

RASSEGNA STAMPA Welfare Day 2016

Edizioni ONLINE

Agenzie di Stampa, Testate giornalistiche e Blog



AssicurazioneSalute

RASSEGNA STAMPA Welfare Day 2016

08/06/2016 Corriere della Sera.it (ed. Nazionale) Costi alti e liste d'attesa, undici milioni di italiani rinunciano a curarsi	Vola il privato: +3,2%	1
08/06/2016 Il Sole 24 Ore Online Sanità, corsa al privato ma 11 milioni rinunciano alle cure: pesano costi e liste d'attesa	.....	2
08/06/2016 Il Sole 24 Ore.com - Sanità L'allarme Anaao: <Rinuncia alle cure, ecco i guasti delle scelte del governo>	.....	3
08/06/2016 Il Sole 24 Ore.com - Sanità Censis: corsa verso il privato ma 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	.....	4
08/06/2016 Askanews Sanità, oltre 11 mln italiani rinunciano o rinviano cure	.....	5
08/06/2016 Askanews Sanità, perché 11 mln di italiani rinunciano a curarsi	.....	6
08/06/2016 Avvenire.it Sanità, in 11 milioni rinunciano alle cure	.....	7
09/06/2016 Il Giornale.it Col governo di sinistra via dalla sanità pubblica	.....	8
08/06/2016 Il Giornale.it Undici milioni di italiani ora rinunciano a curarsi	.....	9
08/06/2016 Il Mattino di Padova.it Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	.....	10
08/06/2016 Il Secolo XIX.it Sanità, liste d'attesa e costi alle stelle: sempre più italiani rinunciano alle cure	.....	11
08/06/2016 L'Huffington Post.it POCHI SOLDI, NIENTE CURE PER 11 MILIONI DI ITALIANI	.....	12
08/06/2016 La Repubblica.it Censis: 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure. Pesano le liste d'attesa	.....	13
08/06/2016 La Stampa.it (ed. Nazionale) Sanità, liste d'attesa infinite e costi elevati: 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	.....	14
08/06/2016 La Stampa.it (ed. Nazionale) Sanità, liste d'attesa infinite e costi alle stelle. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	.....	15
08/06/2016 La Stampa.it (ed. Nazionale) Sanità, liste d'attesa infinite e costi elevati: undici milioni di italiani rinunciano alle cure	.....	16
08/06/2016 Panorama.it Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016	.....	17
08/06/2016 Panorama.it Salute: quando e perché curarsi a pagamento conviene	.....	18
08/06/2016 Rai News Lorenzin: "Necessario difendere l'aumento del Fondo Sanitario"	.....	19
08/06/2016 Rai News Censis: 11 milioni di italiani rinunciano alle cure mediche per difficoltà economiche	.....	20
09/06/2016 Yahoo! Finanza RBM Salute, una busta "Blu" per conoscere costi cure	.....	21
08/06/2016 Yahoo! Finanza Sanità, oltre 11 mln italiani rinunciano o rinviano cure	.....	22
09/06/2016 Yahoo! Finanza RBM Salute, una busta "Blu" per conoscere costi cure -2-	.....	23
10/06/2016 Yahoo! Finanza Rbm Salute lancia l'indice di Effettività Sanitaria	.....	24

08/06/2016 Adnkronos	
Le cure? Sì, se puoi pagartele. E la spesa sanitaria privata vola: 34,5 miliardi	25
09/06/2016 Affaritaliani.it	
Renzi pensi alla salute... degli italiani	26
08/06/2016 Affaritaliani.it	
Sanità, Censis: 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	27
08/06/2016 Affaritaliani.it	
Sanità, costi eccessivi e troppa attesa 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	28
08/06/2016 Corriere delle Alpi.it	
Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	29
08/06/2016 Excite	
L'allarme choc del Ministro Lorenzin: "La situazione è drammatica"	30
09/06/2016 FC Famiglia Cristiana.it	
Non ci curiamo, colpa della crisi	31
08/06/2016 Giornale di Sicilia.it	
Crisi, 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi per difficoltà economiche	32
08/06/2016 Il Blog delle Stelle	
Salute: 11 milioni di italiani senza cure, avanza la demolizione del governo	33
09/06/2016 Il Tempo.it	
Gli italiani non si curano: costa troppo	34
08/06/2016 Il Tempo.it	
Sanità allo sbando, ecco perché 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi	35
08/06/2016 Noodles	
Sanità: Censis, 11 milioni di Italiani hanno dovuto rinunciare a cure	36
08/06/2016 Noodles	
Più sanità solo per chi può pagarsela: nell'ultimo anno 11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie	37
09/06/2016 Noodles	
SANITÀ: "IN UMBRIA SERVONO MAGGIORI CONTROLLI PER LIMITARE LE TRUFFE SUI TICKET E FAR RISPARMIARE DISOCCUPATI, PRECARI E ANZIANI" - SQUARTA (FDI): "LA SALUTE NON È ROBA DA RICCHI M	39
09/06/2016 Noodles	
Uilp: incontro su prevenzione malattie cardiovascolari	40
09/06/2016 Noodles	
Napoli: "Sanità negata"	41
08/06/2016 Quotidiano.net	
Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure per difficoltà economiche	42
08/06/2016 Quotidiano.net	
Sanità, code e costi in aumento: 11 milioni rinunciano alle cure	43
10/06/2016 Rassegna.it	
Crisi Ssn, la ricetta non può essere più sanità privata	44
08/06/2016 Redattore Sociale	
Sanità per chi può pagarla? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni	45
08/06/2016 Redattore Sociale	
Sanità per chi può pagarsela? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni	47
09/06/2016 RegioneBasilicata	
Uilp: incontro su prevenzione malattie cardiovascolari	49
08/06/2016 Tiscali.it - Notizie	
Sanità, oltre 11 mln italiani rinunciano o rinviando cure	50

08/06/2016 Trentino.it	
Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	51
08/06/2016 Agenparl	
Ricerca Censis, Anaa Assomed: ecco i guasti delle scelte del Governo	52
08/06/2016 Agenparl	
Sanità, Anaa Assomed: ricerca Censis-Rbm non dice niente di nuovo	53
08/06/2016 Agi Salute.it	
Sanita', liste d'attesa e costi proibitivi 11 mln italiani rinunciano alle cure	54
08/06/2016 Agi Salute.it	
Caro sanità, 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi	55
09/06/2016 Ago Press	
Salute, 11 milioni di italiani costretti a rinunciare a cure mediche	56
08/06/2016 America Oggi.info	
Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche	57
08/06/2016 Dagospia.com	
CHITTESEN-CURA - SONO 11 MILIONI GLI ITALIANI CHE RINUNCIANO A CURARSI PER DIFFICOLTÀ ECONOMICHE - IN PARTICOLARE A SOFFRIRE IL PROBLEMA SONO 2,4 MILIONI DI ANZIANI E 2,2 MILIONI D	58
08/06/2016 Help Consumatori	
Sanità, Welfare Day 2016: sempre più italiani rinunciano alle cure mediche	59
08/06/2016 Il Velino.it	
Censis: aumenta la spesa privata. Colpa delle liste d'attesa	60
08/06/2016 L'Adige.it	
11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche	61
08/06/2016 La Provincia di Como.it	
Si spende di più per la sanità privata	62
08/06/2016 La Provincia di Lecco.it	
Si spende di più per la sanità privata	63
08/06/2016 La Provincia di Sondrio.it	
Si spende di più per la sanità privata E c'è chi non si cura più	64
09/06/2016 Toscana Oggi.it	
Sanità, sempre più italiani rinunciano a curarsi	65
10/06/2016 Bellunopress.it	
Sanità business. il colosso sanitario europeo Lifebrain acquisisce i laboratori bellunesi Fleming. Preoccupazione per i tagli del budget della Ulss 1	68
08/06/2016 Globalist 2.0	
Sanità per chi può pagarsela? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni	69
08/06/2016 L'Altro quotidiano.it	
Sono 11 milioni (due in più di quattro anni fa) gli italiani che rinunciano a curarsi per difficoltà economiche	70
09/06/2016 La Difesa del Popolo.it	
11 milioni rinunciano alle prestazioni. Anche curarsi ormai è un lusso	71
09/06/2016 La Difesa del Popolo.it	
Senza titolo	72
08/06/2016 La Prealpina.it	
Sanità, oltre 11 mln italiani rinunciano...	73
08/06/2016 Leggo.it	
Sanità, liste d'attesa e costi alti: "11 milioni di italiani rinunciano alle cure"	74
11/06/2016 Notiziario Italiano.it	

Sanità: Censis, 5 mln italiani hanno avuto prescrizioni inutili	75
08/06/2016 Notiziario Italiano.it	
Sanità: Censis, 5 mln italiani hanno avuto prescrizioni inutili	76
09/06/2016 Notiziario Italiano.it	
La crisi taglia le cure mediche, 11 milioni vi rinunciano	77
08/06/2016 Notiziario Italiano.it	
Sanita':,11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche	78
11/06/2016 Notiziario Italiano.it	
Sanita': aumentata di 80 euro in 2 anni la spesa privata	79
11/06/2016 Notiziario Italiano.it	
Sanita':,11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche	80
08/06/2016 Notiziario Italiano.it	
La crisi taglia le cure mediche, rinunciano 11 milioni di italiani	81
08/06/2016 Notiziario Italiano.it	
Salute, liste d'attesa e costi proibitivi 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	82
08/06/2016 Notiziario Italiano.it	
Censis: per colpa delle liste d'attesa 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	83
08/06/2016 Notiziario Italiano.it	
Sanita': aumentata di 80 euro in 2 anni la spesa privata	84
08/06/2016 Notiziario Italiano.it	
Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	85
08/06/2016 Notiziario Italiano.it	
La crisi taglia le cure, 11 milioni rinunciano	86
08/06/2016 Notiziario Italiano.it	
11 milioni italiani rinunciano a cure	87
08/06/2016 Notiziario Italiano.it	
Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure	88
09/06/2016 Oggi Treviso.it	
Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016.	89
08/06/2016 Quotidiano Sanità.it	
Censis. 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure per difficoltà economiche. Aumenta la spesa privata: liste d'attesa troppo lunghe e l'intramoenia è sempre più una scoria	90
08/06/2016 Quotidiano Sanità.it	
Ssn. Nel 2015 11 mln di italiani hanno rinunciato a cure per difficoltà economiche. Aumenta spesa privata: liste d'attesa troppo lunghe. La ricerca del Censis	91
10/06/2016 Quotidiano Sanità.it	
Ssn in crisi? Cecconi (Cgil): "Da Censis quadro allarmante ma risposta non è 'più sanità privata'"	92
10/06/2016 Savona news.it	
L'azzoppamento della guardia medica	93
10/06/2016 TargatoCN.it	
L'azzoppamento della guardia medica	94
09/06/2016 QuellichelaFarmacia	
Welfare day, Censis: 11 milioni di italiani hanno rinunciato a curarsi nel 2015	95
13/06/2016 QuellichelaFarmacia	
RBM Assicurazione Salute: Vecchiotti presenta IES, l'indice di effettività sanitaria delle Forme Sanitarie Integrative	97
12/06/2016 QuellichelaFarmacia	
RAPPORTO RBM ASSICURAZIONE SALUTE - CENSIS: VECCHIETTI, "BUSTA BLU" PER CONOSCERE ACCESSIBILITA' E COSTI DELLE CURE DEGLI ITALIANI	99

08/06/2016 campanianotizie.com	
Difficoltà economiche, 11 milioni di italiani rinunciano a cure	101
08/06/2016 Articolo21.org	
Sanità per chi può pagarsela? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni	102
09/06/2016 HealthDesk	
Ticket e liste d'attesa. Così gli italiani lasciano il servizio sanitario	104
08/06/2016 Agenzia Dire	
Sanità, ma non per tutti. Censis: 11 mln rinunciano a prestazioni perchè non hanno soldi	105
08/06/2016 Italian Network.it	
DIRITTI DEI CITTADINI - SALUTE - CENSIS: " PIU' SANITA' SOLO PER CHI PUO' PAGARSELA: NELL'ULTIMO ANNO 11 MILIONI DI ITALIANI HANNO DOVUTO RINUNCIARE A PRESTAZIONI SANITARIE"	106
08/06/2016 Padova news	
Sanita': Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016	107
08/06/2016 Agenzia Redattore Sociale	
Sanità, Anaa: il Censis mostra i guasti delle scelte del governo	108
08/06/2016 Agenzia Redattore Sociale	
Sanità per chi può pagarsela? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni	109
08/06/2016 Agenzia Redattore Sociale	
Sanità per chi può pagarla? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni	111
09/06/2016 Alganews	
CERCASI SANITÀ PUBBLICA: 11MILIONI DI ITALIANI RINUNCIANO A CURARSI	113
09/06/2016 Alganews	
LE BATTUTE DEL MINISTRO LORENZIN E LA SANITA' NEGATA	114
08/06/2016 Alto Adige.it	
Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	115
08/06/2016 Ansa.it - Salute&Benessere	
Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	116
08/06/2016 Ansa.it - Salute&Benessere	
Nutrizionisti, crisi aumenta malnutrizione anziani	117
10/06/2016 Borsa Italiana.it	
Incubo liste di attesa, più sanità solo per chi può pagarsela	118
08/06/2016 Business People.it	
Mancano i soldi, 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi	119
09/06/2016 Cinquantamila giorni	
Undici milioni di italiani rinunciano a curarsi	120
09/06/2016 CorrierePL.it	
Sanita' e crisi, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	121
10/06/2016 Cronaca Diretta	
Sanità, sempre più persone rinunciano alle cure per mancanza di soldi	123
08/06/2016 Dazebao News	
Sanità. Gli italiani non si curano più, colpa della crisi	124
10/06/2016 Easy News	
Crisi Ssn, la ricetta non può essere più sanità privata	125
08/06/2016 Easy News	
Censis, in 11 milioni rinunciano alle cure |I costi della Sanità gravano sempre di più	126
08/06/2016 Farmacista33	
Sanità negata, Censis: in crescita gli italiani che rinunciano alle cure	127
08/06/2016 Gazzetta di Mantova.it	

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	128
08/06/2016 Gazzetta di Modena.it	
Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	129
08/06/2016 Gazzetta di Reggio.it	
Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	130
08/06/2016 Il Farmacistaonline.it	
Ssn. Nel 2015 11 mln di italiani hanno rinunciato a cure per difficoltà economiche. Aumenta spesa privata: liste d'attesa troppo lunghe. La ricerca del Censis	131
10/06/2016 Il Farmacistaonline.it	
Ssn in crisi? Cecconi (Cgil): "Da Censis quadro allarmante ma risposta non è 'più sanità privata'" ..	132
08/06/2016 Il Farmacistaonline.it	
Censis. 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure per difficoltà economiche. Aumenta la spesa privata: liste d'attesa troppo lunghe e l'intramoenia è sempre più una scorcia	133
08/06/2016 Il Messaggero.it (Ed. Nazionale)	
Liste d'attesa e costi troppo alti: Nel 2016 undici milioni di italiani hanno dovuto rinunciare alle cure	134
10/06/2016 Il Messaggero.it - Economia	
Incubo liste di attesa, più sanità solo per chi può pagarsela	135
10/06/2016 Il Messaggero.it - Economia	
--> Incubo liste di attesa, più sanità solo per chi può pagarsela	136
08/06/2016 Il Nord	
11.000.000 DI ITALIANI RINUNCIANO ALLE CURE PERCHE' NON HANNO DENARO PER FARLE	137
08/06/2016 Il Piccolo.it	
Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	138
09/06/2016 Il Sole 24 Ore.it - Salute24	
Cure sanitarie, 11 milioni di italiani costretti a rinunciarci	139
09/06/2016 Il Sole 24 Ore.it - Salute24	
Salute, 11 milioni di italiani costretti a rinunciare a cure	140
08/06/2016 Imola Oggi.it	
Salute, difficoltà economiche: 11 milioni di italiani costretti a rinunciare alle cure	141
08/06/2016 Impronta Unika	
Censis: più sanità per chi può pagarsela, 11 milioni di italiani rinunciano a prestazioni sanitarie	142
09/06/2016 Intermedia Channel	
Rapporto RBM - Censis, Vecchiotti: "Busta blu" per conoscere accessibilità e costi delle cure degli italiani	143
10/06/2016 Intermedia Channel	
Welfare Day 2016: RBM presenta IES, l'indice di effettività sanitaria delle forme sanitarie integrative	145
09/06/2016 InvestireOggi.it	
Sanità negata: sempre più italiani rinunciano alle cure per i costi troppo alti	147
12/06/2016 Iskrae.eu	
Sanità: 11 milioni di italiani rinunciano a cure per via difficoltà' economiche	148
08/06/2016 Italia Oggi.it	
Salute, il Censis: quest'anno 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	149
10/06/2016 L'Adigetto.it	
Sanità integrativa: <Più sanità solo per chi può pagarsela>	150
08/06/2016 L'Impronta (ed. L'Aquila)	
Sanità: Censis, aumenta spesa privata (+3%) pesano liste d'attesa	152
10/06/2016 L'Indro	

Servizio Sanitario Nazionale: gli italiani preferiscono non curarsi	153
08/06/2016 La Città di Salerno.it	
Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	154
08/06/2016 La Nuova Ferrara.it	
Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	155
08/06/2016 La Nuova Sardegna.it (ed. Alghero)	
Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	156
08/06/2016 La Nuova di Venezia e Mestre.it	
Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	157
08/06/2016 La Provincia Pavese.it	
Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	158
08/06/2016 La Sentinella del Canavese.it	
Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	159
08/06/2016 La Tribuna di Treviso.it	
Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	160
08/06/2016 Lettera43	
Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	161
08/06/2016 Lettera43	
Senza titolo	162
08/06/2016 Lettera43	
Sanità troppo cara, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	163
08/06/2016 Lettera43	
11 milioni rinunciano alle cure. A rischio anziani e millennial. A rivelarlo il Censis.	164
08/06/2016 Lettera43	
Sanità malata e salata	165
08/06/2016 LifeGate	
Censis. Sanità pubblica negata a 11 milioni di italiani, cure private in aumento	166
08/06/2016 LifeGate	
Censis: sanità pubblica negata a 11 milioni di italiani, cure private in aumento	167
08/06/2016 Messaggero Veneto.it	
Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure	168
08/06/2016 MeteoWeb.eu	
Sanità: il 57% degli italiani è favorevole alle polizze integrative	169
08/06/2016 MeteoWeb.eu	
Salute: 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure nel 2016	170
08/06/2016 MeteoWeb.eu	
Sanità: "no alle sanzioni ai medici per esami inutili"	171
09/06/2016 Miowelfare	
Niente cure per 11 milioni di italiani	172
09/06/2016 Net1News	
Sanità: 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche	173
08/06/2016 OlbiaNotizie	
Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016	174
08/06/2016 QuiFinanza	
Sanità troppo cara, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	175
08/06/2016 Radio Vaticana	
Sanità: 11 milioni rinunciano o rinviano cure per crisi economia e liste attese	176
08/06/2016 Regioni.it	

[CENSIS] Più sanità solo per chi può pagarsela: nell'ultimo anno 11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie - 08.06.2016	177
08/06/2016 Regioni.it Bonaccini convoca la Conferenza delle Regioni per il 9 giugno	179
08/06/2016 Regioni.it SANITA'. ANAAO: CENSIS MOSTRA I GUASTI DELLE SCELTE DEL GOVERNO	180
09/06/2016 Regioni.it Gazzetta Ufficiale: la rassegna di maggio	181
09/06/2016 Romasette.it Sanità per chi può pagarla? Censis: 11 milioni rinunciano alle prestazioni	182
08/06/2016 SIR Servizio Informazione Religiosa Sanità: Anaa, "Censis mostra i guasti delle scelte del Governo"	184
08/06/2016 SIR Servizio Informazione Religiosa Sanità: Anaa, "il processo di privatizzazione aumenterà costi e iniquità"	185
08/06/2016 SIR Servizio Informazione Religiosa Sanità: Censis, vince l'incubo delle liste di attesa troppo lunghe	186
08/06/2016 SIR Servizio Informazione Religiosa Sanità: Censis, nel 2015 11 milioni di italiani hanno rinunciato a cure per difficoltà economiche	187
08/06/2016 SassariNotizie Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016	188
08/06/2016 Stadio24 Cure troppo care: 11 milioni di Italiani rinunciano	189
08/06/2016 Stadio24 Sanità troppo cara, undici milioni di italiani rinunciano a curarsi	190
08/06/2016 Stadio24 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	191
08/06/2016 Stadio24 Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016	192
08/06/2016 Stadio24 Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure	193
10/06/2016 Teleborsa Incubo liste di attesa, più sanità solo per chi può pagarsela	194
08/06/2016 Today Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi per problemi economici	195
10/06/2016 Umberto Marabese blog di Beppe Grillo - 11 milioni di italiani non	196

Costi alti e liste d'attesa, undici milioni di italiani rinunciano a curarsi Vola il privato: +3,2%

Sanità troppo cara, undici milioni di italiani rinunciano a curarsi. In due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa «out of pocket», ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Laura Cuppini (Getty Images) Pagare per prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può permettersela. Ma in tanti devono rinunciare alle cure: nell'ultimo anno sono stati 11 milioni gli italiani che non hanno potuto occuparsi appieno della propria salute. A dirlo è la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata a Roma al "Welfare Day". I numeri sono in forte aumento: nel 2012 erano 9 milioni gli italiani che avevano dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Dunque, meno sanità pubblica e più privata, fino ad arrivare alla sanità negata: niente cure senza soldi. Un problema che riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. Sanità pubblica peggiorata. Nel dettaglio, in due anni, è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo, è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Negli ultimi 12 mesi 7,1 milioni di italiani hanno fatto ricorso all'intramoenia (libera professione all'interno degli ospedali), il 66,4% per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani nella propria regione è peggiorata: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Decreto sulle prescrizioni inutili. Restando in tema di qualità sanitaria, 5,4 milioni di italiani nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici per questo motivo. Il decreto sull'appropriatezza (che vuole eliminare le prescrizioni inutili), si legge nel rapporto, «incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico». Il 64% degli italiani è contrario alla norma: il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come «uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni». Laura Cuppini

Sanità, corsa al privato ma 11 milioni rinunciano alle cure: pesano costi e liste d'attesa

dati censis Sanità, corsa al privato ma 11 milioni rinunciano alle cure: pesano costi e liste d'attesa -di Lucio Bondi 8 giugno 2016 Nei grandi vasi comunicanti della sanità italiana quando il pubblico arretra è il privato a prendere il suo posto. L'ennesima conferma di questa tendenza arriva dallo studio Censis-RBM Salute presentato questa mattina a Roma in occasione del VI Welfare Day. La spesa sostenuta dai cittadini continua a crescere e ha ormai raggiunto i 34,5 miliardi di euro nel 2015, segnando un +3,2% in due anni. Un dato tanto più rilevante se pensiamo che la spesa complessiva delle famiglie, nello stesso periodo, è aumentata della metà e che in sanità si assiste da tempo a una progressiva discesa dei prezzi delle prestazioni private. Ma cosa spinge oltre 10 milioni di italiani a fare maggiore uso di cliniche e laboratori privati rispetto al passato? Sono sempre le liste di attesa il tasto dolente del sistema pubblico: il 72,6% degli intervistati si è infatti rivolto al privato o all'intramoenia per evitare di aspettare mesi, o magari anni, per ottenere una prestazione. Ma quasi un terzo indica anche gli orari di apertura come un elemento importante: per chi lavora poter fare una visita o un esame al pomeriggio o di sabato rappresenta una comodità, anche perché, nel frattempo, sono aumentati del 5,6% i pazienti che dicono che, rivolgendosi al pubblico, avrebbero speso per il ticket più o meno quanto spendono nel privato. Leggi il seguito su Sanità24

a cura di AXESS PR

L'allarme Anaao: <Rinuncia alle cure, ecco i guasti delle scelte del governo>

L'allarme Anaao: «Rinuncia alle cure, ecco i guasti delle scelte del governo» La ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day, non dice niente di nuovo a chi, come l'Anaao Assomed e le altre organizzazioni sindacali dei Medici e dei dirigenti sanitari, da tempo va denunciando la progressiva, e non più silenziosa, diminuzione del perimetro della tutela pubblica della salute ed il conseguente incremento del welfare privato. La convivenza di spesa privata ai livelli più alti tra i Paesi OCSE, direttamente dalle tasche dei cittadini o con l'intermediazione di fondi o assicurazioni, e di italiani che non si curano per difficoltà economiche, rappresenta il migliore testimonial per l'esistenza della sanità duale, cui molti da tempo stanno lavorando, e per il "si curi chi può". E, quindi, per un diritto alla salute declinato non più e non solo in base alla residenza, ma anche al reddito. Se erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016, gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche, e circa il 10% quelli costretti ad indebitarsi per rispondere ai propri bisogni di salute, vuol dire che il defianziamento della sanità pubblica non si è mai interrotto, a dispetto dei giochi di parole del Governo. Il fatto poi che, in particolare, siano anziani e giovani, fasce sociali a basso reddito magari residenti nelle periferie urbane, a non riuscire ad ottenere dal servizio pubblico le prestazioni di cui avrebbero bisogno, spiega più di ogni analisi politica il voto di domenica. Alimentato non solo dalla protesta, ma anche dal senso di esclusione di pezzi crescenti di popolazione, il cui identikit rappresenta un vero fattore di rischio per la salute. Se meno sanità, e magari meno sociale, vuol dire anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o vive in determinate aree, significa che non ci si riconosce più negli stessi principi di giustizia sociale. E le differenze diventano diseguaglianze e divaricazioni all'interno di una stessa comunità nazionale. Anche il fatto che la maggioranza degli italiani ritiene "che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria" e che l'operazione appropriatezza sia nata "per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni", rientra nel capitolo dell'avevamo detto. Basta rileggere i nostri comunicati stampa per trovare quasi le stesse parole. Potremmo ritenerci soddisfatti di avere avuto ragione, ma la cronaca della morte annunciata di un servizio sanitario pubblico e nazionale, grande patrimonio civile e sociale, ci costringe ad interrogarci sul nostro ruolo di sindacato e di professionisti. Lo stesso dovrebbe fare la politica, riconoscendo i guasti prodotti da scelte all'insegna del defianziamento del sistema sanitario e della decapitalizzazione del lavoro dei suoi professionisti, vittime anche di un pregiudizio ideologico contro tutto ciò che è pubblico, funzionale a un processo di privatizzazione che aumenterà costi ed iniquità. © RIPRODUZIONE RISERVATA

Censis: corsa verso il privato ma 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

Censis: corsa verso il privato ma 11 milioni di italiani rinunciano alle cure di Lucio Bondi Nei grandi vasi comunicanti della sanità italiana quando il pubblico arretra è il privato a prendere il suo posto. L'ennesima conferma di questa tendenza arriva dallo studio Censis-RBM Salute presentato questa mattina a Roma in occasione del VI Welfare Day. La spesa sostenuta dai cittadini continua a crescere e ha ormai raggiunto i 34,5 miliardi di euro nel 2015, segnando un +3,2% in due anni. Un dato tanto più rilevante se pensiamo che la spesa complessiva delle famiglie, nello stesso periodo, è aumentata della metà e che in sanità si assiste da tempo a una progressiva discesa dei prezzi delle prestazioni private. Ma cosa spinge oltre 10 milioni di italiani a fare maggiore uso di cliniche e laboratori privati rispetto al passato? Sono sempre le liste di attesa il tasto dolente del sistema pubblico: il 72,6% degli intervistati si è infatti rivolto al privato o all'intramoenia per evitare di aspettare mesi, o magari anni, per ottenere una prestazione. Ma quasi un terzo indica anche gli orari di apertura come un elemento importante: per chi lavora poter fare una visita o un esame al pomeriggio o di sabato rappresenta una comodità, anche perché, nel frattempo, sono aumentati del 5,6% i pazienti che dicono che, rivolgendosi al pubblico, avrebbero speso per il ticket più o meno quanto spendono nel privato. Sale anche il numero di chi, non potendosi permettere, rinuncia o rimanda le cure Sono ormai 11 milioni di cittadini, 2 in più di quattro anni fa. Un dato che fa il paio con la percezione della qualità del sistema pubblico, diminuita per il 45,1% dei nostri connazionali, con i dati peggiori al Sud (52,8%) e migliori al Nord-est (35,4). Solo 13 italiani su 100, invece, pensano ci sia stato un miglioramento. Nonostante più della metà degli italiani giudichino l'assistenza sanitaria pubblica inadeguata nella propria regione, e 5,4 milioni di persone abbiano ricevuto prestazioni o farmaci inutili, c'è però una forte contrarietà a qualsiasi progetto di legge che determini cosa un medico può prescrivere e cosa no. In particolare, poco più della metà dei pazienti si dice contrario a sanzionare i medici che consiglino interventi o esami inappropriati, e il 64% si oppone fermamente a qualsiasi legge che stabilisca cosa può essere prescritto e cosa no. La metà di questi, in particolare, crede che un medico debba scegliere in completa autonomia, ma sono anche molti coloro i quali vedono, in questi progetti, solo un tentativo di tagliare e fare cassa. Di fronte alla crescita della spesa privata, però, la quota intermediata dalle assicurazioni rimane esigua. La crescita del settore è evidente: +6,5% in due anni, con gli assistiti quasi raddoppiati dal 2010 ad oggi (+88%). Ma questa tendenza non basta a tenere il passo, cosicché, nell'ultimo biennio, la quota di spesa per la sanità passata per i sistemi assicurativi è passata dal 14 al 13% del totale. C'è un crescente interesse dei cittadini per la sanità integrativa, tanto che ben 26 milioni di persone si dicono potenzialmente interessate, ma, in assenza di una regolamentazione chiara, il panorama rimane confuso e frammentato. Circa un quarto degli italiani si è visto proporre, almeno una volta, una forma di assicurazione, ma due terzi ha rifiutato per l'alto costo o perché non è convinto dell'utilità e dell'affidabilità delle assicurazione. Eppure, sostiene la ricerca, una polizza sanitaria integrativa costa, in media, circa il 70% di quanto ogni italiano spende in un anno per visite ed esami, anche perché i grandi fondi sono in grado di spuntare prezzi molto più convenienti di quelli praticati al singolo paziente. Una adesione massiccia a questi sistemi, dicono le imprese assicuratrici, permetterebbe di liberare circa 15 miliardi di risorse aggiuntive nella sanità. Per questo chiedono un intervento del legislatore che definisca regole chiare e premi, con defiscalizzazioni e agevolazioni, la capacità di intermediazione della spesa. © RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità, oltre 11 mln italiani rinunciano o rinviando cure

pubblicato il 08/giu/2016 13:40 Sanità, oltre 11 mln italiani rinunciano o rinviando cure Ricerca Censis-Rbm Salute: sale a 34,5 mld spesa sanitaria privata --> facebook twitter google+ whatsapp e-mail facebook twitter google+ whatsapp e-mail Roma, 8 giu. (askanews) - Continua a lievitare il numero degli italiani che rinunciano o rinviando le prestazioni sanitarie. Erano 9 milioni nel 2012 e oggi è un esercito di oltre 11 milioni. Il dato emerge dalla ricerca realizzata dal Censis e da Rbm Salute e presentata in occasione del Welfare Day, iniziativa promossa dalla compagnia di assicurazione e giunta alla sesta edizione. La ricerca mette in risalto che c'è "meno sanità pubblica, più sanità privata e anche meno sanità e quindi anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". L'universo della sanità negata "non accenna a prosciugarsi e anzi tende a dilatarsi, di fronte ad una nuova geografia della sanità fatta anche di alte barriere e nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie. Ampia è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno". Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute, lancia un appello al ministro Lorenzin affinché vengano coinvolte tutte le parti per definire nuove regole per una riforma della sanità integrativa. "Può essere di grande utilità l'avvio da parte del ministero di un dialogo diretto con chi oggi è protagonista di questo settore attraverso un tavolo tecnico o un gruppo di lavoro che metta insieme compagnie di assicurazione e fondi sanitari (che, peraltro, nel 60% dei casi dei affidano la copertura dei rischi e l'erogazione delle proprie prestazioni sanitarie proprio al settore assicurativo) per rilevare - anche a partire dagli studi presentati in questi ultimi anni - le specificità e le dimensioni economiche di questo settore e favorire la costruzione di un secondo pilastro sanitario più equo, effettivo ed universalistico". Altro trend che viene confermato dalla ricerca è la continua crescita della spesa sanitaria privata. L'anno scorso ha raggiunto i 34,5 miliardi di euro con un aumento in termini reali del 3,2% rispetto al 2013. Il ruolo della sanità a pagamento dunque conferma la costante crescita tra i cittadini. Oltre 10 milioni gli italiani che dichiarano di aver fatto maggior ricorso al privato negli ultimi anni. La crescita è determinata soprattutto dalla lunghezza delle liste d'attesa. Altre motivazioni sono la contrazione della matrice di prestazioni offerte dal servizio sanitario pubblico, ragioni di comodità legate agli orari o all'apertura nel week end.

a cura di AXESS PR

Sanità, perché 11 mln di italiani rinunciano a curarsi

pubblicato il 08/giu/2016 13:51 Sanità, perché 11 mln di italiani rinunciano a curarsi Censis: aumenta invece la spesa sanitaria privata --> facebook twitter google+ whatsapp e-mail facebook twitter google+ whatsapp e-mail Roma, 8 giu. (askanews) - Continua a lievitare il numero degli italiani che rinunciano o rinviando le prestazioni sanitarie. Erano 9 milioni nel 2012 e oggi è un esercito di oltre 11 milioni. Il dato emerge dalla ricerca realizzata dal Censis e da Rbm Salute e presentata in occasione del Welfare Day, iniziativa promossa dalla compagnia di assicurazione e giunta alla sesta edizione. La ricerca mette in risalto che c'è "meno sanità pubblica, più sanità privata e anche meno sanità e quindi anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". L'universo della sanità negata "non accenna a prosciugarsi e anzi tende a dilatarsi, di fronte ad una nuova geografia della sanità fatta anche di alte barriere e nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie. Ampia è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno". Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute, lancia un appello al ministro Lorenzin affinché vengano coinvolte tutte le parti per definire nuove regole per una riforma della sanità integrativa. "Può essere di grande utilità l'avvio da parte del ministero di un dialogo diretto con chi oggi è protagonista di questo settore attraverso un tavolo tecnico o un gruppo di lavoro che metta insieme compagnie di assicurazione e fondi sanitari (che, peraltro, nel 60% dei casi dei affidano la copertura dei rischi e l'erogazione delle proprie prestazioni sanitarie proprio al settore assicurativo) per rilevare - anche a partire dagli studi presentati in questi ultimi anni - le specificità e le dimensioni economiche di questo settore e favorire la costruzione di un secondo pilastro sanitario più equo, effettivo ed universalistico". Altro trend che viene confermato dalla ricerca è la continua crescita della spesa sanitaria privata. L'anno scorso ha raggiunto i 34,5 miliardi di euro con un aumento in termini reali del 3,2% rispetto al 2013. Il ruolo della sanità a pagamento dunque conferma la costante crescita tra i cittadini. Oltre 10 milioni gli italiani che dichiarano di aver fatto maggior ricorso al privato negli ultimi anni. La crescita è determinata soprattutto dalla lunghezza delle liste d'attesa. Altre motivazioni sono la contrazione della matrice di prestazioni offerte dal servizio sanitario pubblico, ragioni di comodità legate agli orari o all'apertura nel week end. did-Int5

a cura di AXESS PR

Sanità, in 11 milioni rinunciano alle cure

Titolo Articolo Sanità, in 11 milioni rinunciano alle cure 8 giugno 2016 twitter google + mail font print TiotoloCorrelati ArticoliCorrelati Immagine pagina Didascalia immagine Contenuto Articolo Aumenta il numero di italiani che rinunciano a prendersi cura della propria salute. Motivo? Non possono permetterselo. Stando ai dati diffusi oggi dal Censis sono 11 milioni le persone che quest'anno non hanno potuto sostenere la spesa necessaria per la loro salute. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI "Welfare Day". Un dato che diviene ancor più interessante se comparato alla spesa sanitaria che gli italiani hanno sostenuto di tasca propria. In questo caso si registra un aumento del 3,2% per un ammontare complessivo di 34,5 miliardi: più cure insomma, ma solo per chi può permetterselo. Il fenomeno riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial. L'andamento della spesa sanitaria privata - evidenzia l'indagine - è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano". Oltre 7 milioni sono invece i cittadini che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano. Quello che non sembra cambiare è il giudizio relativo alle prestazioni ricevute: per il 45% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma - secondo l'indagine - delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. riproduzione riservata

Col governo di sinistra via dalla sanità pubblica

Con il governo di sinistra è fuga dalla sanità pubblica Sono 11 milioni gli italiani che rinunciano alle cure perché non possono pagarle E in medicine ognuno ha speso 110 euro. Molto più del bonus elargito dal premier Francesca Angeli - Gio, 09/06/2016 - 08:06 Ache cosa sono serviti gli 80 euro che Matteo Renzi ha elargito (non a tutti) nel 2014? Non sono bastati neppure per le medicine che gli italiani hanno pagato di tasca propria sborsando in media 110 euro a testa. Purtroppo la salute alza il prezzo e chi non può permettersi di pagare rinuncia. Se nel 2012 erano 9 i milioni di cittadini costretti a fare a meno di cure e prestazioni sanitarie nel 2016 sono saliti a 11. Altri due milioni di pazienti privati del diritto alla salute tutelato dalla nostra Costituzione. Le ragioni sono chiarissime: la quota pubblica di sanità si riduce anno dopo anno mentre aumentano i costi a carico del cittadino. Una tendenza iniziata nel 2010 che però il governo Renzi aveva promesso di invertire, garantendo maggiori investimenti nel Servizio sanitario nazionale, Ssn. Ma così non è stato. Anzi negli ultimi due anni (ovvero sotto la guida di Renzi) la progressione dei costi a carico dei privati da matematica è diventata geometrica. La spesa privata nel 2013 era stata di 32 miliardi e mezzo, salita a 33 nel 2014 ed esplosa a 34,5 miliardi nel 2015, registrando così un più 3,2 in due anni. La maggiore attenzione promessa alle fasce più deboli dal premier è stata negata. Tra gli 11 milioni di cittadini costretti a rinunciare alla salute infatti ci sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial, giovani nati tra gli anni '80 ed il 2000. Tra il 2012 e il 2016 la sanità pubblica ha perso 6,79 miliardi di euro ma non basta perché il Def del 2016 prevede una progressiva diminuzione della quota di Pil destinata al finanziamento del Ssn che dal 9,2 del 2012 scenderà al 6,5 del 2019. Una contrazione che comporterà inevitabilmente servizi più cari e qualitativamente più scarsi. Un quadro drammatico che emerge sia dalle cifre della ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute sia da quelle del Rapporto stilato dalla Fondazione Gimbe sulla sostenibilità del Ssn. Sono i cittadini a pagare il prezzo dei tagli. Ad esempio con il ticket. Nel 2015 nelle casse regionali sono confluiti 2,8 miliardi di euro grazie ai ticket su farmaci e prestazioni sanitarie. Quasi la metà degli italiani, il 45,4 per cento, sottolinea come le tariffe del privato siano uguali o di poco superiori ai costi del ticket per il pubblico. E visto che spesso affrontare le liste d'attesa nel pubblico significa aspettare mesi preziosi ci sono oltre 10 milioni di italiani che lo scorso anno si sono visti costretti a rivolgersi al privato. In questo quadro non stupisce che il 45,1 per cento degli italiani segnali un peggioramento della qualità del Ssn nella propria Regione esattamente negli ultimi due anni. Oltre la metà, il 52 per cento, considera inadeguato il Ssn nella propria Regione. Sotto accusa per tutti in particolare le liste d'attesa che di fatto chiudono le porte d'accesso alle cure pubbliche perché se devi aspettare un anno per fare una Tac per confermare una diagnosi di cancro è ovvio che se puoi pagare ti rivolgi al privato. Se non puoi pagare e sei credente non ti resta che pregare sperando di arrivare vivo al giorno dell'esame. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, assicura di avere «ben chiara» la situazione. «Non si possono fare le nozze con i fichi secchi - afferma il ministro -. Occorre riorganizzare il sistema delle liste di attesa, soprattutto in alcune Regioni italiane». L'obiettivo, spiega è quello di «uniformare l'intero territorio nazionale» alle regioni dove la sanità funziona con standard elevati. Ma i sindacati mettono sotto accusa le scelte del governo che, dice il segretario nazionale della Cgil Medici, Massimo Cozza, «continua a destinare più risorse ad altri settori: dagli imprenditori alle banche».

