



OSSERVATORIO SALUTE, LEGALITÀ E PREVIDENZA

EMBARGO FINO ALLE ORE 11,00
DI LUNEDÌ 18 DICEMBRE 2017

IL TERMOMETRO DELLA SALUTE

1° Rapporto sul sistema sanitario italiano

DOCUMENTO DI SINTESI

IL “POPOLO” DEL PIANETA SALUTE

L'Istat fornisce nella *Rilevazione continua delle forze di lavoro* una voce che aggrega le tante sfaccettature del sistema, da cui risulta che nel 2015 gli occupati nel comparto sanità sono stati 1.796.000. Ma il dato non ha adeguata diffusione e non compare nella pubblicistica e nei media. Considerando la quota di lavoro nero e grigio che si annida soprattutto nell'area della cura alla persona, è legittimo ritenere che alla rilevazione Istat si debbano aggiungere tra le 300.000 e le 400.000 unità, portando il totale a circa 2.200.000 addetti, ovvero ad una quota vicina al 10% del totale occupati.

Gli occupati del comparto sanità e assistenza sociale ammontano secondo la classificazione Ateco 2007 a 1.627.617 unità. Di questi il 75% è nell'assistenza sanitaria; il rimanente 25% è nei servizi alle famiglie e assistenza sociale, così suddiviso: il 12% in servizi di assistenza sociale residenziale e il 13% in servizi di assistenza sociale non residenziale.

I **servizi ospedalieri** assorbono il 44,4% degli addetti. Questo comparto è il più numeroso e al suo interno operano diverse professionalità; quelle prevalenti sono le professioni sanitarie, infermieristiche e ostetriche (43%), mentre un 18,1% del personale è addetto a mansioni non afferenti le professioni sanitarie. Questo dato ci fa intuire il livello di burocratizzazione della macchina sanitaria, vista la quota elevata del personale non propriamente sanitario e principalmente amministrativo che viene assorbita per il suo funzionamento.

L'82,5% è personale dipendente, mentre la quota rimanente si distribuisce tra lavoro autonomo, collaborazioni e forme cooperativistiche. Queste ultime sono molto diffuse nei servizi alle famiglie e nell'assistenza sociale, in modo particolare per l'assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili (13,2%), strutture di assistenza infermieristica residenziale (7,2%), altri servizi (6%).

È da considerare che il turn-over delle professioni sanitarie è sostanzialmente fermo da almeno 7 anni, e conseguentemente si assiste ad una perdita di figure professionali che non vengono sostituite se non che con forme di lavoro atipico o a chiamata, anche per periodi inferiori al mese.

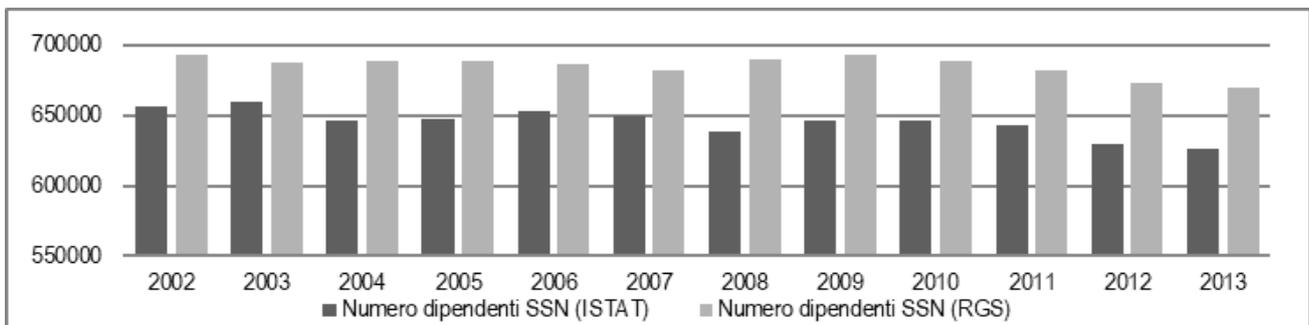
Da un'analisi che mette in parallelo l'andamento della spesa e quello del personale del SSN¹ per singole Regioni, si rileva a livello nazionale un decremento degli addetti dal 2001 al 2013 pari al 2%, mentre per alcune Regioni il valore si attesta al 10% e, nel caso della Liguria, addirittura al 20%.

IL “PUBBLICO PUBBLICO”

Limitandoci agli addetti delle strutture pubbliche, secondo l'Istat nel 2013 i dipendenti del comparto sarebbero stati 626.350, mentre la Ragioneria Generale dello Stato fornisce per lo stesso anno un dato complessivo di 670.241 dipendenti, con uno scarto di 43.891 unità e, in termini percentuali, del 6,5%. Questo divario si registra per tutti gli anni presi in considerazione.

Dipendenti Servizio Sanitario Nazionale secondo l'Istat e secondo la Ragioneria generale dello Stato

Anni 2002-2013
 Valori assoluti



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat e RGS.

1 Il personale dipendente del SSN è costituito dal personale delle Aziende Sanitarie Locali, compreso quello degli Istituti di cura a gestione diretta, dal personale delle Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere integrate con il Servizio Sanitario Nazionale e dal personale delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università.

Al di là delle difformità di alcuni dati, va segnalato che per il comparto della sanità gestita direttamente dalle strutture pubbliche i “numeri” del settore sono fortemente approssimati per difetto. Infatti nel personale delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate non è compreso il personale universitario delle strutture pubbliche e il personale in servizio presso le strutture equiparate dipendenti da altre istituzioni, o con rapporto di collaborazione professionale coordinativa e continuativa. Inoltre, si utilizza personale altamente specializzato addirittura “a chiamata” anche per brevissimi periodi. Esiste poi un’area amministrativa che viene “esternalizzata”, soprattutto nell’ultimo decennio, da quando le Regioni si sono attivate per informatizzare i loro sistemi. In generale, nelle Regioni sottoposte a piani di rientro si fa sempre più ricorso a lavoro precario per sopperire alla carenza di personale causata dal mancato turn-over.

IL PRECARIATO

Mentre i medici di base e gli addetti alla continuità assistenziale sono “per statuto” liberi professionisti non dipendenti, passando dalla fisiologia ad una patologia del sistema ingenerata in parte dal blocco del turn-over che da diversi anni impedisce un ricambio del personale in organico, negli ospedali e negli altri presidi del Servizio Sanitario Nazionale lavorano moltissimi medici, assistenti sanitari e tecnici in regime di collaborazione, a chiamata, come liberi professionisti a partita Iva e, addirittura, in logica interinale.

È impossibile censire quanto incidano in valore assoluto e relativo queste “presenze” in qualche misura ectoplasmatiche che, pur non risultando tra gli organici, lavorano come i dipendenti svolgendo le stesse mansioni in una condizione di precariato quasi assoluto.

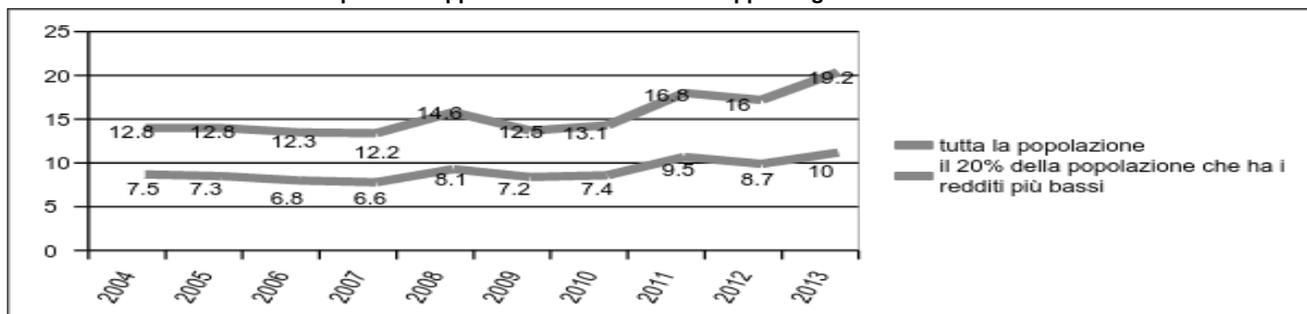
Con riferimento al 2011, nelle strutture della sanità pubblica opererebbero almeno 35.000 figure precarie, tra cui 10.000 medici. Il censimento del lavoro “a gettone” e di quello interinale non è ancora stato tentato. Su questa ultima categoria vengono in aiuto i numeri riscontrabili presso le stesse agenzie interinali. Come recentemente attestato da alcuni servizi giornalistici, nella sola area del napoletano-casertano nei mesi passati (gennaio-marzo 2017) sarebbe stata impiegata una media di almeno 250 assistenti sanitari interinali nelle corsie dei maggiori ospedali.

QUANDO LO STATO NON S’IMPEGNA: L’AREA DELL’ODONTOIATRIA

In Italia operano 37.047 medici odontoiatri (Istat-Rcfl-2016). In confronto ad altri paesi europei la quota degli odontoiatri che lavorano nella sanità pubblica è tra le più basse, e sempre per il 2016 si assesta al 2,9%, ovvero a meno di 1.100 unità. Le cure dentarie sono dunque sostanzialmente a carico delle famiglie, incidendo fortemente sulla spesa sanitaria totale. I liberi professionisti sono 31.604, e a loro volta generano lavoro per decine di migliaia di assistenti alla poltrona, igienisti e addetti alla segreteria. Anche in questo caso non esistono studi attendibili in grado di “quotare” i numeri dei collaboratori degli studi dentistici.

La spesa sanitaria odontoiatrica rappresenta, anche a livello europeo, una delle maggiori voci: nel 2009 essa costituiva il 5% della spesa sanitaria totale e il 16% di quella privata (Reena Patel, The State of Oral Health in Europe, Report commissioned by the Platform for better Oral Health in Europe, settembre 2012). Non di rado i costi attinenti alla salute orale sono superiori a quelli sostenuti per malattie cardiache, tumori, ictus e demenza.

italiani che rinunciano al dentista perché troppo costoso o distante o troppo lunga la lista d'attesa



Fonte: Ufficio parlamentare del bilancio su dati Eurostat rilevati nel novembre 2015.

QUANDO LO STATO NON C'È: L'INVESTIMENTO DELLE FAMIGLIE NELLA CURA DELLA PERSONA. IL CAREGIVING FORMALE E INFORMALE

Anche in Italia l'allungamento della vita media sta comportando un grande impatto sul sistema del welfare. Nel 2030 l'Istat stima che saranno 16 milioni gli ultrasessantacinquenni. Ciò si tradurrà in una sempre maggiore quota della popolazione bisognosa di supporto totale o parziale nello svolgimento delle proprie attività giornaliere o speciali, al di là dell'assistenza sanitaria somministrata in situazioni e luoghi specificamente deputati (medicina generale, ospedali, ambulatori, ecc.). Questi supporti sono erogati da una figura denominata caregiver, ovvero colui che fornisce assistenza ad un'altra persona. La funzione del caregiver può essere suddivisa in due fondamentali categorie: il caregiver formale, ovvero i professionisti, i para-professionisti o i volontari associati ad una organizzazione, che forniscono assistenza domiciliare, in comunità o in strutture sanitarie, in genere dietro compenso economico (non nel caso dei volontari); il caregiver informale, ovvero familiare, che invece è colui che fornisce assistenza a persone con cui ha un legame personale, senza ricevere alcun compenso².

