ricorrere al privato per saltare le liste di attesa, oppure a rinunciare alle terapie perché troppo onerose. Il prezzo è calcolato nell'11° rapporto *Ospedali & salute*, promosso dall'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop). Ecco le cifre principali.

La prima riguarda i ticket sanitari. Per le visite e le prestazioni specialistiche ambulatoriali, l'esborso è aumentato del 22 per cento: tra il 2009 e il 2012 la spesa annuale sostenuta dai pazienti è passata da 1,2 a più di 1,4 miliardi, di cui 820,6 milioni nelle regioni del Nord, oltre 150 in più nel quadriennio. Per i farmaci il gettito dei ticket è più forte del 63,3 per cento: da 861 milioni a 1,4 miliardi, benché la spesa complessiva per le medicine in Italia sia scesa nello stesso periodo del 21 per cento, da 11,3 a 8,9 miliardi.

Il paradosso è che bisogna pure aspettare a lungo per accedere ai servizi. Il Tribunale per i diritti del malato ha elencato i tempi medi per visite ed esami sulla base di segnalazioni inviate all'associazione dagli utenti nel 2012: 13 mesi per la mammografia, un anno per la visita urologica, 7 mesi per quella oncologica. E così il privato avanza. L'«intra moenia», che consiste nella sanità a pagamento in ospedale, è sempre più diffusa per accorciare l'attesa, ottenere la prestazione più vicina a casa, scegliere il medico di fiducia: nel rapporto Aiop è quantificata anche la spesa, 1,7 miliardi in un anno, con un incremento del 51,4 per cento tra 2011 e 2012. In particolare, l'importo è schizzato nella provincia di Bolzano (10,1 milioni nel 2012, più 531,3 per cento), in Puglia (164 milioni, più 278,8) e in Molise (4,5 milioni, più 136,8 per cento).

A incidere anche la lievitazione delle addizionali Irpef regionali che, dal 2009 al 2012, ha toccato punte del 77 per cento. Estrema conseguenza: nell'ultimo anno 5,5 milioni di famiglie italiane hanno rinunciato o rimandato le cure dentarie, 4,7 milioni di famiglie le visite specialistiche, 2,9 gli esami di laboratorio.

L'esborso per i ticket sanitari è cresciuto del 22 per cento. Invece si ricorre all'intra moenia per accorciare l'attesa, avere una prestazione più vicina a casa e scegliere il medico di fiducia: 1,7 miliardi in più nel 2012.





Sanità

Focus: Dal Governo al Parlamento - Regioni e Associazioni - Europa e dal mondo - Lavoro e professioni

Home | Segui

Ospedali&Salute, rapporto AioP: spending review si, ma solo interna al sistema

10 dicembre 2013, 11:00:00 UTC+01:00

Tweet A A



Problemi e famiglie, in alto le parole-chiave che descrivono l'attuale situazione della sanità, analizza, secondo il 7° Rapporto annuale "Ospedali & Salute 2013", promosso dall'AioP - Associazione italiana ospedali privati e realizzato dalla società omonima - Studi & Strategie di Sistema di Roma (sotto la direzione di Paolo Della), presentato questa mattina a Roma.

Le cause della crisi dei pazienti
L'intervento protratto sulla spesa pubblica per la sanità ha portato a un peggioramento di una situazione già in fase di crisi, che assume aspetti mai visti prima, come ad esempio:

- la riduzione di 5000 posti letto, pagati a fronte di visite e di prestazioni sempre più costose; gli ospedali pubblici, così come raggiunto la cifra di 1.485,4 milioni di euro nel 2012, con un incremento pari al 22,1% rispetto al 2009.

- l'aumento dei ricoveri nel tempo da fermo: l'occupazione degli ospedali in genere e bambini che nel periodo 2009-2012 sono aumentati del 182,3% raggiungendo la cifra di 1.425 milioni di ore;

- l'aumento del 51,4% in un solo anno (tra il 2011 e il 2012) del ricorso al pagamento alle prestazioni sanitarie, valutato a dicembre in base ai dati di parte degli ospedali pubblici;

- la lievitazione delle addizionali Ircp regionali che, tra il 2010 e il 2012, sono via via cresciute, con punte (in termini di aumento) nel 2010 (+10,2) del 123,0, del 136,0, del 145,0 sino a 177,0, con un evidente peggioramento più pronunciato per i cittadini residenti nelle Regioni sottoposte a Fisco di rientro.

Stop all'ospedale finanziata

Il Rapporto 2013 parla della necessità di cambiare il punto di vista, secondo due visioni troppo "pericolose" rispetto al sistema di protezione della salute. Di come infatti il recente, secondo l'AioP, si continuerà a parlare "laboratori prelevati su quello che più lo costa senza addizionali delimita come ospedali "finanziaria", quella cioè l'alta di flussi di risorse, di (pur necessari) miglioramenti dei livelli di efficienza e di una spesa a ridurre le spese. Mentre si finisce col mettere di lato la cosiddetta ospedali "reali" e cioè quello contributo dei 14 milioni di pazienti che utilizzano attualmente i servizi, da 850 mila addetti, del costo di 1,500 miliardi.