Undici milioni di italiani ora rinunciano a curarsi

Sanità, undici milioni di italiani rinunciano alle cure mediche Liste d'attesa infinite e prescrizione di visite inutili: il bilancio preoccupante di Censis e Rbm sulla sanità italiana. E i cittadini si affidano al privato Daniele Eboli - Mer, 08/06/2016 - 14:31 Undici milioni di italiani hanno dovuto rinunciare alle cure mediche nel corso del 2015 perchè non potevano permetterselo. È preoccupante il quadro sulla situazione del sistema sanitario nazionale fornito da Censis e Rbm al Welfare Day. Di fatto si cura solo chi può pagare le spese. Secondo l'Istituto di ricerca infatti nell'ultimo anno la spesa per le cure mediche è salita a 569 euro pro capite, 80 euro in più rispetto al 2013, ma nello stesso periodo sono due milioni in più gli italiani che hanno rinunciato a curarsi. Millennials e Anziani Sono in particolare i più giovani e i più anziani a non riuscire a finanziarsi le prestazioni sanitarie di cui avrebbero bisogno. Sono 2,2 milioni i millennials, cioè i nati tra gli anni '80 e il 2000, che rinunciano alle cure mediche, quasi due milioni e mezzo gli anziani. L'Istituto parla di un universo, quello della "sanità negata", che tende ad allargarsi. Incubo liste d'attesa Sono il problema irrisolto del Sistema sanitario nazionale. Dieci milioni di italiani scelgono di affidarsi ad ambulatori e studi medici privati per evitare le lunghissime liste d'attesa degli ospedali. In sette milioni fanno ricorso all'intramoenia, le prestazioni fornite dai medici al di fuori del normale orario di lavoro utilizzando le strutture pubbliche. Visite inutili Cinque milioni di italiani dicono di aver ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Ciononostante la maggior parte di questi è contrario a sanzionare i medici che fanno le prescrizioni. Qualità peggiorata Tutto ciò si ripercuote negativamente sulla percezione che i cittadini hanno sulla qualità del servizio sanitario nella propria regione. Per il 45 per cento degli italiani la qualità è peggiorata negli ultimi due anni, per il 41,4 per cento è rimasta la stessa, e solo per il 13,5 per cento è migliorata. Sanità italiana inadeguata Ancora più critico il giudizio generale sulla sanità. Secondo il Censis infatti la maggioranza degli italiani, il 52 per cento, considera inadeguato il servizio sanitario nella propria regione. La situazione cambia da regione a regione. Nel mezzogiorno la percentuale si avvicina al 70 per cento, mentre al nord-est arriva la 32,8 per cento.

a cura di AXESS PR

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

Sanità, liste d'attesa e costi alle stelle: sempre più italiani rinunciano alle cure

Fuga dalla sanità pubblica 08 giugno 2016 --> Sanità, liste d'attesa e costi alle stelle Sempre più italiani rinunciano alle cure --> Commenti A- A= A+ Newsletter Il Secolo XIX Leggi Abbonati Regala Articoli correlati Vaccini e autismo, la Procura: «Non c'è correlazione» Fumo, si è fermata la tendenza a smettere --> Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata a Roma al VI «Welfare Day». «Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano», ha detto Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. «Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti», ha concluso Vecchietti. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento «meno sanità pubblica, più sanità privata» si aggiunge il fenomeno della sanità negata: «niente sanità senza soldi». Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Il 57,1% degli italiani - continua l'analisi del Censis - «pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute». Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico, è la risposta che viene dallo studio Censis. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, «il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili». © Riproduzione riservata -->

POCHI SOLDI, NIENTE CURE PER 11 MILIONI DI ITALIANI

11 milioni di italiani rinunciano alle cure perché non hanno soldi. La ricerca Censis-Rbm L'Huffington Post | Di La Repubblica Pubblicato: 08/06/2016 12:48 CEST Aggiornato: 08/06/2016 12:48 CEST agf Condividi Tweet E-mail Commento Sempre più italiani rinunciano alle cure sanitarie perché non hanno soldi per affrontarle. La cifra è enorme: erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016. La maggioranza sono anziani e giovani precari. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day. Secondo la ricerca la spesa privata per la sanità - e cioè quanto devono sborsare gli italiani di tasca propria per esami e controlli - è salita a 34,5 miliardi, 3 miliardi in più rispetto alla scorsa rilevazione. Scrive La Repubblica: Se gli italiani spendono meno e risparmiano su molte cose, quando si tratta di cure e terapie, se se le possono permettere, preferiscono non rinunciare. L'incremento della spesa sostenuta dai cittadini è stato del 3,2% nel 2013-2015, il doppio dell'aumento di quella complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%. La 'sanità negata' mette a rischio soprattutto le fasce più deboli della popolazione: riguarda 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial, la generazione nata tra la metà degli anni Ottanta e i primi anni del Duemila. Pensionati e quei giovani, spesso senza un posto di lavoro e con una vita precaria, che rinunciano a curarsi. Spesso sono le liste di attesa a costringere a cercare una prestazione privata, oppure a far rinunciare chi vorrebbe un check-up anche urgente: Il 72,6% delle persone che hanno dovuto scegliere la sanità privata lo ha fatto a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Sono inoltre 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Segui gli aggiornamenti sulla nostra pagina Facebook Per essere aggiornato sulle notizie de L'HuffPost, clicca sulla nostra Homepage Iscriviti alla newsletter de L'HuffPost

a cura di AXESS PR

Censis: 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure. Pesano le liste d'attesa

Censis: 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure. Pesano le liste d'attesa Sono due milioni in più rispetto a 2012. Anziani quasi un quarto di chi salta o rinvia esami e terapie. La spesa privata aumenta del 3% 08 giugno 2016 Aumenta il numero di italiani che rinunciano a curarsi per colpa delle liste d'attesa PIU' CURE, ma solo per chi può pagare. Se infatti è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini italiani, sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Sono 2 milioni in più rispetto al 2012. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI 'Welfare Day'. Anziani quasi un quarto. Se gli italiani spendono meno e risparmiano su molte cose, quando si tratta di cure e terapie, se se le possono permettere, preferiscono non rinunciare. L'incremento della spesa sostenuta dai cittadini è stato del 3,2% nel 2013-2015, il doppio dell'aumento di quella complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%. La 'sanità negata' mette a rischio soprattutto le fasce più deboli della popolazione: riguarda 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial, la generazione nata tra la metà degli anni Ottanta e i primi anni del Duemila. Pensionati e quei giovani, spesso senza un posto di lavoro e con una vita precaria, che rinunciano a curarsi. Una tendenza quella di 'tagliare' le spese sanitarie legata alla crisi e economica ed emersa nei precedenti rapporti del Censis e dell'Istat. Caro ticket. L'andamento della spesa sanitaria privata - segnala ancora l'indagine Censis-Rbm Assicurazione Salute - è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso della diminuzione dei prezzi di alcuni prodotti e servizi sanitari. Nel Servizio sanitario nazionale il ticket è aumentato fino a superare il costo della stessa prestazione in una struttura privata. Il 45,4% dei cittadini ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. Questo dato cresce di 5,6 punti percentuali rispetto al 2013. Le liste d'attesa. Il 72,6% delle persone che hanno dovuto scegliere la sanità privata lo ha fatto a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Sono inoltre 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Peggiora la qualità del Ssn. Per il 45% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è poi peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma - secondo l'indagine - delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento.

Sanità, liste d'attesa infinite e costi elevati: 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

Sanità, liste d'attesa infinite e costi alle stelle. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. Una ricerca Censis: aumenta la spesa sanitaria privata ANSA Leggi anche "Per evitare la deriva del sistema sanitario bisogna iniziare dalla lotta agli sprechi" paolo russo Crac Sanità, tra dieci anni costerà almeno 200 miliardi paolo russo 08/06/2016 Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata a Roma al VI «Welfare Day». LEGGI ANCHE Crac sanità, tra dieci anni costerà 200 miliardi (P. Russo) «Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano», ha detto Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. «Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è ormai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti», ha concluso Vecchietti. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento «meno sanità pubblica, più sanità privata» si aggiunge il fenomeno della sanità negata: «niente sanità senza soldi». Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. LEGGI ANCHE "Per evitare la deriva del sistema sanitario lotta agli sprechi" (P. Russo) Il 57,1% degli italiani - continua l'analisi del Censis - «pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute». Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico, è la risposta che viene dallo studio Censis. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, «il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili». Alcuni diritti riservati. Ti è piaciuto questo articolo? Iscriviti alle newsletter LaStampa

a cura di AXESS PR

Sanità, liste d'attesa infinite e costi alle stelle. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Sanità, liste d'attesa infinite e costi alle stelle. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. Una ricerca Censis: aumenta la spesa sanitaria privata ANSA Leggi anche "Per evitare la deriva del sistema sanitario bisogna iniziare dalla lotta agli sprechi" paolo russo Crac Sanità, tra dieci anni costerà almeno 200 miliardi paolo russo 08/06/2016 Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata a Roma al VI «Welfare Day». LEGGI ANCHE Crac sanità, tra dieci anni costerà 200 miliardi (P. Russo) «Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano», ha detto Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. «Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è ormai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti», ha concluso Vecchietti. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento «meno sanità pubblica, più sanità privata» si aggiunge il fenomeno della sanità negata: «niente sanità senza soldi». Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. LEGGI ANCHE "Per evitare la deriva del sistema sanitario lotta agli sprechi" (P. Russo) Il 57,1% degli italiani - continua l'analisi del Censis - «pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute». Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico, è la risposta che viene dallo studio Censis. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, «il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili». Alcuni diritti riservati. Ti è piaciuto questo articolo? Iscriviti alle newsletter LaStampa

a cura di AXESS PR

Sanità, liste d'attesa infinite e costi elevati: undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Sanità, liste d'attesa infinite e costi alle stelle. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. Una ricerca Censis: aumenta la spesa sanitaria privata ANSA Leggi anche "Per evitare la deriva del sistema sanitario bisogna iniziare dalla lotta agli sprechi" paolo russo Crac Sanità, tra dieci anni costerà almeno 200 miliardi paolo russo 08/06/2016 Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata a Roma al VI «Welfare Day». LEGGI ANCHE Crac sanità, tra dieci anni costerà 200 miliardi (P. Russo) «Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano», ha detto Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. «Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è ormai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti», ha concluso Vecchietti. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento «meno sanità pubblica, più sanità privata» si aggiunge il fenomeno della sanità negata: «niente sanità senza soldi». Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. LEGGI ANCHE "Per evitare la deriva del sistema sanitario lotta agli sprechi" (P. Russo) Il 57,1% degli italiani - continua l'analisi del Censis - «pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute». Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico, è la risposta che viene dallo studio Censis. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, «il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili». Alcuni diritti riservati. Ti è piaciuto questo articolo? Iscriviti alle newsletter LaStampa

a cura di AXESS PR

Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016

Salute Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016 8 giugno 2016 Panorama Scienza Salute Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016 ADNKRONOS Roma, 8 giu. (AdnKronos Salute) - Più cure, ma solo per chi può pagarsela. Se infatti è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini dello Stivale (con un incremento del 3,2% nel 2013-2015, il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%), sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Ben 2 milioni in più rispetto al 2012. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI 'Welfare Day'. Al cambiamento 'meno sanità pubblica, più sanità privata' si aggiunge, dunque, il fenomeno della sanità negata: 'niente sanità senza soldi'. Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial. L'andamento della spesa sanitaria privata - evidenzia l'indagine - è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato - ha detto Marco Vecchiotti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Per il 45% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è poi peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma - secondo l'indagine - delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento.

Riproduzione Riservata

Salute: quando e perché curarsi a pagamento conviene

Salute Salute: quando e perché curarsi a pagamento conviene Per il Censis 11 milioni di italiani rinunciano alle cure. La colpa? Lunghe liste d'attesa e ticket troppo cari. Chi può si affida al privato 8 giugno 2016 Panorama Scienza Salute

Salute: quando e perché curarsi a pagamento conviene Chiara Degl'Innocenti 1/4 Indietro / Avanti Dove il servizio sanitario pubblico pecca il privato ci guadagna. Questo da sempre, ma da oggi sembra di più. E la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute lo ha confermato al VI Welfare Day affermando quanto la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini è arrivata a 34,5 miliardi di euro (+3,2% negli ultimi due anni, 2013-2015) e quanto gli italiani hanno dovuto rinviare nel tempo o addirittura rinunciare alle prestazioni sanitarie nell'ultimo anno. E cosa ancor più grave ben 11 milioni di persone, ossia ben due milioni di persone in più rispetto al 2012, salta o rinvia gli esami e le terapie. Ma vediamo nel dettaglio punto per punto. LEGGI ANCHE: Censis: quanti hanno dovuto rinunciare alle cure nel 2016 Liste d'attesa bibliche I tempi biblici del Ssn non sono certo una novità. Soltanto due anni fa, per il Censis, le cure a pagamento per accorciare i tempi vedevano in media una spesa di 70 euro e un risparmio fino a 66 giorni. Ascoltando le voci dei cittadini per il 38,5% la sanità era peggiorata. Ad affermare il contrario solo il 5,5%. A causa delle lunghe liste d'attesa, inoltre, 1,2 milioni di italiani fino al 2014 erano andati a curarsi oltre confine. E oggi la situazione non è certo migliorata, anzi. Poiché a causare l'impennata verso le cure a pagamento restano le lungaggini aspettando le cure prescritte, ben 10 milioni di italiani hanno ricorso di più al privato e 7 milioni all'intramoenia anche perché laboratori, ambulatori e studi medici facilitano la richiesta dell'utenza restando aperti nel pomeriggio, la sera e anche durante i weekend. Qualche numero in più? Prendendo in esame il biennio 2011-2013 per il Censis occorre circa 20 giorni in più per una risonanza magnetica al ginocchio (da 45 a 65 giorni), 12 giorni in più per una ecografia dell'addome (da 58 a 71 giorni), 10 giorni in più per una colonscopia (da 69 a 79 giorni). Ticket lievitati Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è diventato ormai un gesto quotidiano anche per l'alto costo dei ticket lievitati negli ultimi anni e arrivando a sfiorare i 3 miliardi di euro (dati Censis 2014: +10% in termini reali nel periodo). Tanto che oggi il 45,4% degli italiani (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) preferisce pagare le tariffe del privato poiché quelle del Servizio Sanitario Nazionale risultano uguali o di poco inferiori. Privato vs Ssn: i costi delle prestazioni Secondo il Censis, nel rapporto pubblicato a dicembre del 2015, per una colonscopia nel privato si spendono 224 euro e si attendono 8 giorni, nel pubblico con il ticket si spendono 56 euro e si attendono 87 giorni; per una risonanza magnetica nel privato si spendono 142 euro e si attendono 5 giorni, con il ticket si pagano 63 euro e si attendono 74 giorni. Costi e tempi di attesa hanno andamenti inversi nel passaggio dal pubblico al privato, poiché all'aumentare dei costi delle prestazioni nel privato corrisponde una diminuzione dei tempi di attesa e viceversa. Una colonscopia nel privato richiede circa 169 euro in più rispetto al pubblico e riduce i tempi di attesa di 74 giorni; per una risonanza magnetica nel privato la spesa è di 79 euro in più con una riduzione dei tempi di attesa di 69 giorni. Come dire, si cura chi può pagare. Per gli altri, amen. Riproduzione Riservata

Lorenzin: "Necessario difendere l'aumento del Fondo Sanitario"

Lorenzin: "Necessario difendere l'aumento del Fondo Sanitario" Censis: 11 milioni di italiani rinunciano alle cure mediche per difficoltà economiche Appalti nella sanità, otto arresti a Torino Condividi 08 giugno 2016 "E' chiaro che il sistema sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del fondo sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi". Così il ministro della salute, Beatrice Lorenzin, commenta i dati Censis secondo cui 11 milioni di italiani rinunciano alle cure. Il dato emerge dalla ricerca Censis Rbm Assicurazione Salute presentata a Roma al VI "Welfare Day". Una fetta in aumento tra la popolazione. Erano 9 milioni nel 2012 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge il fenomeno della sanità negata: "Niente sanità senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials

Censis: 11 milioni di italiani rinunciano alle cure mediche per difficoltà economiche

Boom della spesa sanitaria privata Censis: 11 milioni di italiani rinunciano alle cure mediche per difficoltà economiche. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare day. Basta la salute. In Italia si vive un po' di meno Salute, italiani meno sedentari ma perseverano nelle cattive abitudini Cure mediche troppo care Ladri di salute Condividi 08 giugno 2016 Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Ma non tutti possono permettersela e devono rinunciare alle cure: quest'anno secondo calcoli del Censis sono 11 milioni le persone che non hanno potuto sostenere la spesa necessaria per la loro salute. Il dato emerge dalla ricerca Censis Rbm Assicurazione Salute presentata a Roma al VI "Welfare Day". Una fetta in aumento tra la popolazione: erano 9 milioni nel 2012 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge il fenomeno della sanità negata: "niente sanità senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Boom della spesa sanitaria privata Il boom della spesa sanitaria privata nel 2015 sale a 34,5 miliardi di euro - rivela la ricerca Censis - con un aumento reale di +3,2% rispetto al 2013, praticamente il doppio della spesa totale per consumi. L'incremento di spesa sanitaria privata è tanto più impressionante se si considera la dinamica deflattiva che, nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari è rilevante. Del resto pensando ai consumi sanitari e non alla spesa il 37,0% degli italiani dichiara che sono aumentati negli ultimi anni, il 56,7% che sono rimasti inalterati e solo il 6,3% che sono diminuiti. Più sanità soprattutto per chi può pagarsela. Drammatiche liste di attesa La crescita del ricorso al privato è ascrivibile ad una ragione fondamentale che prevale su tutto il resto: la lunghezza delle liste di attesa (72,6%). E' questa la ragione che più di ogni altra spiega perché i cittadini si rivolgono ad una struttura privata, seguono poi anche ragioni di comodità legate agli orari lunghi o all'apertura nel weekend o alla contrazione della matrice di prestazioni offerte nel servizio sanitario pubblico. Sempre le liste di attesa spiegano il ricorso all'intramoenia da parte di 7 milioni di italiani in un anno. Se la ragione fondamentale è la lunghezza delle liste di attesa e quindi la volontà di accedere più velocemente alle prestazioni, tuttavia colpisce la quota di cittadini che esplicitamente dichiara che è stato il medico a consigliare il ricorso alla sanità a pagamento dentro le strutture pubbliche (22,9%). Le prestazioni inutili Gli italiani ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

RBM Salute, una busta "Blu" per conoscere costi cure

RBM Salute, una busta "Blu" per conoscere costi cure Da Gbt | Askaneews - 7 minuti fa Roma, 9 giu. (askanews) - Una busta "Blu" che consentirebbe agli italiani di conoscere l'effettiva accessibilità alle cure garantita dal Sistema Sanitario della propria Regione ed i costi aggiuntivi delle prestazioni che il cittadino dovrà acquistare privatamente, esattamente come per le pensioni con la busta arancione dell'Inps. E' quanto propone RBM Assicurazione Salute nel presentare il rapporto predisposto con il Censis. "Serve urgentemente un Tavolo Tecnico presso il Ministero della Salute, che individui soluzioni urgenti in materia di gestione della spesa sanitaria privata e ruolo della sanità integrativa in Italia, come secondo pilastro sanitario". Lo dichiara Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di RBM Assicurazione Salute. Il Servizio Sanitario Nazionale, segnala ancora Vecchietti, da solo non può più fare fronte ai nuovi bisogni di salute dei cittadini, con esigenze di cura delle persone che sono molto cambiate da quando alla fine degli anni 70 il S.S.N. è stato avviato. "Oggi è necessario finanziare ricerca, prevenzione, nuovi farmaci e misurarsi con la sfida della longevità - aggiunge Vecchietti -. Non c'è da mettere sotto accusa nessuno ma, se il Servizio Sanitario Nazionale, come quello del resto dei principali Paesi dell'area OCSE è a rischio di sostenibilità occorre solo prenderne atto e agire per identificare le contromisure necessarie. Come dimostra il VI rapporto RBM Assicurazione Salute sul sistema sanitario sulla sanità privata e le forme sanitarie integrative occorre puntare con decisione ad una riforma del sistema sanitario del nostro Paese alla quale concorrano tutti gli stakeholder, incluse le Compagnie Assicuratrici ed i Fondi Sanitari Integrativi, per identificare fonti di finanziamento aggiuntivo che consentano ai cittadini di mantenere livelli di assistenza adeguati". Per Vecchietti "è importante sottolineare che con un premio assicurativo-contributivo pari al 70% dell'attuale spesa sanitaria privata pagata di tasca propria dagli italiani, la sanità integrativa sarebbe in grado di assorbire integralmente il costo delle cure private pagato dai cittadini". Secondo la prof Isabella Mastrobuono, docente di organizzazione sanitaria presso l'Università Luiss, "potrebbe essere utile avviare un percorso a livello nazionale per la definizione delle priorità in sanità con la partecipazione attiva dei cittadini. Il processo è attivo da oltre 20 anni in molti Paesi europei come la Svezia, la Norvegia dove vigono servizi sanitari nazionali che di certo non sono stati "smantellati". La risposta al fabbisogno crescente della popolazione sulla base di criteri etici di solidarietà consentirebbe quindi di individuare classi di priorità sulle quali allocare le risorse finanziarie disponibili. Per le classi di priorità più bassa potrebbero essere inserite le forme integrative di assistenza in una ottica di cooperazione e di presa in carico del paziente su percorsi assistenziali condivisi".(Segue)

a cura di AXESS PR

Sanità, oltre 11 mln italiani rinunciano o rinviando cure

Sanità, oltre 11 mln italiani rinunciano o rinviando cure Da Did | Askaneews - 33 minuti fa Sanità, oltre 11 mln italiani rinunciano o rinviando cure Roma, 8 giu. (askanews) - Continua a lievitare il numero degli italiani che rinunciano o rinviando le prestazioni sanitarie. Erano 9 milioni nel 2012 e oggi è un esercito di oltre 11 milioni. Il dato emerge dalla ricerca realizzata dal Censis e da Rbm Salute e presentata in occasione del Welfare Day, iniziativa promossa dalla compagnia di assicurazione e giunta alla sesta edizione. La ricerca mette in risalto che c'è "meno sanità pubblica, più sanità privata e anche meno sanità e quindi anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". L'universo della sanità negata "non accenna a prosciugarsi e anzi tende a dilatarsi, di fronte ad una nuova geografia della sanità fatta anche di alte barriere e nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie. Ampia è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno". Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute, lancia un appello al ministro Lorenzin affinché vengano coinvolte tutte le parti per definire nuove regole per una riforma della sanità integrativa. "Può essere di grande utilità l'avvio da parte del ministero di un dialogo diretto con chi oggi è protagonista di questo settore attraverso un tavolo tecnico o un gruppo di lavoro che metta insieme compagnie di assicurazione e fondi sanitari (che, peraltro, nel 60% dei casi dei affidano la copertura dei rischi e l'erogazione delle proprie prestazioni sanitarie proprio al settore assicurativo) per rilevare - anche a partire dagli studi presentati in questi ultimi anni - le specificità e le dimensioni economiche di questo settore e favorire la costruzione di un secondo pilastro sanitario più equo, effettivo ed universalistico". Altro trend che viene confermato dalla ricerca è la continua crescita della spesa sanitaria privata. L'anno scorso ha raggiunto i 34,5 miliardi di euro con un aumento in termini reali del 3,2% rispetto al 2013. Il ruolo della sanità a pagamento dunque conferma la costante crescita tra i cittadini. Oltre 10 milioni gli italiani che dichiarano di aver fatto maggior ricorso al privato negli ultimi anni. La crescita è determinata soprattutto dalla lunghezza delle liste d'attesa. Altre motivazioni sono la contrazione della matrice di prestazioni offerte dal servizio sanitario pubblico, ragioni di comodità legate agli orari o all'apertura nel week end.

a cura di AXESS PR

RBM Salute, una busta "Blu" per conoscere costi cure -2-

RBM Salute, una busta "Blu" per conoscere costi cure -2- Da Gbt | AskaneWS - 7 minuti fa Roma, 9 giu. (askanews) - L'adesione degli italiani, anche su base individuale, alle diverse forme di sanità integrativa attualmente operative (Polizze Salute e Fondi Sanitari) potrebbe eliminare l'impatto economico delle cure private sul reddito familiare e garantire al tempo stesso maggiore accessibilità alle cure attraverso la riduzione delle liste di attesa ed il contenimento del costo dei ticket. RBM Assicurazione Salute, sottolinea di nuovo Vecchietti, insieme alle altre Forme Sanitarie Integrative è pronta a fare la sua parte, "ma servono segnali forti e concreti dal Governo per aprire immediatamente un tavolo di lavoro sulla riforma del sistema sanitario e sul ruolo della sanità integrativa". Per RBM Assicurazione Salute, i cittadini italiani devono avere piena consapevolezza di quanto oggi già spendono di tasca propria (oltre 568 euro a persona nel 2015, con un incremento di 80 euro pro capite nell'ultimo biennio) per curarsi privatamente per una serie di motivazioni note e di quanto spenderanno nel prossimo futuro ed essere messi nelle condizioni di decidere come gestire la propria situazione sanitaria. La richiesta in sintesi è quella di fare "un robusto tagliando al sistema attuale per poter continuare a garantire davvero tutto a tutti, evitando di trincerarsi dietro ad un presunto universalismo sanitario di facciata. "Bisognerebbe consentire - conclude Vecchietti - l'adesione alle Forme Sanitarie Integrative (Polizze Salute e Fondi Sanitari) anche su base volontaria ed individuale, magari estendendo il regime fiscale incentivante oggi riservato ai soli lavoratori dipendenti, perché oggi un Secondo Pilastro Sanitario è una necessità per tutti". Occorre "superare gli stereotipi e i pregiudizi manichei che considerano ancora la sanità integrativa un benefit per gli alti dirigenti aziendali o un prodotto riservato ai più ricchi ed informare i cittadini che la Sanità Integrativa non è uno strumento che sostituisce il Servizio Sanitario Nazionale ma una forma di tutela aggiuntiva che rafforzerebbe per tutti i livelli di protezione sociale". Infine Secondo Stefano Cuzzilla, Presidente di Federmanager, sono tre gli ambiti dove il Governo dovrebbe concentrarsi per sostenere questo secondo pilastro della sanità integrativa: 1) la defiscalizzazione per chi vi ricorre a livello aziendale e individuale; 2) il tema della prevenzione in sanità che porterebbe enormi benefici in termini di carichi e di costi ridotti al Servizio Sanitario Nazionale; 3) Fare emergere il "sommerso" cioè quella parte di spesa privata pagata senza ottenere ricevuta alcuna? dai cittadini e su questo il ricorso alla sanità integrativa contribuirebbe a combattere il cosiddetto "nero". Scegli tu!

a cura di AXESS PR

Rbm Salute lancia l'indice di Effettività Sanitaria

Rbm Salute lancia l'indice di Effettività Sanitaria Da Did | AskaneWS - 31 minuti fa Roma, 10 giu. (askanews) - Rbm Salute lancia l'indice di Effettività Sanitaria, un indice per misurare la capacità di Fondi Sanitari e Polizze Salute Individuali di intermediare la spesa privata degli italiani. "Per misurare la qualità delle prestazioni sanitarie garantite da Fondi Sanitari e Polizze Salute Individuali abbiamo sviluppato un indice statistico denominato "IES" (Indice di Effettività Sanitaria) delle Forme Sanitarie Integrative - ha dichiarato Marco Vecchiotti, ad di Rbm Salute - considerato l'importante funzione sociale che già oggi le Forme Sanitarie Integrative svolgono garantendo il rimborso delle spese sanitarie sostenute di tasca propria dagli italiani, riteniamo fondamentale che i cittadini siano in grado di misurare l'efficacia delle diverse soluzioni a loro disposizione. Per la determinazione dell'indice IES sono utilizzati una serie parametri statistici per ciascuna categoria di prestazioni e per ogni tipologia di Forma Sanitaria Integrativa che consentono, in sintesi, di valutare il rapporto qualità/prezzo garantito da ciascuna Forma Sanitaria Integrativa e la capacità di intermediare (ovvero risarcire) la spesa sanitaria privata pagata dal cittadino". L'indice lavora su base 100, tanto più elevato è l'indice tanto maggiore è la qualità dell'assistenza sanitaria integrativa garantita al cittadino. Tra i principali parametri valutati, su un campione di oltre 90 Forme Sanitarie Integrative si segnalano l'ammissibilità a rimborso di una serie più o meno ampia di prestazioni; la frequenza di accadimento delle prestazioni assicurate (ovvero la probabilità più o meno elevata che l'evento risarcibile dia luogo effettivamente ad un rimborso), l'ammontare dei massimali di spesa, l'ammontare complessivo delle quote di compartecipazione alla spesa per gli assicurati (si tratta dei c.d. "scoperti/franchigie" ovvero della quota di spesa che la Forma Sanitaria Integrativa lascia comunque a carico dei propri assicurati), l'ammontare del premio/contributo pro capite che l'assicurato deve versare per beneficiare delle prestazioni sanitarie e il totale del risarcito medio pro capite dalla Forma Sanitaria Integrativa rispetto all'ammontare della spesa privata media pro capite in Italia. Sulla base delle elaborazioni dell'Indice IES per l'annualità 2015 nella Top 5 stilata da RBM Assicurazione Salute la maggiore capacità di intermediazione della spesa privata risulta garantita dalle Forme Sanitarie Aziendali (con un indice di 70,87), seguiti dalle Forme Sanitarie istituiti dalla Pubbliche Amministrazioni (IES 59,52), dalle Forme Sanitarie Territoriali (IES 51,31) - al momento operativi solo in Veneto, Alto Adige, Lombardia e Liguria - per proseguire con le Forme Sanitarie istituite dalla Contrattazione Collettiva Nazionale (IES 49,87) e chiudere con le Forme Sanitarie istituiti dagli Enti Previdenziali a favore dei Liberi Professionisti (IES 46,96). Per quanto concerne invece le prestazioni erogate l'indice IES indica che la miglior copertura delle prestazioni ospedaliere (ricoveri ed interventi chirurgici), delle prestazioni di alta diagnostica, delle visite specialistiche e dei farmaci è garantita dalle Forme Sanitarie Aziendali, la miglior copertura degli accertamenti diagnostici è garantita dalle Forme Sanitarie Territoriali, mentre la miglior copertura delle prestazioni odontoiatriche è offerta dalle Forme Sanitarie istituite dalle Pubbliche Amministrazioni. Scegli tu!

a cura di AXESS PR

Le cure? Sì, se puoi pagartele. E la spesa sanitaria privata vola: 34,5 miliardi

Le cure? Sì, se puoi pagartele. E la spesa sanitaria privata vola: 34,5 miliardi SANITÀ SANITÀ --> Tweet Condividi su WhatsApp Pubblicato il: 08/06/2016 10:20 Niente sanità senza soldi. Le cure? Sì, se puoi pagartele. è quanto emerge, in estrema sintesi, dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI «Welfare Day».

Dall'indagine, emerge infatti il balzo in avanti della spesa sanitaria privata, arrivata a 34,5 miliardi di euro, con un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata - spiega il Censis - è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. è quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI «Welfare Day». "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano", ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute. "Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti", ha concluso Vecchietti. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge il fenomeno della sanità negata: "niente sanità senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. Tweet Condividi su WhatsApp TAG: sanità, cure, sanità privata, Censis, servizi sanitari, medici

Renzi pensi alla salute... degli italiani

Home > Politica > Renzi pensi alla salute... degli italiani Giovedì, 9 giugno 2016 - 12:19:00 --> Renzi pensi alla salute... degli italiani --> --> Di Enzo Coniglio La più grossa baggianata detta e ripetuta da Renzi & Co. durante le amministrative, è che quella consultazione elettorale non avesse valore nazionale dimenticando che il nostro Paese, l'Italia è la somma delle comunità locali e che gli Italiani esprimono in ogni occasione il loro malessere profondo che trasformano in voto, come è normale che sia in un Paese che pretende di essere democratico. Quindi, invece di ripetere queste frasi generiche melense, Renzi avrebbe fatto bene a dare una occhiata più approfondita alle condizioni di vita dei suoi connazionali per rendersi conto di come sia peggiorata la loro vita durante il suo Governo, almeno nel settore chiave della sanità. Ad attestarlo non è il M5S o i suoi veri o presunti nemici, ma una ricerca relativa al periodo 2013-2015, effettuata dai prestigiosi Censis e Rbm, secondo cui ben 11 milioni di italiani sono costretti a rinunciare alle cure mediche, sia per serie difficoltà economiche, che per i lunghi periodi di attesa e per le disfunzioni interne al settore. Come dire che il principio costituzionale che sancisce il diritto alla salute, si avvia verso una progressiva rottamazione. Il dato è particolarmente significativo se consideriamo che nel 2012 erano 9milioni, due milioni in meno. Ma quello che è ancora più grave, è che il 25% di chi rinuncia o rinvia le cure sono anziani con pensioni da fame che a stento riescono a comprarsi un tozzo di pane dopo aver pagato delle tasse esose e sproporzionate ai "redditi da pensione" o aver soddisfatto la rapace spoliazione da parte di Equitalia. Così, caro Renzi, migliora la qualità di vita degli Italiani sotto il tuo Governo. E non ti devi quindi meravigliare del risultato amministrativo che è in gran parte un risultato politico, contrariamente a quanto da Te affermato. Ed è soltanto l'inizio. La verità che gli Italiani sanno molto bene è che invece di perdere un anno a imbastire una riforma costituzionale improvvisata e pasticciata, avresti fatto molto meglio a concentrare tutti gli sforzi nell'evitare che il ceto medio si trasformasse in ceto proletario e che ben 4 milioni di concittadini crollassero sotto la soglia di povertà; evitando che si allargasse la forbice tra ricchi e poveri, attraverso semplici ed efficaci misure contro l'evasione fiscale, la riduzione delle tasse sugli investimenti produttivi e sulla povera gente e incrementando ulteriormente la lotta alla illegalità e alla corruzione, realizzando una grande alleanza con le istituzioni più sensibili e attive presenti nel nostro Paese che ci sono e sono numerose. Questa non è retorica, è pura verità certa e certificata. Così come è certo e certificato dal duo Censis-Rbm che nell'ultimo anno, 5milioni di concittadini, hanno ricevuto prescrizioni di farmaci e accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili e costose. In fondo, l'errore di fondo che caratterizza te e tutti "gli unti del signore" è l'adozione della filosofia del 'ghe pensi mi'; pensare che soltanto un "uomo della provvidenza" possa risolvere i gravi problemi del Paese. Nulla di più falso e di più deleterio. Al contrario, occorre una ampia mobilitazione generale di tutti i cittadini, ciascuno con le proprie competenze e una grande capacità di ascolto iniziando dalle periferie e non certo dai Parioli o dalla piazzetta Cuccia o dalla piazza della Borsa di Milano. In ogni caso, la vita continua e chi vivrà vedrà. Nulla di personale ma soltanto un grande amore per il nostro Paese e per i nostri figli, il nostro bene supremo. @riproduzione riservata -->

Sanità, Censis: 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

Home > Cronache > Sanità , Censis: 11 milioni di italiani rinunciano alle cure Mercoledì, 8 giugno 2016 - 12:36:00 --> Sanità , Censis: 11 milioni di italiani rinunciano alle cure --> --> Pagare per acquistare prestazioni sanitarie e' per gli italiani ormai un gesto quotidiano: piu' sanita' per chi puo' pagarsela. Ma non tutti possono permettersela e devono rinunciare alle cure: quest'anno secondo calcoli del Censis sono 11 milioni le persone che non hanno potuto sostenere la spesa necessaria per la loro salute. Il dato emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata a Roma al VI "Welfare Day". Una fetta in aumento tra la popolazione: erano 9 milioni nel 2012 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficolta' economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanita' pubblica, piu' sanita' privata" si aggiunge il fenomeno della sanita' negata: "niente sanita' senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. -->

a cura di AXESS PR

Sanità, costi eccessivi e troppa attesa 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

Home > Cronache > Sanità , Censis: 11 milioni di italiani rinunciano alle cure Mercoledì, 8 giugno 2016 - 12:36:00 --> Sanità , Censis: 11 milioni di italiani rinunciano alle cure --> --> Pagare per acquistare prestazioni sanitarie e' per gli italiani ormai un gesto quotidiano: piu' sanita' per chi puo' pagarsela. Ma non tutti possono permettersela e devono rinunciare alle cure: quest'anno secondo calcoli del Censis sono 11 milioni le persone che non hanno potuto sostenere la spesa necessaria per la loro salute. Il dato emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata a Roma al VI "Welfare Day". Una fetta in aumento tra la popolazione: erano 9 milioni nel 2012 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficolta' economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanita' pubblica, piu' sanita' privata" si aggiunge il fenomeno della sanita' negata: "niente sanita' senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. -->

a cura di AXESS PR

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

L'allarme choc del Ministro Lorenzin: "La situazione è drammatica"

Home Attualità Economia & Lavoro Tecnologia Lifestyle Motori Viaggi Moda & Bellezza Casa & Cucina Excite / Casa & Cucina Casa Living Cucina Arredamento casa Elettrodomestici Arredamento giardino Arredamento ufficio Fiere del mobile Sei su: Homepage > Casa & Cucina > Living > Arredamento casa L'allarme choc del Ministro Lorenzin: "La situazione è drammatica" 08/06/2016 Sono passati dai 9 milioni del 2012 agli 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto posticipare o fare a meno delle prestazioni sanitarie, a causa delle difficoltà economiche. Lo rende noto la ricerca Censis-Rbm. In particolare sono circa 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di nati tra il 1980 e il 2000. "È chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi", ha confermato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. CONTINUA A LEGGERE

Non ci curiamo, colpa della crisi

Salute Non ci curiamo, colpa della crisi 09/06/2016 Secondo un'indagine del Censis sono 11 milioni gli italiani che rinunciano o rinviando le cure mediche a causa delle difficoltà economiche. E aumenta il ricorso alla sanità privata. 0 0 0 Invia ad un amico Riduci carattere Ingrandisci carattere Stampa la pagina Fulvia Degl'Innocenti --> --> La crisi non accenna ad allentare la presa sui cittadini italiani e tra le sue conseguenze c'è anche quella di rinunciare alle cure per motivi economici. Lo attesta una ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute dove si legge che mentre nel 2012 erano 9 milioni gli italiani che rinunciavano o rinviavano una prestazione sanitaria a causa delle difficoltà economiche, nel 2016 sono diventati 11 milioni. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa sanitaria extra ticket, e non rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale destinata alla sanità, ovvero gli italiani ricorrono sempre più spesso alla sanità privata. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Commenta la ministra della Salute Beatrice Lorenzin che «la soluzione passa da una profonda riorganizzazione del sistema delle liste di attesa, soprattutto in alcune regioni italiane. Infatti mentre alcuni territori del nostro Paese offrono modelli sanitari d'avanguardia, altre regioni non garantiscono, come dovrebbero, il funzionamento della rete territoriale, prima e dopo il ricovero in ospedale. L'obiettivo è quello di uniformare l'intero territorio nazionale su questi standard elevati, così da permettere a ciascun cittadino di ottenere in tempi rapidi le prestazioni sanitarie di qualità». Nella ricerca si evidenzia inoltre che sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili, perché ritengono che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria. -->

Crisi, 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi per difficoltà economiche

RAPPORTO CENSIS Crisi, 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi per difficoltà economiche 08 Giugno 2016 81
stampa aumenta dimensione carattere diminuisci dimensione carattere 1 2 3 4 5 2 --> ROMA. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. L'universo della sanità; negata tende a dilatarsi; tra nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie; spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità; vuol dire anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia. Dall'indagine emerge anche che gli italiani ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% per cui giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come uno strumento per accelerare i tagli alla sanità; e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni. --> © Riproduzione riservata

Salute: 11 milioni di italiani senza cure, avanza la demolizione del governo

Salute: 11 milioni di italiani senza cure, avanza la demolizione del governo ROMA, 6 giugno - "La frana del nostro sistema sanitario si è già trasformata in una valanga e ad essere responsabili, intenzionalmente, di questa demolizione sono il ministro della Salute e tutto il governo. Le conseguenze dei continui tagli inflitti alla sanità oggi sono stati evidenziati dalla ricerca Censis-Rbm. Un dato, da solo, spiega tutto: nell'ultimo anno 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle prestazioni sanitarie a causa delle difficoltà economiche. Il governo sta mettendo il coltello alla gola dei cittadini ai quali dice 'noi in sanità non investiamo più, se puoi e vuoi curarti, vai dal privato, altrimenti non ne rispondiamo più'. Così i deputati M5S in commissione Affari Sociali. "Tra i dati messi in evidenza dalla ricerca Censis-Rbm ci sono anche quelli relativi alla spesa sanitaria privata che, ovviamente, è salita del 3,2% - soprattutto a causa delle lunghe liste di attesa - e il lievitamento del prezzo dei ticket, cresciuti al punto che ormai il 45 % degli italiani ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori rispetto al pubblico. Il piano che Renzi e Lorenzin stanno mettendo in atto, mandare i cittadini dritti dritti tra le braccia del privato, non finisce qui: sono in arrivo 3,5 miliardi di tagli nel 2017 e 5 miliardi nel 2018, quando la spesa sanitaria scenderà al 6,6% del Pil: la media più bassa dei Paesi Ocse. Quello che, invece, va fatto per fermare questa valanga noi lo sappiamo bene ed è del tutto evidente: per prima cosa il finanziamento del SSN deve tornare a salire e nel 2019 deve essere riportato almeno al 7% del PIL. Inoltre, il ministero della Salute deve finalmente pubblicare i nuovi LEA e attuare la revisione della governance farmaceutica, mentre il governo deve da un lato investire realmente in prevenzione, per ridisegnare il Ssn, e dall'altro deve e rispettare le scadenze previste in Legge di stabilità, a partire dal piano di assunzione del personale e dallo sblocco del turn over".
Scritto da M5S Camera News pubblicato il 08.06.16 15:50

Gli italiani non si curano: costa troppo

Tweet 09/06/2016 06:03 --> Gli italiani non si curano: costa troppo --> Sono 11 milioni quelli che rinunciano alle terapie o le rinviando. Ma chi può permetterselo ricorre sempre di più alla sanità privata. Altri articoli che parlano di... Categorie (1) Cronache --> Un quadro che parla a dovere. Più cure solo per chi può. È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini italiani, con un aumento di quasi due miliardi in un anno. Sono 7,1 milioni i connazionali che hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali per evitare le lunghe liste d'attesa del pubblico (quando va bene). Non solo. Per il 45% degli italiani la qualità del Servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni e il 52% lo considera inadeguato. Ad indicarlo sono i dati diffusi dalla ricerca Censis Rbm Assicurazione Salute presentata nella Capitale al VI «Welfare Day», secondo cui - dato che stacca all'occhio sopra ogni altro - 11 milioni di persone sono state costrette a rinviare o a rinunciare a cure mediche per motivi economici. Nel 2012 erano 9 milioni. Secondo la ricerca, dal 2013 al 2015 la spesa sanitaria privata è cresciuta del 3,2%, in pratica quasi il doppio della spesa delle famiglie per i consumi (+1,7%). L'incremento di spesa sanitaria privata - diventata a chiare lettere per il Censis un «obbligo effettivo» con le dovute eccezioni - è tanto più impressionante se si considera la dinamica deflattiva che, nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari, è rilevante non poco. Del resto, sui consumi sanitari, il 37% degli italiani dichiara che sono aumentati negli ultimi anni, il 56,7% che sono rimasti inalterati e solo il 6,3% che sono scesi. Se la ragione fondamentale della crescita del ricorso al privato è la lunghezza delle liste di attesa nell'ottica evidente di velocizzare l'accesso alle prestazioni, colpisce la quota di cittadini che esplicitamente dichiara che è stato il medico (o il proprio staff) a consigliare il ricorso alla sanità a pagamento all'interno delle strutture pubbliche (22,9%). Al cambiamento «meno sanità pubblica, più sanità privata» si aggiunge il fenomeno della sanità negata «niente sanità senza soldi» riguardante, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial, vale a dire la generazione nata tra la metà degli anni Ottanta e i primi anni del Duemila. Tradotto: pensionati e quei giovani, spesso senza un posto di lavoro e con un'esistenza precaria, che rinunciano a curarsi per ovvi motivi. Sono 5,4 milioni, inoltre, i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% di essi si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno tali prescrizioni. Tirando le somme, il decreto sull'appropriatezza, come si legge, «incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico». «Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi - il commento del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin - È chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over, stabilizzare il personale sanitario precario, rifinanziare il Fondo per l'epatite C, coprire i costi dei nuovi farmaci oncologici e garantire a tutti i cittadini accesso gratuito alle cure». Lorenzin sottolinea che «si tratta di un problema conosciuto, per la cui soluzione stiamo operando da tempo con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, le Regioni e i professionisti del SSN». «La soluzione afferma - passa certamente da una profonda riorganizzazione del sistema delle liste di attesa, soprattutto in alcune regioni», rimarcando: «Quello che il Censis non rileva è che alcuni territori del Paese offrono modelli sanitari d'avanguardia, altri non garantiscono come dovrebbero il funzionamento della rete territoriale prima e dopo il ricovero in ospedale. L'obiettivo è uniformare l'intero territorio nazionale su questi standard elevati, così da permettere a ciascun cittadino di ottenere in tempi rapidi prestazioni di qualità». Il Ministro ha aggiunto che proporrà «di inserire nel decreto sulle nomine dei direttori generali delle aziende sanitarie una norma che imponga di valutare i manager anche in relazione agli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa». Secondo il sindacato dei medici dirigenti Anaa-Assomed «è grave il fatto che siano anziani e giovani, fasce sociali a basso reddito, a non riuscire ad ottenere dal servizio pubblico le prestazioni di cui avrebbero bisogno». --> Valentina Conti

Sanità allo sbando, ecco perché 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi

Tweet 08/06/2016 13:29 IL DATO --> Sanità allo sbando, ecco perché 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi --> Sono 2 milioni in più rispetto al 2012. Per circa la metà degli italiani il sistema sanitario pubblico risulta inefficiente e di bassa qualità. Altri articoli che parlano di... Categorie (1) Cronache --> Quando curarsi è un privilegio per soli ricchi. Spesso si parla dei limiti del sistema sanitario privato. "Ti faranno morire in strada senza nemmeno soccorrerti", farà presente con puntualità svizzera l'irriducibile tifoso dello statalismo. Sanità privata è spesso sinonimo di sanità per pochi. Spesso dunque si difende lo Stato, la sua naturale e generosa inclinazione a occuparsi delle persone senza fare i conti con la volontà individuale. Vorrà imprimere al popolo la sua azione, per natura inefficiente, a danno del contribuente tartassato che sarà costretto a rivolgersi al privato. Conclusione paradossale: ci saranno più cure, ma solo per chi può pagarsela. Ecco come. La spesa sanitaria. Se infatti è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini italiani (con un incremento del 3,2% nel 2013-2015, il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%), sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Ben 2 milioni in più rispetto al 2012. La ricerca È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI "Welfare Day". Al cambiamento meno sanità pubblica, più sanità privata si aggiunge, dunque, il fenomeno della sanità negata: niente sanità senza soldi. Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano". Sanità pubblica più costosa e meno qualificata. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Per il 45% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è poi peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Ecco quindi come lo statalismo e i suoi tentacoli possono nuocere gravemente alla salute. --> Michele Di Lollo

Sanità: Censis, 11 milioni di Italiani hanno dovuto rinunciare a cure

08/06/2016 | Press release Sanità: Censis, 11 milioni di Italiani hanno dovuto rinunciare a cure distributed by noodls on 08/06/2016 15:48 Print Print Sharing and Personal Tools Please select the service you want to use: Newsvine Digg Delicious StumbleUpon Technorati Buzz Favorites Google Reader Public link Please use the above public link if you want to share this noodl on another website Close La sanità pubblica sarebbe un bene comune se non fosse che si sta trasformando sempre di più in qualcosa di irraggiungibile. A causa della crisi, che ha messo in ginocchio intere famiglie, in Italia 11 milioni di cittadini sono stati costretti a rinunciare o a rinviare prestazioni sanitarie, con un aumento di 2 milioni rispetto solo a quattro anni fa, quando erano già un bel numero (9 milioni). È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day, i cui dati sono riportati dalle agenzie di stampa. Al cambiamento 'meno sanità pubblica, più sanità privata' si aggiunge il fenomeno della sanità negata: 'niente sanità senza soldi'. A soffrirne di più sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di persone nate tra gli anni 80 e il 2000. Secondo il Censis, 'l'universo della sanità negata tende a dilatarsi, tra nuovi confini nell'accesso al pubblico e l'obbligo, di fatto, a comprare prestazioni sanitarie'. Ma meno sanità vuol dire anche 'meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia. L'andamento della spesa sanitaria privata - evidenzia l'indagine - è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori a quelle che avrebbe sostenuto nel pubblico. 'A questo si aggiunge il fatto che 10,2 milioni di italiani fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato - ha spiegato Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano'. Solo nell'ultimo anno, su 7,1 milioni, che sono ricorsi all'intramoenia, il 66,4% ha dichiarato di averlo fatto proprio per evitarle. Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Per gli italiani, quindi, pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano e, dunque, il diritto alla cura per chi può pagarsela è una dura e semplice realtà. Il quadro sconcertante è avvalorato anche dalla percezione che gli italiani hanno della qualità del servizio sanitario pubblico della propria regione: per il 45%, questo è peggiorato negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud; meno della metà (41,4%) pensa che sia rimasto inalterato, mentre solo il 13,5% ha dichiarato di averlo visto migliorare. Il 52% del campione, avverte il rapporto, considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione, percentuale che sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est. La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma - secondo l'indagine - delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Complessivamente, negli ultimi due anni, la spesa sanitaria privata ha raggiunto la cifra di 34,5 miliardi di euro (con un incremento del 3,2% nel 2013-2015; il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%), avverte il rapporto. In valori assoluti, il costo pro capite sostenuto da ogni singolo cittadino e non rimborsabile dal Servizio Sanitario Nazionale, è aumentato di 80 euro. Dal 2013 al 2015 si è passati, infatti, da 485 a 569 euro. A commento del rapporto del Censis, la segretaria generale della Cgil ha affermato che 'undici milioni sono una cifra impressionante. Credo sia la dimostrazione che avere progressivamente ridotto gli investimenti nel Servizio sanitario nazionale non mette le persone in condizione di curarsi ed è la logica conseguenza 'dei commissariamenti e dei tagli. Tante solitudini tra i giovani e gli anziani'. Secondo Camusso, il rapporto fa emergere che 'una parte del paese si è impoverito per mancanza di lavoro e per le pensioni povere. Parrebbe vedere che c'è un elemento economico alla base di questa scelta. L'idea della ministra di andare avanti con lo schema pubblico-privato è sbagliata. Serve un grande investimento pubblico per far accedere le persone alle cure e alla prevenzione'.

