

FINANZIAMENTO PUBBLICO IN RITIRATA

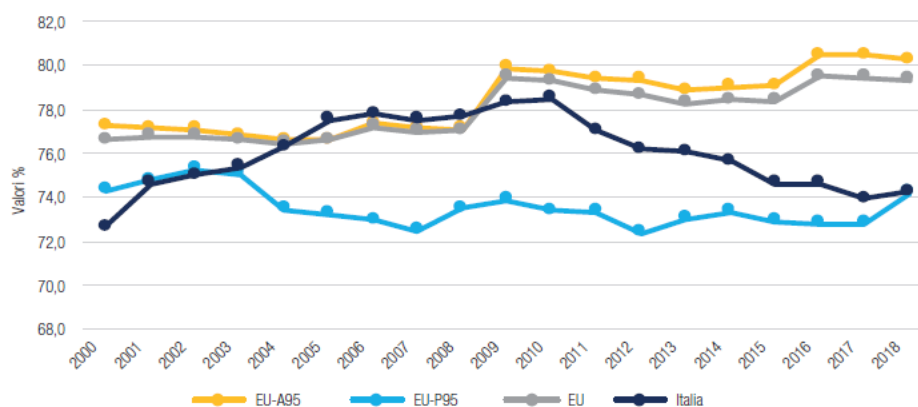
Il finanziamento pubblico della spesa sanitaria italiana si è negli anni ridotto arrivando a raggiungere quello dei Paesi dell'EU-Post 1995, ovvero quelli dell'Europa dell'Est.

Il settore pubblico, pur rimanendo la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria in tutti i Paesi EU, nei Paesi dell'EU-Ante 1995 fa fronte in media all'80% della spesa sanitaria corrente, mentre in Italia e nei Paesi dell'Est a poco più del 74% [TAVOLA 1], confermando per il nostro Paese il disinvestimento pubblico nel welfare sanitario.

Il finanziamento aggiuntivo di € 2,0 mld. previsto dalla Legge Finanziaria 2019, se gli altri Paesi manterranno i trend dell'ultimo quinquennio, non sarà in grado di invertire le tendenze in atto, seppure mitigherà la crescita del gap con l'EU occidentale.

TAVOLA 1

Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

SPESA “VIRTUOSA”

Il *gap* della spesa sanitaria italiana rispetto ai Paesi dell'Europa occidentale continua a crescere e ha raggiunto il 32,0% nell'ultimo anno.

La crescita media annua della spesa sanitaria in Italia tra il 2000 ed il 2018 è stata pari al 2,5%, esattamente un punto percentuale meno della media (3,5%) degli altri Paesi EU-Ante 1995.

Il *gap* della spesa pubblica è ben più consistente ed è pari al -37,1%.

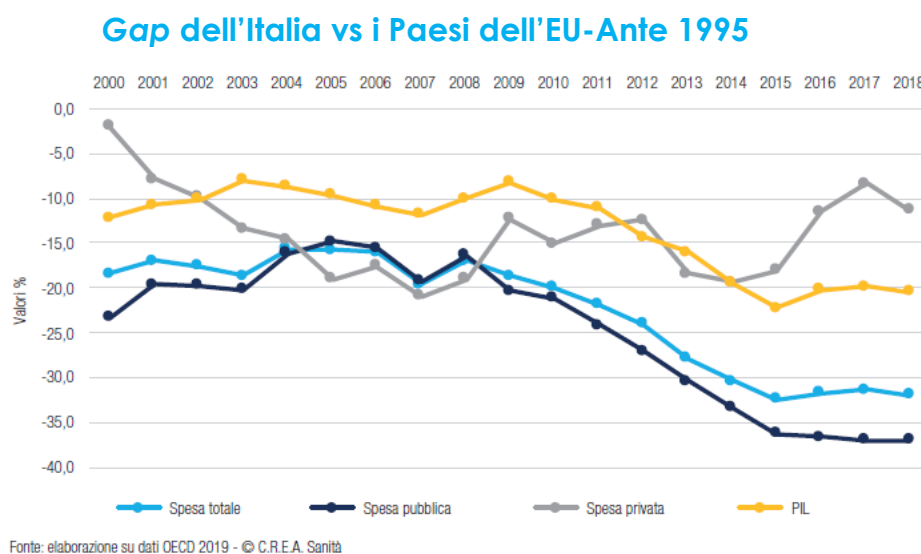
Di contro sul fronte della spesa privata, il *gap* risulta molto più contenuto (-11,4%)

[TAVOLA 2].

Se poi analizziamo il dato in parità di potere di acquisto emerge quasi un allineamento della spesa privata a quella dei Paesi EU-Ante 1995 (-5,8%), dato che appare incoerente con la natura universalistica del SSN.