In Italia si stimano circa 14 milioni di caregiver informali, ovvero il 26,8% della popolazione, che generano un totale di 3 miliardi di ore di aiuto l'anno (Istat, 2013). Sulla base di questi dati è scontato ritenere che se ai costi classici della sanità fossero aggiunti anche quelli sostenuti per i caregiver formali e informali, la spesa sanitaria privata avrebbe una crescita esponenziale.

I NUMERI DEL PRIVATO ACCREDITATO

Al 31 dicembre 2015 la forza lavoro delle aziende associate all'Aiop (Associazione Italiana Ospedalità Privata) assommava a 70.534 unità, di cui 59.173 dipendenti e 11.361 a rapporto libero professionale. Nel dettaglio le aziende Aiop occupavano 4.696 medici dipendenti e ben 7.252 medici di libera professione. Per quanto riguarda il personale non medico, ma in massima parte rappresentato da assistenti sanitari, i dipendenti erano 54.477 e i lavoratori con rapporto di collaborazione 4.109.

Da questi dati emerge che nel caso delle aziende Aiop e, più in generale, per quelle del privato accreditato, il rapporto medici/altre figure sanitarie è molto più a vantaggio di quest'ultime, rispetto a quanto avviene nel settore pubblico-pubblico. Inoltre, la forte presenza di prestazioni professionali mediche in regime di collaborazione induce a ritenere che nel privato accreditato si valorizzi più la prestazione in quanto tale che la tradizionale logica del dipendente fisso.

L'insieme di queste figure professionali opera in un sistema che è, sì, gestito da soggetti privati, ma che quali-quantitativamente è perfettamente integrato nel Servizio Sanitario Nazionale. Le strutture del privato accreditato che erogano assistenza ospedaliera sono il 47,6%; quelle che

² Opera cit. nota 2.

erogano altre prestazioni di assistenza territoriale sono il 12,7%. Si tratta in maggioranza di strutture che erogano prestazioni di assistenza territoriale residenziale (78,4%) e semiresidenziale (66,2%), mentre le strutture che erogano assistenza riabilitativa ex art.26 legge 833/78 sono il 76,7%. Complessivamente la maggioranza delle strutture afferisce al privato accreditato.

Strutture per tipologia di assistenza erogata 2013						Totale
Strutture	Publiche	%	Private accreditate	%		
Assistenza Ospedaliera	561	52,4	509	47,6	1.070	
Assistenza Specialistica Ambulatoriale	3.804	41,3	5.410	58,7	9.214	
Assistenza Territoriale Residenziale	1.473	21,6	5.361	78,4	6.834	
Assistenza Territoriale Semiresidenziale	976	33,8	1.910	66,2	2.886	
Altra Assistenza Territoriale	4.969	87,3	725	12,7	5.694	
Assistenza Riabilitativa (ex art. 26 L. 833/78)	249	23,3	818	76,7	1.067	

Fonte: Ministero della Salute.

Da un'analisi nel periodo 2010-2013 si può rilevare che le strutture di assistenza ospedaliera, fatto 100 il dato 2010, nel 2013 hanno registrato un -11,5% nell'area pubblica e un -4,1% in quella privata accreditata. Tale contrazione rappresenta l'effetto degli interventi di razionalizzazione delle reti ospedaliere. Per l'assistenza specialistica ambulatoriale si assiste ad una lieve diminuzione degli ambulatori e laboratori pubblici (-1,3%) e ad una diminuzione più consistente per le strutture private accreditate (-6,4%).

L'ANDAMENTO DELLA SPESA SANITARIA

La dinamica della spesa nell'ultimo venticinquennio non ha avuto, in termini assoluti e anche percentuali, un andamento costante. Partendo dal 1993 (anno dell'attuazione della legge di riforma con la quale le vecchie Unità Sanitarie Locali venivano compiutamente trasformate in Aziende regionali della Sanità, dotate di autonomia di bilancio e coordinate dalle Regioni), si assiste ad un decremento netto della spesa fino al 1995, come effetto delle severe misure di contenimento della spesa pubblica varate nel clima della crisi del 1992 che aveva avuto come riflesso l'uscita della lira dal Sistema Monetario Europeo.

La spesa sanitaria si ridusse per due anni consecutivi a un tasso medio annuo dello 0,7%. Per prevenire gli effetti inflazionistici della svalutazione e ricandidarsi all'ingresso dentro l'unione valutaria, il Paese affrontò un periodo di intensa austerità fiscale, simile a quella sperimentata in questi ultimi anni. Fatta 100 la spesa del 1992, essa scese a 97 nel 1995.

A questo periodo di contrazione segue una fase di aumento moderato che la riporta nel 1999 ai valori reali del 1992. Nel 1999 viene sancito l'ingresso dell'Italia nell'unione valutaria dell'Europa (area Euro), e conseguentemente il pagamento del servizio sul debito pubblico comincia a beneficiare di più bassi tassi d'interesse, permettendo una ripresa della spesa pubblica anche sanitaria.

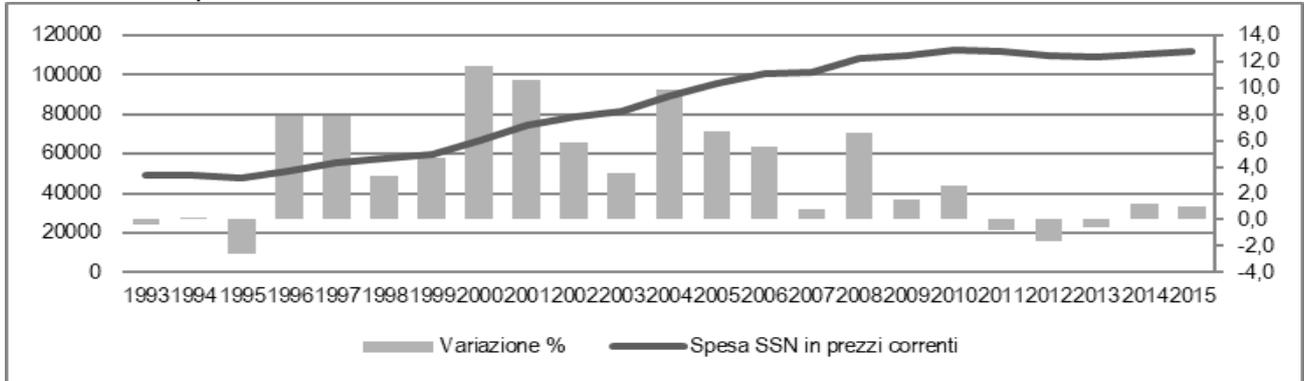
Due anni dopo, con la legge 3/2001 di riforma del Titolo V della Costituzione, decisive materie quali la sanità e i servizi sociali sono divenute esclusiva competenza delle Regioni. Inizia una fase di sostanzioso aumento della spesa, solo in parte giustificato dall'accorpamento e dall'aumento delle competenze delle Asl, che vengono ad assorbire diverse attività territoriali e socio-sanitarie.

All'aumento delle competenze non ha risposto però una aumentata autonomia fiscale delle Regioni, motivo per il quale si determina una situazione di autonomia senza responsabilità che produce negli anni successivi significativi deficit nei bilanci sanitari, che rappresentano la parte predominante di quelli delle Regioni di appartenenza. In alcune Regioni si arriva così al commissariamento del comparto e al varo di piani di rientro basati su risparmi e compartecipazione degli utenti alla spesa sanitaria.

Negli ultimi anni la necessità di un veloce rientro del deficit di bilancio imposta dalla crisi internazionale, ha comportato l'irrigidimento del Patto di stabilità che prevede il rispetto dei vincoli europei di bilancio anche da parte degli Enti regionali. Da ciò discende un minore trasferimento di fondi da parte dello Stato Centrale che ha comportato una stabilizzazione della spesa anche prima dell'avvio della faticosa manovra di revisione (spending review) che, a sua volta, ha portato a tagli

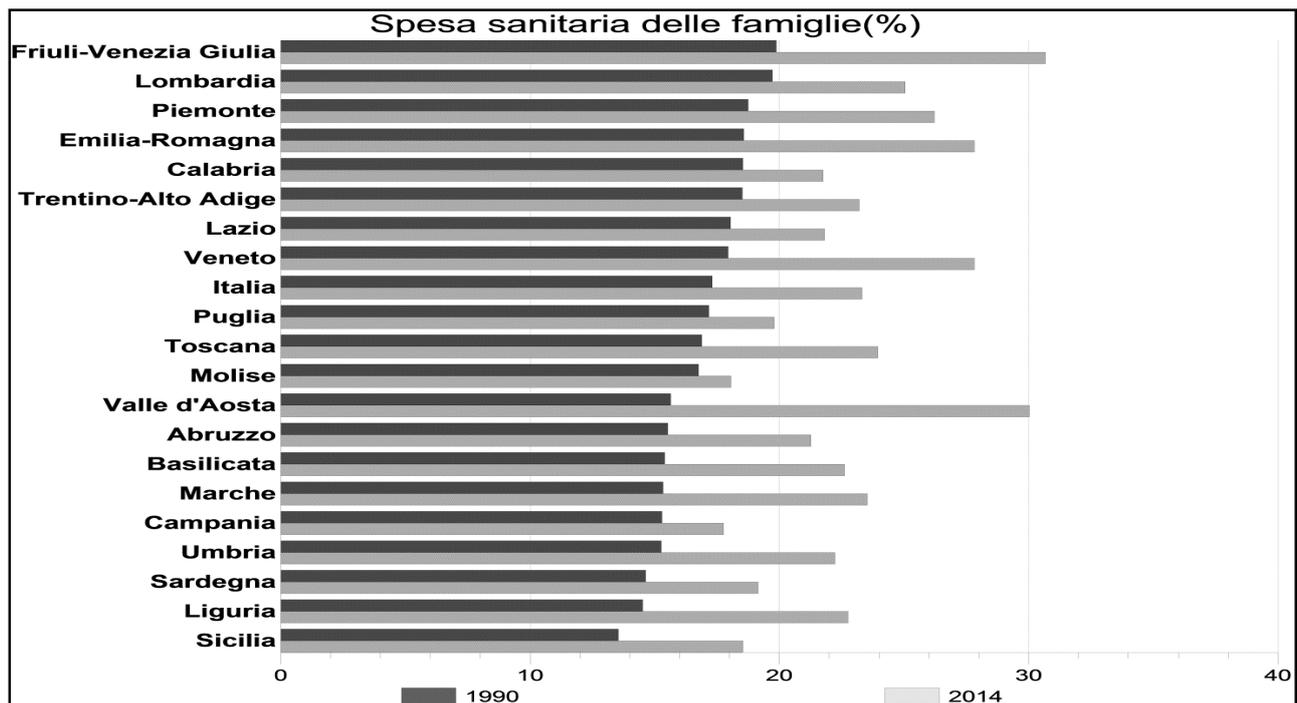
lineari alla spesa sanitaria. Sebbene nel 2013 la riduzione sia stata meno forte di quella del biennio precedente (-1,3% in media d'anno), l'impatto di queste manovre è stato considerevole.

Andamento della spesa sanitaria



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat.

L'incidenza della spesa sanitaria sul Pil dal 2010 al 2013 ha registrato una variazione negativa, mentre per gli anni successivi le variazioni positive sono da imputarsi sostanzialmente all'incremento della spesa sanitaria a carico delle famiglie.



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat.