Tuttavia, secondo il Rapporto, una buona idea di gestione del sistema, rispetto a qualità e quantità realtà in mutazione, nella società cambia del corso del secolo, comincia con il realismo (e l'etica) di far incontrare esigenze e esigenze. Per questo l'AioP ritiene necessario oggi rompere il punto di vista, ritrovando il senso dell'equilibrio e delle giuste priorità mettendo al centro il paziente, preservando la forza del sistema misto pubblico-privato e infine ricostituendo una visione "pazientistica" del sistema sanitario e ospedaliero in particolare.

La rinuncia alle cure

Visto dall'appuntamento dal lato della spesa sostenuta dai pazienti e dalle loro famiglie (costo per secondo il Rapporto l'appuntamento soggettivo e cioè quello della percezione del sovraaccanto dell'assistenza che l'indagine sui care-giver ha rivelato), emerge un forte costo del doppio onere, derivando dall'assenza nei pazienti alle famiglie di cure e parallelamente alla famiglia alleghiate, e al contempo i comportamenti di ritardo e di rinuncia vera e propria rispetto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. A fine ultima presenta saranno il Rapporto si deve tenere conto dei:

- il 22,5% dei care-giver intervistati ha rinunciato o ha rinunciato a cure familiari per i motivi della propria famiglia numerosa e il costo (3,5 milioni di famiglie coinvolte);
- il 19,5% ha dovuto rinunciare o rinunciare a volte a cure familiari (4,7 milioni di famiglie);
- l'11,7% ha dovuto rinunciare o rinunciare ad alcune cure (2,9 milioni di famiglie).

E è questo il Rapporto aggiunge che diffringe il 50% degli stessi care-giver non sono si sia ridotta negli ultimi pochi mesi la spesa pubblica dei servizi sanitari e socio-sanitari (dalla spesa al suo dovuto numero ed efficienza) e pagamento come per il doppio le prestazioni sanitarie negli ospedali pubblici, oppure le prestazioni socio-sanitarie private (tra il 6,1% e l'11,4% degli intervistati), con un evidente peggioramento nel macro-sistema rispetto al costo del Paese, ed è in presenza, secondo il Rapporto, in questo caso di una vera e propria crisi del servizio pubblico nel "fido, frutto di un "processo di rimbalzo", in base al quale si finisce col trasferire gli oneri e gli costi derivanti dalla riduzione ed dall'efficiamento delle strutture pubbliche sulle spalle dell'utente e ciò avviene come diretto conseguenza della difficoltà di ridurre in maniera significativa sul costo del servizio pubblico (sui costi sono stati stessi strutture, dell'organizzazione, del personale, dei servizi assistenziali, dell'assistenza).

L'appello AioP

«È per questo ragione - spiega Gabriele Polissone, presidente AioP - che il nostro appello è fermare l'investimento nel servizio sanitario nazionale reale attuale in politica, unita alla forza di realizzazione e l'obiettivo del percorso di riforma, strutturata da lungo tempo elaborata, per consegnare e il sistema a vivere un percorso virtuoso senza partizione liberamente i cittadini le loro produzioni della sanità italiana. E ciò anche alla luce della complessa ma fondamentale contraddizione che in altre parole potrebbe oggi non essere. Nel mondo, infatti, l'unico sistema sperimentato rispetto all'assicurazione universale rappresentata dal SSN è quello di assicurare la copertura sanitaria in età assicurativa. Oggi il costo per la copertura per ogni cittadino italiano è di circa 1.860 euro. L' costo del "costo" del servizio sanitario non coprirebbe la restante parte del suo costo ai cittadini che non lo finiscono più.

Il rapporto pubblico-privato

Due sono gli elementi di dialogo che vengono illustrati nel Rapporto 2013. Il primo riguarda una situazione di sostanziale "sottotitolazione" delle prestazioni fornite da strutture private accreditate. L'onere del servizio è stata almeno - attraverso una simulazione approssimativa ipotizzata - tra il 15% e il 20% (questo si open un confronto analogo con quanto avviene in Azienda ospedaliere pubblica, senza contare le altre strutture che concorrono alla stessa, legale all'applicazione di "fisc", il rapporto tra le tariffe e di ricovero nei pagamenti da parte dei Sistemi Sanitari Regionali.

Peraltro - sempre attraverso la simulazione ipotizzata - si è visto verificare anche a cosa potrebbe costare un sistema maggiormente equo di ripartizione della spesa attraverso il pagamento alle strutture ospedaliere pubbliche e a quelle private accreditate, qualora potesse essere in grado un aumento dell'iva del livello di efficienza del sistema ospedaliero pubblico. Ciò dovrebbe avvenire attraverso la riduzione del tasso di inefficienza implicita che è stata più volte menzionata nei precedenti Rapporti. Cacciato il ballo.

Anche assumendo una riduzione parziale di tale inefficienza (pari ad un 20% di riduzione del 50% oppure del 25% rispetto ad oggi) si vede come tale operazione possa risultare in forte di riequilibrio il rapporto della spesa tra strutture pubbliche e private, mantenendo la parte della struttura privata

accortezza, generando addirittura un risparmio di spesa ospedaliera complessiva, da 1,6% a 4,8% o il 3,0%.

