



POLITICA E SANITÀ

Istat, Italia a livelli bassi in Ue per spesa e posti letto

Ai livelli più bassi in Europa sia per la spesa sanitaria pubblica sia per i posti letto ospedalieri e per gli ospedali. È questo il quadro dell'Italia che emerge da rapporto Istat "Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo", presentato ieri a Roma. La spesa sanitaria pubblica corrente dell'Italia nel 2012 (dato provvisorio) è stata di circa 111 miliardi di euro, pari al 7% del Pil e a 1.867 euro annui per abitante. Guardando la classifica della spesa sanitaria pubblica europea, si può vedere che l'Italia si colloca quasi a metà, nella parte bassa. Con i suoi 2.345 dollari per abitante spesi nel 2011 è subito dietro la Finlandia (2.477 dollari pro capite) e poco più sopra della Spagna (2.244 dollari pro capite), cui seguono parecchio più sotto Portogallo, Slovenia e Grecia. Il Regno Unito spende quasi 2.821 dollari pro capite, mentre Francia e Germania superano i 3.000 dollari, con importi pro capite rispettivamente di 3.204 e 3.436 dollari. Il livello di spesa più alto si registra nei Paesi Bassi (4.055 dollari), quello più basso in Polonia (1.021 dollari). Nel 2011 la spesa sanitaria pubblica corrente in Italia è stata di 1.849 euro per abitante. Per quanto riguarda l'offerta di posti letto ospedalieri a livello europeo, nel 2010 l'Italia (3,5 posti ogni mille abitanti) si è posta sotto la media europea di 5,5 posti letto per mille abitanti, al pari della Danimarca e subito dopo Cipro. A livello regionale, tra il 2002 e il 2010, l'offerta di posti letto ospedalieri utilizzati si è allineata alla media nazionale, passando da 4,3 a 3,5 posti letto per mille abitanti, con vistose differenze che vanno dai 2,9 posti letto della Campania ai 4,3 del Molise. Anche il numero di strutture ospedaliere ha continuato a diminuire nella maggior parte delle regioni, passando da 1.286 nel 2002 a 1.165 strutture nel 2010. Infine la mobilità ospedaliera interregionale continua a rimanere consistente. Le regioni sono interessate da circa 588mila ricoveri ospedalieri di pazienti non residenti (8,4% dei ricoveri ordinari per acuti nel 2011) e da 523mila ricoveri effettuati dai pazienti in una regione diversa da quella di residenza. Ci si ricovera lontano da casa perché le strutture di altre regioni sono geograficamente vicine, per motivi di studio, lavoro, per usufruire di prestazioni di alta specializzazione non erogate dalla propria regione o maggiore fiducia nei servizi di altre regioni. I principali poli di attrazione sono al Centro-Nord.

Marco Malagutti

La governance della salute? Serve una riforma globale

Secondo una commissione presieduta dall'Università di Oslo e dalla rivista The Lancet, il potere politico nazionale e internazionale, così com'è ora strutturato, non è in grado di proteggere la salute pubblica. Il modo frammentato in cui vengono prese le decisioni a livello mondiale, sviluppatosi dopo la seconda guerra mondiale, ha effetti disastrosi sulla salute, afferma dalle pagine della rivista britannica il rapporto dei 18 leader in vari campi della ricerca e della politica: salute, finanza, sviluppo, ambiente, diritti umani e politica estera. Tali considerazioni si aggiungono al crescente malcontento pubblico per un sistema economico mondiale che favorisce la ricchezza di pochi al prezzo di un degrado ambientale e sociale che colpisce negativamente la salute di molti. Per invertire la tendenza, gli esperti sostengono che l'abolizione delle disuguaglianze di salute dovrebbe essere un obiettivo di tutti i settori politici, economici e sociali. Afferma **Ole Petter Ottersen**, dell'Università di Oslo: «La medicina ha permesso enormi benefici in termini di vaccini, farmaci e possibilità diagnostiche, ma non può affrontare da sola le cause più profonde di iniquità sanitarie: per cambiare ci vuole la politica, con programmi ad ampio respiro». A questo scopo la commissione ha individuato sette aree in cui le ingiustizie politiche ed economiche colpiscono la salute della popolazione: la crisi finanziaria e la conseguente austerità; la proprietà intellettuale; gli investimenti; la sicurezza alimentare; le multinazionali; le migrazioni e la violenza armata. Un esempio concreto? La produzione alimentare globale basta a coprire il 120% del fabbisogno alimentare mondiale. Ma la disponibilità non è uniforme: la sicurezza alimentare è una scelta politica, e interessi corporativi impediscono l'equa distribuzione delle risorse alimentari a livello mondiale, dando priorità alla ricchezza sulla salute. L'ingiustizia non riguarda solo i milioni che soffrono la fame, ma anche il numero crescente di persone con la salute minata da troppo cibo e obesità. Secondo la Commissione, sono cinque i gravi malfunzionamenti nella governance globale che impediscono il miglioramento della salute mondiale: deficit democratico, con esclusione della società civile e delle popolazioni emarginate dal processo decisionale nazionale e globale; carenza di mezzi adeguati a limitare il potere; rigidità delle istituzioni, che non si adattano in tempi rapidi alle mutevoli esigenze delle persone; insufficiente spazio politico della salute, spesso subordinata a priorità come crescita economica e sicurezza nazionale; mancanza di istituzioni internazionali come commissioni, trattati o tribunali per proteggere e promuovere la salute. E dopo la diagnosi la cura, che in sintesi consiste nel riformare l'attuale sistema di governance globale della salute, attualmente inadeguato. E in questo senso il gruppo di 18 esperti formula quattro raccomandazioni: formazione di una piattaforma multidisciplinare di governo della salute, un luogo di riflessione e dibattito per tutti i portatori di interesse nel campo; formazione di un gruppo di esperti indipendenti che segua e misuri i progressi fatti per superare gli ostacoli politici, economici e sociali per lo sviluppo della salute; valutazione dell'impatto sull'equità della salute di

