

S **Salute**

Vedi anche ⇒ Periferie, Immigrazione, Povertà

ISTAT

Uno studio sulle disuguaglianze sociali di mortalità integrando i dati di mortalità e il censimento della popolazione

[WP n. 2/2019 | 1 agosto 2019](#)

Nel periodo tra la metà degli anni '80 e la fine dei '90 l'Istituto Nazionale di Statistica ha condotto importanti studi sulle disuguaglianze sociali nella mortalità mediante l'integrazione degli archivi di mortalità con le informazioni socio-economiche rilevate dal 12° e 13° Censimento Generale della Popolazione. Nel 2015 l'ISTAT ha avviato un nuovo progetto finalizzato allo studio delle disuguaglianze sia a livello nazionale che sub-nazionale sulla base di nuovi, completi e aggiornati dataset derivati dal record-linkage degli archivi di mortalità con il 15° Censimento Generale della Popolazione.

Obiettivo di questo working paper è pertanto illustrare la recente esperienza di record-linkage tra i dati di mortalità e l'ultimo censimento della popolazione italiana, descrivendo la metodologia adottata, le strategie di ottimizzazione delle performance di linkage, nonché presentando brevemente i risultati rilasciati nel corso del 2016 e del 2017.

CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

Patto per la salute: riprende il confronto tra CGIL, CISL, UIL e Conferenza delle Regioni

[Comunicato stampa del 3 luglio 2019](#)

Ci sono convergenze importanti su molte proposte per il nuovo patto per la salute 2019-2021, così Stefano **Bonaccini** – Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e i Segretari generali di Cgil, Cisl e Uil, Maurizio **Landini**, Annamaria **Furlan** e Carmelo **Barbagallo**, hanno sintetizzato l'esito dell'incontro che si è tenuto questa mattina nella sede della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.

Obiettivo centrale del Patto è quello di ristabilire il rispetto del diritto alla salute e alle cure dei cittadini, messo in discussione da anni di tagli al Servizio Sanitario Nazionale. Un diritto che deve essere esigibile in tutto il territorio nazionale, come prevede la Costituzione, assicurando ai cittadini l'accesso, in tempi rapidi e certi, ai servizi e a prestazioni di qualità, previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza. Con il Presidente della Conferenza delle Regioni, Cgil, Cisl e Uil concordano sulla necessità di garantire un finanziamento pluriennale, protetto dai tagli, per programmare in sicurezza il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. Il Fondo Sanitario Nazionale è largamente sotto finanziato anche rispetto ad altri Paesi europei e la clausola di salvaguardia che il Governo propone nella bozza di Patto non è accettabile. Si rischia, infatti, di esporre la sanità a ulteriori tagli. Al contrario c'è la necessità di aumentare progressivamente il Fondo rivedendo le previsioni del Governo che stimano un crollo del rapporto tra spesa sanitaria e PIL...

INAIL. Rapporto annuale 2018: infortuni in calo, aumentano i casi mortali

[Comunicato stampa del 26 giugno 2019](#) (stralcio)

Il presidente dell'Inail, Massimo De Felice, ha illustrato oggi a Roma, presso la Sala della Regina di Palazzo Montecitorio, la Relazione annuale Inail sui dati relativi all'andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali in Italia nel 2018, sul bilancio dell'Istituto e sui risultati più rilevanti conseguiti sul fronte della ricerca, delle politiche in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, e degli investimenti.



Nel 2018 l'Inail ha registrato poco più di 645mila **denunce di infortunio**. La **lieve diminuzione rispetto al 2017 (-0,3%)** sarebbe più accentuata se non si considerassero, per omogeneità, le "comunicazioni obbligatorie". Dall'ottobre 2017, infatti, tutti i datori di lavoro e i loro intermediari, compresi i datori di lavoro privati di lavoratori assicurati presso altri enti o con polizze private, devono comunicare all'Istituto tutti gli infortuni che comportano un'assenza dal lavoro di almeno un giorno, escluso quello dell'evento.

Gli infortuni riconosciuti sul lavoro sono poco più di 409mila (-4,3% rispetto al 2017), di cui circa il 19% occorsi "fuori dell'azienda", cioè "con mezzo di trasporto" o "in itinere". Delle 1.218 denunce di infortunio mortale, in crescita del 6,1% rispetto al 2017, i casi accertati "sul lavoro" sono invece 704, il 4,5% in più rispetto all'anno precedente, di cui 421, pari a circa il 60% del totale, avvenuti "fuori dell'azienda" (35 casi sono ancora in istruttoria). Come emerge dagli ultimi dati pubblicati nella

sezione "Open data" del sito Inail, **nei primi cinque mesi del 2019 i casi mortali denunciati sono stati 391**, due in più rispetto allo stesso periodo del 2018. Sostanzialmente stabile il numero delle denunce di infortunio sul lavoro nel complesso, che tra gennaio e maggio sono state 269.431, in crescita dello 0,04% rispetto alle 269.332 presentate all'Istituto nei primi cinque mesi dell'anno scorso.