Il secondo elemento di disagio riguarda le inadeguate modalità di rendicontazione degli ospedali pubblici che rendono ancora oggi impossibile effettuare confronti e misurazione dei risultati all'interno di tali strutture e tra queste ultime e lo struttura private accreditate. Il recente Digs 118/2011 ha comunque già messo passo avanti, dal punto di vista normativo almeno, per poter aumentare trasparenza e pubblicitàazione dei bilanci pubblici. I tal paesi eventi riferiti al sistema italiano valutar i processi di convergenza tra "ospedale reale" e "ospedale virtuale". Anche nel caso di unguale della sfida che si rischierà sul fronte della privata, è possibile scegliere i due processi prima di allora nel confronti degli utenti e il presenza limiti di un fenomeno di erosione progressiva dei livelli di riconoscimento economico delle strutture e riduzione di un fenomeno di sostanziale rimbollo del sistema ospedaliero pubblico ad intervento sui propri fattori di produzione, trasformando impegni ed oneri sulle strutture private prevedibile secondo una logica per l'appunto di rimbollo, più volte ricordata nel corso del testo.

La proposta Aioip

Cambiare il punto di vista, secondo il Rapporto Aioip, significa anche prendere ufficialmente atto di che era necessaria a tutti gli effetti "l'occlusione" che si è generata nel corso degli anni e che ha prodotto non solo un'erosione quantitativa dell'offerta, ma anche un'impoverimento qualitativo delle prestazioni, per averci tenuto delle inefficienze di sistema. Tale soluzione va trovata non nella mera allegria, secondo il diti di una sua formulazione di tipo puramente finanziario e dunque si può affermare - conclude - di essere disposti a un vero e proprio patto-crisi "allargato", costruito non solo da parte strutturale ma anche da quella dei servizi e dei professionisti che operano nel sistema ospedaliero complessivo, a cui si aggiunge l'insieme di docenti e di studiosi nel campo scientifico, tecnologico e di ricerca, oltre che quello "storico" dei pazienti e delle loro famiglie. Anche per le ragioni suddette e come il senso di non volere adeguatamente tale patto-crisi qualora si restringa lo spazio all'ospedale "finanziaria", dimenticando il valore e la portata di quelle "risorse". Per questo serve lavorare al miglioramento dell'intero sistema, trovando il modo di cambiare la prospettiva e adottando una contropartita più ampia di modo periodo verso i cittadini e innanzitutto la stessa legge di Stabilità o i decreti deli di spending review.

Secondo il Rapporto, si conferma dell'importanza di mutare la prospettiva per ricevere un punto di equilibrio tra le due visioni richiamate di sono alcune delle opzioni, separate dal pareggiare nell'ospedale indipendentemente quest'anno per il Ricetto. Gli interventi fanno riferimento sequenziale di tempo e in quanto relativi ad azioni che chiedono il la sequenza maggior efficienza da introdurre nel sistema. Basti considerare i livelli non certo bassi di consumo di diti alla necessità di premiare le strutture migliori e di punire le strutture peggiori, valutando attraverso un Ente Terzo qualcuno che guardi contemporaneamente alle strutture pubbliche e a quelle private accreditate: come pure alla necessità di prevedere dei costi standard anche per le strutture pubbliche, in maniera tale da poter credere quello inefficienti, sino a d'essere anche il personale a servizio e facendo conto della necessità di applicare tariffe appropriate sia per il pubblico che per il privato, riconoscendo i costi standard accettabili per entrambi, sino ad arrivare ad ipotesi di gestione private di alcuni ospedali pubblici.

«E' altrettanto interessante - aggiunge - vedere come di sia la consapevolezza di tale necessità di strutture un sistema più sbilanciato tra reddito e nel momento percepito e prestazioni ricevute come parte dell'esperienza di qualcuno come famiglia (unione di migliori spazio qualità di servizi efficientemente efficienti e sistema universalistico e solidale di cui oggi disponiamo). E' in conclusione il caso di chiedersi se sarà possibile compiere uno sforzo collettivo che è scaturito da una visione "agli estremi" (e proprio economica-finanziaria) di fronte a quella su quello che gli succede) e che di fatto si ridurrà un sistema di protezione dello salute che abbia un respiro al prospettiva che sia più efficiente nel modo di erogare i servizi e contemporaneamente più efficace e più equo rispetto a oggi».

I "termini" della spending review

«Cio che noi cerchiamo di dire - spiega ancora Poliscio - è una traccia di processo di riforma il cui obiettivo è quello di salvare il SSN universale e solidaristico. Nella domanda ipotizzata che si viene rivolta dalle istituzioni oggi è un'altra, ed è sempre la stessa da qualche anno. Si può risparmiare sulla spesa sanitaria pubblica? La risposta è no e si. No, perché come abbiamo detto mille volte siamo già oggi al limite inferiore della spesa nel confronto con tutti i Paesi europei e nel comparare il sistema che quelli con più difficoltà e con sistemi di welfare sanitario di qualità inferiore al nostro scendono al di sotto del 7% del Pil. Un conflitto che, a nostro giudizio, non può essere valutato se si vuole rimanere nel gruppo dei

Paesi con un sistema di "social care" non è dotato di tutto ciò che il progresso della medicina oggi mette a disposizione.