Più sanità solo per chi può pagarsela: nell'ultimo anno 11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie

08/06/2016 | Press release Più sanità solo per chi può pagarsela: nell'ultimo anno 11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie distributed by noodls on 08/06/2016 08:20 Print Print Sharing and Personal Tools Please select the service you want to use: Newsvine Digg Delicious StumbleUpon Technorati Buzz Favorites Google Reader Public link Please use the above public link if you want to share this noodl on another website Close Roma, 8 giugno 2016 - Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI «Welfare Day». «Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano», ha detto Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. «Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti», ha concluso Vecchietti. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento «meno sanità pubblica, più sanità privata» si aggiunge il fenomeno della sanità negata: «niente sanità senza soldi». Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico.

Più sanità solo per chi può pagarsela: nell'ultimo anno 11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie

Questi sono i principali risultati della ricerca di Censis-Rbm Assicurazione Salute «Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo», presentatata oggi a Roma al VI «Welfare Day», a cui sono intervenuti, tra gli altri, Giuseppe De Rita e Carla Collicelli del Censis, Roberto Favaretto, Presidente di Rbm Assicurazione Salute, e Marco Vecchietti, Consigliere Delegato di Rbm Assicurazione Salute.

a cura di AXESS PR

SANITÀ: "IN UMBRIA SERVONO MAGGIORI CONTROLLI PER LIMITARE LE TRUFFE SUI TICKET E FAR RISPARMIARE DISOCCUPATI, PRECARI E ANZIANI" - SQUARTA (FDI): "LA SALUTE NON È ROBA DA RICCHI M

09/06/2016 | Press release SANITÀ: "IN UMBRIA SERVONO MAGGIORI CONTROLLI PER LIMITARE LE TRUFFE SUI TICKET E FAR RISPARMIARE DISOCCUPATI, PRECARI E ANZIANI" - SQUARTA (FDI): "LA [...] distributed by noodls on 09/06/2016 16:39 Print Print Sharing and Personal Tools Please select the service you want to use: Newsvine Digg Delicious StumbleUpon Technorati Buzz Favorites Google Reader Public link Please use the above public link if you want to share this noodl on another website Close Il consigliere Marco Squarta (Fratelli d'Italia) commenta il rapporto 'Censis-Rbm salute' sul 'crescente numero delle persone che rinunciano alle prestazioni sanitarie'. Per Squarta 'aumenta in Umbria il numero degli indigenti che non possono neppure più permettersi di pagare il ticket perché troppo alto'. (Acs) Perugia, 9 giugno 2016 - 'È così che la Regione Umbria intende risolvere il problema delle liste d'attesa? Con le rinunce dei malati alle cure?'. Lo chiede, facendo riferimento al recente rapporto 'Censis-Rbm Salute' sul numero delle persone che rinunciano alle prestazioni sanitarie, il consigliere regionale Marco Squarta (Fratelli d'Italia). Squarta evidenzia che anche in Umbria risulta crescere il numero di indigenti che non possono curarsi. 'Ci sono molte persone benestanti - spiega - che avendo possibilità ricorrono alla sanità privata. Ma sono tante, troppe, quelle che a causa della crisi economica non possono neppure più permettersi di pagare il ticket, perché in alcuni casi è troppo alto'. Per il consigliere regionale di opposizione 'la politica deve riprendere un discorso che interessa trasversalmente l'intera società civile, per evitare che alla fascia debole, oggi sempre più numerosa, rappresentata da disoccupati, e precari e anche da anziani pensionati costretti a sbarcare il lunario con poche centinaia di euro al mese, venga negato il diritto inalienabile alla salute. La sanità è un diritto di tutti - rimarca Squarta - e la povera gente non può essere vittima delle scelte sbagliate della politica, che potrebbe risparmiare milioni di euro tagliando inutili sprechi. La Regione metta in campo una task-force per limitare le truffe: mediante controlli seri, preventivi, si possono recuperare milioni di euro perduti con le false attestazioni e utilizzare gli stessi fondi per chi è in difficoltà. Almeno per quanto riguarda le cure - conclude - non ci devono essere sperequazioni sociali. Insomma, non è giusto che soltanto i ricchi possano curarsi'. MP/

Uilp: incontro su prevenzione malattie cardiovascolari

09/06/2016 | News release Uilp: incontro su prevenzione malattie cardiovascolari distributed by noodls on 09/06/2016 09:19 Print Print Sharing and Personal Tools Please select the service you want to use: Newsvine Digg Delicious StumbleUpon Technorati Buzz Favorites Google Reader Public link Please use the above public link if you want to share this noodl on another website Close AGR Si è tenuto a Sant'Arcangelo, promosso dalla Uil pensionati, un incontro per parlare di prevenzione delle malattie cardiovascolari. La comunicazione di base è stata tenuta dal cardiologo dr. Francesco Marra che dirige l'U.O. Cardiologia-Utic all'Ospedale di Villa d'Agri. Per il sindacato dei pensionati un'occasione per informare sui corretti stili di vita e su come interpretare i primi segnali di disturbi cardiovascolari che sono la causa maggiore di morte per gli over 65anni. Vincenzo Tortorelli, segretario regionale della Uil Pensionati, sottolinea che i dati diffusi ieri dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day, sono allarmanti: erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. E la fetta maggiore è composta proprio dai pensionati. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani. Dunque l'universo della sanità negata tende a dilatarsi e meno sanità vuol dire anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia'. Tempo fa l'Istat ha rinnovato la fotografia del nostro Paese: l'Italia è sempre più un paese per anziani. Ma la speranza di vita arretra. Nel Mezzogiorno i valori della speranza di vita si confermano al di sotto della media nazionale. Per il sindacato dunque si rafforza la propria missione partendo da un dato che esprime il grande lavoro che ci attende: secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - che con il Programma Salute 2020 ha rivolto 'raccomandazioni' ai Paesi - l'Italia è al 15esimo posto su 27 Stati Europei per indice di invecchiamento attivo. E il presupposto principale per l'invecchiamento attivo è garantire il diritto alla salute soprattutto rafforzando la prevenzione. E' pertanto, prioritario un intervento di riordino complessivo dei servizi di assistenza, cura e della fiscalità in questo ambito da parte del Governo, per assicurare equità e giustizia sociale, liberando altresì energie occupazionali e opportunità di crescita. Non è più rinviabile il varo di una legge nazionale di sostegno ai cittadini non autosufficienti e alle loro famiglie, volta a garantire uniformemente i livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale, ancora caratterizzato da enormi disparità. bas 02

a cura di AXESS PR

Napoli: "Sanità negata"

09/06/2016 | Press release Napoli: "Sanità negata" distributed by noodls on 09/06/2016 11:41 Print Print Sharing and Personal Tools Please select the service you want to use: Newsvine Digg Delicious StumbleUpon Technorati Buzz Favorites Google Reader Public link Please use the above public link if you want to share this noodl on another website Close 09 giugno 2016, 13:21 © 2013 - Consigliere regionale Michele Napoli (ACR) - 'Meno sanità pubblica, più sanità privata e soprattutto meno sanità, nel senso di una costante e progressiva rinuncia alle prestazioni sanitarie da parte di chi ha difficoltà economiche e non riesce a pagarsi di tasca proprie le cure nel privato o in intramoenia'. E' quanto sostiene il presidente del gruppo regionale di Forza Italia, Michele Napoli, con riferimento alla fotografia che emerge dalla ricerca Censis - RBM, presentata ieri a Roma e diretta ad analizzare lo stato di salute del Sistema sanitario nazionale e il ruolo della sanità integrativa. 'La ricerca - spiega Napoli - evidenzia il rilevante incremento della spesa sanitaria privata che nel 2015 sale a 34,5 miliardi di euro, con un +3,2 per cento rispetto al 2013 determinato, soprattutto, dal rincaro dei ticket e dall'incubo delle liste di attesa troppo lunghe'. Ma vi è anche un altro aspetto che il capogruppo sottolinea ed è concernente 'la rinuncia operata nell'ultimo anno da parte di 11 milioni di italiani, ben due milioni in più rispetto al dato dell'anno 2012, a curarsi a causa delle ristrettezze economiche che non hanno consentito loro di superare il muro delle liste di attesa nel pubblico ricorrendo a studi e ambulatori privati a riprova della progressiva percezione di inadeguatezza del sistema sanitario della propria regione manifestata dal 69 per cento dei cittadini residenti al Sud, contro una media nazionale del 52 per cento'. I risultati dello studio Censis - prosegue il consigliere di Forza Italia - non colgono di sorpresa coloro che da tempo denunciano la progressiva diminuzione dell'efficacia dell'azione pubblica della tutela della salute con la conseguente necessità, solo per chi ne ha le possibilità economiche, di far ricorso alla sanità privata'. 'Per invertire la tendenza al si cura chi se lo può permettere - dice Napoli - occorre condurre una lotta senza quartiere al problema delle liste di attesa, la cui eccessiva lunghezza rappresenta per il 72,6 per cento degli italiani la ragione che più di ogni altra determina il ricorso degli utenti alle strutture private o all'intramoenia'. 'Se è senza dubbio importante perseguire l'equilibrio economico - finanziario delle nostre strutture sanitarie - conclude l'esponente di Forza Italia - altrettanto doveroso è garantire l'efficacia delle cure ai cittadini, assegnando obiettivi chiari ai direttori generali delle strutture sanitarie che dovranno raggiungere risultati visibili e valutabili in termini di riduzione dei tempi di erogazione delle visite specialistiche, dei ricoveri per acuti e degli esami diagnostici, pena l'inadempimento e la decadenza automatica del contratto come prevede la Legge di Stabilità 2015 che va assolutamente applicata'. dt

Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure per difficoltà economiche

Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure per difficoltà economiche 8 giugno 2016 Il dato emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day: "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi" Attesa in ospedale per visite mediche Diventa fan di Quotidiano.net Roma, 8 giugno 2016 - Aumenta il numero degli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. ? quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day. Per molti pagare vuol dire più qualità, sicurezza e minore attesa. Ma non tutti possono permetterselo e devono rinunciare alle cure: dai 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016, gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare, per motivi economici, a prestazioni sanitarie. Tra chi non può più finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno, in particolare troviamo 2,4 milioni di anziani, ma anche 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o intramoenia (cioè le prestazioni erogate al di fuori dell'orario di lavoro dai medici di un ospedale, che utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa)". Negli ultimi due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa di tasca propria destinata alla salute, e non rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite. Nello stesso arco di tempo invece è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Dei 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% lo ha fatto proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Un 30,2% invece si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Ma il fattore che pesa di più è il declino della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani il servizio sanitario della propria regione è peggiorato negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata.

Sanità, code e costi in aumento: 11 milioni rinunciano alle cure

Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure per difficoltà economiche 8 giugno 2016 Il dato emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day: "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi" Attesa in ospedale per visite mediche Notizie Correlate Contenuti correlati Lorenzin: impossibile nozze coi fichi secchi Diventa fan di Quotidiano.net Roma, 8 giugno 2016 - Aumenta il numero degli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. ? quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day. Per molti pagare vuol dire più qualità, sicurezza e minore attesa. Ma non tutti possono permetterselo e devono rinunciare alle cure: dai 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016, gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare, per motivi economici, a prestazioni sanitarie. Tra chi non può più finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno, in particolare troviamo 2,4 milioni di anziani, ma anche 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o intramoenia (cioè le prestazioni erogate al di fuori dell'orario di lavoro dai medici di un ospedale, che utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa)". Negli ultimi due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa di tasca propria destinata alla salute, e non rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite. Nello stesso arco di tempo invece è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Dei 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% lo ha fatto proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Un 30,2% invece si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Ma il fattore che pesa di più è il declino della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani il servizio sanitario della propria regione è peggiorato negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata.

Crisi Ssn, la ricetta non può essere più sanità privata

Crisi Ssn, la ricetta non può essere più sanità privata di Stefano Cecconi 10 giugno 2016 ore 12.44 Se vogliamo davvero mantenere la tutela della salute come diritto fondamentale, prima di tutto bisogna dare più forza al servizio pubblico e universale, indebolito da anni di tagli e il cui destino è in pericolo. Il compito del sindacato (fotografia di Klimkin, da Pixabay) La ricerca Rbm Censis, resa pubblica in occasione del Welfare Day 2016, presenta un quadro sempre più allarmante per il diritto alla salute dei cittadini - e da cui si evince che 11 milioni di nostri connazionali rinunciano ormai alle cure -. Ma se l'analisi è condivisibile, meno lo è la ricetta proposta: affiancare un pilastro privato a quello pubblico rappresentato dal Servizio sanitario nazionale (Ssn), ormai in crisi. Un controsenso: se vogliamo davvero mantenere la tutela della salute come diritto fondamentale, prima di tutto bisogna dare più forza al Ssn pubblico e universale, indebolito da anni di tagli e il cui destino è in pericolo. Se si attueranno le previsioni del governo, che vuol portare l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil al 6,5% nel 2019 (vedi Cgil su Def 2016), l'Italia scende al livello di guardia sotto il quale l'Oms segnala pericolo per il diritto alla salute e all'accesso alle cure dei cittadini. Per questo occorre investire nel Servizio sanitario pubblico: per tagliare le liste di attesa, ridurre i ticket, riqualificare l'offerta di servizi verso la nuova domanda di salute e di cure, dovuta all'invecchiamento della popolazione e a quella che l'Oms definisce come "l'epidemia globale delle malattie croniche". Una domanda sempre più bisognosa di prevenzione, assistenza nel territorio, integrazione fra sanità e sociale. Solo con un forte Ssn l'assistenza sanitaria integrativa può aiutare a colmare lacune, a alleggerire il peso della spesa socio sanitaria privata che oggi grava sui cittadini (quasi 30 miliardi). Questo vuol dire orientare la direzione di marcia degli attuali fondi sanitari, che coprono troppe prestazioni sostitutive, già presenti nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), invece che offrire prestazioni aggiuntive e realmente integrative (odontoatria, non autosufficienza, personalizzazione delle cure anche nel servizio pubblico ecc.). Un compito che è anche del sindacato, che ha istituito molti di questi fondi. Peraltro la recente proposta di Cgil, Cisl e Uil sul nuovo modello di relazioni industriali, circa il welfare contrattuale è chiara e va proprio in questa direzione: " I fondi contrattuali di sanità integrativa non possono rappresentare una scelta di indebolimento del sistema universale di tutela. Al contrario, attraverso il convenzionamento con le strutture pubbliche, possono a loro volta interagire e rappresentarne un fattore di sostegno". Stefano Cecconi è responsabile Politiche della salute e Terzo settore Cgil nazionale Archiviato in: Italia , Analisi e opinioni

Sanità per chi può pagarla? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni

Salute NOTIZIARIO Salute Aids Alcolismo Anoressia - Bulimia Droghe Gioco d'azzardo Psichiatria Agenzia giornalistica Piano infanzia, Poletti: "Mi impegno a portarlo all'approvazione definitiva" Garante infanzia: "Potenziare l'affido, anche per l'accoglienza dei minori stranieri" Servizio civile europeo, Bobba a Renzi: "Bisogna accelerare" Fairtrade, crescono le vendite e i ricavi per i progetti sociali Hiv, Lila: "L'Italia non ha dati attendibili sulla diffusione" Bruciato il camper donato a una coppia di anziani homeless Foto Foto Video Essere volontari: i volti e le emozioni negli scatti di 700 fotografi » tutte le photogallery "Shots from Othello", i volti diventano opere d'arte » tutte le photogallery Cittadinanza, chi decide i confini? Lectio magistralis di Gad Lerner » tutti i video Lette in questo momento 10 libri sociali, la lettura della domenica Ancora un attentato contro Tiberio Bentivoglio, l'uomo che non si piega al racket Disabilità, la denuncia: "Bagno accessibile, ma per la chiave serve una telefonata" » Notiziario Calendario In primo piano: Capodarco L'Altro Festival. Voci e immagini per il sociale e l'ambiente 19/06/2016 Facebook Tweet Sanità per chi può pagarla? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni Ricerca presentata oggi a Roma. Aumenta la spesa sanitaria privata: 34,5 miliardi di euro (+3,2% negli ultimi due anni). Incubo liste d'attesa: 10 milioni di italiani ricorrono di più al privato e 7 milioni all'intramoenia perché non possono aspettare. Sono 26 milioni i cittadini che si dicono propensi ad aderire alla sanità integrativa 08 giugno 2016 ROMA - Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI "Welfare Day", dal titolo Salute "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo". - "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute -. Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è ormai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge il fenomeno della sanità negata: "niente sanità senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Sempre secondo il Censis, il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro

Sanità per chi può pagarla? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni

annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. Copyright Redattore Sociale Tag: Salute, Sanità, Censis Ti potrebbe interessare anche CENSIS - Centro Studi Investimenti Sociali Banche Dati Facebook Tweet

a cura di AXESS PR

Sanità per chi può pagarsela? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni

Salute NOTIZIARIO Salute Aids Alcolismo Anoressia - Bulimia Droghe Gioco d'azzardo Psichiatria Agenzia giornalistica Iperconnessi, sedentari, trasgressivi: ecco come cambiano gli adolescenti Centri antiviolenza, operatori a confronto: rete sociale e risorse per aiutare le donne Violenza, "così si aiutano i figli delle donne maltrattate" Blitz al Baobab, migranti portati via e identificati Povertà: grazie a "Pane quotidiano" nel 2015 distribuite 810 mila razioni di cibo Una scuola non solo "buona", ma anche bella. Se architettura e pedagogia si incontrano Foto Foto Video Essere volontari: i volti e le emozioni negli scatti di 700 fotografi » tutte le photogallery "Shots from Othello", i volti diventano opere d'arte » tutte le photogallery Cittadinanza, chi decide i confini? Lectio magistralis di Gad Lerner » tutti i video Lette in questo momento Cresce del 28% il non profit in Italia: oltre 301 mila enti Il romanzo-denuncia di Luca Rastello: una brutta storia nel mondo de "I buoni" "Economici" o rifugiati? Se i poveri del mondo diventano migranti di serie B » Notiziario Calendario In primo piano: Non sono angeli. Il volontariato tra stereotipi e metafore - Convegno 08/06/2016 Facebook Tweet Sanità per chi può pagarsela? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni Ricerca presentata oggi a Roma. Aumenta la spesa sanitaria privata: 34,5 miliardi di euro (+3,2% negli ultimi due anni). Incubo liste d'attesa: 10 milioni di italiani ricorrono di più al privato e 7 milioni all'intramoenia perché non possono aspettare. Sono 26 milioni i cittadini che si dicono propensi ad aderire alla sanità integrativa 08 giugno 2016 ROMA - Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. è quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI "Welfare Day", dal titolo Salute "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo". - "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano - ha detto Marco Vecchiotti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute -. Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge il fenomeno della sanità negata: "niente sanità senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Sempre secondo il Censis, il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro

Sanità per chi può pagarsela? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni

annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. Copyright Redattore Sociale Tag: Salute, Sanità, Censis Ti potrebbe interessare anche CENSIS - Centro Studi Investimenti Sociali Banche Dati Facebook Tweet

Uilp: incontro su prevenzione malattie cardiovascolari

AGR Si è tenuto a Sant' Arcangelo, promosso dalla Uil pensionati, un incontro per parlare di prevenzione delle malattie cardiovascolari. La comunicazione di base è stata tenuta dal cardiologo dr. Francesco Marra che dirige l'U.O. Cardiologia-Utic all'Ospedale di Villa d'Agri. Per il sindacato dei pensionati un'occasione per informare sui corretti stili di vita e su come interpretare i primi segnali di disturbi cardiovascolari che sono la causa maggiore di morte per gli over 65anni. Vincenzo Tortorelli, segretario regionale della Uil Pensionati, sottolinea che i dati diffusi ieri dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day, sono allarmanti: erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. E la fetta maggiore è composta proprio dai pensionati. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani. Dunque l'universo della sanità negata tende a dilatarsi e meno sanità vuol dire anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Tempo fa l'Istat ha rinnovato la fotografia del nostro Paese: l'Italia è sempre più un paese per anziani. Ma la speranza di vita arretra. Nel Mezzogiorno i valori della speranza di vita si confermano al di sotto della media nazionale. Per il sindacato dunque si rafforza la propria missione partendo da un dato che esprime il grande lavoro che ci attende: secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità? - che con il Programma Salute 2020 ha rivolto "raccomandazioni" ai Paesi - l'Italia è? al 15esimo posto su 27 Stati Europei per indice di invecchiamento attivo. E il presupposto principale per l'invecchiamento attivo è garantire il diritto alla salute soprattutto rafforzando la prevenzione. E' pertanto, prioritario un intervento di riordino complessivo dei servizi di assistenza, cura e della fiscalità in questo ambito da parte del Governo, per assicurare equità e giustizia sociale, liberando altresì energie occupazionali e opportunità di crescita. Non è più rinviabile il varo di una legge nazionale di sostegno ai cittadini non autosufficienti e alle loro famiglie, volta a garantire uniformemente i livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale, ancora caratterizzato da enormi disparità. bas 02

Sanità, oltre 11 mln italiani rinunciano o rinviando cure

Sanità, oltre 11 mln italiani rinunciano o rinviando cure di Askanews Roma, 8 giu. (askanews) - Continua a lievitare il numero degli italiani che rinunciano o rinviando le prestazioni sanitarie. Erano 9 milioni nel 2012 e oggi è un esercito di oltre 11 milioni. Il dato emerge dalla ricerca realizzata dal Censis e da Rbm Salute e presentata in occasione del Welfare Day, iniziativa promossa dalla compagnia di assicurazione e giunta alla sesta edizione. La ricerca mette in risalto che c'è "meno sanità pubblica, più sanità privata e anche meno sanità e quindi anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia".L'universo della sanità negata "non accenna a prosciugarsi e anzi tende a dilatarsi, di fronte ad una nuova geografia della sanità fatta anche di alte barriere e nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie. Ampia è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno".Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute, lancia un appello al ministro Lorenzin affinché vengano coinvolte tutte le parti per definire nuove regole per una riforma della sanità integrativa. "Può essere di grande utilità l'avvio da parte del ministero di un dialogo diretto con chi oggi è protagonista di questo settore attraverso un tavolo tecnico o un gruppo di lavoro che metta insieme compagnie di assicurazione e fondi sanitari (che, peraltro, nel 60% dei casi dei affidano la copertura dei rischi e l'erogazione delle proprie prestazioni sanitarie proprio al settore assicurativo) per rilevare - anche a partire dagli studi presentati in questi ultimi anni - le specificità e le dimensioni economiche di questo settore e favorire la costruzione di un secondo pilastro sanitario più equo, effettivo ed universalistico".Altro trend che viene confermato dalla ricerca è la continua crescita della spesa sanitaria privata. L'anno scorso ha raggiunto i 34,5 miliardi di euro con un aumento in termini reali del 3,2% rispetto al 2013. Il ruolo della sanità a pagamento dunque conferma la costante crescita tra i cittadini. Oltre 10 milioni gli italiani che dichiarano di aver fatto maggior ricorso al privato negli ultimi anni.La crescita è determinata soprattutto dalla lunghezza delle liste d'attesa. Altre motivazioni sono la contrazione della matrice di prestazioni offerte dal servizio sanitario pubblico, ragioni di comodità legate agli orari o all'apertura nel week end. 8 giugno 2016

a cura di AXESS PR

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

Ricerca Censis, Anaao Assomed: ecco i guasti delle scelte del Governo

Ricerca Censis, Anaao Assomed: ecco i guasti delle scelte del Governo Salute & Benessere 6 mins ago (AGENPARL) - Roma , 08 giu - La ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day, non dice niente di nuovo a chi, come l'Anaao Assomed e le altre organizzazioni sindacali dei Medici e dei dirigenti sanitari, da tempo va denunciando la progressiva, e non più silenziosa, diminuzione del perimetro della tutela pubblica della salute ed il conseguente incremento del welfare privato. Così in una nota Anaao Assomed che aggiunge: La convivenza di spesa privata ai livelli più alti tra i Paesi OCSE, direttamente dalle tasche dei cittadini o con l'intermediazione di fondi o assicurazioni, e di italiani che non si curano per difficoltà economiche, rappresenta il migliore testimonial per l'esistenza della sanità duale, cui molti da tempo stanno lavorando, e per il "si curi chi può". E, quindi, per un diritto alla salute declinato non più e non solo in base alla residenza, ma anche al reddito. Se erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016, gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche, e circa il 10% quelli costretti ad indebitarsi per rispondere ai propri bisogni di salute, vuol dire che il defianziamento della sanità pubblica non si è mai interrotto, a dispetto dei giochi di parole del Governo. Il fatto poi che, in particolare, siano anziani e giovani, fasce sociali a basso reddito magari residenti nelle periferie urbane, a non riuscire ad ottenere dal servizio pubblico le prestazioni di cui avrebbero bisogno, spiega più di ogni analisi politica il voto di domenica. Alimentato non solo dalla protesta, ma anche dal senso di esclusione di pezzi crescenti di popolazione, il cui identikit rappresenta un vero fattore di rischio per la salute. Se meno sanità, e magari meno sociale, vuol dire anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o vive in determinate aree, significa che non ci si riconosce più negli stessi principi di giustizia sociale. E le differenze diventano diseguaglianze e divaricazioni all'interno di una stessa comunità nazionale. Anche il fatto che la maggioranza degli italiani ritiene "che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria" e che l'operazione appropriatezza sia nata "per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni", rientra nel capitolo dell'avevamo detto. Basta rileggere i nostri comunicati stampa per trovare quasi le stesse parole. Potremmo ritenerci soddisfatti di avere avuto ragione, ma la cronaca della morte annunciata di un servizio sanitario pubblico e nazionale, grande patrimonio civile e sociale, ci costringe ad interrogarci sul nostro ruolo di sindacato e di professionisti. Lo stesso dovrebbe fare la politica, riconoscendo i guasti prodotti da scelte all'insegna del defianziamento del sistema sanitario e della decapitalizzazione del lavoro dei suoi professionisti, vittime anche di un pregiudizio ideologico contro tutto ciò che è pubblico, funzionale ad un processo di privatizzazione che aumenterà costi ed iniquità.

Sanità, Anaao Assomed: ricerca Censis-Rbm non dice niente di nuovo

Sanità, Anaao Assomed: ricerca Censis-Rbm non dice niente di nuovo Salute & Benessere 3 mins ago (AGENPARL) - Roma, 08 giu 2016 - La ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day, non dice niente di nuovo a chi, come l'Anaao Assomed e le altre organizzazioni sindacali dei Medici e dei dirigenti sanitari, da tempo va denunciando la progressiva, e non più silenziosa, diminuzione del perimetro della tutela pubblica della salute ed il conseguente incremento del welfare privato. La convivenza di spesa privata ai livelli più alti tra i Paesi OCSE, direttamente dalle tasche dei cittadini o con l'intermediazione di fondi o assicurazioni, e di italiani che non si curano per difficoltà economiche, rappresenta il migliore testimonial per l'esistenza della sanità duale, cui molti da tempo stanno lavorando, e per il "si curi chi può". E, quindi, per un diritto alla salute declinato non più e non solo in base alla residenza, ma anche al reddito. Se erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016, gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche, e circa il 10% quelli costretti ad indebitarsi per rispondere ai propri bisogni di salute, vuol dire che il definanziamento della sanità pubblica non si è mai interrotto, a dispetto dei giochi di parole del Governo. Il fatto poi che, in particolare, siano anziani e giovani, fasce sociali a basso reddito magari residenti nelle periferie urbane, a non riuscire ad ottenere dal servizio pubblico le prestazioni di cui avrebbero bisogno, spiega più di ogni analisi politica il voto di domenica. Alimentato non solo dalla protesta, ma anche dal senso di esclusione di pezzi crescenti di popolazione, il cui identikit rappresenta un vero fattore di rischio per la salute. Se meno sanità, e magari meno sociale, vuol dire anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o vive in determinate aree, significa che non ci si riconosce più negli stessi principi di giustizia sociale. E le differenze diventano disuguaglianze e divaricazioni all'interno di una stessa comunità nazionale. Anche il fatto che la maggioranza degli italiani ritiene "che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria" e che l'operazione appropriata sia nata "per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni", rientra nel capitolo dell'avevamo detto. Basta rileggere i nostri comunicati stampa per trovare quasi le stesse parole. Potremmo ritenerci soddisfatti di avere avuto ragione, ma la cronaca della morte annunciata di un servizio sanitario pubblico e nazionale, grande patrimonio civile e sociale, ci costringe ad interrogarci sul nostro ruolo di sindacato e di professionisti. Lo stesso dovrebbe fare la politica, riconoscendo i guasti prodotti da scelte all'insegna del definanziamento del sistema sanitario e della decapitalizzazione del lavoro dei suoi professionisti, vittime anche di un pregiudizio ideologico contro tutto ciò che è pubblico, funzionale ad un processo di privatizzazione che aumenterà costi ed iniquità.

Sanita', liste d'attesa e costi proibitivi 11 mln italiani rinunciano alle cure

Salute Sanita', liste d'attesa e costi proibitivi 11 mln italiani rinunciano alle cure  Share:  SHARE   TWEET 

Roma - Più cure, ma solo per chi può pagarsele di tasca propria. Se infatti è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015), sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più), gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche. Ben 2 milioni in più rispetto al 2012. E' il quadro che emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI 'Welfare Day'. L'incremento della spesa sostenuta dai cittadini è stato del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015), il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%. L'andamento della spesa sanitaria privata e' tanto piu' significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioe' 5,6 punti percentuali in piu' rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanita' privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano", ha detto Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. "Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanita' integrativa e' oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non puo' piu' essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i piu' abbienti", ha concluso Vecchietti. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si e' rivolto alla sanita' a pagamento anche perche' i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie e' per gli italiani ormai un gesto quotidiano: piu' sanita' per chi puo' pagarsela. La sanita' negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in piu') gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficolta' economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanita' pubblica, piu' sanita' privata" si aggiunge il fenomeno della sanita' negata: "niente sanita' senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Per il 45,1% degli italiani la qualita' del servizio sanitario della propria regione e' peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% e' rimasta inalterata e solo per il 13,5% e' migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa e' il paradigma delle difficolta' del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanita' a pagamento. Il 57,1% degli italiani - continua l'analisi del censis - "pensa che chi puo' permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui e' disponibile la sanita' integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perche' molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perche' così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai piu' di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanita' integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute". Tramite la sanita' integrativa si potrebbero acquistare molte piu' prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanita' integrativa, il 30,7% ha aderito perche' spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perche' la copertura e' estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico, e' la risposta che viene dallo studio Censis. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, "il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili".(AGI)

Caro sanità, 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi

Salute Caro sanità, 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi Salute Caro sanità, 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi  Share:  SHARE   TWEET  Roma - Più cure, ma solo per chi può pagarsele di tasca propria. Se infatti è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015), sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più), gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche. Ben 2 milioni in più rispetto al 2012. E' il quadro che emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI 'Welfare Day'. L'incremento della spesa sostenuta dai cittadini è stato del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015), il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%. L'andamento della spesa sanitaria privata e' tanto piu' significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioe' 5,6 punti percentuali in piu' rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanita' privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano", ha detto Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. "Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanita' integrativa e' oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non puo' piu' essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i piu' abbienti", ha concluso Vecchietti. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si e' rivolto alla sanita' a pagamento anche perche' i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie e' per gli italiani ormai un gesto quotidiano: piu' sanita' per chi puo' pagarsela. La sanita' negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in piu') gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficolta' economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanita' pubblica, piu' sanita' privata" si aggiunge il fenomeno della sanita' negata: "niente sanita' senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Per il 45,1% degli italiani la qualita' del servizio sanitario della propria regione e' peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% e' rimasta inalterata e solo per il 13,5% e' migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa e' il paradigma delle difficolta' del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanita' a pagamento. Il 57,1% degli italiani - continua l'analisi del censis - "pensa che chi puo' permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui e' disponibile la sanita' integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perche' molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perche' così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai piu' di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanita' integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute". Tramite la sanita' integrativa si potrebbero acquistare molte piu' prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanita' integrativa, il 30,7% ha aderito perche' spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perche' la copertura e' estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico, e' la risposta che viene dallo studio Censis. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, "il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili".(AGI)

Salute, 11 milioni di italiani costretti a rinunciare a cure mediche

Salute, 11 milioni di italiani costretti a rinunciare a cure mediche Data 9 giugno 2016 autore Redazione categoria Attualità con 0 Commenti È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI «Welfare Day». Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico.

Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche

Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche 08-06-2016 Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Lorenzin, non si fanno nozze con fichi secchi "E' chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi. Lo afferma il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando i dati Censis secondo cui 11 milioni di italiani rinunciano a cure.

CHITTESEN-CURA - SONO 11 MILIONI GLI ITALIANI CHE RINUNCIANO A CURARSI PER DIFFICOLTÀ ECONOMICHE - IN PARTICOLARE A SOFFRIRE IL PROBLEMA SONO 2,4 MILIONI DI ANZIANI E 2,2 MILIONI DI MILLENNIALS, OVVERO I NATI TRA GLI ANNI '80 E IL 2000

8 giu 2016 15:12 CHITTESEN-CURA - SONO 11 MILIONI GLI ITALIANI CHE RINUNCIANO A CURARSI PER DIFFICOLTÀ ECONOMICHE - IN PARTICOLARE A SOFFRIRE IL PROBLEMA SONO 2,4 MILIONI DI ANZIANI E 2,2 MILIONI DI MILLENNIALS, OVVERO I NATI TRA GLI ANNI '80 E IL 2000 "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche"... - Prossimo articolo [Articolo precedente](#) [Condividi questo articolo](#) [Condividi su Facebook](#) [Condividi su Twitter](#) [Condividi su Google+](#) [Invia in email](#) [san camillo roma pronto soccorso \(ANSA\)](#) - Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. [san camillo ospedale roma pronto soccorso](#) "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Prossimo articolo [Articolo precedente](#) [Condividi questo articolo](#) [Condividi su Facebook](#) [Condividi su Twitter](#) [Condividi su Google+](#) [Invia in email](#)

Sanità, Welfare Day 2016: sempre più italiani rinunciano alle cure mediche

Sanità, Welfare Day 2016: sempre più italiani rinunciano alle cure mediche Sono 11 milioni gli italiani che nel 2016 hanno rinunciato alle cure a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone non in grado di accedere alle prestazioni di cui avrebbero bisogno (erano 9 milioni solo due anni fa): a sentire maggiormente il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ossia coloro che sono nati tra gli anni '80 e il 2000. A rivelare i dati, nel bel mezzo del Welfare Day 2016, è il Censis che ha realizzato lo studio "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo" in collaborazione con Rbm. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi, tra nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Meno sanità si traduce inevitabilmente anche in "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". "Come avevamo preventivato, aumenta il numero di cittadini che sono costretti a rinunciare alle cure, una situazione gravissima non solo per chi non può farsi curare ma per l'intera comunità", dichiara Roberto Tascini, presidente dell'Adoc. Tra le cause principali della rinuncia vi è il caro ticket, con il costo delle prestazioni che aumentato fino a superare il costo della stessa prestazione in una struttura privata, le infinite lista d'attesa, l'addio alle esenzioni per oltre 200 prestazioni sanitarie, anche molto importanti e la mancanza di valide alternative di welfare integrativo sono le principali cause di questo tracollo sanitario. "Se a questo aggiungiamo anche l'addio alle guardie mediche, il quadro è drammaticamente completo. Siamo seriamente preoccupati che la situazione tenderà ad aggravarsi sempre di più", ha aggiunto Tascini. "È pertanto fondamentale individuare soluzioni che permettano alle famiglie di risparmiare e al tempo stesso di ricevere servizi di qualità assicurata". Anche per Fabrizio Premuti, presidente di Konsumer Italia, "il ticket ormai assolve la funzione di franchigia sia nell'acquisto dei farmaci che negli accertamenti diagnostici e non è raro, rivolgendosi direttamente al privato, di ottenere un costo anche inferiore. Un assurdo che conferma l'arretramento dello Stato verso le prestazioni sanitarie almeno fino a 50/100 euro con l'aggravante che il privato la prestazione la dispensa al momento della richiesta ed il pubblico lascia il malato in attesa a volte anche per mesi". Dal Ministero della Salute, Beatrice Lorenzin sottolinea che "Si tratta di un problema che abbiamo presente, trovare una soluzione per noi rappresenta una priorità". "È chiaro che il Sistema Sanitario Nazionale deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie italiane stanno vivendo, e questa indagine del CENSIS ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario Nazionale per gli anni 2017 e 2018. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi".