LA SPESA FARMACEUTICA

La spesa farmaceutica convenzionata è passata da un incremento medio annuo dell'1,2% nel periodo 2002-2006, ad una riduzione del 3,1% nel periodo 2006-2010, con il risultato di contrarre il suo peso percentuale sulla spesa sanitaria totale dal 12,5% nel 2006 al 9,9% nel 2010.

Su tale dinamica hanno influito sia la previsione di un tetto alla spesa farmaceutica convenzionata e il meccanismo automatico di riequilibrio dell'eventuale sfondamento, sia l'accresciuto controllo sulle prescrizioni farmaceutiche attraverso il Sistema Tessera Sanitaria. Unitamente a ciò, con particolare riferimento agli ultimi anni, il trend dell'aggregato ha risentito

positivamente dell'introduzione, sia nelle Regioni sotto Piano di rientro, sia in quelle non sottoposte ai Piani di rientro, di misure di compartecipazione del cittadino alla spesa (ticket).

Il contenimento è stato maggiore nelle Regioni sottoposte al Piano di rientro rispetto a quelle "a posto" con i conti. Anche le Regioni sotto Piano di rientro leggero evidenziano tassi inferiori di crescita della spesa per la farmaceutica convenzionata. Andamenti analoghi evidenziano le Regioni autonome.

La spesa farmaceutica territoriale ha ovviamente una correlazione ferrea con il numero di ricette. Se la spesa sanitaria complessiva si intreccia con altre variabili (ad es., il costo per i ricoveri e gli interventi ospedalieri), quella territoriale è ovviamente conseguenza più o meno diretta dell'attitudine a consumare farmaci che è misurabile approssimativamente con il numero di ricette registrate. Il criterio con cui questo indicatore misura la spesa farmaceutica è dato dal costo medio della ricetta.

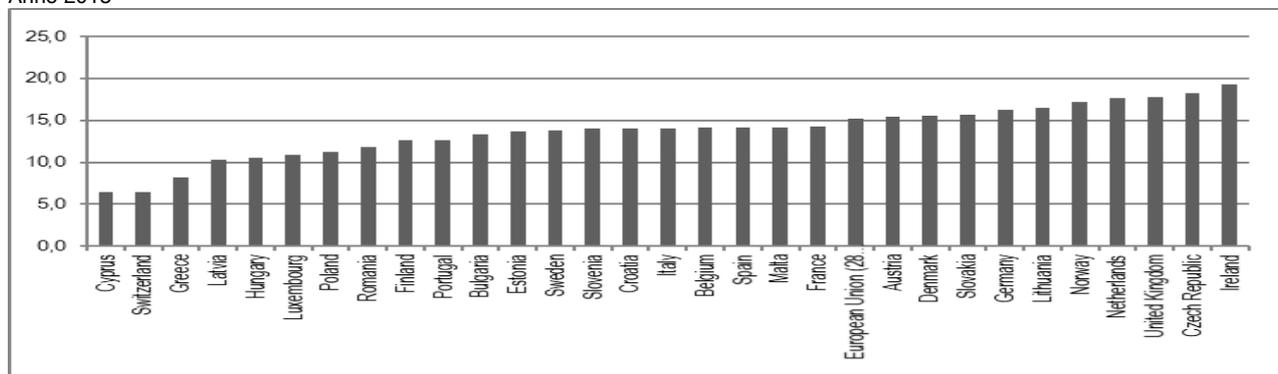
Nonostante il deciso calo della spesa farmaceutica riscontrato a partire dall'anno 2004, il consumo pro capite di farmaci e soluzioni galeniche continua a crescere. Il trend è sostanzialmente omogeneo, ma il differenziale di partenza si sostanzia in un delta che vede agli estremi 1 e 2 ricette annue pro capite.

IL QUADRO INTERNAZIONALE

L'Italia investe il 14,1% della spesa pubblica per mantenere il proprio sistema sanitario, l'1,1% meno della media europea. L'Irlanda è il paese che vi dedica la quota più alta (19,3%), ma questa spesa incide solo per il 5,7% del proprio Pil, dato che per l'Italia sale al 7%. Cipro è il paese che spende per la sanità la percentuale più bassa della spesa pubblica, pari al 2,6% del proprio Pil.

Percentuale della spesa sanitaria sul totale della spesa pubblica

Anno 2015



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Eurostat.

L'Italia si posiziona tra i primi sei paesi "meno soddisfatti" delle cure mediche ricevute, con il 7,2%. Più insoddisfatti risultano i greci e gli estoni, con percentuali superiori del 12%. Complessivamente la maggioranza dei paesi registra valori inferiori al 3%, valore percentuale che va dunque considerato come livello di riferimento rispetto alla percezione dei cittadini.

LE DOTAZIONI STRUMENTALI E LE NUOVE TECNOLOGIE

Di fronte alle ristrettezze dei bilanci regionali, non sorprenderebbe scoprire nella sanità italiana un parco tecnologico carente e non "aggiornato" rispetto alle nuove tecnologie, come conseguenza di un sistema impoverito e caratterizzato da bassi investimenti. Dai dati che seguono si evince che non è così.

La presenza di apparecchiature tecnico-biomediche (nelle strutture ospedaliere e territoriali) risulta in aumento nel settore pubblico, anche se la loro disponibilità è fortemente variabile a livello regionale. Esistono, ad esempio, circa 106,2 mammografi ogni 1.000.000 di abitanti con valori che superano i 150 in due Regioni (Valle d'Aosta, Umbria). La regione che registra il rapporto minore tra

apparecchiature tecnico-biomediche e abitanti è la Campania, mentre si riscontrano percentuali più elevate in regioni più piccole come il Molise e la Val d'Aosta. La Campania registra il più basso rapporto per l'apparecchio per emodialisi.

I MEDICI DI MEDICINA GENERALE: CRISI DI IDENTITÀ E RISCHIO “GOBBA”

I medici di medicina generale rappresentano, insieme ai pediatri di libera scelta, il primo, fondamentale anello del pianeta salute, quello più vicino al cittadino-paziente. Diversamente da quanto accadeva in passato, negli anni della riduzione dei budget delle sanità regionali, gli input che raggiungono il medico vanno nel senso di una tendenziale riduzione del ricorso alla diagnostica strumentale e di una valorizzazione dei farmaci generici rispetto a quelli “di marca”. I pazienti “non apprezzano” queste nuove linee guida, e talvolta “scelgono” il medico in relazione alla maggiore o minore disponibilità “a prescrivere”. Questi sono alcuni degli elementi che ne minano l'efficacia e addirittura l'amor proprio, ai quali si somma il peso delle sempre maggiori incombenze burocratiche, come l'invio elettronico delle prescrizioni in tempo reale, che lo legano più al computer che al lettino delle visite.

Ma quali che siano il livello e le ragioni della crisi di ruolo che la medicina di base sta attraversando, un ulteriore allarme è stato lanciato sull'intera area dalla Fnomceo, la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, che alla fine del 2016 ha denunciato come già oggi i medici che operano nella medicina generale siano sempre meno, perché il turnover dovuto all'invecchiamento, sta creando molti “vuoti”.

Secondo i dati forniti dal Ministero della Salute e aggiornati al 2012 il comparto assorbiva 45.437 medici di medicina generale. Prendendo in esame i dati di Eurostat 2015, il numero sale a 53.525, pari a una percentuale di 88,9 ogni 100.000 abitanti. Confrontando la situazione italiana con quella dei maggiori partner europei, si evidenzia la forte specificità del nostro modello sanitario complessivo, caratterizzato da una alta quota di medicina specialistica e dal ruolo centrale di fatto affidato alle strutture ospedaliere. Mentre l'Italia per dotazione di medici in generale è seconda solo alla Germania, nell'area della medicina di base si colloca nella fascia bassa della classifica. La Germania, infatti, ne conta 167,4 ogni 100.000 abitanti (quasi il doppio, dunque), e la Francia si colloca a quota 155,5.

“Pochi” medici di medicina generale, ognuno dei quali assiste una media (in aumento già negli ultimi anni) di circa 1.200 cittadini: questo è il quadro che caratterizza gli ultimi decenni, ma sul quale si sta abbattendo la mannaia dell'anzianità anagrafica. Tornando al dato del 2012, sui 45.437 medici di medicina generale censiti, più del 60% risultavano laureati da 27 o più anni, presentando dunque una carta d'identità “media” da arzilli cinquantacinquenni: più che medici in camice bianco, medici dal capo imbiancato dall'età.

Per affrontare tali problematiche è stato istituito presso il Ministero della Salute un *Tavolo di lavoro sulle problematiche connesse alla medicina generale*, di cui - oltre al Ministero della salute - fanno parte il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, le Regioni e la Fnomceo.

L'IMBUTO DEI PRONTO SOCCORSO

La medicina d'urgenza è un'area particolarmente delicata. Il pronto soccorso è la struttura cui il cittadino dovrebbe ricorrere nell'immediatezza di un evento patologico grave o che, comunque, genera apprensioni, ma la mancanza di altri efficaci presidi territoriali ne snatura la funzione, e lo rende il terminale obbligato di bisogni “altri” che si scaricano su strutture stressate fino al collasso. È stato calcolato che negli 844 presidi di medicina d'urgenza presenti sul territorio, ci siano mediamente 2.800 accessi ogni ora che generano annualmente circa 24.000.000 di visite. 3.500.000 pazienti “entrano” nei reparti ospedalieri proprio attraverso il pronto soccorso.

I pronto soccorso sono presenti nell'81,6% degli ospedali, e quelli pediatrici nel 17,5%. La media (2013) di 3,4 accessi ogni 10 abitanti è il dato che evidenzia l'abnorme utilizzo che si fa dei presidi di medicina d'emergenza. Ancora più indicativa è la percentuale dei ricoveri ospedalieri che si realizzano attraverso il pronto soccorso: il 14,7%. Quest'ultimo indicatore si presenta altamente variabile a livello

territoriale: a fronte di una percentuale di ricovero pari all'11% registrato nella regione Piemonte, si raggiungono valori pari a 26,7% nella regione Molise. I pronto soccorso pediatrici riscontrano 1,6 accessi ogni 10 abitanti fino a 18 anni di età, e nell' 8,2% si risolvono con il ricovero.

L'impatto di questi ricoveri "da emergenza" aggrava la cronica carenza di posti letto in alcune regioni, impedendo una programmazione più accorta delle risorse degli ospedali. Da ciò discende quello che viene assai spesso denunciato dai media: il crearsi di situazioni di affollamento che costringono il paziente a sostare nei corridoi o nelle sale d'attesa prima di poter accedere ai reparti, una volta che si sia liberato l'agognato posto letto. Prima ancora dell'attesa per poter accedere in reparto, e che va dalle 24 alle 72 ore, l'eccessivo ricorso ai pronto soccorso genera paradossali aree di criticità in relazione agli spazi e alle dotazioni propri.