TAVOLA 2

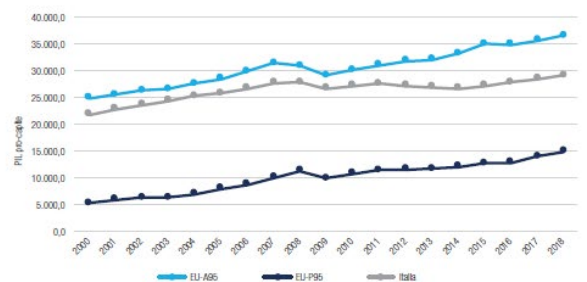
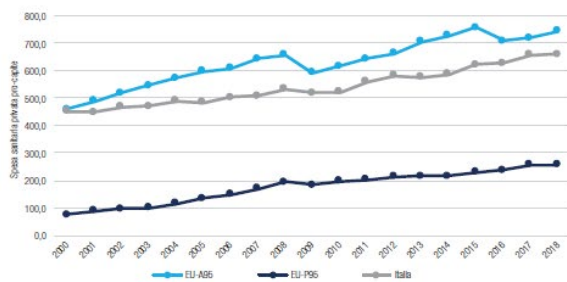
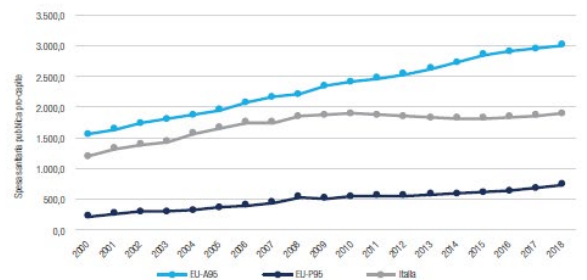
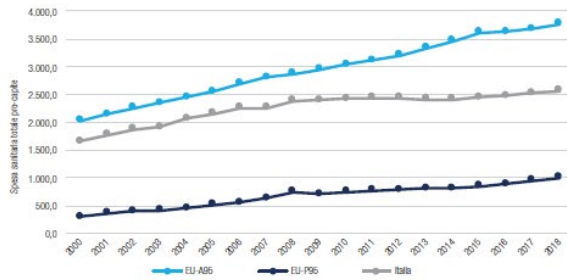
Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite.



Ormai la spesa sanitaria pro-capite italiana è più vicina ai livelli di spesa dei Paesi dell'EU-Post 1995 (ovvero quelli dell'Est Europeo) che a quelli dei Paesi della EU occidentale **[TAVOLA 3].**

TAVOLA 3

Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite, in Italia, EU-Ante 1995 e EU-Post 1995



Fonte: elaborazione su dati OECD 2017 - © C.R.E.A. Sanità

Assumendo che nel prossimo anno la spesa pubblica aumenti di € 2,0 mld., come previsto dalla Legge Finanziaria 2019, e che la spesa privata cresca seguendo il trend degli ultimi 5 anni, il gap di spesa totale Italiana vs Paesi EU-Ante 1995, aumenterebbe ancora.

DISAVANZI NOMINALI E REALI

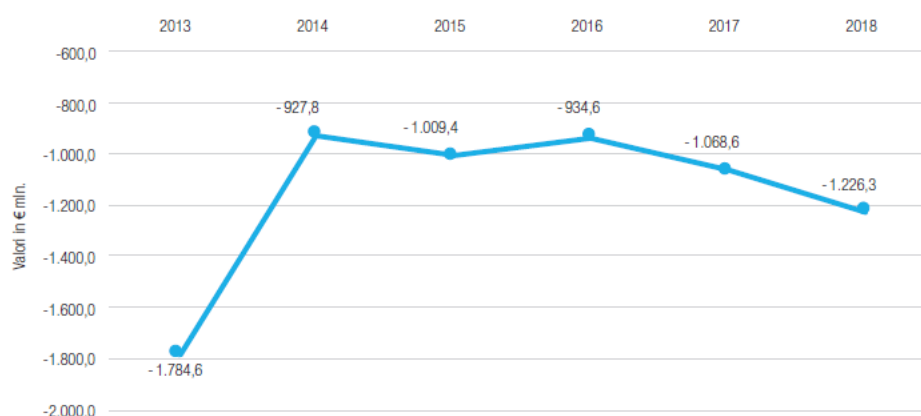
Il disavanzo, che si era ridotto in maniera consistente grazie ai piani di rientro, negli ultimi 2 anni ha ricominciato a crescere seppur in maniera lenta.

Nel 2018 si registra un risultato di esercizio negativo complessivo pari a € 1,2 mld., in aumento del 14,8% sul 2017, sebbene ancora inferiore di oltre il 31,0% rispetto al 2013

[TAVOLA 4].