E il compromesso a "basta di", oltre a dare il ruolo della qualità, comporta la perdita di un know-how tecnologico e sociale di importanza fondamentale per un Paese sviluppato, e di assoluta rilevanza economica. In altri parole, il rischio è la via dello sviluppo.

Già, perché la spesa sanitaria pubblica oggi è gravata da inefficienza, per cui una parte del Fondo Generale Nazionale è speso per cose (magari anche non non previste) che non hanno a che fare con la sanità, anche se questo ha fatto una perdita di sostanziale economico e sociale alle Comunità locali.

Cio che è dunque urgente e necessario è ripulire la spesa, ripulendo su le inefficienze per colmare le carenze e le tante lacune che, di oggi, sono visibili in molte Regioni, e sono anche causa del finanziamento cronicamente insufficiente sulle strutture del SSN (Sistemi Sanitari delle Regioni Italiane).

Con questa chiara consapevolezza - conclude Poliscio - soprattutto, nei mesi a venire, è anche il proposito della spending review, è nell'auspicio che non accada gli errori della precedente, e che il ministro della Salute Beatrice Lorenzin abbia a portare a compimento l'implementazione programmatica tentata in questi ultimi anni e difesa dal G8, con l'impegno di avviare una spending review filante il sistema, per tornare strada che nel sistema del SSN sono inattuati. Su questo lavoro Aioip continua la propria filia.

Click per Condividere


GRUPPO EDITORIALE ESPRESSO

ULTIMI NOTIZI DI
Salute

Sanità, nel 2013 crollano le visite mediche 5 milioni di famiglie rinunciano al dentista



Influenza, più di 386.000 a letto. C'è ancora tempo per vaccinarsi



Make up contro il cancro, per un momento di felicità



Eperillo C, ecco la pillola-miracolo, ma costerà mille euro al giorno

Sei in [Repubblica](#) > [Salute](#) > [Servizi, nel 2013 crollano le...](#)

Sanità, nel 2013 crollano le visite mediche 5 milioni di famiglie rinunciano al dentista

E' quanto emerge dall'ennesimo Rapporto Aiop, presentato oggi a Roma. Cure sempre più care. Universalità del Servizio sanitario nazionale a rischio. La spesa ospedaliera pubblica italiana è la più bassa rispetto alla media dei Paesi Ocse

di MICHELE BOCCHI



LA CRISI picchia forte sul sistema sanitario nazionale. Da una parte i cittadini a causa dei ticket e delle liste di attesa cercano prestazioni a prezzi ridotti: presso i privati, dall'altro qualcuno rinuncia proprio alle cure perché non riesce a permetterselo. Sintomo del primo fenomeno è l'aumento in un solo anno, dal 2011 al 2012, della libera professione intramoenia, cioè a pagamento a tariffe concordate tra professionisti e Asl, di oltre il 50%. La seconda tendenza è invece rivelata dalle oltre 5 milioni di famiglie che nel 2012 hanno rinunciato a curarsi problemi ai denti. I numeri arrivano da Aiop, l'associazione che riunisce le cliniche private convenzionate italiane, sempre molto attenta a indicare i problemi del servizio sanitario pubblico. L'indagine è inserita nel rapporto Ospedali&Salute. Secondo Aiop i ticket sanitari negli ospedali pubblici nel 2012 hanno raggiunto la cifra di 1 miliardo e 485 milioni di euro, con un incremento del 22% rispetto al 2009. Sempre in base alla ricerca sono 4,7 milioni gli italiani che hanno depresso o rimandato le visite specialistiche e poco meno di 3 milioni quelle che hanno rimandato o eliminato le analisi di laboratorio.

L'associazione mira a dimostrare come sia necessario aumentare il finanziamento alle cliniche per migliorare il sistema. "I convenzionati rappresentano il 27,3% dell'attività complessiva e costano solo il 14,4%, perché sono soggetti a una sotto tariffazione rispetto agli ospedali pubblici". Se si riuscisse a tagliare 4 miliardi di inefficienze dalle strutture pubbliche e si aumentasse di un miliardo e mezzo il compenso per i privati, si aumenterebbero i servizi producendo comunque un risparmio.

In Italia i posti letto sono 211 mila, il 70% pubblici e il 30% privati accreditati. Le giornate di degenza in tutto sono 67,9 milioni e la spesa ospedaliera è di 61,6 miliardi di euro. In Italia la spesa sanitaria che risulta la più bassa (7% del Pil), rispetto alla media Ocse (7,8% del Pil) e dei Paesi G7 (8%). "In un quadro del genere, diventa sempre più difficile sostenere il sistema sanitario italiano - dicono da Aiop - Oltretutto emerge una complessità crescente delle prestazioni fornite da entrambe le componenti, quella pubblica e quella privata accreditata, con punte di eccellenza riconosciute a livello nazionale e internazionale (e peraltro con livelli di complessità che risultano non di rado più elevati proprio per quanto riguarda la componente privata accreditata)".