Malattie professionali *variazione 2014-2018: -13,0%*



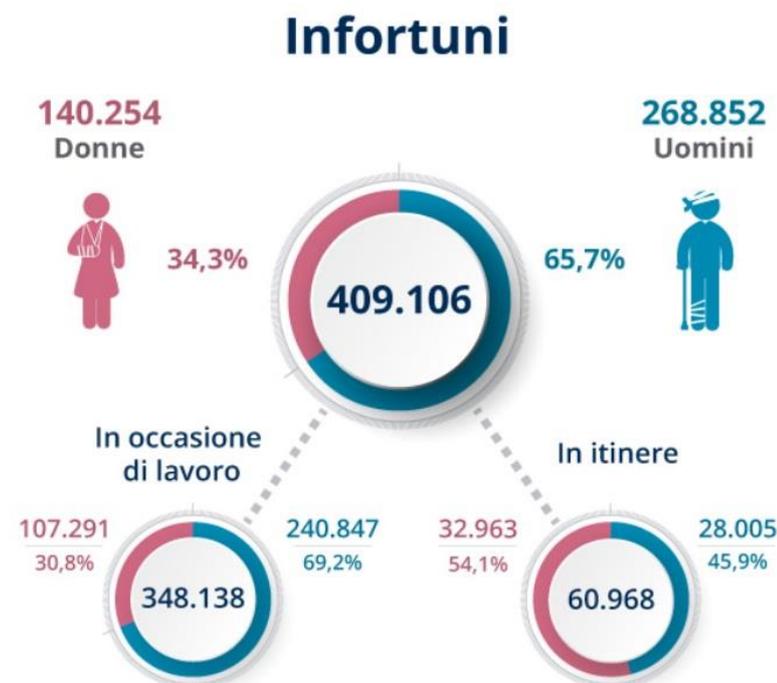
Le malattie denunciate nel 2018 sono state circa 59.500, il 2,6% in più rispetto all'anno precedente. Ne è stata riconosciuta la causa professionale al 37%, mentre il 3% è ancora "in istruttoria".

Le denunce riguardano le malattie e non i soggetti ammalati, che sono circa 43mila, di cui quasi **il 40% per causa professionale riconosciuta**. I lavoratori con malattia asbesto-

correlata sono stati poco meno di 1.400, mentre quelli deceduti nel 2018 con riconoscimento di malattia professionale sono stati 1.177 (-16,4% rispetto al 2017), di cui 257 per silicosi/asbestosi (il 74% con età al decesso maggiore di 79 anni).

Le rilevazioni più recenti mostrano **un lieve aumento delle denunce anche nei primi cinque mesi del 2019**. Le denunce di malattia professionale protocollate dall'Inail tra gennaio e maggio, infatti, sono state 27.385, 372 in più rispetto allo stesso periodo del 2018 (+1,4%).

POSIZIONI ASSICURATIVE E RENDITE. Nel 2018 l'Inail ha censito circa tre milioni e 739mila posizioni assicurative territoriali, con una riduzione minima (-0,23%) rispetto al 2017. Al 31 dicembre erano in essere circa 709mila rendite per inabilità permanente e ai superstiti, in calo del 2,40% rispetto all'anno precedente. Le rendite per inabilità di nuova costituzione sono circa 14.600.



Le prestazioni aggiuntive alla rendita a carico del Fondo vittime dell'amianto sono ammontate a circa 44 milioni di euro, mentre la prestazione "una tantum" a favore dei malati di mesotelioma è stata di circa 1,5 milioni di euro.

Le prestazioni aggiuntive alla rendita a carico del Fondo vittime dell'amianto sono ammontate a circa 44 milioni di euro, mentre la prestazione "una tantum" a favore dei malati di mesotelioma è stata di circa 1,5 milioni di euro.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO DEL RAPPORTO ASSICURATIVO

All'inizio dell'anno scorso l'Inail ha sottoscritto la convenzione con Ministero del Lavoro, Ispettorato nazionale del lavoro e Inps per lo scambio di informazioni utili alla

programmazione e allo svolgimento dell'attività di vigilanza, primo passo **verso un controllo integrato**. Per ora, comunque, l'Istituto mantiene il suo "corpo" ispettivo, nel "ruolo a esaurimento", e nel 2018 ha continuato a svolgere un'azione di controllo di tipo amministrativo, per la verifica dell'appropriatezza del rischio assicurato e il contrasto all'evasione.