TAVOLA 4

Risultati di esercizio



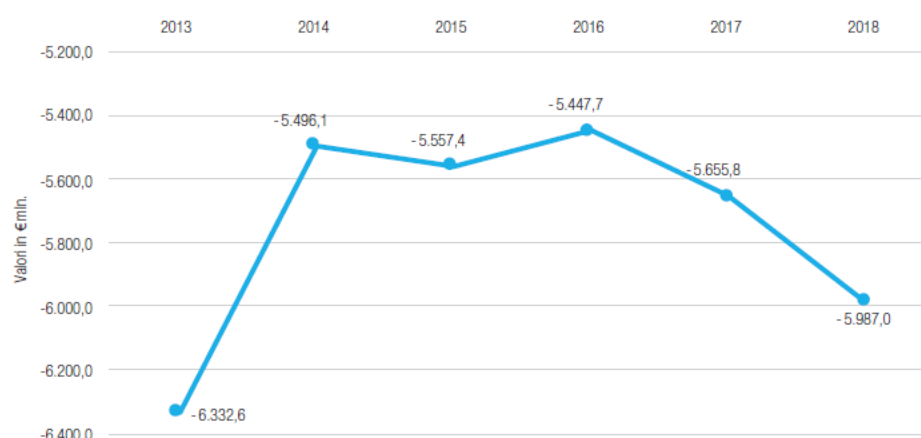
Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Attenzione che l'apparente equilibrio finanziario poggia su un consistente "contributo" delle partecipazioni.

Abolendole la situazione si modificherebbe radicalmente: il deficit complessivo del 2018 ammonterebbe a € 6,0 mld., (che in termini economici si riducono a circa € 5 mld. se si sconta che nei ricavi non viene contabilizzato il *payback*) [TAVOLA 5].

TAVOLA 5

Risultati di esercizio al netto delle partecipazioni



Fonte: stima su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat 2019 - © C.R.E.A. Sanità

L'ABOLIZIONE DEL "SUPERTICKET" PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTA

Una delle principali misure di politica sanitaria programmate per il 2020 è l'abolizione del cosiddetto "superticket" sulla specialistica ambulatoriale.

L'abolizione del *superticket* (introdotto dal Decreto Legge n. 98/2011, convertito poi nella Legge n. 111/2011), appare una scelta certamente opportuna, dati gli effetti iniqui che ha generato.

Non di meno, l'onere per sua abolizione assorbiranno una quota rilevante delle risorse aggiuntive messe in campo.

Basandoci sulle informazioni disponibili, e scontando un rilevante margine di incertezza derivante dalle carenze nei dati disponibili, si può postulare che:

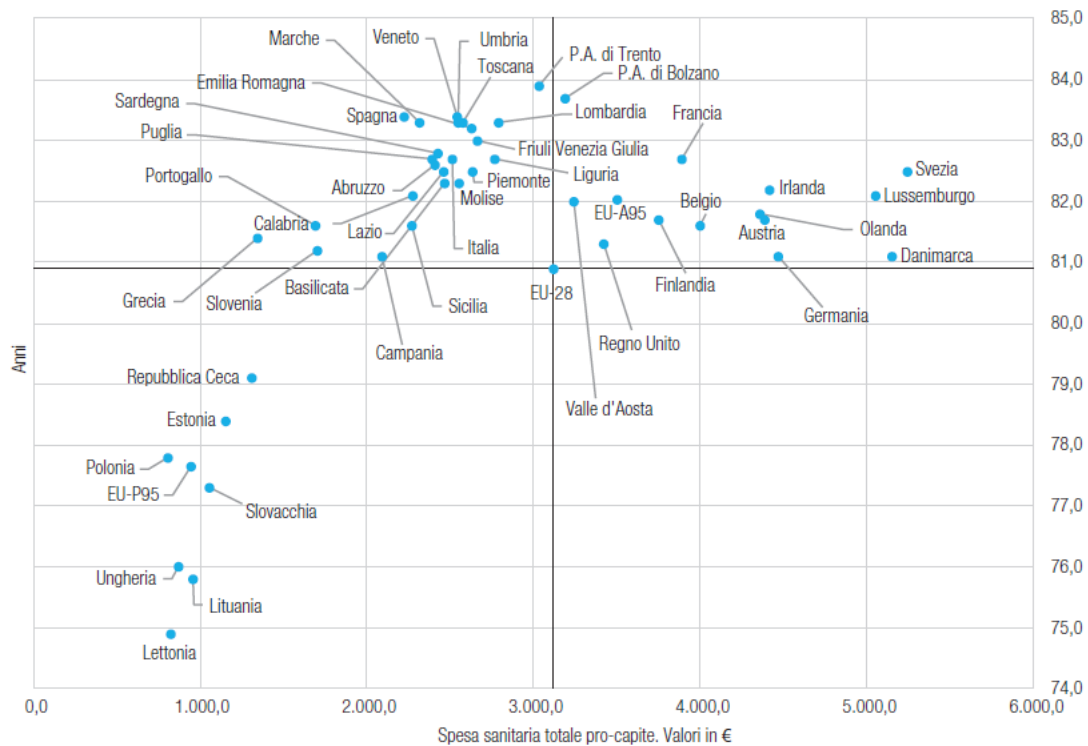
- l'impatto complessivo dell'introduzione del "superticket" sia ammontato a € 828,8 mln.
- nel corso degli anni, gli interventi delle Regioni abbiano rimodulato verso il basso il "superticket"
- l'onere residuo della abolizione su base annua sarebbe di circa € 750 mln..

