



13° Rapporto Sanità

Il cambiamento della Sanità in Italia
fra Transizione e Deriva del sistema

13th Health Report

*The change of Italian healthcare system
between Transition and Leeway*

A cura di / Edited by:

Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Cristina Giordani, Barbara Polistena



DIPARTIMENTO DI
ECONOMIA E FINANZA

Indice/Index

Presentazione	13
<i>Presentation</i>	14
Novelli G.	
Introduzione	17
<i>Executive Summary</i>	37
Spandonaro F.	
Capitolo 1 - Il contesto socio-demografico: alcune evidenze sull'impatto dell'invecchiamento	59
<i>Chapter 1 - The socio-demographic contest: some evidence about the ageing impact</i>	
Mancusi R.L.	
<i>English Summary</i>	67
<i>Key Indicators</i>	68
Capitolo 2 - Il finanziamento: livello e risanamento	77
<i>Chapter 2 - Funding: level and recovery</i>	
Giordani C., Ploner E., Polistena B.	
<i>English Summary</i>	91
<i>Key Indicators</i>	92
Capitolo 3 - La spesa: l'evoluzione nei confronti internazionali e nazionali	101
<i>Chapter 3 - Health expenditure: international and national evolution</i>	
d'Angela D., Ploner E., Polistena B., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	121
<i>Key Indicators</i>	123
Capitolo 4 - La valutazione delle Performance	131
<i>Chapter 4 - Evaluation of healthcare services</i>	132
Capitolo 4a - Impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie	133
<i>Chapter 4a - Fairness in healthcare: catastrophic expenditure, impoverishment and economic discomfort</i>	
d'Angela D.	
<i>English Summary</i>	143
Capitolo 4b - Una misura di Performance dei SSR (V edizione)	144
<i>Chapter 4b - Performance evaluation (5th edition): the Italian Regional Healthcare Services</i>	
d'Angela D., Carrieri C., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	154
<i>Key Indicators</i>	156

Capitolo 5 - Prevenzione	169
<i>Chapter 5 - Preventive health care</i>	170
Capitolo 5a - Lotta a malattie croniche non trasmissibili, strategie di prevenzione e loro efficacia	171
<i>Chapter 5a - The fight against chronic noncommunicable diseases, prevention strategies and their effectiveness</i>	
Giordani C.	
<i>English Summary</i>	194
Capitolo 5b - La mortalità e i DALYs causati dai fattori di rischio	196
<i>Chapter 5b - Mortality and DALYs caused by risk factors</i>	
Abbafati C.	
<i>English Summary</i>	211
<i>Key Indicators</i>	213
Capitolo 6 - Assistenza ospedaliera: l'evoluzione dell'attività ospedaliera. Invecchiamento e risparmi potenziali	225
<i>Chapter 6 - Hospital care: the main trends. Ageing and potential savings</i>	
Spandonaro F., Carrieri C., d'Angela D.	
<i>English Summary</i>	241
<i>Key Indicators</i>	243
Capitolo 7 - Assistenza residenziale	249
<i>Chapter 7 - Residential care</i>	250
Capitolo 7a - Assistenza residenziale: lo stato dell'arte degli indicatori	251
<i>Chapter 7a - Residential care: the state of the art of indicators</i>	
Giordani C., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	262
<i>Key Indicators</i>	263
Capitolo 8 - Assistenza specialistica ambulatoriale	273
<i>Chapter 8 - Outpatient specialist care</i>	274
Capitolo 8a - Nuove evidenze sulla spesa e sui consumi della specialistica ambulatoriale	275
<i>Chapter 8a - New evidence on spending and consumption of outpatient specialist care</i>	
Ploner E., Polistena B.	
<i>English Summary</i>	283
Capitolo 8b - Il ruolo della Medicina di Laboratorio nella trasformazione digitale del sistema-salute: il caso della Regione Lazio	284
<i>Chapter 8b - The role played by Laboratory Medicine in the digital transformation of the health system: the case of the Lazio Region</i>	
Greco G.	