Good news da **la Repubblica** a Natale chi si abbona vince
In palio: SKODA / iPhone / iPad Air
Abbona **la Repubblica** tra subito 30 giorni gratis

Tutti i letti

Stasera in tv | Prossimi giorni

[Inchieste](#) | [Storie&svi](#)

quotidianosanita.it

Martedì 10 DICEMBRE 2013

Pelissero (Aiop): "Il numero di posti letto non può essere criterio per chiudere Case di cura"

La sanità rappresenta un punto cruciale per il futuro dell'Italia, ma "necessita di modelli gestionali diversi". E per rimodellare il sistema di governance, "bisognerebbe introdurre concetti come flessibilità e operatività, tipici del privato, anche nel pubblico". Questa la rotta tracciata da **Gabriele Pelissero**, presidente Aiop.

Nelle ultime settimane il dibattito è stato animato soprattutto dal tema dei piccoli ospedali e delle piccole case di cura e sulla possibilità di chiudere o meno queste strutture. "La discussione è stata però troppo spesso viziata da valutazioni quantitative – mette in guardia – mentre bisogna elaborare i giudizi sulla base della funzionalità". E su questo aspetto Pelissero chiarisce quali sono i criteri da adottare. "Non ha senso fissare delle soglie numeriche per i posti letto, perché così si rischia di ragionare in astratto e di penalizzare l'efficacia. E' invece molto più utile valutare il conto economico mettendo in relazione il valore delle prestazioni erogate e il costo della struttura". Un approccio basato esclusivamente su una visione dimensionale non basta, anzi può deformare la realtà. "E' fondamentale riuscire a contestualizzare – sottolinea – Per esempio in molte realtà europee, Austria e Svizzera in primis, ci sono ospedali da 40-45 unità. Nessuno propone di chiuderli, poiché presentano un elevatissimo tasso di efficienza. E lo stesso principio deve valere anche per l'Italia. Non si dismettono le piccole strutture a priori, perché potrebbero essere molto funzionali per il loro ambiente di riferimento. Invito a costruire coefficienti che includano tre aspetti essenziali: il rapporto tra costi e ricavi, il profilo ambientale e le dinamiche organizzative".

Nel complesso Pelissero ha poi lanciato un appello affinché "la sanità non sia più aggredita da manovre di cassa che hanno sfiancato la sanità, soprattutto dal 2011 a oggi – attacca – prima con Tremonti e poi con una spending review calibrata su criteri sconosciuti. Questo non significa però restare immobili, ma sviluppare la capacità di aggredire gli sprechi per innescare qualità ed efficienza. E in questo senso una delle priorità è costituita dalla trasparenza, con la pubblicazione puntuale e completa dei bilanci per giudicare effettivamente il lavoro svolto". Il presidente Aiop ha infine auspicato che venga del tutto accantonato l'approccio incentrato sui tagli lineari e che metta in campo "una revisione della spesa interna al Ssn, in modo che – conclude – le risorse liberate possano essere utilizzate per incrementare la qualità delle prestazioni erogate".



La sanità secondo l'Aiop, l'11° rapporto: "Milioni di Italiani in fuga dalla sanità per colpa dei tagli e della crisi". Per fermarli serve "più" privato

Sempre meno risorse e il carico sui cittadini aumenta. Solo i ticket sono incrementati del 22% per visite e analisi e del 63% per i farmaci. E così sono sempre di più gli italiani che rinunciano o rimandano le cure. Che fare? Per l'ospedalità privata la ricetta è una: "Più soldi al privato convenzionato e meno all'ospedale pubblico e trasparenza nella gestione".



Le tre - Nel corso del 2013 in Italia 5,5 milioni di famiglie hanno rinunciato o rimandato le cure dentarie, 4,7 milioni di famiglie hanno rimandato o rinunciato a visite specialistiche e 2,9 milioni di famiglie hanno rimandato o rinunciato a esami di laboratorio. E' quanto segnala l'11° rapporto "Ospedali & Salute" dell'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop) che è stato presentato oggi a Roma.

Lo studio evidenzia poi che l'intervento economico prolungato sulla spesa pubblica ha portato e sta portando a una stretta progressiva sul fronte dei pazienti che assume aspetti molteplici: la lievitazione dei ticket sanitari (22% dal 2009 al 2012); per la diagnostica e le visite specialistiche, l'aumento dei ticket

dei farmaci (53% dal 2009 al 2012), l'incremento del ricorso al pagamento delle prestazioni intramoenia (51% dal 2011 al 2012), la lievitazione delle addizionali Ipef regionali (dal 2009 al 2012 ha toccato punte del 77%).

L'analisi contiene però anche proposte operative per migliorare il quadro del Ssn. Secondo Aiop, "se dalla spesa per gli ospedali pubblici si potessero eliminare 4 miliardi di inefficienze, si scenderebbe da 52,7 miliardi a 48,1 miliardi, mentre se quella per i privati accreditati aumentasse da 8,9 miliardi a 10,6 miliardi, si arriverebbe ad una spesa complessiva di 58,7 miliardi, invece degli attuali 51,6, con un risparmio del 4,6% rispetto ad oggi".