Nel dettaglio, **sono state controllate 15.828 aziende, l'89,35% delle quali sono risultate irregolari**. I lavoratori regolarizzati in seguito ai controlli sono stati 41.674, di cui 3.336 "in nero". Sono state inoltre accertate retribuzioni imponibili evase per circa 3,5 miliardi di euro e sono stati richiesti premi per circa 76 milioni. Oltre all'attività di contrasto all'evasione, sono stati effettuati circa tremila accertamenti relativi a infortuni gravi, mortali, "in itinere" e per malattie professionali...

[Scheda 1 - Infortuni e malattie professionali: i dati del 2018](#)

[Scheda 2 - L'Inail nel 2018: bilancio, risultati economici, attività e realizzazioni](#)

[Scheda 3 - Infortuni e malattie professionali: le denunce nei primi cinque mesi del 2019](#)

[Relazione annuale 2018](#)

Sullo stesso argomento ⇒ **INAIL. Infortuni e malattie professionali, online gli open data del primo quadrimestre 2019**

[Comunicato stampa del 31 maggio 2019](#)

MINISTERO DELLA SALUTE

Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere

[Comunicato del 21 giugno 2019](#)

Il piano si propone di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della Medicina di Genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie, che, nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura, tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in modo omogeneo sul territorio nazionale...

CENSIS. Sanità: 19,6 milioni di italiani costretti a pagare di tasca propria per ottenere prestazioni essenziali prescritte dal medico

[Comunicato stampa del 13 giugno 2019](#)

Presentato il IX Rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermedia

Il calvario delle liste d'attesa: servono in media 128 giorni per una visita endocrinologica, 97 per una mammografia, 75 per una colonscopia, 65 per una visita oncologica. E il 35,8% dei cittadini le ha trovate chiuse almeno una volta. Costretti a mettere mano al portafoglio per prestazioni necessarie dietro prescrizione medica, non per consumismo sanitario. La spesa privata sale a 37,3 miliardi di euro: +7,2% dal 2014 (-0,3% quella pubblica)

I forzati della sanità a pagamento. Sono 19,6 milioni gli italiani che nell'ultimo anno, per almeno una prestazione sanitaria, hanno provato a prenotare nel Servizio sanitario nazionale e poi, constatati i lunghi tempi d'attesa, hanno dovuto rivolgersi alla sanità a pagamento, privata o intramoenia. Ecco i forzati della sanità di tasca propria, a causa di un Servizio sanitario che non riesce più a erogare in tempi adeguati prestazioni incluse nei Lea (Livelli essenziali di assistenza) e prescritte dai medici. In 28 casi su 100 i cittadini, avuta notizia di tempi d'attesa eccessivi o trovate le liste chiuse, hanno scelto di effettuare le prestazioni a pagamento (il 22,6% nel Nord-Ovest, il 20,7% nel Nord-Est, il 31,6% al Centro e il 33,2% al Sud). Ecco la prima verità elementare della sanità vista e vissuta dagli italiani, emersa dalla grande indagine Rbm-Censis realizzata su un campione nazionale di 10.000 cittadini maggiorenni statisticamente rappresentativo della popolazione. Transitano nella sanità a pagamento il 36,7% dei tentativi falliti di prenotare visite specialistiche (il 39,2% al Centro e il 42,4% al Sud) e il 24,8% dei tentativi di prenotazione di accertamenti diagnostici (il 30,7% al Centro e il 29,2% al Sud). I Lea, a cui si ha diritto sulla carta, in realtà sono in gran parte negati a causa delle difficoltà di accesso alla sanità pubblica. È quanto emerge dal IX Rapporto Rbm-Censis presentato oggi al «Welfare Day 2019».

Lunghie o bloccate: invalicabili le liste d'attesa. In media, 128 giorni d'attesa per una visita endocrinologica, 114 giorni per una diabetologica, 65 giorni per una oncologica, 58 giorni per una neurologica, 57 giorni per una gastroenterologica, 56 giorni per una visita oculistica. Tra gli accertamenti diagnostici, in media 97 giorni d'attesa per effettuare una mammografia, 75 giorni per una colonscopia, 71 giorni per una densitometria ossea, 49 giorni per una gastroscopia. E nell'ultimo anno il 35,8% degli italiani non è riuscito a prenotare, almeno una volta, una prestazione nel sistema pubblico perché ha trovato le liste d'attesa chiuse. Ecco la insormontabile barriera all'accesso al sistema pubblico, che costringe a rivolgersi al privato anche per effettuare prestazioni necessarie prescritte dai medici.

