



Abstract dei principali risultati



RAPPORTO 2015

OSSERVATORIO CIVICO SUL FEDERALISMO IN SANITÀ

FrancoAngeli

Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2015 Abstract Capitolo 1: *Il SSN nella dimensione internazionale e regionale*

Nel capitolo 1, si analizza il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in Italia. In questi anni sono state attuate manovre economiche volte a ridurre il livello di finanziamento del SSN, con importanti ripercussioni sulla qualità, sicurezza, tempestività e accessibilità delle prestazioni sanitarie. Nell'ultimo Rapporto, *Health at a Glance* (2015), l'OCSE segnala una generale contrazione della spesa sanitaria in Italia, che risulta sotto la media OCSE. Spendiamo complessivamente per la sanità pubblica e privata \$ 3.077 pro capite, a fronte di una media OCSE di \$ 3.453. Se guardiamo la spesa sanitaria totale corrente pro capite in % del PIL nel nostro Paese rispetto alla EU 14, osserviamo che a partire dal 2010, in concomitanza con le politiche di *spending review*, la spesa sanitaria in Italia decresce e il divario rispetto alla EU14 è crescente, con un picco più alto nel 2013.

La riduzione della spesa sanitaria nazionale incide sulle aree dell'assistenza. Ad esempio, per quanto riguarda la spesa farmaceutica pro capite l'Italia risulta ancora al di sopra della media OCSE (\$ 572 a fronte di una media OCSE di 515), ma il tasso di crescita media della spesa pubblica farmaceutica subisce progressivamente una contrazione: nel periodo 2005-2009, l'Italia registra una contrazione media del 1,4% e nel periodo 2009-2013, un'ulteriore variazione del 3,9%.

Inoltre, a fronte di politiche di finanziamento pubblico sempre più restrittive e inferiori alla media dei Paesi OCSE, si registra una **spesa privata out of pocket più alta rispetto alla media**, mentre i Paesi che presentano una spesa sanitaria pubblica maggiore mostrano una spesa privata inferiore. La spesa *out of pocket* in Italia è al di sopra della media OCSE (3,2% a fronte di una media OCSE di 2,8%).

La riduzione della spesa sanitaria in Italia è correlata ai molteplici, e spesso pesanti, interventi degli ultimi anni sul livello di finanziamento e di spesa del Servizio Sanitario Nazionale. Il Patto per la salute 2014-2016 e la Legge di stabilità 2015 avevano previsto un finanziamento per il 2016 di 115.444 mln €, ridotto successivamente di 2.352 mln € dall'Intesa del 2 luglio 2015 (113.097 per il 2016). Con l'ultima Legge di stabilità 2016, si è avuto un'ulteriore contrazione, con un finanziamento di € 111.000 mln €, ben 4 mld in meno.

Si è poi analizzata la **spesa sanitaria a livello regionale ed è emersa una forte eterogeneità**. Per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica per funzioni nelle Regioni, l'11° Rapporto CREA evidenzia che la *specialistica ambulatoriale* ha riportato una crescita complessiva del 12,5% (Nord +21,3%, Centro -3,5% e Sud +10,6%); la spesa per l'assistenza ospedaliera si è ridotta del 3,2% a livello nazionale e ben del 7,2% nelle Regioni centrali; infine, la spesa per la *medicina di base* è cresciuta leggermente raggiungendo, in media, un +3,9% (Nord 2,7%, Centro 3,4% e Sud 5,4%). I livelli di spesa regionali presentano una certa variabilità: la spesa sanitaria pubblica pro capite, nel 2013, assume valori massimi nella PA di Trento (€ 2.315,27) e Bolzano (2.308,21) o in Valle d'Aosta con 2.393,03, mentre presenta valori minimi in Campania (€ 1.776,85), con un gap in termini nominali tra la Regione con valori minimi e quella con valori massimi di € 538,4. Lo stesso può dirsi per la spesa privata per Regione (€781,2 in Valle d'Aosta a fronte di € 267,9 in Sicilia).

Un altro dato interessante riguarda le Regioni in piano di rientro che, nonostante una contrazione del livello di spesa sanitaria pubblica e privata, hanno applicato, di contro, livelli di tassazione più elevati: l'addizionale regionale Irpef media più alta è stata registrata nel Lazio (€470 per contribuente) seguita dalla Campania (€440 per contribuente). Analogamente, l'aliquota Irap media effettiva ha raggiunto il suo valore massimo in Campania e Lazio (4,9%). E dunque per **ripiantare i deficit regionali si sta gravando ulteriormente sul cittadino**. Le differenze e le disomogeneità regionali, in termini di livello di spesa pubblica sanitaria e privata, si riflettono anche sui Livelli Essenziali di Assistenza. Maggiori criticità, specialmente in alcune aree dell'assistenza (prevenzione, assistenza domiciliare e residenziale, cure palliative e punti nascita) emergono in quelle Regioni in piano di rientro che mostrano una spesa pubblica e privata più bassa e applicano una maggiore tassazione. Sono le stesse Regioni che si collocano agli ultimi posti in termini di indice di equità.

Ma siamo certi che l'attuazione delle politiche di de-finanziamento stia tagliando gli sprechi e non incida invece solo sui bisogni di salute? Siamo certi che il taglio camuffato da risparmio di circa 2,3 miliardi di euro stabiliti nell'intesa del 2 luglio non si sarebbe potuto recuperare al di fuori della sanità,

attingendo ad altre voci dei bilanci regionali, ovvero le spese extra-sanitarie? L'11° Rapporto CREA 2015 riporta, nel periodo 2012-2013 rispetto al periodo 2011-2012, un incremento delle spese totali non sanitarie delle Regioni (+1,79). Dati ISTAT relativi al 2012, rilevano che le Regioni spendono ben 800 milioni per consulenze esterne, 6,050 miliardi per beni e servizi, di cui ben 2,674 per beni non durevoli. Ci sono poi 3,263 miliardi trasferiti annualmente a non meglio precisate "aziende regionalizzate, provincializzate, municipalizzate e consortili". E infine troviamo 902,2 milioni di euro per le spese della "politica": circa 3,263 miliardi trasferiti annualmente a non meglio precisate "aziende regionalizzate, provincializzate, municipalizzate e consortili". E infine troviamo 902,2 milioni di euro per le spese della "politica". Le spese regionali complessive, correnti e per investimenti (esclusi comunque sanità, mutui e prestiti e partite di giro varie), arrivano quindi a sfiorare circa 100 miliardi di euro, per l'esattezza 98,794, su cui intervenire, attraverso politiche che riducano sprechi e inefficienze legati anche a tali voci di spesa, per trasferirli invece sul Servizio Sanitario Nazionale pubblico chiamato a garantire Livelli Essenziali di Assistenza già fortemente compromessi dalle misure contenitive del Fondo sanitario attuate negli ultimi anni.

Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2015 Abstract Capitolo 2. *La Programmazione sanitaria in Italia: il Piano Sanitario Nazionale e i Piani regionali*

Il Piano Sanitario Regionale rappresenta il piano strategico di durata triennale ed è adottato dalla Regione per soddisfare le esigenze di salute della popolazione regionale. Ogni PSR deve essere predisposto tenendo conto degli obiettivi stabiliti nel PSN (Piano Sanitario Nazionale) e, proprio al fine di assicurarne il coordinamento, le Regioni inviano i progetti di piano al Ministro della Salute al fine di acquisirne il parere.

A livello regionale, le procedure di programmazione si distinguono tra:

- 1) un **generale programma regionale di sviluppo**, che è lo strumento per mezzo del quale la Regione concorre alla definizione degli obiettivi della programmazione nazionale per quanto concerne gli effetti sull'attività e nel territorio regionale, determina la modalità della sua partecipazione ai programmi finanziati dall'Unione Europea e dallo Stato e alle eventuali iniziative interregionali e coordina gli interventi promossi dagli altri enti territoriali con quelli di propria competenza;
- 2) i **piani di settore che lo attuano**, che definiscono specifici interventi attuativi del PRS indicando, in particolare, gli obiettivi da perseguire e i risultati attesi in relazione alle finalità del PRS con riferimento a settori specifici, la loro connessione con altri interventi della Regione, dello Stato, dell'Unione Europea o degli Enti locali, la disciplina delle attività pubbliche e private inerenti al settore e l'uso delle relative risorse, i modi e i tempi degli interventi e i criteri per la loro localizzazione, i criteri e le modalità per la concessione di eventuali sovvenzioni, contributi, sussidi e ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere, i soggetti responsabili dell'attuazione degli interventi e della gestione, le risorse organizzative necessarie per l'attuazione e le modalità per disporre, gli eventuali accordi di programma previsti o stipulati per la loro realizzazione e la spesa totale e quella regionale, la ripartizione per tipo di costo e per durata, con la valutazione degli investimenti in termini di analisi di costi-benefici.

L'ultimo studio sui Piani Sanitari Regionali è stato realizzato da Agenas e prende in esame quelli vigenti nel 2013.

L'integrazione sociosanitaria

La "assistenza sociosanitaria" è definita come: "insieme di attività atte a soddisfare, con percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". Gli ambiti di applicazione sono: area materno-infantile, handicap, anziani non autosufficienti, patologie cronico-degenerative, patologie psichiatriche, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV, patologie in fase terminale.

Le prestazioni si distinguono in: **prestazioni sanitarie a rilievo sociale**, proprie dell'area medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa, che si strutturano nell'ambito ambulatoriale, domiciliare e delle strutture diurne e residenziali; **prestazioni sociali a rilievo sanitario**, che consistono in azioni atte alla rimozione di ostacoli di natura sociale e assistenziale che impediscono l'ottimizzazione dei risultati di cura e riabilitazione (interventi di natura economica; aiuto domestico familiare e altre forme di sostegno a domicilio; ospitalità di tipo "alberghiero" presso le strutture diurne e residenziali).

Nei Piani regionali, l'integrazione deve costituire una priorità strategica cui destinare congrue risorse. Sono da considerarsi prioritarie nell'integrazione sociosanitaria le attività afferenti all'area materno-infantile; handicap; anziani, con particolare riferimento ai soggetti non autosufficienti; salute mentale; tossicodipendenza; condizioni che richiedono un'assistenza prolungata e continuativa, con particolare riferimento alle patologie oncologiche e alle infezioni da HIV.

Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2015

Abstract Capitolo 3. *Liste d'attesa e ticket*

L'assistenza sociosanitaria nel nostro Paese sta vivendo un costante definanziamento, rendendo di fatto il SSN sempre più inaccessibile da parte dei cittadini. È frequente il ricorso alla sanità privata come unica soluzione utile a rispondere tempestivamente ai bisogni di cura della popolazione, essendo questa ormai concorrenziale dal punto di vista dei costi oltre che dei tempi rispetto al servizio pubblico.