Articoli correlati Sanità, aumenta la spesa privata e decolla il low cost
Sanità, Censis: italiani informati ma insoddisfatti del Servizio sanitario
Censis: sanità negata per 9 milioni di cittadini
Ticket, ipotesi stop esenzione per i 65enni. Protesta di Cittadinanzattiva
Cittadinanzattiva contro superticket in Veneto: la Regione ha cambiato idea?
Ticket sanitari, Federconsumatori: bene decisione del CdM 08/06/2016 - 16:17 - Redattore: EL lascia un commento

Censis: aumenta la spesa privata. Colpa delle liste d'attesa

Sanità, Censis: aumenta la spesa privata. Colpa delle liste d'attesa Meno salute per chi ha difficoltà economiche: 11 mln rinunciano a cure di Redazione 8 Giugno Giu 2016 12:22 2 ore fa fonte ilVelino/AGV NEWS Roma Meno salute per chi ha difficoltà economiche: 11 mln rinunciano a cure Roma, 12:22 - 2 ore fa (AGV NEWS) Meno sanità pubblica, più sanità privata e anche meno sanità e quindi anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia. E' l'universo della sanità negata che non accenna a prosciugarsi e anzi tende a dilatarsi, di fronte ad una nuova geografia della sanità fatta anche di alte barriere e nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie. Ampia è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. E' lo scenario tratteggiato dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata a Roma al VI "Welfare Day". Il boom della spesa sanitaria privata nel 2015 sale a 34,5 miliardi di euro - rivela la ricerca Censis -con un aumento reale di +3,2% rispetto al 2013, praticamente il doppio della spesa totale per consumi. L'incremento di spesa sanitaria privata è tanto più impressionante se si considera la dinamica deflattiva che, nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari è rilevante. Del resto pensando ai consumi sanitari e non alla spesa il 37,0% degli italiani dichiara che sono aumentati negli ultimi anni, il 56,7% che sono rimasti inalterati e solo il 6,3% che sono diminuiti. Più sanità soprattutto per chi può pagarsela. La crescita del ricorso al privato è ascrivibile ad una ragione fondamentale che prevale su tutto il resto: la lunghezza delle liste di attesa (72,6%). E' questa la ragione che più di ogni altra spiega perché i cittadini si rivolgono ad una struttura privata, seguono poi anche ragioni di comodità legate agli orari lunghi o all'apertura nel weekend o alla contrazione della matrice di prestazioni offerte nel servizio sanitario pubblico. Sempre le liste di attesa spiegano il ricorso all'intramoenia da parte di 7 milioni di italiani in un anno. Se la ragione fondamentale è la lunghezza delle liste di attesa e quindi la volontà di accedere più velocemente alle prestazioni, tuttavia colpisce la quota di cittadini che esplicitamente dichiara che è stato il medico a consigliare il ricorso alla sanità a pagamento dentro le strutture pubbliche (22,9%). Il dato rilevante è che cresce ulteriormente il numero di italiani che ha dovuto rinunciare o rinviare prestazioni sanitarie in un anno: erano 9 milioni nel 2012 sono diventati oltre 11 milioni nel 2016 (+2 milioni). In generale la maggioranza degli italiani in modo trasversale a territori e gruppi sociali è convinta che il Servizio sanitario della propria regione sia peggiorato negli ultimi due anni (è il 45,1% degli italiani a pensarlo, +2,4% rispetto al 2015). E nelle regioni meridionali questo peggioramento riguarda strutture e servizi che erano già considerati inadeguati rispetto ai fabbisogni sanitari locali. Tweet di @ilvelino Redazione Abbonamenti Contatti Note Legali Privacy AGV NEWS s.r.l. - Società Editrice de il Velino/AGV NEWS Agenzia Giornalistica il Velino Presidente e A.D.: Luca Simoni - Direttore responsabile: Luca Simoni - Direttore editoriale: Paolo Pollichieni Tel. 0661523311 r.a. - Fax 0664508643 - Reg. Trib. di Roma N 528/98 - Codice Fiscale e Partita IVA: 09792861008

a cura di AXESS PR

11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche

11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche --> Mer, 08/06/2016 - 14:47 0 connect 0 twitter 0 linkedin email stampa Chiudi Apri --> Per approfondire: medicina cure sanità Tempo di lettura: ! minuto 4 secondi Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. «L'universo della sanità negata tende a dilatarsi», tra «nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie» spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche «meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia». Lorenzin, non si fanno nozze con fichi secchi «È chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi» è il commento del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Salute RIPRODUZIONE RISERVATA Copyright l'Adige

Si spende di più per la sanità privata

Menu Como Cintura Lago Cantù Erba Olgiate Bassa Economia Sport Spettacoli Eventi Cinema Più letti Necrologie CERCA seleziona un comune Chiudi X Leggi le notizie relative ad un'area della provincia Como città Como cintura Cantù - Mariano Erba Lago e valli Olgiate e bassa comasca Seleziona un comune della provincia Menu Como Cintura Lago Cantù Erba Olgiate Bassa Economia Sport Spettacoli Eventi Cinema Più letti Necrologie CERCA Home Cronaca Si spende di più per la sanità privata E c'è chi non si cura più Foto di archivio Mercoledì 08 giugno 2016 (0) Facebook Twitter Google plus Email Si spende di più per la sanità privata E c'è chi non si cura più Ricerca del Censis: per evitare code e lungaggini chi può permetterselo si rivolge al privato In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata in occasione del VI Welfare Day che si celebra oggi. Secondo Repubblica.it sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Sono 2 milioni in più rispetto al 2012. Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata.

a cura di AXESS PR

Si spende di più per la sanità privata

Menu Città Circondario Brianza Merate Lago Valsassina Economia Sport Spettacoli Cinema Motori CERCA seleziona un comune Chiudi X Leggi le notizie relative ad un'area della provincia Lecco città circondario Oggiono e Brianza Merate e casatese Lago Valsassina Seleziona un comune della provincia Menu Città Circondario Brianza Merate Lago Valsassina Economia Sport Spettacoli Cinema Motori CERCA * * Se vuoi preferisci non avere a che fare con i limiti del noscript, cancella il tag (da a).* In media, il tag noscript è utilizzato da meno dell'1% dei visitatori. */--> Home Cronaca

Si spende di più per la sanità privata E c'è chi non si cura più Foto di archivio Mercoledì 08 giugno 2016 (0) Facebook Twitter Google plus Email Si spende di più per la sanità privata E c'è chi non si cura più Ricerca del Censis: per evitare code e lungaggini chi può permetterselo si rivolge al privato In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata in occasione del VI Welfare Day che si celebra oggi. Secondo Repubblica.it sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Sono 2 milioni in più rispetto al 2012. Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata.

Si spende di più per la sanità privata E c'è chi non si cura più

Si spende di più per la sanità privata E c'è chi non si cura più Ricerca del Censis: per evitare code e lungaggini chi può permetterselo si rivolge al privato In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata in occasione del VI Welfare Day che si celebra oggi. Secondo Repubblica.it sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Sono 2 milioni in più rispetto al 2012. Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata.

a cura di AXESS PR

Sanità, sempre più italiani rinunciano a curarsi

Sanità, sempre più italiani rinunciano a curarsi Nel 2015 11 milioni di italiani hanno rinunciato a cure per difficoltà economiche. È aumentata la spesa privata, anche per le liste d'attesa troppo lunghe. Sono alcuni dei dati che emergono dalla ricerca di Censis-Rbm Assicurazione Salute «Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo», presentata ieri a Roma al VI «Welfare Day». Il commento del ministro Lorenzin. Percorsi: Sanità Parole chiave: Censis (17) 09/06/2016 di Redazione Toscana Oggi Peggio di due anni fa. La maggioranza degli italiani in modo trasversale a territori e gruppi sociali e» convinta che il Servizio sanitario della propria regione sia peggiorato negli ultimi due anni (e» il 45,1% degli italiani a pensarlo, +2,4% rispetto al 2015). E nelle regioni meridionali questo peggioramento riguarda strutture e servizi che erano già considerati inadeguati rispetto ai fabbisogni sanitari locali. Cresce ruolo e peso relativo della sanità a pagamento per i cittadini, in particolare la componente privata. Infatti, sono 10,2 milioni gli italiani che dichiarano che negli ultimi anni hanno fatto maggiore ricorso al privato. Ed è un dato tanto più rilevante, tenuto conto che sono anni di ridefinizione profonda dei bilanci familiari, con decurtazione delle spese. La crescita del ricorso al privato è ascrivibile ad una ragione fondamentale che prevale su tutto il resto: la lunghezza delle liste di attesa (72,6%). È questa la ragione che più di ogni altra spiega perché i cittadini si rivolgono ad una struttura privata, seguono poi anche ragioni di comodità legate agli orari lunghi o all'apertura nel weekend o alla contrazione della matrice di prestazioni offerte nel servizio sanitario pubblico. Sempre le liste di attesa spiegano il ricorso all'intramoenia da parte di 7 milioni di italiani in un anno. Se la ragione fondamentale è la lunghezza delle liste di attesa e quindi la volontà di accedere più velocemente alle prestazioni, tuttavia colpisce la quota di cittadini che esplicitamente dichiara che e» stato il medico a consigliare il ricorso alla sanità a pagamento dentro le strutture pubbliche (22,9%). Meno sanità pubblica, più sanità privata. Il dato rilevante, nella ricerca di Censis-Rbm Assicurazione Salute «Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo», è che cresce ulteriormente il numero di italiani che ha dovuto rinunciare o rinviare prestazioni sanitarie in un anno: erano 9 milioni nel 2012 sono diventati oltre 11 milioni nel 2016 (+2 milioni). Meno sanità pubblica, più sanità privata e anche meno sanità e quindi anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia. È l'universo della sanità negata che non accenna a prosciugarsi e anzi tende a dilatarsi, di fronte ad una nuova geografia della sanità fatta anche di alte barriere e nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie. Ampia è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. Boom, quindi, della spesa sanitaria privata che nel 2015 sale a 34,5 miliardi di euro con un aumento reale di +3,2% rispetto al 2013, praticamente il doppio della spesa totale per consumi. L'incremento di spesa sanitaria privata è tanto più impressionante se si considera la dinamica deflattiva che, nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari è rilevante. Del resto pensando ai consumi sanitari e non alla spesa il 37,0% degli italiani dichiara che sono aumentati negli ultimi anni, il 56,7% che sono rimasti inalterati e solo il 6,3% che sono diminuiti. Più sanità soprattutto per chi può pagarsela. Si è generalizzata tra gli italiani l'esperienza di ticket sanitari per singola prestazione di poco superiori o uguali alla tariffa intera praticata nelle strutture private (45,4%, +5,6% rispetto al 2013). D'altro canto, non è alta la quota dei cittadini che dichiara di avere percepito la contrazione dei prezzi praticati nelle strutture private. In buona sostanza, i cittadini riscontrano più l'incremento del valore dei ticket che la tendenza alla riduzione delle tariffe nel privato. Il trade-off pubblico-privato è cambiato perché le esigenze di bilancio hanno spostato sulle famiglie una parte significativa del costo delle prestazioni sanitarie erogate dal pubblico. In estrema sintesi, si può dire che vince l'incubo delle liste di attesa troppo lunghe che sono il perno esplicativo dei comportamenti sanitari degli italiani di questi anni, che obbligano i cittadini ad usare il privato e l'intramoenia come porta di accesso accelerato alla cura. Per avere prestazioni nel pubblico devi aspettare a lungo, e quando hai accesso comunque devi affrontare costi che non sono sempre lontanissimi da quelli con i quali accedi al privato: ecco il nuovo frame in cui si collocano le scelte sanitarie degli italiani. I cittadini hanno molto chiaro che in sanità esiste un problema di sprechi e inappropriatezza: sono infatti 5,4 milioni gli italiani che in un anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia il 51,3% degli italiani è contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni che si rivelano inutili: di questi il 15,1% perché si ridurrebbe la copertura dei cittadini ed il 36,2% perché il medico deve decidere da solo. Il 48,7% è favorevole, di cui il 21,2% solo se la legge indica precisamente quando prescrivere ed il 27,5% perché pensano che i medici fanno troppe prescrizioni e con troppa facilità. Sebbene il famoso decreto appropriatezza sia rimasto una tigre di carta, ha però rimesso volta all'attenzione generale, dai decisori ai cittadini, il ruolo dei medici rispetto ai consumi sanitari. Netta però la contrarietà

Sanità, sempre più italiani rinunciano a curarsi

degli italiani ad una legge che determina le condizioni che rendono una prestazione necessaria e quindi possibile pagarla solo con il ticket e non per intero: il 64,0% è contrario, di questi il 50,7% perché solo il medico può decidere se la prestazione è realmente necessaria, e il 13,3% perché le leggi sono animate solo dalla logica dei tagli. I favorevoli sono invece il 36,0% di cui il 21,9% perché è possibile definire quando una prestazione è realmente necessaria e il 14,1% perché lasciando al singolo medico ci sono troppe differenze. Il tema appropriatezza, quindi, non è indifferente agli italiani e tuttavia temono che sia uno strumento per accelerare i tagli alla sanità, e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni. Prevale la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza e, quindi, è forte la tentazione a ricercare nel medico il vero baluardo dall'economicizzazione della sanità e da tagli di spesa in sanità. Le polizze integrative. Il 23,1% degli italiani intervistati nel corso della propria vita si è visto proporre l'acquisto di una polizza sanitaria integrativa oppure l'adesione a un Fondo sanitario integrativo; di questi ad aderire sono stati l'8,8% laddove il 14,3% ha rifiutato. Il 30,7% ha accettato perché dichiarava di spendere troppo di tasca propria per la sanità e così risparmia, il 25% perché comunque era una tutela estendibile a tutto il nucleo familiare, il 13,6% per poter accedere più velocemente alle prestazioni. Le ragioni del rifiuto sono state soprattutto l'alto costo della polizza per il 49,7% e per il 28,7% il non essere convinto della loro utilità, il 21% perché non si fida di assicurazioni private, fondi sanitari integrativi, ecc.

Ideologicamente la sanità integrativa è largamente sdoganata tra gli italiani visto che ben il 57,1% è d'accordo che chi può permettersi di acquistare una polizza o lavora in un settore in cui esiste il fondo integrativo contrattuale è giusto e utile che la stipuli o aderisca, perché potranno ricorrere a strutture private disintassando il pubblico e perché così la sanità nel suo insieme avrà più risorse. Quasi il 43% di contrari invece teme sanità a più velocità e il 13,7% teme il vantaggio della doppia copertura per alcuni. Sono 26,5 milioni gli italiani che esprimono una propensione all'acquisto di una polizza sanitaria integrativa o all'adesione ad un fondo sanitario integrativo. Qualora utilizzassero risorse annuali pari alla spesa sanitaria privata procapite potrebbero mettere in moto risorse pari a 15 miliardi di euro l'anno. È chiaro che tramite il meccanismo della mutualità tali risorse potrebbero acquistare quantità più elevate di prestazioni rispetto a quanto fanno oggi sui mercati molcolari privati. Riguardo alla propensione all'innovazione nei rapporti con la sanità integrativa riscontrata tra i cittadini, il 22,6% acquisterebbe una polizza se per le risorse che già spende per la sanità fosse data possibilità di scegliere se versarli al Ssn o destinarli alla sanità integrativa, di contro al 77,4% che invece preferirebbe lasciarli al Ssn. Il 46,9% dei cittadini è d'accordo con l'adozione dell'opting out nel nostro Paese, ovvero la previsione dell'uscita di alcuni gruppi sociali dalla copertura pubblica e l'acquisto di una polizza sostitutiva (e non integrativa come quelle attualmente in uso in Italia). Tra questi il 27,2% ritiene che però debba essere una scelta volontaria del cittadino, mentre il 19,7% pensa che debba essere un obbligo. In termini di trend sta crescendo l'attenzione e la legittimazione della sanità integrativa, vista come efficace meccanismo di mutualizzazione di un rischio che oggi è individualizzato, cioè è in capo alle singole famiglie che di fronte all'insorgere di un bisogno sanitario sono chiamate a metter mano al proprio portafoglio e ad acquistare direttamente ciò di cui hanno bisogno soprattutto se lo vogliono avere tempestivamente. Non è una forzatura rilevare che si stanno creando le condizioni economiche, sociali e di percezione collettiva funzionali ad una nuova fase di sviluppo di ruolo della sanità integrativa. Il tema è sul piatto, e ovviamente è importante l'approccio dei decisori ai vari livelli nel comprendere la funzione specifica che la sanità integrativa può esercitare in un sistema che ambisce a preservare la sua capacità inclusiva e di assicurazione sociale diffusa. Lorenzin: non si possono fare le nozze coi fichi secchi. A proposito dei dati diffusi dal Censis sugli italiani che rinunciano alle cure a causa delle code nelle liste d'attesa e delle difficoltà economiche, il ministro Beatrice Lorenzin ha dichiarato: «Si tratta di un problema che abbiamo presente, trovare una soluzione per noi rappresenta una priorità e stiamo operando da tempo con il ministero dell'economia e delle finanze, le Regioni ed i professionisti del Servizio sanitario nazionale. La soluzione, come ho avuto modo di ribadire più volte, passa da una profonda riorganizzazione del sistema delle liste di attesa, soprattutto in alcune regioni italiane. Quello che il Censis non rileva è che alcuni territori del nostro Paese offrono modelli sanitari d'avanguardia, altre non garantiscono, come dovrebbero, il funzionamento della rete territoriale, prima e dopo il ricovero in ospedale. L'obiettivo è quello di uniformare l'intero territorio nazionale su standard elevati, così da permettere a ciascun cittadino di ottenere in tempi rapidi prestazioni sanitarie di qualità. Per raggiungere questo obiettivo ho intenzione di proporre l'inserimento nel mio decreto legislativo sulla nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie di una norma che imponga di valutare i manager anche in relazione agli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa. Intanto una prima svolta verrà a breve introdotta con i nuovi Livelli essenziali di assistenza, con l'ingresso nel Ssn di nuove prestazioni gratuite attese da quindici anni. Per questo obiettivo ho fatto stanziare in legge di stabilità 800 milioni di euro per anno».

Sanità, sempre più italiani rinunciano a curarsi

Da molte settimane «il provvedimento è all'esame della Ragioneria generale dello Stato, da cui sto attendendo il via libera. Spero ciò avvenga al più presto e che i nuovi Lea, assieme al nuovo Nomenclatore protesico, possano entrare in vigore». «Trovo singolare prosegue Lorenzin che secondo l'indagine del Censis il 51% degli italiani si schieri contro le sanzioni ai medici per le prescrizioni inutili, sanzioni che non ci sono, come ho avuto modo di ripetere più volte. È importante eliminare tutti gli sprechi, e i fenomeni di corruzione contro i quali abbiamo lavorato insieme al presidente dell'Anac Cantone: il nostro obiettivo rimane reinvestire in sanità tutto quanto recuperiamo e i provvedimenti assunti daranno grandi risultati. È chiaro che il Sistema sanitario nazionale deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie italiane stanno vivendo, e questa indagine del Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo sanitario nazionale per gli anni 2017 e 2018, che intendiamo utilizzare per sbloccare il turn over e stabilizzare il personale sanitario precario, rifinanziare il Fondo per l'epatite C, coprire i costi dei nuovi farmaci oncologici e garantire a tutti i cittadini accesso gratuito alle cure. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi».

a cura di AXESS PR

Sanità business. il colosso sanitario europeo Lifebrain acquisisce i laboratori bellunesi Fleming. Preoccupazione per i tagli del budget della Ulss 1

Sanità business. il colosso sanitario europeo Lifebrain acquisisce i laboratori bellunesi Fleming. Preoccupazione per i tagli del budget della Ulss 1 Giu 10th, 2016 | By redazione | Category: Prima Pagina, Sanità Tra il 2013 e il 2014 aveva rilevato la Labtop AG in Svizzera ed altri quattro laboratori, incrementando il suo fatturato di 20 milioni di euro. L'austriaca Lifebrain Ag, azienda leader nel settore della medicina di laboratorio, è sbarcata in Italia un paio di anni fa con l'acquisizione dei Laboratori Guidonia Group di Roma. Oggi Lifebrain è presente in Italia con oltre 90 laboratori e centri prelievo e oltre 500 collaboratori. Lavora una media di circa 5,5 milioni di esami l'anno, con più di 200 strutture sanitarie servite. In questi giorni Lifebrain ha concluso l'acquisizione del Laboratorio Fleming a Belluno, fiore all'occhiello sul territorio con 40 anni di esperienza nel campo delle analisi cliniche operando nel settore dal 1976, e unico laboratorio privato nella provincia accreditato con il Sistema Sanitario Regionale. Fleming ha sede principale a Belluno, in Via Ippolito Caffi, e una struttura articolata in 2 punti prelievo ad Agordo e in Alpago, cui si aggiunge un servizio di prelievi a domicilio con oltre 1000 prelievi effettuati annualmente a domicilio, il Laboratorio conta su 15 persone tra dipendenti e collaboratori, con una media di circa 150 mila esami specialistici effettuati annualmente per circa 20 mila utenti serviti. Tra questi particolare rilievo presenta il settore della Medicina del Lavoro e l'expertise nelle terapie anticoagulanti con oltre 1000 pazienti seguiti all'anno. L'obiettivo di questa nuova acquisizione - si legge in una nota stampa dell'azienda - è proseguire il progetto del Gruppo Lifebrain Italia di garantire la presenza nelle principali regioni italiane, contribuendo a sviluppare una vera e propria "rete assistenziale territoriale" in grado di offrire un servizio di eccellenza ai pazienti in virtù di tecnologie all'avanguardia e implementando le qualità di un personale già altamente qualificato. La nuova partnership si inserisce tuttavia in un contesto congiunturale che desta preoccupazione per il taglio di budget subito dal Fleming negli ultimi anni con una riduzione delle risorse alla società quantificata nell'83% rispetto al 2012 e con il rischio concreto a una riduzione significativa del servizio erogato al cittadino. Fleming è infatti il laboratorio al servizio della maggior parte dei bellunesi che si rivolgono alla struttura convenzionata, e il taglio del budget costringerebbe i pazienti esenti a spostarsi presso l'ospedale San Martino, sovraccaricando il laboratorio della struttura ospedaliera. Tutto questo, in un quadro nazionale che nel 2016 vede 11 milioni di italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare alle cure per difficoltà economiche, in crescita significativa rispetto ai 9 milioni del 2012, secondo i dati della ricerca Censis- Rbm pubblicati solo due giorni fa. Per venire incontro al paziente il Laboratorio Fleming del Gruppo Lifebrain conferma l'impegno nel continuare ad accogliere i pazienti esenti riservando loro il medesimo trattamento, almeno per altri due mesi, in attesa di trovare una soluzione con la USL e con la Regione. "Accogliamo con favore l'ingresso nel nostro Laboratorio di un partner europeo quale Lifebrain commenta Il Direttore Amministrativo Ferdinando Prior - soprattutto in considerazione della situazione attuale che vede una drastica riduzione del budget". "Confermiamo la nostra apertura nel trovare una soluzione in stretta collaborazione con la Direzione Ulss 1 e con cui siamo in contatto continuo - prosegue Prior - una soluzione che sia sempre nell'ottica di continuare ad offrire i nostri servizi alle fasce più deboli, garantendo la massima qualità dei servizi e dell'assistenza che ci ha contraddistinto fino ad oggi. Siamo già in contatto per verificare quale può essere l'alternativa migliore per poter andare incontro alle esigenze del paziente esente, anche con la concessione, eventualmente, di un extrabudget o di uno sconto sulle tariffe".

Sanità per chi può pagarsela? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni

Sanità troppo cara in Italia globalist 8 giugno 2016 --> condivisioni --> commenti --> Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI "Welfare Day", dal titolo Salute "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo". "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute -. Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è ormai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge il fenomeno della sanità negata: "niente sanità senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Sempre secondo il Censis, il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico.

a cura di AXESS PR

Sono 11 milioni (due in più di quattro anni fa) gli italiani che rinunciano a curarsi per difficoltà economiche

Sono 11 milioni (due in più di quattro anni fa) gli italiani che rinunciano a curarsi per difficoltà economiche 8 giugno 2016 | Filed under: Attualità,Economia e Lavoro,Primo piano,Salute | Posted by: Ennio Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del .Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbero bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Infatti negli ultimi anni si è registrato anche un abbassamento dell'aspettativa di vita, che in Italia aveva raggiunto una età alta quanto quella del Giappone. Lorenzin: non si fanno nozze con fichi secchi "E' chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi. Lo afferma il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando i dati Censis. Non aggiunge, la ministra, che questa è anche la conseguenza dei tagli alla sanità effettuati dal governo.

a cura di AXESS PR

11 milioni rinunciano alle prestazioni. Anche curarsi ormai è un lusso

11 milioni rinunciano alle prestazioni. Anche curarsi ormai è un lusso Ricerca del Censis. Aumenta la spesa sanitaria privata: 34,5 miliardi di euro (+3,2% negli ultimi due anni). Incubo liste d'attesa: 10 milioni di italiani ricorrono di più al privato e 7 milioni all'intramoenia perché non possono aspettare. E se esami e visite inutili riguardano più di 5 milioni di persone, intasando inutilmente le strutture pubbliche, la maggioranza degli italiani sono contrari a sanzioni ai medici di base. 09/06/2016 Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità e migliore, ma solo per chi può pagarsela. Lo scorso anno è arrivata a 34,5 miliardi di euro, con un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata a Roma al VI "Welfare Day", dal titolo Salute "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo". "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge il fenomeno della sanità negata: "niente sanità senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. Tutti i diritti riservati

Senza titolo

11 milioni rinunciano alle prestazioni. Anche curarsi ormai è un lusso Ricerca del Censis. Aumenta la spesa sanitaria privata: 34,5 miliardi di euro (+3,2% negli ultimi due anni). Incubo liste d'attesa: 10 milioni di italiani ricorrono di più al privato e 7 milioni all'intramoenia perché non possono aspettare. E se esami e visite inutili riguardano più di 5 milioni di persone, intasando inutilmente le strutture pubbliche, la maggioranza degli italiani sono contrari a sanzioni ai medici di base. 09/06/2016 Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità e migliore, ma solo per chi può pagarsela. Lo scorso anno è arrivata a 34,5 miliardi di euro, con un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata a Roma al VI "Welfare Day", dal titolo Salute "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo". "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano - ha detto Marco Vecchiotti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge il fenomeno della sanità negata: "niente sanità senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. Tutti i diritti riservati

Sanità, oltre 11 mln italiani rinunciano...

Roma 08-06-2016 Welfare Sanità, oltre 11 mln italiani rinunciano o rinviano cure Ricerca Censis-Rbm Salute: sale a 34,5 mld spesa sanitaria privata Roma, 8 giu. (askanews) - Continua a lievitare il numero degli italiani che rinunciano o rinviano le prestazioni sanitarie. Erano 9 milioni nel 2012 e oggi è un esercito di oltre 11 milioni. Il dato emerge dalla ricerca realizzata dal Censis e da Rbm Salute e presentata in occasione del Welfare Day, iniziativa promossa dalla compagnia di assicurazione e giunta alla sesta edizione. La ricerca mette in risalto che c'è "meno sanità pubblica, più sanità privata e anche meno sanità e quindi anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". L'universo della sanità negata "non accenna a prosciugarsi e anzi tende a dilatarsi, di fronte ad una nuova geografia della sanità fatta anche di alte barriere e nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie. Ampia è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno". Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute, lancia un appello al ministro Lorenzin affinché vengano coinvolte tutte le parti per definire nuove regole per una riforma della sanità integrativa. "Può essere di grande utilità l'avvio da parte del ministero di un dialogo diretto con chi oggi è protagonista di questo settore attraverso un tavolo tecnico o un gruppo di lavoro che metta insieme compagnie di assicurazione e fondi sanitari (che, peraltro, nel 60% dei casi dei affidano la copertura dei rischi e l'erogazione delle proprie prestazioni sanitarie proprio al settore assicurativo) per rilevare - anche a partire dagli studi presentati in questi ultimi anni - le specificità e le dimensioni economiche di questo settore e favorire la costruzione di un secondo pilastro sanitario più equo, effettivo ed universalistico". Altro trend che viene confermato dalla ricerca è la continua crescita della spesa sanitaria privata. L'anno scorso ha raggiunto i 34,5 miliardi di euro con un aumento in termini reali del 3,2% rispetto al 2013. Il ruolo della sanità a pagamento dunque conferma la costante crescita tra i cittadini. Oltre 10 milioni gli italiani che dichiarano di aver fatto maggior ricorso al privato negli ultimi anni. La crescita è determinata soprattutto dalla lunghezza delle liste d'attesa. Altre motivazioni sono la contrazione della matrice di prestazioni offerte dal servizio sanitario pubblico, ragioni di comodità legate agli orari o all'apertura nel week end.

askanews © Riproduzione Riservata

Sanità, liste d'attesa e costi alti: "11 milioni di italiani rinunciano alle cure"

Sanità, liste d'attesa e costi alti: "11 milioni di italiani rinunciano alle cure" --> Tweet 1 COMMENTO Mercoledì 8 Giugno 2016, 12:06 Più cure, ma solo per chi può pagarsela. Se infatti è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini dello Stivale (con un incremento del 3,2% nel 2013-2015, il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%), sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Ben 2 milioni in più rispetto al 2012. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI 'Welfare Day'. Al cambiamento 'meno sanità pubblica, più sanità privata' si aggiunge, dunque, il fenomeno della sanità negata: 'niente sanità senza soldi. Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial. L'andamento della spesa sanitaria privata - evidenzia l'indagine - è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. «Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano». Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Per il 45% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è poi peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma - secondo l'indagine - delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. © RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità: Censis, 5 mln italiani hanno avuto prescrizioni inutili

Ma oltre la metà dei cittadini è contrario a sanzioni medici Sanità: Censis, 5 mln italiani hanno avuto prescrizioni inutili salute Ma oltre la metà dei cittadini è contrario a sanzioni medici Sanità: Censis, 5 mln italiani hanno avuto prescrizioni inutili ROMA - Gli italiani ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata in occasione del VI Welfare Day che si celebra oggi. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni". 11/06/16 05:53 ansa

a cura di AXESS PR

Sanità: Censis, 5 mln italiani hanno avuto prescrizioni inutili

Ma oltre la metà dei cittadini è contrario a sanzioni medici Sanità: Censis, 5 mln italiani hanno avuto prescrizioni inutili salute Ma oltre la metà dei cittadini è contrario a sanzioni medici Sanità: Censis, 5 mln italiani hanno avuto prescrizioni inutili ROMA - Gli italiani ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata in occasione del VI Welfare Day che si celebra oggi. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni". 08/06/16 13:50 ansa

a cura di AXESS PR

La crisi taglia le cure mediche, 11 milioni vi rinunciano

È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. 5 mln di italiani hanno avuto prescrizioni inutili. Aumentata di 80 euro in due anni la spesa privata. Lorenzin: non si fanno nozze con i fichi secchi La crisi taglia le cure mediche, 11 milioni vi rinunciano cronaca Per Lorenzin 'non si fanno nozze con fichi secchi' Sanita', 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche ROMA - Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Lorenzin, non si fanno nozze con fichi secchi "E' chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi. Lo afferma il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando i dati Censis secondo cui 11 milioni di italiani rinunciano a cure. 09/06/16 09:50 ansa

a cura di AXESS PR

Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche

Per Lorenzin 'non si fanno nozze con fichi secchi' Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche salute Per Lorenzin 'non si fanno nozze con fichi secchi' Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche ROMA - Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Lorenzin, non si fanno nozze con fichi secchi "E' chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi. Lo afferma il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando i dati Censis secondo cui 11 milioni di italiani rinunciano a cure. 08/06/16 15:50 ansa

a cura di AXESS PR

Sanita': aumentata di 80 euro in 2 anni la spesa privata

Censis- Rbm, tocca i 34, 5 mld e cresce del 3, 2% Sanita': aumentata di 80 euro in 2 anni la spesa privata salute Censis- Rbm, tocca i 34, 5 mld e cresce del 3, 2% Sanita': aumentata di 80 euro in 2 anni la spesa privata ROMA - In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa out of pocket destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata in occasione del VI Welfare Day che si celebra oggi. Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. 11/06/16 05:53 ansa

a cura di AXESS PR

Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche

Per Lorenzin 'non si fanno nozze con fichi secchi' Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche salute Per Lorenzin 'non si fanno nozze con fichi secchi' Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche ROMA - Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Lorenzin, non si fanno nozze con fichi secchi "E' chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi. Lo afferma il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando i dati Censis secondo cui 11 milioni di italiani rinunciano a cure. 11/06/16 05:53 ansa

a cura di AXESS PR

La crisi taglia le cure mediche, rinunciano 11 milioni di italiani

È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. 5 mln di italiani hanno avuto prescrizioni inutili. Aumentata di 80 euro la spesa privata. Lorenzin: non si fanno nozze con i fichi secchi La crisi taglia le cure mediche, rinunciano 11 milioni di italiani prima pagina Per Lorenzin 'non si fanno nozze con fichi secchi' Sanita', 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche ROMA - Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Lorenzin, non si fanno nozze con fichi secchi "E' chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi. Lo afferma il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando i dati Censis secondo cui 11 milioni di italiani rinunciano a cure. 08/06/16 15:50 ansa

Salute, liste d'attesa e costi proibitivi 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

Censis: 'fuga' dalla sanità pubblica, spesa privata sale del 3% Salute, liste d'attesa e costi proibitivi 11 milioni di italiani rinunciano alle cure prima pagina Sono due milioni in più rispetto a 2012. Anziani quasi un quarto di chi salta o rinvia esami e terapie. La spesa privata aumenta del 3% Censis: 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure. Pesano le liste d'attesa PIU' CURE, ma solo per chi può pagare. Se infatti è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini italiani, sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Sono 2 milioni in più rispetto al 2012. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI 'Welfare Day'. Anziani quasi un quarto. Se gli italiani spendono meno e risparmiano su molte cose, quando si tratta di cure e terapie, se se le possono permettere, preferiscono non rinunciare. L'incremento della spesa sostenuta dai cittadini è stato del 3,2% nel 2013-2015, il doppio dell'aumento di quella complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%. La 'sanità negata' mette a rischio soprattutto le fasce più deboli della popolazione: riguarda 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial, la generazione nata tra la metà degli anni Ottanta e i primi anni del Duemila. Pensionati e quei giovani, spesso senza un posto di lavoro e con una vita precaria, che rinunciano a curarsi. Una tendenza quella di 'tagliare' le spese sanitarie legata alla crisi e economica ed emersa nei precedenti rapporti del Censis e dell'Istat. Caro ticket. L'andamento della spesa sanitaria privata - segnala ancora l'indagine Censis-Rbm Assicurazione Salute - è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso della diminuzione dei prezzi di alcuni prodotti e servizi sanitari. Nel Servizio sanitario nazionale il ticket è aumentato fino a superare il costo della stessa prestazione in una struttura privata. Il 45,4% dei cittadini ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. Questo dato cresce di 5,6 punti percentuali rispetto al 2013. Le liste d'attesa. Il 72,6% delle persone che hanno dovuto scegliere la sanità privata lo ha fatto a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Sono inoltre 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Peggiora la qualità del Ssn. Per il 45% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è poi peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma - secondo l'indagine - delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Le polizze. Più di un italiano su due, il 57%, pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa, dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico. Secondo l'indagine sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, segnalano gli assicuratori nello studio, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui in più per la salute. E si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. 08/06/16 13:20 repubblica

Censis: per colpa delle liste d'attesa 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

Sono due milioni in più rispetto a 2012, in particolare 2,4 milioni di anziani. La spesa privata aumenta del 3% Censis: per colpa delle liste d'attesa 11 milioni di italiani rinunciano alle cure salute Sono due milioni in più rispetto al 2012. Anziani quasi un quarto di chi salta o rinvia esami e terapie. Chi può si rivolge ai privati: spesa aumentata del 3%. Lorenzin: "Non si fanno le nozze coi fichi secchi" Censis: 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure. Pesano le liste d'attesa PIU' CURE, ma solo per chi può pagare. Se infatti è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini italiani, sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Sono 2 milioni in più rispetto al 2012. E' quanto emerge da una ricerca Censis commissionata da Rbm Assicurazione Salute (società privata che vende polizze a copertura di spese sanitarie), presentata oggi a Roma al VI 'Welfare Day'. Anziani quasi un quarto. Se gli italiani spendono meno e risparmiano su molte cose, quando si tratta di cure e terapie, se se le possono permettere, preferiscono non rinunciare. L'incremento della spesa sostenuta dai cittadini è stato del 3,2% nel 2013-2015, il doppio dell'aumento di quella complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%. La 'sanità negata' mette a rischio soprattutto le fasce più deboli della popolazione: riguarda 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial, la generazione nata tra la metà degli anni Ottanta e i primi anni del Duemila. Pensionati e quei giovani, spesso senza un posto di lavoro e con una vita precaria, che rinunciano a curarsi. Una tendenza quella di 'tagliare' le spese sanitarie legata alla crisi e economica ed emersa nei precedenti rapporti del Censis e dell'Istat. Caro ticket. L'andamento della spesa sanitaria privata - segnala ancora l'indagine - è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso della diminuzione dei prezzi di alcuni prodotti e servizi sanitari. Nel Servizio sanitario nazionale il ticket è aumentato fino a superare il costo della stessa prestazione in una struttura privata. Il 45,4% dei cittadini ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. Questo dato cresce di 5,6 punti percentuali rispetto al 2013. Le liste d'attesa. Il 72,6% delle persone che hanno dovuto scegliere la sanità privata lo ha fatto a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Sono inoltre 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. "Peggiora la qualità del Ssn". Per il 45% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è poi peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma - secondo l'indagine - delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Il commento di Lorenzin - "E' chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over - ha commentato Beatrice Lorenzin, ministro della Sanità - . Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi". Lorenzin ha aggiunto che proporrà di inserire nel decreto sulle nomine dei direttori generali delle aziende sanitarie "una norma che imponga di valutare i manager anche in relazione agli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa". 08/06/16 17:23 repubblica

Sanita': aumentata di 80 euro in 2 anni la spesa privata

Censis- Rbm, tocca i 34, 5 mld e cresce del 3, 2% Sanita': aumentata di 80 euro in 2 anni la spesa privata salute Censis- Rbm, tocca i 34, 5 mld e cresce del 3, 2% Sanita': aumentata di 80 euro in 2 anni la spesa privata ROMA - In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa out of pocket destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata in occasione del VI Welfare Day che si celebra oggi. Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. 08/06/16 13:50 ansa

a cura di AXESS PR

Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

Censis-Rbm, si rinvia o si rinuncia per difficoltà economiche Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano alle cure salute
Censis-Rbm, si rinvia o si rinuncia per difficoltà economiche Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure ROMA -
Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". 08/06/16 13:50 ansa

La crisi taglia le cure, 11 milioni rinunciano

È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. 5 mln di italiani hanno avuto prescrizioni inutili. Aumentata di 80 euro in due anni la spesa privata La crisi taglia le cure, 11 milioni rinunciano cronaca Lorenzin: non si fanno nozze con fichi secchi Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche ROMA - Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Lorenzin, non si fanno nozze con fichi secchi "E' chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi. Lo afferma il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando i dati Censis secondo cui 11 milioni di italiani rinunciano a cure. 08/06/16 14:50 ansa

a cura di AXESS PR

11 milioni italiani rinunciano a cure

È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day 11 milioni italiani rinunciano a cure cronaca Censis-Rbm, si rinvia o si rinuncia per difficoltà economiche Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure ROMA - Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". 08/06/16 13:50 ansa

Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure

Censis-Rbm, si rinvia o si rinuncia per difficoltà economiche Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure salute
Censis-Rbm, si rinvia o si rinuncia per difficoltà economiche Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure ROMA -
Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". 08/06/16 13:50 ansa

Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016.

