



5 giugno 2013

DoctorNews33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL MEDICO ITALIANO

POLITICA E SANITÀ

Censis, italiani in fuga verso la sanità privata



Da tempo segnalata con preoccupazione, la fuga degli italiani dalla sanità pubblica è ora certificata. Le cifre sono state messe nero su bianco dal rapporto di Rbm Salute-Censis presentato ieri in occasione del Welfare Day, secondo il quale sono 12,2 milioni gli italiani che hanno deciso di rivolgersi alla sanità privata, a fronte dei ticket elevati e delle lunghe liste di attesa. Proprio queste ultime costituiscono la principale ragione del fenomeno, secondo il 61,6% degli intervistati. Se l'odontoiatria si conferma la specialità in cui più spesso gli italiani si rivolgono a liberi professionisti (90%), il privato raccoglie anche il 57% delle visite ginecologiche e il 36% delle prestazioni di riabilitazione. Non è che il privato venga ritenuto conveniente, anzi: il 69% considera le parcelle elevate e anche l'intramoenia è cara per il 73% degli italiani. Tuttavia i ticket richiesti dal Ssn sono sempre meno competitivi e nel 27% dei casi allineano i prezzi alle prestazioni private; e nelle Regioni sottoposte a piani di rientro, la percentuale sale al 37%. Solo 41 italiani su cento ritengono giusto il prezzo del ticket, dal 56% dei cittadini; particolarmente elevati sono quelli richiesti per le visite ortopediche (53%), l'ecografia dell'addome (52%), le visite ginecologiche (49%) e la colonscopia (45%). Secondo il 41% degli italiani, la sanità pubblica copre solo le prestazioni essenziali; il 14% ritiene che la copertura pubblica sia insufficiente per sé e la propria famiglia, mentre il 45% la considera adeguata per le prestazioni di cui ha bisogno. Per garantirsi la copertura sanitaria, i fondi sanitari integrativi sono visti con sempre maggiore interesse. Sono già sei milioni le adesioni che, considerando i familiari, estendono l'offerta a undici milioni di assistiti. In media, un italiano su cinque sarebbe disposto a investire 600 euro al mese per un fondo sanitario integrativo che coprisse le spese per la salute. Il 52% dei cittadini è interessato soprattutto a una copertura per visite specialistiche e diagnostica ordinaria, mentre il maggior incentivo che potrebbe attrarli sarebbe un'assistenza medica per 24 ore 7 giorni alla settimana, citata dal 39% degli interpellati.

Cassi (Cimo-Asmd) e Cozza (Fp Cgil) d'accordo: Ssn a rischio

«Lo stiamo dicendo da sempre»: il rapporto Rbm Salute-Censis che documenta il sempre maggior afflusso degli italiani verso i servizi offerti dai privati non stupisce il presidente del Cimo-Asmd **Riccardo Cassi**(foto), secondo cui sono le regole che si stanno introducendo nel settore a favorire una fuga sempre più consistente verso il privato. «Il cittadino che paga le tasse è sottoposto a ticket talmente elevati che trova una maggiore convenienza a rivolgersi al privato, dove non ha liste d'attesa e paga più o meno le stesse cifre. Non è un caso - commenta Cassi - che sempre più spesso le aziende offrano polizze integrative e le inseriscano nei contratti di lavoro». La sanità italiana è in un momento delicato di trasformazione che, secondo il presidente del Cimo-Asmd, richiede un approccio intelligente e non ideologico: «se il modello statunitense è lontano dalla nostra cultura e non è pensabile in Italia, ci sono però in Europa dei sistemi, come il francese e il tedesco, che sono leggermente diversi dal nostro e hanno un approccio più modulato. La crisi economica sta investendo la sanità e bisogna prenderne atto. Spagna e Inghilterra stanno privatizzando. Noi dobbiamo evitare di perdere il Ssn e trovare delle soluzioni diverse dalla riproposizione di tagli e ticket sempre più onerosi». Anche il segretario nazionale della Fp Cgil Medici **Massimo Cozza** rileva che ci troviamo a un punto di svolta: «l'allontanamento dal servizio pubblico è un danno per i cittadini e per lo stesso servizio. Il sistema non è più in grado di garantire le prestazioni ai cittadini e la barriera del ticket diventa inaccessibile per molti italiani; chi può si rivolge al privato e gli altri si curano sempre di meno. Infatti stiamo assistendo a una diminuzione delle prestazioni». Riguardo alla sanità integrativa, Cozza raccomanda cautela: «in questo quadro può essere uno strumento utile, a patto che sia veramente integrativa e si limiti ad alcune funzioni, come l'odontoiatria; se invece si trasformasse in una sanità sostitutiva ne deriverebbe un impoverimento sempre maggiore del servizio pubblico». Per Cozza, il peggio che si possa fare è «creare un nuovo pilastro e continuare una politica dissennata di ticket, invece di riqualificare il servizio pubblico ponendo fine al taglio delle risorse».