Strutture di ricovero pubbliche - servizi per le emergenze
 Anno 2013

Regione	Dipartimento di emergenza		Pronto soccorso		Pronto soccorso pediatrico		Centro di rianimazione		Ambulanze di tipo A		Ambulanze pediatriche	Ambulanze emergenza trasporto neonato	Ambulanze di tipo B	Unità mobili di rianimazione
	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale strutture	Servizi	% sul totale strutture	Totale	% con medico				
Piemonte	24	64,9	27	73	10	27,0	25	67,6	30	40,0	1	2	45	8
Valle d'Aosta	1	100,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0	15	13,3	-	-	-	-
Lombardia	40	66,7	43	71,7	23	38,3	45	75,0	85	2,4	-	13	65	35
P. A. Bolzano	3	42,9	7	100,0	1	14,3	6	85,7	-	0,0	-	-	-	-
P. A. Trento	-	0,0	7	87,5	1	12,5	2	25,0	189	0,0	-	-	9	-
Veneto	21	55,3	28	73,7	4	10,5	26	68,4	182	20,9	1	4	76	11
Friuli Venezia Giulia	10	76,9	10	76,9	3	23,1	10	76,9	37	2,7	-	2	8	-
Liguria	9	81,8	9	81,8	5	45,5	10	90,9	65	3,1	9	-	9	12
Emilia Romagna	23	82,1	25	89,3	3	10,7	21	75,0	163	14,1	-	6	13	8
Toscana	34	85,0	33	82,5	4	10,0	29	72,5	109	24,8	-	-	136	20
Umbria	7	70,0	9	90,0	-	0,0	7	70,0	32	56,3	-	-	16	5
Marche	12	75,0	15	93,8	1	6,3	12	75,0	29	51,7	-	-	12	7
Lazio	27	45,0	41	68,3	7	11,7	31	51,7	26	46,2	-	4	40	7
Abruzzo	9	50,0	18	100,0	1	5,6	12	66,7	19	68,4	-	3	18	7
Molise	3	60,0	3	60,0	-	0,0	5	100,0	6	0,0	-	2	6	3
Campania	28	57,1	43	87,8	19	38,8	34	69,4	43	44,2	1	8	93	17
Puglia	18	52,9	30	88,2	1	2,9	21	61,8	63	17,5	2	5	52	14
Basilicata	2	22,2	8	88,9	-	0,0	6	66,7	1	0,0	-	1	16	5
Calabria	12	54,5	19	86,4	2	9,1	11	50,0	16	81,3	-	-	8	4
Sicilia	18	26,9	60	89,6	6	9,0	37	55,2	46	23,9	2	5	56	48
Sardegna	7	25,0	22	78,6	6	21,4	14	50,0	33	18,2	-	1	34	13
Italia	308	54,9	458	81,6	98	17,5	365	65,1	1,189	18,9	16	56	712	224

Fonte: Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.

QUANDO A "MIGRARE" SONO ANCHE I MEDICI

Dai dati forniti dalla Commissione Europea relativi alle migrazioni dei professionisti, si registrano 10.104 medici "espatriati" nel periodo 2005-2015. La principale meta è la Gran Bretagna (33%), che da oltre un decennio si conferma al primo posto tra le preferenze dei neodottori in medicina che, ottenuta la qualifica in Italia, decidono o sono costretti a esercitarla, in via permanente o temporanea, all'estero. A seguire, la Svizzera (26%).

Fa riflettere il dato assai significativo, secondo cui nell'ultimo decennio, su 100 dottori in medicina europei che lasciano il paese d'origine, ben 52 sono nostri connazionali. Basti pensare che il secondo paese per maggiore numero di "transfughi" medici, ossia la Germania, si ferma solo al 19%. Il dato è tanto più allarmante guardando al futuro prossimo, ovvero da oggi al 2025, periodo per il quale si prospetta una forte quota di pensionamenti. Si stima che verranno collocati a riposo 47.300 medici specialisti del SSN, a cui si aggiungono circa 8.200 tra medici universitari e specialisti ambulatoriali, mentre nello stesso periodo gli specialisti formati saranno solo 40.000. Se si conferma

il trend dei giovani medici che scelgono l'estero, il saldo risulterà fortemente passivo, e i fenomeni di carenze professionali già diffusi ma non ancora esplosi nella loro drammaticità, si manifesteranno appieno, allargando oltre misura la forbice tra pensionamenti e nuovi ingressi.

LE LISTE DI ATTESA E L'IMPATTO DELL'INTRAMOENIA: QUALCOSA SI MUOVE

L'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta oramai una componente strutturale dei LEA, così come previsto dal Dpcm del 29 novembre 2001, in quanto la dimensione temporale della lista d'attesa è ritenuta un fattore di riferimento essenziale per valutare l'efficacia della presa in carico del paziente.

Il Ministero della Salute ha istituito il *Tavolo Tecnico per l'elaborazione e l'operatività del Piano di Governo delle Liste di Attesa 2017-2019* che sta definendo un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, da realizzarsi con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, con il rispetto delle classi di priorità e la trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Un dato pubblicato annualmente da Cittadinanza Attiva produce la stima in mesi dei tempi medi di attesa per usufruire delle prestazioni mediche più richieste. Nel 2015 la visita che imponeva la maggiore attesa è stata quella neurologica (12 mesi), con l'incremento più alto rispetto al 2014, mentre quella con i tempi di attesa più brevi è stata la visita gastroenterologica (4 mesi). Nessuna area specialistica, d'altronde, rientra nei parametri stabiliti dai Lea e che definiscono appropriato un tempo di 30 giorni dall'appuntamento alla visita.

Per snellire le liste d'attesa la strategia più ovvia sarebbe quella di incrementare il personale specialistico e allungare l'orario di apertura dei presidi sanitari laddove i tempi registrati sono maggiori. Dove ciò sta avvenendo si ottiene una drastica riduzione delle liste d'attesa. È il caso di alcune Regioni "virtuose" come Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana, oltre che di numerose Asl e Aziende ospedaliere diffuse a macchia di leopardo in diverse altre aree.

Ma, paradossalmente, la "guerra" alle liste d'attesa deve tener di conto che il "nemico" è in parte annidato all'interno delle stesse strutture ospedaliere e dei poliambulatori pubblici. Un nemico che negli ultimi anni ha acquisito sempre maggiore vigore e che ha anche un nome: l'intramoenia.

L'intramoenia è la pratica attraverso la quale le prestazioni sanitarie vengono erogate dal servizio pubblico in collaborazione con i medici pubblici che, terminato il loro tempo di lavoro contrattualmente pattuito, operano da "privati" nelle stesse sedi e con le stesse dotazioni tecniche della sanità pubblica. Nata nel 1998 (Ministro della Salute, Rosi Bindi), questa importante "novità" nel Servizio Sanitario Nazionale rispondeva ad alcune legittime esigenze ed aspirazioni.

La prima esigenza era quella di "legare" il medico alla struttura pubblica, interrompendo la mala pratica del doppio binario: stipendio fisso e inquadramento nel servizio pubblico, maggiore reddito individuale ottenuto lavorando nelle strutture private. Questo obiettivo si avvicinava grazie ad un riconoscimento economico ai medici che sceglievano l'indissolubile legame con il pubblico, ma anche con la possibilità di svolgere attività privata nelle stesse strutture pubbliche, producendo un ulteriore reddito "gestito" dall'amministrazione della Asl e/o dell'Azienda ospedaliera di appartenenza. Lavorare "entro le mura" avrebbe in certa misura contribuito a legare i professionisti al SSN, riportando ad esso quote di prestazioni precedentemente svolte in area privata. Il 98% dei medici accettarono questo nuovo regime.

L'altra esigenza era quella di permettere al cittadino-paziente la libera scelta del professionista cui rivolgersi con un relativo aggravio di spesa individuale (il delta tra il costo del ticket e quello della prestazione in intramoenia), ma sempre all'interno del perimetro del Servizio Sanitario Nazionale.

Fin qui tutto bene. I medici guadagnano di più, il cittadino può scegliere (a pagamento) il professionista del servizio pubblico che predilige. Con il passare degli anni l'intramoenia ha presentato, però, alcuni aspetti pericolosi, il primo dei quali è sintetizzabile con un ossimoro: intramoenia extramuraria.

Questa particolare fattispecie di intramoenia si realizza (assai spesso) quando i locali e le strutture pubbliche si dimostrano o vengono giudicati inadeguati allo svolgimento delle prestazioni

“private” del medico pubblico: spazi costipati, cattiva organizzazione delle risorse, obsolescenza o parziale inutilizzabilità delle attrezzature diagnostiche. In questi casi (per determinare i quali non esistono regole e procedure standard), il medico che opera in intramoenia può lavorare presso strutture e centri clinici privati, che inoltre addebitano al pubblico i costi per la logistica e l’assistenza attinente la singola erogazione di prestazione sanitaria. Ecco, così, “smontato” uno dei pilastri fondamentali dell’originaria intramoenia. Il medico pubblico “torna” ad operare nelle strutture private che per di più guadagnano a spese del pubblico, “ospitando” l’erogazione delle prestazioni.

Il secondo problema che si è evidenziato è rappresentato dalla giustapposizione di due ben diversificate liste d’attesa, gestite entrambe dai cup (centri unici delle prenotazioni) della sanità pubblica. La prima lista è quella caratterizzata dai tempi lunghi e regolata economicamente attraverso i ticket che il paziente (quando non esentato) versa nelle casse della Asl o dell’Azienda ospedaliera. La seconda lista, immancabilmente più “corta”, è quella dell’intramoenia cui, proprio per il “fascino” della velocità se non che dell’immediatezza, fanno ricorso i pazienti in grado di pagare una fattura che in genere presenta un importo più che doppio rispetto al costo del ticket. Capita così che in uno stesso ambulatorio venga proposta al cittadino una visita oculistica a 3-4 mesi presentando la ricetta del medico di medicina generale e con un ticket relativamente basso, o in alternativa la stessa visita con lo stesso dottore per il giorno successivo o, al massimo entro 7-10 giorni, senza bisogno della prescrizione e con contestuale pagamento di una fattura alquanto salata.

Queste due opzioni vengono presentate e messe in diretta concorrenza, come se il soggetto erogatore non avesse da tutelare i suoi interessi primari (ticket). Pagare ed “essere serviti” immediatamente (o quasi), oppure attendere. Il risultato è che molti cittadini obtorto collo scelgono la prima opzione, oppure attendono per l’impossibilità materiale a pagare. La non esigua categoria degli esenti dal ticket per basso reddito, non potrà mai avvalersi della “velocità” con cui nel pubblico si erogano prestazioni a pagamento: vulnus non da poco per l’articolo 32 della Costituzione.

Il risultato di queste evidenti contraddizioni è che le liste d’attesa si allungano per i più, mentre scompaiono invece per i più abbienti e/o per i soggetti che, pur deboli economicamente, non possono attendere tempi lunghi. Si crea così una pericolosa e illegittima discriminazione nei confronti di chi non è in grado di sostenere economicamente tale scelta. La sintesi impietosa è che l’intramoenia ha aumentato le disparità di trattamento nell’erogazione del diritto alla salute e, al di là dei propositi originali, sta contribuendo a impoverire le potenzialità del sistema.

Passando dall’area dei diritti del cittadino-paziente a quella dei “numeri” e dei bilanci, si può osservare come si colloca la dimensione dell’intramoenia all’interno del SSN. Da un’analisi degli anni tra il 2012 e il 2015 si evince che per le voci di entrata riferibili a ticket ed intramoenia l’andamento dei volumi è decrescente. Per i ticket (che rappresentano un incasso diretto del sistema pubblico), si manifesta una diminuzione complessiva del 9,4%, analoga (9%) a quella del comparto intramoenia (che rappresenta solo in minima parte un reddito del servizio pubblico).