Queste politiche di contenimento della spesa sanitaria contribuiscono ad alimentare la consapevolezza da parte dei cittadini di **evidenti disuguaglianze in sanità**. Il *48° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese* del Censis evidenzia che è soprattutto il Nord-Ovest a percepire l'aumento delle disuguaglianze (54,7%), seguita dal Sud ed Isole (51,1%), dal Nord Est (48,4%), mentre questa percezione è più contenuta al Centro (44,5%).

Dall'analisi proposta dall'11° rapporto Crea, risulta che in Italia **il 7,2% dei residenti ha rinunciato a curarsi**. Il 5,1%, ovvero circa 2,7 milioni di persone, lo ha fatto per motivi economici, la seconda causa sono le liste d'attesa. Nelle Regioni del Sud si riscontra la maggior quota di rinunce (11,2%): l'8,5% dei residenti rinuncia per motivi economici e l'1,2% per le liste d'attesa. Al Centro rinuncia il 7,4% (4,8% per motivi economici e 1,1% per le liste d'attesa) dei residenti e al Nord il 4,1% (2,6% per motivi economici, 0,4% per impossibilità ad assentarsi dal lavoro e 0,3% per le liste d'attesa).

Nell'ambito della ricerca Censis-Rbm Salute, presentata a Roma al V Welfare Day, **il 54% degli italiani indica come priorità del welfare la riduzione delle liste di attesa**. Emerge inoltre che oltre 9 milioni di italiani hanno effettuato visite specialistiche nell'ultimo anno nel privato per sopperire alle attese previste dal servizio pubblico. Sono soprattutto le Regioni del Centro e del Sud a mostrare i tempi più lunghi ed in particolare sono la Puglia e la Campania quelle in cui è più alto il ricorso agli specialisti privati. Sul versante dei costi, l'edizione del 2015 di Meridiano Sanità mostra che su una **spesa pro capite media nazionale pari a 49 euro**, 25 euro sono attribuibili ai ticket sui farmaci e 24 euro ai ticket sulle prestazioni sanitarie. Questo bilanciamento non è però riscontrabile in tutte le Regioni: in Campania e Sicilia la spesa compartecipata sui farmaci è doppia rispetto a quella per le prestazioni sanitarie, mentre in Friuli Venezia Giulia, nella Provincia autonoma di Trento e in Valle d'Aosta si verifica esattamente il contrario. Veneto e Valle d'Aosta sono le Regioni con il livello di compartecipazione maggiore, con una spesa superiore ai 60 euro pro capite, mentre in Calabria, nella Provincia autonoma di Trento e in Sardegna la spesa complessiva è inferiore ai 40 euro. Inoltre tutte le Regioni prevedono sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria, ma tali sistemi si differenziano in modo sostanzioso sia in relazione alle prestazioni su cui si applicano, sia in relazione agli importi che i cittadini sono tenuti a corrispondere, sia in relazione alle esenzioni previste.

Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2015

Abstract Capitolo 4. *Implementazione degli standard ospedalieri, punti nascita e potenziamento del territorio*

A partire dal 2012 la razionalizzazione e la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale è stata affrontata con una serie di provvedimenti. In particolare il Patto per la Salute 2014/2016 è il documento programmatico che impegna Stato e Regioni sia sulla riforma della rete ospedaliera e di quella dell'emergenza-urgenza attraverso il *Regolamento sugli standard ospedalieri*, sia sull'implementazione dell'assistenza territoriale.

Per ciò che concerne l'**assistenza ospedaliera**, il Regolamento sugli standard ospedalieri riprende l'indice di 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivo di 0,7 posti letto per la riabilitazione, la lungodegenza post acuzie, stabilito con la Spending review. La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese registra tra il 2010 ed il 2013 una diminuzione di 13.377 *posti letto per acuti* (media di 3,2 posti letto per mille abitanti rispetto alla media di 3,3 nel 2012). Il Rapporto sulle SDO del 2014 indica una ulteriore riduzione di circa il 3,2%, con 315 mila ricoveri in meno rispetto al 2013. Basilicata e Sicilia rispettano lo standard di 3,0 posti letto per acuti. I dati evidenziano che la maggior parte delle Regioni non sottoposte a Piano di Rientro presentano valori più elevati rispetto allo standard fissato: è il caso del Friuli Venezia Giulia (3,8), Valle D'Aosta (3,7) Emilia Romagna (3,6), Marche (3,3), Veneto, Toscana e Umbria (3,2), mentre Calabria, Puglia e Campania - Regioni sottoposte da anni a Piano di rientro - mostrano valori medi inferiori alla soglia, rispettivamente: 2,6; 2,9; 2,9. Il Regolamento sugli Standard ospedalieri inoltre riduce *la media dei giorni di degenza* per le acuzie a 7 giorni. A fronte di una media italiana di 6,82 giorni, le Regioni che risultano attenersi agli standard indicati sono Piemonte (6,82), Toscana (6,87), Valle D'Aosta e Marche (6,99). Il Veneto mantiene una media più alta (8,26), seguono Liguria (7,63) e Friuli Venezia Giulia (7,58). Anche in questo caso, alcune Regioni del Sud sottoposte a Piano di Rientro presentano valori medi molto più bassi: Puglia (6,22), Campania (5,65) e per ultima la Calabria con soli 5,49 giorni medi di degenza per acuti.

Anche rispetto all'**assistenza territoriale** ed in particolare alle cure primarie, le Regioni in Piano di Rientro, e nello specifico alcune Regioni del Sud, non offrono risposte soddisfacenti ai bisogni della popolazione. A titolo di esempio, nel documento "Verifica ed adempimento Lea 2013", sulle 16 Regioni prese in esame 7 (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Puglia) risultano "adempienti con impegno per l'erogazione dell'*assistenza domiciliare*". I modelli di *assistenza territoriale* sono ben saldi e capillari solo in alcune Regioni. Prendendo in considerazione le cure primarie, si evidenzia per esempio una notevole diversità tra i sistemi regionali ed una variegata concentrazione e capillarità della rete a seconda dei territori. Sono infatti 1559 i *modelli di cure primarie* adottati dalle Regioni. Inoltre, a differenza del Veneto dove, per esempio, sono presenti 32 UTAP (Unità Territoriale di Assistenza Primaria) e 164 AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale), o della Emilia Romagna dove sono censite 49 Case della salute e 216 Nuclei di cure primarie, in Calabria (che presenta i valori più bassi d'Italia sia per il n. medio di posti letto ospedalieri, che per la media dei giorni di degenza) risultano soltanto 6 Nuclei cure primarie. Ancora, in Campania (anch'essa con valori medi tra i più bassi d'Italia), sono presenti solo 5 SPS (Strutture Polifunzionali per la Salute)..

Il **percorso materno infantile**, secondo le Linee guida del 2010, avrebbe dovuto vedere la piena attuazione della riorganizzazione della rete e l'integrazione tra strutture semplici, complesse, servizi territoriali compresi i consultori, già da tempo. I dati invece ci dicono che siamo ben lontani dal raggiungimento dei risultati attesi. Su 531 *punti nascita* attivi nel 2014, 98 effettuano un numero di parti inferiore ai 500/anno. Sulle 16 Regioni prese in esame dal documento "Verifica ed Adempimento LEA", 6 risultano inadempienti (Sicilia, Calabria, Puglia, Campania, Lazio, Abruzzo); 5 adempienti con impegno (Piemonte, Emilia Romagna, Molise, Basilicata). Tra le Regioni che hanno trasmesso il report relativo alla presenza dei punti nascita con meno di 500 parti/anno, la Basilicata ne ha attivi 3, l'Emilia Romagna 7, il Lazio 6, La Puglia e la Lombardia 9 (In Lombardia questi punti nascita

sembrano soddisfare i requisiti indicati dall'Accordo). Anche rispetto all'utilizzo del *taglio cesareo*, per il quale le linee di indirizzo indicano un valore standard da raggiungere del 20%, non si evidenziano miglioramenti. Le SDO mostrano infatti una soglia nazionale pari al 38,2% nel 2010 e del 35,9% nel 2014. Nel 2014 la Campania raggiunge una percentuale pari al 62,3%, seguono Sicilia e Puglia (44%), Molise (43,7%). Ancora, i dati 2012 disponibili sulla distribuzione delle Terapie Intensive Neonatali, indicano chiaramente che gli standard fissati (una TIN per un bacino di utenza di almeno 5000/nati vivi) non sono rispettati. La media nazionale è infatti di una TIN ogni 3880 nati vivi l'anno; solo 4 Regioni (P.A. Bolzano, P.A. Trento, Marche e Sardegna) hanno una TIN per più di 5000 nati vivi; Liguria, Abruzzo, Molise e Sicilia hanno invece una TIN per un bacino di utenza compreso tra 2000-3000 nati vivi (un numero di TIN superiore allo standard); le altre Regioni sono comunque fuori standard.

Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2015 Abstract Capitolo 5. *Esperienze di partecipazione dei cittadini nelle politiche regionali*

Il coinvolgimento dei cittadini nelle politiche sanitarie è un sistema intenso (le poste in gioco sono la vita e la salute), articolato e complesso; fa capo, principalmente alle autonome iniziative dei cittadini (cittadinanza attiva), ma comprende anche azioni delle amministrazioni e può assumere molte forme.

Un ambito particolarmente significativo è quello della **valutazione finalizzata ai cicli di miglioramento**. A partire dal 2001, Cittadinanzattiva ha messo a disposizione la metodologia dell'**Audit civico**, che è stata accolta da centinaia di aziende e da nove amministrazioni regionali. A partire dal 2010 una analoga metodologia è stata messa a punto da Agenas, nell'ambito del programma sull'empowerment, in partnership con l'Agenzia di valutazione civica di Cittadinanzattiva, per la valutazione partecipata della umanizzazione degli ospedali. Nello stesso periodo di tempo il baricentro dell'attenzione dell'Audit civico si è trasferito dagli ospedali al territorio. Nel contempo si sono sviluppati progetti volti a garantire la trasparenza, l'autonomia e la valorizzazione del punto di vista dei cittadini, come in Lombardia. In Trentino, a partire dal 2011, gli esiti dell'Audit civico, prima, e della valutazione partecipata dell'umanizzazione, poi, hanno innescato sistematiche azioni di miglioramento, promosse e verificate, con scadenza semestrale, da un gruppo di lavoro costituito da Cittadinanzattiva, Azienda provinciale per i servizi sanitari e Provincia autonoma di Trento. In Umbria il programma regionale di Audit civico era finalizzato alla verifica e alla implementazione del sistema della Carta dei servizi e ha promosso 116 azioni di adeguamento agli standard. Tutte le aziende hanno rielaborato la propria Carta rendendola accessibile ma sono rimaste in sospeso le sezioni relative alla dichiarazione e alla verifica degli impegni. Una legge regionale ha riconosciuto la validità dell'approccio ma non ha innescato azioni concrete. In Sicilia, la valutazione civica è stata parte integrante della riforma del servizio sanitario regionale imposta dal piano di rientro. La partecipazione è stata ulteriormente stimolata con la costituzione dei Comitati consultivi di azienda, costituiti dalle associazioni di volontariato e di tutela senza interferenze aziendali, che esprimono pareri sui provvedimenti più importanti e con la promozione, tuttora in corso, della Rete civica della salute animata dalla libera adesione dei cittadini interessati a favorire l'informazione e la comunicazione sulle questioni sanitarie e a collaborare al monitoraggio delle politiche.