QUANTO VALE L'INVESTIMENTO IN SANITÀ?

La domanda appare lecita perché spendendo di più per la Sanità in generale si guadagnano anni medi di aspettativa di vita: ma i Paesi che spendono più di € 3.000 per cittadino, non sembrano guadagnare nulla.

TAVOLA 6

Speranza di vita alla nascita vs spesa sanitaria



Fonte: elaborazione su dati Istat e OECD - © C.R.E.A. Sanità

Infatti, come si vede sulla sinistra del grafico [TAVOLA 6] l'aspettativa di vita delle popolazioni cresce al crescere della spesa sanitaria sostenuta.

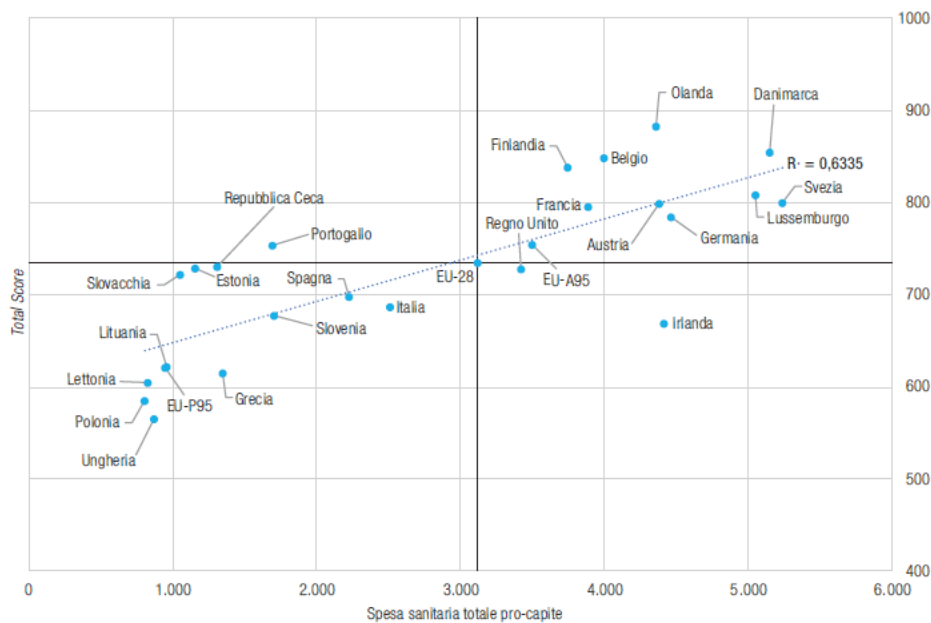
Il dato è corroborato dal fatto che le Regioni del meridione italiano hanno performance nettamente migliori di quelle mediamente registrate nei Paesi EU con analoghi PIL pro-capite (che sono tipicamente i Paesi dell'Est EU): infatti, grazie ai meccanismi solidaristici che caratterizzano il nostro SSN, le Regioni del meridione italiano possono spendere in percentuale del PIL più delle aree dell'Est EU con livelli paragonabili di reddito medio, e questa maggiore spesa esita in maggiore aspettativa di vita.

Ma questa correlazione non si osserva più per i Paesi che spendono più della media EU (ca. € 3.000 pro-capite).

Perché allora investire di più in Sanità?

Utilizzando come *outcome*, al posto della aspettativa di vita, l'indice di Performance "Euro Health Consumer Index", che (seppure con alcuni limiti) è costruito per cogliere la *responsiveness* dei sistemi sanitari, ritroviamo una chiara correlazione positiva con la spesa anche per valori maggiori di quelli ricordati [TAVOLA 7].

TAVOLA 7
Spesa sanitaria totale vs EHCI



Fonte: elaborazione su dati EHCI, Istat, OECD e Ragioneria dello Stato - © C.R.E.A. Sanità

La risposta alla domanda potrebbe allora essere che anche quando la spesa non genera ulteriori miglioramenti della aspettativa di vita, genera comunque una maggiore qualità dei servizi (a titolo di esempio, il contenimento delle liste di attesa, la semplificazione burocratica, la possibilità di accedere a servizi tecnologicamente avanzati, etc.).