Surfare tra pubblico e privato a pagamento per avere le prestazioni necessarie. Il 62% di chi ha effettuato almeno una prestazione sanitaria nel sistema pubblico ne ha effettuata almeno un'altra nella sanità a pagamento: il 56,7% delle persone con redditi bassi, il 68,9% di chi ha redditi alti. Per ottenere le cure necessarie (accertamenti diagnostici, visite specialistiche, analisi di laboratorio, riabilitazione, ecc.), tutti – chi più, chi meno – devono surfare tra pubblico e privato, e quindi pagare di tasca propria per la sanità. E sono 13,3 milioni le persone che a causa di una patologia hanno fatto visite specialistiche e accertamenti diagnostici sia nel pubblico che nel privato, per verificare la diagnosi ricevuta (una caccia alla «second opinion»). Combinare pubblico e privato è ormai il modo per avere la sanità di cui si ha bisogno. Spendere per la salute è ormai inevitabile e necessario per tutti.

I rassegnati. Oltre a tentare di prenotare le prestazioni sanitarie nel sistema pubblico e decidere se attendere i tempi delle liste d'attesa oppure rivolgersi al privato, di fronte a una esigenza di salute stringente, molti cittadini si sono rassegnati, convinti che comunque nel pubblico i tempi d'attesa sono troppo lunghi. Nell'ultimo anno il 44% degli italiani si è rivolto direttamente al privato per ottenere almeno una prestazione sanitaria, senza nemmeno tentare di prenotare nel sistema pubblico. È capitato al 38% delle persone con redditi bassi e al 50,7% di chi ha redditi alti. Ancora una volta: tutti, al di là della propria condizione economica, sono chiamati a mettere mano al portafoglio per accedere ai servizi sanitari necessari.

Obbligo per tutti di spendere per la sanità. Nel 2018 la spesa sanitaria privata è lievitata a 37,3 miliardi di euro: +7,2% in termini reali rispetto al 2014. Nello stesso periodo la spesa sanitaria pubblica ha registrato invece un -0,3%. La spesa privata riguarda prestazioni sanitarie necessarie o inutili? Di sicuro tutte quelle svolte nel privato dopo il fallito tentativo di prenotazione nel sistema pubblico sono state prescritte da un medico. Tra quelle effettuate direttamente nel privato hanno una prescrizione medica il 92,5% delle visite oncologiche, l'88,3% di quelle di chirurgia vascolare, l'83,6% degli accertamenti diagnostici, l'82,4% delle prime visite cardiologiche con Ecg. Sono numeri che riguardano prestazioni necessarie, non un ingiustificato consumismo sanitario.

«La spesa sanitaria privata media per famiglia ha raggiunto quota 1.437 euro. Nella maggior parte dei percorsi di cura gli italiani si trovano a dover accedere privatamente a una o più prestazioni sanitarie. E la necessità di pagare di tasca propria cresce in base al proprio stato di salute (per i cronici la spesa sanitaria privata è in media del 50% più elevata di quella ordinaria, per i non autosufficienti è in media quasi 3 volte quella ordinaria) e all'età (per gli anziani la spesa sanitaria privata è in media il doppio di quella ordinaria)», ha detto Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. «La situazione è aggravata dal costante allungamento delle liste d'attesa (dai 128 giorni per una visita endocrinologica ai 97 giorni per una mammografia). Di fronte a questi numeri, il 44% dei cittadini si rivolge direttamente al privato anche per le cure che rientrano nei Livelli essenziali di assistenza del Servizio sanitario nazionale. Non è più sufficiente limitarsi a garantire finanziamenti adeguati alla sanità pubblica, ma è necessario affidare in gestione le cure acquistate dai cittadini al di fuori del Ssn attraverso un secondo pilastro sanitario aperto. Bisogna raddoppiare il diritto alla salute degli italiani, garantendo a tutti la possibilità di aderire alla sanità integrativa, perché un sistema sanitario universalistico è incompatibile con una necessità strutturale di integrazione individuale pagata direttamente dai malati, dagli anziani e dai redditi più bassi», ha concluso Vecchietti.

Fiducia nel Pronto soccorso (anche in caso di non emergenza). Il 48,9% dei cittadini che nell'ultimo anno hanno avuto una esperienza di accesso al Pronto soccorso ha espresso un giudizio positivo (la percentuale sale al 54,5% al Nord-Est). Ma solo il 29,7% si è rivolto al Pronto soccorso in una condizione di effettiva emergenza, per cui non poteva perdere tempo. Mentre il 38,9% lo ha fatto perché non erano disponibili altri servizi, come il medico di medicina generale, la guardia medica, l'ambulatorio di cure primarie. Il 17,3% lo ha fatto perché ha maggiore fiducia nel Pronto soccorso dell'ospedale rispetto agli altri servizi. Si tratta di una domanda sanitaria drogata dalle non urgenze, a caccia della migliore soluzione per il proprio problema, che trova impropriamente risposte nel Pronto soccorso.