-->Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016. --> AdnKronos | commenti | 1 2 3 4 5 -->
Roma, 8 giu. (AdnKronos Salute) - Più cure, ma solo per chi può pagarsele. Se infatti è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini dello Stivale (con un incremento del 3,2% nel 2013-2015, il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%), sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Ben 2 milioni in più rispetto al 2012. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI 'Welfare Day'. Al cambiamento 'meno sanità pubblica, più sanità privata' si aggiunge, dunque, il fenomeno della sanità negata: 'niente sanità senza soldi'. Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial. L'andamento della spesa sanitaria privata - evidenzia l'indagine - è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Per il 45% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è poi peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma - secondo l'indagine - delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. --> 09/06/2016 AdnKronos

Censis. 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure per difficoltà economiche. Aumenta la spesa privata: liste d'attesa troppo lunghe e l'intramoenia è sempre più una scorcioia

seguì quotidianosanita.it Tweet stampa Censis. 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure per difficoltà economiche. Aumenta la spesa privata: liste d'attesa troppo lunghe e l'intramoenia è sempre più una scorcioia Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni. Il ricorso al privato è dovuto anche al forte aumento dei ticket: 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. E sono 7,1 mln coloro che hanno scelto l'intramoenia. Di questi il 66,4% per saltare le liste d'attesa. LA RICERCA 08 GIU - In Italia cresce la spesa sanitaria privata che è arrivata a 34,5 miliardi di euro, con un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%. Una dinamica dovuta in parte all'allungamento progressivo delle liste d'attesa, che rappresenta il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Un altro motivo non meno importante è il forte aumento dei ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. Sono gli elementi principali che emergono dalla ricerca del Censis-Rbm Assicurazione Salute 'Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo'. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. E sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più rispetto al 2012) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Un fenomeno che riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). Il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Sono più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa, evidenzia la ricerca, si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. 08 giugno 2016

Ssn. Nel 2015 11 mln di italiani hanno rinunciato a cure per difficoltà economiche. Aumenta spesa privata: liste d'attesa troppo lunghe. La ricerca del Censis

segui quotidianosanita.it Tweet stampa Ssn. Nel 2015 11 mln di italiani hanno rinunciato a cure per difficoltà economiche. Aumenta spesa privata: liste d'attesa troppo lunghe. La ricerca del Censis Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni. Il ricorso al privato è dovuto anche al forte aumento dei ticket: 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. E sono 7,1 mln coloroche hanno scelto l'intramoenia. LA RICERCA 08 GIU - In Italia cresce la spesa sanitaria privata che è arrivata a 34,5 miliardi di euro, con un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%. Una dinamica dovuta in parte all'allungamento progressivo delle liste d'attesa, che rappresenta il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Un altro motivo non meno importante è il forte aumento dei ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. Sono gli elementi principali che emergono dalla ricerca del Censis -Rbm Assicurazione Salute 'Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo'. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). Il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Sono più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa, evidenzia la ricerca, si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. 08 giugno 2016

Ssn in crisi? Ceconi (Cgil): "Da Censis quadro allarmante ma risposta non è 'più sanità privata'"

segui quotidianosanita.it Tweet stampa Ssn in crisi? Ceconi (Cgil): "Da Censis quadro allarmante ma risposta non è 'più sanità privata'" Il responsabile salute del sindacato torna sui numeri emersi dalla recente indagine Censis. Ma critica la ricetta di una sanità sempre più privata. "Occorre prima di tutto dare più forza al Servizio Sanitario Nazionale pubblico e universale, indebolito da anni di tagli. Direzione che non sembra prendere il Governo". 10 GIU - "Siamo di fronte ad un quadro sempre più allarmante per il diritto alla salute dei cittadini, con oltre undici milioni di persone che rinunciano alle cure, ma la risposta non può essere 'più sanità privata', ovvero solo per chi può pagarsela: occorre prima di tutto dare più forza al Servizio Sanitario Nazionale pubblico e universale, indebolito da anni di tagli. Direzione che non sembra prendere il Governo, che prevede invece una diminuzione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil da qui al 2019". Così Stefano Ceconi, Responsabile Politiche della Salute della Cgil nazionale a proposito di quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata ieri in occasione del Welfare Day 2016. "L'analisi del Censis è condivisibile - sostiene Ceconi - ma lo è meno la ricetta proposta: affiancare un pilastro privato a quello pubblico rappresentato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) perché questo ormai è in crisi. Attenzione, se vogliamo davvero mantenere la tutela della salute come diritto fondamentale, prima di tutto bisogna dare più forza al SSN pubblico e universale indebolito da anni di tagli e il cui destino è in pericolo". "Infatti - spiega lanciando l'allarme il dirigente sindacale - se si attueranno le previsioni del Governo, che vuole portare l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil al 6,5% nel 2019 (vedi l'analisi Cgil sul Def 2016) l'Italia scenderà al livello di guardia sotto il quale l'OMS segnala pericolo per il diritto alla salute e all'accesso alle cure dei cittadini". "Per questo - prosegue - occorre investire nel SSN pubblico: per tagliare le liste di attesa, ridurre i ticket, riqualificare l'offerta di servizi verso la nuova domanda di salute e di cure, dovuta all'invecchiamento della popolazione e a quella che l'OMS definisce 'l'epidemia globale delle malattie croniche'. Una domanda sempre più bisognosa di prevenzione, assistenza nel territorio, integrazione fra sanità e sociale". "Solo con un forte SSN - continua Ceconi - l'assistenza sanitaria integrativa può aiutare a colmare lacune, ad alleggerire il peso della spesa socio sanitaria privata che oggi grava sui cittadini (quasi 30 miliardi)". "Questo vuol dire orientare la direzione di marcia degli attuali fondi sanitari che, invece di offrire prestazioni aggiuntive e realmente integrative (odontoiatria, non autosufficienza, personalizzazione delle cure anche nel servizio pubblico, ecc.), coprono troppe prestazioni sostitutive già presenti nei Livelli Essenziali di Assistenza. E questo - sottolinea Responsabile Politiche della Salute della Cgil nazionale - è anche un compito del sindacato che ha istituito molti di questi fondi". "Peraltro - ricorda in conclusione Ceconi - la recente proposta di Cgil, Cisl e Uil sul nuovo modello di relazioni industriali, circa il welfare contrattuale è chiara e va proprio in questa direzione, sostenendo che i fondi contrattuali di sanità integrativa non possono rappresentare una scelta di indebolimento del sistema universale di tutela ma, al contrario, attraverso convenzioni con le strutture pubbliche, possono a loro volta interagire e rappresentarne un fattore di sostegno". 10 giugno 2016

L'azzoppamento della guardia medica

L'azzoppamento della guardia medica Si scrive H16 e si legge smantellamento della guardia medica notturna. Un'idea, con relativo provvedimento, che vuole passare sulle teste dei medici di famiglia e sulla pelle di milioni di cittadini. Un atto detestabile che, infatti, è contestato trasversalmente perché non si potrebbe fare altrimenti: vuole declassare l'assistenza sanitaria d'emergenza da full time a part time. La continuità assistenziale non sarà più garantita per le ventiquattro ore, ma soltanto per sedici. Non è una protesta dei soli camici bianchi o dei sindacati o del 118, che paventano un ulteriore carico d'impegno, e non è una questione di secondo piano. Ne va della salute soprattutto degli anziani e, specialmente, di chi vive nell'entroterra: in caso d'emergenza, i pazienti dovrebbero raggiungere da soli il pronto di notte, magari percorrendo decine di chilometri - bisogna dirlo: alla sperindio. Questo "atto d'indirizzo" diventerebbe un passo determinante per la privatizzazione della sanità. E' un nodo politico che - opportunamente - tanti politici preferiscono non pubblicizzare troppo, per farlo passare sotto silenzio. Se dovesse concretizzarsi, qualche privato sarebbe pronto ad organizzarsi per colmare il "vuoto": a pagamento. E sminuzzando la continuità assistenziale (un filtro e servizio gratuito) si apre la strada alle convenzioni con gli ambulatori h24, per esempio, che farebbero la parte dell'attuale guardia medica, ma facendosi pagare. Nell'ultimo anno sono stati undici milioni gli italiani che hanno rinunciato alle cure mediche a causa delle ristrettezze economiche: la ricerca Censis-Rbm è uscita proprio qualche giorno fa. I conti non si fanno solo con l'erario, ma con le tasche di tutti, quando in ballo ci sono i diritti primari. Felix Lammardo

L'azzoppamento della guardia medica

--> Savona | venerdì 10 giugno 2016, 17:00 L'azzoppamento della guardia medica Si scrive H16 e si legge smantellamento della guardia medica notturna. Un'idea, con relativo provvedimento, che vuole passare sulle teste dei medici di famiglia e sulla pelle di milioni di cittadini. Un atto detestabile che, infatti, è contestato trasversalmente perché non si potrebbe fare altrimenti: vuole declassare l'assistenza sanitaria d'emergenza da full time a part time. La continuità assistenziale non sarà più garantita per le ventiquattro ore, ma soltanto per sedici. Non è una protesta dei soli camici bianchi o dei sindacati o del 118, che paventano un ulteriore carico d'impegno, e non è una questione di secondo piano. Ne va della salute soprattutto degli anziani e, specialmente, di chi vive nell'entroterra: in caso d'emergenza, i pazienti dovrebbero raggiungere da soli il pronto di notte, magari percorrendo decine di chilometri - bisogna dirlo: alla sperindio. Questo "atto d'indirizzo" diventerebbe un passo determinante per la privatizzazione della sanità. E' un nodo politico che - opportunamente - tanti politici preferiscono non pubblicizzare troppo, per farlo passare sotto silenzio. Se dovesse concretizzarsi, qualche privato sarebbe pronto ad organizzarsi per colmare il "vuoto": a pagamento. E sminuzzando la continuità assistenziale (un filtro e servizio gratuito) si apre la strada alle convenzioni con gli ambulatori h24, per esempio, che farebbero la parte dell'attuale guardia medica, ma facendosi pagare. Nell'ultimo anno sono stati undici milioni gli italiani che hanno rinunciato alle cure mediche a causa delle ristrettezze economiche: la ricerca Censis-Rbm è uscita proprio qualche giorno fa. I conti non si fanno solo con l'erario, ma con le tasche di tutti, quando in ballo ci sono i diritti primari. Felix Lammardo

a cura di AXESS PR

Welfare day, Censis: 11 milioni di italiani hanno rinunciato a curarsi nel 2015

Welfare day, Censis: 11 milioni di italiani hanno rinunciato a curarsi nel 2015 By Redazione - 9 giugno 2016 4 0 Share on Facebook Tweet on Twitter tweet Presentata al VI «Welfare Day» la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute sulla sanità integrativa Più sanità solo per chi può pagarsela: nell'ultimo anno 11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie Aumenta la spesa sanitaria privata: 34,5 miliardi di euro (+3,2% negli ultimi due anni). Incubo liste d'attesa: 10 milioni di italiani ricorrono di più al privato e 7 milioni all'intramoenia perché non possono aspettare. Sono 26 milioni i cittadini che si dicono propensi ad aderire alla sanità integrativa. Ma nessuno tocchi il mio medico: più di 5 milioni di italiani hanno ricevuto prescrizioni di farmaci e visite inutili, eppure il 64% è contrario alla legge che stabilisce se una prestazione si paga con il ticket o per intero, e il 51% non vuole sanzioni per i dottori Roma, 8 giugno 2016 Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI «Welfare Day». «Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano», ha detto Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. «Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti», ha concluso Vecchietti. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento «meno sanità pubblica, più sanità privata» si aggiunge il fenomeno della sanità negata: «niente sanità senza soldi». Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale Comunicato stampa CENSIS Comunicato stampa CENSIS sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al NordOvest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione

Welfare day, Censis: 11 milioni di italiani hanno rinunciato a curarsi nel 2015

sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. Questi sono i principali risultati della ricerca di Censis-Rbm Assicurazione Salute «Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo», presentata oggi a Roma al VI «Welfare Day», a cui sono intervenuti, tra gli altri, Giuseppe De Rita e Carla Collicelli del Censis, Roberto Favaretto, Presidente di Rbm Assicurazione Salute, e Marco Vecchietti, Consigliere Delegato di Rbm Assicurazione Salute.

RBM Assicurazione Salute: Vecchietti presenta IES, l'indice di effettività sanitaria delle Forme Sanitarie Integrative

RBM Assicurazione Salute: Vecchietti presenta IES, l'indice di effettività sanitaria delle Forme Sanitarie Integrative By Redazione - 13 giugno 2016 4 0 Share on Facebook Tweet on Twitter tweet Indice di Effettività Sanitaria ovvero un indice per misurare la capacità di Fondi Sanitarie e Polizze Salute Individuali di intermediare la spesa privata degli italiani. È stato uno dei temi affrontati da Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di RBM Assicurazione Salute nel corso del suo intervento durante il VI Welfare Day, di scena a Palazzo Colonna a Roma. Un'ampia relazione la sua, fatta di dati di una ricerca portata avanti da RBM Assicurazione Salute insieme al Censis. "Per misurare la qualità delle prestazioni sanitarie garantite da Fondi Sanitari e Polizze Salute Individuali abbiamo sviluppato un indice statistico denominato "IES" (Indice di Effettività Sanitaria) delle Forme Sanitarie Integrative ha dichiarato Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di RBM Assicurazione Salute -. Considerato l'importante funzione sociale che già oggi le Forme Sanitarie Integrative svolgono garantendo il rimborso delle spese sanitarie sostenute di tasca propria dagli italiani, riteniamo fondamentale che i cittadini siano in grado di misurare l'efficacia delle diverse soluzioni a loro disposizione. Per la determinazione dell'indice IES sono utilizzati una serie parametri statistici per ciascuna categoria di prestazioni (ospedaliere, lata diagnostica, specialistica, analisi di laboratorio ed accertamenti, farmaci ed odontoiatria) e per ogni tipologia di Forma Sanitaria Integrativa (Polizze Salute Individuali, Fondi Sanitari Contrattuali, Fondi Sanitari Aziendali, Fondi Sanitari Territoriali, Fondi Sanitari degli Enti Previdenziali dei Liberi Professionisti e Fondi Sanitari delle Pubbliche Amministrazioni): che consentono, in sintesi, di valutare il rapporto qualità/prezzo garantito da ciascuna Forma Sanitaria Integrativa e la capacità di intermediare (ovvero risarcire) la spesa sanitaria privata pagata dal cittadino". L'indice lavora su base 100, tanto più elevato è l'indice tanto maggiore è la qualità dell'assistenza sanitaria integrativa garantita al cittadino. Tra i principali parametri valutati, su un campione di oltre 90 Forme Sanitarie Integrative si segnalano l'ammissibilità a rimborso di una serie più o meno ampia di prestazioni; la frequenza di accadimento delle prestazioni assicurate (ovvero la probabilità più o meno elevata che l'evento risarcibile dia luogo effettivamente ad un rimborso), l'ammontare dei massimali di spesa, l'ammontare complessivo delle quote di compartecipazione alla spesa per gli assicurati (si tratta dei c.d. "scoperti/franchigie" ovvero della quota di spesa che la Forma Sanitaria Integrativa lascia comunque a carico dei propri assicurati), l'ammontare del premio/contributo pro capite che l'assicurato deve versare per beneficiare delle prestazioni sanitarie e il totale del risarcito medio pro capite dalla Forma Sanitarie Integrativa rispetto all'ammontare della spesa privata media pro capite in Italia. Sulla base delle elaborazioni dell'Indice IES per l'annualità 2015 nella Top 5 stilata da RBM Assicurazione Salute la maggiore capacità di intermediazione della spesa privata risulta garantita dalle Forme Sanitarie Aziendali (con un indice di 70,87), seguiti dalle Forme Sanitarie istituiti dalla Pubbliche Amministrazioni (IES 59,52), dalle Forme Sanitarie Territoriali (IES 51,31) al momento operativi solo in Veneto, Alto Adige, Lombardia e Liguria per proseguire con le Forme Sanitarie istituite dalla Contrattazione Collettiva Nazionale (IES 49,87) e chiudere con le Forme Sanitarie istituiti dagli Enti Previdenziali a favore dei Liberi Professionisti (IES 46,96). Per quanto concerne invece le prestazioni erogate l'indice IES indica che la miglior copertura delle prestazioni ospedaliere (ricoveri ed interventi chirurgici), delle prestazioni di alta diagnostica, delle visite specialistiche e dei farmaci è garantita dalle Forme Sanitarie Aziendali, la miglior copertura degli accertamenti diagnostici è garantita dalle Forme Sanitarie Territoriali, mentre la miglior copertura delle prestazioni odontoiatriche è offerta dalle Forme Sanitarie istituite dalle Pubbliche Amministrazioni. "Complessivamente sintetizza Vecchietti possiamo dire che attualmente il settore della Sanità Integrativa vede una coesistenza di Forme Sanitarie Integrative che si avvalgono di Polizze Assicurative (oltre il 62% del totale) e di Forme Sanitarie che utilizzano modelli di autoassicurazioni del rischio (poco meno del 38%, in linea di massima sono i Fondi Sanitari di risalente istituzione riservati ai Dirigenti). In questo contesto le Forme Sanitarie Aziendali sono quelle che garantiscono la maggior effettività sanitaria ovvero, in altre parole, che riducono al massimo l'incidenza della spesa sanitaria privata sulle tasche dei propri assicurati. Le Forme Sanitarie istituite dalle Pubbliche Amministrazioni (per il proprio personale) offrono un buon livello di protezione sanitaria anche se assorbono un contributo mediamente piuttosto elevato (circa 660 Euro a persona). Le Forme Sanitarie Integrative istituite dagli Enti Previdenziali privatizzati per i liberi professionisti (per intenderci la Cassa del Notariato, INARCASSA, L'Ente Previdenziale dei Veterinari, L'Ente Previdenziale dei Medici, la Cassa Forense etc) garantiscono una copertura importante ma solo (prevalentemente) in area ospedaliera. Le Forme Sanitarie istituite dalla Contrattazione Collettiva Nazionale offrono coperture mediamente adeguate ma presentano ampi margini di miglioramento delle proprie prestazioni e di incremento della propria capacità di intermediazione della spesa sanitaria privata. Al riguardo si ritiene

RBM Assicurazione Salute: Vecchietti presenta IES, l'indice di effettività sanitaria delle Forme Sanitarie Integrative

importante favorire dei meccanismi di selezione delle Compagnie Assicuratrici che siano in grado di promuovere una competizione tra i partecipanti incentrata sulla qualità delle prestazioni sanitarie garantite. Da ultimo, interessante appare la recente esperienza delle Forme Sanitarie Territoriali che garantiscono ai lavoratori migliori livelli di copertura assistenziale in area diagnostica ed odontoiatrica ma che risultano allo stato attuabili solo in Regioni che garantiscano una buona tenuta dei propri Sistemi Sanitari Regionali in campo ospedaliero." In conclusione chiude Vecchietti "anche in considerazione del ruolo crescente che le Forme Sanitarie Integrative sono chiamate a svolgere a sostegno dei cittadini e delle famiglie appare fondamentale svolgere un monitoraggio continuativo della qualità delle prestazioni sanitarie garantite da ciascuna Forma ai cittadini. In quest'ottica bisognerebbe ripensare anche allo stesso meccanismo dei benefici fiscali applicati ai premi/contributi versati alla Sanità Integrativa collegandolo al livello di intermediazione della spesa sanitaria privata garantita da ciascuna Forma Sanitaria Integrativa".

a cura di AXESS PR

RAPPORTO RBM ASSICURAZIONE SALUTE - CENSIS: VECCHIETTI, "BUSTA BLU" PER CONOSCERE ACCESSIBILITA' E COSTI DELLE CURE DEGLI ITALIANI

RAPPORTO RBM ASSICURAZIONE SALUTE - CENSIS: VECCHIETTI, "BUSTA BLU" PER CONOSCERE ACCESSIBILITA' E COSTI DELLE CURE DEGLI ITALIANI By Redazione - 12 giugno 2016 5 0 Share on Facebook Tweet on Twitter tweet "Serve urgentemente un Tavolo Tecnico presso il Ministero della Salute, che individui soluzioni urgenti in materia di gestione della spesa sanitaria privata e ruolo della sanità integrativa in Italia, come secondo pilastro sanitario - dichiara Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di RBM Assicurazione Salute. Il Servizio Sanitario Nazionale, da solo non può più fare fronte ai nuovi bisogni di salute dei cittadini. Non dobbiamo dimenticare, infatti, che le esigenze di cura delle persone sono molto cambiate da quando alla fine degli anni 70 il S.S.N. è stato avviato. Oggi è necessario finanziare ricerca, prevenzione, nuovi farmaci e misurarsi con la sfida della longevità. Non c'è da mettere sotto accusa nessuno ma, se il Servizio Sanitario Nazionale, come quello del resto dei principali Paesi dell'area OCSE è a rischio di sostenibilità occorre solo prenderne atto e agire per identificare le contromisure necessarie. Come dimostra il VI rapporto RBM Assicurazione Salute sul sistema sanitario sulla sanità privata e le forme sanitarie integrative occorre puntare con decisione ad una riforma del sistema sanitario del nostro Paese alla quale concorrano tutti gli stakeholder, incluse le Compagnie Assicuratrici ed i Fondi Sanitari Integrativi, per identificare fonti di finanziamento aggiuntivo che consentano ai cittadini di mantenere livelli di assistenza adeguati. E' importante sottolineare prosegue Vecchietti - che, con un premio assicurativo-contributo pari al 70% dell'attuale spesa sanitaria privata pagata di tasca propria dagli italiani, la sanità integrativa sarebbe in grado di assorbire integralmente il costo delle cure private pagato dai cittadini". Secondo la professoressa Isabella Mastrobuono, docente di organizzazione sanitaria presso l'Università Luiss - "Potrebbe essere utile avviare un percorso a livello nazionale per la definizione delle priorità in sanità con la partecipazione attiva dei cittadini. Il processo è attivo da oltre 20 anni in molti Paesi europei come la Svezia, la Norvegia dove vigono servizi sanitari nazionali che di certo non sono stati "smantellati". La risposta al fabbisogno crescente della popolazione sulla base di criteri etici di solidarietà consentirebbe di individuare classi di priorità sulle quali allocare le risorse finanziarie disponibili. Per le classi di priorità più bassa potrebbero essere inserite le forme integrative di assistenza in una ottica di cooperazione e di presa in carico del paziente su percorsi assistenziali condivisi". L'adesione degli italiani, anche su base individuale, alle diverse forme di sanità integrativa attualmente operative (Polizze Salute e Fondi Sanitari) potrebbe eliminare l'impatto economico delle cure private sul reddito familiare e garantire al tempo stesso maggiore accessibilità alle cure attraverso la riduzione delle liste di attesa ed il contenimento del costo dei ticket. RBM Assicurazione Salute, sottolinea Vecchietti, insieme alle altre Forme Sanitarie Integrative è pronta a fare la sua parte, ma servono segnali forti e concreti dal Governo per aprire immediatamente un tavolo di lavoro sulla riforma del sistema sanitario e sul ruolo della sanità integrativa. I cittadini italiani devono avere piena consapevolezza di quanto oggi già spendono di tasca propria (oltre 568 Euro a persona nel 2015, con un incremento di 80 euro pro capite nell'ultimo biennio) per curarsi privatamente per una serie di motivazioni note e di quanto spenderanno nel prossimo futuro ed essere messi nelle condizioni di decidere come gestire la propria situazione sanitaria. Chiediamo alle Istituzioni, a volte un po' assenti su questo tema di metterlo come primo punto nella lista delle priorità dell'agenda degli obiettivi per il Paese nei prossimi anni. Non servono dispute ideologiche su che tipo di Sistema Sanitario vogliamo costruire perché la scelta per un Servizio Sanitario Nazionale la abbiamo già fatta ma occorre fare un robusto tagliando al sistema attuale per poter continuare a garantire davvero "tutto a tutti", evitando di trincerarsi dietro ad un presunto universalismo sanitario di facciata. "Bisognerebbe consentire conclude Vecchietti - l'adesione alle Forme Sanitarie Integrative (Polizze Salute e Fondi Sanitari) anche su base volontaria ed individuale, magari estendendo il regime fiscale incentivante oggi riservato ai soli lavoratori dipendenti, perché oggi un Secondo Pilastro Sanitario è una necessità per tutti. Occorre superare gli stereotipi e i pregiudizi manichei che considerano ancora la sanità integrativa un benefit per gli alti dirigenti aziendali o un prodotto riservato ai più ricchi ed informare i cittadini che la Sanità Integrativa non è uno strumento che sostituisce il Servizio Sanitario Nazionale ma, è una forma di tutela aggiuntiva che rafforzerebbe per tutti i livelli di protezione sociale". Secondo Stefano Cuzzilla, Presidente di Federmanager, sono almeno tre le azioni da mettere in campo per sostenere un'efficace sinergia tra sanità pubblica e integrativa: "Va riordinata la normativa riguardante il secondo pilastro della sanità, che aspetta da tempo un intervento legislativo, sostenendo una politica fiscale di favore che induca le imprese, attraverso misure di defiscalizzazione, ad aderire a coperture sanitarie integrative previste a livello di contrattazione nazionale e/o aziendale. In secondo luogo - ha avvertito Cuzzilla è bene che la prevenzione sia inserita nel novero delle

RAPPORTO RBM ASSICURAZIONE SALUTE - CENSIS: VECCHIETTI, "BUSTA BLU" PER CONOSCERE ACCESSIBILITA' E COSTI DELLE CURE DEGLI ITALIANI

prestazioni integrative, perché da questo possono derivare enormi benefici per il Servizio Sanitario Nazionale e per il diritto del cittadino ad accedere a prestazioni di qualità. Infine, bisogna incentivare l'azione di intermediazione che i Fondi sanitari integrativi svolgono rispetto alla spesa privata sostenuta dai cittadini di tasca propria e che, dai dati presentati, risulta in costante crescita. Da questo punto di vista, questa azione di intermediazione si presenta anche come un utile antidoto contro la spesa "sommersa", pagata dai cittadini senza ottenere ricevuta alcuna".

a cura di AXESS PR

Difficoltà economiche, 11 milioni di italiani rinunciano a cure

Difficoltà economiche, 11 milioni di italiani rinunciano a cure Pin It Mercoledì 08 Giugno 2016 Il dato è allarmante: 11 milioni di italiani nel 2016, ben 2 milioni in più rispetto al 2012, hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche o sono ricorsi al privato per ovviare alle lunghe liste di attesa. A denunciarlo è una ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day, alla quale replica prontamente il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin: "E' un problema che abbiamo presente e trovare una soluzione per noi rappresenta una priorità". Ma, avverte, "deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi". "E' chiaro - spiega il ministro - che il Sistema Sanitario Nazionale deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie italiane stanno vivendo, e questa indagine del Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario Nazionale per gli anni 2017 e 2018, che intendiamo utilizzare per sbloccare il turn over e stabilizzare il personale sanitario precario, rifinanziare il Fondo per l'epatite C, coprire i costi dei nuovi farmaci oncologici e garantire a tutti i cittadini accesso gratuito alle cure". Ma il ministro individua al contempo una soluzione al problema, che passa, spiega, "da una profonda riorganizzazione del sistema delle liste di attesa, soprattutto in alcune regioni italiane". L'obiettivo è cioè quello di "uniformare l'intero territorio nazionale su standard elevati" ed a tal fine, annuncia, "ho intenzione di proporre l'inserimento nel mio decreto legislativo sulla nomina dei Direttori Generali delle aziende sanitarie di una norma che imponga di valutare i manager anche in relazione agli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa". Intanto, afferma, "una prima svolta verrà a breve introdotta con i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, con l'ingresso nel Servizio sanitario nazionale Ssn di nuove prestazioni gratuite attese da 15 anni". Lo studio Censis ha suscitato anche la forte critica del segretario generale della Cgil Susanna Camusso, secondo la quale questi dati "sono la dimostrazione che aver progressivamente ridotto gli investimenti nel Ssn mette le persone in condizione di non curarsi. E' la logica dei commissariamenti e dei tagli". E per il Movimento 5 Stelle "la frana del nostro sistema sanitario si è già trasformata in una valanga, e ad essere responsabili, intenzionalmente, di questa demolizione sono il ministro della Salute e tutto il governo. Le conseguenze dei continui tagli inflitti alla sanità oggi sono stati evidenziati dalla ricerca Censis-Rbm". Critico pure il sindacato dei medici dirigenti Anaa, che denuncia come "il taglio dei fondi alla Sanità non si sia mai interrotto". E se il Codacons parla di "dati vergognosi per un paese civile", la segretaria nazionale della Fp Cgil, Cecilia Taranto, e il segretario nazionale della Fp Cgil Medici, Massimo Cozza, commentano: "Ha ragione il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, quando afferma che non si possono fare le nozze con i fichi secchi. Ma questa affermazione dovrebbe essere rivolta al suo governo che, attraverso precise scelte politiche, continua a destinare più risorse ad altri settori: dagli imprenditori alle banche".

Sanità per chi può pagarsela? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni

Redattore Sociale Sanità per chi può pagarsela? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni --> Ricerca presentata oggi a Roma. Aumenta la spesa sanitaria privata: 34,5 miliardi di euro (+3,2% negli ultimi due anni). Incubo liste d'attesa: 10 milioni di italiani ricorrono di più al privato e 7 milioni all'intramoenia perché non possono aspettare. Sono 26 milioni i cittadini che si dicono propensi ad aderire alla sanità integrativa ROMA - Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI "Welfare Day", dal titolo Salute "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo". "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute -. Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge il fenomeno della sanità negata: "niente sanità senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Sempre secondo il Censis, il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le

Sanità per chi può pagarsela? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni

terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. Da redattoresociale --> 8 giugno 2016

a cura di AXESS PR

Ticket e liste d'attesa. Così gli italiani lasciano il servizio sanitario

Ticket e liste d'attesa. Così gli italiani lasciano il servizio sanitario

Le indagini Ticket e liste d'attesa. Così gli italiani lasciano il servizio sanitario. Liste d'attesa troppo lunghe e costi comunque alti. Così le strutture pubbliche finiscono per spingere i pazienti nelle mani dei privati. E 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi

redazione, 9 Giugno 2016 15:50 Le liste d'attesa troppo lunghe e i costi di molte prestazioni simili o di poco inferiori a quelli proposti dalla strutture private. Sono alcune delle ragioni che spingono gli italiani a rinunciare al servizio pubblico e che spiegano l'aumento della spesa sanitaria privata, arrivata 34,5 miliardi di euro, con un incremento in termini reali del 3,2 per cento negli ultimi due anni. E la tendenza sembra destinata a crescere. Almeno così dicono i dati dell'indagine

Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo, realizzata da Censis-Rbm Assicurazione Salute e presentata al VI Welfare Day (Roma 8 giugno). Perché gli italiani si rivolgono ai privati? I costi La sanità privata in alcuni casi costa tanto quanto quella pubblica. Oggi quasi la metà degli italiani (45, 4%) paga i ticket per prestazioni pubbliche paragonabili alle tariffe del privato. Inoltre, ci sono le liste d'attesa. Tra i 7,1 milioni di italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'entroterra, il 66,4 per cento ha scelto il privato per non aspettare troppo tempo. Il 30,2 per cento si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. «Pagare per acquistare prestazioni sanitarie - scrivono gli autori dell'indagine - è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela». Agli altri resta la scelta peggiore: rinviare o rinunciare del tutto alle prestazioni. Non sono in pochi a gettare la spugna. E se nel 2012 erano 9 milioni oggi sono diventati 11 milioni. La qualità dei servizi Ma i problemi della sanità pubblica, secondo l'indagine, non riguardano solo la quantità, quanto si aspetta o quanto si paga. A scontentare i cittadini non sono solo i giorni di attesa o i costi delle prestazioni, ma anche la qualità del servizio ricevuto. Che per il 45,1 per cento degli italiani nella propria Regione è peggiorata negli ultimi due anni. I più critici sono i cittadini del Centro e del Sud dove la percentuale degli insoddisfatti è rispettivamente del 49 per cento e del 52 per cento. Una piccola minoranza riesce a vedere il bicchiere mezzo pieno: il 13, 5 per cento afferma che la situazione è migliorata. La soluzione Quando il pubblico non soddisfa e il privato è troppo costoso, la soluzione più frequente è ricorrere alla sanità integrativa. Il 57,1 per cento la considera una decisione saggia. Chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa farebbe bene a stipularla. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7 per cento ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25 per cento perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. «È ormai matura - si legge nell'indagine - l'articolazione delle fonti di finanziamento della sanità, e gli italiani sentono che con quel che oggi già spendono per la sanità nel privato, potrebbero in realtà ottenere una copertura sanitaria molto più ampia grazie ai meccanismi della mutualità». Perciò «bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative suggerisce Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia» Non toccate i medici Anche se prescrivono farmaci, visite o accertamenti diagnostici inutili non devono essere sanzionati. La maggior parte degli italiani (51,3%) difende a spada tratta il proprio medico. Il 64 per cento dei pazienti vorrebbe che il medico fosse libero di scegliere in autonomia cosa prescrivere senza imposizioni per legge. La lista delle prestazioni erogabili inserita nel "decreto appropriatezza", insomma, non convince gli italiani che si fidano molto di più delle decisioni del proprio medico.

Sanità, ma non per tutti. Censis: 11 mln rinunciano a prestazioni perchè non hanno soldi

Sanità, ma non per tutti. Censis: 11 mln rinunciano a prestazioni perchè non hanno soldi ROMA - Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. E' arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI "Welfare Day", dal titolo Salute "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo". "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute -. Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perchè i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge il fenomeno della sanità negata: "niente sanità senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Sempre secondo il Censis, il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perchè molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perchè così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perchè spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perchè la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perchè ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perchè giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. (www.redattoresociale.it) 08 giugno 2016

DIRITTI DEI CITTADINI - SALUTE - CENSIS: "PIU' SANITA' SOLO PER CHI PUO' PAGARSELA: NELL'ULTIMO ANNO 11 MILIONI DI ITALIANI HANNO DOVUTO RINUNCIARE A PRESTAZIONI SANITARIE"

DIRITTI DEI CITTADINI - SALUTE - CENSIS: "PIU' SANITA' SOLO PER CHI PUO' PAGARSELA: NELL'ULTIMO ANNO 11 MILIONI DI ITALIANI HANNO DOVUTO RINUNCIARE A PRESTAZIONI SANITARIE" (2016-06-08) Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI «Welfare Day». «Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano», ha detto Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. «Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti», ha concluso Vecchietti. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento «meno sanità pubblica, più sanità privata» si aggiunge il fenomeno della sanità negata: «niente sanità senza soldi». Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. (08/06/2016-ITL/ITNET)

a cura di AXESS PR

Sanita': Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016

Sanita': Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016
Categoria principale: Speciali
Categoria: Salute
Pubblicato: Mercoledì, 08 Giugno 2016 11:49
Scritto da Redazione Stampa Email Roma, 8 giu. (AdnKronos Salute) - Piu' cure, ma solo per chi puo' pagarsela. Se infatti e' arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini dello Stivale (con un incremento del 3,2% nel 2013-2015, il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%), sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficolta' economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Ben 2 milioni in piu' rispetto al 2012. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI 'Welfare Day'. Al cambiamento 'meno sanita' pubblica, piu' sanita' privata' si aggiunge, dunque, il fenomeno della sanita' negata: 'niente sanita' senza soldi'. Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial. L'andamento della spesa sanitaria privata - evidenzia l'indagine - e' tanto piu' significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioe' 5,6 punti percentuali in piu' rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanita' privata rispetto al passato - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si e' rivolto alla sanita' a pagamento anche perche' i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie e' ormai un gesto quotidiano: piu' sanita' per chi puo' pagarsela. Per il 45% degli italiani la qualita' del servizio sanitario della propria regione e' poi peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% e' rimasta inalterata e solo per il 13,5% e' migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa e' il paradigma - secondo l'indagine - delle difficolta' del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanita' a pagamento.  (Adnkronos)

Sanità, Anaa: il Censis mostra i guasti delle scelte del governo

Salute NOTIZIARIO Salute Aids Alcolismo Anoressia - Bulimia Droghe Gioco d'azzardo Psichiatria Approfondimenti
Notizie correlate Sanità per chi può pagarla? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni Salute Banche dati CENSIS
- Centro Studi Investimenti Sociali Organizzazioni Foto Foto Video Essere volontari: i volti e le emozioni negli scatti di
700 fotografi » tutte le photogallery "Shots from Othello", i volti diventano opere d'arte » tutte le photogallery Disabilità,
a Exposanità sport per tutti pensando a Rio 2016 » tutti i video Calendario In primo piano: Capodarco L'Altro Festival.
Voci e immagini per il sociale e l'ambiente 19/06/2016 Sanità, Anaa: il Censis mostra i guasti delle scelte del governo
"La ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day, non dice niente di nuovo a chi, come l'Anaa
Assomed e le altre organizzazioni sindacali dei Medici e dei dirigenti sanitari, da tempo va denunciando la progressiva, e
non ... 08 giugno 2016 - 16:30 Roma - "La ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day, non dice
niente di nuovo a chi, come l'Anaa Assomed e le altre organizzazioni sindacali dei Medici e dei dirigenti sanitari, da
tempo va denunciando la progressiva, e non più silenziosa, diminuzione del perimetro della tutela pubblica della salute ed
il conseguente incremento del welfare privato". Così una nota di Anaa Assomed. "La convivenza di spesa privata ai
livelli più alti tra i Paesi OCSE, direttamente dalle tasche dei cittadini o con l'intermediazione di fondi o assicurazioni, e
di italiani che non si curano per difficoltà economiche- continua- rappresenta il migliore testimonial per l'esistenza della
sanità duale, cui molti da tempo stanno lavorando, e per il "si curi chi può". E, quindi, per un diritto alla salute declinato
non più e non solo in base alla residenza, ma anche al reddito. Se erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel
2016, gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche, e circa il
10% quelli costretti ad indebitarsi per rispondere ai propri bisogni di salute, vuol dire che il definanziamento della sanità
pubblica non si è mai interrotto, a dispetto dei giochi di parole del Governo. Il fatto poi che, in particolare, siano anziani e
giovani, fasce sociali a basso reddito magari residenti nelle periferie urbane, a non riuscire ad ottenere dal servizio
pubblico le prestazioni di cui avrebbero bisogno, spiega più di ogni analisi politica il voto di domenica. Alimentato non
solo dalla protesta, ma anche dal senso di esclusione di pezzi crescenti di popolazione, il cui identikit rappresenta un vero
fattore di rischio per la salute. Se meno sanità, e magari meno sociale, vuol dire anche meno salute per chi ha difficoltà
economiche o vive in determinate aree, significa che non ci si riconosce più negli stessi principi di giustizia sociale. E le
differenze diventano diseguaglianze e divaricazioni all'interno di una stessa comunità nazionale". "Anche il fatto che la
maggioranza degli italiani ritiene 'che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria' e che
l'operazione appropriatezza sia nata 'per accelerare i tagli alla sanità' e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni',
rientra nel capitolo dell'avevamo detto. Basta rileggere i nostri comunicati stampa per trovare quasi le stesse parole- dice
ancora Anaa nel comunicato- Potremmo ritenerci soddisfatti di avere avuto ragione, ma la cronaca della morte
annunciata di un servizio sanitario pubblico e nazionale, grande patrimonio civile e sociale, ci costringe ad interrogarci
sul nostro ruolo di sindacato e di professionisti. Lo stesso dovrebbe fare la politica, riconoscendo i guasti prodotti da
scelte all'insegna del definanziamento del sistema sanitario e della decapitalizzazione del lavoro dei suoi professionisti,
vittime anche di un pregiudizio ideologico contro tutto ciò che è pubblico, funzionale ad un processo di privatizzazione
che aumenterà costi ed iniquità". (DIRE) Copyright Redattore Sociale Tag: Sanità, Censis

Sanità per chi può pagarsela? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni

Salute NOTIZIARIO Salute Aids Alcolismo Anoressia - Bulimia Droghe Gioco d'azzardo Psichiatria Approfondimenti
Notizie correlate Sanità, Censis: per 57% italiani fondamentale ruolo medico base Salute Censis: per i genitori italiani
informazioni sui vaccini insufficienti Salute Banche dati CENSIS - Centro Studi Investimenti Sociali Organizzazioni Foto
Foto Video Essere volontari: i volti e le emozioni negli scatti di 700 fotografi » tutte le photogallery "Shots from Othello",
i volti diventano opere d'arte » tutte le photogallery Disabilità, a Exposanità sport per tutti pensando a Rio 2016 » tutti i
video Calendario In primo piano: Capodarco L'Altro Festival. Voci e immagini per il sociale e l'ambiente 19/06/2016
Sanità per chi può pagarsela? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni Ricerca presentata oggi a Roma. Aumenta
la spesa sanitaria privata: 34,5 miliardi di euro (+3,2% negli ultimi due anni). Incubo liste d'attesa: 10 milioni di italiani
ricorrono di più al privato e 7 milioni all'intramoenia perché non possono aspettare. Sono 26 milioni i cittadini che si
dicono propensi ad aderire alla sanità integrativa 08 giugno 2016 - 10:47 ROMA - Aumenta la spesa sanitaria privata: più
sanità per chi può pagarsela. È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in
termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi
delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si
considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli
italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco
superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute
presentata oggi a Roma al VI "Welfare Day", dal titolo Salute "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle
soluzioni in campo". - "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato,
e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano - ha detto Marco
Vecchiotti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le
forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per
rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria
famiglia. La sanità integrativa è ormai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i
lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso
all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento
anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per
acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità
negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che
hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non
riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge
il fenomeno della sanità negata: "niente sanità senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di
millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio
sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4%
nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52%
degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel
Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle
liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a
pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Sempre secondo il Censis, il 57,1%
degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità
integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone
utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel
sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad
aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone,
considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro
annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto
riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché
spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e
visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di

Sanità per chi può pagarsela? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni

farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. Copyright Redattore Sociale Tag: Salute, Sanità, Censis

a cura di AXESS PR

Sanità per chi può pagarla? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni

Salute NOTIZIARIO Salute Aids Alcolismo Anoressia - Bulimia Droghe Gioco d'azzardo Psichiatria Approfondimenti
 Notizie correlate Sanità, Anaao: il Censis mostra i guasti delle scelte del governo Salute Sanità, Censis: per 57% italiani
 fondamentale ruolo medico base Salute Censis: per i genitori italiani informazioni sui vaccini insufficienti Salute Banche
 dati CENSIS - Centro Studi Investimenti Sociali Organizzazioni Foto Foto Video Essere volontari: i volti e le emozioni
 negli scatti di 700 fotografi » tutte le photogallery "Shots from Othello", i volti diventano opere d'arte » tutte le
 photogallery Disabilità, a Exosanità sport per tutti pensando a Rio 2016 » tutti i video Calendario In primo piano:
 Capodarco L'Altro Festival. Voci e immagini per il sociale e l'ambiente 19/06/2016 Sanità per chi può pagarla? Censis: in
 11 milioni rinunciano alle prestazioni Ricerca presentata oggi a Roma. Aumenta la spesa sanitaria privata: 34,5 miliardi di
 euro (+3,2% negli ultimi due anni). Incubo liste d'attesa: 10 milioni di italiani ricorrono di più al privato e 7 milioni
 all'intramoenia perché non possono aspettare. Sono 26 milioni i cittadini che si dicono propensi ad aderire alla sanità
 integrativa 08 giugno 2016 - 10:47 ROMA - Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. È
 arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli
 ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso
 periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica
 deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il
 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket
 che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma
 al VI "Welfare Day", dal titolo Salute "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo". -
 "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a
 causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano - ha detto Marco Vecchietti, amministratore
 delegato di Rbm Assicurazione Salute -. Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative,
 per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di
 natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è
 oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso
 per i più abbienti". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro
 proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli
 ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie
 è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9
 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a
 prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le
 prestazioni. Al cambiamento "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge il fenomeno della sanità negata:
 "niente sanità senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento
 della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria
 regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49%
 al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani
 considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1%
 al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma
 delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Tra pubblico in
 crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Sempre secondo il Censis, il 57,1% degli italiani pensa che chi può
 permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e
 aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando
 spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli
 italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la
 sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa
 privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si
 potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati.
 Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il
 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4

Sanità per chi può pagarla? Censis: in 11 milioni rinunciano alle prestazioni

milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. Copyright Redattore Sociale Tag: Salute, Sanità, Censis

a cura di AXESS PR

CERCASI SANITÀ PUBBLICA: 11MILIONI DI ITALIANI RINUNCIANO A CURARSI

CERCASI SANITÀ PUBBLICA: 11MILIONI DI ITALIANI RINUNCIANO A CURARSI Date: 9 giugno 2016 Author: LUCIO GIORDANO 95 0 Commenti DI CHIARA FARIGU C'era una volta la sanità pubblica a cui si poteva ricorrere quando se ne aveva bisogno. Così come c'era il medico di famiglia sempre disponibile sia per le visite in ambulatorio che a domicilio. Potrebbe cominciare così la storia del nostro SSNN, un tempo florido, generoso, altruista, quasi umano. Guardato, oltralpe e non solo, con una certa invidia. Poi come succede a certi bambini che con la crescita si "guastano", a causa di cattive frequentazioni o di esperienze che lasciano il segno, anche il nostro sistema sanitario ha subito un processo di involuzione. Una sorta di mutazione genetica che lo rende irriconoscibile, un estraneo. Peggio, un nemico. Basta avere qualche problema di salute, anche piccolo, per rendersene conto. Figuriamoci poi se i problemi sono grossi. Perché a questi non potranno che seguire guai grossi. Il perché è presto detto. La sanità che c'era una volta oggi non c'è più. È ridotta all'osso, agonizzante. È re-spingente . verso quella privata. E sta diventando un vero e proprio lusso, esclusiva solo per chi può permettersela. Secondo i dati della ricerca Censis-Rbm, il 30,2% degli italiani si è rivolto a strutture a pagamento perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei week end. Mentre gli stessi, nelle strutture pubbliche sono inaccessibili e i tempi d'attesa biblici. E se nel 2012 erano 9 milioni, oggi, nel 2016, sono diventati 11 milioni gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al binomio "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge il triste fenomeno della sanità negata: "Niente sanità senza soldi". A fronte di una sanità pubblica che langue, quella privata è sempre più florida e tronfia e poco importa se a farne le spese sono le fasce più deboli e meno abbienti. Se tutto questo non ci meraviglia più di certo ci indigna profondamente

a cura di AXESS PR

LE BATTUTE DEL MINISTRO LORENZIN E LA SANITA' NEGATA

LE BATTUTE DEL MINISTRO LORENZIN E LA SANITA' NEGATA Date: 9 giugno 2016 Author: LUCIO GIORDANO 95 0 Commenti DI LUCA SOLDI Le nozze sono un momento troppo importante per essere celebrate con i fichi secchi. Si rischia davvero di essere ridicoli. Quei fichi secchi offerti agli invitati sono il segno di una povertà estrema. E quindi, quelle nozze, sarebbe meglio non celebrarle. Può scapparci pure qualche sorriso. Meglio aspettare qualche mese ed accumulare qualche risparmio in più. E quando si parla di una festa, come può essere un matrimonio, il ragionamento può funzionare. Ma l'accostamento fatto dal Ministro per la Salute, Beatrice Lorenzin, ha ben poco della battuta simpatica. E' accaduto che ieri, il massimo referente, il vertice, la figura responsabile della salute dei cittadini italiani si sia fatta scappare una di quelle frasi che mai si sarebbe dovuto ascoltare. La Lorenzin ha voluto commentare i drammatici dati forniti dal rapporto CENSIS, nei quali si legge che sono diventati ben 11 milioni gli italiani che, nel 2016, hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. La ministra ha detto: "Il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi". La ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day, denuncia quello che la Lorenzin ha liquidato con una battuta, evidenza che ci sono persone che non riescono a "finanziarsi" le prestazioni di cui avrebbero bisogno. E la parola "finanziarsi" e' bene ribadirla, sottolinearla, perché alcuni esami, alcune cure, richiedono di esborsare importi decisamente sproporzionati rispetto alla pensione oppure allo stipendio saltuario, percepito. Sì, perché a soffrire del problema, a veder negato il diritto alla salute, sono in particolare 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", commentano dal Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità, meno prevenzione vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Senza considerare che la mancata prevenzione, l'allentamento sulle analisi e le diagnosi porta poi a degenerare, a far scoppiare patologie, anche gravi i cui costi diventano poi un macigno dal punto di vista economico per la sanità pubblica.

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

Percorso:ANSA > Salute e Benessere > Sanità > Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure Censis-Rbm,si rinvia o si rinuncia per difficolta' economiche 08 giugno, 12:39 salta direttamente al contenuto dell'articolo salta al contenuto correlato Indietro Stampa Invia Scrivi alla redazione Suggestisci () precedente successiva Sanita': 11 milioni di italiani rinunciano a cure precedente successiva ROMA - Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day.