tutte le politiche adottate; rafforzamento dei meccanismi esistenti, come la vigilanza sui diritti umani e relative sanzioni, per tutelare la salute con meccanismi di solidarietà globale e responsabilità condivisa. «Perché anche le persone più vulnerabili della società civile godano di buona salute la sola crescita economica non basta: è necessario affrontare a livello globale le cause che possono ostacolare, o addirittura distruggere, una vita sana» conclude **Richard Horton**, editore capo di The Lancet.

[The Lancet, Early Online Publication, 11 February 2014](#)

Fronte Mmg-farmacisti sollecita convenzioni nazionali

«Accogliamo con soddisfazione le parole di solidarietà di Federfarma e sottolineiamo come tanto le farmacie quanto i medici di famiglia fanno parte di quel territorio che rappresenta la parte di assistenza sanitaria da sviluppare in questo momento storico a beneficio di milioni di pazienti cronici». **Fiorenzo Corti** responsabile comunicazione Fimmg interviene dopo che gli assessori regionali Claudio Montaldo (Liguria) e Luca Coletto (Veneto) hanno criticato lo stato di agitazione indetto dal suo sindacato per protesta contro i ritardi della convenzione. Mentre il presidente Federfarma **Annarosa Racca** ricordava che anche le 16 mila farmacie private attendono la loro convenzione nazionale, che ufficialmente sarebbe in coda a quella dei medici di base, i due assessori confermavano che l'atto di indirizzo dei medici del territorio sta arrivando alla Sisac. «Si è perso del tempo», insiste Corti. «Oggi però non siamo i soli a ravvisare che il ridisegno del territorio dipende dallo sviluppo di un piano organico che comprenda tutti i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e assistenziali». Anziché perdere tempo nel coordinare l'atto d'indirizzo per i MMG con quello dei medici ospedalieri le regioni dovrebbero dedicare tutti gli sforzi ai soli attori del territorio? «Se le regioni esigono una contemporaneità dei modelli di sviluppo ospedale-territorio avranno i loro motivi, ma questi non sono nostri problemi; a noi interessa una convenzione che guardi ai pazienti del territorio, e guardi lontano». Tra i motivi per cui si è atteso tanto, il fatto che, anche se la convenzione è a costo zero, le regioni legano il ridisegno delle cure primarie alle risorse che otterranno dal tavolo del "patto per la salute", e gli stanziamenti in aumento per gli anni 2014-2016 sarebbero messi a rischio dalla spending review del commissario Carlo Cottarelli. «Non so dire se il patto per la salute riservi soldi alle regioni per gli investimenti. Sarebbe un segnale interessante. Come è interessante che la Puglia abbia stanziato vari milioni per assumere dipendenti ospedalieri e infermieri. Qualche realtà investe, mentre finora le regioni avevano lavorato per ripartirsi le risorse esistenti. Se l'ospedale in Puglia guarda al futuro, perché non anche il territorio in Italia?»

Mauro Miserendino