In Piemonte, la valutazione civica e la valutazione partecipata sono state la base per il programma di empowerment delle comunità locali animato dalla realtà regionale di Cittadinanzattiva. In collaborazione con la Scuola di igiene e di medicina di comunità dell'Università di Torino è stata promossa una Conferenza annuale sul tema "Sanità e comunità locali". Le due edizioni realizzate nel 2014 e nel 2015, hanno visto la partecipazione di tutti gli interlocutori del governo della sanità, a partire dall'assessorato e hanno promosso tre linee di lavoro. La prima riguarda la costituzione di una rete integrata dei servizi di emergenza urgenza, a partire dalla Carta dei diritti al pronto soccorso condivisa con le società scientifiche. La seconda riguarda il legame fra il miglioramento continuo e la partecipazione civica: l'assessorato regionale, con la collaborazione di Cittadinanzattiva ha avviato l'applicazione della metodologia Agenas/Cittadinanzattiva, alla umanizzazione di tutti gli ospedali e ha inserito, fra gli obiettivi dei direttori generali delle aziende, l'obbligo di adottare i piani di miglioramento promossi dalla valutazione partecipata. La terza riguarda lo sviluppo dei PDTA e dei Piani di assistenza individuali come asse per la riorganizzazione dei servizi territoriali. Le esperienze descritte confermano che la **partecipazione civica può essere un "motore" importante del miglioramento e della riorganizzazione dei servizi sanitari**. L'efficacia potenziale, però, è ancora limitata dalla propensione della politica e delle amministrazioni a confinare le politiche della cittadinanza in ambiti residuali e a non assegnare ad esse la dovuta priorità

Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2015

Abstract Capitolo 6. Programmi di "prevenzione attiva": vaccinazioni e screening oncologici

E' un dato di fatto che le Regioni che non risultano adempienti rispetto al mantenimento dei LEA nel 2013 hanno tutte un vulnus nella prevenzione. Nel dettaglio si riporta la sintesi delle criticità per regione:

- *Abruzzo*: screening e prevenzione veterinaria.
- *Lazio*: vaccinazioni morbillo-parotite-rosolia e antinfluenzale per anziani; screening; costo pro-capite assistenza collettiva e prevenzione veterinaria.
- *Basilicata*: vaccinazione morbillo-parotite-rosolia e antinfluenzale per anziani;
- *Molise*: vaccinazione morbillo-parotite-rosolia; prevenzione alimentare.
- *Calabria*: vaccinazione morbillo-parotite-rosolia; screening; prevenzione veterinaria e alimentare.
- *Campania*: vaccinazione morbillo-parotite-rosolia e antinfluenzale per anziani; screening.
- *Puglia*: vaccinazione morbillo-parotite-rosolia e antinfluenzale per anziani; screening; prevenzione veterinaria e alimentare.

Andando a vedere nel documento più analitico del Ministero della Salute che attiene i LEA, è possibile verificare la capacità delle Regioni di rispettare gli **impegni relativi al pilastro del SSN della prevenzione**.

Regioni e performance su LEA prevenzione, 2013

Regione	Adempienza (punteggio ≥80)	Punteggio 2013	Punteggio 2012	Variazione 2012-2013
Abruzzo	INADEMPIENTE	52,5	50	+2,5
Basilicata	ADEMPIENTE	92,5	100	-7,5
Calabria	INADEMPIENTE	60	65	-5
Campania	INADEMPIENTE	55	60	-5
Emilia-Romagna	ADEMPIENTE	100	100	invariato
Lazio	INADEMPIENTE	50	70	-20
Liguria	ADEMPIENTE	92,5	100	-7,5
Lombardia	ADEMPIENTE	85	85	invariato
Marche	ADEMPIENTE	92,5	60	+32,5
Molise	INADEMPIENTE	62,5	60	+2,5
Piemonte	INADEMPIENTE	75	55	+20
Puglia	INADEMPIENTE	70	85	-15
Sicilia	INADEMPIENTE	47,5	55	-7,5
Toscana	ADEMPIENTE	100	100	invariato
Umbria	ADEMPIENTE	100	85	+15
Veneto	ADEMPIENTE	80	90	-10

*Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Sardegna, Friuli-Venezia Giulia non sono presenti nella verifica LEA
 Fonte: Osservatorio Civico sul federalismo in sanità 2015 su Verifica adempimenti LEA, aa 2012-2013

Il punteggio regionale da raggiungere, per essere considerati adempienti, è maggiore o uguale a 80. Le Regioni inadempienti nel garantire i LEA legati alla prevenzione sono 8 (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia).

Appare evidente la spaccatura Nord-Sud, così come i miglioramenti/peggioramenti nelle regioni che vedono uno scostamento anche di 20 o più punti. E' il caso del Lazio che dal 2012 al 2013 perde 20 punti; la Puglia che ne perde 15 e infine il Veneto che segna un -10. In trend opposto, quindi positivo, troviamo il Piemonte (+20) anche se risulta ancora inadempiente e le Marche che con un +32,5 riesce a superare l'indice di riferimento.

Vaccinazioni: differenze tra Regioni

Obbligatorietà vaccini infanzia:

Oltre al Veneto che nel 2007 ha superato l'obbligatorietà vaccinale, hanno eliminato la sanzione amministrativa nei confronti dei genitori contrari alle vaccinazioni PA Trento (2012), Emilia Romagna (2009), Lombardia (2005), Piemonte (2006), Sardegna (2008), Toscana (2006).

Coperture vaccinali infanzia

A settembre 2015 il Ministero della Salute ha pubblicato i dati delle coperture vaccinali pediatriche all'età di 24 mesi, sia nazionali che regionali, per singola malattia prevenibile. Mancano all'appello i dati della Regione Sardegna per il 2014 (non erano disponibili quelli della Campania nel 2013).

Comparando i dati delle coperture nazionali 2013 e 2014 emerge chiaramente che per il secondo anno di seguito vi è stata una flessione delle coperture vaccinali. La media nazionale mostra che l'obiettivo di copertura del 95% non viene raggiunto in nessuna vaccinazione.

Riescono a raggiungere il 95% per le vaccinazioni obbligatorie solo Piemonte, Liguria, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata e Calabria. Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta sono le Regioni che mostrano maggiori criticità su più fronti, compresa la vaccinazione facoltativa Morbillo-Parotite-Rosolia, che, come mostra la tabella è critica per tutte le Regioni, con peggioramenti sostanziali tra il 2013 e il 2014.

La vaccinazione antipneumococcica è una vaccinazione consigliata. Dall'introduzione in commercio in Italia, questi vaccini sono stati offerti con modalità diverse nelle diverse regioni, e a partire dal 2009/2010 tutte le regioni offrono il vaccino coniugato a tutti i nuovi nati: la Regione con tasso più basso di bimbi vaccinati è la Campania con il 76,6%, segue la Lombardia con il 79,4. Il livello più alto si registra in Basilicata con il 98,5.

Anagrafi Vaccinali informatizzate:

A febbraio 2014 solo l'83% delle Aziende Sanitarie Locali ha una AVI (Anagrafe Vaccinale Informatizzata), solo il 25% di queste trasmette dati individuali alla propria Regione.

Esempi di difformità nell'Offerta vaccinale

Dal 2003 ad oggi hanno introdotto la vaccinazione per varicella universale con offerta attiva e gratuita ai nuovi nati¹: Sardegna, Sicilia, Calabria, Basilicata, Campania, Puglia, Molise, Toscana e Marche Friuli Venezia Giulia, Veneto, Trentino Alto Adige, Liguria.

In Italia nel 2015 sei Regioni hanno esteso l'offerta gratuita e attiva anche ai maschi nel dodicesimo anno di vita: si tratta di Liguria, Puglia, Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Molise e Veneto. Decisioni di altra natura sono state assunte da parte delle Regioni Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia, che offrono il vaccino anche agli individui, maschi e femmine, HIV positivi.

Vaccinazioni per adulti: il caso dell'herpes zoster

Quadro condizioni di erogazione della vaccinazione per Herpes Zoster nelle regioni

Regione	Vaccinazione attiva e gratuita	Soggetti beneficiari per condizioni rischio-correlati
Veneto		Offerta gratuita alle categorie

¹ Si ricorda che il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014 prevede l'estensione della vaccinazione in tutte le regioni entro il 2015.

		a rischio, in co-payment agli altri soggetti su richiesta ³ È raccomandato in pazienti di età tra 50 e 59 anni che hanno avuto la varicella o sono stati precedentemente vaccinati.
Liguria	Introduzione del vaccino in offerta attiva e gratuita, universale, nella coorte di soggetti 65enni, a partire dall'anno 2015 ²	
Sicilia	Offerta attiva e gratuita nei soggetti a rischio e negli anziani il vaccino anti zoster (50 - 75 anni) ³	
Calabria	65° anno: coorte per anti pneumococcico e anti-zoster 70° anno: coorte per anti pneumococcico e anti-zoster, se non effettuate al 65° anno	Le vaccinazioni antinfluenzale, anti pneumococcica, antimeningococcica, anti-zoster vanno effettuate gratuitamente nei soggetti a rischio anche al di fuori delle età previste in calendario.
Friuli Venezia Giulia		Offerta gratuitamente ai gruppi di rischio: pazienti di età tra i 50 e i 59 anni che hanno già avuto la varicella o che sono stati precedentemente vaccinati e che devono sottoporsi a trapianto di midollo o di organi solidi (più di un mese prima del trapianto); affetti da malattie infiammatorie croniche in trattamento con basse dosi di farmaci immunosoppressivi. Su prescrizione medica, con la compartecipazione alla spesa, ai soggetti non appartenenti alle categorie a rischio

Fonte: Osservatorio Civico sul federalismo in sanità 2015, Cittadinanzattiva

² l'obiettivo minimo assegnato dalla Regione Liguria è di ottenere, nel corso del 2015, coperture almeno [...] del 25-35% per l'anti-herpes zoster nell'anziano.

³ Non è prevista l'offerta gratuita del vaccino ai soggetti di età maggiore di 75 anni.