Confronto delle voci di entrata riferibili a ticket ed intramoenia

Anni 2012-2015

Valori espressi in migliaia di euro

Variazioni	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)				Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia RegioneA.			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
ITALIA	1.548.542	1.487.092	1.447.426	1.403.626	1.229.033	1.151.810	1.143.909	1.118.395
Variaz. % 2012-2015 ITALIA		-4,0%	-6,5%	-9,4%		-6,3%	-6,9%	-9,0%
Variaz. % annuale ITALIA-		-4,0%	-2,7%	-3,0%		-6,3%	-0,7%	-2,2%

Fonte: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

Questa sostanziale omogeneità degli andamenti non sorprende, in quanto i due comparti hanno entrambi risentito della contrazione della capacità di spesa dei cittadini dovuta alla crisi generale. Ciò che invece sorprende è che i valori assoluti non siano troppo lontani. Nel 2015 gli italiani hanno speso in ticket 1.403.626.000 euro, e 1.118.395 euro in intramoenia, in un rapporto 1 a circa 0,85. Ma mentre la polemica e le denunce sul peso dei ticket trovano forte riscontro mediatico, la consapevolezza di quanto “pesi” l’intramoenia sui bilanci delle famiglie è una rara avis.

Ma c'è di più. Per ogni prestazione di intramoenia la struttura pubblica “perde” il valore del ticket, sostituito da una quota minima e talvolta risibile della parcella che viene incassata dal medico, ad ulteriore abbattimento della quale sono da imputare le spese generali e di assistenza segretariale e infermieristica che rimangono comunque a carico della struttura pubblica anche per il tempo occupato dalle visite e dalle erogazioni in intramoenia.

Ogni Asl e ogni Azienda ospedaliera applica regole e percentuali proprie che generano una giungla impenetrabile e rendono difficile produrre valutazioni complessive su quanto “guadagna” o “perde” la struttura pubblica nell’area dell’intramoenia.

L’Agenas attesta che tra il 2001 e il 2009 i ricavi delle prestazioni intramoenia a livello nazionale sono aumentati del 79,67%. Questi volumi, retrocessi in massima parte ai medici, generano comunque costi che sono cresciuti negli stessi anni dell’83,51%. Inoltre, nello stesso periodo le strutture pubbliche hanno sostenuto spese per rendere più adeguati, e addirittura più “attraenti”, i locali destinati a ricevere una clientela “privata”.

Il bilancio complessivo è impietoso: attualmente entrano nelle casse pubbliche meno di 150 milioni di euro, una quota che si assesta poco sopra il 10% dei volumi generati dall’intramoenia e che è assai inferiore al corrispettivo che si incasserebbe nel caso in cui in tutto o in parte le prestazioni sanitarie venissero erogate “direttamente”, previo pagamento del ticket. La quota di ricavo lordo risulta inoltre progressivamente in discesa: circa il 15% nel triennio 2005-2007, intorno al 13% nel 2008. Nel Lazio i volumi complessivi di intramoenia producono più di 137.000.000 di euro, ma nelle casse della sanità regionale rimangono solo circa 13.000.000 di euro. In Lombardia si spendono in intramoenia circa 262.000.000 di euro, ma alle casse della Regione ne giungono solo circa 18.000.000.

Nell’affrontare la questione delle liste d’attesa alcune Regioni hanno ottenuto buoni risultati. Gli interventi sono consistiti nell’allungamento degli orari di apertura al pubblico delle strutture sanitarie (fasce serali, semi-festivi e festivi), nell’assorbimento di ulteriori quote di prestazioni professionali, in una seria informatizzazione del sistema delle prenotazioni, nell’addebito al paziente del ticket in caso di mancato rispetto dell’appuntamento concordato. I risultati dimostrano che l’efficientamento “si può fare”. Nel marzo scorso il Ministro della Salute ha riconosciuto alla regione Emilia-Romagna il merito di aver sostanzialmente risolto l’annosa questione delle lungaggini nelle prestazioni specialistiche e nella programmazione degli interventi negli ospedali. Tra le circa 30 “azioni” poste in essere per raggiungere l’obiettivo del 98% di prestazioni erogate nei tempi richiesti dai Lea si annovera il blocco dell’attività di intramoenia ogni volta che si manifestino forti difformità tra la lunghezza delle due “liste d’attesa”. Il principio è semplice: se in intramoenia si ottiene una prestazione in pochi giorni, la stessa prestazione deve essere ottenuta con il ticket nei tempi prescritti e funzionali alla salvaguardia della salute del cittadino-paziente. Se si genera una forte discrepanza, bisogna intervenire bloccando il ricorso al privato e intensificando l’attenzione sul pubblico.

LA DISTRIBUZIONE DEI FARMACI DIRETTA E PER CONTO

Tra le tante voci che compongono la spesa sanitaria, quella relativa alla DPC (Distribuzione Per Conto) sta creando forti discussioni. La DPC è una procedura che prevede la distribuzione da parte delle farmacie aperte al pubblico di alcuni farmaci acquistati direttamente dall’Azienda Sanitaria Locale o dall’Azienda ospedaliera, in alternativa alla consegna “diretta” che avviene ad opera delle farmacie interne alle strutture, o presso il domicilio dell’assistito. Si tratta di farmaci utilizzati per terapie di lungo periodo e sotto uno stretto controllo medico, di ritrovati per specifiche patologie e, spesso, dal costo assai elevato.

Per permettere al paziente un approvvigionamento più semplice, le Regioni hanno in essere convenzioni con le farmacie del territorio, le quali ricevono attraverso i distributori le confezioni acquistate dalle Asl e dalle Aziende ospedaliere, e fungono da terminali per la distribuzione consegnando il farmaco “prenotato” dal paziente. In questi casi la farmacia non sopporta i classici oneri per l’acquisto del farmaco, come avviene per l’approvvigionamento di quelli in convenzione e di libera vendita. Le Regioni riconoscono alle farmacie un rimborso degli oneri complessivi di

distribuzione (sia intermedia che finale) che varia da una quota fissa “a confezione”, ad una percentuale del prezzo del farmaco.

Questa estrema variabilità è messa “sotto accusa” da chi ritiene molto più sicuro ed economico il sistema della distribuzione diretta che, se fosse attuato massivamente su tutto il territorio nazionale, permetterebbe un risparmio per il SSN di circa un miliardo l’anno, senza pregiudicare in alcun modo le esigenze di approvvigionamento da parte del cittadino. In particolare i critici si scagliano contro il rimborso “a percentuale” sul costo della confezione, che in alcuni casi è intorno al 15%. Ad esempio, quando si tratta di “consegnare” un farmaco del costo di 500/600 euro a confezione, alla farmacia può venire riconosciuto un rimborso di 75/90 euro per una operazione che non assorbe né tempo né denaro. Nel caso dei costosissimi nuovi farmaci antivirali (come quelli per l’epatite) che costano anche più di 20.000 euro a confezione, salta agli occhi che l’aggio della farmacia risulta al contempo immotivato quanto elevato.

Perché non riportare integralmente la distribuzione di questi farmaci “all’interno” delle Asl e delle Aziende ospedaliere? Questa è la domanda, ovviamente retorica, che si pongono i farmacisti operanti direttamente nelle aziende pubbliche che fanno riferimento alla SIFO, la Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie. Secondo diversi studi l’assorbimento integrale della funzione distributiva potrebbe essere assicurato dalle strutture già esistenti, e l’onere aggiuntivo di gestione dei maggiori volumi comporterebbe un costo “a confezione” assai contenuto, tra 1 e 2 euro. Inoltre, il rapporto diretto paziente-struttura erogatrice permetterebbe un maggior controllo sulle terapie in atto, evitando al paziente gli oneri burocratici legati alla prenotazione del farmaco (prescritto dal medico pubblico) presso la farmacia di territorio, e la necessità di “tornare” per ritirarlo. Nel caso poi di difficoltà logistiche del paziente, come già avviene per molte Asl e per diversi ospedali, la consegna a domicilio rappresenta una prassi sperimentata, facilmente gestibile e apprezzata dal paziente.

Totalmente opposta è la posizione dei rappresentanti delle farmacie di territorio, che attraverso Federfarma asseriscono che l’eventuale contrazione della distribuzione per conto genererebbe per il SSN oneri maggiori di quelli sostenuti per riconoscere la funzione alle farmacie. Federfarma afferma poi che nel caso della chiusura del “rubinetto” della distribuzione per conto, il sistema delle farmacie entrerebbe in difficoltà e si produrrebbero migliaia di licenziamenti. Inoltre, il cittadino risulterebbe svantaggiato perché non avrebbe più la possibilità di approvvigionarsi del farmaco nella farmacia vicina al proprio domicilio.

LA MEDICINA DIFENSIVA

Il fenomeno della medicina difensiva ha avuto origine negli Usa. Negli anni Settanta, a seguito dell’aumento del contenzioso registratosi nell’ambito sanitario, i medici hanno assunto atteggiamenti di tipo difensivo, volti principalmente a limitare e/o escludere successive iniziative giudiziarie ad opera dei pazienti insoddisfatti che si ritengono danneggiati dall’imperizia del medico.

Un’indagine del 2010 svolta dall’Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha voluto rappresentare la condizione di tutti i medici italiani attivi (non copre l’area dell’odontoiatria) in tutti i ruoli (ospedali, case di cura, medicina di base) operanti nel settore pubblico e privato, fino all’età di 70 anni.

Dai risultati è emerso che il ricorso alla medicina difensiva avviene diffusamente, e si riscontra nella prescrizione dei farmaci (53%), nell’abuso delle visite specialistiche (73%), degli esami di laboratorio (71%), degli esami strumentali (75,6%) e dei ricoveri ospedalieri (49, 9%).

Lo studio ha fornito anche una stima sulla spesa sanitaria conseguente al fenomeno della medicina difensiva. Dal momento che la “fonte” è l’ordine professionale dei medici, certamente non imputabile di allarmismo, i dati che emergono sono inquietanti. Nella sola area di Roma e Provincia la maggior spesa annua imputabile si assesterebbe tra 1.134.500.000 euro e 1.799.500.000 euro.

A livello nazionale, riparametrando i dati di Roma e Provincia, gli “sprechi” derivanti da pratiche di medicina difensiva ammonterebbero a ben 13 miliardi l’anno (2010) una cifra che corrisponde all’11,8% dell’intera spesa sanitaria totale (pubblica e privata). L’eccesso di cautela, dunque,

graverebbe in quota consistente sul SSN e sulle tasche dei cittadini, generando un aumento immotivato di prescrizione di farmaci, visite, esami e ricoveri.

Un nuovo testo (legge Gelli, 8 marzo 2017, n.24) si occupa per un verso di rafforzare gli strumenti di controllo e di prevenzione degli errori sanitari, per l'altro di ridefinire il tema della responsabilità del medico e delle strutture sanitarie in una cornice giuridica più ferrea ed equilibrata.

La legge prevede che in ambito giudiziario l'onere della prova sia a carico del ricorrente e una prescrizione a 5 anni quando è chiamato direttamente in causa un operatore sanitario. Una volta riconosciuto, il danno sarà risarcito sulla base delle tabelle sul danno biologico contenute nel Codice delle assicurazioni private.

L'efficacia dell'applicazione delle nuove norme dovrà essere verificata nel corso dei prossimi anni, e c'è da augurarsi che la complessiva riforma mitighi l'incidenza della medicina difensiva sia per ciò che concerne i costi aggiuntivi che produce (e che rappresentano una questione di interesse collettivo) sia per quanto riguarda il livello di tensione tra gli operatori, ristabilendo un rapporto più corretto e confidente tra pazienti e medici.