Aiop denuncia quindi che è in atto un "lento processo di erosione del nostro sistema sanità, un sistema che rappresenta un patrimonio non solo in termini strutturali, ma anche in termini di servizi e professionalità che operano nel complesso ospedaliero, a cui si aggiunge l'insieme di dotazioni e attività nel campo scientifico e tecnologico".

Il Ssn è infatti caratterizzato da 211.000 posti letto (70% ospedali pubblici, 30% ospedali privati accreditati), 1.125 strutture ospedaliere che producono 67,9 milioni di giornate di degenza, 850.000 addetti e da 14 milioni di pazienti che ogni anno entrano in una struttura ospedaliera, insieme ai parenti e agli accompagnatori. E con una spesa ospedaliera pubblica pari a 51,8 miliardi di euro, in un quadro generale di spesa sanitaria che risulta la più bassa (7% del Pil), rispetto alla media dei paesi Ocse (7,8% del Pil) e dei paesi G7 (8% del Pil), "diventa sempre più difficile sostenere il sistema e purtroppo, fidea che le inefficienze sanitarie delle Regioni si possano affrontare riducendo il flusso di denaro resta radicata, al punto che il Documento di Economia e Finanza 2013 ipotizza una discesa della spesa sanitaria pubblica dal 7,1% del Pil del 2012, al 6,7% del Pil nel 2017".

Tuttavia non mancano anche i segnali positivi. Oggi, per la prima volta "dopo una lunga stagione di tagli lineari, possiamo dire che il disinvestimento in sanità sembra essersi fermato: nessuna manovra di cassa potrà mai garantire efficientamento e riqualificazione quanto potrà farlo un processo di profonda riforma strutturale del sistema".

Secondo Aiop sono due le strade principali da seguire in questo percorso riformatore. La prima è il riconoscimento di un finanziamento equo per tutti gli operatori, pubblici e privati, dove questi ultimi, che rappresentano il 27,3% dell'attività complessiva, costano però solo il 14,4% della spesa totale, sono soggetti a una sottotarifffazione del 20% circa rispetto agli ospedali pubblici, che beneficiano tra l'altro del contributo da parte delle Regioni per ripianare i disavanzi di bilancio, colmando quindi le sacche di inefficienza. La seconda consiste nell'instaurare una forte dose di trasparenza e semplificazione nella gestione dei sistemi sanitari regionali, a partire dalla compilazione obbligatoria di bilanci trasparenti e confrontabili per tutti gli ospedali pubblici.

"Assicurato un finanziamento equo e misurabile - afferma il presidente Aiop **Gabriele Palissaro** - in relazione alla qualità e alla quantità delle prestazioni erogate, sarà finalmente possibile dare un vero contenuto al principio di responsabilità degli amministratori e contemporaneamente ridurre i vincoli burocratici che limitano l'autonomia manageriale. Nei mesi a venire seguiremo le proposte della seconda spending review - conclude - nell'auspicio che, in accordo con il ministro Lorenzin, si possa attivare un risparmio tutto interno al sistema per liberare risorse che in esso devono essere reinvestite".

10 dicembre 2013

© Riproduzione riservata

Altri articoli in Situati e Analisi

hanno parlato di noi...

Rassegna stampa completa



tramite questo QR code
puoi scaricare la rassegna stampa completa in formato
PDF con tutti i ritagli elencati di seguito