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

Nutrizionisti, crisi aumenta malnutrizione anziani

Percorso: ANSA > Salute Anziani > Nutrizione > Sanita': nutrizionisti, crisi aumenta malnutrizione anziani

Sanita': nutrizionisti, crisi aumenta malnutrizione anziani Per rincarare ticket nonni scelgono tra 'pagnotta' e medicine 08 giugno, 18:09 salta direttamente al contenuto dell'articolo salta al contenuto correlato Indietro Stampa Invia Scrivi alla redazione Suggestisci () precedente successiva Sanita': nutrizionisti, crisi aumenta malnutrizione anziani precedente successiva Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016, gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche, e circa il 10% quelli costretti ad indebitarsi per rispondere ai propri bisogni di salute. In particolare sono gli anziani e giovani a non riuscire ad ottenere dal servizio pubblico le prestazioni di cui avrebbero bisogno. E' la fotografia odierna del Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Sotto la lente ancora una volta i nonni, costantemente in bilico tra la difficoltà di scegliere la 'pagnotta' da mettere in tavola e cure mediche, visto la perdurante crisi economica. Le difficoltà si manifestano anche con l'aumento dei problemi di salute tra cui la malnutrizione tra gli anziani - spiegano gli esperti riuniti a Roma al primo congresso nazionale della Società Italiana di nutrizione clinica e metabolismo (Sinuc), che stimano nella sola Europa, 33 milioni di persone siano a rischio di malnutrizione, e che circa 1 anziano su 2 risulta malnutrito al momento del ricovero in ospedale. "La malnutrizione negli anziani è una condizione molto comune e arriva ad interessare circa la metà delle persone over 65 al momento del ricovero in ospedale, un grave problema che ha un effetto a catena sulla salute e sul sistema sanitario" ha spiegato Maurizio Muscaritoli, Presidente Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo (Sinuc), Professore Ordinario di Medicina Interna, Dipartimento di Medicina Clinica Direttore Uod Coordinamento Attività di Nutrizione Clinica Sapienza Università di Roma. "La scienza della nutrizione è progredita di pari passo alla medicina. Sappiamo che una corretta alimentazione è fondamentale per una buona salute, ma la comunità medica e i pazienti non sempre vi si rivolgono durante la fase di recupero da un problema di salute, come ad esempio la polmonite - ha concluso Alessandro Laviano, Professore Associato di Medicina Interna, Dipartimento di Medicina Clinica, Sapienza Università di Roma". RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

Incubo liste di attesa, più sanità solo per chi può pagarsela

Notizie Teleborsa - Economia Incubo liste di attesa, più sanità solo per chi può pagarsela (Teleborsa) - Si allungano le liste di attesa nel servizio sanitario pubblico tanto che, negli ultimi due anni (2013-2015), la spesa sanitaria privata ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% a 34,5 miliardi di euro, il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). E' la fotografia scattata dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata ieri a Roma al VI "Welfare Day" secondo cui sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6%. L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Notizie Teleborsa - Economia

a cura di AXESS PR

Mancano i soldi, 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi

Mancano i soldi, 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi Francesca D'Angelo 08/06/2016 16:34 Condividi Condividi l'articolo su LinkedIn Condividi l'articolo su Twitter Condividi l'articolo su Facebook Stampa l'articolo Invia l'articolo via mail ad un amico Commenti all'articolo Secondo un'analisi di Facile.it, nel seconda parte del 2015 sono stati erogati oltre 28 mila prestiti per pagare spese sanitarie con un controvalore pari a circa 340 mila euro Nel 2012 erano 9 milioni. Le categorie più penalizzate sono gli anziani e i Millennials Nel 2016, 11 milioni di italiani sono stati costretti a rinunciare o posticipare le cure mediche, per mancanza di soldi. A sottolineare gli effetti della crisi economica sulla sanità è la ricerca del Censis commissionata dalla società privata Rbm Assicurazione Salute, presentata a Roma in occasione del sesto Welfare Day. Stando ai dati, a dover rinunciare alle cure sanitarie sarebbero soprattutto gli anziani (stimati in 2,4 milioni di unità) e i Millennials (2,2 milioni di persone), ossia le persone nate tra la metà degli anni 80 e i primi anni del 2000. Complessivamente, si tratterebbe di 2 milioni di italiani in più rispetto al 2012 (9mln). «È chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017/18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over», commenta Beatrice Lorenzin, ministro della Sanità. «Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi». **IL BOOM DEL TICKET.** A incidere è anche l'aumento del ticket sanitario: il rincaro è tale che spesso il prezzo della prestazione privata equivale al costo del ticket, o comunque è di poco superiore, come segnala il 45,4% degli intervistati. La percentuale è superiore di 5,6 punti percentuali rispetto al 2013. Ma a spingere verso la sanità privata sarebbero anche altri due fattori: le interminabili liste di attesa e l'apertura delle strutture in orari più congeniali. Stando alla ricerca, nell'ultimo anno 7,1 milioni hanno fatto ricorso all'intramoenia e la ragione principale sarebbe stata proprio la lista di attesa (66,4%). Da qui, la crescita delle spese sanitarie private: dal 2013 al 2015 è cresciuta del +3,2% toccando quota 34,5 miliardi di euro, ossia il doppio dell'incremento, pari al +1,7%, registrato per la spesa complessiva per i consumi delle famiglie. **BOCCIATA LA QUALITÀ.** Resta poi ancora aperto il problema della qualità del servizio sanitario. Solo per il 13,1% degli italiani sarebbe migliorata, mentre per il 45,1% la situazione nella propria regione sarebbe peggiorata: la percentuale schizza al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est. Inoltre nel 2016 ben 5,4 milioni di italiani avrebbero seguito prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia la maggioranza (oltre il 51,3%) non è disposta a sanzionare i medici, nonostante il diritto a loro riconosciuto dalla legge. «Il decreto sull'appropriatezza incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico», si legge nella ricerca del Censis. © RIPRODUZIONE RISERVATA -->

Undici milioni di italiani rinunciano a curarsi

Undici milioni di italiani rinunciano a curarsi Corriere della Sera, giovedì 9 giugno 2016 Le file d'attesa per certi esami sono insostenibili e chi può li fa in privato, a spese proprie. Oppure rinuncia a cure e controlli perché non può pagare. Fenomeno in continua crescita. Secondo una ricerca svolta da Censis e Rbm (Assicurazione salute) sono 11 milioni gli italiani che non hanno trovato risposta nel servizio sanitario pubblico, i cui ticket sono diventati per molti cittadini inaccessibili, equiparabili ai tariffari del privato. Nel 2012 erano 9 milioni. I dati presentati nel Welfare day di ieri scendono nei dettagli. I più colpiti sono gli anziani, 2,4 milioni, seguiti dai millennials, nati tra il 1980 e il 2000. In due anni la spesa privata è aumentata di 80 euro a persona. La popolazione invecchia, i bisogni aumentano, la sanità pubblica malgrado costituisca tuttora un bene prezioso, con un budget di 110 miliardi, sempre a rischio tagli, non riesce più a configurarsi come «universale». Permane il problema delle liste di attesa. Secondo il ministro della Salute Beatrice Lorenzin un intervento efficace sarebbe valutare i manager delle aziende sanitarie anche in base alla capacità di eliminare le code. Un'idea rimbalzata più volte nelle passate amministrazioni ma che ha funzionato poco. Secondo Isabella Mastrobuono, docente di organizzazione sanitaria alla Luiss, la forbice continuerà ad allargarsi e aumenterà il ricorso a pacchetti assistenziali integrativi. Oggi 10 milioni di cittadini sono iscritti a fondi e casse professionali e utilizzano prestazioni pari a 4-5 miliardi all'anno sui 32 di spesa per cure private. Più richiesti gli esami radiologici, visite specialistiche e analisi di laboratorio. Per la Mastrobuono «il servizio pubblico è un patrimonio da tutelare ma sarebbe bene avviare un dialogo con l'assistenza integrata». Margherita De Bac

Sanita' e crisi, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

Sanita' e crisi, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure 09 giugno 2016 Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie per le difficolta' economiche. Emerge dalla ricerca Censis-Rbm presentata oggi in occasione del Welfare Day. In particolare a soffrire sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. 'E' chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo', ha detto il ministro della Salute Lorenzin, 'deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi'. Aumenta la spesa sanitaria privata: piu' sanita' per chi puo' pagarsela. E' arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata e' tanto piu' significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioe' 5,6 punti percentuali in piu' rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI "Welfare Day". "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanita' privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano", ha detto Marco Vecchiotti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. "Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanita' integrativa e' oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non puo' piu' essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i piu' abbienti", ha concluso Vecchiotti. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si e' rivolto alla sanita' a pagamento anche perche' i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie e' per gli italiani ormai un gesto quotidiano: piu' sanita' per chi puo' pagarsela. La sanita' negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in piu') gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficolta' economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanita' pubblica, piu' sanita' privata" si aggiunge il fenomeno della sanita' negata: "niente sanita' senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualita' del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualita' del servizio sanitario della propria regione e' peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% e' rimasta inalterata e solo per il 13,5% e' migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa e' il paradigma delle difficolta' del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanita' a pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanita' integrativa. Il 57,1% degli italiani pensa che chi puo' permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui e' disponibile la sanita' integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così' si otterrebbero anche benefici pubblici, perche' molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perche' così' si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai piu' di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanita' integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanita' integrativa si potrebbero acquistare molte piu' prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanita' integrativa, il 30,7% ha aderito perche' spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perche' la copertura e' estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani e' contrario (di questi, il 50,7% perche' ritiene che solo il medico puo' decidere se la prestazione e' effettivamente necessaria e il 13,3% perche' giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza e' diventato una tigre di carta e

Sanita' e crisi, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. "Si tratta di un problema che abbiamo presente, trovare una soluzione per noi rappresenta una priorità e stiamo operando da tempo con il ministero dell'Economia e delle finanze, le Regioni e i professionisti del Servizio sanitario nazionale". Così il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commenta in una nota i dati diffusi oggi dal Censis sugli italiani che rinunciano alle CURE a causa delle lunghe liste d'attesa e delle difficoltà economiche. "E' chiaro - precisa Lorenzin - che il Ssn deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie italiane stanno vivendo, e questa indagine del Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo sanitario nazionale per gli anni 2017 e 2018, che intendiamo utilizzare per sbloccare il turn over e stabilizzare il personale sanitario precario, rifinanziare il Fondo per l'epatite C, coprire i costi dei nuovi farmaci oncologici e garantire a tutti i cittadini accesso gratuito alle CURE. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi". "Intanto - aggiunge il ministro - una prima svolta verrà a breve introdotta con i nuovi Livelli essenziali di assistenza, con l'ingresso nel Ssn di nuove prestazioni gratuite attese da quindici anni. Per questo obiettivo ho fatto stanziare in legge di stabilità 800 milioni di euro per anno. Da molte settimane il provvedimento è all'esame della Ragioneria Generale dello Stato, da cui sto attendendo il via libera. Spero ciò avvenga al più presto e che i nuovi Lea, assieme al nuovo Nomenclatore protesico, possano entrare in vigore". "La soluzione, come ho avuto modo di ribadire più volte - aggiunge - passa da una profonda riorganizzazione del sistema delle liste di attesa, soprattutto in alcune Regioni italiane. Quello che il Censis non rileva è che alcuni territori del nostro Paese offrono modelli sanitari d'avanguardia, altre non garantiscono, come dovrebbero, il funzionamento della rete territoriale, prima e dopo il ricovero in ospedale. L'obiettivo è quello di uniformare l'intero territorio nazionale su standard elevati, così da permettere a ciascun cittadino di ottenere in tempi rapidi prestazioni sanitarie di qualità". "Per raggiungere questo obiettivo ho intenzione di proporre l'inserimento nel mio decreto legislativo sulla nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie di una norma che imponga di valutare i manager anche in relazione agli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa", conclude Lorenzin.

a cura di AXESS PR

Sanità, sempre più persone rinunciano alle cure per mancanza di soldi

Sanità, sempre più persone rinunciano alle cure per mancanza di soldi La spesa sanitaria sostenuta dai cittadini di tasca propria è salita a 34,5 miliardi e 7,1 milioni di Flavia Cruciani ROMA - La ripresa economica è ripartita, lo dice Draghi dalla Bce, lo dice Renzi agli imprenditori di Confcommercio e lo dice l'Istat. Tuttavia l'economia reale, quella tra la gente, è ancora criticamente negativa, tanto che il numero di persone che rinvia visite ed esami o vi rinuncia è salito a 11 milioni dai 9 del 2012. Lo dice il Censis che continua: «La spesa sanitaria sostenuta dai cittadini di tasca propria è salita a 34,5 miliardi e 7,1 milioni di connazionali hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali per evitare le lunghe liste d'attesa del pubblico. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", chiosano i ricercatori, "tra nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie". Visite e esami privati come "obbligo", dunque. A cui assolvere, magari, rivolgendosi alle assicurazioni. Del resto, sempre stando ai risultati della ricerca Censis-Rbm, "il 57% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa, dovrebbe stipularla e aderire" e "26 milioni gli italiani si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo».

a cura di AXESS PR

Sanità. Gli italiani non si curano più, colpa della crisi

Sanità. Gli italiani non si curano più, colpa della crisi Mercoledì, 08 Giugno 2016 17:34 Scritto da Redazione dimensione font riduci dimensione font aumenta la dimensione del font Pubblicato in Società Stampa Email Vota questo articolo 1 2 3 4 5 (0 Voti) Etichettato sotto sanità, cura, Redazione La tutela pubblica della salute a rischio da troppo tempo. I medici lo denunciano da tempo nel silenzio assordante delle istituzioni ROMA - Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day. "La ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day, non dice niente di nuovo a chi, come l'Anaa Assomed e le altre organizzazioni sindacali dei medici e dei dirigenti sanitari, da tempo va denunciando la progressiva, e non più silenziosa, diminuzione del perimetro della tutela pubblica della salute e il conseguente incremento del welfare privato". Lo riporta una nota dell'associazione medici dirigenti. "La convivenza di spesa privata ai livelli più alti tra i Paesi Ocse, direttamente dalle tasche dei cittadini o con l'intermediazione di fondi o assicurazioni, e di italiani che non si curano per difficoltà economiche - prosegue l'Anaa - rappresenta il migliore testimonial per l'esistenza della sanità duale, cui molti da tempo stanno lavorando, e per il "si curi chi può". E, quindi, per un diritto alla salute declinato non più e non solo in base alla residenza, ma anche al reddito. Se erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche, e circa il 10% quelli costretti a indebitarsi per rispondere ai propri bisogni di salute, vuol dire che il defianziamento della sanità pubblica non si è mai interrotto, a dispetto dei giochi di parole del Governo". "Il fatto poi che, in particolare, siano anziani e giovani, fasce sociali a basso reddito magari residenti nelle periferie urbane, a non riuscire a ottenere dal servizio pubblico le prestazioni di cui avrebbero bisogno - aggiunge l'associazione - spiega più di ogni analisi politica il voto di domenica. Alimentato non solo dalla protesta, ma anche dal senso di esclusione di pezzi crescenti di popolazione, il cui identikit rappresenta un vero fattore di rischio per la salute". "Se meno sanità, e magari meno sociale, vuol dire anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o vive in determinate aree - rileva l'Anaa Assomed - significa che non ci si riconosce più negli stessi principi di giustizia sociale. E le differenze diventano diseguaglianze e divaricazioni all'interno di una stessa comunità nazionale. Anche il fatto che la maggioranza degli italiani ritiene "che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria", e che l'operazione appropriatezza sia nata "per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni", rientra nel capitolo dell'avevamo detto. Basta rileggere i nostri comunicati stampa per trovare quasi le stesse parole". "Potremmo ritenerci soddisfatti di avere avuto ragione, ma la cronaca della morte annunciata di un servizio sanitario pubblico e nazionale, grande patrimonio civile e sociale, ci costringe a interrogarci sul nostro ruolo di sindacato e di professionisti. Lo stesso dovrebbe fare la politica, riconoscendo i guasti prodotti da scelte all'insegna del defianziamento del sistema sanitario e della decapitalizzazione del lavoro dei suoi professionisti, vittime anche di un pregiudizio ideologico contro tutto ciò che è pubblico, funzionale a un processo di privatizzazione che aumenterà costi e iniquità", conclude il sindacato.

a cura di AXESS PR

Crisi Ssn, la ricetta non può essere più sanità privata

Crisi Ssn, la ricetta non può essere più sanità privata 0 By Redazione Easy News Press Agency on 10/06/2016 Attualità

La ricerca Rbm Censis, resa pubblica in occasione del Welfare Day 2016, presenta un quadro sempre più allarmante per il diritto alla salute dei cittadini - e da cui si evince che 11 milioni di nostri connazionali rinunciano ormai alle cure -. Ma se l'analisi è condivisibile, meno lo è la ricetta proposta: affiancare un pilastro privato a quello pubblico rappresentato dal Servizio sanitario nazionale (Ssn), ormai in crisi. Un controsenso: se vogliamo davvero mantenere la tutela della salute come diritto fondamentale, prima di tutto bisogna dare più forza al Ssn pubblico e universale, indebolito da anni di tagli e il cui destino è in pericolo. Se si attueranno le previsioni del governo, che vuol portare l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil al 6,5% nel 2019 (vedi Cgil su Def 2016), l'Italia scende al livello di guardia sotto il quale l'Oms segnala pericolo per il diritto alla salute e all'accesso alle cure dei cittadini. Per questo occorre investire nel Servizio sanitario pubblico: per tagliare le liste di attesa, ridurre i ticket, riqualificare l'offerta di servizi verso la nuova domanda di salute e di cure, dovuta all'invecchiamento della popolazione e a quella che l'Oms definisce come "l'epidemia globale delle malattie croniche". Una domanda sempre più bisognosa di prevenzione, assistenza nel territorio, integrazione fra sanità e sociale. Solo con un forte Ssn l'assistenza sanitaria integrativa può aiutare a colmare lacune, a alleggerire il peso della spesa socio sanitaria privata che oggi grava sui cittadini (quasi 30 miliardi). Questo vuol dire orientare la direzione di marcia degli attuali fondi sanitari, che coprono troppe prestazioni sostitutive, già presenti nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), invece che offrire prestazioni aggiuntive e realmente integrative (odontoiatria, non autosufficienza, personalizzazione delle cure anche nel servizio pubblico ecc.). Un compito che è anche del sindacato, che ha istituito molti di questi fondi. Peraltro la recente proposta di Cgil, Cisl e Uil sul nuovo modello di relazioni industriali, circa il welfare contrattuale è chiara e va proprio in questa direzione: " I fondi contrattuali di sanità integrativa non possono rappresentare una scelta di indebolimento del sistema universale di tutela. Al contrario, attraverso il convenzionamento con le strutture pubbliche, possono a loro volta interagire e rappresentarne un fattore di sostegno". Stefano Cecconi è responsabile Politiche della salute e Terzo settore Cgil nazionale Fonte: Rassegna.it - Italia Stampa

a cura di AXESS PR

Censis, in 11 milioni rinunciano alle cure |I costi della Sanità gravano sempre di più

Censis, in 11 milioni rinunciano alle cure |I costi della Sanità gravano sempre di più 0 By Redazione Easy News Press Agency on 08/06/2016 Attualità Secondo i dati diffusi dalla ricerca Censis-Rbm relativa al biennio 2013-2015, i costi della Sanità graverrebbero sempre più sulle famiglie. Il numero degli italiani che rinuncia alle cure mediche a causa di difficoltà economiche è infatti aumentato: erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni le persone che hanno dovuto rinunciare alle prestazioni sanitarie. A soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra il 1980 e il 2000. Secondo il report presentato in occasione del Welfare Day, nell'ultimo anno è anche aumentata la spesa sanitaria privata che è arrivata a 34,5 miliardi di euro. Gli esperti spiegano che: "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi, tra nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie". Ma rinunciare alla Sanità significa anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". C'è anche un'altra faccia della medaglia, perché dalla ricerca Censis -Rbm è emerso che, nell'ultimo anno, più di 5 milioni di italiani hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Nonostante ciò, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici protagonisti di tali condotte. E come se non bastasse le liste d'attesa rimangono un incubo visto che 10 milioni di italiani ricorrono al privato e 7 milioni all'intramoenia perché non possono permettersi di aspettare. "Il decreto sull'appropriatezza incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Fonte: Si24 Stampa

a cura di AXESS PR

Sanità negata, Censis: in crescita gli italiani che rinunciano alle cure

Home / Sanità Sanità giu82016 Sanità negata, Censis: in crescita gli italiani che rinunciano alle cure tags: Pazienti che abbandonano le cure, Censis, Spesa farmaceutica out of pocket, Pazienti che rinunciano alle cure foto + articoli correlati --> foto + articoli correlati --> articoli correlati 16-04-2016 | Spesa farmaceutica, da Federfarma secco no ai nuovi tetti. Racca: proposta Regioni inaccettabile 08-04-2016 | Generici, in Toscana scelgono il brand. Farmacisti: dato inaspettato e inspiegabile 31-03-2016 | Unico e 730 precompilati online da metà aprile. Agenzia entrate: faro su spesa sanitaria privata foto + articoli correlati --> foto + articoli correlati --> Sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Ben 2 milioni in più rispetto al 2012. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI "Welfare Day". Il fenomeno della "sanità negata" riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial. L'andamento della spesa sanitaria privata - evidenzia l'indagine - è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. Sono 7,1 milioni, inoltre, gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Per il 45% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è poi peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma - secondo l'indagine - delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento.

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

Ssn. Nel 2015 11 mln di italiani hanno rinunciato a cure per difficoltà economiche. Aumenta spesa privata: liste d'attesa troppo lunghe. La ricerca del Censis

Ssn. Nel 2015 11 mln di italiani hanno rinunciato a cure per difficoltà economiche. Aumenta spesa privata: liste d'attesa troppo lunghe. La ricerca del Censis Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni. Il ricorso al privato è dovuto anche al forte aumento dei ticket: 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. E sono 7,1 mln coloro che hanno scelto l'intramoenia. LA RICERCA 08 GIU - In Italia cresce la spesa sanitaria privata che è arrivata a 34,5 miliardi di euro, con un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%. Una dinamica dovuta in parte all'allungamento progressivo delle liste d'attesa, che rappresenta il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Un altro motivo non meno importante è il forte aumento dei ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. Sono gli elementi principali che emergono dalla ricerca del Censis -Rbm Assicurazione Salute 'Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo'. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). Il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Sono più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa, evidenzia la ricerca, si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. 08 giugno 2016 ©

Ssn in crisi? Cecconi (Cgil): "Da Censis quadro allarmante ma risposta non è 'più sanità privata'"

Ssn in crisi? Cecconi (Cgil): "Da Censis quadro allarmante ma risposta non è 'più sanità privata'" Il responsabile salute del sindacato torna sui numeri emersi dalla recente indagine Censis. Ma critica la ricetta di una sanità sempre più privata. "Occorre prima di tutto dare più forza al Servizio Sanitario Nazionale pubblico e universale, indebolito da anni di tagli. Direzione che non sembra prendere il Governo". 10 GIU - "Siamo di fronte ad un quadro sempre più allarmante per il diritto alla salute dei cittadini, con oltre undici milioni di persone che rinunciano alle cure, ma la risposta non può essere 'più sanità privata', ovvero solo per chi può pagarsela: occorre prima di tutto dare più forza al Servizio Sanitario Nazionale pubblico e universale, indebolito da anni di tagli. Direzione che non sembra prendere il Governo, che prevede invece una diminuzione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil da qui al 2019". Così Stefano Cecconi, Responsabile Politiche della Salute della Cgil nazionale a proposito di quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata ieri in occasione del Welfare Day 2016. "L'analisi del Censis è condivisibile - sostiene Cecconi - ma lo è meno la ricetta proposta: affiancare un pilastro privato a quello pubblico rappresentato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) perché questo ormai è in crisi. Attenzione, se vogliamo davvero mantenere la tutela della salute come diritto fondamentale, prima di tutto bisogna dare più forza al SSN pubblico e universale indebolito da anni di tagli e il cui destino è in pericolo". "Infatti - spiega lanciando l'allarme il dirigente sindacale - se si attueranno le previsioni del Governo, che vuole portare l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil al 6,5% nel 2019 (vedi l'analisi Cgil sul Def 2016) l'Italia scenderà al livello di guardia sotto il quale l'OMS segnala pericolo per il diritto alla salute e all'accesso alle cure dei cittadini". "Per questo - prosegue - occorre investire nel SSN pubblico: per tagliare le liste di attesa, ridurre i ticket, riqualificare l'offerta di servizi verso la nuova domanda di salute e di cure, dovuta all'invecchiamento della popolazione e a quella che l'OMS definisce 'l'epidemia globale delle malattie croniche'. Una domanda sempre più bisognosa di prevenzione, assistenza nel territorio, integrazione fra sanità e sociale". "Solo con un forte SSN - continua Cecconi - l'assistenza sanitaria integrativa può aiutare a colmare lacune, ad alleggerire il peso della spesa socio sanitaria privata che oggi grava sui cittadini (quasi 30 miliardi)". "Questo vuol dire orientare la direzione di marcia degli attuali fondi sanitari che, invece di offrire prestazioni aggiuntive e realmente integrative (odontoiatria, non autosufficienza, personalizzazione delle cure anche nel servizio pubblico, ecc.), coprono troppe prestazioni sostitutive già presenti nei Livelli Essenziali di Assistenza. E questo - sottolinea Responsabile Politiche della Salute della Cgil nazionale - è anche un compito del sindacato che ha istituito molti di questi fondi". "Peraltro - ricorda in conclusione Cecconi - la recente proposta di Cgil, Cisl e Uil sul nuovo modello di relazioni industriali, circa il welfare contrattuale è chiara e va proprio in questa direzione, sostenendo che i fondi contrattuali di sanità integrativa non possono rappresentare una scelta di indebolimento del sistema universale di tutela ma, al contrario, attraverso convenzioni con le strutture pubbliche, possono a loro volta interagire e rappresentarne un fattore di sostegno". 10 giugno 2016 ©

Censis. 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure per difficoltà economiche. Aumenta la spesa privata: liste d'attesa troppo lunghe e l'intramoenia è sempre più una scorcioia

Censis. 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure per difficoltà economiche. Aumenta la spesa privata: liste d'attesa troppo lunghe e l'intramoenia è sempre più una scorcioia Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni. Il ricorso al privato è dovuto anche al forte aumento dei ticket: 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. E sono 7,1 mln coloro che hanno scelto l'intramoenia. LA RICERCA 08 GIU - In Italia cresce la spesa sanitaria privata che è arrivata a 34,5 miliardi di euro, con un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%. Una dinamica dovuta in parte all'allungamento progressivo delle liste d'attesa, che rappresenta il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Un altro motivo non meno importante è il forte aumento dei ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. Sono gli elementi principali che emergono dalla ricerca del Censis-Rbm Assicurazione Salute 'Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo'. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. E sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più rispetto al 2012) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Un fenomeno che riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). Il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Sono più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa, evidenzia la ricerca, si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. 08 giugno 2016 ©

Liste d'attesa e costi troppo alti: Nel 2016 undici milioni di italiani hanno dovuto rinunciare alle cure

Sanità, liste d'attesa e costi elevati: «11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare alle cure nel 2016» Più cure, ma solo per chi può pagarsela. Se infatti è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini dello Stivale (con un incremento del 3,2% nel 2013-2015, il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%), sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Ben 2 milioni in più rispetto al 2012. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI 'Welfare Day'. Al cambiamento 'meno sanità pubblica, più sanità privata si aggiunge, dunque, il fenomeno della sanità negata: 'niente sanità senza soldi. Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial. L'andamento della spesa sanitaria privata - evidenzia l'indagine - è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. «Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano». Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Per il 45% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è poi peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma - secondo l'indagine - delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Mercoledì 8 Giugno 2016 - Ultimo aggiornamento: 12:12 © RIPRODUZIONE RISERVATA

Incubo liste di attesa, più sanità solo per chi può pagarsela

Incubo liste di attesa, più sanità solo per chi può pagarsela (Teleborsa) - Si allungano le liste di attesa nel servizio sanitario pubblico tanto che, negli ultimi due anni (2013-2015), la spesa sanitaria privata ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% a 34,5 miliardi di euro, il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). E' la fotografia scattata dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata ieri a Roma al VI "Welfare Day" secondo cui sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6%. L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. 2016-06-10 11:45:02 © RIPRODUZIONE RISERVATA

a cura di AXESS PR

--> Incubo liste di attesa, più sanità solo per chi può pagarsela

Incubo liste di attesa, più sanità solo per chi può pagarsela (Teleborsa) - Si allungano le liste di attesa nel servizio sanitario pubblico tanto che, negli ultimi due anni (2013-2015), la spesa sanitaria privata ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% a 34,5 miliardi di euro, il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). E' la fotografia scattata dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata ieri a Roma al VI "Welfare Day" secondo cui sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6%. L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. 2016-06-10 11:45:02 © RIPRODUZIONE RISERVATA

a cura di AXESS PR

11.000.000 DI ITALIANI RINUNCIANO ALLE CURE PERCHE' NON HANNO DENARO PER FARLE

11.000.000 DI ITALIANI RINUNCIANO ALLE CURE PERCHE' NON HANNO DENARO PER FARLE 8 giugno - ROMA - Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di forti difficoltà economiche. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day. Il governo Renzi ha già speso oltre 5 miliardi di euro tra 2015 e 2016 per "accogliere" più di 250.000 migranti africani, il 92% dei quali non ha diritto d'asilo nella Ue. La medesima somma avrebbe garantito prestazioni sanitarie a tutti gli 11 milioni di italiani che vi hanno rinunciato perchè sono poveri.

a cura di AXESS PR

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

Cure sanitarie, 11 milioni di italiani costretti a rinunciarc

Cure sanitarie, 11 milioni di italiani costretti a rinunciarc Le lunghe liste d'attesa spingono oltre 10 milioni di cittadini a rivolgersi alla sanità privata Sono 11 milioni gli italiani costretti a rinviare o a rinunciare alle cure sanitarie per motivi economici. Quelli che, invece, scelgono di ricorrere alla sanità privata a causa delle lunghe liste d'attesa sono 10,2 milioni. è quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo", che è stata presentata l'8 giugno a Roma in occasione del VI "Welfare Day". Rinuncia alle prestazioni sanitarie - L'indagine evidenzia che 11 milioni di italiani nel 2016 hanno dovuto posticipare o addirittura rinunciare alle cure, a causa di difficoltà economiche. Nel 2012 questa numero si fermava a 9 milioni. Secondo il Censis, il fenomeno riguarda in particolare 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Sanità privata - In generale, la spesa sanitaria privata è arrivata a 34,5 miliardi di euro, registrando un incremento del 3,2% tra il 2013 e il 2015. Si tratta di una percentuale due volte maggiore rispetto all'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie rilevata nello stesso periodo (pari a +1,7%). Secondo l'indagine, l'incremento è dovuto anche ai lunghi tempi d'attesa, che hanno spinto 10,2 milioni di italiani a rivolgersi al privato. Invece 7,1 milioni hanno fatto ricorso all'intramoenia: nel 66,4% dei casi proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Leggi anche: In Italia malati cronici costretti ad arrangiarsi Qualità dei servizi sanitari - Per il 45,1% degli italiani, negli ultimi due anni la qualità del Servizio sanitario della propria regione è peggiorata: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% di quelli che abitano nel Nord-Est, il 49% dei cittadini del Centro e il 52,8% di quelli del Sud. Per il 41,4% degli intervistata la qualità è rimasta inalterata, mentre solo per il 13,5% è migliorata. Inoltre, il 52% degli italiani considera "inadeguato" il Servizio sanitario della propria regione - la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% nel Nord-Ovest e al 32,8% nel Nord-Est. Sanità integrativa - Il 57,1% degli italiani ritiene che chi può permettersi una polizza sanitaria, o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa, dovrebbe stipularla. Più di 26 milioni di italiani affermano di essere propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Prescrizioni inutili - Nell'ultimo anno 5,4 milioni di italiani hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelate inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che le hanno prescritte. Il 64% degli italiani è contrario alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket (quindi non per intero). Di questi, il 50,7% si oppone perché ritiene che solo il medico possa decidere se la prestazione è effettivamente necessaria. Il 13,3%, invece, perché reputa che le leggi siano motivate solo dalla logica dei tagli. Foto: © Pixinoo_Fotolia di n.c. (09/06/2016)

Salute, 11 milioni di italiani costretti a rinunciare a cure

Salute, 11 milioni di italiani costretti a rinunciare a cure Le lunghe liste d'attesa spingono oltre 10 milioni di cittadini a rivolgersi alla sanità privata Sono 11 milioni gli italiani costretti a rinviare o a rinunciare alle cure sanitarie per motivi economici. Quelli che, invece, scelgono di ricorrere alla sanità privata a causa delle lunghe liste d'attesa sono 10,2 milioni. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo", che è stata presentata l'8 giugno a Roma in occasione del VI "Welfare Day".

Rinuncia alle prestazioni sanitarie - L'indagine evidenzia che 11 milioni di italiani nel 2016 hanno dovuto posticipare o addirittura rinunciare alle cure, a causa di difficoltà economiche. Nel 2012 questo numero si fermava a 9 milioni. Secondo il Censis, il fenomeno riguarda in particolare 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials.

Sanità privata - In generale, la spesa sanitaria privata è arrivata a 34,5 miliardi di euro, registrando un incremento del 3,2% tra il 2013 e il 2015. Si tratta di una percentuale due volte maggiore rispetto all'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie rilevata nello stesso periodo (pari a +1,7%). Secondo l'indagine, l'incremento è dovuto anche ai lunghi tempi d'attesa, che hanno spinto 10,2 milioni di italiani a rivolgersi al privato. Invece 7,1 milioni hanno fatto ricorso all'intramoenia: nel 66,4% dei casi proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend.

Leggi anche: In Italia malati cronici costretti ad arrangiarsi

Qualità dei servizi sanitari - Per il 45,1% degli italiani, negli ultimi due anni la qualità del Servizio sanitario della propria regione è peggiorata: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% di quelli che abitano nel Nord-Est, il 49% dei cittadini del Centro e il 52,8% di quelli del Sud. Per il 41,4% degli intervistati la qualità è rimasta inalterata, mentre solo per il 13,5% è migliorata. Inoltre, il 52% degli italiani considera "inadeguato" il Servizio sanitario della propria regione - la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% nel Nord-Ovest e al 32,8% nel Nord-Est.

Sanità integrativa - Il 57,1% degli italiani ritiene che chi può permettersi una polizza sanitaria, o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa, dovrebbe stipularla. Più di 26 milioni di italiani affermano di essere propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo.

Prescrizioni inutili - Nell'ultimo anno 5,4 milioni di italiani hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelate inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che le hanno prescritte. Il 64% degli italiani è contrario alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket (quindi non per intero). Di questi, il 50,7% si oppone perché ritiene che solo il medico possa decidere se la prestazione è effettivamente necessaria. Il 13,3%, invece, perché reputa che le leggi siano motivate solo dalla logica dei tagli.

Foto: © Pixinoo_Fotolia di n.c. (09/06/2016)

Salute, difficoltà economiche: 11 milioni di italiani costretti a rinunciare alle cure

Salute, difficoltà economiche: 11 milioni di italiani costretti a rinunciare alle cure Sanità e Salute mercoledì, 8, giugno, 2016 ROMA - Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". ansa salute

a cura di AXESS PR

Censis: più sanità per chi può pagarsela, 11 milioni di italiani rinunciano a prestazioni sanitarie

Censis: più sanità per chi può pagarsela, 11 milioni di italiani rinunciano a prestazioni sanitarie. Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. Secondo una ricerca Censis-Rbm, nell'ultimo anno 11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie. "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano", ha dichiarato Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. "Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è ormai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti", ha concluso Vecchietti. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento «meno sanità pubblica, più sanità privata» si aggiunge il fenomeno della sanità negata: «niente sanità senza soldi». Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. Questi sono i principali risultati della ricerca di Censis-Rbm Assicurazione Salute «Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo», presentata oggi a Roma al VI «Welfare Day», a cui sono intervenuti, tra gli altri, Giuseppe De Rita e Carla Collicelli del Censis, Roberto Favaretto, Presidente di Rbm Assicurazione Salute, e Marco Vecchietti, Consigliere Delegato di Rbm Assicurazione Salute.

Rapporto RBM - Censis, Vecchietti: "Busta blu" per conoscere accessibilità e costi delle cure degli italiani

Rapporto RBM - Censis, Vecchietti: "Busta blu" per conoscere accessibilità e costi delle cure degli italiani News 43 mins ago Secondo l'amministratore delegato di RBM Assicurazione Salute, la proposta di una "busta blu" consentirebbe agli italiani di conoscere l'effettiva accessibilità alle cure garantita dal Sistema Sanitario della propria Regione ed i costi aggiuntivi delle prestazioni che il cittadino dovrà acquistare privatamente, esattamente come per le pensioni con la busta arancione dell'INPS All'indomani della presentazione, durante i lavori del VI Welfare Day di Roma, della ricerca Censis RBM Salute «Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo», l'amministratore delegato di RBM Assicurazione Salute, Marco Vecchietti, torna sui principali temi emersi: "Serve urgentemente un Tavolo Tecnico presso il Ministero della Salute, che individui soluzioni urgenti in materia di gestione della spesa sanitaria privata e ruolo della sanità integrativa in Italia, come secondo pilastro sanitario - dichiara Vecchietti. Il Servizio Sanitario Nazionale, da solo non può più fare fronte ai nuovi bisogni di salute dei cittadini. Non dobbiamo dimenticare, infatti, che le esigenze di cura delle persone sono molto cambiate da quando alla fine degli anni 70 il S.S.N. è stato avviato. Oggi è necessario finanziare ricerca, prevenzione, nuovi farmaci e misurarsi con la sfida della longevità. Non c'è da mettere sotto accusa nessuno ma, se il Servizio Sanitario Nazionale, come quello del resto dei principali Paesi dell'area OCSE è a rischio di sostenibilità occorre solo prenderne atto e agire per identificare le contromisure necessarie". "Come dimostra il VI rapporto RBM Assicurazione Salute sul sistema sanitario, sulla sanità privata e le forme sanitarie integrative, occorre puntare con decisione - prosegue Vecchietti - ad una riforma del sistema sanitario del nostro Paese alla quale concorrano tutti gli stakeholder, incluse le compagnie assicurative ed i fondi sanitari integrativi, per identificare fonti di finanziamento aggiuntivo che consentano ai cittadini di mantenere livelli di assistenza adeguati. E' importante sottolineare che, con un premio assicurativo-contributo pari al 70% dell'attuale spesa sanitaria privata pagata di tasca propria dagli italiani, la sanità integrativa sarebbe in grado di assorbire integralmente il costo delle cure private pagato dai cittadini". "Potrebbe essere utile - aggiunge Isabella Mastrobuono, docente di organizzazione sanitaria presso l'Università Luiss - avviare un percorso a livello nazionale per la definizione delle priorità in sanità con la partecipazione attiva dei cittadini. Il processo è attivo da oltre 20 anni in molti Paesi europei come la Svezia, la Norvegia dove vigono servizi sanitari nazionali che di certo non sono stati "smantellati". La risposta al fabbisogno crescente della popolazione sulla base di criteri etici di solidarietà consentirebbe di individuare classi di priorità sulle quali allocare le risorse finanziarie disponibili. Per le classi di priorità più bassa potrebbero essere inserite le forme integrative di assistenza in una ottica di cooperazione e di presa in carico del paziente su percorsi assistenziali condivisi". Secondo RBM, l'adesione degli italiani - anche su base individuale - alle diverse forme di sanità integrativa attualmente operative (Polizze Salute e Fondi Sanitari) "potrebbe eliminare l'impatto economico delle cure private sul reddito familiare e garantire al tempo stesso maggiore accessibilità alle cure attraverso la riduzione delle liste di attesa ed il contenimento del costo dei ticket". "RBM Assicurazione Salute - sottolinea Vecchietti - insieme alle altre Forme Sanitarie Integrative è pronta a fare la sua parte, ma servono segnali forti e concreti dal Governo per aprire immediatamente un tavolo di lavoro sulla riforma del sistema sanitario e sul ruolo della sanità integrativa. I cittadini italiani devono avere piena consapevolezza di quanto oggi già spendono di tasca propria (oltre 568 Euro a persona nel 2015, con un incremento di 80 euro pro capite nell'ultimo biennio) per curarsi privatamente per una serie di motivazioni note e di quanto spenderanno nel prossimo futuro ed essere messi nelle condizioni di decidere come gestire la propria situazione sanitaria. Chiediamo alle Istituzioni, a volte un po' assenti su questo tema di metterlo come primo punto nella lista delle priorità dell'agenda degli obiettivi per il Paese nei prossimi anni. Non servono dispute ideologiche su che tipo di Sistema Sanitario vogliamo costruire perché la scelta per un Servizio Sanitario Nazionale la abbiamo già fatta ma occorre fare un robusto tagliando al sistema attuale per poter continuare a garantire davvero "tutto a tutti", evitando di trincerarsi dietro ad un presunto universalismo sanitario di facciata". "Bisognerebbe consentire - evidenzia ancora l'amministratore delegato di RBM Assicurazione Salute - l'adesione alle Forme Sanitarie Integrative (Polizze Salute e Fondi Sanitari) anche su base volontaria ed individuale, magari estendendo il regime fiscale incentivante oggi riservato ai soli lavoratori dipendenti, perché oggi un Secondo Pilastro Sanitario è una necessità per tutti. Occorre superare gli stereotipi e i pregiudizi manichei che considerano ancora la sanità integrativa un benefit per gli alti dirigenti aziendali o un prodotto riservato ai più ricchi ed informare i cittadini che la Sanità Integrativa non è uno strumento che sostituisce il Servizio Sanitario Nazionale ma, è una forma di tutela aggiuntiva che rafforzerebbe per tutti i livelli di protezione sociale". Secondo il presidente di Federmanager Stefano Cuzzilla, infine, sono almeno tre le azioni da mettere in campo per sostenere un'efficace sinergia tra sanità pubblica e

Rapporto RBM - Censis, Vecchiotti: "Busta blu" per conoscere accessibilità e costi delle cure degli italiani

integrativa: "Va riordinata la normativa riguardante il secondo pilastro della sanità, che aspetta da tempo un intervento legislativo, sostenendo una politica fiscale di favore che induca le imprese, attraverso misure di defiscalizzazione, ad aderire a coperture sanitarie integrative previste a livello di contrattazione nazionale e/o aziendale. In secondo luogo è bene che la prevenzione sia inserita nel novero delle prestazioni integrative, perché da questo possono derivare enormi benefici per il Servizio Sanitario Nazionale e per il diritto del cittadino ad accedere a prestazioni di qualità. Infine, bisogna incentivare l'azione di intermediazione che i Fondi sanitari integrativi svolgono rispetto alla spesa privata sostenuta dai cittadini di tasca propria e che, dai dati presentati, risulta in costante crescita. Da questo punto di vista, questa azione di intermediazione si presenta anche come un utile antidoto contro la spesa "sommersa", pagata dai cittadini senza ottenere ricevuta alcuna". Intermedia Channel

a cura di AXESS PR

Welfare Day 2016: RBM presenta IES, l'indice di effettività sanitaria delle forme sanitarie integrative

