



POLITICA E SANITÀ

Censis su Ssn: spesa grava sempre più sui cittadini

Il report annuale stilato dal Censis sulla situazione sociale dell'Italia dà una consistenza statistica a molti dei problemi che affliggono la sanità nel nostro Paese. Pubblicato nei giorni scorsi, il documento fotografa innanzitutto una profonda differenza tra le diverse aree geografiche; se i cittadini del Nord ritengono che il Servizio sanitario nazionale sia adeguato (il 49,6% nel Nord-Ovest e il 54,5% nel Nord-Est), nel Centro e soprattutto nel Sud l'insoddisfazione si estende alla maggior parte della popolazione. Dall'indagine emerge una conferma dell'aumento della compartecipazione della spesa sanitaria (quella per i ticket sui farmaci è cresciuta del 117,3% dal 2008 al 2012) e del numero di italiani che si rivolgono direttamente alle strutture private. Si tratta, secondo il Censis, di «un importante segnale di una progressiva contrazione di fatto della copertura pubblica che, per le zone del Paese con situazioni di offerta più precaria e per le fasce più deboli, può tradursi anche in un rischio di uscita dal servizio pubblico». Eppure, la sanità integrativa resta sconosciuta a molti degli italiani. Se 11 milioni hanno sottoscritto un'assicurazione sanitaria, il 33,6% degli intervistati non ha mai sentito parlare di fondi sanitari integrativi e polizze malattia e un ulteriore 34,9%, pur avendone sentito parlare, non sa esattamente cosa siano. Supera la metà la percentuale della popolazione che dichiara di non conoscere le differenze tra un fondo sanitario integrativo e una polizza malattia e sono oltre il 57% i cittadini che non sanno di poter ottenere, con i fondi sanitari integrativi, un vantaggio fiscale rispetto alle polizze malattia. Anche i fenomeni demografici hanno un impatto sulla sanità. Laddove le famiglie hanno tradizionalmente ricoperto un ruolo essenziale di assistenza e cura, il progressivo aumento delle persone che vivono da sole costituisce un ulteriore rischio di tenuta del sistema di welfare: superano ormai i 7,5 milioni e sono aumentati di quasi 2 milioni nell'ultimo decennio.

Cittadinanzattiva, le criticità del decreto su cure transfrontaliere

Eccessiva burocrazia, differenze di trattamento tra i cittadini, mancanza di informazione e un iter ancora lungo: non sono poche le criticità ravvisate da Cittadinanzattiva all'indomani dell'emissione del decreto attuativo delle direttive sulle cure transfrontaliere. Certo, anche negli altri Stati si segnalano ritardi, ma Tonino Aceti, coordinatore del Tribunale dei diritti del malato, rileva l'assenza dell'Italia nell'elenco dei punti di contatto nazionali, sul sito del Directorate-general for health and consumers (Dg Sanco): «è il soggetto che dà un supporto informativo e lo stesso decreto italiano lo prevede, ma per ora non ce n'è traccia, né sono previste campagne di comunicazione sui diritti dei pazienti che dalla direttive discendono». Del resto appare ancora lontano il momento in cui la possibilità di curarsi all'estero con le nuove norme sarà reale: «l'iter istituzionale del decreto ancora necessita del parere della conferenza Stato-Regioni e delle commissioni parlamentari competenti prima dell'entrata in vigore; inoltre, da quel momento, occorrerà attendere ancora fino a 60 giorni, perché venga emesso un ulteriore decreto in cui verranno individuate le prestazioni sottoposte ad autorizzazione preventiva e si tratta delle più costose e importanti dal punto di vista clinico». Aceti si riferisce al fatto che nella maggior parte dei casi, prima di rivolgersi a una struttura straniera bisognerà essere autorizzati, ma qui emerge uno dei principali inghippi burocratici: «il cittadino dovrà presentare una domanda solo per capire se la prestazione che si richiede è sottoposta o meno ad autorizzazione preventiva!» C'è poi lo scoglio dei rimborsi; Aceti denuncia il fatto che «la tariffa rimborsata sarà quella regionale e il paziente dovrà versare le eventuali differenze rispetto alla tariffa estera; inoltre è lasciata alle Regioni la facoltà di rimborsare le prestazioni aventi come oggetto i Lea aggiuntivi regionali e la stessa discrezionalità c'è sui rimborsi delle spese di viaggio e alloggio, persino per le persone disabili». Cittadinanzattiva conta di segnalare questi problemi alle audizioni in Commissione, ma denuncia il fatto che il coinvolgimento non ci sia stato prima del decreto, come era stato invece promesso.

Aifa, nota 94: omega-3 prescrittibili dopo sindrome coronarica acuta

L'Agenzia italiana del farmaco ha istituito una nuova nota, la numero 94, con Determina n. 1081/2013, pubblicata nella Gazzetta ufficiale n. 285 di giovedì 5 dicembre, per la prescrizione a carico del Ssn degli omega-3. La nota 94 limita la prescrittibilità e relativa rimborsabilità da parte del Ssn degli N3-Pufa - con contenuto di Epa+Dha esteri etilici 85% minimo pari a 850 mg/g - ai pazienti che hanno sofferto una recente sindrome coronarica acuta, e all'indicazione per la "prevenzione della morte improvvisa dopo infarto del miocardio". In particolare sono due le categorie di pazienti destinatarie della nuova nota: soggetti in ricovero per sindrome coronarica acuta con o senza innalzamento del tratto ST; soggetti con sofferta sindrome coronarica acuta, con o senza innalzamento del tratto ST, nei precedenti 90 giorni. Per la prescrizione, in entrambi i tipi di sindrome, è necessario anche il riscontro di alterazioni dei biomarcatori indicativi di danno miocardico inoltre, per la sindrome con innalzamento del tratto ST, deve essere soddisfatto uno di questi due requisiti: valore del sopraslivellamento deve essere almeno 0,1 mV in almeno due derivazioni contigue, o blocco di branca sinistra di recente (meno di 24 ore) insorgenza. La durata del ciclo di trattamento rimborsabile è di: 12 mesi nei pazienti che alla dimissione ospedaliera presentano frazione di eiezione superiore al 40%; 18 mesi nei pazienti che alla dimissione ospedaliera presentano frazione di eiezione inferiore al 40%. (E.L.)