Le avvisaglie non sono, comunque, molto tranquillizzanti. Premesso che non sono stati ancora emanati tutti i decreti attuativi (previsti per il 30 giugno) e che, conseguentemente, la legge non è neanche ai nastri di partenza, il suo testo è stato oggetto di numerose critiche da parte di diversi giuristi, e ha subito una parziale stroncatura in una recente sentenza della Cassazione penale (7 giugno 2017 n.28187) che ha giudicato la nuova disciplina di "*disarticolante contraddittorietà*" in relazione al duplice obiettivo della sicurezza delle cure e dell'abbattimento dei tassi di medicina difensiva.

ERRORI SANITARI, CARENZE STRUTTURALI E TERRITORIALI

Dalla relazione conclusiva del 2013 della Commissione Parlamentare di Inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, si rileva che in circa 4 anni, dall'aprile 2009 al dicembre 2012, il numero di denunce al vaglio dell'attenzione parlamentare aveva raggiunto quota 570. Fra queste, 400 erano relative a casi che hanno comportato la morte del paziente, per errore imputato al personale medico e sanitario o per disfunzioni e carenze strutturali.

Su 570 casi di presunti errori monitorati, 117 si sono verificati in Sicilia, 107 in Calabria, 63 nel Lazio, 37 in Campania, 36 in Emilia Romagna e Puglia, 34 in Toscana e Lombardia, 29 in Veneto, 24 in Piemonte, 22 in Liguria, 8 in Abruzzo, 7 in Umbria, 4 nelle Marche e Basilicata, 3 in Friuli, 2 in Molise e Sardegna, 1 in Trentino. Oltre la metà dei decessi (232, il 58%) è riferibile alle regioni del Sud e Isole (Molise, Campania, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna).

Questi dati evidenziano le forti differenze territoriali in quanto ad emersione di casi di malasanità, con le Regioni del Nord che registrano meno criticità rispetto al Sud, e quelle sotto Piano di rientro che ne sono maggiormente esposte.

La relazione ha gettato un fascio di luce su specifiche aree in cui la sanità pubblica si mostra quasi del tutto inadempiente. È il caso dell'applicazione della legge 40 sulla fecondazione assistita, praticamente inesistente in alcune aree del Paese, la qual cosa costringe molte coppie delle regioni meridionali ad emigrare in altre aree sanitarie per ottenere l'erogazione di una prestazione che dovrebbe essere assicurata a tutti perché inserita nei LEA. Si genera così un fenomeno per il quale è stato studiato un apposito "indice di attrattività" che caratterizza le Regioni i cui sistemi sanitari risultano in grado di assorbire la domanda di fecondazione assistita di coppie non residenti. In questa speciale classifica risulta al vertice la Toscana, con il 113,3% delle richieste, seguita da Valle d'Aosta (61,9%), Friuli Venezia Giulia (48%), Emilia Romagna (34,2%), Lombardia (31,8%).

L'INCIDENZA DEGLI SPRECHI E DELLA MALA GESTIONE

Nell'analizzare "solo" alcune delle contraddizioni più evidenti del Ssn, il nostro Rapporto ha identificato nodi irrisolti e/o poco affrontati che determinano per se stessi un impatto negativo sul piano dei conti, oltre che sui livelli prestazionali.

Abbiamo riportato i 13 miliardi annui che uno studio dell'Ordine dei Medici del Lazio "quota" come indebito riflesso economico della medicina difensiva. Abbiamo esposto il dibattito sulla distribuzione diretta o per conto dei farmaci acquistati da Asl e Aziende ospedaliere, che attiene ad un volume di costi superiore al miliardo di euro. Per rimanere all'area dei farmaci, abbiamo segnalato che la relativamente scarsa diffusione delle prescrizioni di farmaci equivalenti comporta uno spreco annuo di diverse centinaia di milioni. Analizzando l'area assai critica delle liste d'attesa, abbiamo constatato quanto l'intramoenia incida negativamente sui bilanci delle Asl, determinando limitate entrate dirette nelle casse della sanità pubblica e comprimendo gli introiti da ticket (oltre a generare una forte difformità nel trattamento dei cittadini-pazienti). Abbiamo ipotizzato che le dotazioni di macchinari tecnologicamente avanzati nell'area della diagnostica siano addirittura eccessive, per quanto poi risultino mal utilizzate. Abbiamo constatato come l'area dell'odontoiatria – che "pesa" non sulla sanità pubblica, ma sulle famiglie – sia al contempo assai costosa e solo parzialmente efficace nell'assicurare la salute dentaria degli italiani. Abbiamo segnalato lo spreco di risorse nell'area della formazione che si sostanzia nelle migrazioni all'estero di medici e personale sanitario.

Secondo l'Eurispes i soli elementi appena riassunti porterebbero abbondantemente a percentuali di spreco a 2 cifre, e ben superiori al 10% della complessiva spesa sanitaria pubblico-privata.

Altre indagini assai approfondite entrano nei dettagli dei vari comparti della spesa, testando le grandi difformità nei costi per l'acquisizione di beni e servizi da parte delle Asl e delle Aziende ospedaliere. Tra queste vanno citate le ricerche curate dall'ISPE, l'Istituto per la Promozione dell'Etica in Sanità che, all'interno del panorama generale degli sprechi e della corruzione in sanità, analizza per i comparti delle Asl e delle Aziende ospedaliere i difformi costi per servizi quali la lavanderia, il riscaldamento, le pulizie, la vigilanza, che già da soli segnalano atteggiamenti più o meno attenti nell'utilizzo delle risorse. Solo in questi ambiti si ipotizzano difformità e sprechi per un valore superiore al miliardo di euro. Sempre ISPE nel recente Rapporto "curiamo la corruzione. percezione rischi e sprechi in Sanità" (aprile 2017), patrocinato da Transparency International, fa assommare a 13 miliardi il costo delle inefficienze e degli sprechi negli acquisti di beni e servizi da parte di Asl e Aziende ospedaliere.

L'Ocse nel Rapporto "Tackling Wasteful Spending on Health" mette sotto accusa le spese inutili del settore sanitario. Nel Rapporto si stima che tra sprechi, inefficienze e corruzione, i sistemi sanitari sperperino una quota che assorbe fino al 20% delle risorse. Ben un quinto della spesa sanitaria dei paesi più sviluppati potrebbe essere meglio utilizzato. Secondo l'Ocse addirittura più del 10% della spesa ospedaliera viene impiegata per correggere gli errori medici prevenibili o le infezioni che le persone contraggono negli ospedali. Anche per l'area della prescrizione dei farmaci generici, nella quale l'Italia è tra i fanalini di coda, si evidenziano tra i paesi Ocse incomprensibili e onerose difformità. Per ciò che concerne poi la percezione diffusa, un terzo dei cittadini dei paesi più sviluppati ritiene che il proprio sistema sanitario sia caratterizzato da una forte corruzione. L'Italia, dunque, non è sola di fronte ai temi della malasanzità.

LA DIFFUSIONE DELLE PRATICHE CORRUTTIVE

In un report curato nel 2013 dal RISSC (Centro Ricerche e Studi su Sicurezza e Criminalità) e Transparency International, vengono identificate 5 aree particolarmente permeabili da fenomeni corruttivi: le nomine, la farmaceutica, il procurement, la negligenza, la sanità privata.

Le stime più accreditate circa il tasso medio di corruzione e frode in sanità sono quelle di Leys e Button³ che nel 2013 lo hanno stimato nel 5,59%, con un range che spazia tra il 3,29 e il 10%. Se

³ Button, M. and Leys, C. (2013) Healthcare Fraud in the New NHS Market - A Threat to Patient Care. London: Centre for Health and the Public Interest.

si applicassero questi valori alla situazione italiana, che per ciò che riguarda la spesa pubblica vale circa 113 miliardi di euro l'anno, ciò si tradurrebbe in un danno di circa di 6,5 miliardi di euro l'anno.

Se poi alla stima dell'impatto della corruzione sommiamo quella dell'inefficienza della spesa pubblica nel comparto sanitario (che secondo un altro studio⁴ inciderebbe per il 3% del totale) e il peso degli sprechi, valutato nell'ordine del 18%⁵ della spesa totale, l'insieme delle pratiche corruttive, degli sprechi e delle inefficienze, costerebbero annualmente al nostro Paese ben 23,6 miliardi di euro.

I DIVERSI ÀMBITI DELLA CORRUZIONE

Tentiamo ora di proporre ed esemplificare i tanti e inquinati rivoli che la corruzione percorre nel nostro sistema sanitario.

In premessa va segnalato che la capacità di repressione dello Stato risulta assai ridotta, se si considera l'esiguità del numero delle condanne definitive in rapporto alla vastità dell'area occupata dalla corruzione. Un'inchiesta giornalistica del marzo 2015 riportava i numeri dei detenuti per reati contro la Pubblica amministrazione: meno di 600 su di una popolazione carceraria di circa 60.000 detenuti⁶.

Detenuti per reati contro la Pubblica amministrazione				
Esiti	Peculato	Concussione	Corruzione (corrotti)	Corruzione (corruttori)
In attesa di giudizio	18	30(*)	112	109
Definitivi	26		107	103

(*) Totale tra quelli in attesa di giudizio e quelli definitivi.
 Fonte: Centro documentazione dell'Eurispes.

Malgrado i limitati esiti giudiziari e l'esiguo numero delle condanne, la percezione che in Italia si ha della corruzione è che essa sia assai diffusa, e discende in primo luogo dalla presenza dei tanti "casi" nella pubblicistica, nelle pagine dei quotidiani e nel web. A loro volta queste evidenze discendono da denunce di privati cittadini, in rari casi dall'autonoma azione del giornalismo d'inchiesta, ma principalmente dalla cronaca giudiziaria che riprende l'attività delle Procure della Repubblica e delle Forze dell'ordine impegnate in attività di polizia giudiziaria.

Qui di seguito proponiamo alcune fattispecie più ricorrenti la cui esistenza è nota per lo spazio che ottengono nei media:

LA CORRUZIONE "APICALE"

Per corruzione apicale si intende quell'insieme di manovre orchestrate dai vertici dei diversi sistemi regionali, di singole Asl o Aziende ospedaliere, per indirizzare i flussi di denaro pubblico a favore di soggetti privati interessati all'accreditamento o alla fornitura di determinati beni e servizi.

Non mancano gli esempi di evidenti compromissioni di presidenti di regioni, di assessori regionali alla sanità, di membri delle commissioni sanità dei consigli regionali che, al Nord come al Centro e nel Sud d'Italia, sono stati inquisiti dalle Procure⁷. In alcuni casi sono arrivate condanne anche in via definitiva per evidenti collusioni con grandi gruppi sanitari privati che hanno beneficiato di accreditamenti per elevati numeri di posti-letto ospedalieri e del riconoscimento di particolari requisiti negli àmbiti di medicina e terapie specialistiche. Prescindendo dalla qualità delle prestazioni erogate in accreditamento con il servizio pubblico (che spesso sono risultate di accettabile livello),

4 M. Piacenza, G. Turati (2012), Does Fiscal Discipline towards Sub-national GAffect Citizens' Well-being? Evidence on Health, Health Economics, forthcoming.

5 Si tratta di una stima prodotta dal gruppo PriceWater-House Cooper che opera nella consulenza e nell'analisi del funzionamento dei macro sistemi aziendali.