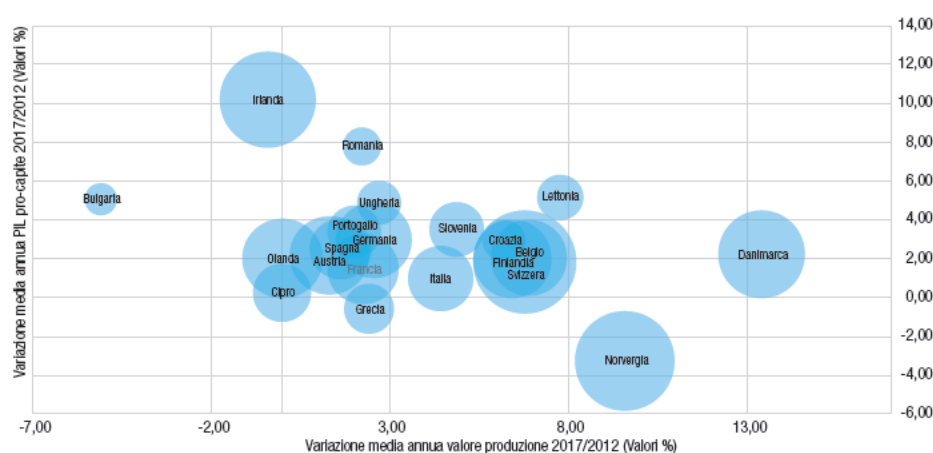
Si conferma quindi che l'investimento in Sanità genera ritorni importanti, e che l'Italia è proprio nella fascia di spesa che segna il confine fra prevalenza di ritorni "quantitativi" (clinici) e "qualitativi": per le future politiche sanitarie sarà essenziale capire se i nostri *policy maker* riterranno opportuno investire di più in Sanità per migliorare la qualità dei servizi, o considereranno questa dimensione un "optional" e come tale di non metterlo a carico della redistribuzione solidaristica innescata dal SSN.

QUALE GOVERNANCE PER LE POLITICHE INDUSTRIALI IN SANITA'?

L'Italia è fra i Paesi a minore crescita del PIL, ma anche fra quelli a maggiore crescita della produzione nelle industrie delle cosiddette "Scienze della vita". Nel quinquennio 2012-2017, l'Italia, a fronte di un aumento del PIL del +1,0% medio annuo, ha registrato un aumento della produzione del +4,4% medio annuo nel settore farmaceutico [TAVOLA 8].

[TAVOLA 8]

Variazione produzione farmaceutica e PIL

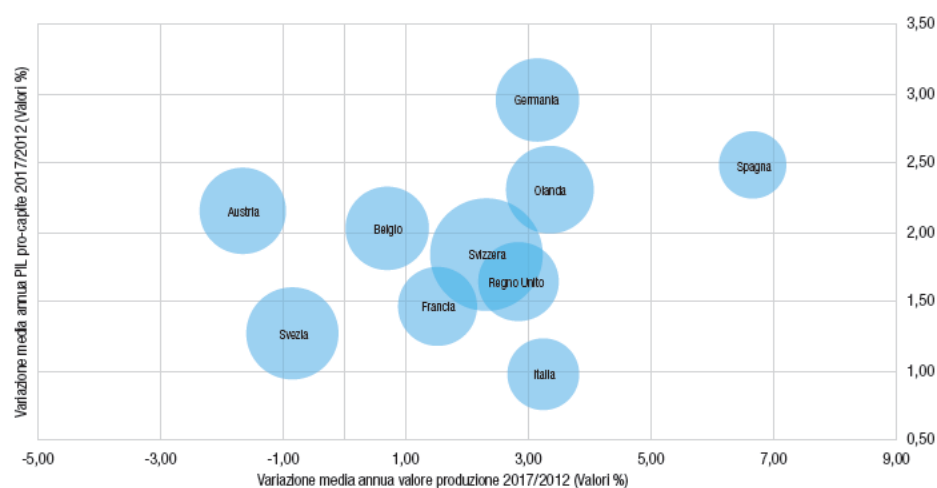


Fonte: elaborazione su dati EFPIA, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Analogamente nel settore dei Dispositivi Medici si è registrato un incremento medio annuo del valore della produzione triplo (+3,2%) rispetto a quello del PIL [TAVOLA 9].

TAVOLA 9

Variazione produzione dispositivi medici e PIL



Fonte: elaborazione su dati MedTech Europe, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Malgrado le bilance dei pagamenti dei settori citati siano ancora negative, i dati disponibili dimostrano che la Sanità non è solo un investimento in salute e in coesione sociale, ma anche un investimento economico, senza il quale il nostro PIL crescerebbe ancora meno.