Screening oncologici: differenze

Nel corso del 2013 sono stati inviati oltre 11 milioni⁴ di inviti per partecipare ai tre programmi di screening oncologici organizzati: mammografico, coloretale e cervicale; meno della metà delle persone si sono sottoposte alle prestazioni preventive.

Inviti e adesioni per i 3 programmi nazionali di screening oncologici organizzati

Screening cervicale	Screening coloretale	Screening mammografico	Numero di inviti tot.
3.693.165	4.402.036 ⁵	3.042.301	11.137.502
			Tasso adesione Tot.
1.533.412	1.940.996	1.784.177	5.258.585

Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2015, Cittadinanzattiva su dati ONS.

Ci sono differenze marcate tra Centro-Nord e Sud: l'adesione ai 3 esami preventivi permane critica nelle regioni del sud; si apprezzano miglioramenti per Basilicata, Lombardia, PA di Bolzano e Piemonte che riescono a divenire adempienti rispetto a questo LEA; incremento delle adesioni inoltre per Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise rispetto all'anno precedente.

Screening mammografico

L'invito allo screening mammografico raggiunge circa 3 donne su quattro nel 2013: sono presenti notevoli differenze tra Nord (più di 9 donne su 10 invitate), Centro (più di 8 su dieci) e Sud (4 donne su 10).

Il 70% delle donne di età compresa tra 50 e 69 anni ha eseguito una mammografia a scopo preventivo nei due anni precedenti.

Al Nord l'81% delle donne ha eseguito la mammografia, di queste il 64% all'interno di programmi di screening, il 17 al di fuori. Al Centro su 77% di donne (quattro punti percentuali in meno rispetto al nord), il 56% ha eseguito l'esame nei programmi organizzati, il 21% (+ 3% rispetto al nord) al di fuori dei programmi di screening. Al Sud sul 55% di donne che ha eseguito la mammografia, il 33% lo ha fatto all'interno dei programmi di screening, il 21% al di fuori.

Marcata la differenza esistente al livello regionale: oltre alle Regioni del Sud, Liguria, Bolzano, Marche, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Umbria sono al di sotto della media nazionale per copertura da screening organizzato.

Screening coloretale

Nell'ambito degli screening coloretali che coinvolgono sia uomini che donne⁶, c'è un aumento nella copertura: si passa dal 57% del 2012 al 62% nel 2013. Il dato sembra più incoraggiante al sud e nelle isole, dove si passa dal 15% al 28%.

Il tasso di adesione allo screening coloretale è del 44% al livello nazionale: questi dati tuttavia, ancora una volta, mostrano variazioni significative nelle aree del Paese passando dal 53% del Nord, al 39% del Centro, al 31% del Sud.

⁴ Considerate le attività di screening per le donne sotto i 50 anni e sopra i 70 anni il numero di inviti per i 3 programmi è pari a 11.137.502.

⁵ Di cui 4.349.668 inviti per programmi con ricerca di sangue occulto fecale e 52.368 per programmi con rettosigmoidoscopia.

⁶ Colonscopia gratuita nei programmi di screening ogni cinque anni, per la popolazione di età superiore a 45 anni e per la popolazione a rischio, individuata secondo i criteri determinati da un decreto del ministero della Sanità (legge finanziaria 2001).

E' importante sottolineare che uno degli effetti positivi in tal senso è aver previsto nello screening la ricerca del sangue occulto delle feci in via preliminare ad un eventuale esame invasivo (colonscopia). Infatti l'adesione media ai programmi di screening con esame invasivo, rispetto alla ricerca del sangue occulto è notevolmente più bassa: circa il 25% in meno.

Le differenze diventano più marcate andando a leggere i dati per Regione: si passa dal 12% della Sicilia (di cui il 4% al di fuori dei programmi organizzati) al 70% dell'Emilia Romagna (con il 5% al di fuori dei programmi).

Esistono problemi in merito ai tempi di attesa tra il test positivo, l'approfondimento con esame endoscopico ed eventuale intervento chirurgico. Il tempo di attesa nella maggior parte dei casi è superiore ai due mesi e anche l'intervento chirurgico non viene eseguito entro i 30 giorni in quasi la metà dei casi (52%).

Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2015

Abstract Capitolo 7. *Il punto sulle politiche di accesso all'assistenza farmaceutica*

Negli ultimi anni gli interventi ed i provvedimenti nazionali, volti a determinare la razionalizzazione delle risorse economiche, hanno riguardato anche l'ambito dell'assistenza farmaceutica.

Le competenze in materia sanitaria assegnate alle Regioni con l'attuazione del federalismo sanitario, una debole attività di coordinamento e monitoraggio esercitati a livello nazionale, hanno prodotto nei confronti dei cittadini, un'offerta delle prestazioni sempre più sfumata, al punto da domandarsi se, in alcuni casi, sia ancora garantito il rispetto dell'art. 32 della Costituzione. In buona sostanza, ad una pianificazione degli interventi basata sull'analisi dei bisogni di salute dei cittadini, alla rivisitazione di vecchi modelli organizzativi che non valorizzano sufficientemente le competenze dei professionisti, alla maggiore attenzione verso l'invecchiamento della popolazione, sempre più gravata dalle cronicità, si tende a privilegiare una governance dell'assistenza farmaceutica, orientata verso i principi dell'economia rispetto a quelli dell'etica, con buona pace dell'universalismo delle cure. In questo scenario rientrano le osservazioni dei successivi capitoli che offrono una panoramica sulla **spesa farmaceutica** nel nostro Paese focalizzando l'attenzione su i **tetti di spesa** stabiliti, sulle **segnalazioni** raccolte dal PIT Salute di Cittadinanzattiva in tema di accesso ai farmaci, sugli **assetti e le iniziative specifiche messe in atto dalle Regioni**, su l'utilizzo di prontuari terapeutici regionali e l'istituzione di **commissioni** deputate ad una ulteriore valutazione del farmaco. Recentemente Cittadinanzattiva-Tribunale per i Diritti del Malato ha suggerito la necessità di varare *un provvedimento nazionale di "Riordino del Governo dell'Assistenza Farmaceutica"*¹ al fine di chiarire i ruoli, le competenze, le funzioni, le tempistiche e le attività di tutti i livelli interessati poiché la dimensione nazionale di accesso alle cure appare esautorata da molteplici disuguaglianze, con Regioni che presentano una propria tempistica di inserimento del farmaco ed a volte si perdono in complessi processi amministrativi e burocratici. Si tenga conto inoltre che ad oggi manca completamente un indicatore specifico nella griglia dei LEA che permetta di monitorare la disponibilità dei farmaci approvati a livello nazionale e di vigilare su quanto i provvedimenti dell'AIFA siano rispettati in modo uniforme sul territorio.

Nei **primi mesi del 2014**, i dati istituzionali², ad eccezione di Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento e Abruzzo, registravano su tutte le Regioni un significativo **sforamento del tetto** di spesa farmaceutica ospedaliera ed un valore degno di osservazione della spesa territoriale. **Tra gennaio e luglio 2015** il rispetto del cut-off all'11,35% della spesa territoriale ed al 3,5% della ospedaliera migliorava nel primo caso; la spesa farmaceutica ospedaliera appariva invece sotto controllo, esclusivamente nella Provincia Autonoma di

¹ Cfr. Cittadinanzattiva – *Raccomandazione Civica per un Nuovo Governo dell'Assistenza Farmaceutica*, 2014, Roma.

² AIFA, *L'uso dei farmaci in Italia, Rapporto OsMed 2014*, Roma 2015.

Trento. **L'elemento che accomuna tutte le Regioni**, nel mancato rispetto del tetto di spesa della farmaceutica ospedaliera, è fortemente influenzato dalle nuove e crescenti opportunità di cura offerte dai farmaci innovativi (Antineoplastici, Anticoagulanti Orali, Inibitori delle Proteasi antivirali dell'HIV e dell'HCV). **Le previsioni dei dati di spesa e del suo controllo non sono incoraggianti per il futuro**, quantomeno se non si ipotizzerà un processo di cambiamento in termini di "programmazione integrata della spesa pubblica", un nuovo meccanismo di rimborso dei farmaci e se non si confermerà una continuità al finanziamento del fondo per i farmaci innovativi. In tale panorama, a tutela del diritto alle cure ma soprattutto del "diritto alla guarigione", è necessaria una spinta concreta che affronti i nodi nevralgici dell'ambito farmaceutico, superando in primis molte delle criticità che attengono i rapporti tra l'AIFA e le Regioni e che se non risolte con fermezza, oscureranno agli occhi dei pazienti, i benefici raggiungibili.

La spesa farmaceutica in Italia è divisa in **farmaceutica territoriale e farmaceutica ospedaliera**; ad ognuna delle aree appartiene un tetto di spesa pubblica programmato: per le due componenti il tetto per la spesa farmaceutica territoriale è fissato dal 2013 all'11,35% con una contrazione in negativo rispetto ai precedenti anni, mentre il tetto per la spesa ospedaliera al 3,5%. In generale, i dati permettono di confermare come la spesa farmaceutica territoriale presenti uno **scostamento assoluto di -182,2 milioni di euro rispetto al livello di finanziamento programmato pari a 12.402 milioni di euro**, tuttavia dal "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Territoriale Gennaio-Ottobre 2014" (Fig. 1) dell'AIFA, si evince che **8 Regioni hanno sfiorato il tetto della spesa farmaceutica territoriale** fissato all'11,35% e che pertanto il disavanzo delle Regioni evidenziate in rosso, viene coperto dagli interventi delle Regioni restanti.