6 L'Espresso on line, La mafia avanza colpi adi mazzette, 19 marzo 2015.

7 Molte Regioni ne sono state investite. In particolare in Lombardia inchieste e arresti hanno interessato i massimi livelli politici sia nella attuale Consiglieratura che in quelle precedenti.

grazie alle indagini e alle sentenze è risultato spesso evidente l'utilizzo da parte dei pubblici decisori di attenzioni particolari, quanto benevole, verso le esigenze di bilancio dei gruppi privati.

In alcuni casi, gli inquirenti e la polizia giudiziaria hanno riscontrato e documentato il passaggio fisico di tangenti in denaro. Ciò avviene soprattutto in occasione di gare "pilotate" per privilegiare determinate cordate o soggetti interessati a determinati appalti. In altri è stato ed è più complesso trovare riscontri diretti, perché i pubblici funzionari e alcuni vertici dei sistemi sanitari regionali prediligono forme "altre" come corrispettivo della corruzione e della concussione, quali il pagamento di spese private dei dirigenti, l'acquisto sotto i valori di mercato di immobili, il pagamento di vacanze sontuose.

Le indagini nei casi della corruzione "apicale" si basano sull'analisi di complessi riscontri documentali (soprattutto le delibere degli organismi pubblici), ma anche e sempre di più su quanto riscontrato attraverso intercettazioni telefoniche e/o ambientali.

LA CORRUZIONE AZIENDALE

Nella gestione delle Asl e delle Aziende sanitarie, che sono dotate di una forte autonomia economica e decisionale, inquirenti e polizia giudiziaria hanno riscontrano e riscontrano innumerevoli casi di corruzione e concussione ad opera di imprenditori che agiscono in ambito sanitario e di funzionari e dirigenti con cui si accordano per l'ottenimento di determinati appalti che spaziano dalle pulizie alla vigilanza, dalla manutenzione degli immobili alla fornitura di servizi diversi. Talvolta ne sono implicati i vertici delle Asl e delle Aziende sanitarie, ma spesso corruzione e concussione si realizzano a livello di funzionari intermedi, responsabili di settori e procedure particolari, ma non per questo meno interessati da rilevanti flussi di denaro. In molti casi, queste attività delinquenziali si sostanziano in passaggi di denaro, in mazzette e tangenti proporzionate al valore del negozio economico. In alcuni casi, le aziende sanitarie che truffano la sanità pubblica sono quelle del privato accreditato⁸, che utilizzano in primo luogo la manomissione dei drg (raggruppamenti omogenei di diagnosi) che accompagnano l'erogazione di qualsiasi prestazione in logica di accreditamento, imputando rimborsi più elevati, o addirittura "inventando" prestazioni e pazienti inesistenti⁹. Ciò spesso avviene con la complicità di chi nelle strutture pubbliche dovrebbe controllare la correttezza formale e sostanziale dei rapporti con le aziende accreditate.

LA PRESENZA DELLA CRIMINALITÀ ORGANIZZATA NEL SISTEMA SANITARIO

La criminalità organizzata "segue" i flussi di danaro e, conseguentemente, è attratta da quelli che si generano all'interno Ssn. L'azione dei poteri criminali non è più concentrata in alcune specifiche regioni meridionali, ma spazia sull'intero territorio nazionale proponendosi nelle più svariate forme.

C'è quella della imprenditorialità diretta, ovvero della gestione attraverso prestanome di strutture di ricovero, cliniche e case di cura, nelle quali vengono riciclati proventi illegali destinati a produrre ulteriori guadagni grazie alle "combine" con pubblici funzionari della sanità. Mafia, camorra e 'ndrangheta (quest'ultima assai radicata anche nelle regioni del Nord), hanno inoltre interesse a "controllare" vecchi e nuovi territori attraverso una diretta influenza sul mercato del lavoro, che si realizza proponendo e imponendo anche alle strutture della sanità pubblica determinate assunzioni dirette o la fornitura di servizi ad opera di soggetti imprenditoriali e cooperative a forte assorbimento di mano d'opera. Si consideri che in molte aree del Paese e in numerosi medi e piccoli centri la locale Asl o l'ospedale rappresentano (insieme ai Comuni) le più importanti aziende e quelle che assorbono maggiore occupazione. Da ciò nasce anche la rilevanza che la criminalità organizzata

⁸ È il caso recente (ottobre 2015) dell'Ospedale Israelitico di Roma, i cui dirigenti presentavano agli uffici della Regione richieste di rimborsi per prestazioni mai effettuate o gonfiate. Coinvolte ben 17 figure di dipendenti. L'Ospedale è stato in seguito commissariato.

⁹ È quanto scoperto a Napoli il 13 giugno 2017 dai militari della Compagnia di Bagnoli che su mandato della Procura hanno eseguito 7 arresti che hanno interessato alcuni dirigenti di centri diagnostici e un funzionario Asl che truffavano il Ssn ottenendo rimborsi per tac e risonanze magnetiche mai effettuate.

acquisisce agli occhi di rappresentanti politici, ai quali si possono promettere e/o garantire pacchetti di voti per le elezioni comunali o regionali.

Nel “campionario” della criminalità organizzata che collude con la Pubblica amministrazione e, in particolare, con il sistema sanitario, c’è, quindi un po’ di tutto. Archiviati (o quasi) gli strumenti dell’intimidazione, prendono il sopravvento quelli dello sterminato potenziale corruttivo, del range vastissimo dei servizi e dei beni oggetto di possibili “pastette”, del controllo dei flussi di lavoro, del supporto a personali progetti politici. I “pacchetti di voti” fanno assai spesso gola al politico locale in cerca di rielezione o di conferma.

LA CORRUZIONE “BASICA”

Chiunque nella Pubblica amministrazione e, quindi, anche nella sanità sia detentore diretto o indiretto di un potere di spesa, della facoltà di indirizzare l’erogazione di determinate prestazioni e di quella di rispondere o meno alle esigenze del singolo cittadino, può seguire più o meno fedelmente le regole e le procedure fissate nelle leggi e nei regolamenti, così come esprimere o meno la dirittura morale richiesta a qualsiasi pubblico funzionario o impiegato. È in questa ambivalenza che si genera un livello di corruzione diffusa e tentacolare, che possiamo definire “basica”.

Il rischio di fare di ogni erba un fascio, sull’onda della costatazione dei tanti casi di corruzione che vengono scoperti e denunciati nel settore sanità, è ovviamente assai forte. Considerare l’intero sistema corrotto “in quanto tale” è comunque un errore che paradossalmente depotenzia l’azione delle forze e dei soggetti sani che vi operano. Anche se le “mele marce” abbondano nelle ramificazioni del sistema sanitario, e se in alcuni casi per salvare la pianta si impone l’uso dell’accetta, un’analisi più approfondita delle evidenze corruttive dimostra che anche per la diffusione di tali episodi il Paese mostra una geografia variegata. Non si conferma una rigida divisione tra Nord, Centro e Sud ma, certo, le regioni meridionali risultano le più inquinate.

Ad affermarlo sono gli stessi operatori impegnati nella verifica della trasparenza dei processi interni al funzionamento di Asl e Aziende ospedaliere. Nel già citato recente Rapporto coordinato da Transparency International, sono riportati i risultati di un’indagine sulla percezione dei rischi di pratiche corruttive realizzata interpellando 136 “controllori” di altrettante strutture sanitarie. Nel 17,6% dei casi, corrispondenti a 24 strutture, è percepito un basso rischio corruttivo (16 delle 24 strutture operano nelle regioni del Nord). Per il 14,7% dei casi, ovvero per 20 strutture, la percezione del rischio corruzione è invece alta (in 9 casi si tratta di aziende meridionali).

Se si passa dal livello della percezione a quello delle denunce, dobbiamo rifarci ad un’indagine curata dalla FIASO, la Federazione di Asl e Ospedali, e dalla Rete nazionale per l’Integrità su un campione di 78 aziende sanitarie. Nel 2014 almeno un’azienda su 4 ha ricevuto una segnalazione di comportamenti illeciti. Nel 13% dei casi le irregolarità riguardavano l’area dell’intramoenia; nell’8% quelle della gestione economico-finanziaria e dei dipendenti; nel 9% l’attività di ricerca.

Proprio perché “basica”, la corruzione diffusa si annida potenzialmente in tutte le pieghe del sistema sanitario, dalla gestione delle liste di attesa a quella delle farmacie interne alle Aziende ospedaliere, dalle procedure che portano al rinnovo automatico e reiterato degli appalti per l’acquisizione di beni e servizi, alle complicità nella falsificazione dei riscontri documentali. Per quello che riguarda le Aziende ospedaliere, la corruzione fa il suo ingresso anche negli obitori, dove il business del “caro estinto” è in alcuni casi gestito dagli imprenditori delle pompe funebri “in accordo” con il personale interno che “segnala” con prontezza ai parenti quella determinata impresa, garantendone la qualità del servizio e ricavandone lauta ricompensa¹⁰.

LA LOTTA ALLA CORRUZIONE: L’AZIONE DEI NAS NEL 2016

¹⁰ La casistica recente della corruzione e delle tangenti intorno al business del “caro estinto” mostra come il fenomeno sia diffuso su tutto il territorio, e non solo nelle regioni meridionali. Negli scorsi mesi le cronache giudiziarie hanno riportato notizia di 30 indagati a Padova, 14 indagati a Ivrea, di nuovo 30 a Roma, tutti nell’ambito della gestione dei servizi funebri.

L'attività del Comando dei Carabinieri per la Tutela della Salute ha prodotto nel 2016 ben 13.881 operazioni di controllo nell'area della sicurezza sanitaria e farmaceutica. Di queste 3.439 hanno interessato le professioni sanitarie, 5.389 la sicurezza e l'igiene delle strutture sanitarie, 4.469 l'area dei farmaci, 359 le sostanze illegali utilizzate nelle pratiche sportive, 225 i dispositivi medici e i presidi medico-chirurgici.

In 3.185 casi i controlli hanno rilevato non conformità che hanno generato 2.651 segnalazioni all'Autorità Giudiziaria, 98 arresti e l'irrogazione di 5.656 sanzioni penali e di 3.645 sanzioni amministrative. Il valore complessivo delle sanzioni amministrative è stato di euro 6.151.019. Il valore dei beni sequestrati è stato di 165.347.185 euro. Sono state chiuse o sequestrate 237 strutture, e sequestrati 38.002 dispositivi e presidi medici, 727.933 confezioni di farmaci e 473.010 fiale o compresse.

Operazioni di controllo nell'area della sicurezza sanitaria e farmaceutica

Anno 2016

Sicurezza Sanitaria e Farmaceutica	Controlli	Non Conformi	Persone			Sanzioni			Valore sequestri in €
			Segnate A.A.	Segnate A.G.	Arrestate	Penali	Amm.ve	Valore sanzioni amm.ve in €	
Professioni/Arti Sanitarie	3.439	733	257	1.203	21	2.587	363	617.717	53.139.613
Sicurezza ed igiene luoghi strutture sanitarie	5.389	1.210	792	691	30	1.483	1.252	992.520	88.054.371
Farmaci	4.469	1.063	679	624	28	1.279	1.944	4.358.228	16.432.097
Sostanze e metodi vietati nella pratica sportiva	359	131	25	98	13	207	61	15.766	7.472.312
Dispositivi medici e presidi medico-chirurgici	225	48	23	35	6	100	25	166.789	248.792
Totale	13.881	3.185	1.776	2.651	98	5.656	3.645	6.151.019	165.347.185

Fonte: Comando Carabinieri per la Tutela della Salute.