Questa osservazione implica che politiche assistenziali (e di finanza pubblica) e politiche economiche debbano informarsi ad una coerenza complessiva: non sembra che nelle ipotesi di futura *governance* del settore ci sia ancora sufficiente attenzione per questo aspetto delle politiche sanitarie.

EQUITÀ: UN PROBLEMA CRESCENTE

La spesa per “Servizi sanitari e spese per la salute” rappresenta l’ottava voce di consumo delle famiglie italiane e non ha variato la sua posizione rispetto al 2011: solo nel Mezzogiorno è settima.

Il 77,9% delle famiglie italiane ha speso per consumi sanitari nel 2017 a fronte del 61,8% del 2011.

Considerando solo le famiglie che hanno speso per la sanità, la loro spesa media risulta di € 1.867,9, e l’incidenza sui consumi complessivi si è ridotta leggermente (dal 5,9% del 2011 al 5,6% del 2017).

Nell’ultimo anno la spesa per consumi sanitari è cresciuta del +9,0%: soprattutto per le famiglie dei quintili più bassi e del Mezzogiorno, che hanno contestualmente ridotto i loro consumi totali.

La spesa media privata del meridione si avvicina sempre più a quella delle Regioni settentrionali, malgrado si tratti di Regioni con un reddito medio inferiore.

Nel 2017, 4,2 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie per motivi economici, e di queste 1,1 milioni non hanno registrato consumi: i due terzi di queste famiglie appartengono ai quintili di minor consumo.

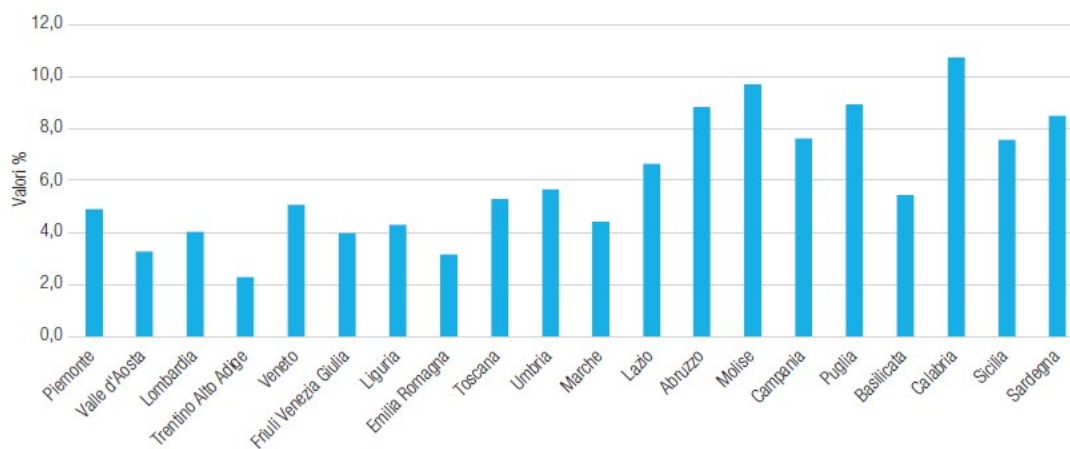
La combinazione di impoverimento per consumi sanitari e le “rinunce” totali per motivi economici, coinvolge il 5,8% delle famiglie, ed è significativamente superiore nel Sud del Paese (8,3% a fronte del 7,9% dell’anno precedente); segue il Centro (5,9% a fronte del 6,4% del 2016) e il Nord (4,1% a fronte del 3,5% del 2016).

Calabria e Puglia risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano situazioni di disagio: rispettivamente il 10,7% ed il 9,0% delle famiglie; all’estremo opposto troviamo il Trentino Alto Adige, con il 2,3% **[TAVOLA 10]**.

TAVOLA 10

Quota di famiglie che patiscono un disagio economico legato alle spese sanitarie.

Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

CHE NATURA HA LA CARENZA DI PERSONALE NEL SSN?

Di recente è stata sancita l'abolizione del tetto di spesa del personale (ex Legge Finanziaria 2007), sostituito da un "tetto dinamico", generato dal livello di spesa del personale del 2018, incrementato annualmente di un importo pari al 5% dell'incremento registrato dal Fondo Sanitario.

Sarà sufficiente per risolvere le carenze di organico del SSN?