11/12/2013	pag.25	Corriere Della Sera	UN MILIARDO E 700 MILIONI PER SALTARE LE LISTE D'ATTESA
11/12/2013	pag.13	La Stampa	"LE FAMIGLIE RINUNCIANO A DENTISTI, ANALISI E FARMACI" (P. Russo)
11/12/2013	pag.19	Il Giornale	GLI ITALIANI NON SI CURANO PIU' E GLI OSPEDALI GETTANO 4 MILIARDI
11/12/2013	pag.11	Avvenire	OLTRE CINQUE MILIONI DI ITALIANI CHE HANNO RINUNCIATO AL DENTISTA
11/12/2013	pag.11	Avvenire	UNO TSUNAMI SOCIALE PER SFAMARE IL MONDO (S. Mazza)
11/12/2013		Assinews.it	UN MILIARDO E 700 MILIONI PER SALTARE LE LISTE D'ATTESA
11/12/2013		Doctor33.it	RAPPORTO AIOP, 5 MILIONI DI PERSONE RINUNCIANO A CURARSI
11/12/2013	pag.7	Giorno/Resto/Nazione	MA UN MILIONE DI BIMBI E' IN MISERIA E LA FAMIGLIA TAGLIA LE CURE
11/12/2013		Ilgiornale.it	GLI ITALIANI NON SI CURANO PIU' E GLI OSPEDALI GETTANO 4 MILIARDI
11/12/2013		La Provincia (CR)	LA SPESA PER GLI OSPEDALI ITALIANI E' LA PIU' BASSA DEI PAESI OCSE
11/12/2013	pag. 7	Leggo Ed.Milano	RINUNCIANO A CURARSI 5 MILIONI DI ITALIANI
11/12/2013		Leggo.it	CINQUE MILIONI DI ITALIANI RINUNCIANO A CURARSI, COLPA DELLA CRISI"
11/12/2013	pag.2	Metro Ed.Milano	SANITA' NON PIU' "PER TUTTI" FRA TICKET E TASCHE VUOTE
11/12/2013	pag.5	Secolo D'italia	CRISI: PIU' DI 5 MILIONI DI FAMIGLIE HANNO RINUNCIATO ALLE CURE
10/12/2013		Adnkronos.Com/IGN	AIOP, LE FAMIGLIE RINUNCIANO A CURE, A RISCHIO UNIVERSALITA' SSN
10/12/2013		Agi.it	SANITA': AIOP, CURE SEMPRE PIU' CARE, A RISCHIO UNIVERSALITA' SSN
10/12/2013		Ansa.it	OSPEDALI ITALIANI SPENDONO 61,6 MILIARDI
10/12/2013		Ansa.it	OSPEDALITA' PRIVATA, 5 MLN FAMIGLIE RINUNCIANO A CURARSI
10/12/2013		Asca.it	SANITA': AIOP 5 MLN FAMIGLIE HANNO RINUNCIATO A CURARSI NEL 2013
10/12/2013		Clandestinoweb.Com	AIOP, LA SPESA PUBBLICA PER GLI OSPEDALI ITALIANI E' DI 61,6 MLD
10/12/2013		Corrispondenti.Net	SANITA': CRISI, 5 MILIONI DI ITALIANI RINUNCIANO A CURE DEI DENTI
10/12/2013		Datamanager.it	COMPLICE LA CRISI GLI ITALIANI RINUNCIANO A CURARSI
10/12/2013		Efestivals.Biz	SANITA', NEL 2013 CROLLANO LE VISITE MEDICHE
10/12/2013		Fanpage.it	SANITA', 5 MILIONI DI FAMIGLIE RINUNCIANO ALLE CURE MEDICHE
10/12/2013		Federfarma.it	RAPPORTO AIOP: SPENDING REVIEW SI, MA SOLO INTERNA AL SISTEMA
10/12/2013		HealthDesk.it	LA SALUTE PUO' ATTENDERE
10/12/2013		IlFarmacistaOnline.it	LA SANITA' SECONDO L'AIOP
10/12/2013		Ilsole24ore.Com	RAPPORTO AIOP: SPENDING REVIEW SI, MA SOLO INTERNA AL SISTEMA
10/12/2013		InfarmaNetwork.it	LA SANITA' SECONDO L'AIOP
10/12/2013		Informazione.it	CINQUE MILIONI DI FAMIGLIE RINUNCIANO AL DENTISTA
10/12/2013		Informazione.it	RAPPORTO AIOP ANISAP: RIQUALIFICARE SPESA SANITARIA
10/12/2013		Informazione.it	SANITA', 5 MILIONI DI FAMIGLIE RINUNCIANO ALLE CURE
10/12/2013		Informazione.it	SANITA', NEL 2013 CROLLANO LE VISITE MEDICHE
10/12/2013		Informazione.it	SANITA': AIOP, 5 MLN FAMIGLIE HANNO RINUNCIATO A CURARSI NEL 2013