Welfare Day 2016: RBM presenta IES, l'indice di effettività sanitaria delle forme sanitarie integrative News 3 hours ago "Indice di Effettività Sanitaria", ovvero un indicatore della capacità di fondi sanitari e polizze salute individuali di intermediare la spesa privata degli italiani. Anche questo è stato uno dei temi affrontati da Marco Vecchietti (nella foto) - amministratore delegato di RBM Assicurazione Salute - nel corso del suo intervento durante il VI Welfare Day, svoltosi a Roma lo scorso 8 giugno. "Per misurare la qualità delle prestazioni sanitarie garantite da fondi sanitari e polizze salute individuali abbiamo sviluppato un indice statistico denominato "IES" (Indice di Effettività Sanitaria) delle forme sanitarie integrative ha dichiarato Vecchietti . Considerato l'importante funzione sociale che già oggi le forme sanitarie integrative svolgono garantendo il rimborso delle spese sanitarie sostenute di tasca propria dagli italiani, riteniamo fondamentale che i cittadini siano in grado di misurare l'efficacia delle diverse soluzioni a loro disposizione. Per la determinazione dell'indice IES sono utilizzati una serie parametri statistici per ciascuna categoria di prestazioni (ospedaliere, lata diagnostica, specialistica, analisi di laboratorio ed accertamenti, farmaci ed odontoiatria) e per ogni tipologia di forma sanitaria integrativa (polizze salute individuali, fondi sanitari contrattuali / aziendali / territoriali, fondi sanitari degli enti previdenziali dei liberi professionisti e fondi sanitari delle pubbliche amministrazioni): che consentono, in sintesi, di valutare il rapporto qualità/prezzo garantito da ciascuna forma sanitaria integrativa e la capacità di intermediare (ovvero risarcire) la spesa sanitaria privata pagata dal cittadino". L'indice - spiega RBM Salute - lavora su base 100: "tanto più elevato è l'indice, tanto maggiore è la qualità dell'assistenza sanitaria integrativa garantita al cittadino". Tra i principali parametri valutati, su un campione di oltre 90 forme sanitarie integrative, figurano l'ammissibilità a rimborso di una serie più o meno ampia di prestazioni; la frequenza di accadimento delle prestazioni assicurate (ovvero la probabilità più o meno elevata che l'evento risarcibile dia luogo effettivamente ad un rimborso), l'ammontare dei massimali di spesa, l'ammontare complessivo delle quote di compartecipazione alla spesa per gli assicurati (si tratta dei c.d. "scoperti/franchigie" ovvero della quota di spesa che la forma sanitaria integrativa lascia comunque a carico dei propri assicurati), l'ammontare del premio/contributo pro capite che l'assicurato deve versare per beneficiare delle prestazioni sanitarie e il totale del risarcito medio pro capite dalla forma sanitarie integrative rispetto all'ammontare della spesa privata media pro capite in Italia. Sulla base delle elaborazioni dell'Indice IES per l'annualità 2015, nella Top 5 stilata da RBM la maggiore capacità di intermediazione della spesa privata risulta garantita dalle forme sanitarie aziendali (con un indice di 70,87), seguiti dalle forme sanitarie istituite dalle pubbliche amministrazioni (IES 59,52), dalle forme sanitarie territoriali (IES 51,31) al momento operativi in Veneto, Alto Adige, Lombardia e Liguria per proseguire con le forme sanitarie istituite dalla contrattazione collettiva nazionale (IES 49,87) e con le forme sanitarie istituite dagli enti previdenziali a favore dei liberi professionisti (IES 46,96). Per quanto concerne invece le prestazioni erogate, l'indice IES indica che la miglior copertura delle prestazioni ospedaliere (ricoveri ed interventi chirurgici), delle prestazioni di alta diagnostica, delle visite specialistiche e dei farmaci è garantita dalle forme sanitarie aziendali, la miglior copertura degli accertamenti diagnostici è garantita dalle forme sanitarie territoriali, mentre la miglior copertura delle prestazioni odontoiatriche è offerta dalle forme sanitarie istituite dalle pubbliche amministrazioni. "Complessivamente sintetizza Vecchietti possiamo dire che attualmente il settore della sanità integrativa vede una coesistenza di forme sanitarie integrative che si avvalgono di polizze assicurative (oltre il 62% del totale) e di forme sanitarie che utilizzano modelli di autoassicurazioni del rischio (poco meno del 38%, in linea di massima sono i fondi sanitari di risalente istituzione riservati ai dirigenti). In questo contesto le forme sanitarie aziendali sono quelle che garantiscono la maggior effettività sanitaria ovvero, in altre parole, che riducono al massimo l'incidenza della spesa sanitaria privata sulle tasche dei propri assicurati. Le forme sanitarie istituite dalle pubbliche amministrazioni (per il proprio personale) offrono un buon livello di protezione sanitaria anche se assorbono un contributo mediamente piuttosto elevato (circa 660 Euro a persona)". "Le forme sanitarie integrative istituite dagli enti previdenziali privatizzati per i liberi professionisti (per intenderci la Cassa del Notariato, Inarcassa, l'ente previdenziale dei Veterinari, l'ente previdenziale dei Medici, la Cassa Forense, etc.) garantiscono una copertura importante ma solo (prevalentemente) in area ospedaliera - prosegue l'AD di RBM Assicurazione Salute . Le forme sanitarie istituite dalla contrattazione collettiva nazionale offrono coperture mediamente adeguate ma presentano ampi margini di miglioramento delle proprie prestazioni e di incremento della propria capacità di intermediazione della spesa sanitaria privata. Al riguardo si ritiene importante favorire dei meccanismi di selezione delle compagnie assicurative che siano in grado di promuovere una competizione tra i partecipanti incentrata sulla qualità delle prestazioni sanitarie garantite. Da ultimo, interessante appare la recente esperienza delle forme sanitarie territoriali che

Welfare Day 2016: RBM presenta IES, l'indice di effettività sanitaria delle forme sanitarie integrative

garantiscono ai lavoratori migliori livelli di copertura assistenziale in area diagnostica ed odontoiatrica ma che risultano allo stato attuabili solo in Regioni che garantiscano una buona tenuta dei propri sistemi sanitari regionali in campo ospedaliero". "Anche in considerazione del ruolo crescente che le forme sanitarie integrative sono chiamate a svolgere a sostegno dei cittadini e delle famiglie - conclude Vecchietti - appare fondamentale svolgere un monitoraggio continuativo della qualità delle prestazioni sanitarie garantite da ciascuna forma ai cittadini. In quest'ottica bisognerebbe ripensare anche allo stesso meccanismo dei benefici fiscali applicati ai premi/contributi versati alla sanità integrativa collegandolo al livello di intermediazione della spesa sanitaria privata garantita da ciascuna forma sanitaria integrativa". Intermedia Channel L'Indice di Effettività Sanitaria (IES) delle forme sanitarie integrative (presentazione di Marco Vecchietti, AD RBM Assicurazione Salute)

a cura di AXESS PR

Sanità negata: sempre più italiani rinunciano alle cure per i costi troppo alti

Sanità negata: sempre più italiani rinunciano alle cure per i costi troppo alti Sono in aumento gli italiani che rinunciano a curarsi perchè non possono permetterselo, la sanità negata continua a dilagare. Facebook Twitter Google+ Pinterest LinkedIn Print Email WhatsApp Flipboard --> Patrizia Del Pidio Oggi - 09 Giugno 2016, ore 04:31 Secondo una ricerca del Censis e di Rbm Salute, sarebbero in crescita gli italiani che rinunciano i rinviano le cure perchè i prezzi sono troppo alti. Nel 2012 erano 9 milioni e oggi sfiorano gli 11milioni gli italiani che evitano le cure per non spendere troppo. La ricerca punta a mettere in evidenza che sempre più spesso la sanità privata prevarica quella pubblica e questo non può che significare "meno salute" per chi versa in difficoltà economiche. Sanità negata, quindi, un universo che "non accenna a prosciugarsi e anzi tende a dilatarsi, di fronte ad una nuova geografia della sanità fatta anche di alte barriere e nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie. Ampia è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno" Sarebbe necessaria, secondo Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute, una nuova riforma della sanità integrativa e proprio per questo viene lanciato un appello al ministro Lorenzin "Può essere di grande utilità l'avvio da parte del ministero di un dialogo diretto con chi oggi è protagonista di questo settore attraverso un tavolo tecnico o un gruppo di lavoro che metta insieme compagnie di assicurazione e fondi sanitari (che, peraltro, nel 60% dei casi dei affidano la copertura dei rischi e l'erogazione delle proprie prestazioni sanitarie proprio al settore assicurativo) per rilevare - anche a partire dagli studi presentati in questi ultimi anni - le specificità e le dimensioni economiche di questo settore e favorire la costruzione di un secondo pilastro sanitario più equo, effettivo ed universalistico". Argomenti: News Fisco, Sanità, Sanità, Sanità negata, CONDIVIDI SU FACEBOOK CONDIVIDI SU TWITTER 0 COMMENTI 0 COMMENTI Commenta l'articolo Annulla risposta Name * Email * Fai login per commentare Hai perso lo username? Hai perso la password? Rimani connesso Registrati al sito--> STORIE: Sanità 1 --> Sanità negata: sempre più italiani rinunciano alle cure per i costi ... 2 --> Detrazioni familiari a carico: con le unioni civili estesa anche alle ... 3 --> Decreto sanità convertito in legge. In vigore tutte le novità 4 --> Decreto sanità, via libera dal Cdm. Medici di base reperibili h24, ko la ... STORIE: Sanità 1 --> Sanità negata: sempre più italiani rinunciano alle cure per i costi ... 2 --> Controlli fiscali su falsi malati: la riduzione delle visite è pagata da ... 3 --> Esami a pagamento anche per chi è esente per reddito e patologia: ecco ... 4 --> Orari medico di famiglia 2016: da quando aperto 7 giorni su 7 dalle 8 alle ... 5 --> Parafarmacie e pubblicità: accolto ricorso contro monopolio delle farmacie 6 --> Spesometro 2016: novità per i Medici 7 --> Farmaci online: scopri le farmacia e parafarmacie accreditate alla vendita 8 --> Ticket esami: Lorenzin, i cittadini non pagheranno somme aggiuntive 9 --> Sciopero medici contro la riforma della Sanità: prestazioni a rischio --> --> SULLO STESSO TEMA Imu casa in costruzione: va pagata? Rimborso 730 2016 in busta paga a luglio? Risarcimento cartelle Equitalia: ecco la sanatoria per quelle illegittime? DAL RESTO DEL SITO Come eseguire lettura contatore acqua in 3 passi Reperibilità visite fiscali Inps : ecco a chi non sarà più richiesta Ecco quali sono i lavoratori cui non è più obbligatorio il rispetto della reperibilità visite fiscali nelle fasce orarie stabilite. Pensione opzione donna per tutti: ecco la proposta Canone Rai speciale 2016: ecco chi lo paga Quali sono gli esercizi che detengono apparecchi televisivi al di fuori dell'ambito familiare, che sono tenuti al pagamento del Canone Rai speciale? contatti pubblicità SEGUICI --> P.I. 08441341008 - © Copyright Investireoggi.it 2000-2015 - Tutti i diritti riservati "Su questo sito usiamo cookie tecnici e, previo tuo consenso, di profilazione, nostri e di terze parti, per proporti pubblicità in linea con le tue preferenze. Se vuoi saperne di più o prestare il consenso solo ad alcuni utilizzi clicca qui. Cliccando in un punto qualsiasi dello schermo, effettuando un'azione di scroll o chiudendo questo banner, invece, presti il consenso all'uso di tutti i cookie."

Sanità: 11 milioni di italiani rinunciano a cure per via difficoltà' economiche

Sanità: 11 milioni di italiani rinunciano a cure per via difficoltà' economiche 0 Comment 12 giu 2016 Posted by Iskra Loading ... Brutta storia per questo paese (quella spiegata nel post sotto) che ha lottato nel passato con tutte le sue forze per avere una sanità gratuita pubblica ed estesa a tutti. Oggi, in Italia, una persona su sei non può permettersi di curarsi perché troppo onerosa per le sue finanze. In pochissimi anni, con l'avvento del liberismo, si stanno perdendo anni e anni di sofferte conquiste e, tutto ciò, è avvenuto da che non esiste più l'unico soggetto politico capace di aumentare (e non perdere) le conquiste sociali: il PCI. Oggi, se abbiamo ancora qualche barlume di resistenza alla cultura privatistica, tout court, lo dobbiamo all'ottimo lavoro di analisi che questo partito ha prodotto nel nostro paese. Cultura che dovrà ricompattarsi, di nuovo ed al più presto, onde evitare che il tracollo aumenti. Dimostrazione lampante di come siano diventati diversi i trattamenti sanitari (e non solo) tra le persone ricche e gli altri (che devono fare code agli sportelli del pronto soccorso e mesi di attesa tra una visita e l'altra), lo abbiamo sotto gli occhi in questi giorni con Silvio Berlusconi dove, addirittura, gli hanno affidato una specifica stanza privata. Si può sopportare, ancora a lungo, tutto questo? MOWA di Mariangela Tessa NEW YORK (WSI) Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà' economiche. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata ieri in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. Tutto questo mentre la spesa privata per la salute pagata di tasca propria dagli assistiti ha ormai toccato quota 34,5 mld, il 3,2% e 80 euro a testa in più nel giro di soli due anni. "L'universo della sanità' negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità' vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà' economiche". Una foto di gruppo impietosa, quella scattata dal Censis, che tocca i tanti nervi scoperti del Servizio sanitario nazionale. A partire delle liste d'attesa che poi sono una delle cause principali provocano la fuga dal Ssn e così la ricerca di un riparo presso le strutture e gli ambulatori privati. Cresce intanto tra gli italiani la consapevolezza della necessità di trovare strade alternative per la copertura delle proprie spese per la salute e per avere accesso alla qualità: tra sistema pubblico in crisi e sanità privata che cresce, avanza così non a caso la voglia di sanità integrativa tra chi oggi ne è escluso. 11 giugno 2016

Salute, il Censis: quest'anno 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

TempoReale Salute, il Censis: quest'anno 11 milioni di italiani rinunciano alle cure Nel 2016, secondo calcoli del Censis, sono 11 milioni gli italiani che non possono sostenere la spesa necessaria per la loro salute. Un fenomeno che riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials (i nati tra gli anni '80 e il 2000). Il dato emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata stamane a Roma al VI "Welfare Day". Una fetta in aumento tra la popolazione: erano 9 milioni nel 2012 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia".

a cura di AXESS PR

Sanità integrativa: <Più sanità solo per chi può pagarsela>

Sanità integrativa: «Più sanità solo per chi può pagarsela» 10/06/2016 Il Censis: Nel 2015 hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie 11 milioni di italiani. Aumenta la spesa sanitaria privata: 34,5 miliardi di euro (+3,2% negli ultimi due anni). Incubo liste d'attesa: 10 milioni di italiani ricorrono di più al privato e 7 milioni all'intramoenia perché non possono aspettare. Sono 26 milioni i cittadini che si dicono propensi ad aderire alla sanità integrativa. Ma nessuno tocchi il mio medico: più di 5 milioni di italiani hanno ricevuto prescrizioni di farmaci e visite inutili, eppure il 64% è contrario alla legge che stabilisce se una prestazione si paga con il ticket o per intero, e il 51% non vuole sanzioni per i dottori. Di seguito i principali risultati della ricerca di Censis-Rbm Assicurazione Salute «Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo», presentata a Roma al VI «Welfare Day», a cui sono intervenuti, tra gli altri, Giuseppe De Rita e Carla Collicelli del Censis, Roberto Favaretto, Presidente di Rbm Assicurazione Salute, e Marco Vecchietti, Consigliere Delegato di Rbm Assicurazione Salute. Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI «Welfare Day». «Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano, - ha detto Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. - Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. «La sanità integrativa è oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti», ha concluso Vecchietti. «Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). «Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. «Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela.» La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento «meno sanità pubblica, più sanità privata» si aggiunge il fenomeno della sanità negata: «niente sanità senza soldi». Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i

Sanità integrativa: <Più sanità solo per chi può pagarsela>

medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. © Riproduzione riservata

Sanita': Censis, aumenta spesa privata (+3%) pesano liste d'attesa

Economia e Finanza Sanita': Censis, aumenta spesa privata (+3%) pesano liste d'attesa Aumenta la spesa sanitaria privata: piu' sanita' per chi puo' pagarsela. E' arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento [] 8 giugno 2016 0 | 4576 Aumenta la spesa sanitaria privata: piu' sanita' per chi puo' pagarsela. E' arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata e' tanto piu' significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioe' 5,6 punti percentuali in piu' rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata a Roma al VI "Welfare Day". "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanita' privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano", ha detto Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. "Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanita' integrativa e' oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non puo' piu' essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i piu' abbienti", ha concluso Vecchietti. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si e' rivolto alla sanita' a pagamento anche perche' i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie e' per gli italiani ormai un gesto quotidiano: piu' sanita' per chi puo' pagarsela. La sanita' negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in piu') gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficolta' economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanita' pubblica, piu' sanita' privata" si aggiunge il fenomeno della sanita' negata: "niente sanita' senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Per il 45,1% degli italiani la qualita' del servizio sanitario della propria regione e' peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% e' rimasta inalterata e solo per il 13,5% e' migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa e' il paradigma delle difficolta' del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanita' a pagamento. Il 57,1% degli italiani - continua l'analisi del censis - "pensa che chi puo' permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui e' disponibile la sanita' integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perche' molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perche' così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai piu' di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanita' integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute". Tramite la sanita' integrativa si potrebbero acquistare molte piu' prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanita' integrativa, il 30,7% ha aderito perche' spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perche' la copertura e' estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico, e' la risposta che viene dallo studio Censis. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, "il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili".

Servizio Sanitario Nazionale: gli italiani preferiscono non curarsi

Politica News venerdì 10 giugno 2016 - 17:30 di Camilla Doninelli Sanità Servizio Sanitario Nazionale: gli italiani preferiscono non curarsi A tu per tu con Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE Tweet Advertising

Ansia crescente per la salute. Non è un allarmismo giornalistico, ma è quello che dicono i dati. E di solito i numeri non mentono. Qualche giorno fa, al Welfare Day, il Censis ha presentato i risultati della ricerca commissionata da Rbm, compagnia assicurativa leader nel mercato delle polizze sanitarie. Come era prevedibile i risultati hanno confermato un trend crescente di persone (11 milioni) che rinunciano a curarsi a causa di liste di attesa interminabili, mala organizzazione e via dicendo. Di conseguenza il settore privato ne beneficia, e copre le inadempienze del nostro Sistema Sanitario Nazionale. Evitiamo di cadere nel classico complottismo mediatico. Se il settore privato sta avanzando il maniera esponenziale è colpo di chi, negli anni, ha gestito la Sanità utilizzando la tecnica delle forbici (quindi tagli a 360), invece che un piano a lungo termine. Qualità e maestria tutta italiana. A quanto ha dichiarato Beatrice Lorenzin, «è importante eliminare tutti gli sprechi, e i fenomeni di corruzione [] È chiaro che il Sistema sanitario nazionale deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie italiane stanno vivendo» e «la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo sanitario nazionale per gli anni 2017 e 2018, che intendiamo utilizzare per sbloccare il turn over e stabilizzare il personale sanitario precario, rifinanziare il Fondo per l'epatite C, coprire i costi dei nuovi farmaci oncologici e garantire a tutti i cittadini accesso gratuito alle cure. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi». Di pianificazione a lungo termine, però, non se ne parla. Sbloccare i fondi è utile e indispensabile, come è necessario avere chiarezza su come investirli e fino a quando. C'è chi ha fatto una previsione del genere. Il Rapporto della Fondazione GIMBE propone un dettagliato 'piano di salvataggio': disinvestimento da sprechi e inefficienze per circa € 25 miliardi/anno, potenziamento della sanità integrativa e ripresa del finanziamento pubblico. Ma ribadisce che in assenza di un preciso piano politico per attuare tali misure, il crac della sanità pubblica sarà inevitabile. Proprio per questo motivo abbiamo fatto qualche domanda al presidente della Fondazione, Nino Cartabellotta, che ha sottolineato in maniera esplicita che il problema sta nel fatto che manca "un preciso disegno per salvaguardare una sanità pubblica". Il trend delle persone che decidono di rinunciare a curarsi è in continua crescita, siamo arrivati ad 11 milioni. Secondo la Lorenzin «si tratta di un problema che abbiamo presente, trovare una soluzione per noi rappresenta una priorità e stiamo operando da tempo con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, le Regioni e i professionisti del Servizio sanitario nazionale». Qual è la Sua opinione? L'attuale deriva del Servizio Sanitario Nazionale non consegue a un disegno occulto di smantellamento e privatizzazione, ma alla mancanza di un preciso disegno per salvaguardare una sanità pubblica, già sofferente prima della crisi economica e oggi agonizzante per la progressiva e continua riduzione del finanziamento pubblico. Che la questione debba essere una priorità per la politica è indiscutibile, ma è altrettanto certo che finora è mancata una strategia politica ed economica finalizzata a salvare la sanità pubblica. Il "Rapporto sulla Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025", presentato dalla Fondazione GIMBE alle Istituzioni il 7 giugno, dimostra che senza un preciso "piano di salvataggio", il servizio sanitario nazionale rischia di essere presto un reperto del passato. Continua a leggere

226258 [post_author] => 1274 [post_date] => 2016-06-10 15:04:12 [post_date_gmt] => 2016-06-10 13:04:12 [post_content] => [post_title] => nino [post_excerpt] => [post_status] => inherit [comment_status] => open [ping_status] => open [post_password] => [post_name] => nino [to_ping] => [pinged] => [post_modified] => 2016-06-10 15:04:12 [post_modified_gmt] => 2016-06-10 13:04:12 [post_content_filtered] => [post_parent] => 226257 [guid] => http://www.lindro.it/wp-content/uploads/sites/4/2016/06/nino.jpg [menu_order] => 0 [post_type] => attachment [post_mime_type] => image/jpeg [comment_count] => 0 [filter] => raw) -->

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day. "Meno sanità - si legge nel dossier - vuol dire anche meno salute per chi ha difficoltà economiche" 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, come descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico proprio idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials (i nati tra gli anni '80 e il 2000). "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Liste d'attesa troppo lunghe. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevalde quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni". Il ministro: "Non si fanno le nozze con i fichi secchi". "È chiaro che il Sistema sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi", ha commentato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Il problema degli italiani che rinunciano alle cure a causa delle difficoltà economiche, "è conosciuto". La soluzione, afferma, "passa da una profonda riorganizzazione del sistema delle liste di attesa, soprattutto in alcune regioni italiane".

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure Pesano le difficoltà economiche. A rischio anziani e millennial. A rivelarlo una ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. 08 Giugno 2016 (Ansa) Nel 2016 ben 11 milioni di italiani hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Quattro anni prima avevano fatto questa scelta 9 milioni di connazionali. A rivelarlo la ricerca Censis-Rbm Assicurazione salute, presentata in occasione del Welfare Day. ANZIANI E MILLENNIAL A RISCHIO. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli Anni 80 e il 2000. «L'universo della sanità negata tende a dilatarsi», tra «nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie», spiega la ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche «meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia». SPESA AUMENTATA DI 80 EURO. Dal 2013 al 2015 è aumentata di 80 euro a persona la spesa pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). 7,1 MLN RICORRONO ALL'INTRAMOENIA. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, ovvero le prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale. Il 66,4% dei pazienti l'ha fatto proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei fine settimana. SERVIZI PEGGIORATI. A pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. 5,4 MLN HANNO RICEVUTO PRESTAZIONI INUTILI. Dalla ricerca Censis emerge un altro dato significativo: 5,4 milioni di italiani ammettono di aver ricevuto nell'ultimo anno prestazioni inutili, ma il 51,3% di loro è contrario a sanzionare i medici che le hanno prescritte. Il decreto sull'appropriatezza delle cure, si legge, «incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico». FIDUCIA NELLE DECISIONI DEL MEDICO. In particolare, riguardo al decreto contro le prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come «uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni». LORENZIN: «IMPOSSIBILE FARE NOZZE CON FICHI SECCHI». «È chiaro che il sistema sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del fondo sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turnover. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi», ha commentato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. RIORGANIZZARE LISTE D'ATTESA. Lorenzin ha sottolineato che si tratta di un problema noto «per la cui soluzione stiamo operando da tempo con il ministero dell'Economia e delle finanze, le Regioni e i professionisti del servizio sanitario». La soluzione, quindi, «passa da una profonda riorganizzazione del sistema delle liste di attesa, soprattutto in alcune regioni italiane». Quello che secondo il ministro il Censis «non rileva è che alcuni territori del nostro Paese offrono modelli sanitari d'avanguardia, altre non garantiscono, come dovrebbero, il funzionamento della rete territoriale, prima e dopo il ricovero in ospedale. L'obiettivo è uniformare l'intero territorio nazionale su questi standard elevati, così da permettere a ciascun cittadino di ottenere in tempi rapidi le prestazioni sanitarie di qualità». DIFENDERE AUMENTO DEL FONDO SANITARIO. Lorenzin ha aggiunto che «questa indagine ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del fondo sanitario nazionale per gli anni 2017 e 2018». Fondo, conclude il ministro, che «intendiamo utilizzare per sbloccare il turn over e stabilizzare il personale sanitario precario, rifinanziare il Fondo per l'epatite C, coprire i costi dei nuovi farmaci oncologici e garantire a tutti i cittadini accesso gratuito alle cure». Share --> © RIPRODUZIONE RISERVATA

Senza titolo

Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure Pesano le difficoltà economiche. A rischio anziani e millennial. A rivelarlo una ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. 08 Giugno 2016 (Ansa) Nel 2016 ben 11 milioni di italiani hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Quattro anni prima avevano fatto questa scelta 9 milioni di connazionali. A rivelarlo la ricerca Censis-Rbm Assicurazione salute, presentata in occasione del Welfare Day. ANZIANI E MILLENNIAL A RISCHIO. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli Anni 80 e il 2000. «L'universo della sanità negata tende a dilatarsi», tra «nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie», spiega la ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche «meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia». SPESA AUMENTATA DI 80 EURO. Dal 2013 al 2015 è aumentata di 80 euro a persona la spesa pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). 7,1 MLN RICORRONO ALL'INTRAMOENIA. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, ovvero le prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale. Il 66,4% dei pazienti l'ha fatto proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei fine settimana. SERVIZI PEGGIORATI. A pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. 5,4 MLN HANNO RICEVUTO PRESTAZIONI INUTILI. Dalla ricerca Censis emerge un altro dato significativo: 5,4 milioni di italiani ammettono di aver ricevuto nell'ultimo anno prestazioni inutili, ma il 51,3% di loro è contrario a sanzionare i medici che le hanno prescritte. Il decreto sull'appropriatezza delle cure, si legge, «incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico». FIDUCIA NELLE DECISIONI DEL MEDICO. In particolare, riguardo al decreto contro le prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come «uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni». LORENZIN: «IMPOSSIBILE FARE NOZZE CON FICHI SECCHI». «È chiaro che il sistema sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del fondo sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turnover. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi», ha commentato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. RIORGANIZZARE LISTE D'ATTESA. Lorenzin ha sottolineato che si tratta di un problema noto «per la cui soluzione stiamo operando da tempo con il ministero dell'Economia e delle finanze, le Regioni e i professionisti del servizio sanitario». La soluzione, quindi, «passa da una profonda riorganizzazione del sistema delle liste di attesa, soprattutto in alcune regioni italiane». Quello che secondo il ministro il Censis «non rileva è che alcuni territori del nostro Paese offrono modelli sanitari d'avanguardia, altre non garantiscono, come dovrebbero, il funzionamento della rete territoriale, prima e dopo il ricovero in ospedale. L'obiettivo è uniformare l'intero territorio nazionale su questi standard elevati, così da permettere a ciascun cittadino di ottenere in tempi rapidi le prestazioni sanitarie di qualità». DIFENDERE AUMENTO DEL FONDO SANITARIO. Lorenzin ha aggiunto che «questa indagine ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del fondo sanitario nazionale per gli anni 2017 e 2018». Fondo, conclude il ministro, che «intendiamo utilizzare per sbloccare il turn over e stabilizzare il personale sanitario precario, rifinanziare il Fondo per l'epatite C, coprire i costi dei nuovi farmaci oncologici e garantire a tutti i cittadini accesso gratuito alle cure». Share --> © RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità troppo cara, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure Pesano le difficoltà economiche. A rischio anziani e millennial. A rivelarlo una ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. 08 Giugno 2016 (Ansa) Nel 2016 ben 11 milioni di italiani hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Quattro anni prima avevano fatto questa scelta 9 milioni di connazionali. A rivelarlo la ricerca Censis-Rbm Assicurazione salute, presentata in occasione del Welfare Day. ANZIANI E MILLENNIAL A RISCHIO. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli Anni 80 e il 2000. «L'universo della sanità negata tende a dilatarsi», tra «nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie», spiega la ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche «meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia». SPESA AUMENTATA DI 80 EURO. Dal 2013 al 2015 è aumentata di 80 euro a persona la spesa pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). 7,1 MLN RICORRONO ALL'INTRAMOENIA. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, ovvero le prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale. Il 66,4% dei pazienti l'ha fatto proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei fine settimana. SERVIZI PEGGIORATI. A pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. 5,4 MLN HANNO RICEVUTO PRESTAZIONI INUTILI. Dalla ricerca Censis emerge un altro dato significativo: 5,4 milioni di italiani ammettono di aver ricevuto nell'ultimo anno prestazioni inutili, ma il 51,3% di loro è contrario a sanzionare i medici che le hanno prescritte. Il decreto sull'appropriatezza delle cure, si legge, «incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico». FIDUCIA NELLE DECISIONI DEL MEDICO. In particolare, riguardo al decreto contro le prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come «uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni». Share --> © RIPRODUZIONE RISERVATA

11 milioni rinunciano alle cure. A rischio anziani e millennial. A rivelarlo il Censis.

Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure Pesano le difficoltà economiche. A rischio anziani e millennial. A rivelarlo una ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. 08 Giugno 2016 (Ansa) Nel 2016 ben 11 milioni di italiani hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Quattro anni prima avevano fatto questa scelta 9 milioni di connazionali. A rivelarlo la ricerca Censis-Rbm Assicurazione salute, presentata in occasione del Welfare Day. ANZIANI E MILLENNIAL A RISCHIO. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli Anni 80 e il 2000. «L'universo della sanità negata tende a dilatarsi», tra «nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie», spiega la ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche «meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia». SPESA AUMENTATA DI 80 EURO. Dal 2013 al 2015 è aumentata di 80 euro a persona la spesa pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). 7,1 MLN RICORRONO ALL'INTRAMOENIA. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, ovvero le prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale. Il 66,4% dei pazienti l'ha fatto proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei fine settimana. SERVIZI PEGGIORATI. A pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. 5,4 MLN HANNO RICEVUTO PRESTAZIONI INUTILI. Dalla ricerca Censis emerge un altro dato significativo: 5,4 milioni di italiani ammettono di aver ricevuto nell'ultimo anno prestazioni inutili, ma il 51,3% di loro è contrario a sanzionare i medici che le hanno prescritte. Il decreto sull'appropriatezza delle cure, si legge, «incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico». FIDUCIA NELLE DECISIONI DEL MEDICO. In particolare, riguardo al decreto contro le prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevalde quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come «uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni». Share --> © RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanità malata e salata

Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure Pesano le difficoltà economiche. A rischio anziani e millennial. A rivelarlo una ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. 08 Giugno 2016 (Ansa) Nel 2016 ben 11 milioni di italiani hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Quattro anni prima avevano fatto questa scelta 9 milioni di connazionali. A rivelarlo la ricerca Censis-Rbm Assicurazione salute, presentata in occasione del Welfare Day. ANZIANI E MILLENNIAL A RISCHIO. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli Anni 80 e il 2000. «L'universo della sanità negata tende a dilatarsi», tra «nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie», spiega la ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche «meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia». SPESA AUMENTATA DI 80 EURO. Dal 2013 al 2015 è aumentata di 80 euro a persona la spesa pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). 7,1 MLN RICORRONO ALL'INTRAMOENIA. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, ovvero le prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale. Il 66,4% dei pazienti l'ha fatto proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei fine settimana. SERVIZI PEGGIORATI. A pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. 5,4 MLN HANNO RICEVUTO PRESTAZIONI INUTILI. Dalla ricerca Censis emerge un altro dato significativo: 5,4 milioni di italiani ammettono di aver ricevuto nell'ultimo anno prestazioni inutili, ma il 51,3% di loro è contrario a sanzionare i medici che le hanno prescritte. Il decreto sull'appropriatezza delle cure, si legge, «incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico». FIDUCIA NELLE DECISIONI DEL MEDICO. In particolare, riguardo al decreto contro le prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come «uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni». Share --> © RIPRODUZIONE RISERVATA

Censis. Sanità pubblica negata a 11 milioni di italiani, cure private in aumento

Censis. Sanità pubblica negata a 11 milioni di italiani, cure private in aumento Nell'ultimo anno 11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare alle prestazioni sanitarie perché non economicamente in grado di permetterselo. Chi invece può scegliere (e sono state 17 milioni di persone) ha deciso di curarsi privatamente per due motivi: il primo è che la qualità delle strutture pubbliche è considerata in peggioramento, il secondo è che le liste d'attesa sono sempre più lunghe. Per paradosso però, secondo uno studio del Censis e di Rbm Assicurazione Salute, i medici di base continuano a prescrivere esami inutili, almeno secondo le nuove linee guida del ministero della Salute. Incubo liste d'attesa: 10 mln di italiani ricorrono di più al privato e 7 mln all'intramoenia perché non possono aspettare #welfareday2016 Censis (@FonteCensis) 8 giugno 2016 Tra sanità negata, privato e intramoenia Il dato più serio che emerge dal rapporto è quello della "sanità negata". Se quattro anni fa erano 9 milioni, adesso sono due milioni in più gli italiani che rinviando o rinunciano alle prestazioni sanitarie perché impossibilitati a pagare il ticket: l'allarme si fa rosso in particolare per due milioni e mezzo di anziani. Ma sono in molti anche a scappare dalla sanità privata: per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni, e oltre la metà considera inadeguato tout court il servizio sanitario della propria regione. La prima cosa che spaventa il paziente rimane la famigerata lista d'attesa: per evitarla, 7 milioni di italiani l'anno scorso si sono rivolti all'intramoenia (stessi medici, stesse strutture, ma a pagamento perché fuori dai normali orari di lavoro). Molti altri invece ricorrono al privato: "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno ricorso alla sanità privata, e di questi il 72,6 per cento a causa delle liste d'attesa che si allungano", spiega Marco Vecchiotti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute, compagnia specializzata nell'assicurazione sanitaria. E così la spesa privata per la sanità è arrivata a 34,5 miliardi di euro, anche perché spesso i ticket privati costano come o poco più di quelli pubblici. Tanti esami inutili, ma gli italiani sono contro i livelli essenziali di assistenza at Palazzo Chigi on February 28, 2014 in Rome, Italy." width="1140" height="641" /> Ai cittadini non piacciono i livelli essenziali di assistenza promossi dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin Getty Images I cittadini italiani rispondono a questo stato delle cose antepoendo comunque la salute al risparmio. In molti (più di 26 milioni) hanno iniziato a pensare proprio a stipulare assicurazioni sanitarie integrative. E quasi tutti, nella disputa tra medici di base e ministero che l'anno scorso ha promulgato un decreto sull'appropriatezza delle prescrizioni mediche per limitare gli sprechi e stabilire i livelli essenziali di assistenza, stanno dalla parte dei medici: nell'ultimo anno 5,4 milioni di pazienti hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o esami poi rivelatisi inutili, ma la maggioranza dei cittadini rimane contraria al decreto del ministro Lorenzin.

/noscript>

Censis: sanità pubblica negata a 11 milioni di italiani, cure private in aumento

Censis: sanità pubblica negata a 11 milioni di italiani, cure private in aumento Nell'ultimo anno 11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare alle prestazioni sanitarie perché non economicamente in grado di permetterselo. Chi invece può scegliere (e sono state 17 milioni di persone) ha deciso di curarsi privatamente per due motivi: il primo è che la qualità delle strutture pubbliche è considerata in peggioramento, il secondo è che le liste d'attesa sono sempre più lunghe. Per paradosso però, secondo uno studio del Censis e di Rbm Assicurazione Salute, i medici di base continuano a prescrivere esami inutili, almeno secondo le nuove linee guida del ministero della Salute. Incubo liste d'attesa: 10 mln di italiani ricorrono di più al privato e 7 mln all'intramoenia perché non possono aspettare #welfareday2016 Censis (@FonteCensis) 8 giugno 2016 Tra sanità negata, privato e intramoenia Il dato più serio che emerge dal rapporto è quello della "sanità negata". Se quattro anni fa erano 9 milioni, adesso sono due milioni in più gli italiani che rinviando o rinunciano alle prestazioni sanitarie perché impossibilitati a pagare il ticket: l'allarme si fa rosso in particolare per due milioni e mezzo di anziani. Ma sono in molti anche a scappare dalla sanità privata: per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni, e oltre la metà considera inadeguato tout court il servizio sanitario della propria regione. La prima cosa che spaventa il paziente rimane la famigerata lista d'attesa: per evitarla, 7 milioni di italiani l'anno scorso si sono rivolti all'intramoenia (stessi medici, stesse strutture, ma a pagamento perché fuori dai normali orari di lavoro). Molti altri invece ricorrono al privato: "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno ricorso alla sanità privata, e di questi il 72,6 per cento a causa delle liste d'attesa che si allungano", spiega Marco Vecchiotti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute, compagnia specializzata nell'assicurazione sanitaria. E così la spesa privata per la sanità è arrivata a 34,5 miliardi di euro, anche perché spesso i ticket privati costano come o poco più di quelli pubblici. Tanti esami inutili, ma gli italiani sono contro i livelli essenziali di assistenza at Palazzo Chigi on February 28, 2014 in Rome, Italy." width="1140" height="641" /> Ai cittadini non piacciono i livelli essenziali di assistenza promossi dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin Getty Images I cittadini italiani rispondono a questo stato delle cose antepoendo comunque la salute al risparmio. In molti (più di 26 milioni) hanno iniziato a pensare proprio a stipulare assicurazioni sanitarie integrative. E quasi tutti, nella disputa tra medici di base e ministero che l'anno scorso ha promulgato un decreto sull'appropriatezza delle prescrizioni mediche per limitare gli sprechi e stabilire i livelli essenziali di assistenza, stanno dalla parte dei medici: nell'ultimo anno 5,4 milioni di pazienti hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o esami poi rivelatisi inutili, ma la maggioranza dei cittadini rimane contraria al decreto del ministro Lorenzin.

/noscript>

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure

Salute. Undici milioni di italiani rinunciano alle cure. In due anni la spesa sanitaria privata è aumentata di 80 euro a persona. Il nuovo rapporto degli italiani con il servizio sanitario pubblico emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata in occasione del sesto Welfare day 08 giugno 2016. Rinunciamo alle cure per difficoltà economiche, sempre più paghiamo di tasca nostra prestazioni private, consideriamo peggiorata la qualità del servizio pubblico. Il rapporto tra italiani e servizio sanitario pubblico, descritto nel dossier Censis-Rbm Assicurazione Salute, non è in questo momento storico idilliaco. Aumentano gli italiani che rinunciano alle cure. Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", si legge nella ricerca. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Cresce di 80 euro la spesa privata. In soli due anni è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dal 2013 al 2015 si è passati infatti da 485 a 569 euro procapite mentre, nello stesso arco di tempo è salita a quota 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata, con un incremento del 3,2%: il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Meno qualità nel servizio pubblico. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni: lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud. Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Prestazioni inutili ma no sanzioni a medici. Sempre dal rapporto emerge un altro dato che racconta il rapporto degli italiani con la salute: ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli. Prevale quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni".

Sanità: il 57% degli italiani è favorevole alle polizze integrative

Sanità: il 57% degli italiani è favorevole alle polizze integrative Il 57% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa Di Ilaria Quattrone - 8 giugno 2016 - 18:30 Il 57% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa, dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Lo rivela la ricerca CENSIS-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI "Welfare Day". Sono ormai più di 26 milioni gli italiani - secondo l'indagine - che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui in più per la salute. E si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% lo ha fatto perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. "Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative - commenta Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti".

a cura di AXESS PR

Salute: 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure nel 2016

Salute: 11 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure nel 2016 Più cure, ma solo per chi può pagarsele. Se infatti è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini dello Stivale Di Ilaria Quattrone - 8 giugno 2016 - 17:39 Più cure, ma solo per chi può pagarsele. Se infatti è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini dello Stivale (con un incremento del 3,2% nel 2013-2015, il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%), sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Ben 2 milioni in più rispetto al 2012. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI 'Welfare Day'. Al cambiamento 'meno sanità pubblica, più sanità privata' si aggiunge, dunque, il fenomeno della sanità negata: 'niente sanità senza soldi'. Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial. L'andamento della spesa sanitaria privata - evidenzia l'indagine - è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Per il 45% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è poi peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma - secondo l'indagine - delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. (Adnkronos)

Sanità: "no alle sanzioni ai medici per esami inutili"

Sanità: "no alle sanzioni ai medici per esami inutili" Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili Di Ilaria Quattrone - 8 giugno 2016 - 18:26 Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. E' quanto evidenzia la ricerca CENSIS-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI 'Welfare Day'. Il decreto sull'appropriatezza è diventato una 'tigre di carta' e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, dice il CENSIS, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è infatti contrario: fra questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli.

Niente cure per 11 milioni di italiani

section id="wrap-container"> Sanità 09/06/2016 Niente cure per 11 milioni di italiani di Veronica Passeri - QN In tempi di crisi economica anche le cure sanitarie diventano un lusso e così 11 milioni di italiani ci rinunciano o le rinviano. Ma al tempo stesso aumenta il ricorso alla sanità privata per evitare le liste di attesa. Il trend fotografato da una ricerca Censis-Rbm, presentata ieri in occasione del Welfare Day, è impietoso: dal 2012 ad oggi sono in costante aumento coloro che fanno a meno di curarsi per risparmiare, 9 milioni quattro anni fa contro gli 11 di oggi. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, come vengono definiti i giovani nati tra gli anni 80 e il 2000. Il risvolto della medaglia, rispetto alle tante storie di sanità negata, è, paradossalmente, l'aumentare delle cure. Ma solo per chi può pagarsele. È la stessa ricerca, infatti, a registrare che la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini italiani è arrivata a 34,5 miliardi di euro, con un incremento del 3,2% nel 2013-2015. Praticamente 84 euro a testa in più. Tanto per farsi un'idea questa spesa rappresenta il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a 1,7%. Insomma la sanità italiana è sempre meno pubblica, sempre più privata e, con l'aumento delle liste d'attesa, irraggiungibile per chi non può pagare. Proprio le lunghe attese nelle strutture pubbliche hanno spinto ancora di più, chi può, a virare verso il privato. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. «Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato spiega Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano». 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Ma a fronte di 11 milioni che non si curano ce ne sono oltre 5 che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Però guai a chi tocca il 'mio medico': oltre il 51,3% di queste persone si dichiarano contrarie a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Infine ci sono le pagelle. Il dato più significativo è quello che vede il 52% degli italiani bocciare come inadeguato il servizio sanitario della propria regione. Le cose, come in una tendenza confermata negli anni, vanno peggio al Sud dove la percentuale degli scontenti sale al 68,9%, si assesta al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% nel Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est. Per il 45% degli italiani, inoltre, la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata.

Sanità: 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche

Home cronaca Sanità: 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche 20071126 - PONTEDERA (PI) - ECO - SCIOPERO MEDICI, OLTRE 5 MILIONI PRESTAZIONI A RISCHIO. Un corridoio dell' ospedale Lotti di Pontedera. E' in corso lo sciopero nazionale indetto dai sindacati dei 135 mila dirigenti medici e non medici della Sanita' pubblica. La protesta si prevede possa causare disagi ai cittadini mettendo a rischio 45 mila interventi chirurgici e 5 milioni di prestazioni sanitarie, dalle analisi ambulatoriali agli esami diagnostici. Bloccati per tutta la giornata anche controlli veterinari nei mercati della carne e del pesce. Saranno garantiti i servizi di assistenza ai ricoverati e tutte le prestazioni di urgenza ed emergenza. FRANCO SILVI/ANSA / BGG/BEF -->Sanità: 11 milioni di italiani rinunciano a cure per difficoltà economiche --> Pubblicato Da: Lucky Calabreseon: giugno 09, 2016 In: cronaca --> Erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Sempre più persone quindi non riescono a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. Ma meno sanità vuol dire anche "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Lorenzin, non si fanno nozze con fichi secchi "E' chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over. Deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi. Lo afferma il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commentando i dati Censis secondo cui 11 milioni di italiani rinunciano a cure. Verrebbe da dire al Ministro di vigilare affinché si evitino gli sprechi nela Sanità, in particolare pensando agli stipendi dei dirigenti e dei vari comissari che vengono periodicamente nominati dalla politica.

Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016

Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016 Due milioni in più rispetto a 2012, in particolare 2,4 mln anziani e 2,2 mln millennial 08/06/2016 10:49 Tweet Stampa Riduci Aumenta Condividi | Roma, 8 giu. (AdnKronos Salute) - Più cure, ma solo per chi può pagarsele. Se infatti è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini dello Stivale (con un incremento del 3,2% nel 2013-2015, il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%), sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Ben 2 milioni in più rispetto al 2012. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI 'Welfare Day'. Al cambiamento 'meno sanità pubblica, più sanità privata' si aggiunge, dunque, il fenomeno della sanità negata: 'niente sanità senza soldi'. Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial. L'andamento della spesa sanitaria privata - evidenzia l'indagine - è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Per il 45% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è poi peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma - secondo l'indagine - delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento.

Sanità troppo cara, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

Soldi Sanità troppo cara, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure La maggioranza di chi salta o rinvia esami e terapie sono anziani e giovani precari. Chi può si rivolge ai privati 08/06/2016 - I costi delle sanità gravano sempre di più sulle famiglie e tanti italiani rinunciano alle cure sanitarie perché non hanno soldi per permetterselo. La cifra è enorme: erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016. La maggioranza sono anziani e giovani precari. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Secondo la ricerca la spesa privata per la sanità - e cioè quanto devono sborsare gli italiani di tasca propria per esami e controlli - è salita a 34,5 miliardi, 3 miliardi in più rispetto alla scorsa rilevazione. NIENTE SANITA' SENZA SOLDI - La ricerca mette in risalto che c'è "meno sanità pubblica, più sanità privata e anche meno sanità e quindi anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Al cambiamento "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge il fenomeno della sanità negata: "Niente sanità senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. LUNGHE LISTE DI ATTESA - Sono oltre 10 milioni gli italiani che dichiarano di aver fatto maggior ricorso al privato negli ultimi anni. La crescita è determinata soprattutto dalla lunghezza delle liste d'attesa. Altre motivazioni sono la contrazione della matrice di prestazioni offerte dal servizio sanitario pubblico, ragioni di comodità legate agli orari o all'apertura nel week end. Sempre le liste di attesa spiegano il ricorso all'intramoenia da parte di 7 milioni di italiani in un anno. Se la ragione fondamentale è la lunghezza delle liste di attesa e quindi la volontà di accedere più velocemente alle prestazioni, tuttavia colpisce la quota di cittadini che esplicitamente dichiara che è stato il medico a consigliare il ricorso alla sanità a pagamento dentro le strutture pubbliche (22,9%). PRESTAZIONI INUTILI - Sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, oltre il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Riguardo, in generale, al decreto anti prescrizioni inutili, che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e dunque pagabile con ticket invece che per intero, il 64% degli italiani è contrario. Prevalde quindi la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza, interpretato dagli italiani come "uno strumento per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni". Leggi anche: Arriva il "dentista sociale". Si paga in base al reddito La crisi economica ha fatto aumentare la mortalità per tumori Sanità, un esame in convenzione col SSN costa 8 volte di più che nel privato Sanità, ogni anno bruciati 6 miliardi di euro per corruzioni e frodi Addio ticket sanitario: le 203 prestazioni mediche che pagheremo Dove mi curo', la classifica degli ospedali più virtuosi A Pavia c'è una macchina che cura i tumori. Ecco come funziona Medici di base: si va verso la presenza 12 ore 7 giorni su 7 Ricette mediche, si cambia: le novità nel decreto Lorenzin

Sanità: 11 milioni rinunciano o rinviando cure per crisi economia e liste attese

Sanità: 11 milioni rinunciano o rinviando cure per crisi economia e liste attese - ANSA 08/06/2016 19:20 SHARE: 11 milioni di italiani, nel 2016, hanno rinviato le cure o perfino rinunciato a prestazioni sanitarie a causa delle difficoltà economiche o per le lunghe liste d'attesa nella sanità pubblica. Il dato emerge da una ricerca del Censis, pubblicata oggi in occasione della Giornata del benessere. "Deve essere chiaro a tutti - ha commentato il ministro della salute, Lorenzin - che non si possono fare le nozze con i fichi secchi". Il servizio di Roberta Gisotti Non ha certo rassicurato gli italiani la frase del ministro Lorenzin, che pure ha ammesso di avere presente il problema, "una priorità", ha detto, da risolvere con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, le Regioni e i professionisti del Servizio Sanitario nazionale, ricordando di avere chiesto nella legge di stabilità 800 milioni di euro l'anno. Fatto sta che il numero di chi rinuncia o rinvia le cure è salito da 9 a 11 milioni dal 2012 ad oggi. Una "cifra impressionante", ha commentato la leader sindacale della Cgil Camusso, contestando al ministro lo schema pubblico privato, che oggi taglia fuori chi "non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o intramoenia", tanto che il 57% degli italiani sarebbe favorevole, per chi può, a polizze sanitarie e a fondi integrativi, sgravando così le casse dello Stato e liberando posti nei servizi pubblici. Da rilevare però che l'indagine è stata condotta dal Censis insieme alla Rbm Assicurazione Salute, la più grande compagnia di polizze sanitarie, il che potrebbe avere orientato le domande nell'inchiesta, sdoganando in qualche modo il tabù di una 'sanità uguale per tutti'. Fortemente critica verso governo e istituzioni, l'associazione dei medici e dirigenti sanitari (Anao Assomed), che denuncia la progressiva diminuzione della tutela pubblica della salute, specie per anziani e giovani, con una spesa privata tra le più alte nei Paesi Ocse, che arriva dalle tasche dei cittadini o attraverso fondi e assicurazioni.

[CENSIS] Più sanità solo per chi può pagarsela: nell'ultimo anno 11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie - 08.06.2016

+T -T [CENSIS] Più sanità solo per chi può pagarsela: nell'ultimo anno 11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie - 08.06.2016 mercoledì 8 giugno 2016 Più sanità solo per chi può pagarsela: nell'ultimo anno 11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie Aumenta la spesa sanitaria privata: 34,5 miliardi di euro (+3,2% negli ultimi due anni). Incubo liste d'attesa: 10 milioni di italiani ricorrono di più al privato e 7 milioni all'intramoenia perché non possono aspettare. Sono 26 milioni i cittadini che si dicono propensi ad aderire alla sanità integrativa. Ma nessuno tocchi il mio medico: più di 5 milioni di italiani hanno ricevuto prescrizioni di farmaci e visite inutili, eppure il 64% è contrario alla legge che stabilisce se una prestazione si paga con il ticket o per intero, e il 51% non vuole sanzioni per i dottori Roma, 8 giugno 2016 - Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata oggi a Roma al VI «Welfare Day». «Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano», ha detto Marco Vecchietti, Amministratore Delegato di Rbm Assicurazione Salute. «Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti», ha concluso Vecchietti. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento «meno sanità pubblica, più sanità privata» si aggiunge il fenomeno della sanità negata: «niente sanità senza soldi». Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché

[CENSIS] Più sanità solo per chi può pagarsela: nell'ultimo anno 11 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie - 08.06.2016

ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. Questi sono i principali risultati della ricerca di Censis-Rbm Assicurazione Salute «Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo», presentata oggi a Roma al VI «Welfare Day», a cui sono intervenuti, tra gli altri, Giuseppe De Rita e Carla Collicelli del Censis, Roberto Favaretto, Presidente di Rbm Assicurazione Salute, e Marco Vecchietti, Consigliere Delegato di Rbm Assicurazione Salute.

a cura di AXESS PR

Bonaccini convoca la Conferenza delle Regioni per il 9 giugno

n. 2957 - mercoledì 8 giugno 2016 Sommario - Bonaccini convoca la Conferenza delle Regioni per il 9 giugno - Elezioni comunali: prosegue il confronto - Toscana, Umbria e Marche uniscono le loro sedi a Bruxelles e altri servizi - Sanità: rapporti Censis-Rbm e Fondazione Gimbe - Istruzione: posizione sulla statizzazione istituti musicali pareggiati - Gazzetta Ufficiale: la rassegna di maggio

SANITA'. ANAAO: CENSIS MOSTRA I GUASTI DELLE SCELTE DEL GOVERNO

+T -T SANITA'. ANAAO: CENSIS MOSTRA I GUASTI DELLE SCELTE DEL GOVERNO mercoledì 8 giugno 2016 ZCZC DIR0422 3 SST 0 RR1 / DIR (DIRE) Roma, 8 giu. - "La ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day, non dice niente di nuovo a chi, come l'Anaa Assomed e le altre organizzazioni sindacali dei Medici e dei dirigenti sanitari, da tempo va denunciando la progressiva, e non piu' silenziosa, diminuzione del perimetro della tutela pubblica della salute ed il conseguente incremento del welfare privato". Cosi' una nota di Anaa Assomed. "La convivenza di spesa privata ai livelli piu' alti tra i Paesi OCSE, direttamente dalle tasche dei cittadini o con l'intermediazione di fondi o assicurazioni, e di italiani che non si curano per difficolta' economiche- continua- rappresenta il migliore testimonial per l'esistenza della sanita' duale, cui molti da tempo stanno lavorando, e per il "si curi chi puo'". E, quindi, per un diritto alla salute declinato non piu' e non solo in base alla residenza, ma anche al reddito. Se erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016, gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficolta' economiche, e circa il 10% quelli costretti ad indebitarsi per rispondere ai propri bisogni di salute, vuol dire che il definanziamento della sanita' pubblica non si e' mai interrotto, a dispetto dei giochi di parole del Governo. Il fatto poi che, in particolare, siano anziani e giovani, fasce sociali a basso reddito magari residenti nelle periferie urbane, a non riuscire ad ottenere dal servizio pubblico le prestazioni di cui avrebbero bisogno, spiega piu' di ogni analisi politica il voto di domenica. Alimentato non solo dalla protesta, ma anche dal senso di esclusione di pezzi crescenti di popolazione, il cui identikit rappresenta un vero fattore di rischio per la salute. Se meno sanita', e magari meno sociale, vuol dire anche meno salute per chi ha difficolta' economiche o vive in determinate aree, significa che non ci si riconosce piu' negli stessi principi di giustizia sociale. E le differenze diventano diseguaglianze e divaricazioni all'interno di una stessa comunita' nazionale".(SEGUE) (Com/Acl/ Dire) 15:22 08-06-16 NNNN ZCZC DIR0423 3 SST 0 RR1 / DIR SANITA'. ANAAO: CENSIS MOSTRA I GUASTI DELLE SCELTE DEL GOVERNO -2- (DIRE) Roma, 8 giu. - "Anche il fatto che la maggioranza degli italiani ritiene 'che solo il medico puo' decidere se la prestazione e' effettivamente necessaria' e che l'operazione appropriata sia nata 'per accelerare i tagli alla sanita' e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni', rientra nel capitolo dell'avevamo detto. Basta rileggere i nostri comunicati stampa per trovare quasi le stesse parole- dice ancora Anaa nel comunicato- Potremmo ritenerci soddisfatti di avere avuto ragione, ma la cronaca della morte annunciata di un servizio sanitario pubblico e nazionale, grande patrimonio civile e sociale, ci costringe ad interrogarci sul nostro ruolo di sindacato e di professionisti. Lo stesso dovrebbe fare la politica, riconoscendo i guasti prodotti da scelte all'insegna del definanziamento del sistema sanitario e della decapitalizzazione del lavoro dei suoi professionisti, vittime anche di un pregiudizio ideologico contro tutto cio' che e' pubblico, funzionale ad un processo di privatizzazione che aumentera' costi ed iniquita'". (Com/Acl/ Dire) 15:22 08-06-16 NNNN NNNN NNNN

Gazzetta Ufficiale: la rassegna di maggio

n. 2957 - mercoledì 8 giugno 2016 Sommario - Bonaccini convoca la Conferenza delle Regioni per il 9 giugno - Elezioni comunali: prosegue il confronto - Toscana, Umbria e Marche uniscono le loro sedi a Bruxelles e altri servizi - Sanità: rapporti Censis-Rbm e Fondazione Gimbe - Istruzione: posizione sulla statizzazione istituti musicali pareggiati - Gazzetta Ufficiale: la rassegna di maggio

a cura di AXESS PR

Sanità per chi può pagarla? Censis: 11 milioni rinunciano alle prestazioni

Home In Italia Sanità per chi può pagarla? Censis: 11 milioni rinunciano alle prestazioni In ItaliaSalute Sanità per chi può pagarla? Censis: 11 milioni rinunciano alle prestazioni di Redattore Sociale - Giu 9, 2016 Condividi Facebook Twitter tweet Aumenta la spesa sanitaria privata: 34,5 miliardi di euro. Incubo liste d'attesa: 10 milioni di italiani ricorrono di più al privato e 7 milioni all'intramoenia Aumenta la spesa sanitaria privata: più sanità per chi può pagarsela. È arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria privata e ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata ieri, 8 giugno, a Roma al VI "Welfare Day", dal titolo Salute "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo". «Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute -. Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia. La sanità integrativa è oramai un'esigenza per tutti gli italiani e non può più essere considerata un benefit per i lavoratori dipendenti o un lusso per i più abbienti». Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. La sanità negata aumenta ancora. Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 11 milioni nel 2016 (2 milioni in più) gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Al cambiamento "meno sanità pubblica, più sanità privata" si aggiunge il fenomeno della sanità negata: "Niente sanità senza soldi". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Tra pubblico in crisi e privato in crescita, avanza la sanità integrativa. Sempre secondo il Censis, il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tra gli aderenti alla sanità integrativa, il 30,7% ha aderito perché spendeva troppo di tasca propria e ora risparmia, e il 25% perché la copertura è estendibile a tutta la famiglia. Esami e visite inutili? Non toccate il mio medico. Sono 5,4 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli). Il decreto sull'appropriatezza è diventato una tigre di carta e tuttavia la sua logica incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le

Sanità per chi può pagarla? Censis: 11 milioni rinunciano alle prestazioni

terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico. 9 giugno 2016

a cura di AXESS PR

Sanità: Anaao, "Censis mostra i guasti delle scelte del Governo"

Sanità: Anaao, "Censis mostra i guasti delle scelte del Governo" 8 giugno 2016 @ 17:12 (DIRE-SIR) - "La ricerca Censis-Rbm, presentata oggi in occasione del Welfare Day, non dice niente di nuovo a chi, come l'Anaao Assomed e le altre organizzazioni sindacali dei medici e dei dirigenti sanitari, da tempo va denunciando la progressiva, e non più silenziosa, diminuzione del perimetro della tutela pubblica della salute e il conseguente incremento del welfare privato". Così una nota di Anaao Assomed. "La convivenza di spesa privata ai livelli più alti tra i Paesi Ocse, direttamente dalle tasche dei cittadini o con l'intermediazione di fondi o assicurazioni, e di italiani che non si curano per difficoltà economiche - continua - rappresenta il migliore testimonial per l'esistenza della sanità duale, cui molti da tempo stanno lavorando, e per il 'si curi chi può'. E, quindi, per un diritto alla salute declinato non più e non solo in base alla residenza, ma anche al reddito. Se erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016, gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche, e circa il 10% quelli costretti ad indebitarsi per rispondere ai propri bisogni di salute, vuol dire che il definanziamento della sanità pubblica non si è mai interrotto, a dispetto dei giochi di parole del Governo. Il fatto poi che, in particolare, siano anziani e giovani, fasce sociali a basso reddito magari residenti nelle periferie urbane, a non riuscire ad ottenere dal servizio pubblico le prestazioni di cui avrebbero bisogno, spiega più di ogni analisi politica il voto di domenica. Alimentato non solo dalla protesta, ma anche dal senso di esclusione di pezzi crescenti di popolazione, il cui identikit rappresenta un vero fattore di rischio per la salute. Se meno sanità, e magari meno sociale, vuol dire anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o vive in determinate aree, significa che non ci si riconosce più negli stessi principi di giustizia sociale. E le differenze diventano diseguaglianze e divaricazioni all'interno di una stessa comunità nazionale". (www.dire.it)

Sanità: Anaa, "il processo di privatizzazione aumenterà costi e iniquità"

Sanità: Anaa, "il processo di privatizzazione aumenterà costi e iniquità" 8 giugno 2016 @ 17:17 (DIRE-SIR) - "Anche il fatto che la maggioranza degli italiani ritiene 'che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria' e che l'operazione appropriata sia nata 'per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni', rientra nel capitolo dell'avevamo detto. Basta rileggere i nostri comunicati stampa per trovare quasi le stesse parole - dice ancora Anaa nel comunicato che commenta la ricerca del Censis-Rbm sulla sanità in Italia presentata oggi -. Potremmo ritenerci soddisfatti di avere avuto ragione, ma la cronaca della morte annunciata di un servizio sanitario pubblico e nazionale, grande patrimonio civile e sociale, ci costringe ad interrogarci sul nostro ruolo di sindacato e di professionisti. Lo stesso dovrebbe fare la politica, riconoscendo i guasti prodotti da scelte all'insegna del definanziamento del sistema sanitario e della decapitalizzazione del lavoro dei suoi professionisti, vittime anche di un pregiudizio ideologico contro tutto ciò che è pubblico, funzionale ad un processo di privatizzazione che aumenterà costi ed iniquità". (www.dire.it)

a cura di AXESS PR

Sanità: Censis, vince l'incubo delle liste di attesa troppo lunghe

Sanità: Censis, vince l'incubo delle liste di attesa troppo lunghe 8 giugno 2016 @ 16:38 (DIRE-SIR) - Il dato rilevante, nella ricerca di Censis-Rbm Assicurazione Salute "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo", è che cresce ulteriormente il numero di italiani che ha dovuto rinunciare o rinviare prestazioni sanitarie in un anno: erano 9 milioni nel 2012 sono diventati oltre 11 milioni nel 2016 (+2 milioni). Meno sanità pubblica, più sanità privata e anche meno sanità e quindi anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia. È l'universo della sanità negata che non accenna a prosciugarsi e anzi tende a dilatarsi, di fronte ad una nuova geografia della sanità fatta anche di alte barriere e nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie. Ampia è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. Boom, quindi, della spesa sanitaria privata che nel 2015 sale a 34,5 miliardi di euro con un aumento reale di +3,2% rispetto al 2013, praticamente il doppio della spesa totale per consumi. L'incremento di spesa sanitaria privata è tanto più impressionante se si considera la dinamica deflattiva che, nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari è rilevante. Del resto pensando ai consumi sanitari e non alla spesa il 37,0% degli italiani dichiara che sono aumentati negli ultimi anni, il 56,7% che sono rimasti inalterati e solo il 6,3% che sono diminuiti. Più sanità soprattutto per chi può pagarsela. Si è generalizzata tra gli italiani l'esperienza di ticket sanitari per singola prestazione di poco superiori o uguali alla tariffa intera praticata nelle strutture private (45,4%, +5,6% rispetto al 2013). D'altro canto, non è alta la quota dei cittadini che dichiara di avere percepito la contrazione dei prezzi praticati nelle strutture private. In buona sostanza, i cittadini riscontrano più l'incremento del valore dei ticket che la tendenza alla riduzione delle tariffe nel privato. Il trade-off pubblico-privato è cambiato perché le esigenze di bilancio hanno spostato sulle famiglie una parte significativa del costo delle prestazioni sanitarie erogate dal pubblico. In estrema sintesi, si può dire che vince l'incubo delle liste di attesa troppo lunghe che sono il perno esplicativo dei comportamenti sanitari degli italiani di questi anni, che obbligano i cittadini ad usare il privato e l'intramoenia come porta di accesso accelerato alla cura. Per avere prestazioni nel pubblico devi aspettare a lungo, e quando hai accesso comunque devi affrontare costi che non sono sempre lontanissimi da quelli con i quali accedi al privato: ecco il nuovo frame in cui si collocano le scelte sanitarie degli italiani. (www.dire.it)

Sanità: Censis, nel 2015 11 milioni di italiani hanno rinunciato a cure per difficoltà economiche

Sanità: Censis, nel 2015 11 milioni di italiani hanno rinunciato a cure per difficoltà economiche 8 giugno 2016 @ 16:33 (DIRE-SIR) - Nel 2015 11 milioni di italiani hanno rinunciato a cure per difficoltà economiche. È aumentata la spesa privata, anche per le liste d'attesa troppo lunghe. Sono alcuni dei dati che emergono dalla ricerca di Censis-Rbm Assicurazione Salute "Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo", presentatata oggi a Roma al VI "Welfare Day". La maggioranza degli italiani in modo trasversale a territori e gruppi sociali e" convinta che il Servizio sanitario della propria regione sia peggiorato negli ultimi due anni (e" il 45,1% degli italiani a pensarlo, +2,4% rispetto al 2015). E nelle regioni meridionali questo peggioramento riguarda strutture e servizi che erano già considerati inadeguati rispetto ai fabbisogni sanitari locali. Cresce ruolo e peso relativo della sanità a pagamento per i cittadini, in particolare la componente privata. Infatti, sono 10,2 milioni gli italiani che dichiarano che negli ultimi anni hanno fatto maggiore ricorso al privato. Ed è un dato tanto più rilevante, tenuto conto che sono anni di ridefinizione profonda dei bilanci familiari, con decurtazione delle spese. La crescita del ricorso al privato è ascrivibile ad una ragione fondamentale che prevale su tutto il resto: la lunghezza delle liste di attesa (72,6%). È questa la ragione che più di ogni altra spiega perché i cittadini si rivolgono ad una struttura privata, seguono poi anche ragioni di comodità legate agli orari lunghi o all'apertura nel weekend o alla contrazione della matrice di prestazioni offerte nel servizio sanitario pubblico. Sempre le liste di attesa spiegano il ricorso all'intramoenia da parte di 7 milioni di italiani in un anno. Se la ragione fondamentale è la lunghezza delle liste di attesa e quindi la volontà di accedere più velocemente alle prestazioni, tuttavia colpisce la quota di cittadini che esplicitamente dichiara che e" stato il medico a consigliare il ricorso alla sanita" a pagamento dentro le strutture pubbliche (22,9%). (www.dire.it)

Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016

Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016 Due milioni in più rispetto a 2012, in particolare 2,4 mln anziani e 2,2 mln millennial 08/06/2016 10:49 Tweet Stampa Riduci Aumenta Condividi | Roma, 8 giu. (AdnKronos Salute) - Più cure, ma solo per chi può pagarsele. Se infatti è arrivata a 34,5 miliardi di euro la spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini dello Stivale (con un incremento del 3,2% nel 2013-2015, il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo, pari a +1,7%), sono diventati 11 milioni nel 2016 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagarle di tasca propria. Ben 2 milioni in più rispetto al 2012. E' quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata oggi a Roma al VI 'Welfare Day'. Al cambiamento 'meno sanità pubblica, più sanità privata' si aggiunge, dunque, il fenomeno della sanità negata: 'niente sanità senza soldi'. Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial. L'andamento della spesa sanitaria privata - evidenzia l'indagine - è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. "Sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato - ha detto Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute - e di questi il 72,6% a causa delle liste d'attesa che nel servizio sanitario pubblico si allungano". Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. Per il 45% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è poi peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma - secondo l'indagine - delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento.

Cure troppo care: 11 milioni di Italiani rinunciano

Sanità troppo cara, undici milioni di italiani rinunciano a curarsi Evangelisti Maggiorino | 08 Giugno, 2016, 19:45 Una fetta in aumento tra la popolazione: erano 9 milioni nel 2012 gli italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. La convivenza di spesa privata ai livelli più alti tra i Paesi OCSE, direttamente dalle tasche dei cittadini o con l'intermediazione di fondi o assicurazioni, e di italiani che non si curano per difficoltà economiche, rappresenta il migliore testimonial per l'esistenza della sanità duale, cui molti da tempo stanno lavorando, e per il "si curi chi può". A rivelarlo la ricerca Censis-Rbm Assicurazione salute, presentata in occasione del Welfare Day. In pratica sono sempre di più gli italiani che negli ultimi tempi hanno scelto di farsi visitare e curare nelle strutture private o di ricorrere all'intramoenia, ossia alle prestazioni erogate fuori dal normale orario di lavoro dei medici in ospedale. E mentre assistiamo al lento e inesorabile crac della sanità pubblica - che entro il 2030 rischia di collassare, tra liste d'attesa infinite e costi alle stelle - gli italiani non rinunciano a un'infinità di esami e prestazioni inutili. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Una soluzione sarebbe che le polizze integrative coprissero anche le prestazioni garantite dal SSN, e che i ticket facessero la loro parte, visto che oltre la metà degli italiani non li paga e le sale d'attesa sono una giungla. (Regioni.it 2957 - 08/06/2016) Due rapporti, di Censis-Rbm e Fondazione Gimbe, fotografano luci e ombre del nostro sistema sanitario nazionale. A incidere è anche l'aumento del ticket sanitario: il rincaro è tale che spesso il prezzo della prestazione privata equivale al costo del ticket, o comunque è di poco superiore, come segnala il 45,4% degli intervistati. Prescrizioni inutili, ma il 51,3% non vuole sanzionare i medici - Il report Censis evidenzia che sono 5,4 milioni i cittadini che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Il decreto sull'appropriatezza, si legge nel rapporto del Censis, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". "Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute". Il 30,2% si è invece rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei fine settimana. Del resto pensando ai consumi sanitari e non alla spesa il 37,0% degli italiani dichiara che sono aumentati negli ultimi anni, il 56,7% che sono rimasti inalterati e solo il 6,3% che sono diminuiti. Ma, appunto, "deve essere chiaro a tutti che non si possono fare le nozze con i fichi secchi".

a cura di AXESS PR

Sanità troppo cara, undici milioni di italiani rinunciano a curarsi

Sanità troppo cara, undici milioni di italiani rinunciano a curarsi Machelli Zaccheo | 08 Giugno, 2016, 18:46 Nel 2016, secondo calcoli del Censis, sono 11 milioni gli italiani che non possono sostenere la spesa necessaria per la loro salute. A dirlo è la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute, presentata a Roma al "Welfare Day". E Meno sanità vuol dire "meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". Riguarda, in particolare, 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennial. Nel dettaglio, in due anni, è aumentata di 80 euro a persona la spesa "out of pocket" destinata alla sanità, ovvero quella pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Dall'indagine, emerge infatti il balzo in avanti della spesa sanitaria privata, arrivata a 34,5 miliardi di euro, con un incremento in termini reali del 3,2% negli ultimi due anni (2013-2015): il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7). Il 30,2%, invece, ha preferito la sanità a pagamento per questioni d'orario, potendo ricorrervi anche il pomeriggio, la sera e nei weekend. Ma a pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). Anche il fatto che la maggioranza degli italiani ritiene "che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria" e che l'operazione appropriata sia nata "per accelerare i tagli alla sanità e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni", rientra nel capitolo dell'avevamo detto. Tra le cause ovviamente le difficoltà economiche ma non solo. A quanto rilevato dall'indagine, il 45,4% dei cittadini che si sono affidati al privato ha pagato tariffe praticamente uguali o di poco superiori al ticket pubblico. Ampia è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno. L'aumento del Fondo, aggiunge il ministro, verrà utilizzato per "sbloccare il turn over e stabilizzare il personale sanitario precario, rifinanziare il Fondo per l'epatite C, coprire i costi dei nuovi farmaci oncologici e garantire a tutti i cittadini accesso gratuito alle cure" e "una prima svolta verrà a breve introdotta con i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza Lea, con l'ingresso nel Servizio sanitario nazionale di nuove prestazioni gratuite che si attendono da quindici anni". Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Sul sito it.reuters.com le notizie Reuters in italiano.

11 milioni di italiani rinunciano alle cure

Caro sanità: in 11 milioni rinunciano alle cure, a rischio anziani e under 30 Machelli Zaccheo | 08 Giugno, 2016, 14:27 Il dato emerge da un'indagine del Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata a Roma al Welfare Day. L'incremento di spesa sanitaria privata è tanto più impressionante se si considera la dinamica deflattiva che, nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari è rilevante. "L'universo della sanità negata tende a dilatarsi", tra "nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie", spiega la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute. **SERVIZI PEGGIORATI.** A pesare è anche lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela. In particolare a soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di millennials, ovvero i nati tra gli anni '80 e il 2000. La percezione è coltivata dal 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, dal 35,4% nel Nord-Est, dal 49% al Centro e dal 52,8% al Sud. Se la ragione fondamentale è la lunghezza delle liste di attesa e quindi la volontà di accedere più velocemente alle prestazioni, tuttavia colpisce la quota di cittadini che esplicitamente dichiara che è stato il medico a consigliare il ricorso alla sanità a pagamento dentro le strutture pubbliche (22,9%). I numeri sono in forte aumento: nel 2012 erano 9 milioni gli italiani che avevano dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche. Il 57,1% degli italiani - continua l'analisi del censis - "pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire". Così si otterrebbero anche benefici pubblici, perché molte persone utilizzerebbero le strutture private, liberando spazio nel pubblico, e perché così si inietterebbero maggiori risorse nel sistema sanitario. Ma non tutti possono permettersela e devono rinunciare alle cure: quest'anno secondo calcoli del Censis sono 11 milioni le persone che non hanno potuto sostenere la spesa necessaria per la loro salute. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia, il 66,4% dei quali proprio per evitare le lunghe liste d'attesa. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Esami e visite inutili? Dall'indagine emerge anche che gli italiani ammettono di ricevere prestazioni inutili ma sono contrari a sanzionare i medici che le prescrivono. Riguardo alla legge che fissa le condizioni che rendono una prestazione sanitaria necessaria e da pagare solo con il ticket, e non per intero, il 64% degli italiani è contrario (di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli).

Sanità: Censis, 11 mln italiani hanno dovuto rinunciare a cure nel 2016

Sanità troppo cara, undici milioni di italiani rinunciano a curarsi Esposti Saturniano | 08 Giugno, 2016, 16:59 La ricerca mette in risalto che c'è "meno sanità pubblica, più sanità privata e anche meno sanità e quindi anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". La cifra è enorme: erano 9 milioni nel 2012 e sono diventati 11 milioni nel 2016. Il dato emerge dalla ricerca realizzata dal Censis e da Rbm Salute e presentata in occasione del Welfare Day, iniziativa promossa dalla compagnia di assicurazione e giunta alla sesta edizione. Intanto aumenta la spesa sanitaria privata: è arrivata a 34,5 miliardi di euro (+3,2% nel 2013-2015). E' questa la ragione che più di ogni altra spiega perché i cittadini si rivolgono ad una struttura privata, seguono poi anche ragioni di comodità legate agli orari lunghi o all'apertura nel weekend o alla contrazione della matrice di prestazioni offerte nel servizio sanitario pubblico. Italiani rinunciano alle cure per motivi economici- A soffrire il problema sono 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di giovani nati tra gli anni '80 e il 2000. Lo scadimento della qualità del servizio sanitario pubblico. Più sanità, quindi per chi può pagarsela, secondo il rapporto. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). Di loro, il 66,4% lo ha fatto a causa della lunghezza delle liste d'attesa. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. Dal 2013 al 2015 è aumentata di 80 euro a persona la spesa pagata dagli italiani di tasca propria e non rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. Tramite la sanità integrativa si potrebbero acquistare molte più prestazioni per i cittadini di quanto riescano a fare oggi singolarmente sui mercati privati. Tuttavia, il 51,3% degli italiani si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili. Il decreto sull'appropriatezza delle cure, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico". Di questi, il 50,7% perché ritiene che solo il medico può decidere se la prestazione è effettivamente necessaria e il 13,3% perché giudica che le leggi sono motivate solo dalla logica dei tagli.

Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano alle cure

Sanità troppo cara, undici milioni di italiani rinunciano a curarsi Esposti Saturniano | 08 Giugno, 2016, 17:36 È quanto emerge dalla ricerca Censis-Rbm, presentata in occasione del Welfare Day. Altre motivazioni sono la contrazione della matrice di prestazioni offerte dal servizio sanitario pubblico, ragioni di comodità legate agli orari o all'apertura nel week end. Per il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin "è chiaro che il Sistema Sanitario deve fare i conti con la grave crisi economica che le famiglie stanno vivendo e che questa indagine Censis ci conferma la necessità di difendere l'aumento previsto del Fondo Sanitario per il 2017-18, che intendiamo utilizzare tra l'altro per sbloccare il turn over". La convivenza di spesa privata ai livelli più alti tra i Paesi OCSE, direttamente dalle tasche dei cittadini o con l'intermediazione di fondi o assicurazioni, e di italiani che non si curano per difficoltà economiche, rappresenta il migliore testimonial per l'esistenza della sanità duale, cui molti da tempo stanno lavorando, e per il "si curi chi può". La ricerca mette in risalto che c'è "meno sanità pubblica, più sanità privata e anche meno sanità e quindi anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". "Bisognerebbe ripensare le agevolazioni fiscali per le forme sanitarie integrative, per assicurare tutte le prestazioni che oggi sono pagate di tasca propria dagli italiani e per rimuovere le penalizzazioni di natura fiscale per i cittadini che decidono su base volontaria di assicurare la propria famiglia". Più cure, ma solo per chi può pagarle. Sempre secondo il rapporto, il 45% degli intervistati ritiene che la qualità del servizio sanitario della propria regione sia peggiorata negli ultimi due anni, mentre la percentuale di coloro che vede un miglioramento è ferma tristemente ad un modesto 13,5%. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria Regione. Sono ormai più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo. La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del servizio pubblico e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità a pagamento. Se la sanità integrativa attraesse effettivamente tutte queste persone, considerando una spesa pro-capite pari all'attuale spesa privata media nel complesso, si avrebbero 15 miliardi di euro annui per la salute. Ma ciò nonostante la maggioranza (il 51,3%) è contraria a sanzionare i medici per questo motivo e non ha apprezzato (il 64%) il decreto sull'appropriatezza emanato lo scorso anno dal ministro Lorenzin. Il decreto sull'appropriatezza, si legge, "incontra l'ostilità dei cittadini, che sostengono la piena autonomia decisionale del medico nello stabilire le terapie, anche come baluardo contro i tagli nel sistema pubblico".

Incubo liste di attesa, più sanità solo per chi può pagarsela

Incubo liste di attesa, più sanità solo per chi può pagarsela 10 milioni di italiani ricorrono di più al privato e 7 milioni all'intramoenia perché non possono aspettare commenta altre news Economia, Salute e benessere · 10 giugno 2016 - 11.19 (Teleborsa) - Si allungano le liste di attesa nel servizio sanitario pubblico tanto che, negli ultimi due anni (2013-2015), la spesa sanitaria privata ha registrato un incremento in termini reali del 3,2% a 34,5 miliardi di euro, il doppio dell'aumento della spesa complessiva per i consumi delle famiglie nello stesso periodo (pari a +1,7%). E' la fotografia scattata dalla ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute presentata ieri a Roma al VI "Welfare Day" secondo cui sono 10,2 milioni gli italiani che fanno un maggiore ricorso alla sanità privata rispetto al passato, e di questi il 72,6%. L'andamento della spesa sanitaria privata è tanto più significativo se si considera la dinamica deflattiva, rilevante nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari. Sono lievitati i ticket pagati dagli italiani, visto che il 45,4% (cioè 5,6 punti percentuali in più rispetto al 2013) ha pagato tariffe nel privato uguali o di poco superiori al ticket che avrebbe pagato nel pubblico. Sono 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia (il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie è per gli italiani ormai un gesto quotidiano: più sanità per chi può pagarsela.

a cura di AXESS PR

Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi per problemi economici

Sanità, 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi per problemi economici Una nuova ricerca del Censis fotografa l'universo della sanità negata in Italia, dove cresce il numero di chi rinuncia o rinvia prestazioni mediche e aumenta la spesa per il settore privato Redazione 08 giugno 2016 15:28 Condivisioni 2 Commenti I più letti oggi 1. Ardea, morto bambino di 10 anni: investito da un'auto e poi da un bus 2. Berlusconi ricoverato, in ospedale arrivano i figli: ecco come sta 3. Imprenditore scomparso: "Mario Bozzoli non è mai uscito dalla fonderia" 4. Incidente sull'autostrada A4, schianto fra tre camion: un morto Notizie Popolari Morto Gianluca Buonanno: su Varese news le foto dell'incidente Il malore, poi l'incidente: così è morto Gianluca Buonanno Approfondimenti Sanità, il futuro è nell'assistenza al distretto: "Addio alle file al pronto soccorso" 20 maggio 2016 Ecco "come sta" la sanità pubblica in Italia 28 marzo 2016 Sanità, macchinari inutilizzati e reparti chiusi: ecco la fabbrica degli sprechi 16 marzo 2016 La crisi morde ancora e gli italiani fanno i conti i tagli alla Sanità, mentre continua a lievitare il numero di coloro che rinunciano o rinviando le prestazioni sanitarie. Erano 9 milioni nel 2012 e oggi è un esercito di oltre 11 milioni. Il dato emerge dalla ricerca realizzata dal Censis e da Rbm Salute e presentata in occasione del Welfare Day, iniziativa promossa dalla compagnia di assicurazione e giunta alla sesta edizione. La ricerca mette in risalto che c'è "meno sanità pubblica, più sanità privata e anche meno sanità e quindi anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia". L'universo della sanità negata "non accenna a prosciugarsi e anzi tende a dilatarsi, di fronte ad una nuova geografia della sanità fatta anche di alte barriere e nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie. Ampia è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno". "Meno deputati, più specializzati": la protesta dei giovani medici Marco Vecchietti, amministratore delegato di Rbm Assicurazione Salute, lancia un appello al ministro Lorenzin affinché vengano coinvolte tutte le parti per definire nuove regole per una riforma della sanità integrativa. "Può essere di grande utilità l'avvio da parte del ministero di un dialogo diretto con chi oggi è protagonista di questo settore attraverso un tavolo tecnico o un gruppo di lavoro che metta insieme compagnie di assicurazione e fondi sanitari (che, peraltro, nel 60% dei casi dei affidano la copertura dei rischi e l'erogazione delle proprie prestazioni sanitarie proprio al settore assicurativo) per rilevare - anche a partire dagli studi presentati in questi ultimi anni - le specificità e le dimensioni economiche di questo settore e favorire la costruzione di un secondo pilastro sanitario più equo, effettivo ed universalistico". Altro trend che viene confermato dalla ricerca è la continua crescita della spesa sanitaria privata. L'anno scorso ha raggiunto i 34,5 miliardi di euro con un aumento in termini reali del 3,2% rispetto al 2013. Il ruolo della sanità a pagamento dunque conferma la costante crescita tra i cittadini. Oltre 10 milioni gli italiani che dichiarano di aver fatto maggior ricorso al privato negli ultimi anni. La crescita è determinata soprattutto dalla lunghezza delle liste d'attesa. Altre motivazioni sono la contrazione della matrice di prestazioni offerte dal servizio sanitario pubblico, ragioni di comodità legate agli orari o all'apertura nel week end.

blog di Beppe Grillo - 11 milioni di italiani non ...

venerdì 10 giugno 2016 blog di Beppe Grillo - 11 milioni di italiani non si curano a causa dei tagli del governo >>>
Questa sera alle ore 21:00 qui sul Blog abbiamo trasmesso la diretta streaming di SkyTg24 per il confronto in diretta tra i candidati sindaci di Torino in vista del voto di ballottaggio del 19 giugno: Chiara Appendino del MoVimento 5 Stelle e Piero Fassino del Pd. <<< di MoVimento 5 Stelle Parlamento Non solo gli 80 euro, il Bomba ci toglie anche le cure Ogni anno 11 milioni di italiani rinunciano alle cure o le rinviano. Un dato senza precedenti e in continua crescita, dato che solo tre anni fa, nel 2012, era più basso di 2 milioni di unità. Se aggiungiamo che la spesa sanitaria privata è aumentata nello stesso periodo del 3,2%, toccando quota 34,5 miliardi di euro, possiamo concludere che la sanità pubblica e universalistica scolpita nella nostra Costituzione non esiste più. Non è notizia di oggi, ma in questo biennio il Bomba ha davvero esagerato. Nel solo 2015 il suo Governo ha tagliato 4,3 miliardi al Fondo sanitario nazionale: 2,3 miliardi con il Dl Enti locali e 2 miliardi con la successiva legge di Stabilità. A ciò si aggiungano i ripetuti tagli alle Regioni, gli enti che gestiscono il grosso della spesa sanitaria. Dopo i tagli già feroci di Monti e Letta, il Bomba ha proseguito a ritmi ancor più sostenuti, e ha così ottenuto due effetti strutturali: il graduale spostamento dei pazienti dalla sanità pubblica a quella privata, e il decollo della sanità integrativa, sul modello liberista americano. In sostanza: se sei benestante puoi curarti, mentre se non lo sei rinunci alle cure o prosciughi i pochi risparmi messi faticosamente da parte..... Il rapporto Censis-Rbm Salute segnala, nel dettaglio, che 10 milioni di italiani ricorrono sempre di più alla sanità privata e che 7 milioni si affidano alle cure 'intramoenia', cioè quelle in cui i medici utilizzano le strutture pubbliche per visite in sostanza private, dato che sono fatturate dal medico a prezzi di mercato. Il perché di questa fuga dal sistema sanitario nazionale è sotto gli occhi di tutti: il 72% dei pazienti afferma infatti di non potersi permettere le lunghissime liste di attesa. Il sistema delle privatizzazioni è ormai collaudato: prima si tagliano fondi, strutture e personale al servizio pubblico, il quale naturalmente declina, poi si raccoglie l'ondata di indignazione popolare per il malfunzionamento del servizio, e infine lo si privatizza a furor di popolo. Con la sanità sarà più complesso, ma gli ultimi anni dimostrano che i Governi di destra, centro e sinistra hanno raccolto la sfida. Va notato, infine, che degli 11 milioni di italiani che rinunciano a curarsi 2,4 milioni sono anziane, 2,2 appartengono alla generazione nata e cresciuta tra la fine degli anni '80 e il 2000. Si tratta dei giovani che hanno visto svanire la stabilità e le tutele del posto di lavoro dei loro genitori, e che si vedono costretti a vivere alla giornata, con redditi da fame e la disoccupazione sempre dietro l'angolo. Ai più anziani e ai più giovani il Bomba ha deciso di scippare la sanità pubblica e universalistica. In compenso ha erogato 80 euro al mese. Ah, no. Si è ripreso anche quelli.---- Pubblicato da umberto gilberto marabese