Regione	A FSN Gen-Dic 2014	B=A*11,35%	C Spesa netta	D Quota prezzo di riferimento	E Ticket fisso per ricetta	F Distribuzione diretta	G=C+E+F-5	H=G-B	I=H/A*100
ABRUZZO	2.031.049.672	230.528.138	187.180.293	19.543.931	7.731.616	112.718.326	308.943.147	74.419.010	15,05%
SARDEGNA	2.451.116.634	278.655.738	238.584.549	22.301.761	0	102.358.312	336.384.348	57.728.613	13,7%
CALABRIA	2.962.972.640	336.297.395	271.997.308	31.338.668	11.297.466	102.596.207	381.752.570	45.455.176	12,9%
PUGLIA	6.061.334.240	687.961.436	545.507.677	63.166.637	43.380.799	189.738.324	769.731.055	81.789.619	12,7%
LAZIO	8.540.914.061	966.393.746	768.983.373	92.511.622	40.890.740	275.663.085	1.073.069.307	103.685.561	12,0%
CAMPANIA	8.470.435.814	962.415.965	730.182.274	88.610.485	68.820.068	273.439.514	1.081.150.607	98.734.443	12,5%
SICILIA	7.820.502.062	882.226.984	634.796.624	77.112.107	56.710.982	170.971.485	831.589.820	9.372.936	11,5%
MARCHE	1.399.648.264	157.359.610	102.712.482	12.633.201	0	73.558.223	273.103.711	744.203	11,4%
BASILICATA	880.040.820	99.884.633	67.147.380	8.197.395	5.493.830	28.000.484	99.421.942	-462.691	11,3%
MOLISE	487.247.800	55.313.975	38.384.334	4.918.053	2.833.843	13.620.198	54.215.727	1.058.248	11,1%
LIGURIA	2.540.889.472	288.300.155	186.212.131	20.360.791	15.224.000	70.786.973	277.799.861	-10.500.194	10,9%
UMBRIA	1.340.474.306	157.818.834	107.981.833	13.578.909	1.876.828	40.811.330	148.483.917	-9.334.517	10,7%
TOSCANA	5.800.147.499	658.316.711	298.129.744	43.248.875	8.963.489	211.477.563	611.387.272	46.929.469	10,5%
PIEMONTE	6.866.253.585	777.049.782	528.088.971	54.103.972	9.455.461	188.821.163	715.364.554	-61.685.228	10,4%
FRIULI V.G.	1.860.142.696	213.396.196	150.821.246	14.511.715	0	47.710.289	196.094.596	17.301.600	10,4%
LOMBARDIA	14.973.693.331	1.699.514.193	1.093.559.016	99.470.516	116.745.761	320.490.926	1.512.856.897	-186.657.296	10,1%
V. AOSTA	193.068.999	21.913.331	14.757.520	1.382.861	0	4.282.298	18.801.411	-3.111.920	9,7%
E. ROMAGNA	6.851.496.326	777.644.833	440.624.277	48.991.896	12.283.174	202.888.596	648.062.957	-129.581.876	9,5%
VENETO	7.437.457.002	844.131.370	485.568.863	53.197.295	54.891.858	167.809.417	699.310.580	-144.840.790	9,4%
TRENTO	784.974.058	89.094.556	54.490.745	4.030.147	0	16.912.786	70.532.338	-18.562.217	9,0%
BOLOGNA	740.510.623	84.047.956	39.677.201	4.017.503	3.788.303	17.207.731	59.909.756	24.138.200	8,1%
ITALIA	91.156.664.900	10.346.281.466	7.182.365.945	789.228.789	460.388.218	2.641.172.143	10.164.026.374	-182.255.092	11,15%

In rosso le Regioni che non rispettano il tetto di spesa.

Fig. 1 Fonte: AIFA - "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Regionale Gennaio-Luglio 2014" - Territoriale

Il quadro sopra, confrontato con quello più recente del Gennaio - Luglio 2015 (Fig.2), mostra un peggioramento del precedente buon risultato generale e sarebbe lecito chiedersi quali fenomeni siano intervenuti all'interno di quelle Regioni, che tra l'altro in passato, si erano distinte per una politica farmaceutica virtuosa. Si aggiungono alle precedenti Regioni che sfiorano il tetto dell'11,35%: Basilicata, Molise, Liguria, **FVG e Toscana**. La seconda figura mostra la mancanza di tenuta del sistema: le Regioni in rosso aumentano ed il tetto dell'11,35% non è rispettato da 14 Regioni.

Regione	FSN Gen-Lug 2015	Tetto 11,35%	Spesa netta	Quota prezzo di riferimento	Ticket fisso per ricetta	Distribuzione diretta*	Spesa territoriale	Scostamento assoluto	Inc.% su FSR
SARDEGNA	1.753.036.610	200.104.555	170.626.981	16.747.803	0	30.899.371	261.526.352	61.421.897	14,8%
PUGLIA	4.343.388.283	492.997.270	388.490.261	47.395.453	30.479.841	213.019.998	631.990.100	138.992.830	14,5%
CALABRIA	2.111.650.927	239.672.380	190.874.504	22.838.518	8.326.280	89.823.743	289.024.615	49.352.235	13,7%
LAZIO	5.281.409.376	712.939.564	552.959.013	70.106.464	27.892.613	277.642.777	858.434.404	145.494.439	13,7%
CAMPANIA	6.096.450.914	691.947.179	522.293.921	67.419.346	48.492.373	256.397.838	827.184.131	135.236.952	13,6%
ABRUZZO	1.441.809.903	163.645.424	133.503.583	14.402.810	5.431.525	49.052.802	187.987.710	24.342.286	13,0%
BASILICATA	610.336.649	70.453.810	48.143.948	6.141.806	3.907.735	27.713.036	79.763.699	9.310.088	12,8%
MOLISE	341.942.795	38.810.507	27.472.164	3.601.958	1.885.604	13.888.911	43.246.680	4.436.172	12,6%
MARCHE	1.839.114.337	192.168.477	144.733.608	18.626.518	0	32.229.089	206.982.696	14.794.215	12,2%
SICILIA	5.541.905.458	605.306.725	426.380.555	55.279.938	38.654.761	188.754.477	638.789.795	27.488.078	11,9%
LIGURIA	1.793.524.481	203.349.379	130.391.559	14.701.023	10.930.088	59.793.628	211.045.271	7.695.992	11,8%
FRIULI	1.534.047.045	151.414.340	105.297.055	10.525.087	0	48.215.658	153.510.713	2.096.578	11,5%
TOSCANA	4.124.547.373	468.136.127	383.717.811	33.283.644	7.811.895	178.458.687	469.888.337	1.852.260	11,4%
UMBRIA	988.326.375	111.607.544	77.252.762	9.358.302	1.448.429	32.675.327	111.375.519	-231.025	11,3%
LOMBARDIA	10.735.730.373	1.219.505.397	824.080.193	76.584.406	83.928.573	293.585.149	1.201.601.915	-16.903.462	11,2%
PIEMONTE	4.853.383.719	550.859.058	366.452.208	39.205.847	5.802.474	168.941.350	541.196.052	-9.663.021	11,2%
E. ROMAGNA	4.846.474.042	550.074.804	311.083.093	35.853.576	9.441.315	213.348.764	533.874.172	-16.200.632	11,0%
V. ADIST.	136.720.252	15.517.749	10.250.692	990.792	0	4.892.334	14.648.026	-874.723	10,7%
VENETO	5.285.692.054	599.926.048	336.540.900	38.109.144	39.284.752	178.261.185	554.086.838	-45.839.210	10,5%
TRENTO	584.016.200	64.015.839	38.151.391	3.290.009	505.474	16.096.986	54.753.851	-9.261.987	9,7%
BOLZANO	536.909.314	60.870.426	28.238.461	2.973.247	2.707.686	17.095.576	48.041.723	-12.828.708	9,0%
ITALIA	65.777.534.489	7.403.322.994	5.116.941.555	585.428.812	326.871.350	2.470.215.465	7.914.028.526	510.705.681	12,1%

In rosso le Regioni che non rispettano il tetto di spesa.

Fig. n.2 Fonte: AIFA - "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Regionale Gennaio-Ottobre 2015"- Territoriale

Assodato che le informazioni sui flussi siano affidabili, si può senza ombra di dubbio affermare come i valori degli scostamenti siano in qualche misura la prova di un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che soffre a causa delle molteplici differenze esistenti tra i 21 Servizi Sanitari Regionali, ognuno dei quali, a seguito dell'attuazione del Titolo V della Costituzione, presenta condizioni non omogenee, raggiungendo risultati, evidentemente molto difforni tra loro e dunque tra una Regione e l'altra.

Altro discorso si presenta per la spesa farmaceutica ospedaliera: i dati istituzionali del 2014, parlano di uno sfioramento del tetto di circa 1 miliardo. Mettendo a confronto le medesime fonti precedenti, nel caso specifico della spesa ospedaliera, la sensazione è che qualcosa non torni tra l'attuale modello di governance della spesa farmaceutica, la complessità della domanda di cura e le realtà regionali, costrette ad essere pienamente responsabili dei propri bilanci ormai da tempo.

Nel "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Regionale Gennaio - Ottobre 2014 - Ospedaliera" dell'AIFA (Fig.3), 3 Regioni non sfondano il tetto della farmaceutica fissato al 3,5% mentre in quello del Gennaio - Luglio 2015 (Fig.4), solo la Provincia Autonoma di Trento presenta risultati positivi, con uno scostamento assoluto largamente evidente rispetto alle altre Regioni, ma prossimo a quanto fissato a livello nazionale.

Regione	A FSN Gen-Ott 2014	B Tetto 3,5%	C Spesa tracciabilità*	D Distribuzione diretta di fascia A	E Spesa medicinali fascia C e Cbis	F=C-D-E-§	G=F-B	H=F/A%
PUGLIA	6.246.784.214	118.637.448	580.398.072	189.758.324	28.404.298	356.918.439	138.340.991	5,7%
TOSCANA	5.977.606.316	209.216.221	583.241.916	211.477.563	33.607.188	332.518.420	123.302.199	5,6%
SARDEGNA	2.530.232.326	88.598.132	249.076.941	102.358.312	12.313.651	132.108.990	43.550.838	5,2%
UMBRIA	1.433.816.660	50.155.883	121.214.809	40.811.330	8.042.587	71.108.955	20.953.372	5,0%
E. ROMAGNA	7.061.121.760	147.139.262	577.382.590	202.888.556	38.665.589	329.963.441	62.824.178	4,7%
UGURIA	2.617.804.656	91.633.173	217.878.314	79.786.973	14.010.811	122.048.707	30.425.533	4,7%
MARCHE	2.473.061.717	86.557.160	204.901.571	73.568.223	14.587.775	114.641.810	28.084.650	4,6%
FRIULI V.G.	1.937.666.733	67.818.336	149.070.131	47.710.269	10.158.370	89.365.472	21.547.136	4,6%
VENETO	7.665.010.236	168.275.358	563.635.278	167.809.417	41.189.965	349.085.934	80.810.576	4,6%
BASILICATA	906.966.170	31.743.816	74.548.223	28.000.484	4.846.823	41.041.262	9.297.446	4,5%
PIEMONTE	7.055.718.614	146.950.151	545.608.978	188.801.163	33.138.477	318.342.569	71.392.415	4,5%
SICILIA	7.647.536.551	167.663.729	548.018.211	170.971.495	28.064.138	344.311.057	76.657.277	4,5%
MOLISE	502.258.484	17.579.047	38.657.783	13.620.188	2.120.962	22.596.793	5.017.740	4,5%
LAZIO	8.602.128.193	108.077.987	704.403.557	275.663.665	32.238.044	389.911.303	81.853.316	4,4%
CAMPANIA	8.738.868.984	105.860.414	690.475.648	273.439.514	23.512.120	386.923.121	81.062.700	4,4%
BOLZANO	763.166.967	26.710.844	56.530.958	17.207.731	5.612.357	33.104.104	6.393.260	4,3%
CALABRIA	3.053.626.476	106.876.927	239.993.200	102.905.207	10.961.166	123.963.124	17.086.197	4,1%
LOMBARDIA	15.431.822.010	140.113.770	996.786.120	320.490.926	52.442.781	613.275.929	73.162.158	4,0%
TRENTO	808.990.787	28.314.678	47.342.187	16.912.788	3.552.722	26.411.532	-1.903.146	3,3%
V. AOSTA	198.976.055	6.964.162	11.956.813	4.282.288	1.207.075	6.363.703	-600.459	3,2%
ABRUZZO	2.093.190.794	73.261.678	164.791.017	112.718.326	9.981.816	40.309.155	-32.892.523	1,9%
ITALIA	93.945.655.003	3.188.097.925	7.365.912.938	2.641.172.143	408.748.813	4.244.463.819	+956.365.894	4,52%

In rosso le Regioni che non rispettano il tetto di spesa.

