

CRONACHE

Impoveriti dalla sanità

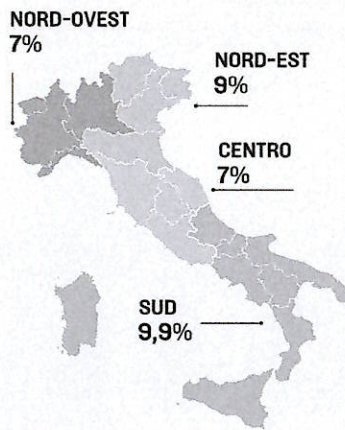
Il rapporto annuale Crea: alle famiglie meno abbienti costa dieci miliardi curarsi nel privato
“Per 2,3 milioni di nuclei sono spese catastrofiche”

IL DOSSIER

PAOLO RUSSO
ROMA

È una sanità che rende poveri quella che emerge dal 20° rapporto del Crea-Sanità, dove dalla marea di dati ne spunta uno, inedito, che attribuisce il 23% di quei 41,4 miliardi di spesa privata alle famiglie povere. Che così, quando non finiscono per rinunciare del tutto alle cure, scivolano inesorabilmente nell'indigenza. Definendo con l'Oms «catastrofiche» le spese che superano il 40% della «Capacity To Pay» delle famiglie (pari ai consumi totali della famiglia al netto delle spese di sussistenza), si scopre infatti che sono colpite dal fenomeno l'8,6% delle famiglie residenti (11,8% di quelle che sostengono spese sanitarie), ovvero 2,3 milioni di nuclei.

LA GEOGRAFIA DELLA SOFFERENZA



Fonte: CREA Sanità

8,6%

delle famiglie residenti in Italia, pari a 2,3 milioni di nuclei familiari hanno spese sanitarie «catastrofiche» secondo l'Oms (oltre il 40% della capacità di spesa)

LA PUGLIA
è la regione più colpita con il

13,2%

LA LIGURIA
è la meno colpita con il

7%

Le famiglie più esposte per fasce d'età anziane over 75 (soli o in coppia), con una incidenza rispettivamente del

15,1% e 17,7%



WITTHUB



“
Federico Spandonaro
Bisogna garantire i servizi a chi non può permettersi di pagare

pite è inferiore del 19,7% rispetto alla media dei Paesi originari dell'Ue, la forbice si allarga e di molto quando si parla di spesa sanitaria pubblica, dove il gap sale al 44,1%. Una distanza dall'Europa che cresce dell'1,2% rispetto al 2022 e dell'11,4% nel decennio. Minore, anche se in crescita del 2,3% rispetto a due anni fa, il gap in termini di spesa privata, che è dell'8,7%.

Tutto questo nonostante il rapporto Crea riconosca che dopo l'ultima manovra il finanziamento pubblico ha raggiunto il livello massimo mai conseguito. Passando però a un confronto basato su una analisi statistica della relazione fra risorse dei Paesi (Pil pro-capite, al netto degli interessi sul debito pubblico che sono indisponibili per il finanziamento del Welfare) e spesa sanitaria pro-capite, la spesa per la sanità in Italia risulta inferiore al livello atteso dell'11,3 per cento.

Secondo l'indagine il 23% della spesa privata è coperta da chi non ha possibilità

Il Mezzogiorno continua ad essere la zona più colpita, con il 9,9% delle famiglie, segue il Nord-Est con il 9,0% il Nord-Ovest ed il Centro con il 7,0%. È la Puglia la Regione più afflitta dal fenomeno, con il 13,2% delle famiglie residenti; la Liguria quella meno (7,0%). Le famiglie più esposte sono quelle degli anziani over 75 (soli o in coppia), con una incidenza rispettivamente del 15,1% e 17,7%.

Che a determinare l'impovertimento delle famiglie non sia il consumismo sanitario, o detta in altri termini la spesa per prestazioni inutili, lo conferma un altro dato elaborato dall'Università Bocconi, che attribuisce il 40% della spesa privata a visite, accertamenti e farmaci prescritti sulla ricetta rosa utilizzata dai medici pubblici. Come dire che in prima battuta ci si rivolge all'Ssn per poi dirottare verso il privato quando ci si accorge che questo non riesce a garantire quel che ci serve in tempi ragionevoli. Se le cose stanno così, non ci si deve poi stupire se 3,4 milioni di nuclei familiari dichiarano di rinunciare a qualche consumo sanitario e se 1,2 milioni azzerano completamente le cure.

Le sperequazioni però non finiscono qui, perché le ritroviamo anche quando si parla di finanziamento, visto che questo è concentrato su appena il 20% della popolazione, mentre il restante 80% versa meno dei servizi sanitari che riceve in cambio.