Fondazione GIMBE

IV Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

11 giugno 2019

Il Rapporto analizza la spesa per la salute in Italia e conferma le 4 determinanti della crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): defianziamento pubblico, sostenibilità ed esigibilità dei nuovi LEA, sprechi e inefficienze ed espansione del "secondo pilastro". Quindi, dopo aver rivalutato la "prognosi" del SSN al 2025, il Rapporto propone un vero e proprio "piano di salvataggio" avanzando proposte di riforme di rottura per l'attuale sistema di finanziamento, pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari.

[Rapporto integrale](#)

[Executive summary](#)

[Comunicato Stampa](#)

[Slide presentazione](#)

ISS. Disuguaglianze di salute: politiche sanitarie e non sanitarie

[Comunicato del 6 giugno 2019](#)

Accrescere livello di consapevolezza relativamente alle disuguaglianze di salute, evidenziando il ruolo centrale del settore sanitario ma anche ampliando il coinvolgimento degli attori non sanitari, nell'ottica di una sempre maggiore intersectorialità con un'attenzione particolare ai determinanti sociali di salute. Questo l'obiettivo principe del convegno "Disuguaglianze di salute: politiche sanitarie e non sanitarie" organizzato dall'Iss e dall'Alleanza italiana per lo sviluppo sostenibile (Asvis) il 30 maggio 2019, di cui si pubblicano gli atti.

Dalle presentazioni dei relatori e dalla discussione seguita durante la Tavola rotonda è emerso chiaramente che la lotta alle disuguaglianze di salute non può prescindere dalla trasversalità di questo argomento che abbraccia diversi livelli e settori (da quello sanitario all'istruzione, dall'ambito economico a quello ambientale e culturale). Ed è proprio in questa direzione che l'Iss si sta muovendo con la creazione della Struttura di Missione temporanea interdipartimentale "Disuguaglianze di Salute", avviata ufficialmente a fine maggio 2019.

Relazioni:

["Disuguaglianze di salute: politiche sanitarie e non sanitarie"](#) S. Vella

["Presentazione degli obiettivi del convegno"](#) R. Bucciardini

["Disuguaglianze Sociali di Salute nel quadro dell'Agenda di Sviluppo Sostenibile"](#) C. Collicelli

["Social Determinants of Health: from research to policy"](#) M. Marmot

["Le principali sfide per la ricerca nel campo delle disuguaglianze di salute"](#) G. Costa

["Barcelona's experience in reducing health inequalities and their determinants"](#) C. Borrell

Tavola Rotonda: "Politiche sanitarie e non sanitarie per la riduzione delle disuguaglianze di salute". **Interventi:**

G. Cederna - ["Philip Dick aveva ragione Gli universi paralleli dell'infanzia in Italia"](#)

M.C. Corti - ["Il ruolo di Agenas nella politiche di contrasto alle disuguaglianze di salute"](#)

R. Cialesi - ["Disuguaglianze di salute: politiche sanitarie e non sanitarie"](#)

R. Ferrelli - ["Politiche sanitarie e non sanitarie per la riduzione delle disuguaglianze di salute. L'esperienza dell'Iss in America Latina"](#)

D. Galeone - ["Disuguaglianze di salute: politiche sanitarie e non sanitarie"](#)

A. Petrelli - ["L'Inmp per l'equità nella salute in Italia"](#)

L. Sinisi - ["Contrasto alle disuguaglianze e policy ambiente e salute: sfide in essere, azioni future e ricerca"](#)

F. Spandonaro - ["Politiche sanitarie e non sanitarie per la riduzione delle disuguaglianze di salute"](#)

Spinelli - ["Il contributo del Cnapps alle Politiche sanitarie e non sanitarie per la riduzione delle disuguaglianze di salute"](#))

S. Vasselli - ["Disuguaglianze di salute: Politiche sanitarie e non sanitarie"](#)

Vedi anche ⇒ [Documento Programmatico della Struttura di Missione Temporanea Interdipartimentale: "Disuguaglianze di Salute"](#)

ISS. Approvato alla Conferenza Stato-Regioni il primo Piano Nazionale di Medicina di Genere

L'impegno del Ministero della Salute e dell'ISS perchè le cure siano a misura di uomini e donne

[Comunicato del 21 Maggio 2019](#)

Il 30 maggio 2019 è una data molto importante che pone l'Italia all'avanguardia in Europa nel campo della Medicina di Genere.

Il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere sul territorio nazionale è stato infatti formalmente approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, previsto dall'articolo 3 della Legge 3/2018. L'esigenza di questo nuovo punto di vista da includere in tutte le specialità mediche nasce dalla crescente consapevolezza delle differenze associate al genere, con il fine ultimo di garantire ad ogni persona, sia uomo che donna, la migliore cura, rafforzando ulteriormente il concetto di "centralità del paziente" e di "personalizzazione delle terapie".