Fig. n 3 Fonte: AIFA - "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Regionale Gennaio-Ottobre 2014"- Ospedaliera

Regione	A FSN Gen-Lug 2015	B Tetto 3,5%	C Spesa tracciabilità*	D Distribuzione diretta di fascia A	E Spesa medicinali fascia C e Cbis	F=C-D-E-§	G=F-B	H=F/A%
TOSCANA	4.559.455.223	159.581.183	503.665.818	178.458.687	19.574.442	305.626.488	146.045.206	6,7%
SARDEGNA	1.948.912.122	88.212.974	217.867.994	90.889.371	9.007.337	117.961.226	49.748.252	6,0%
PUGLIA	4.801.638.164	158.056.111	518.302.059	213.019.998	18.281.352	237.000.709	118.944.598	5,9%
UGURIA	1.980.544.476	69.319.357	194.137.491	69.723.629	9.379.146	115.034.716	45.715.659	5,8%
MARCHE	1.871.646.811	55.507.538	180.832.434	62.229.089	10.585.446	108.017.899	42.510.261	5,7%
UMBRIA	1.087.014.405	38.045.304	99.173.611	32.675.327	5.235.342	61.262.341	23.217.437	5,6%
BASILICATA	686.190.971	24.016.584	69.259.815	27.713.016	3.237.749	38.309.350	14.292.366	5,5%
ABRUZZO	1.593.843.279	55.784.515	143.982.718	49.052.802	6.421.201	88.508.715	32.724.200	5,5%
CAMPANIA	6.739.238.500	235.875.447	643.330.246	256.397.858	17.114.708	369.813.701	133.958.253	5,4%
E. ROMAGNA	5.357.516.316	137.513.371	531.659.739	213.349.764	29.878.164	288.431.811	100.918.740	5,3%
CALABRIA	1.334.316.494	31.701.377	219.470.770	89.823.742	7.215.168	122.431.860	40.730.783	5,2%
LOMBARDIA	11.867.772.351	145.372.382	950.810.785	293.385.149	39.975.102	617.250.513	201.878.480	5,2%
BOLZANO	592.854.460	20.749.306	51.095.221	17.095.576	3.781.216	30.156.450	9.406.524	5,0%
SICILIA	5.905.199.508	236.681.773	480.836.514	168.754.477	17.694.459	294.391.578	87.709.805	4,9%
LAZIO	6.943.750.129	245.031.505	633.476.782	277.642.777	14.218.108	341.623.897	98.552.293	4,8%
MOLISE	377.999.365	13.229.378	33.641.290	13.888.911	1.261.072	18.490.307	5.260.329	4,8%
VENETO	5.843.018.198	234.506.887	491.573.887	178.261.185	27.657.777	295.654.325	81.148.238	4,8%
PIEMONTE	5.365.134.603	137.780.411	451.856.936	168.941.350	21.895.779	261.019.307	73.239.396	4,8%
FRIULI	1.474.717.237	51.615.103	124.157.740	48.213.658	7.039.380	68.904.702	17.289.598	4,6%
V. AOSTA	151.136.883	5.289.791	11.092.465	4.392.334	817.439	5.882.592	562.901	3,8%
TRENTO	623.439.565	21.822.135	40.192.189	16.096.906	2.459.846	21.635.358	-166.777	3,4%
ITALIA	71.105.508.061	2.523.692.782	6.590.354.224	2.470.215.665	272.724.234	3.847.409.325	1.323.716.543	5,3%

In rosso le Regioni che non rispettano il tetto di spesa.

Fig. 4 Fonte: AIFA - "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Regionale Gennaio-Luglio 2015"- Ospedaliera

Lo sfondamento del tetto della spesa ospedaliera può dipendere da numerosi fattori: incide sicuramente la crescente disponibilità di farmaci innovativi, come quelli oncologici, caratterizzati da un costo elevato, *ma anche il sistema di rilevazione della spesa ospedaliera che non permette una quantificazione certa del valore del farmaco al netto degli sconti, dei sistemi di risk sharing e payment by results*³. Ulteriore emergenza in termini di sostenibilità

³ The European House Ambrosetti, *Meridiano Sanità Le Coordinate della Salute*, Rapporto 2014.

del SSN è rappresentata dai Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO)⁴, dagli Inibitori delle Proteasi antivirali del virus dell'HIV.

La questione dei **farmaci innovativi** è emblematica proprio in rapporto agli aspetti economici: i pazienti sono di fronte a nuove e concrete opportunità terapeutiche, che in alcuni casi possono essere tradotte nella possibilità di eradicare una patologia grave; nello stesso tempo le risorse economiche del nostro Paese non sembrano in linea con il reale bisogno della popolazione.

In Italia **per l'innovazione**, una potenziale risposta alle risorse del budget farmaceutico arriva con **l'istituzione di un fondo dedicato**: per il 2015 e 2016 si è parlato di 1 miliardo in due anni, di cui solo 100 milioni per il primo anno sono fondi ex novo; il resto invece sono fondi del FSN finalizzati. Tra le problematicità, il fatto che il fondo per i farmaci innovativi **si alimenta sostanzialmente con risorse precedentemente destinate ad altre aree dell'assistenza sanitaria**; agisce a rimborso (vale a dire che il rimborso è destinato alle Regioni, solo in caso di spesa per i farmaci innovativi, affrontata in prima battuta dalle stesse) e ad oggi queste risorse non sono state ancora ripartite tra le Regioni⁵. Stante l'attuale scenario relativo allo sfioramento dei tetti della farmaceutica, è opportuno ricordare che tutte le Regioni hanno comunque tentato di perseguire obiettivi di appropriatezza avvalendosi di strumenti come i Piani Terapeutici, le Note AIFA e i Registri di patologia che tuttavia, considerati i risultati, **appaiono strumenti di governance non più sufficienti da soli per rispondere alle problematiche in cui versa il settore** sotto diversi punti di vista: gli aspetti del mercato, le criticità segnalate dai professionisti del settore e soprattutto dai cittadini e dai pazienti.

L'ambito della farmaceutica ha bisogno di una organica pianificazione di interventi capaci di mettere fine alle difficoltà di accesso alle terapie farmacologiche e prospettare il mantenimento di un Servizio Sanitario Nazionale a connotazione davvero universalistica. La crisi economica del nostro Paese offre l'opportunità di ripensare ad un progetto unitario che contribuisca a coordinare e monitorare le iniziative regionali, causa purtroppo, delle ormai troppe segnalazioni di cittadini e di pazienti. L'AIFA dovrebbe riappropriarsi di un ruolo forte e strategico nell'emanazione di linee di indirizzo e procedere ad un aggiornamento costante del PFN, a garanzia di equità di accesso alle terapie sul territorio nazionale. Nello stesso tempo appare doverosa una semplificazione amministrativa di tutte le attività regolatorie, l'individuazione di **passaggi e tempi certi del percorso del farmaco fino alla sua erogazione**.

In questo quadro rientrano ancora le attenzioni da riservare alle **esigenze dei pazienti** nel momento in cui ogni Regione è chiamata ad individuare i propri Centri Prescrittori. Siamo infine di fronte a concrete opportunità terapeutiche che modificano sostanzialmente il diritto

⁴ Cittadinanzattiva, Osservatorio Civico del Federalismo in Sanità - 2013

⁵ Si precisa che all'emendamento 14-bis della Legge di Stabilità 2016, *la spesa per l'acquisto di farmaci innovativi concorre al raggiungimento del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale per l'ammontare eccedente annualmente, l'importo del fondo.*



OSSERVATORIO CIVICO SUL FEDERALISMO IN SANITÀ



alle cure in diritto alla “guarigione” ed è per questo motivo che, ad una logica di disinvestimento economico, deve seguire una riallocazione delle risorse per quei farmaci “realmente” innovativi e capaci di produrre modifiche in positivo della salute collettiva.

Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2015 Abstract Capitolo 8. *Dolore e sofferenze inutili*

Al **Progetto In-dolore 2014**, indagine civica pilota per monitorare la presenza di servizi e caratteristiche fondamentali (e buone pratiche) nel trattamento e nell'attenzione al dolore negli ospedali, hanno aderito volontariamente 46 Ospedali di 15 Regioni. Grazie all'impegno di centinaia di volontari, sono stati monitorati 214 reparti, e coinvolte 711 persone ricoverate.

La discreta omogeneità del numero di ospedali partecipanti nelle tre zone geografiche (Nord 19, Centro 12, Sud e Isole 15) ha permesso di osservare differenze, riguardo ad alcuni temi. In sintesi, è emersa una "scaletta" discendente di performance man mano che si procede verso il sud. Gli elementi soddisfatti (sul totale di quelli ai quali ogni struttura era tenuta a rispondere) sono stati mediamente: 67% al Nord, 49% al Centro e 43% al Sud e Isole.

Se il Nord primeggia in tutte le aree - ed in particolare nelle aree "informazione al cittadino", "formazione/aggiornamento del personale" e "accesso ai farmaci" - bisogna notare che nell'importante area "organizzazione aziendale Ospedale-territorio" ha un risultato medio molto basso (46%) e non distante da quello delle altre due aree (38% nel Centro, 36% nel Sud e isole). In tre aree gli ospedali del Sud hanno superato quelli del Centro: "informazione al cittadino", "formazione/aggiornamento del personale", e "sostegno a attenzione alla persona".

La **formazione del personale** sulla gestione del dolore è un aspetto che urge rafforzare e potenziare in tutte e tre le zone, tanto per i medici quanto per gli infermieri (hanno raggiunto il 75% del personale formato solo 4 strutture su 10).