10/12/2013	it.Yahoo.Com	SANITA': AIOP, 5 MLN FAMIGLIE RINUNCIANO A CURE
10/12/2013	LaCronaca.it	OSPEDALI ITALIANI SPENDONO 61,6 MILIARDI ANSA.IT
10/12/2013	LaCronaca.it	RAPPORTO AIOP: SPENDING REVIEW SI, MA SOLO INTERNA AL SISTEMA
10/12/2013	LaCronaca.it	OSPEDALITA' PRIVATA, 5 MLN FAMIGLIE RINUNCIANO A CURARSI ANSA.IT
10/12/2013	gazzettadelmezzogiorno.it	OSPEDALI ITALIANI SPENDONO 61,6 MILIARDI
10/12/2013	LiberoQuotidiano.it	CINQUE MILIONI DI FAMIGLIE RINUNCIANO AL DENTISTA
10/12/2013	Liveinternet.it	CINQUE MILIONI DI FAMIGLIE RINUNCIANO AL DENTISTA
10/12/2013	Liveinternet.it	OSPEDALI ITALIANI SPENDONO 61,6 MILIARDI
10/12/2013	Net1news.Org	CRISI, 5 MILIONI DI FAMIGLIE ITALIANE NON CURANO I DENTI.
10/12/2013	Panorama.it	SANITA': AIOP, A RISCHIO UNIVERSALITA' SSN
10/12/2013	Panorama.it	CINQUE MILIONI DI FAMIGLIE ITALIANE HANNO RINUNCIATO A CURA
10/12/2013	Panorama.it	LA PROPOSTA DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITA' PRIVATA
10/12/2013	Primocanale.it	LA SPESA NEGLI OSPEDALI PUBBLICI ITALIANI E' LA PIU' BASSA NELL'OCSE
10/12/2013	Qn.Quotidiano.Net	"CRISI, OLTRE 5 MILIONI DI PERSONE HANNO RINUNCIATO ALLE CURE"
10/12/2013	Quotidianosanita.it	"MILIONI DI ITALIANI IN FUGA DALLA SANITA'"
10/12/2013	Regione.Basilicata.it	RIQUALIFICARE SPESA SANITARIA
10/12/2013	SassariNotizie.Com	A RISCHIO UNIVERSALITA' SSN
10/12/2013	Sassilive.it	ANISAP: DA RAPPORTO AIOP EMERGENZA DIRITTO SALUTE
10/12/2013	Tiscali.it	OSPEDALI ITALIANI SPENDONO 61,6 MILIARDI
10/12/2013	Tiscali.it	SANITA': AIOP, 5 MLN FAMIGLIE RINUNCIANO A CURE
10/12/2013	Virgilio.it	RAPPORTO AIOP ANISAP: RIQUALIFICARE SPESA SANITARIA
10/12/2013	Voceditalia.it	SALUTE: 5 MILIONI DI FAMIGLIE RINUNCIANO O RIMANDANO LE CURE
10/12/2013	Wallstreetitalia.Com	SANITA': AIOP, A RISCHIO UNIVERSALITA' SSN
19/12/2013	pag.84/88 Panorama	MAL DI DENTISTA (F. Paladini)
11/12/2013	Finanzainchiaro.it	CRISI, 5 MILIONI DI FAMIGLIE ITALIANE NON CURANO I DENTI. N
11/12/2013	InTOPIC.it	"CRISI, OLTRE 5 MILIONI DI FAMIGLIE HANNO RINUNCIATO ALLE CURE"
11/12/2013	Nonsolofole.it	GLI ITALIANI NON SI CURANO PIU' E GLI OSPEDALI GETTANO 4 MILIARDI
11/12/2013	Pressitaly.Com	SANITA', NEL 2013 CROLLANO LE VISITE MEDICHE
11/12/2013	Urbanpost.it	CRISI ECONOMICA, GLI ITALIANI SI CURANO POCO
11/12/2013	WestInfo.Eu	SENZA SOLDI NON MI CURO
13/12/2013	pag.23 La Provincia Ed.Lecce	CRISI, CI RIMETTE ANCHE LA SALUTE MAI LECCHESI SI SALVANO I DENTI
15/12/2013	Cervelliamo.Blogspot.Com	SALUTE E SPESA OSPEDALIERA PUBBLICA: ITALIA AGLI ULTIMI POSTI OCSE
14/12/2013	pag.28 Il Denaro	DIFFONDERE LA CULTURA DELLA QUALITA' (F. Bellofatto)
13/12/2013	BlogStreet.it	SANITA' IN TEMPI DI CRISI: GLI ITALIANI RINUNCIANO A CURE MEDICHE
13/12/2013	Informazione.it	SANITA' IN TEMPI DI CRISI: GLI ITALIANI RINUNCIANO A CURE MEDICHE
13/12/2013	Laperfettaletizia.Com	SANITA' IN TEMPI DI CRISI: GLI ITALIANI RINUNCIANO A CURE MEDICHE
13/12/2013	Politicaecologia.it	SANITA' IN TEMPI DI CRISI: GLI ITALIANI RINUNCIANO A CURE MEDICHE
12/12/2013	Informazione.it	SANITA' IN TEMPI DI CRISI: GLI ITALIANI RINUNCIANO A CURE MEDICHE
12/12/2013	it.Paperblog.Com	SANITA' IN TEMPI DI CRISI: GLI ITALIANI
11/12/2013	LaCronaca.it	SANITA': AIOP, CURE SEMPRE PIU' CARE, A RISCHIO UNIVERSALITA' SSN
23/12/2013	pag.1 Il Sole 24 Ore Sanita'	'CON NOI NIENTE SPRECHI'
23/12/2013	pag.2/3 Il Sole 24 Ore Sanita'	'NOI SCUDO ALLA FUGA DALLE CURE
23/12/2013	pag.4 Il Sole 24 Ore Sanita'	ACCESSO A OSTACOLI ALLE CURE
28/12/2013	Panorama.it	BOOM DEI TICKET: LA SANITA' E' UN SALASSO
28/12/2013	Insubrianotizie.eu	GLI OSPEDALI ITALIANI SPENDONO 61,6 MILIARDI
30/12/2013	pag.15 Panorama	BOOM DEI TICKET: LA SANITA' E' UN SALASSO (M. Pirro)
05/01/2014	Notiziedigitali.Com	BOOM DEI TICKET: LA SANITA' E' UN SALASSO



servizio video
sulla presentazione dell'11° Rapporto Aiop
www.youtube.com/watch?v=aM8lCi_UlsQ



rassegna stampa completa,
contenente anche tutti i ritagli
contenuti in questa pubblicazione



scarica e condividi questa pubblicazione
in formato PDF



pagina Internet con tutti i dettagli sul Rapporto
su www.aiop.it