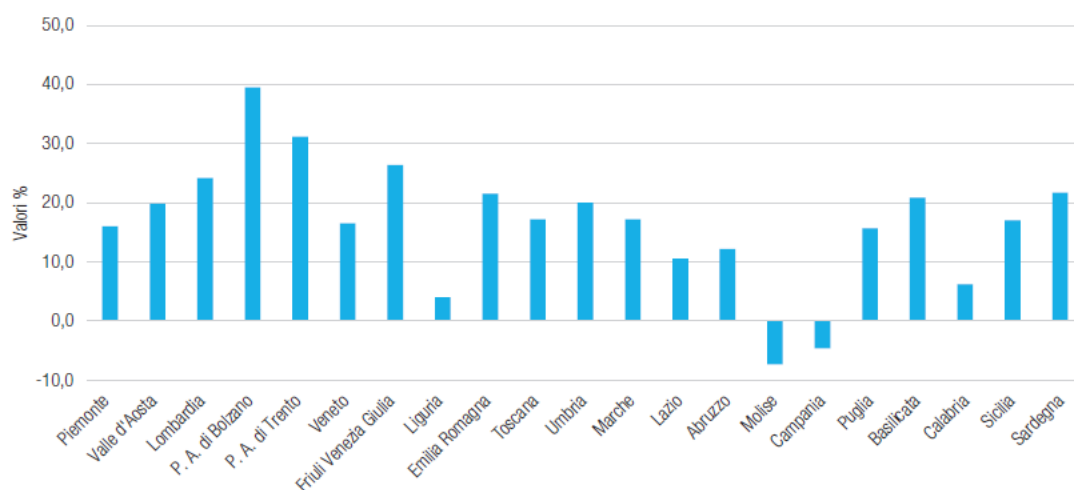
Le nostre analisi dicono che è necessaria una efficace programmazione a medio termine basata sui bisogni del SSN; eventuali interventi "lineari" rischiano di essere inefficienti, iniqui e, quindi, presumibilmente anche inefficaci.

Iniziamo dall'osservare che dall'istituzione del tetto, la spesa per il personale non è diminuita e anzi ha registrato uno sforamento dello stesso di € 5,5 mld..

Sebbene le Regioni che hanno registrato livelli di spesa maggiori abbiano comunque garantito l'equilibrio dei conti, coprendo il differenziale con risorse proprie [TAVOLA 11], di fatto solo Molise e Campania hanno rispettato i tetti.

TAVOLA 11

Gap regionali della spesa per il personale vs. tetto ex L. n. 205/2017. Anno 2018

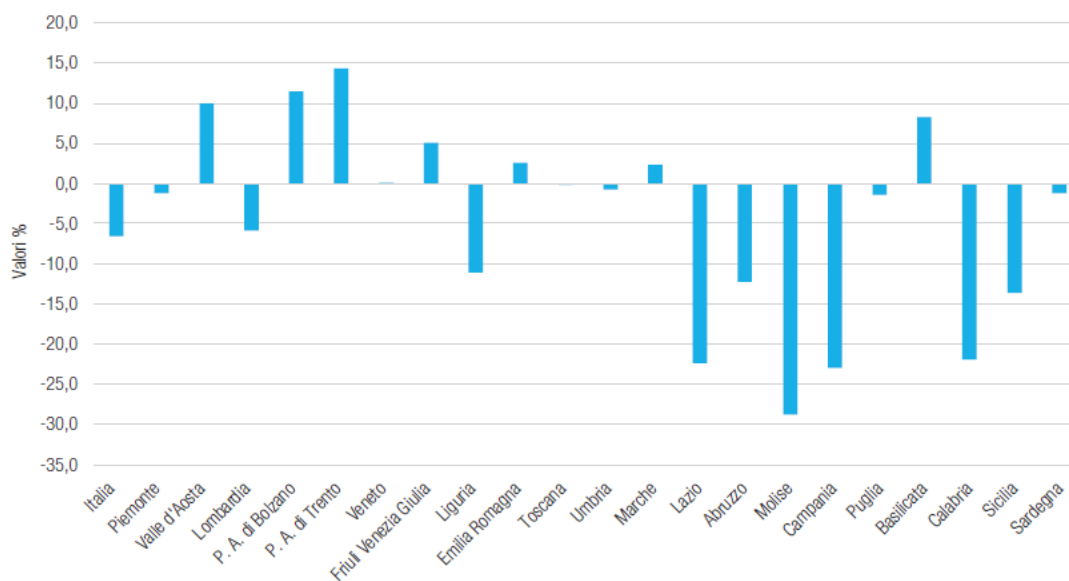


Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti - © C.R.E.A. Sanità

Allo stesso tempo, al 2017 risulta una riduzione di organico di 43.721 unità, pari al 6,5% degli organici del 2004 (con una riduzione in Molise del 28,8%, e un aumento nella P.A. di Trento del 14,3%) [TAVOLA 12]

TAVOLA 12

Variatione unità di personale dipendente. Anni 2017/2004



Fonte: elaborazione su dati Istat - © C.R.E.A. Sanità

Di conseguenza, lo sfioramento è in media dovuto all'incremento delle retribuzioni medie, derivante dai rinnovi contrattuali, ma anche alla modifica della composizione degli organici: tanto che è presumibile che i singoli dipendenti abbiano a fatica mantenuto il potere di acquisto delle loro retribuzioni.