Tra le aree tematiche indagate, l'**"accesso ai farmaci"** è risultata la migliore (ma non eccellente: 71% di elementi soddisfatti in media). Tuttavia soltanto metà degli Ospedali ha realizzato una valutazione periodica sul consumo e sull'appropriatezza d'uso dei farmaci analgesici utilizzati. Il discreto risultato di quest'area può dirsi "confermato" dalle **interviste a degenti**: nel 95.2% di casi il dolore segnalato dal paziente è stato trattato, e il 91.8% dei rispondenti dichiara che l'intervento è stato tempestivo e il trattamento nella stragrande maggioranza è stato con farmaci (97.9%).

Altro tema emerso come critico è quello dell'**informazione ai cittadini**: un dato significativo è rappresentato dal fatto che il 60% delle strutture partecipanti non mette a disposizione dei cittadini, nell'atrio dedicato all'accettazione, materiale informativo (opuscoli, poster, comunicazioni in bacheca) sui servizi offerti dall'azienda in relazione al dolore. Le informazioni sul sito web aziendale sono presenti in 7 casi su 10, ma non sempre facilmente rintracciabili. Inoltre per quanto attiene all'**esperienza diretta dei degenti**, soltanto il 24,9% degli intervistati dichiara di essere stato informato sui propri diritti in merito al dolore. Se però si analizzano i dati per zona geografica, emergono differenze significative: mediamente gli Ospedali del Nord nell'area informazione hanno soddisfatto l'81% degli elementi richiesti, mentre tale dato scende vertiginosamente al Centro (47%) e al Sud (53%).

Il profilo dei 5 reparti scelti come Focus rispetto alle zone geografiche ha un andamento piuttosto regolare, anche in termini di distanze relative tra le zone, con il Nord che primeggia sempre.

Le **Pediatria** sono il Focus in cui le tre zone geografiche hanno avuto risultati migliori, ma analizzando i risultati dei singoli elementi emerge come ci sia ancora molto da fare: in una struttura su 3 mancano protocolli per procedure non farmacologiche e in 1 su 5 mancano protocolli di riduzione del dolore da parte degli infermieri mediante farmaci ad uso locale. In caso di intervento chirurgico, il 69% delle strutture stabilisce da protocollo che i genitori possono stare con il bambino nella pre-anestesia e al risveglio. Dalle **interviste ai genitori dei bambini** ricoverati condotte dai volontari del TDM emerge che per il 64.4% dei minori sottoposti a procedure invasive, sono state usate tecniche per ridurre l'ansia/disagio da dolore. Solo nel 50% dei casi di procedure diagnostiche invasive (ad es. prelievo con ago cannula), sono stati usati farmaci ad uso locale, quali ad es. pomate a base di lidocaina.

In **ginecologia-ostetricia**, soltanto la metà circa delle strutture attua la parto-analgesia, con anestesista dedicato tutti i giorni per 24 h; nei reparti di **chirurgia ortopedica** si usano strumenti per la rilevazione e valutazione periodica del dolore, ma solo 2 strutture su 10 hanno provveduto a formare almeno il 90% del personale.

Critico il trattamento del dolore nell'**anziano**: mancano protocolli specifici nel 76% dei reparti monitorati. Analizzando i dati per zona geografica, emerge un quadro interessante e preoccupante, in particolare al Sud (7%), ma anche il Nord (26%) e il Centro 42% sono molto carenti. Tale quadro si aggrava se si considera contemporaneamente anche il risultato **negativo** (22%) riferito alla **formazione** degli operatori sanitari specificamente relativa alla gestione del dolore nell'anziano nelle unità operative di medicina generale o interna.

In generale, emerge una forte eterogeneità regionale, con livelli di efficienza molto diversificati e tale disomogeneità è facilmente riscontrabile anche dall'ultima indagine prodotta dall'Agenas nel 2015. Rispetto all' "Indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze" del 2009 e 2013, lo scenario regionale risulta ulteriormente mutato. Accanto a modelli di gestione assicurativa dei sinistri (la c.d. RC sanitaria), si stanno sviluppando e diffondendo modelli di "gestione mista" e modelli di gestione diretta, la cosiddetta "autoassicurazione". Di fatto, Regioni o anche singole Aziende Sanitarie Locali all'interno della stessa Regione si stanno orientando verso modelli "misti", ovvero chiamano a intervenire la compagnia assicurativa soltanto in caso di sinistri di elevata entità, con risarcimenti che in media superano 250-500 mila euro; al di sotto di tali soglie sono direttamente le singole ASL o fondi regionali che provvedono al risarcimento. Alcune Regioni e/o Aziende Sanitarie Locali hanno, invece, scelto di gestire autonomamente i sinistri, assumendo i rischi da responsabilità civile integralmente con risorse proprie. Un aspetto che merita particolare attenzione è l'assenza di una politica unitaria a livello regionale nelle strategie di gestione del rischio RCT/O: alcune Regioni presentano all'interno plurime situazioni, ovvero ci sono aziende che optano per una gestione assicurativa, altre scelgono una gestione diretta, altre ancora una gestione mista.

Molteplici sono le ragioni che hanno spinto verso la scelta di modelli misti e l'auto-assicurazione. In primis, l'incremento dei premi richiesti dalle assicurazioni, oltremodo elevati e talora insostenibili, in termini di costi sostenuti dai Servizi Sanitari Regionali e spesa pubblica in assoluto a carico del SSN. Notevoli sono i risparmi sull'imposta sui contratti assicurativi (22,25% del premio pagato) senza considerare che in tal modo vengono tagliati anche i costi di distribuzione dei contratti assicurativi (5-10%), riconducibili alle commissioni per il broker.

Anche la presenza delle franchigie, o meglio l'entità delle franchigie all'interno delle polizze, gioca un ruolo importante, riducendo progressivamente l'intervento delle compagnie assicurative nella gestione e liquidazione dei sinistri.

Vi è poi la questione della carenza di offerta assicurativa e della irreperibilità di polizze per le RC sanitarie. Le compagnie assicurative, a fronte di risarcimenti considerati troppo onerosi, tendono a rescindere o a non rinnovare, alla scadenza, i contratti. Stanno lentamente abbandonando il mercato sanitario per far posto a compagnie assicuratrici straniere.

L'aspetto più critico, che emerge soprattutto nel caso dell'auto-assicurazione, è l'accesso per i cittadini al risarcimento.

Molte Regioni o singole aziende sanitarie che hanno fatto la scelta dell'auto-assicurazione, che non vantano l'esperienza positiva della Regione Toscana, non riescono a far fronte alle richieste risarcitorie con risorse proprie. Ciò è dovuto anche al fatto che le Regioni non si organizzano, come le società assicurative, accantonando riserve per eventuali risarcimenti futuri. Né vi è alcuna regola chiara che imponga alle Regioni di costituire accantonamenti in relazione ai rischi di mad-mal che decidono di prendere a loro carico. L'assenza di una regolamentazione che imponga l'obbligo di costituire fondi di garanzia a copertura dei sinistri (sul modello delle riserve assicurative) espone le singole Aziende Sanitarie Locali e le strutture al rischio di accumulare nel tempo, a causa del lungo iter dei sinistri prima del risarcimento, impegni ingenti e tali da portare al collasso di bilancio. In mancanza di adeguate riserve patrimoniali, facilmente prevedibili in alcune realtà "non virtuose", il rischio è di non riuscire a essere solvibili a fronte di legittime richieste risarcitorie, vantate dal paziente cui è stato riconosciuto un danno.

Dopo la fuga delle compagnie dal mercato dell'assicurazione c'è chi si è ingegnato nell'offrire soluzioni che alla fine hanno prodotto ben altri benefici rispetto a quelli meramente risarcitori offerti dalle compagnie. Tra questi, si è visto, vi è il caso del sistema di indennizzo diretto promosso dalla Regione Toscana, che alla prova teorica e in parte a quella pratica ha dimostrato di saper offrire risposte sistemiche e forse finanziarie migliori rispetto a quelle risarcitorie assicurative.

L'esperienza 35ennale del Tribunale per i Diritti del Malato ci insegna che un modello di indagine dell'errore basato sul dialogo con la parte offesa, gestito con tecniche e professionalità relazionali adeguate e non compassionevoli, potrebbe svelare inaspettati risultati sul fronte dell'abbattimento del contenzioso, potrebbe migliorare il rapporto tra medico e paziente e inevitabilmente costringere a qualche fatica in più i responsabili del rischio clinico.



OSSERVATORIO CIVICO SUL FEDERALISMO IN SANITÀ



Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2015 Abstract Capitolo 10. *La procreazione medicalmente assistita*

La procreazione assistita può rappresentare un buon esempio di un federalismo non corretto e del cattivo uso di risorse del servizio sanitario nazionale.

Pur essendo una prestazione sanitaria a tutti gli effetti e pur essendo erogata da sempre all'interno delle strutture pubbliche, la PMA non è mai stata inserita nei Lea e vede 21 modalità diverse di erogazione. Ogni sistema regionale continua ad agire secondo proprie logiche anche a prescindere dalle risorse finanziarie a disposizione, provenienti sia da fondi nazionali che da fondi regionali. Ci sono regioni che le hanno inserite nel proprio servizio sanitario, altre che le escludono a priori, altre ancora che non utilizzano i fondi messi a disposizione del Ministero della Salute e di fatto non riescono ad assicurare alcuna prestazione. E infine c'è chi blocca la mobilità sanitaria e chi al contrario preferisce inviare gli utenti in altre regioni e perfino in altri paesi.

Dal punto di vista degli utenti, e cioè delle coppie con problemi di infertilità e sterilità, il 2015 doveva essere l'anno di svolta per dare omogeneità al sistema: inserimento nei Lea; aumento dell'offerta omogenea almeno per quanto riguarda i costi standard e i costi per le coppie; i criteri di accesso; il potenziamento dell'informazione, anche sulla scia del Piano nazionale della fertilità lanciato dal Ministero della Salute; le garanzie di sicurezza della pratica medica.

Al contrario, oggi risulta la sussistenza di lunghe liste di attesa nelle poche Regioni (quelle del Centro-Nord), l'aumento del numero di prestazioni nel settore privato con costi particolarmente (le regioni del Centro-Sud), una mobilità sanitaria senza controlli perché per la PMA si continua ad usare una modalità non corretta di "catalogazione"; l'accesso di prestazioni in alcune regioni e non in altre come per la fecondazione eterologa o la diagnosi pre-impianto per i soggetti a rischio di trasmissione di patologie genetiche.

- I 2/3 dei centri sono in 5 regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia e Veneto) ma con grande squilibrio fra centri pubblici e privati convenzionati e centri privati
- **Il 68% dei centri nel Sud è privato**
- **Il 58% dei centri nel Centro è privato**
- Nel Nord Est sussiste parità di offerta tra pubblico e privato
- Nel Nord Ovest vi è prevalenza di offerta nel pubblico

La regolamentazione diversa per ogni regione e la differenza di offerta ha creato enormi difficoltà per le coppie che non hanno alcuna certezza su dove poter rivolgersi e quali costi sostenere.