Ministro Lorenzin: no tagli lineari, spending review da ripensare

Abbandonare la logica dei tagli lineari, ripensare la spending review e aprire a brevissimo un tavolo di concertazione con le Regioni per nuovo Patto per la salute. Sono queste alcune delle linee programmatiche illustrate dal ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** in un'audizione tenutasi ieri alla Camera, a cui poi vanno aggiunte azioni per migliorare la trasparenza delle attività sanitarie. In particolare, secondo il ministro, «ulteriori riduzioni di risorse non appaiono compatibili con la sostenibilità del sistema sanitario, già messo a dura prova dai recenti provvedimenti legislativi. Anche le Regioni virtuose potrebbero avere seri problemi se non si corregge l'impostazione del recupero di risorse», mentre è «necessario individuare, assieme alle Regioni, una mappatura ulteriore degli sprechi, specialmente in alcuni contesti del Paese dove ai costi elevatissimi delle prestazioni sanitarie non corrispondono solitamente adeguati livelli di qualità dei servizi».

Lorenzin intende, inoltre, incontrare i rappresentanti delle Regioni, per far sì che il nuovo patto, definito il «piano regolatore della Sanità» rappresenti il «punto di partenza per mettere insieme le esigenze dei cittadini e quelle imposte dal mutato quadro delle esigenze avvertite dal livello governativo, centrale e regionale». Sarà l'occasione, ha detto, «per coniugare il rigore della spesa pubblica con l'introduzione di azioni riformatrici». Tra le priorità indicate c'è anche la trasparenza necessaria per «consentire ai cittadini di scegliere dove curarsi, oltre che sulla base delle proprie conoscenze, anche verificando direttamente su Internet i livelli di qualità delle cure e dei servizi che ogni ospedale italiano può offrire». E facendo riferimento alla direttiva europea sull'assistenza sanitaria transfrontaliera, il ministro ha sottolineato l'impegno a proporre «un modello innovativo di assistenza in grado di attrarre i cittadini europei che sceglieranno di curarsi in Italia». La competitività con gli altri sistemi internazionali, ha concluso, è importante per evitare l'emigrazione dei pazienti e per attrarre pazienti stranieri in Italia: «Abbiamo tante eccellenze ma dobbiamo colmare i gap ancora presenti tra le regioni».

Biosimilari, Assogenerici: la questione non è la sostituzione

«È fuorviante spostare la discussione su un elemento, la sostituzione automatica, che nessuno ha mai rivendicato per il biosimilare facendo passare in secondo piano il fatto che ancora oggi non si riconosce al biosimilare, ma anche al generico, il ruolo che realmente gli compete» è la denuncia di **Francesco Colantuoni**, vicepresidente di AssoGenerici, dopo la presa di posizione di **Eugenio Aringhieri**, presidente del Gruppo biotecnologie di Farindustria che aveva dichiarato «I medicinali biologici originator e i corrispondenti biosimilari non possono essere considerati come gli equivalenti e deve essere esclusa la sostituibilità automatica di tali farmaci che, essendo simili ma non identici, l'Aifa ha deciso di continuare a non includere nelle liste di trasparenza». Un orientamento che sembra legittimare una palese esclusione dei biosimilari nelle gare di Asl ed enti ospedalieri, tanto da essersi guadagnato una segnalazione dell'Antitrust, che ha denunciato come il meccanismo delle gare per l'acquisizione di farmaci biotecnologici sia penalizzante, perchè prevede semplicemente l'abbassamento del prezzo da parte del produttore dell'originale, senza confronto con le altre offerte presenti sul mercato. «Esiste una equivalenza terapeutica stabilita a livello europeo dall'Ema e riconosciuta dall'Aifa» ha aggiunto Colantuoni, e infatti la Agcm definisce illegittima proprio «l'esclusione di un principio di equivalenza terapeutica tra le due tipologie di farmaci» e sancisce «la piena riconducibilità delle stesse a un unico mercato rilevante del prodotto» e «l'eventuale previsione di esclusive di acquisto di farmaci biologici originatori debba sempre risultare parametrata a criteri oggettivi (es. percentuale di pazienti già in trattamento vs. pazienti c.d. *drug naïve*) e per quanto possibile sempre assoggettabile a successive revisioni, in vista dello sviluppo di un più ampio confronto concorrenziale con i farmaci biosimilari».