Sequestri

Farmaci	Confezioni	Fiale/cpr
		727.933
Dispositivi e presidi medici	Confezioni/unità	
	38.002	
Strutture chiuse/sequestrate	237	

Fonte: Comando Carabinieri per la Tutela della Salute.

L'ATTIVITÀ DELLA GUARDIA FINANZA NEL CONTESTO DELLA SPESA SANITARIA

Uno dei settori caratterizzati da un elevato livello di frodi è certamente quello della spesa sanitaria che, per ammontare di risorse impiegate, rappresenta insieme alla spesa previdenziale uno dei segmenti più significativi della spesa pubblica.

Gli scenari operativi sui quali viene più spesso richiamata l'attenzione dell'opinione pubblica, per gli effetti pervasivi delle condotte accertate e per l'entità dei danni prodotti alla casse dello Stato, sono per lo più riconducibili alle condotte fraudolente e/o corruttive comunque riconducibili all'attività di contrasto ai reati contro la Pubblica amministrazione ed alla criminalità economica in generale. In effetti, le frodi più ingenti hanno interessato le procedure di accreditamento di strutture sanitarie con oltre 50,4 milioni di euro, seguite in questa non esaltante classifica dalle truffe legate alle indebite percezioni di rimborsi e pagamenti da parte del Servizio Sanitario Nazionale (27 milioni di euro) e alle illecite attività lavorative svolte da dipendenti (7,1 milioni di euro).

Più raramente l'attenzione viene posta al comportamento di coloro che, chiamati a partecipare alla spesa per i farmaci e le prestazioni sanitarie attraverso il ticket, ricorrono a fraudolente dichiarazioni allo scopo di sottrarsi a tale adempimento, quasi che tale condotta possa essere considerata solamente una incolpevole noncuranza.

Proprio in ragione di queste considerazioni, è stata data particolare attenzione alle attività volte a prevenire e reprimere le indebite esenzioni dal pagamento del ticket, giungendo, solo nell'ultimo

biennio, ad individuare ben 885 soggetti che, tramite false autocertificazioni, hanno beneficiato di prestazioni farmaceutiche e specialistiche per oltre 800.000 euro.

A questo risultato si è giunti a seguito di una attività che ha visto la collaborazione tra la Ragioneria Generale dello Stato - Ispettorato Generale per la Spesa Sociale, e il Nucleo Speciale Spesa Pubblica e Repressione Frodi Comunitarie della Guardia di Finanza. In particolare, sulla base dei dati forniti dal Dipartimento del Ministero dell'Economia e delle Finanze, è stata condotta un'analisi di rischio che, integrata da successive articolate attività investigative, ha consentito di fare luce su un diffuso sistema di indebito accesso al beneficio dell'esenzione dal pagamento del ticket sanitario per ragioni di reddito,

Analizzando i flussi di comunicazione del sistema informatico Tessera Sanitaria, che riportano anche i dati delle autocertificazioni dei cittadini che attestano l'esenzione dai ticket, è stata individuata una platea di 3.000 soggetti per il 2015, e di 3.940 per il 2016, maggiormente significativi per l'ammontare della possibile indebita agevolazione. Questa attività di controllo, svolta sull'intero territorio nazionale con riferimento alle annualità 2011, 2012 e 2013, ha interessato una platea di oltre 1.000 persone.

I PREZZI STANDARD E LA "SIRINGA FUMANTE": IL DECISIVO RUOLO DI CONSIP

Se ne parlava da anni, e da anni era oggetto di polemiche e denunce sull'incapacità della mano pubblica di determinare il "prezzo standard" di un articolo così "banale" e così diffuso nelle strutture sanitarie: la siringa e il suo ago. Dal gennaio 2017, finalmente, esiste un "prezzo nazionale" per alcune tipologie di siringhe e che va da 4,9 a 6,3 centesimi a pezzo. Questo risultato è stato acquisito grazie all'aggiudicazione di 13 dei 15 lotti di una gara bandita da Consip per la fornitura di aghi e siringhe. Si è così preconstituita una fonte di approvvigionamento del valore di 36 milioni di euro in due anni. Si tratta di un forte avanzamento, ma al contempo di un risultato parziale dato che la spesa storica delle Aziende sanitarie e degli ospedali in siringhe è di circa 150 milioni di euro (in 2 anni). La siringa fa parte di una delle 14 categorie merceologiche che riguardano la sanità e per le quali il decreto del 24 dicembre 2015 impone l'obbligo per tutti i soggetti della Pubblica amministrazione di uniformarsi negli acquisti ai prezzi "spuntati" a livello nazionale da Consip o dagli altri grandi soggetti aggregatori. Vale la pena di sottolineare che su volumi di consumo così elevati (i lotti assegnati riguardano ben 850 milioni di "pezzi"), la riduzione anche solo di 1 centesimo rappresenta un risparmio complessivo di decine di migliaia di euro.

I vertici di Consip hanno colto l'occasione "simbolica" della gara per le siringhe per ribadire che la filosofia del processo di centralizzazione dei bandi è vincente perché i target raggiungibili sono elevati: fino al 40-50% di risparmio. Già all'inizio del 2016, quando la gara appena conclusasi è stata annunciata, Consip aveva segnalato i risultati raggiunti in relazione ad altri prodotti e dispositivi medici meno presenti nelle polemiche e nel pubblico dibattito, ma analogamente diffusi nelle strutture sanitarie, quali i kit per la dialisi. Ma anche sugli acquisti di macchinari complessi, come quelli per la risonanza magnetica, i risultati recentemente raggiunti hanno toccato quote di risparmio intorno al 40%.

L'area di intervento della Consip nello specifico settore sanitario è assai ampia. Ciò dipende dal fatto che dei circa 133 miliardi complessivi della spesa in beni e servizi dell'intera Pubblica amministrazione, ben 71 miliardi riguardano il Ssn.

A fine 2016 la Consip ha illustrato¹¹ alcuni dati assai indicativi che caratterizzano un processo complesso quanto virtuoso, così riassumibili: "presidio", ovvero analisi di settore, su un complessivo di spesa storica pari a 21 miliardi; "intermediazione" su volumi di spesa di circa 2,2 miliardi; "risparmi" ottenuti per circa 1,2 miliardi attraverso convenzioni e accordi quadro.

L'orizzonte dell'azione di Consip è vastissimo. La rotta appare quella giusta, ma la navigazione deve tenere conto delle tante complessità e delle inevitabili resistenze che si incontrano in un'opera di vera e propria disarticolazione di prassi consolidate, di atteggiamenti colposi e anche dolosi che

11 Cfr. Il Sole-24 Ore on line, 27 gennaio 2017, "La siringa (e l'ago) ha il suo prezzo nazionale".

fanno potenzialmente di ogni spesa l'occasione per ribadire un'autonomia di scelta che, obiettivamente, non ha senso. In un quadro costituzionale e legislativo che delega al territorio quasi integralmente la gestione del sistema sanitario, è ovvio che il nodo della spesa ne rappresenti il fulcro. Ma mentre ribadire l'autonomia delle politiche della sanità territoriale è una rivendicazione in parte condivisibile - a patto che non generi, come abbiamo visto, quelle tante disomogeneità prestazionali che colpiscono il cittadino - , le resistenze alla razionalizzazione della spesa che toglie potere al livello locale, nascondono nella migliore delle ipotesi pigrizia e riluttanza verso il nuovo, nella peggiore la difesa di pratiche che possono essere occasione e veicolo anche di corruzione e concussioni.

L'epopea della "siringa fumante", che si è conclusa con un indiscutibile successo, ha dimostrato che si può concretamente operare. Averla "scaricata" rappresenta in valore intrinseco un piccolo risultato, ma al contempo apre una grande prospettiva intorno alla quale lo stesso dibattito politico potrebbe produrre visioni e ricette più realistiche e avanzate.

L'ANAC E I PIANI TRIENNALI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Se l'azione di Consip presidia l'area della spesa della Pubblica amministrazione, all'interno della quale il sistema sanitario occupa una quota maggioritaria, l'altro strumento che può contribuire a realizzare una manovra "a tenaglia" è rappresentato dall'Anac. Da una parte (Consip) si ricerca la tendenziale riduzione e l'efficientamento della spesa sulla base delle convenzioni nazionali, dei bandi e dei prezzi standard, dall'altra (Anac) si avanza nella creazione di un sistema di regolamentazione e di controllo delle procedure all'interno della Pubblica amministrazione in grado di prevenire e ridurre l'impatto di pratiche corruttive e disfunzionali. L'Anac si occupa dell'intera area della Pubblica amministrazione, cui afferiscono anche le strutture e i soggetti del Sistema Sanitario Nazionale.

CONTROLLI DEI PTPC IN AMBITO SANITARIO

Se si analizzano nel merito i dati relativi alla qualità dei Piani adottati nel comparto sanità, si evincono numerose criticità. In primo luogo ciò è riscontrabile in un'area particolarmente sensibile e determinante, ovvero quella della gestione delle mansioni apicali e delle consulenze nelle Asl e nelle Aziende ospedaliere.

Si tratta di un livello rilevante. La disciplina del rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento degli incarichi e le scelte adottate per la gestione dei conflitti di interesse, è infatti presa in considerazione anche dal Piano Nazionale Anti Corruzione, che la riconduce nell'ambito delle misure che le Pubbliche amministrazioni sono obbligatoriamente tenute ad adottare all'interno dei propri Piani anticorruzione. Si possono evidenziare i risultati dell'analisi compiuta sui Piani di prevenzione della corruzione e della trasparenza adottati da 247 Enti del settore sanitario, di cui 143 Asl, 86 Aziende ospedaliere e 18 Irccs.

L'analisi ha avuto ad oggetto le misure adottate con riferimento alla disciplina dei più rilevanti aspetti relativi al conferimento e allo svolgimento degli incarichi: obblighi di astensione in caso di conflitto di interessi; rilascio delle autorizzazioni per lo svolgimento di incarichi d'ufficio ed attività extraistituzionali; conferimento degli incarichi dirigenziali in presenza di particolari attività o precedenti incarichi; individuazione di incompatibilità specifiche per particolari incarichi dirigenziali; attività svolta dopo la cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage¹²).

Dall'esame condotto è emerso che la maggior parte degli Enti esaminati ha effettivamente adottato le misure richieste indicandone le tempistiche di attuazione, ma trascurando completamente altri aspetti rilevanti dal punto di vista della prevenzione della corruzione.

¹² Si tratta del fenomeno per cui "non casualmente" diversi funzionari pubblici alla scadenza del loro mandato "passano" in ruoli di vertice e/o altamente remunerativi al servizio di quelle stesse aziende e interessi che fino a poco prima avevano dovuto relazionare in nome della Amministrazione pubblica.

In altre parole, queste procedure “assunte” formalmente non risultano integrate, come dovrebbero, rispetto ad un’analisi di contesto esterno ed interno, e mancano di una precisa valutazione di sostenibilità in termini organizzativi. Sarebbe auspicabile, invece, come evidenziano alcune best practices, che le norme sul conferimento degli incarichi, sul rilascio delle autorizzazioni e sulla gestione dei conflitti di interesse, fossero dettagliate nel Piano e nei regolamenti, individuandone le specifiche responsabilità attuative, possibilmente ampliando gli obblighi di dichiarazione in relazione ai conflitti di interesse che possono verificarsi rispetto alle specifiche attività poste in essere dall’Ente, intensificando i controlli e indicando le tipologie di incarichi vietati.