Ciò concentra l'offerta in alcune a discapito di altre, creando una forte disomogeneità di accesso e una discriminazione di fatto delle coppie che risiedono in regioni dove l'offerta

pubblica è scarsa o addirittura nulla come in Molise. Vi sono regioni come la Sicilia in cui non si attuano le delibere predisposte da anni e altre dove i centri di PMA risultano ancora non autorizzati pur operando tranquillamente, come nel Lazio, regione che risulta essere al primo posto per disomogeneità di regole e accesso nello stesso territorio regionale e non utilizza le risorse messe a disposizione dal Ministero della salute.

E' carente del tutto l'interlocuzione delle Regioni ma anche dello stesso Ministero con le associazioni dei pazienti e le organizzazioni di tutela, come anche il ruolo informativo da parte di consultori, medici di famiglia, ecc. Solo pochi centri utilizzano procedure di rischio clinico e risk management per garantire la sicurezza del paziente.

Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2015

Abstract Capitolo 12. *Il valore dei cittadini attivi nella valutazione del grado di umanizzazione degli ospedali*

Cittadinanzattiva, attraverso la sua Agenzia di Valutazione Civica, ha collaborato alla realizzazione della Ricerca “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino” per la rilevazione del **grado di umanizzazione degli ospedali**, promossa dall'Age.Na.S. e finanziata dal Ministero della Salute, conclusasi a giugno 2014. L'indagine su scala nazionale è stata realizzata in tutte le Regioni e Province Autonome, trovando l'adesione di 287 tra ospedali (di varia tipologia) e case di cura private accreditate. Il progetto si è svolto in stretta collaborazione con le Regioni aderenti che hanno seguito un'apposita metodologia per il coinvolgimento dei cittadini secondo scenari di partecipazione personalizzati nei vari contesti locali, supportati dal gruppo di coordinamento nazionale. Previ corsi di formazione alle équipes locali miste composte di cittadini e operatori sanitari, la Checklist è stata utilizzata per la rilevazione dei dati nelle strutture ospedaliere. Un aspetto di valore del progetto risiede nella capacità di inclusione e mobilitazione di risorse civiche, dato il coinvolgimento di Associazioni, in base ai contesti locali, sia da un punto di vista numerico, che per quanto attiene a risultati di “ordine culturale”. Il panorama generale è molto articolato e mette in evidenza che, in vari casi, sono stati utilizzati contemporaneamente più scenari di partecipazione. Il più diffuso è stato il contesto regionale e/o aziendale con esperienze di valutazione civica della qualità con organizzazioni di cittadini negli ultimi 3 anni (quale AUDIT CIVICO®), che, se si considerano anche le combinazioni con altri scenari, è di gran lunga il più frequente, e molto ricorrente anche insieme allo scenario dei rapporti consolidati con alcune associazioni. Diffusi anche i contesti regionali e/o aziendali con una rete consolidata di organismi di partecipazione civica nell'ambito del proprio servizio sanitario (Comitati consultivi, conferenze di partecipazione, Consulte salute ecc.). Riguardo alla collaborazione tra Aziende sanitarie e reti civiche locali, dal punto di vista quantitativo emerge che nell'ambito della Ricerca sono state costituite 248 équipes locali, coinvolte 290 Associazioni e 594 cittadini volontari. Per quanto attiene ai risultati di “ordine culturale”, si sono raccolte testimonianze sulla ricchezza prodotta dal confronto tra parte civica a aziendale e appelli per la continuità da parte delle équipes, che vorrebbero replicare il lavoro.

Nessuna area tematica ha ottenuto un punteggio eccellente, e lo scarto tra l'area risultata migliore (“Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura”, con 6,93) e quella con il punteggio medio più basso (“Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza”, con 6,13) è modesto.

Un dato significativo è rappresentato dal fatto che **circa il 60% delle strutture partecipanti ha ottenuto un punteggio tra 6 e 8**. Inoltre, osservando i punteggi delle strutture suddivise per scaglioni di numero di posti letto, si nota come all'aumentare dei posti letto aumenti anche il punteggio medio ottenuto dagli Ospedali. L'interessante regolarità in tutte e 4 le aree offre alcuni spunti di riflessione, che devono però tener conto della diversa numerosità dei sottoinsiemi di ospedali.

Decisamente negativi i risultati del criterio “attività/interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno”, del rispetto della riservatezza e del rispetto delle specificità linguistiche.

Emerge un **buon risultato per i reparti di degenza “a misura di bambino”** e in generale un livello elevato della “logistica e segnaletica”. Positivo il risultato del criterio “Ospedale senza dolore”. Decisamente buona l'accessibilità delle strutture ai disabili motori, ma urgono Piani aziendali per l'eliminazione delle barriere sensoriali. Si sottolineano anche valori molto bassi del “comfort generale della struttura”.

L'Area **Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza ha avuto il punteggio medio complessivo più basso** tra tutte e quattro le aree: molto da fare sul fronte della semplificazione delle modalità di prenotazione delle prestazioni; scarse le modalità alternative pagamento del ticket (farmacie, ricevitorie, casse automatiche presso esercizi commerciali, uffici postali, ecc.). In generale, comunque, è da migliorare tutta la sfera che attiene all'accesso alle informazioni, sia fisiche che digitali, e alla documentazione sanitaria.

Urge rafforzare la cura della relazione con il paziente e con il cittadino. Tra i risultati dell'Area spicca il considerevole scarto tra il criterio con punteggio più elevato, “assunzione di impegni nei confronti

del cittadino”, e i due criteri relativi alla formazione, sia intesa come formazione del personale di contatto, quindi nei confronti del cittadino, che come formazione e supporto del personale per la cura della relazione con il paziente. Da potenziare, dunque, la formazione e l’aggiornamento sia del personale sanitario che di quello front office, sulla comunicazione e la relazione.

Per quanto concerne l’ambito dell’informatizzazione e dell’avanzamento tecnologico, ancora rari i sistemi di condivisione telematica dei dati clinici tra strutture e Medici di Medicina Generale, e poco diffusa la possibilità di consultare online la cartella clinica e i referti di esami diagnostici strumentali.

Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2015

Abstract Capitolo 13. *L'Audit civico in sanità: la valutazione civica dell'Assistenza Domiciliare Integrata*

Il capitolo illustra la comparazione dei risultati dell'Audit civico del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata realizzato in tre Regioni: Lombardia, Abruzzo e Sicilia. In particolare, la valutazione ha coinvolto complessivamente 18 ASL/ASP e 91 Servizi ADI, distribuiti nelle tre regioni.

Le tre Regioni nelle quali abbiamo svolto la rilevazione hanno profili diversi rispetto al tema dell'ADI: in Lombardia il numero totale di assistiti per l'anno 2012 è stato 92.297 con un tasso di anziani trattati, in relazione al totale della popolazione anziana residente, pari a 3,97%. In Abruzzo il numero assoluto è 17.899 con un tasso di anziani trattati pari al 4,94%. Infine, in Sicilia il numero assoluto è 43.313 con un tasso di anziani trattati pari al 3,68%.

Inoltre, le tre Regioni hanno rilevato andamenti molto diversi tra di loro nell'arco degli ultimi 10 anni. In Lombardia la percentuale di anziani assistiti è sempre stata rilevante e vicina allo standard nazionale. L'Abruzzo, invece, è la Regione che ha realizzato l'aumento percentuale maggiore nell'arco degli anni considerato, raggiungendo nel 2012 il 4,9%, quasi un punto percentuale in più rispetto al LEA stabilito al 4%. Infine, in Sicilia fino al 2009 la percentuale di anziani assistiti era pari all'1% circa, poi nell'arco di pochi anni ha recuperato buona parte della distanza rispetto allo standard, raggiungendo nel 2013 il 3,7%, valore non ancora sufficiente per soddisfare i LEA.

I risultati del ciclo di Audit civico svolto nelle tre regioni hanno rilevato un scenario articolato dove è stato possibile evidenziare punti di forza e criticità, di seguito gli elementi più rilevanti.

L'**accesso al servizio** è buono in tutte e tre le Regioni. Il servizio di accoglienza è presente in quasi tutti i servizi ADI valutati; mentre è poco diffusa l'integrazione tra il servizio di accoglienza e i servizi sociali del Comune, rendendo l'assistenza domiciliare poco "integrata" tra sanitario e sociale, e debole su quest'ultimo versante.

La **presa in carico** è in generale buona in tutte e tre le Regioni. Questo risultato si giustifica con la possibilità di attivare il servizio ADI, in caso di post-acuzie oppure di terminalità, entro le 24 ore, in quasi tutti i servizi valutati nelle tre Regioni. Mentre gli aspetti più critici riguardano: l'assenza quasi ovunque della misura del dolore nella scheda di richiesta attivazione del servizio ADI, la scarsa diffusione di terapie specifiche per il dolore pediatrico e la diffusione a macchia di leopardo del servizio di assistenza psicologica per utenti e familiari.

L'organizzazione dell'**équipe assistenziale** raggiunge un punteggio buono in Lombardia e sufficiente in Abruzzo e Sicilia. In particolare è importante rilevare che: la reperibilità del personale infermieristico è ottima in Lombardia e discreta nelle altre due Regioni; la cartella clinica informatizzata è invece molto poco diffusa ovunque, e l'individuazione del case manager, per ogni caso preso in carico, avviene sempre nei servizi ADI della Lombardia, mentre in Abruzzo e Sicilia solo in poco più della metà dei casi.

In relazione all'ultimo tema **formazione, comunicazione e monitoraggio del servizio**, la Lombardia raggiunge un punteggio buono mentre l'Abruzzo e la Sicilia si distanziano parecchio. I corsi di formazione rivolti a specifiche figure sanitarie (Medici di Medicina Generale, operatori del PUA e operatori delle Unità di Valutazione Multi-dimensionale) sono svolti da tutte le aziende sanitarie valutate, raggiungendo punteggi che vanno dall'eccellente della Lombardia al buono di Abruzzo e Sicilia. Mentre i corsi rivolti al caregiver per la gestione del paziente sono realizzati molto poco da tutte le aziende sanitarie.

La disponibilità di **materiale di comunicazione** per gli utenti è poco presente ovunque. In particolare, la Carta dei servizi è presente in tutti i servizi ADI della Lombardia, mentre in Abruzzo e Sicilia solo nella metà dei casi. Infine, valutando le modalità con le quali le aziende sanitarie **monitorano il servizio ADI** è emerso che: l'indagine sulla soddisfazione degli utenti del servizio ADI viene realizzata mediamente nel 70% delle aziende sanitarie; una modalità di collaborazione strutturata tra ASL ed ente erogatore per la gestione congiunta di una situazione di grave disservizio o difficoltà del paziente è disponibile nell'80% delle aziende sanitarie.