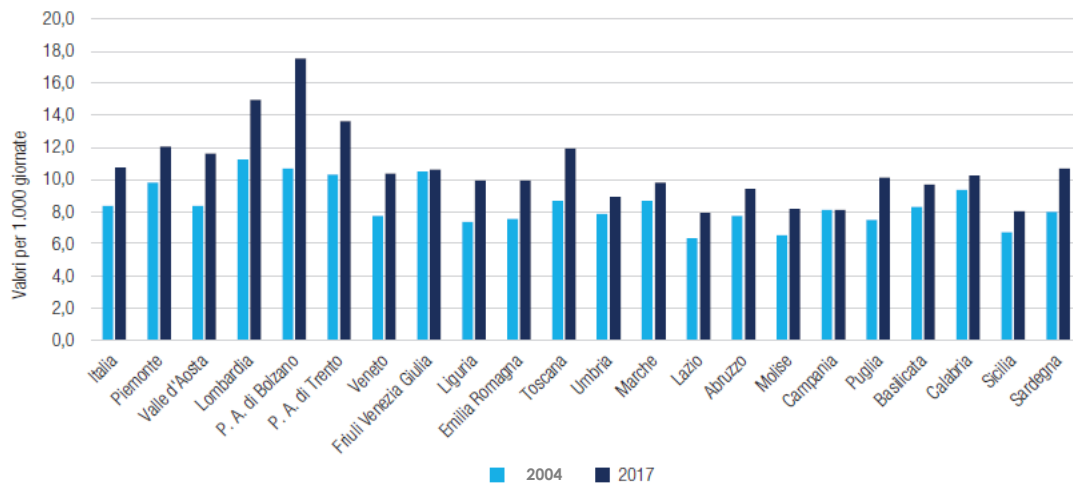
In termini di struttura degli organici, le strategie regionali sono risultate fortemente diversificate: nel Nord è aumentata la quota di personale sanitario e quella del personale nelle strutture di ricovero; nel Sud, tranne che in Basilicata, Puglia e Sardegna, è diminuita la quota di personale sanitario e quella del personale dipendente dalle strutture di ricovero (tranne in Sardegna).

In media, si è assistito ad un depauperamento (con poche eccezioni) degli organici nelle strutture non di ricovero, risultato del tutto contrastante con la continuamente ribadita volontà politica di rafforzare "il territorio": in termini quantitativi si passa da 3,2 nel 2004 a 2,7 nel 2017 dipendenti ogni 1.000 abitanti.

Va anche notato che nello stesso periodo si è fortemente ridotta l'attività di ricovero e più che proporzionalmente rispetto agli organici: tanto che il personale delle strutture di ricovero passa da 8,4 (unità per 1.000 giornate di degenza, nel 2004) a 10,7 nel 2017; il dato si conferma considerando il ruolo sanitario, per il quale si passa da 6,1 a 8,1 **[TAVOLA 13]**.

[TAVOLA13]

Personale strutture di ricovero per 1.000 giornate di degenza



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Quindi andamenti opposti fra territorio e ospedale; e anche a livello geografico: il personale per 1.000 giornate di degenza nelle strutture di ricovero del Nord è pari a 8,7 unità, contro le 7,5 del Sud (7,7 nel Centro), essendosi allargata nel tempo la forbice fra Regioni del Nord e del Sud (e anche del Centro).

Le differenze invece si sono annullate per il personale dipendente delle strutture non di ricovero, peraltro per effetto di un generale allineamento verso il basso degli organici.

In prospettiva, la possibilità di utilizzare una parte dell'incremento del fondo per incrementare la spesa per il personale e, quindi, assumere personale, sblocca la situazione, ma tende a congelare definitivamente le differenze rilevate; sempre poi che non venga assorbita per aumenti delle retribuzioni.

Se invece si volesse omogeneizzare la situazione, portando il meridione agli *standard* del Nord rilevati nel 2017, servirebbero 96.000 dipendenti in più, di cui 66.000 nelle strutture di ricovero e 30.000 nelle altre, con un costo aggiuntivo di € 4,0 mld..

In definitiva, il problema delle carenze di organico in ospedale, almeno in alcune Regioni, sembra essere molto più qualitativo che non quantitativo, visto che (sebbene sia aumentata fortemente l'attività non di ricovero negli ospedali), gli organici per giornata di degenza sono in media aumentati; mentre è fortissima la carenza nel territorio, che pure si vorrebbe sviluppare.