«Un'esagerata sperequazione dei redditi a livello nazionale – si afferma nel rapporto – con conseguenze in termini di sostenibilità, visto che il servizio sanitario pubblico economicamente pesa sulle spalle di una quota davvero esigua della popolazione». Il rapporto non lo dice, ma è chiaro che questo sibi-

3,4%
la quota delle famiglie italiane che dichiarano di rinunciare a qualche prestazione sanitaria

40%
la percentuale di spesa sanitaria per visite private prescritte da medici del Ssn

Gimbe svela i ritardi nel piano del governo che mirava a tagliare i tempi delle prestazioni

Liste d'attesa, è ancora tutto fermo “Approvato solo un decreto su sei”

IL CASO

ROMA

Sotto elezioni europee la corsa per presentare il decreto “taglia liste di attesa”. Senza soldi né per assumere personale, né per potenziare le strutture pubbliche. Poi il passo da lumaca quando si è trattato di passare a dover attuare quel che il provvedimento prevedeva: dal monitoraggio delle stesse liste di attesa per poter poi intervenire dove necessario, al potere sostitutivo del ministero della Salute quando le Regioni si fossero dimostrate incapaci di erogare le prestazioni nei tempi previsti dalla legge. A fotografare i ritardi della messa a terra del cosiddetto “Piano Schillaci” è la Fondazione Gimbe, che su sei decreti attuativi previsti dal DL originario ne conta solo

uno ad aver tagliato il traguardo della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale: quello che indica le modalità con cui dovrà operare la Piattaforma nazionale delle liste di attesa. Peccato che di quella stessa Piattaforma che doveva essere realizzata dall'Agenas non ci sia ancora traccia e che i tempi della sua realizzazione restino sempre incerti, viste le dimissioni repentine del direttore generale della stessa Agenzia per i servizi sanitari regionali, Alberto Mantovani, che dovrebbe essere sostituito momentaneamente da un commissario. Ruolo che verrebbe ricoperto dall'attuale capo di gabinetto del Ministero della salute, Marco Mattei, che manterrebbe il doppio incarico.

È chiaro che senza monitoraggio dei tempi di attesa tutto il resto rischia di crollare come un castello di carta, non avendo informazioni

certe su dove è necessario intervenire. Già scaduti sono invece tre decreti attuativi. Il primo, che sarebbe dovuto planare in Gazzetta entro il 30 settembre, è quello che indica i criteri di realizzazione, funzionamento e interoperabilità della medesima Piattaforma nazionale e di quelle regionali delle liste di attesa. Missing anche il decreto attuativo, di centrale importanza, che doveva definire come e quando sarebbe dovuto scattare il potere sostitutivo da parte dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, istituito presso il ministero di Schillaci, che dovrebbe intervenire in caso di inadempimento delle Regioni. Il provvedimento sarebbe dovuto entrare in vigore entro il 31 agosto. Scomparsa anche l'adozione del piano d'azione per il rafforzamento della capacità dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio,

scaduto il 30 settembre. Senza scadenze temporali ma per ora lontani altri due decreti attuativi. Il primo avrebbe dovuto fornire ai Cup le modalità di gestione del nuovo sistema di disdetta delle prenotazioni, essenziale per attuare la norma che fa pagare il ticket a chi fissa l'appuntamento e poi dà buca.

Disposizione che se attuata permetterebbe di alleggerire di un buon 20% le liste di attesa, visto che tanti sono i casi di chi prenota e poi non si presenta. Nulla di fatto infine per la metodologia necessaria alla definizione del fabbisogno del personale, premessa indispensabile a nuove, future assunzioni. Il ministro della Salute Schillaci commenta: «Siamo nei tempi, stiamo completando i decreti attuativi ed entro un paio di settimane sarà tutto pronto». P.A. RU. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In termini di risorse l'Italia arranca rispetto al resto dell'Europa

Che tradotto in soldoni fanno circa 15 miliardi mancanti all'appello.

Ma poiché con il nostro debito pubblico è impensabile un rifinanziamento di queste dimensioni, ecco che affianco al rapporto un Think Tank, composto tra gli altri dal Presidente del Crea, Federico Spandonaro, dall'altro economista sanitario della Bocconi, Francesco Longo e dall'ex deputato e presidente della Federazione di Asl e Ospedali, Giovanni Monchiero, è stato elaborato un documento per una riforma del nostro Ssn. «Se la situazione economica generale e il deficit di finanziamento della nostra sanità pubblica sono questi – sintetizza Spandonaro –, è allora necessaria una operazione verità sul modello universalistico del tutto a tutti, che in realtà a causa anche delle liste di attesa, sta creando sempre più discriminazioni sul piano della tutela della salute».

Da qui l'idea «di prevedere una selezione di prestazioni fondamentali e più a rischio di spese catastrofiche da continuare a garantire in tempi certi anche ai più abbienti, chiedendo loro di rinunciare in cambio di prestazioni meno onerose o essenziali. Questo continuando a garantire tutto quel che va appropriatamente garantito a chi non può permettersi di pagare». Magari senza più sottostare alla gogna delle liste di attesa. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA