

INTRODUZIONE

Misunderstandings

Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

L'*executive summary* del Rapporto, come di consueto, si cimenta con il tentativo di ricondurre le analisi quantitative, svolte e commentate nel volume, nell'ambito di un disegno complessivo utile a descrivere le tendenze evolutive del sistema sanitario italiano, ivi comprendendo tanto la componente pubblica (il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e le relative articolazioni regionali), quanto quella privata.

La riflessione sugli avvenimenti del 2018, focalizzata sulla ricerca della reale "cifra" delle politiche sanitarie, sembra potersi sintetizzare nell'affermazione di una persistente assenza di un chiaro disegno evolutivo del nostro SSN, confermando il dubbio, implicitamente sotteso nel sottotitolo del Rapporto Sanità 2017, il quale recitava "Il cambiamento della Sanità in Italia fra Transizione e Deriva del sistema".

L'anno è trascorso fra le celebrazioni di rito per il 40° compleanno del SSN, con qualche maggiore attenzione su temi specifici, quali quello delle professioni sanitarie e quello delle liste di attesa.

Evidentemente problematiche serie che richiedono attenzione, ma rimane la sensazione che la Sanità continui a rimanere fuori dalle priorità dei Governi che, intanto, si succedono alla guida del Paese.

Questa percezione assume concretezza con la conferma del finanziamento già previsto per il SSN: una scelta che non dà seguito alle promesse elettorali di un (ri) finanziamento della Sanità pubblica e non determina alcuna soluzione di continuità con il passato.

Il segnale che la Sanità non sia una priorità è evidente, oltretutto considerando che quanto descritto si inserisce in una manovra economica che, per quanto nel momento in cui si scrive non sia ancora

approvata e neppure del tutto esplicitata, dichiaratamente vuole avere natura espansiva.

Il contenimento del finanziamento pubblico del SSN, a fronte di politiche di austerità tese prioritariamente a ridurre il debito pubblico, pur discutibile, ha in qualche modo una sua "spiegazione": più difficile è capire come si coniughino politiche economiche espansive e stagnazione di fatto del finanziamento.

Se ne può solo desumere, e non è in effetti una novità, che il settore sanitario non sia considerato un enzima di sviluppo, quand'anche non sia addirittura considerato un mero costo e, da taluni, un caso di uso inefficiente delle risorse.

Il tema della Sanità è sempre accoppiato a quello del diritto alla Salute: connubio certamente condivisibile, ma pensare che la questione della Sanità sia solo una questione di diritti di cittadinanza è del tutto miope: si trascura così l'evidenza che dimostra come, invece, la Sanità sia (fra l'altro) anche un ganglio fondamentale della economia del Paese.

Nel 13° capitolo, il Rapporto ospita una sintesi dello studio elaborato dall'Area Politiche Regionali e della Coesione Territoriale di Confindustria, il quale inequivocabilmente dimostra l'importanza economica della "filiera della Salute", stimando che, al lordo dell'indotto, rappresenta il 10,7% del Prodotto Interno Lordo (PIL) ed il 10,0% dell'occupazione nazionale, confermandosi essere saldamente la terza industria del Paese, seconda solo a quella Alimentare ed Edile.

Continuare a pensare che la Politica sanitaria si esaurisca con la sola "gamba" delle politiche assistenziali, dimenticando quella delle politiche industriali, rappresenta un *misunderstanding* su quello

¹ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

che è il perimetro delle politiche sanitarie.

L'allarme che ne deriva dipende dal fatto che i *misunderstandings* minano la possibilità di definire politiche efficaci ed efficienti: se gli "assiomi" da cui si parte sono "sbagliati", evidentemente, le analisi che ne conseguono, pur internamente coerenti, non possono essere "corrette".

Dalla lettura delle analisi contenute nel Rapporto, emerge che i *misunderstandings*, scontati dall'attuale dibattito sulla Sanità, sono piuttosto numerosi.

L'*executive summary*, quindi, cerca di portare all'attenzione dei *decision makers* gli elementi che si ritiene possano configurare significativi *misunderstandings*.

Premessa, per trasparenza, la chiave di lettura adottata in questo 14° Rapporto Sanità del C.R.E.A. Sanità, proviamo di seguito ad analizzare quattro aree di potenziale rischio di *misunderstandings*:

- la misura della *Performance* del SSN
- la perimetrazione dei confini dei diritti dei cittadini in tema di tutela della salute
- la soluzione del problema della carenza di personale
- il rapporto fra Sostenibilità e Sviluppo economico.

Iniziando dal primo punto, e riprendendo il tema del finanziamento, osserviamo propedeuticamente che il mancato (ri) finanziamento del SSN è un fatto oggettivo e che le giustificazioni possono essere di due tipi.

Esulando da una lettura meramente finanziaria, l'oggettività del mancato (ri) finanziamento è resa evidente dal fatto che la quota pubblica di tutela in Italia, a partire dal 2009, si è allontanata da quella media dei Paesi dell'EU-Ante 1995 (ovvero quelli dell'Europa occidentale e centrale più la Grecia, che rappresentano il nucleo "originario" della Comunità), e tenda piuttosto ad allinearsi a quello dei Paesi EU-Post 1995 (quelli per lo più dell'area orientale, entrati successivamente).

Premesso che la comparazione ha una giustificazione meramente pragmatica, legata ai differenti livelli medi di sviluppo economico delle due aree, va anche detto che, pur se l'ultimo dato disponibile è quello del 2017, è del tutto evidente che il *trend* è

continuato nel 2018 e continuerà ancora in futuro: infatti, il tasso di crescita del finanziamento pubblico in Italia rimane inferiore al punto percentuale, mentre quello medio annuo dei Paesi dell'EU-Ante 1995 è stato del 3,6% nell'ultima decade, e del 3,2% nell'ultimo triennio. Nello stesso periodo, il tasso di crescita medio annuo del finanziamento nei Paesi EU-Post 1995 è stato rispettivamente del 4,3% e del 5,2%, e quindi l'Italia ha ormai una quota di copertura pubblica superiore di un solo punto percentuale a quella media dei Paesi EU-Post 1995 e inferiore di oltre 6 a quella dei Paesi EU-Ante 1995 (Figura 1.). In altri termini, volendo rimanere fedeli al principio equitativo che è alla base dei sistemi di *welfare* in Sanità, il "ri" o "de" finanziamento non è misurabile correttamente utilizzando il valore nominale del suo incremento/decremento; va, invece, misurato sulla quota di spesa coperta dall'intervento pubblico, quella effettivamente posta sotto "l'ala protettiva" della tutela pubblica. Da questo punto di vista, il "segno" delle politiche sanitarie degli ultimi anni, confermate dall'ennesimo differimento dell'investimento in Sanità, appare inequivocabile.

Se si accetta che la Sanità è sinora rimasta fuori dalle priorità pubbliche, è allora doveroso fare un passo avanti nell'analisi, chiedendosi se tale scelta abbia una valida giustificazione.

Senza pretesa di assoluta esaustività, le ragioni che, per lo più implicitamente, sono portate a giustificazione di questa scelta sono due, una declinata "in negativo" e una "in positivo": gli "sprechi" e "l'ottima salute" degli italiani.

Per alcuni, infatti, il (ri) finanziamento della Sanità si ottiene non aumentando le risorse, ma riducendo gli "sprechi" e, quindi, liberando risorse. La prospettiva è affascinante, ma per essere concreta ne deve essere quantificata la reale portata.

A ben vedere, le evidenze sugli "sprechi" in Sanità sono davvero "fragili": allarmismi sulla medicina difensiva, sulla corruzione, a volte quelli derivanti da esercizi di *benchmarking* fra i costi di strutture o aree diverse e da ultimo meri esempi di "malaffare".

A parte il fatto che le misure di tutti questi fenomeni sono scarse, quando non anche scadenti, essendo per lo più basate su estrapolazioni di esperien-

ze e stime effettuate in altre realtà, o in altri settori, quand'anche non frutto di analisi che non garantiscono adeguata omogeneità e standardizzazione dei confronti (tanto che finisce per prevalere una convinzione sostanzialmente aneddotica della loro "importanza"), un *misunderstanding* si annida nel *target* di riferimento che si usa: se esistesse la possibilità di annullare ogni malversazione, ogni spinta difensivista, e fosse magari possibile anche una programmazione "perfetta" di ogni attività allora certamente ci sarebbero "sprechi" rilevanti da eliminare, utili per un significativo (ri) finanziamento della Sanità.

In tal modo, però, si dimentica che la Sanità è un sistema complesso (davvero e non per vezzo accademico): dimenticarlo significa scrivere un "libro dei sogni".

I "fatti", al contrario, dicono che gli sprechi, pur essendoci, non rappresentano una fonte credibile di (ri) finanziamento.

Senza pretesa di esaustività:

- 1) la spesa italiana è ormai arrivata ad essere inferiore a quella dei Paesi dell'EU-Ante 1995 del 31,3% (il *gap* è raddoppiato rispetto al 2000 e sarebbe maggiore se non ci fossero

state la crisi della Grecia e la *Brexit*), tenendo altresì conto che il *gap* è ridotto dalla crescita della spesa privata, perché per la spesa pubblica è addirittura del 36,8%; ed, infine, anche usando il valore in parità di potere di acquisto (scelta, peraltro, significativamente discutibile), si conferma che sfiora il 25,0% (Figura 2.)

- 2) non solo i livelli di spesa italiani sono storicamente inferiori a quelli degli altri Paesi EU, ma anche i tassi di crescita sono più contenuti
- 3) la variabilità della pratica clinica, come anche il fenomeno della medicina difensiva, sono problemi del tutto generali e senza confini nazionali, e prove che in Italia siano maggiori che altrove non ce ne sono, a conoscenza di chi scrive
- 4) anche per quanto concerne la corruzione in Sanità, dati che dimostrino che sia percentualmente maggiore che negli altri settori non ce ne sono, a conoscenza di chi scrive
- 5) le Regioni ritenute generalmente più inefficienti, in ogni caso, sono quelle che spendono meno.

Figura 1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente

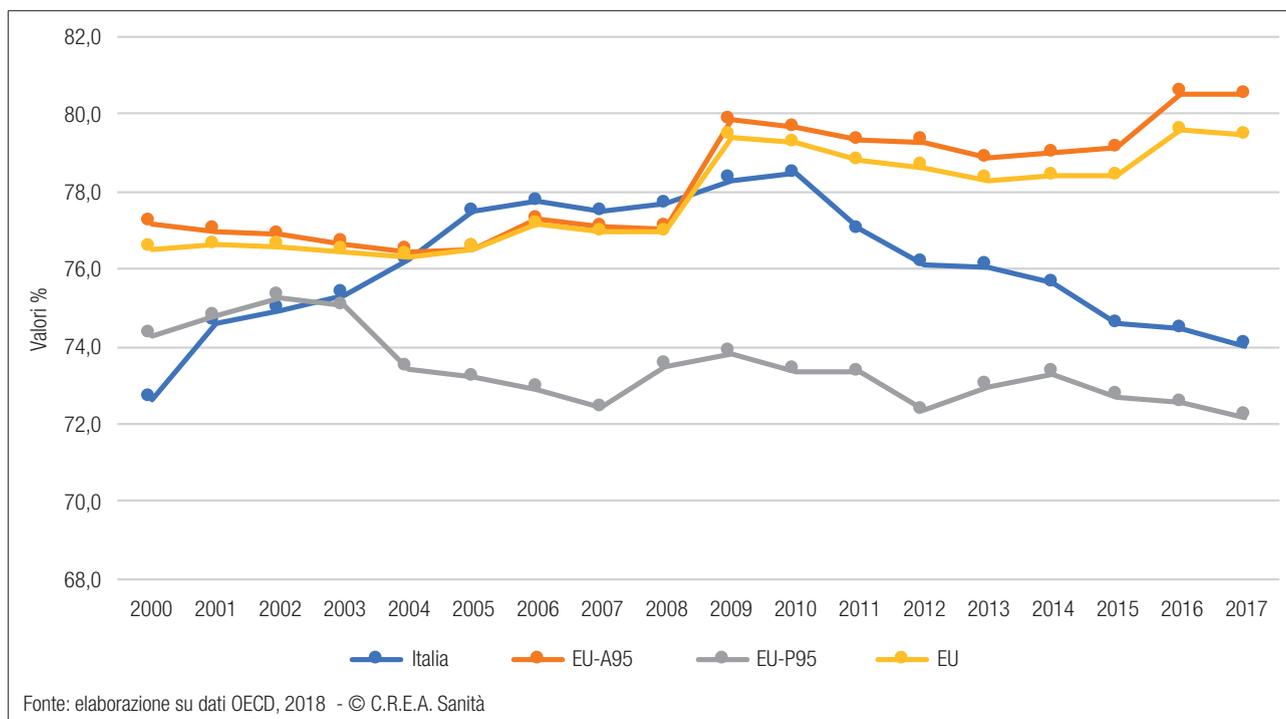
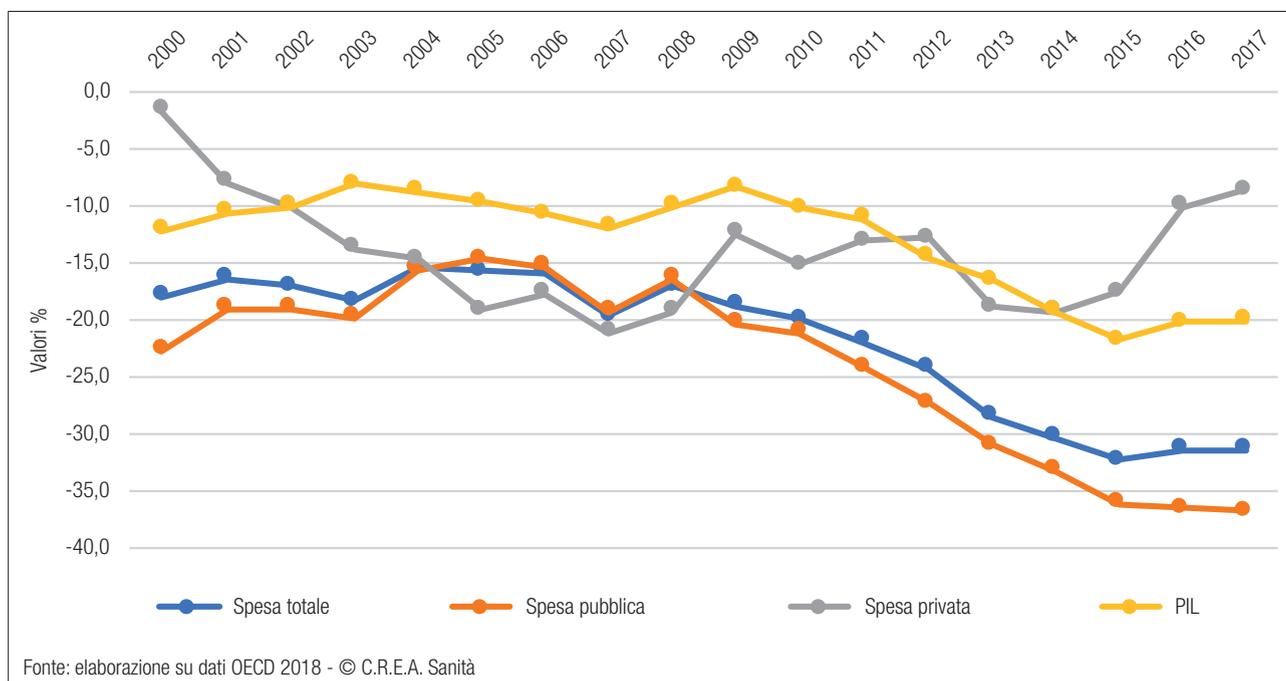


Figura 2. Trend della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite - Gap Italia vs EU-Ante 1995



In definitiva, il *misunderstanding* sta nel fatto che l'esistenza di "sprechi" non significa automaticamente che essi siano eliminabili nel breve periodo, e quindi che ci sia la possibilità di liberare risorse significative.

Il secondo elemento di discussione ("in positivo") è l'ottima *Performance* della Sanità italiana, in termini di esiti aggregati di salute; il ragionamento, può essere esemplificato con la domanda retorica: "perché spendere di più se gli esiti sono ottimi?".

In effetti, nel 2016 l'aspettativa di vita in Italia è seconda solo alla Spagna (e con ben 8 Regioni che vanno meglio anche del Paese "leader"), per quella a 65 anni è dietro solo a Francia e Spagna, per quella senza disabilità è seconda solo alla Svezia; in pratica un italiano può sperare di vivere in assenza di malattie invalidanti sino a 58,8 anni, con un incremento di 1 anno realizzatosi negli ultimi dieci anni; la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane, a 65 anni, assume un valore in Italia pari a 9,8 anni ed è in aumento rispetto al 2010 di quasi un anno, tra l'altro, dimostrando che è in atto un miglioramento generale dei livelli di salute e dell'auto-sufficienza. I tassi di cronicità *over 65* diminuiscono

significativamente, passando dal 45,6% nel 2013 al 44,2% nel 2016.

Per i tumori, l'Italia ha una mortalità standardizzata inferiore alla media dei Paesi EU. Come anche inferiori risultano essere i tassi di mortalità evitabile: 7,7 decessi in meno ogni 100.000 abitanti rispetto all'EU-Ante 1995 e 107,3 in meno rispetto a EU-Post 1995.

Anche l'efficacia e l'efficienza ospedaliera sono molto alte: l'OECD, nell'ultimo e recente *Italy Health Profile* riconosce, ad esempio, che abbiamo la miglior *Performance* fra i Paesi considerati, in termini di mortalità ospedaliera in caso di infarto; senza contare che abbiamo i tassi di ospedalizzazione minori di Europa; viene promossa dall'OECD anche la nostra *Primary Care*, malgrado, nel dibattito interno, sia a volte messa sul banco degli imputati.

L'unico appunto significativo che l'OECD riesce a muovere alla Sanità italiana è relativo alla degenza media ospedaliera: un appunto peraltro non corretto, rappresentando piuttosto un caso di "non standardizzazione" dell'indicatore: va, infatti, da sé che a fronte di tassi di ospedalizzazione che sono inferiori del 50,0% rispetto a quelli dei maggiori Paesi EU,

è del tutto ragionevole registrare una maggiore degenza media, per effetto di un *case mix* di pazienti ricoverati, per forza di cose, più severo.

Persino le prospettive non sembrano affatto negative; malgrado le profezie di una ineluttabile insostenibilità del sistema sanitario derivante dall'invecchiamento, i "fatti" raccontano che non solo si allunga la vita, ma si allunga anche quella senza disabilità; non aumenta (se non addirittura diminuisce) il tasso di cronicità; si alza l'età media degli eventi acuti ricoverati in ospedale, e, corrispondentemente, si assiste ad una riduzione dei ricoveri anche nelle fasce di età più avanzata.

Inoltre stando ai dati OECD, l'Italia, pur avendo nel 2016 speso per la prevenzione € 87,4, pro-capite, un valore che resta inferiore a diversi Paesi europei, come ad esempio Danimarca, Germania, Regno Unito e Svezia, registra la quota di persone (15 anni e più) in eccesso ponderale più bassa (45,1%) in Europa e il dato è stabile rispetto al 2006; anche il tasso di obesi è il più basso (9,8%) e in leggera diminuzione sia rispetto al 2015 che rispetto al 2006; è il secondo Paese con la quota minore di alcol consumato (7,1 litri annui pro-capite), con un valore stabile rispetto al 2014 ed in diminuzione rispetto al 2006; con riferimento al fumo di tabacco, siamo in una posizione intermedia, e comunque la quota è in diminuzione, rispetto al 2006 (Tabella 1.).

Il SSN fa la sua parte con i servizi di prevenzione, sebbene con diversi livelli di efficacia: per quanto riguarda le vaccinazioni, su cui si è reso necessario intervenire a fronte di un progressivo calo delle coperture vaccinali pediatriche a partire dal 2013, i tassi di copertura stanno nuovamente crescendo.

Con riferimento alla copertura vaccinale degli *over 65* contro l'influenza stagionale, l'Italia con il 49,9% è settima su 23 Paesi EU (sebbene registri un calo di 18,4 punti percentuali rispetto al 2006 e resti ancora ben lontana dalla soglia minima raccomandata del 75,0%).

Siamo in posizione intermedia rispetto allo *screening* mammografico con il 60,0% di donne tra 50 e 69 anni di età che ha partecipato ad un programma organizzato di *screening*. La quota è in lieve aumento (+0,4 punti percentuali) rispetto al 2006 e la

copertura è sottostimata, in quanto non tiene conto degli esami effettuati spontaneamente.

Le aree critiche sono poche e anche ben identificabili; la principale, è la scarsa attività fisica degli italiani, particolarmente grave per gli adolescenti in età scolare (11-17 anni) che, secondo WHO, non praticano sufficiente attività fisica nel 91,0% dei casi tra i maschi e nel 92,6% tra le femmine: in assoluto i tassi di sedentarietà più alti tra i Paesi europei.

Non stupisce quindi che la quota di bambini (6-9 anni) in eccesso ponderale sia la seconda più alta in EU (42,0%), e che per gli obesi condividiamo il primo posto con Cipro (21,0%).

Le considerazioni che ne derivano sono sostanzialmente due: in primo luogo, il riconoscimento al nostro Paese di una crescente ed efficace attenzione alla prevenzione, che certamente contribuisce agli ottimi esiti aggregati di salute; allo stesso tempo, però, l'investimento rimane ancora insufficiente.

In secondo luogo, che non tutti i meriti dei buoni esiti di salute sono attribuibili al SSN ma, allo stesso tempo, neppure tutti i demeriti legati ad alcuni fallimenti: va da sé che l'inattività fisica, il vero vulnus nella salute (e non solo) italiana, è da attribuirsi ad una assoluta carenza del sistema scolastico, peraltro l'altro grande assente nelle scelte di (ri) finanziamento pubblico; carenze in larga misura relative al tema dell'educazione ai corretti stili di vita: appare del tutto evidente che, oltre l'integrazione scuola-lavoro, in prospettiva, è essenziale sviluppare l'integrazione scuola-sport, riconoscendo a quest'ultimo il ruolo meritorio che gli compete.

In terzo luogo, che la *Performance* del SSN non può essere declinata esclusivamente in termini di esiti di salute: non solo perché essi non dipendono, come visto, solo dal SSN, ma anche perché l'equità è importante quanto, e per molti versi più, dell'efficacia o dell'efficienza.

Appare, quindi, un *misunderstanding* quello per cui, a fronte di un buon esito in termini di efficacia (esiti) e di efficienza, non c'è motivo (almeno urgente) di intervento.

Tabella 1. Sintesi della posizione dell'Italia nella classifica dei Paesi europei per diversi indicatori in tema di prevenzione

Indicatore	Unità misura	Anno	Fonte	Valore Italia	Media valori (n° Paesi osservati)	Paese (valore massimo)	Paese (valore minimo)
Obesità persone 15+	%	2016 (o più vicino)	OECD	9,8	16,6 (23)	Ungheria (21,2)	Italia (9,8)
Spesa programmi di prevenzione in % della spesa pubblica corrente	%	2016	OECD	4,7	2,8 (23)	Regno Unito (5,1)	Slovacchia (0,7)
Consumo di alcol persone 15+	Litri pro-capite	2016 (o più vicino)	OECD	7,1	10,0 (23)	Lituania (13,2)	Grecia (6,5)
Obesità adulti 18+	%	2016	WHO	23,0	25,3 (28)	Malta (31,0)	Danimarca (21,0)
Spesa pro-capite per programmi di prevenzione	€	2016	OECD	87,4	61,0 (23)	Regno Unito (145,2)	Slovacchia (5,9)
Persone 15+ che fumano giornalmente	%	2016 (o più vicino)	OECD	20,0	20,0 (23)	Grecia (27,3)	Svezia (10,9)
Donne 50-69 anni che hanno effettuato mammografia in programma organizzato screening	%	2016 (o più vicino)	OECD	60,0	59,7 (17)	Finlandia (82,2)	Lettonia (27,4)
Eccesso ponderale (sovrappeso+obesità) ragazzi di 15 anni	%	2013-2014	OECD	15,5	14,5 (23)	Grecia (21,5)	Danimarca (9,5)
Anziani 65+ vaccinati contro influenza stagionale*	%	2016 (o più vicino)	OECD	49,9	36,2 (23)	Regno Unito (70,5)	Estonia (2,8)
Bambini a 1 anno vaccinati con 3 dosi DTP	%	2017	OECD	94,0	95,7 (19)	Grecia, Ungheria e Lussemburgo (99,0)	Finlandia (89,0)
Adulti 18+ che praticano attività fisica insufficiente	%	2010	WHO	35,9	27,3 (28)	Malta (45,2)	Estonia (15,2)
Obesità adolescenti 10-19 anni	%	2016	WHO	10,0	8,0 (28)	Malta e Grecia (12,0)	Estonia (5,0)
Obesità bambini maschi 6-9 anni	%	2015-2017	WHO	21,0	13,5 (23)	Italia e Cipro (21,0)	Danimarca (5,0)
Adolescenti 11-17 anni che svolgono attività fisica insufficiente	%	2010	WHO	91,8	81,1 (27)	Italia (91,8)	Irlanda (71,6)

Peggior della media EU (*oppure migliore della media EU ma senza raggiungere il valore minimo raccomandato, come nel caso delle vaccinazioni over 65)
 Simile alla media o con scostamento minimo
 Migliore della media EU

La "media valori" è intesa come media dei valori di tutti i Paesi presi in esame per ciascun indicatore

Fonte: elaborazione su dati OECD e WHO, anni vari – © C.R.E.A. Sanità

A maggior ragione perché il SSN italiano, ispirato all'Universalismo della tutela pubblica, ha la sua ragion d'essere proprio nell'obiettivo di garantire l'Equità.

Così come è un *misunderstanding*, a cui non sono immuni le celebrazioni del quarantennale del SSN, che ci possa essere Universalismo senza Equità.

Da questo punto di vista, dobbiamo confermare che in Italia il primo, e purtroppo persistente e inossidabile, motivo di iniquità, rimane il divario tra Settentrione e Meridione.

Divario che arriva a coinvolgere l'aspettativa di vita, con oltre un anno di svantaggio per le Regioni del Mezzogiorno, che diventano poi 3 per quella

a 65 anni; prosegue per la cronicità e la disabilità, malgrado quelle del Sud siano Regioni con una popolazione mediamente più giovane, per le quali (in fase di finanziamento) si presuppone un minor assorbimento di risorse.

Un ulteriore *misunderstanding*, in agguato in questo contesto, è quello che legge il citato gradiente in termini di mera inefficienza dei SSN meridionali.

I dati letti in un'altra prospettiva ci dicono che le aspettative di vita nelle Regioni Meridionali sono, però, incomparabilmente migliori di quanto ci si potrebbe aspettare sulla base del loro livello di Sviluppo economico: Grecia e Portogallo, ad esempio, pur con un PIL pro-capite paragonabile a quello

del nostro meridione, “performano” peggio di tutte le Regioni italiane, Campania esclusa; e quest’ultima, comunque, performa molto meglio di tutti i Paesi dell’EU-Post 1995.

Questo risultato è reso possibile dal meccanismo redistributivo che è alla base del SSN il quale permette alle Regioni più povere di avere una spesa sanitaria molto maggiore rispetto a quella degli altri Paesi citati (Figura 3.).

In altri termini, l’importanza di continuare ad avere un SSN coeso, e con un forte meccanismo redistributivo, è dimostrata non tanto dall’efficienza del sistema, quanto dalla riduzione delle sperequazioni che di fatto realizza.

Osservando come, almeno fino ad un certo livello di spesa, si evidenzia una relazione positiva fra spesa ed esiti, se ne trae poi la conseguenza che queste due variabili vadano lette congiuntamente.

Ne segue, inoltre, che gli effetti redistributivi innescati dal SSN, alla prova dei fatti, preservano il Sud, ma non completamente.

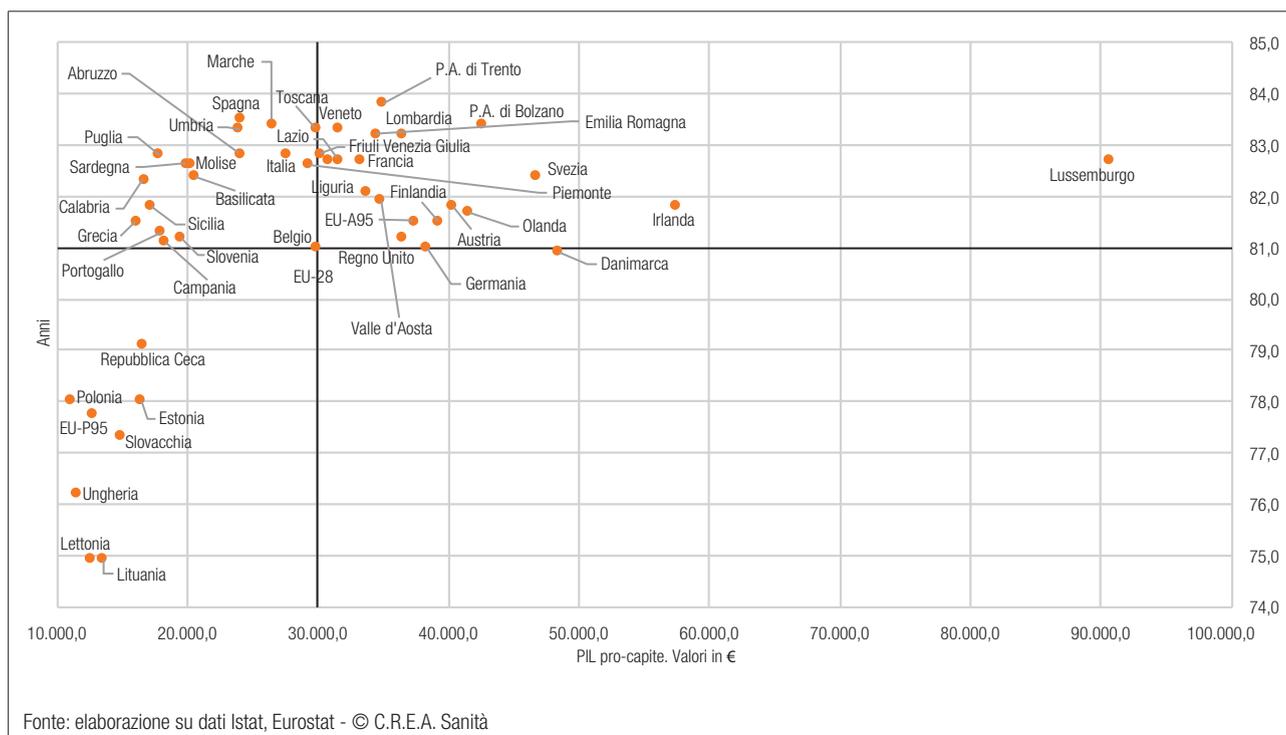
La Figura 4., con tutti i limiti di una rappresenta-

zione grafica deputata a dare una lettura qualitativa del fenomeno, che non ha, né vuole avere, pretese di quantificazione scientifica dei livelli di efficienza, ci “racconta” come praticamente tutte le Regioni italiane “performino” meglio dell’atteso, ed anche che in alcune Regioni meridionali, la spesa potrebbe essere stata più efficiente che in altre Regioni, anche non appartenenti alla ripartizione: in altri termini, i confronti di esito non sono corretti o, almeno, non dicono nulla sull’efficienza dei Servizi Sanitari Regionali (SSR), se non si standardizzano (fra l’altro) per le condizioni socio-economiche e per la spesa sanitaria.

Se, quindi, è indubitabile il valore sociale del SSN, è altresì evidente che le differenze, prima di tutto geografiche, ma non solo, rimangono eccessive e, quindi, il giudizio finale sul SSN non è scontato.

La prima conseguenza di questo ragionamento è che il (ri) finanziamento dovrebbe avere come obiettivo primario la riduzione effettiva delle disuguaglianze.

Figura 3. Speranza di vita alla nascita vs PIL pro-capite. Anno 2016



Quanto affermato porta a considerare che, allora, potrebbe non essere necessario un aumento di risorse, quanto piuttosto una loro riallocazione. Pur essendo osservazione legittima, con tutta probabilità si scontra con il fatto che riallocare le risorse implica una riduzione per alcuni, con un rischio inaccettabile di regresso nei servizi.

Per completezza, va anche considerato che, come anticipato, superato un certo livello di spesa, dai dati aggregati a livello nazionale è difficile intravedere un beneficio incrementale significativo; ma questo non implica automaticamente scarsa produttività della spesa, perché i benefici potrebbero essere di altro genere: ad esempio in termini di qualità della vita, e/o di *responsiveness*, e/o di *customer satisfaction*, etc..

Piuttosto, risulta difficile spiegare perché la relazione fra spesa ed aspettativa di vita a 65 anni è molto più debole: un fenomeno che meriterà approfondimenti ulteriori, specialmente a fronte del fatto che l'invecchiamento pone proprio la sfida di migliorare la condizione degli anziani (Figura 5.).

Una prima ipotesi è che sulla aspettativa di vita in buona salute e sulla qualità della vita incidano molto le condizioni economiche generali e non soltanto l'investimento in Sanità.

In definitiva, l'Italia continua ad avere un problema di equità geografica e questo, in un contesto di tutela universalistica della salute, è un buon motivo per rivedere livelli e logiche di finanziamento.

A riprova del parziale fallimento equitativo del SSN, i problemi citati sono trasversali nel sistema: l'incidenza di famiglie impoverite per spesa sanitaria sostenuta privatamente si moltiplica per 8 fra le Regioni con valori estremi; e anche assumendo un riferimento (soglia di povertà) regionale, quindi relativa, il differenziale rimane quasi di 3 volte (Figura 6.).

Se aggiungiamo le "nuove" rinunce (famiglie che dichiarano di aver ridotto la spesa sanitaria e che in effetti la annullano), i nuclei che registrano un disagio per effetto delle spese sanitarie, nelle diverse Regioni, passano da poco più del 2% a oltre il 12% (Figura 7.).

Figura 4. Speranza di vita alla nascita vs spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2016

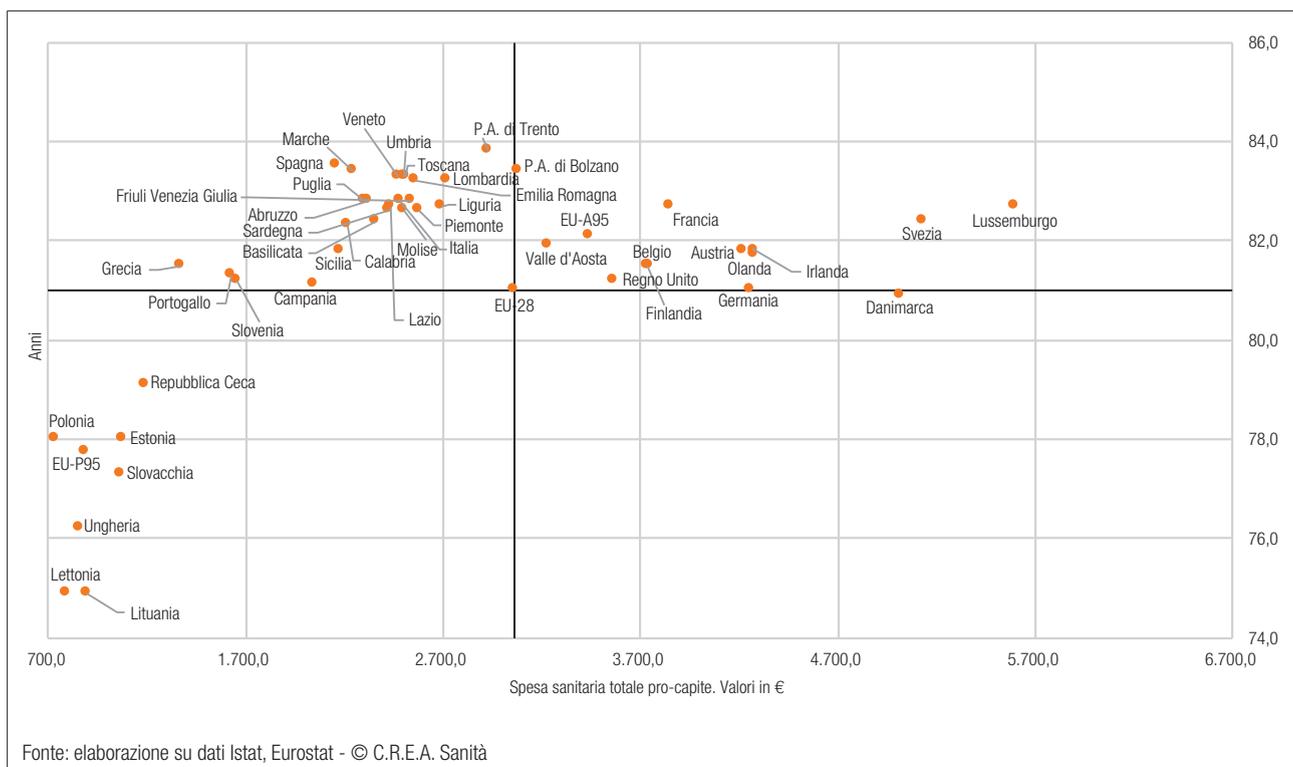


Figura 5. Aspettativa di vita a 65 anni vs spesa sanitaria pro-capite. Anno 2016

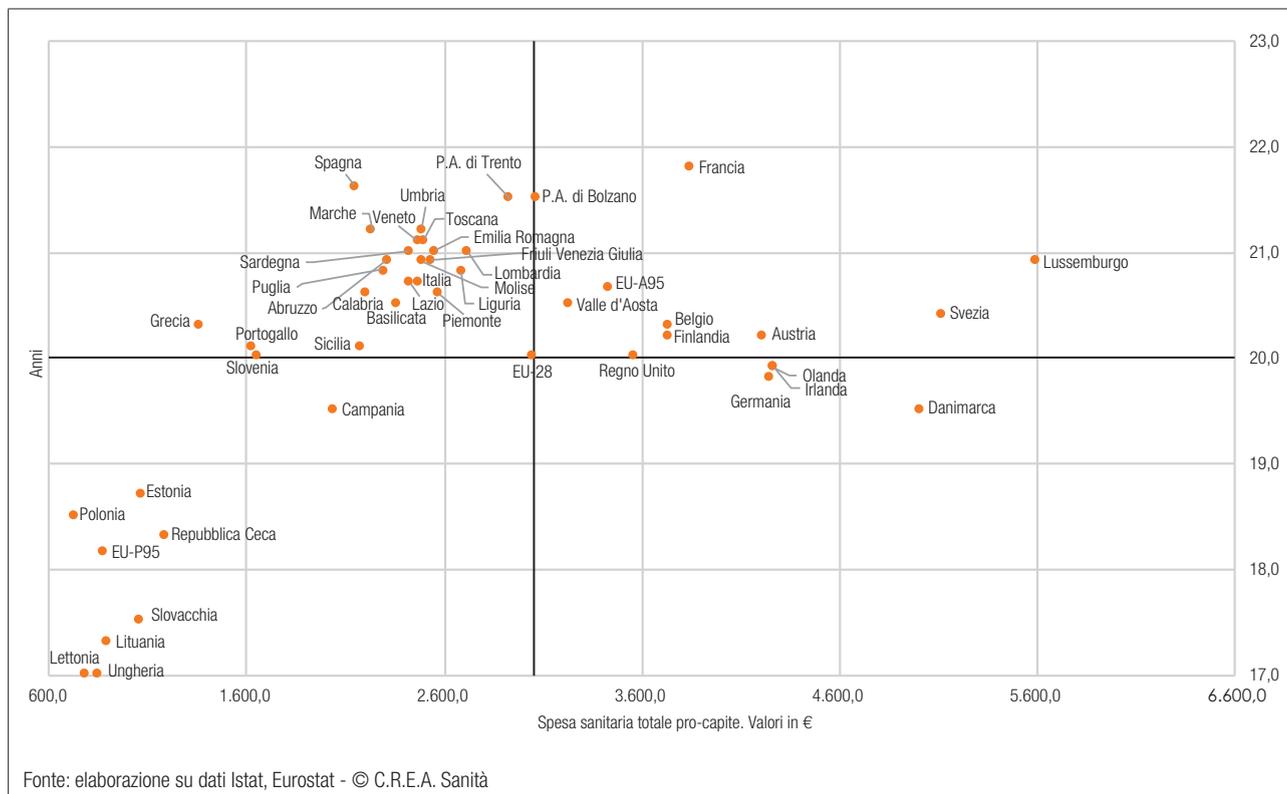


Figura 6. Quota famiglie impoverite. Anno 2016

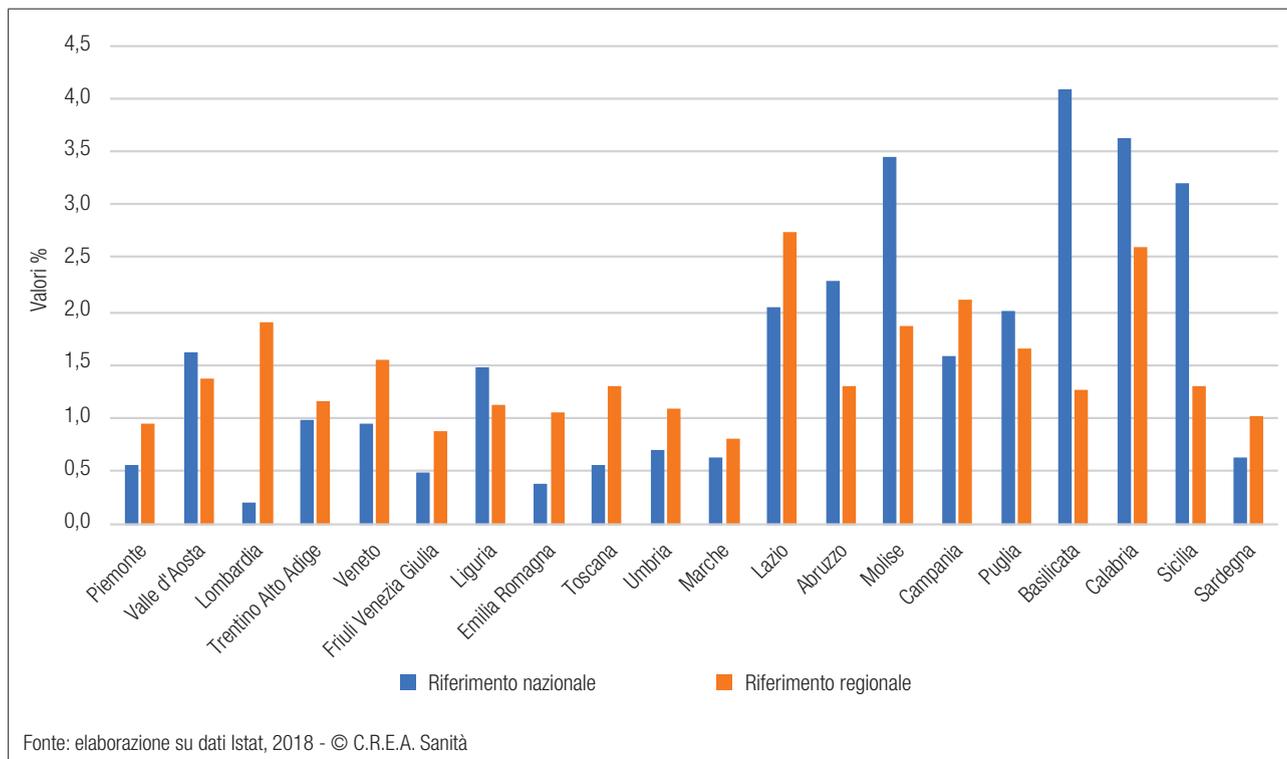


Figura 7. Quota di disagio economico. Anno 2016

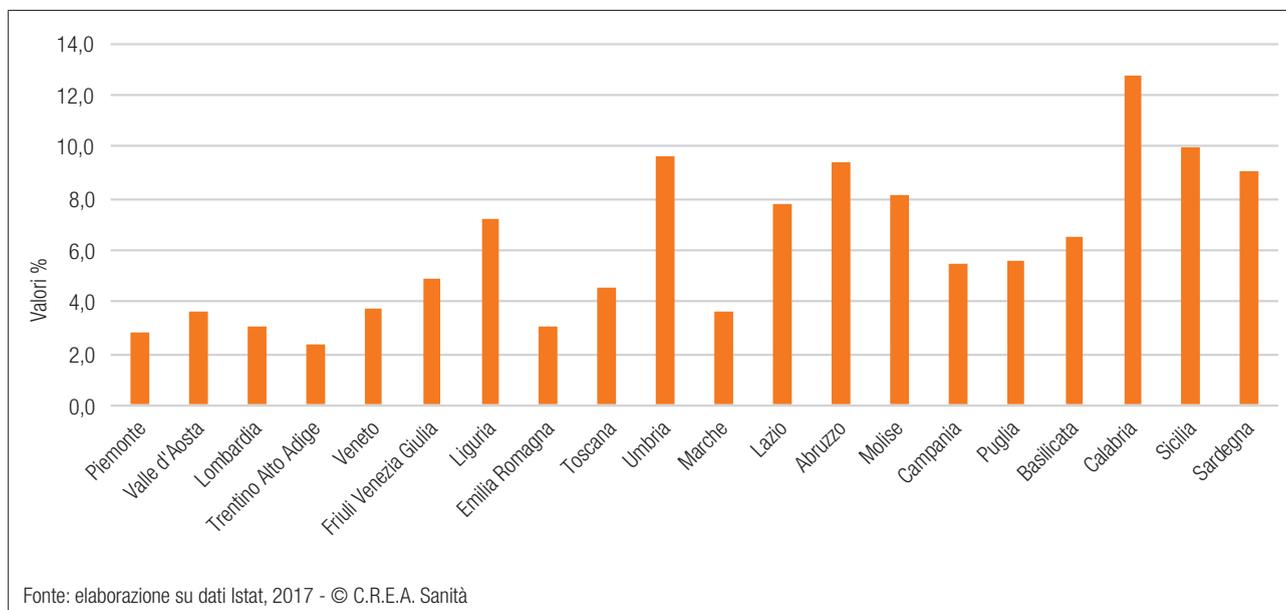
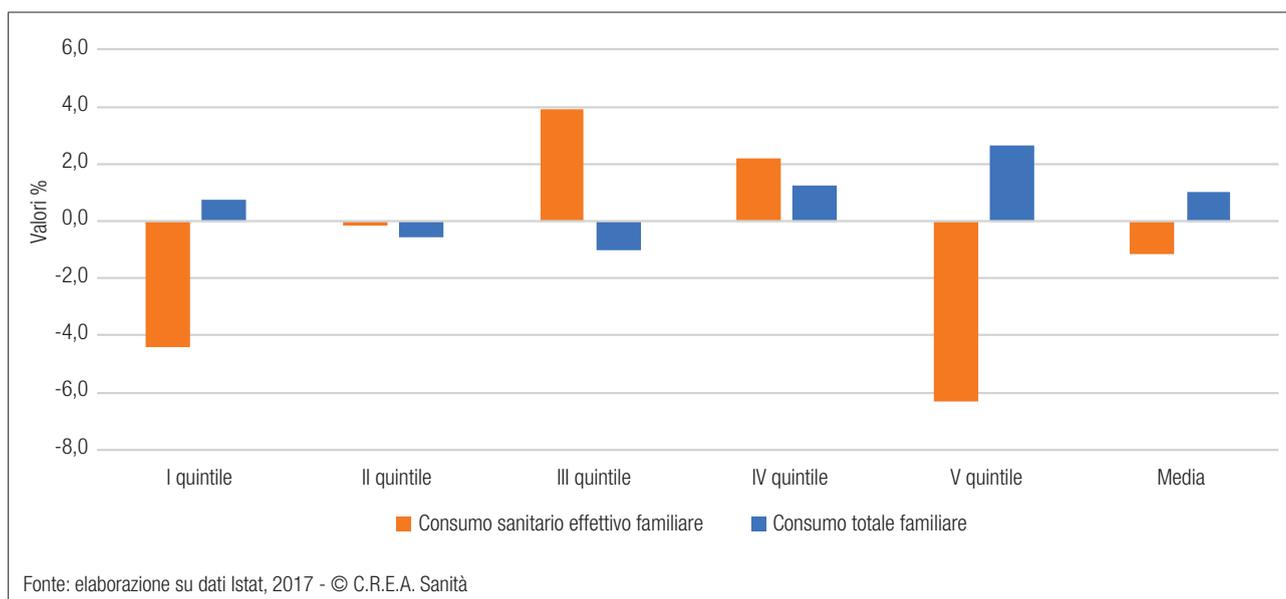


Figura 8. Variazione spesa media effettiva familiare. Anni 2016/2015



I fenomeni descritti derivano da un continuo incremento delle famiglie che sostengono spese sanitarie privatamente, il cui numero è cresciuto di 2 punti percentuali nell'ultimo anno, raggiungendo così il 79,0%. Incremento solo in parte controbilanciato dalla riduzione del valore nominale delle spese sanitarie effettivamente sostenute dalle singole famiglie.

Se l'impoverimento e le rinunce sono ovviamen-

te fenomeni legati alla deprivazione, e quindi concentrati nei primi due quintili di consumo, non si può altresì tacere che, fenomeno che osserviamo da alcuni anni, è il ceto medio quello che vede peggiorare maggiormente la propria condizione. Infatti, è nel terzo e quarto quintile che sta crescendo più rapidamente la quota di consumi destinati alla Sanità (Figura 8.).

Le politiche di inclusione devono necessariamente tenere in considerazione questo fenomeno, analizzando molto più nel dettaglio le differenze nella domanda espressa dai diversi segmenti della popolazione.

Il ceto medio, pur poco coinvolto nei fenomeni di rinuncia e impoverimento, rappresenta un problema in termini di equità, prima di tutto perché è quello che in larga misura finanzia il sistema con le imposte versate: come già segnalato nelle precedenti edizioni del Rapporto, nell'affermazione del fallimento equitativo del SSN, va considerata anche l'iniqua distribuzione degli oneri, derivante da un sistema fiscale notoriamente inefficiente.

Il tema fiscale, pur non essendo nelle competenze del Ministero della Salute, rappresenta un elemento essenziale in tema di Sostenibilità del SSN: come abbiamo varie volte rimarcato, i vantaggi di un sistema di assicurazione sociale universalistico sono di fatto nulli in assenza di equità sul lato del finanziamento.

La prova che l'epiteto di "pubblico e universalistico", con cui siamo usi specificare il SSN italiano, sia una affermazione in larga misura di puro principio, risiede nel fatto (già citato) che la quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria è inferiore a quella di larga parte dei Paesi EU; ma anche che, a parità di potere di acquisto, il livello della spesa sanitaria privata italiana, malgrado il SSN, è perfettamente in linea con la media EU (dove i sistemi a stampo solidaristico sono una minoranza).

Quindi, malgrado la promessa di una protezione Universale e Globale, i cittadini italiani contribuiscono privatamente alla spesa sanitaria in media quanto quelli degli altri Paesi EU-Ante 1995.

Questa ultima osservazione evidenzia un altro *misunderstanding*: lo sviluppo del secondo pilastro di *welfare* in Sanità è, per alcuni, elemento di rottura della primazia del SSN e, per altri, una ineluttabile necessità per ragioni di Sostenibilità. Ma entrambe le affermazioni non trovano riscontro: la prima perché la spesa privata ha superato il 25%, e nel tempo cresce per compensare la scarsa crescita di quella pubblica; a riprova di ciò, cresce più rapidamente della crescita del PIL pro-capite e quindi della *capacity to pay*.

Né può essere liquidata come spesa "inutile" o "inappropriata" sebbene oltre la Classe C, la Classe A acquistata privatamente, i *ticket* ed i farmaci di automedicazione nella spesa farmaceutica privata delle famiglie ci siano fra € 5,0 e € 6,0 mld. di altri prodotti la cui natura andrebbe meglio indagata.

Di più, la spesa privata è responsabile del 90,0% dei differenziali di spesa sanitaria delle Regioni, e visto che questi ultimi (come sopra argomentato) correlano con le *Performance*, ritenere la spesa privata un "elemento accessorio", automaticamente equivale ad abdicare al ruolo di redistribuzione che è in capo al settore pubblico.

Non è vera neppure la seconda affermazione, ovvero che il secondo pilastro rappresenta una necessità per garantire la Sostenibilità, perché la disponibilità dei cittadini a spendere per la salute è sostanzialmente data, ed è quella espressa nei consumi che osserviamo: privatamente si integra l'offerta pubblica e le sue eventuali carenze.

Non c'è un modo automatico per aumentare le risorse complessivamente destinate alla Sanità: al più è possibile effettuare riallocazioni fra i due comparti, quello pubblico e quello privato; riallocazioni che impattano di sicuro sul livello equitativo, mentre è del tutto discutibile, e non suffragato da evidenza, che impattino su quello dell'efficienza.

Peraltro, è certo che l'assenza di una visione strategica del sistema (complessivo) della Salute, nel quale si possono definire diversi livelli di tutela, comporta già oggi duplicazioni della spesa: e questo è chiaramente inefficiente; in secondo luogo, è altrettanto evidente che le *mission* dei due pilastri sono diverse, e quella della Sanità complementare è più orientata a criteri di equità verticale.

Nel solco di quanto sopra, osserviamo che, nel dibattito sul futuro del sistema Sanitario, è del tutto carente la riflessione sui livelli di sussidiarietà che il sistema di tutela pubblica deve, e vuole, assumere.

Il disegno della Legge n. 833/1978 prevedeva un accesso basato di fatto sull'uguaglianza, estremo limite dell'equità orizzontale, con una scarsa attenzione alla declinazione dell'equità verticale.

Ovviamente è del tutto evidente che l'uguaglianza, oltre ad essere valore discutibile, come spesso

succede alle opzioni estreme, è un altro capitolo del “libro dei sogni”: solo regimi fortemente illiberali impediscono a chi può permetterselo di curarsi dove e come vuole.

Il tema concreto è, allora, quello del livello di tutela che si vuole estendere a tutti: da questo punto di vista, non ha avuto l’attenzione che meritava, la “rivoluzione copernicana” rappresentata dall’istituzione della Commissione per la revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con la quale si è definito il superamento di una declinazione meramente “prestazionale” dei LEA, che in prospettiva dovranno assumere il connotato di “modalità di erogazione delle prestazioni”.

Il cambiamento è essenziale: per la prima volta si prende ufficialmente atto del profondo cambiamento avvenuto negli ultimi 40 anni nella Sanità; la crescita delle opportunità terapeutiche è stata esponenziale, e oltre ogni più rosea aspettativa, come è dimostrato dai tassi di miglioramento degli esiti registratisi nelle ultime decadi e precedentemente ricordati. Ovviamente, la crescita qualitativa e quantitativa delle opportunità porta con sé anche la crescita delle tecnologie che, pur dotate di efficacia, sono portatrici di una produttività marginale ridotta.

In questo contesto, non è più pensabile “dare tutto a tutti”, e non tanto per ragioni di Sostenibilità economica, quanto per ragioni di natura etica: non tutta l’innovazione (indipendentemente dalla sua definizione), può essere automaticamente considerata meritoria e come tale messa a carico della solidarietà collettiva.

Quanto meno, non è più possibile definire quale criterio di inserimento/non inserimento nei LEA, l’appropriatezza/non appropriatezza. Ricordiamo che, già da alcuni anni, il Rapporto segnala l’esigenza di declinare in modo diverso e più articolato i criteri di accesso.

Il tema appena introdotto, porta a qualche riflessione aggiuntiva sulle liste di attesa e sulle partecipazioni: tematiche che nel 2018 sono state oggetto di particolare attenzione.

Non c’è dubbio alcuno che le liste di attesa siano la maggiore fonte di insoddisfazione da parte dei cittadini; di contro, che siano un indicatore di iniquità

o, peggio, di rischio per i pazienti, è dubitabile, anzi è probabilmente frutto dell’ennesimo *misunderstanding*.

Come analizzato anche nel capitolo 8b del Rapporto, i dati sui tempi di attesa sono lunghi e anche abbastanza omogenei a livello nazionale: ma si tratta di rilevazioni effettuate sulle prestazioni prescritte come “non urgenti”; e, infatti, malgrado i tempi lunghi, che ci siano “danni” per la salute non è affatto dimostrato: ricordiamo, ancora una volta, che abbiamo esiti ottimi in confronto agli altri Paesi, e che non si conosce, ad oggi, relazione dimostrata, ad esempio, fra tempi di attesa ed esiti regionali.

Certamente, casi di ritardi anche nelle prestazioni urgenti saranno presenti; ma questi casi, a conoscenza di chi scrive, non sono rilevati, e quindi è impossibile dire se si tratti di un fenomeno rilevante o episodico.

Non si configura neppure un problema di iniquità, nella misura in cui i tempi, pur lunghi, lo siano in egual modo per tutti: in termini equitativi conta solo garantire una gestione corretta delle agende.

Abbandonando un inutile conformismo, va detto che il problema delle liste di attesa risiede nel fatto che esse vengono percepite dai cittadini come inefficienze del sistema, mentre sono, in buona misura, una difesa messa in atto dal sistema per evitare la proliferazione di prestazioni che, in quanto non urgenti, sono anche a maggior rischio di inappropriatazza.

Ovviamente è facile l’argomentazione per cui, se le prestazioni sono inappropriate, non dovrebbero proprio essere prescritte: a parte la complessità crescente del rapporto medico-paziente, per cui la prescrizione non è più un atto unilaterale, rimane il fatto che questa visione appare semplicistica perché sconta una visione deterministica delle decisioni; e questo determinismo in Sanità semplicemente non esiste: non a caso si è scritto “a maggior rischio di” inappropriatazza.

La questione è che la celerità della risposta non è (in buona misura) una questione clinica, bensì di modalità di erogazione (nel senso sopra richiamato).

La risposta pragmatica alle liste di attesa è già insita nei numeri rilevati: come si vede dalla rilevazione

condotta recentemente dal C.R.E.A. Sanità, i tempi di erogazione nel caso di prestazioni a pagamento sono molto brevi e praticamente identici in regime solvendi ed in intramoenia, come anche i costi.

Se si volessero uguagliare le condizioni di accesso, basterebbe sancire che dopo un certo numero di giorni di attesa i cittadini hanno diritto di effettuare la prestazione in regime di indiretta, ricevendo poi il rimborso della prestazione: e per evidenti ragioni di *business*, nessuno rimarrebbe di fatto escluso, perché, pur di incrementare il fatturato, il settore privato sarebbe incentivato ad anticipare i costi ai pazienti. Ovviamente, possiamo vaticinare (con assoluta “certezza”), che questo approccio farebbe lievitare i costi del sistema, come di fatto succede nei Paesi dove non c’è *gatekeeping*.

Il *trade-off* è del tutto evidente: tempestività della risposta verso incremento della spesa; e l’essenza vera del problema è chiedersi se la maggiore spesa sarebbe foriera di un beneficio socialmente accettabile; se si ragiona in termini di *endpoint* di Salute la risposta è probabilmente no; se si ragiona in termini di *customer satisfaction* quasi certamente sì.

Analogamente, chiarezza va fatta sul dibattito ricorrente sulle compartecipazioni.

Quel che appare certo è che le compartecipazioni sono “ingegnerizzate” molto male: i *ticket* in cifra fissa sulle ricette, per di più non esenti, sono la causa primaria di impoverimento. Le compartecipazioni sulle prestazioni specialistiche hanno messo, in più di qualche caso, fuori mercato il SSN.

Sul piano dei principi, il *co-payment* dovrebbe servire a mitigare i rischi di *moral hazard* ma, come testimoniato nei capitoli 8a e 9b, ormai ha assunto un ruolo di mero finanziamento di seconda istanza, del tutto improprio e iniquo: sia perché configura una “tassa sulla malattia”, sia perché l’incidenza è di fatto più alta nelle Regioni a minor reddito; Regioni dove oltre tutto è maggiore la quota di cittadini esenti, così che quelli che non lo sono, in larga parte del ceto medio, restano obbligati ad un eccesso di “solidarietà”.

Tanto si è ormai perso il senso del ruolo originario della compartecipazione, che una quota di *ticket*, seppure definiti dalla normativa “Entrate Proprie”, è

ufficialmente parte integrante del finanziamento; un uso improprio dello strumento è anche evidente nella previsione del pagamento del *ticket* sui differenziali di prezzo dei farmaci equivalenti, posta anche a carico dei pazienti per i quali sia stata apposta nella prescrizione la clausola di non sostituibilità: è, probabilmente, un caso del tutto “di scuola”, ma è davvero incomprensibile perché un cittadino debba essere penalizzato perché ha la necessità clinica di un farmaco specifico.

Il *misunderstanding* sta nel fatto di pensare che quanto precede implichi automaticamente che la compartecipazione sia sempre inutile o anche dannosa.

Il *moral hazard*, che nel nostro caso si concretizza in prescrizioni e richieste inappropriate, è un problema reale in Sanità, e le compartecipazioni sono uno strumento utile per limitarne l’impatto.

Ancor di più, se vale quanto prima argomentato, non si vede come sia possibile declinare le modalità di accesso alle prestazioni, se non usando anche la leva della articolazione dei livelli di compartecipazione; va da sé (e la cosa non è affatto nuova, perché così era in Italia sino all’inizio del nuovo secolo) che una prestazione salva vita e costosa, dovrà essere tendenzialmente gratuita; va da sé, però, che l’*upgrade* di una modalità di erogazione, tale da configurare limitati o anche, eventualmente, nulli effetti clinici, ma che, allo stesso tempo, possa permettere, ad esempio, una maggiore produttività, non si vede perché non possa essere gravato da un maggior livello di compartecipazione.

In tema di politiche che quest’anno hanno ricevuto forte attenzione, non possiamo non citare, anche, il problema della carenza di professionisti sanitari. Che l’eziologia del problema sia una carenza di programmazione appare evidente: i dati erano disponibili e anche noti. Allo stesso tempo, sarebbe difficile illudersi che la soluzione sia semplicemente quella di rimuovere barriere all’entrata, in primis nell’accesso ai corsi universitari.

Il rischio è quello di voler sanare una “non programmazione”, cadendo in una ulteriore “non programmazione”.

Intanto, banalmente, perché per poter formare

più medici (e in generale professionisti e operatori sanitari), senza diminuire, però, la qualità della formazione, servono risorse e un adeguamento dell'offerta.

In secondo luogo, perché la medicina sta cambiando, e prima di tutto è necessario ripensare approfonditamente i profili dei professionisti che saranno funzionali al sistema da qui a 10 anni, che poi è il tempo minimo necessario perché le scelte fatte oggi, incidano davvero sull'arruolamento da parte del SSN.

Infine, va ricordato che siamo nel pieno di uno *tsunami*, portato dalla cosiddetta medicina di precisione, ma anche (e con analogia intensità) dall'avvento delle tecnologie digitali, che rivoluzioneranno tutta la filiera della salute: dalla ricerca, al rapporto medico-paziente, alla somministrazione delle terapie: non è pensabile che non si approfondisca come questo *tsunami* possa essere governato, aggiornando i percorsi formativi.

Per non ripetere gli errori del passato, è, quindi, necessaria una immediata riflessione, tesa a definire la strategia da adottarsi per affrontare la transizione, sulla base della quale impostare la programmazione delle azioni concrete.

Si aggiunga che è necessario pensare anche ad un riallineamento delle retribuzioni dei professionisti ai livelli europei: riproponendosi così il problema del (ri) finanziamento del SSN; il tema delle retribuzioni e delle evoluzioni di carriera è fondamentale, prima di tutto per scongiurare il pericolo di sostenere i costi della formazione dei nuovi professionisti del futuro, e poi vederli emigrare, a beneficio degli altri Paesi.

In sintesi, anche in questo caso il rischio è quello di cadere in un *misunderstanding*: va razionalizzato che il vero problema non è il numero chiuso, quanto la carente programmazione dei fabbisogni e, in prospettiva, il rischio di una scarsa appetibilità dell'occupazione in Italia.

Abbiamo lasciato da ultimo il tema del rapporto fra Sostenibilità e Sviluppo economico, che in qualche modo chiude il cerchio, riportandoci al tema del rapporto fra politiche assistenziali e politiche industriali.

Un esempio paradigmatico del *trade-off* fra Soste-

nibilità e Innovazione è quello del settore farmaceutico, attualmente alla ricerca di una nuova *governance*: sebbene i problemi siano numerosi, in sostanza il problema si è scatenato a seguito del contenzioso generatosi sui *pay-back*: il *misunderstanding* sta nel rischio di pensare che la nuova *governance* possa basarsi su una banale revisione degli algoritmi di calcolo del *pay-back*, finalizzata a ridurre i motivi di contesa. Che l'algoritmo si possa semplificare, e anche migliorare, è certo: che la sua revisione possa essere risolutiva è, invece, largamente dubitabile.

Piuttosto, è necessaria una visione olistica del problema e, questo, richiede una analisi approfondita delle ragioni che incentivano il contenzioso.

Il punto di partenza del ragionamento non può essere la dimensione *pay-back*: come argomentato nel capitolo 9a, nel 2017 la somma da ripianare è pari a € 1,3 mld., ovvero al 6,9% della spesa farmaceutica effettiva: spesa effettiva perché al netto di sconti e *pay-back* legati ai *Managed Entry Agreements* (MEA).

I meccanismi richiamati, insieme agli importanti risparmi derivanti dalle genericazioni, hanno sin qui garantito la Sostenibilità della spesa farmaceutica.

La loro efficacia è indubbia: sebbene i confronti di spesa con gli altri Paesi siano molto difficili, a causa delle diverse poste rilevate (si veda nel dettaglio il capitolo 9a), considerando che l'Italia è fra i pochi Paesi che rileva tutta la spesa, si può affermare con ragionevole certezza che la spesa italiana è significativamente inferiore a quella media EU, e questo in primo luogo grazie ad un prezzo medio delle molecole inferiore.

La negoziazione di un prezzo medio inferiore è, peraltro, stata resa possibile dal sistema degli sconti (più o meno) opachi, che hanno permesso di mantenere il prezzo "ufficiale" ad un livello ritenuto accettabile dalle imprese, ottenendo un ribasso da applicarsi "ex post": in altri termini, l'elemento vincente è stato quello di negoziare sconti applicati dopo il consumo, garantendo così le imprese dal rischio di fenomeni di commercio parallelo.

Anche il *pay-back*, derivante dallo sfioramento del tetto della ospedaliera, ha questa natura, e configura un ulteriore sconto, che va a sommarsi ai precedenti.

Quel che con tutta probabilità ha messo in crisi il sistema, è stata la rapida crescita dello sforamamento, che ha portato lo sconto a livelli ritenuti non più "accettabili" da parte delle imprese (oltre ad avere generato non banali complicazioni di gestione dei bilanci).

Una diversa allocazione dei *pay-back*, quindi, sembra che non possa essere risolutiva, a meno che non comporti anche una riduzione dell'ammontare complessivo del ripiano.

D'altra parte, le Regioni contano ormai sul flusso dei *pay-back*, che di fatto è diventato una importante forma di finanziamento, di un livello quantitativamente comparabile con gli aumenti annuali del finanziamento del SSN.

Il tema della *governance*, quindi, non può che essere declinato insieme a quello del tetto di spesa e anche a quello delle politiche industriali.

Il doppio tetto, di cui la parte ospedaliera è sfornata da tutte le Regioni tranne due (e per di più a Statuto speciale), a cui si aggiungono i due distinti Fondi per i farmaci innovativi, configura un sistema di silos

che non ha ragione di essere e comporta elementi significativi di inefficienza; l'abbattimento di questi silos fra farmaceutica e altre forme assistenziali, ma anche la valutazione dell'indotto generato dal settore, dovrebbero quindi essere tra gli obiettivi primari da raggiungere per poter garantire la Sostenibilità dell'innovazione (Figura 9.).

L'ulteriore elemento da considerare ai fini della nuova *governance*, è che ormai la quota di spesa farmaceutica privata è rilevante, e condiziona le *Performance* regionali: essa è pari in media al 31,6%, variando dal 43,6% della Valle d'Aosta al 21,7% delle Marche; questo dato basta per evidenziare come la spesa privata non possa essere esclusa dal sistema di *governance* (Figura 10.).

Sul tema del rapporto fra spesa farmaceutica pubblica e privata, e quindi su quello dei criteri di valutazione delle tecnologie, va anche detto che è del tutto apprezzabile che fioriscano, sebbene con ritardo rispetto agli altri Paesi, i richiami all'*Health Technology Assessment* (HTA).

Figura 9. Spesa farmaceutica* ospedaliera pubblica pro-capite e tetto. Anno 2017

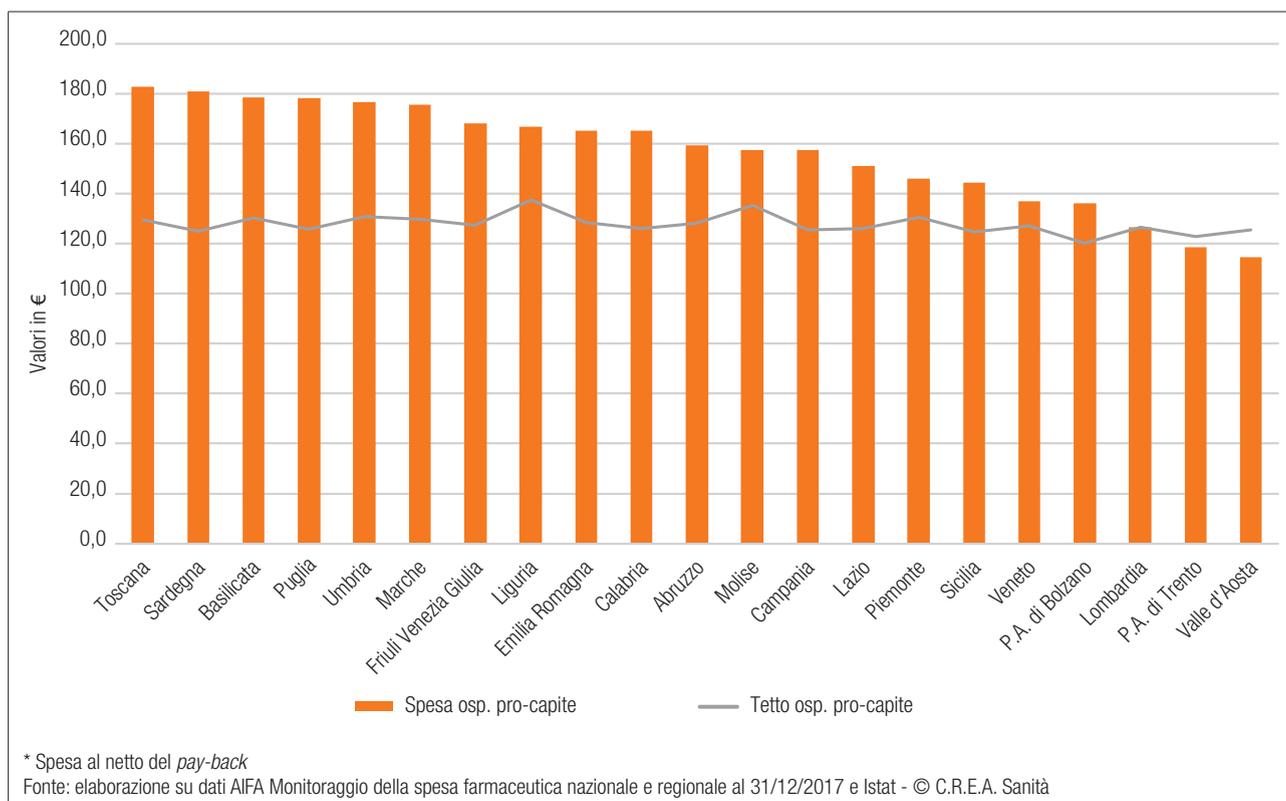
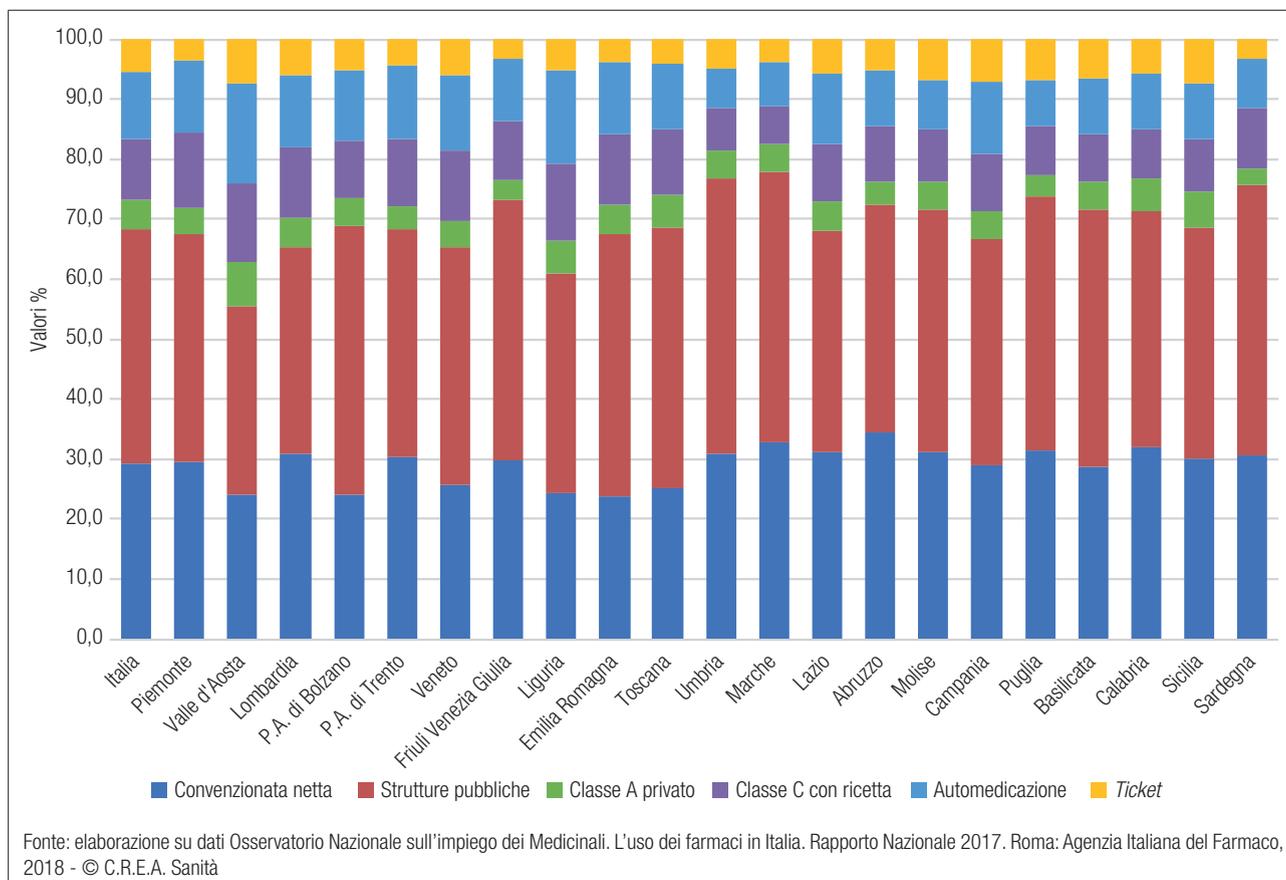


Figura 10. Composizione della spesa farmaceutica totale. Anno 2017



Allo stesso tempo, è necessario rimarcare che i prossimi anni metteranno in profonda crisi i sistemi di valutazione sinora utilizzati: le cosiddette *advanced therapies*, come già la medicina di precisione, pongono formidabili sfide al sistema di HTA, nella misura in cui la crescente targettizzazione implica uno scenario del tutto nuovo, con farmaci (e in generale tecnologie) per indicazioni così "strette" da essere riferibili a gruppi di pazienti di "dimensione" sempre più assimilabile a quelle che si incontrano nelle malattie rare; e, come abbiamo imparato proprio dall'esperienza dei farmaci orfani, questo a sua volta implica prezzi anche altissimi per rendere le molecole remunerative; a sua volta, la crescita dei prezzi delle tecnologie implica una sempre maggiore concentrazione delle risorse su pochi soggetti. Ne segue che, in prospettiva, il problema della valutazione delle tecnologie si sposterà dai problemi di efficienza (riassunti nei criteri di valutazione della costo-efficacia),

a quelli dell'etica, ovvero alla elicitazione delle preferenze sociali in tema di concentrazione degli investimenti su pochi soggetti.

Il tema è così delicato da richiedere un serissimo approfondimento, e rapide decisioni, a partire da quelle che riguardano la rappresentanza dei diversi *stakeholder*, ad iniziare dai cittadini e dai pazienti, nei processi decisionali.

Concludendo, la complessità della filiera della Sanità e la rapidità dei cambiamenti in corso richiedono una maggiore capacità di analisi e più raffinati strumenti di supporto alla programmazione di medio-lungo periodo; tali strumenti devono permettere di superare la logica dei silos, esistenti sia all'interno del settore sanitario, sia, più in generale, fra politiche sanitarie, industriali, dell'educazione etc..

Ma serve anche fare pulizia di vari *misunderstandings*, che rischiano di portare a decisioni scorrette per difetti di impostazione dei ragionamenti; per que-

sto è necessario un cambiamento culturale, a partire dal ritorno alla pratica del confronto collaborativo: la tendenza alla radicalizzazione delle posizioni, che è evidente nella Società italiana, negli ultimi anni, anche in Sanità, ha di fatto impedito di affrontare i temi con maggiore contenuto valoriale, generando una *empasse* di fatto; non è un caso che, da oltre

due decenni, le politiche siano state orientate ad affrontare quasi esclusivamente tematiche di assoluta evidenza tecnica, legate all'“efficientamento” del sistema: però, raggiunto ormai l'obiettivo, oggi esse hanno probabilmente esaurito gran parte della loro importanza, e segnano il passo rispetto alle reali necessità di ammodernamento del settore.