Con l'approvazione di tale Piano, per la prima volta in Italia viene inserito il concetto di "genere" nella medicina, al fine di garantire in modo omogeneo sul territorio nazionale la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale. Nell'era della Medicina personalizzata risulta quanto mai importante, anzi direi indispensabile, tenere conto delle numerose differenze osservate tra uomini e donne nella prevenzione, diagnosi e cura delle malattie...

CORTE DEI CONTI

Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica

29 maggio 2019 | [Testo integrale](#)

La sanità: le opportunità da cogliere

Il 2018 conferma i buoni risultati ottenuti dal settore nel controllo della spesa: 115,4 miliardi, inferiore di poco meno di un miliardo rispetto alle previsioni dello scorso settembre contenute nella Nota di aggiornamento al DEF. Ancora più di rilievo il risultato se si guarda alle previsioni formulate nel Documento programmatico per il 2014, che stimava una spesa in flessione nel quinquennio per posizionarsi a fine periodo al 6,8 per cento del prodotto (6,6 a consuntivo), ma su livelli assoluti di circa 121,3 miliardi.

Si riduce anche l'incidenza sulla spesa primaria: dal 14,8 per cento nel 2013 al 14,6 nel 2018. Una dinamica della spesa inferiore alle entrate e il rinvio di alcune uscite hanno consentito nell'anno di migliorare il contributo del settore agli obiettivi di finanza pubblica. Tali andamenti trovano conferma nei pre-consuntivi regionali trasmessi al NSIS e oggetto dei Tavoli di verifica che si sono tenuti nella primavera, che evidenziano la ridotta dimensione degli squilibri economico-finanziari e un surplus di circa 136 milioni dopo le coperture dei disavanzi nelle regioni in Piano di rientro.

Segnali di tensione si colgono, tuttavia, dal lato della spesa, con la conferma del superamento dei tetti da parte dei dispositivi medici e degli acquisti diretti di farmaci: i primi hanno superato l'obiettivo del 24 per cento, con solo tre Regioni che presentano una spesa coerente con il tetto previsto, mentre la spesa per acquisti diretti eccede il limite per oltre 2,2 miliardi. Scostamento che, sia pure per importi molto differenziati, riguarda tutte le Regioni e che solo limitatamente è imputabile ai farmaci innovativi (circa 114 milioni).

Maggiori risorse dovranno poi essere reperite sul fronte della spesa per il personale, in relazione non solo allo slittamento all'anno in corso dei rinnovi contrattuali e alla nuova tornata 2019-2021, ma anche allo sblocco dei tetti finora vigenti previsto dall'accordo recentemente sottoscritto tra Ministero della salute, MEF e Regioni e recepito nel DL 35/2019, consentendo maggiori spazi per misure di riassorbimento delle esternalizzazioni e di stabilizzazione del personale a tempo determinato. Insieme ad una metodologia condivisa ai fini della determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, questo dovrebbe consentire di superare le attuali carenze che, in questi anni, hanno portato ad un aggravio di lavoro per gli organici in forza nelle strutture e ad un allungamento delle liste di attesa.

Sul fronte delle entrate, crescono dell'1,1 per cento le compartecipazioni sulle prestazioni sanitarie. Prendendo in considerazione anche i ticket sui farmaci (aumentati nell'anno del 3,6 per cento), il contributo complessivo richiesto ai cittadini cresce nel 2018 in media del 2,6 per cento. Aumenta, inoltre, in quasi tutte le Regioni, il contributo alle entrate del payback per lo sfondamento dei tetti degli acquisti diretti di farmaci. La piena attuazione delle misure adottate nel corso del 2018, su proposta dal Tavolo di lavoro sulla governance dei farmaci e dei dispositivi

medici, per superare le attuali criticità potrebbe agevolare la definitiva conclusione del contenzioso con le aziende farmaceutiche.

Emergono dagli ultimi dati disponibili (relativi al 2017) le difficoltà a garantire in tutto il Paese adeguati livelli di assistenza. Permangono in numerose Regioni elementi di criticità legati all'insufficienza della rete di assistenza domiciliare o di strutture specifiche rivolte ad anziani e disabili, all'eccessivo numero di parti cesarei primari accompagnato da una percentuale ancora elevata di quelli che avvengono in strutture che non garantiscono un'adeguata sicurezza delle pazienti e, in alcune Regioni meridionali, a livelli di prevenzione, quali misurati dalla popolazione sottoposta a screening oncologici, al di sotto della soglia critica. Un quadro che il monitoraggio sperimentale sui dati 2016 ai sensi del Nuovo sistema di garanzia non fa che confermare, evidenziando come tali criticità siano presenti in quasi tutte le aree territoriali. Spesso, quindi, non riconducibili alla sola questione delle risorse finanziarie, ma che hanno le radici in una carente governance locale, in difficoltà di programmazione della spesa e in una dotazione infrastrutturale ancora insufficiente.

La lieve crescita degli investimenti registrata nell'ultimo anno (+0,3 per cento i pagamenti delle aziende sanitarie) non muta, infatti, il quadro di forte ridimensionamento registrato nel quinquennio, che vede ridursi la spesa dai 2,4 miliardi del 2013 a poco più di 1,4 miliardi del 2018, e conferma un livello di accumulazione più ridotto rispetto agli altri Paesi europei.

Tali difficoltà preoccupano alla luce delle scelte da assumere nei prossimi anni per affrontare due temi di grande rilievo entrambi destinati ad accrescere il fabbisogno del settore e a porre sfide importanti al carattere universalistico e solidale del nostro sistema: il progressivo invecchiamento della popolazione e le innovazioni nel campo delle cure, che offrono nuove opportunità ma comportano costi crescenti.

Tali sviluppi, e le difficoltà in cui si muove ancora oggi la finanza pubblica, richiedono il mantenimento di una attenta gestione della spesa e la messa in discussione di assetti e sistemi anche consolidati. Si tratta di affrontare con decisione i fronti rimasti aperti dalla scorsa legislatura: la governance dei dispositivi medici, per la quale si tratta di rivedere gli strumenti a disposizione per garantire la sostenibilità della spesa a partire dal payback ed agli strumenti di negoziazione del prezzo; le compartecipazioni alla spesa, di cui occorre rivedere modalità di funzionamento e ragioni; la dotazione di capitale umano, che richiede di intervenire sulla formazioni delle nuove leve per accompagnare lo svecchiamento delle strutture e l'adeguamento alle nuove esigenze di cura; l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, per poter affrontare al meglio la questione dell'invecchiamento della popolazione e dell'insufficienza dell'assistenza domiciliare, dando una risposta effettiva al problema delle cronicità.

La stessa messa a punto degli strumenti fino ad ora utilizzati deve essere inquadrata in una logica che consenta di mirare la gestione della spesa sulle effettive necessità della popolazione, utilizzando strumenti di valutazione sempre più accurati e sofisticati. Di qui, la opportunità (e la necessità) di utilizzare al meglio, anche su questo fronte, le innovazioni e le informazioni disponibili. Come già sottolineato nel Rapporto dello scorso anno, il mutare delle caratteristiche del mondo del lavoro e, in generale, della società, associate ad innovazioni e cambiamenti demografici, richiedono che le scelte assunte in campo previdenziale, assistenziale e sanitario siano sempre più coordinate e coerenti. Una polarizzazione delle risorse su alcuni obiettivi particolari rischia di restringere i margini entro cui ci si deve muovere per rispondere a necessità primarie e garantire i livelli di assistenza.

INMP | OMS. Rapporto sulla salute dei rifugiati e dei migranti nella regione europea dell'OMS

[Comunicato del 6 maggio 2019](#)

Il Ministero della salute italiano e l'INMP - Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà, insieme all'Organizzazione Mondiale della Sanità, hanno presentato lunedì 6 maggio 2019 a Roma, sede di Lungotevere Ripa n°1, il Rapporto sulla salute dei rifugiati e dei migranti nella regione europea dell'OMS...

[Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region](#)

Rapporto sulla salute di rifugiati e migranti nella regione europea dell'OMS. [Documento di sintesi](#)

ETICA ED ECONOMIA

Autonomia differenziata e tutela della salute: alcune riflessioni a partire dalle esperienze di governo delle politiche sanitarie

[Francesca Angelini | Menabò n. 103/2019 | 5 maggio 2019](#)

Francesca Angelini esamina la questione dell'autonomia regionale differenziata in materia di tutela della salute alla luce dall'esperienza delle politiche sanitarie e lo fa distinguendo due profili: il primo, procedurale, relativo alla determinazione dell'intesa che in base all'art. 116 Cost. definisce l'autonomia differenziata; il secondo, sostanziale, verifica la 'desiderabilità' di un'ulteriore differenziazione dei Sistemi sanitari regionali, valutandone le conseguenze sul piano della uniformità e dell'importanza del diritto alla salute...

DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione

[Comunicato del 27 febbraio 2019](#)

Il 27 febbraio 2019, alla presenza della Ministro della Salute Giulia Grillo, è stato presentato il volume Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione promosso dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e realizzato in collaborazione con Istat e il Servizio di Epidemiologia della Regione Piemonte. Il volume conferma che in Italia le disuguaglianze sociali nella mortalità sono presenti in tutte le regioni, e tra le regioni stesse.

Le persone di sesso maschile meno istruite mostrano ovunque, rispetto alle più istruite, una speranza di vita inferiore di tre anni (tra le donne un anno e mezzo), gap a cui si somma lo svantaggio delle regioni del Mezzogiorno, dove i residenti perdono un ulteriore anno di speranza di vita indipendentemente dal livello di istruzione, sia tra gli uomini sia tra le donne...

[Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione](#)

REGNO UNITO - HOUSE OF LORDS

Accordi di assistenza sanitaria con i paesi Ue dopo la Brexit

22 febbraio 2019

Il [disegno di legge sull'assistenza sanitaria "Healthcare \(International Arrangements\) Bill"](#) è all'esame dei Lords. Scopo del disegno di legge è consentire al Regno Unito di mantenere accordi di assistenza sanitaria reciproca con l'UE e i suoi Stati membri e di rafforzare o attuare nuovi accordi con altri paesi al di fuori dell'UE. [La proposta](#) attribuisce al Segretario di Stato per la sanità e l'assistenza sociale il potere di emanare regolamenti per finanziare e attuare accordi di assistenza sanitaria reciproca al di fuori del Regno Unito e di condividere le informazioni necessarie.

Sullo stesso argomento ⇒ **Parlamento europeo:** [Brexit. Impatto e conseguenze](#)

Migranti della salute: il Nord si è preso mezzo miliardo in più dalla Calabria

[15 febbraio 2019 | Linkiesta](#)

Incrociando i dati sulla mobilità sanitaria, il capo del dipartimento della Salute della Regione Calabria ha scoperto che negli ultimi 10 anni 500 milioni sarebbero stati trasferiti illecitamente alle regioni del Centro-Nord. La Fondazione Gimbe da tempo ha denunciato la scarsa trasparenza dei dati.

L'anno scorso sono stati quasi 1 milione i "migranti della salute" italiani. Quei pazienti che partono per farsi curare in un'altra regione, soprattutto da Sud a Nord, con costi che pesano e non poco sui

bilanci regionali meridionali. Tanto che proprio mentre si riaccende lo scontro Nord-Sud e si discute l'autonomia rafforzata delle tre regioni più virtuose nella sanità, dalla Calabria arriva la richiesta di far luce sulle rendicontazioni dei costi della cosiddetta "mobilità sanitaria". Nei conti non tornerebbero 500 milioni trasferiti negli ultimi anni. Con il dubbio che qualcuno non l'abbia raccontata proprio giusta.

Un giro d'affari pubblico, quello della cosiddetta "mobilità sanitaria", che, seppure in calo, sposta ancora 4,285 miliardi. Con tutte le regioni del Mezzogiorno, escluso il Molise, in saldo negativo...

DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

Ridurre e contrastare le disuguaglianze di salute in Italia: le tappe del percorso

Durante le ultime decadi in Italia si è visto un progressivo miglioramento delle condizioni di salute e livelli di disuguaglianze sociali che risultano meno pronunciati rispetto ad altri paesi Europei.

[Di Nicolás Zengarini | 22 ottobre 2018](#)

Eppure, le medie mascherano l'esistenza di differenze sistematiche: le persone più abbienti stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo. Guardando al periodo 2012-2014, ultimi dati disponibili a livello nazionale, i maschi italiani di 30 anni laureati potevano sperare di vivere 3 anni in più rispetto a coloro che avevano conseguito al massimo il titolo della scuola dell'obbligo, mentre tra le donne laureate il vantaggio sulle meno istruite era di un anno e mezzo.

Allo stesso modo, le regioni italiane più povere mostrano indicatori di salute meno favorevoli. Il Sud e le Isole presentano un'aspettativa di vita più sfavorevole in tutte le fasce di istruzione. Analoghe differenze nella speranza di vita erano già state rilevate in molte realtà locali da precedenti studi longitudinali: a Torino, ad esempio, un uomo che attraversa la città, dalla collina alto borghese (a elevato reddito) alla barriera operaia nel nordovest (a basso reddito), vede ridursi l'aspettativa di vita di 6 mesi per ogni chilometro percorso. Tali differenze sono socialmente determinate e pertanto, evitabili...

MINISTERO DELLA SALUTE

L'Italia per l'equità nella salute

Novembre 2017

[Il documento](#) tecnico nasce da una mia richiesta agli Enti vigilati dal Ministero della salute - Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) - nel momento in cui l'Italia si solleva da una condizione macroeconomica particolarmente sfavorevole e si appresta a coordinare la nuova Joint Action Europea sul tema dell'equità nella salute.

Scopo del documento è fornire per la prima volta un quadro sistematico sulle disuguaglianze socioeconomiche in Italia e sui loro effetti sulla salute dei cittadini, a partire dalle evidenze scientifiche, con una particolare attenzione alla recente crisi economica e alle barriere, anche immateriali, per l'accesso alle cure. Esso, inoltre, fornisce una vasta ricognizione delle principali politiche pubbliche avviate nei recenti anni per contrastare tali disuguaglianze e avanza alcune proposte di intervento condivise tra i responsabili dei diversi settori della vita pubblica che influenzano, da varie prospettive, la salute dei cittadini...