<i>English Summary</i>	299
<i>Key Indicators</i>	302
Capitolo 9 - Assistenza farmaceutica	307
<i>Chapter 9 - Pharmaceutical care</i>	308
Capitolo 9a - Governance farmaceutica e innovazione	309
<i>Chapter 9a - Pharmaceutical care: governance and innovation</i> Polistena B., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	321
Capitolo 9b - Processi e tempistiche del percorso autorizzativo dei farmaci innovativi	322
<i>Chapter 9b - Processes and timeframe of the authorization procedures for innovative drugs</i> Bernardini A.C., Polistena B.	
<i>English Summary</i>	333
<i>Key Indicators</i>	334
Capitolo 10 - Assistenza primaria: l'utilizzo della tecnologia digitale tra i medici di medicina generale	341
<i>Chapter 10 - Primary care: the diffusion of digital technology among general practitioners</i> Misericordia P., Sgarbossa C., Giordani C.	
<i>English Summary</i>	354
<i>Key Indicators</i>	356
Capitolo 11 - Assistenza domiciliare	363
<i>Chapter 11 - Home care</i>	364
Capitolo 11a - Assistenza domiciliare: lo stato dell'arte degli indicatori	365
<i>Chapter 11a - Home care: the state of the art of indicators</i> Giordani C.	
<i>English Summary</i>	370
Capitolo 11b - Non autosufficienza e assistenza primaria: la ricerca di nuove soluzioni ad un problema datato	371
<i>Chapter 11b - Non self sufficiency and primary care: finding new solutions to a long-standing problem</i> Crescentini L.	
<i>English Summary</i>	382
<i>Key Indicators</i>	383
Capitolo 12 - Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri	391
<i>Chapter 12 - Cash benefits: the evolution of beneficiaries and expenditure</i> Ploner E., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	401
<i>Key Indicators</i>	402

Capitolo 13 - Aspetti industriali della Sanità: evoluzione e prospettive	407
<i>Chapter 13 - Industrial aspect of health: evolution and prospects</i>	
Carrieri C., d'Angela D.	
<i>English Summary</i>	415
<i>Key Indicators</i>	416
Capitolo 14 - Analisi per patologia, tecnologia	423
<i>Chapter 14 - Analysis by pathology, technology</i>	424
Capitolo 14a - Impatto e governance delle malattie rare e dei farmaci orfani	425
<i>Chapter 14a - Impact and governance of rare disease and orphan drugs</i>	
<i>English Summary</i>	430
Capitolo 14b - L'utilizzo dell'immunonutrizione nei pazienti chirurgici	435
<i>Chapter 14b - Economic impact of enteral immunonutrition in oncological patients</i>	
d'Angela D., De Luca R., Ficari F., Gasbarrini A., Montorsi M., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	441
Capitolo 14c - Osservatorio per un'equità di accesso alle prestazioni	442
<i>Chapter 14c - Observatory for equitable access to services</i>	
<i>English Summary</i>	449
Riepilogo regionale/Regional synopsis	453
Credits	475

INTRODUZIONE

Il cambiamento della Sanità in Italia fra Transizione e Deriva del sistema

Federico Spandonaro – *Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”*,
Presidente C.R.E.A. Sanità

1. Premessa

Tentando di contestualizzare le principali evidenze del Rapporto 2017, inserendole nel dibattito di politica sanitaria, si è ricorsi alla lettura della stampa di settore per cogliere gli elementi emergenti del dibattito.

La prima notizia degna di nota è che, mentre viene approvato in via definitiva il riparto alle Regioni dei Fondi per la Sanità 2017, queste ultime scendono “sul piede di guerra” paventando una crescita del Fondo 2018 inferiore al miliardo atteso, ritenuto condizione minima per garantire la sostenibilità dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR).

Paradossalmente, la novità è che apparentemente non c'è nulla di nuovo, trattandosi della normale (e forse un po' vetusta) dialettica fra livelli di Governo, evidentemente condizionata dai diversi mandati istituzionali e dalle condizioni economiche generali.

Una analisi più attenta, semmai, conferma un dato ormai evidente: il convitato di pietra della politica sanitaria rimane la finanza pubblica, che condiziona le risorse in ultima istanza disponibili per il *Welfare*.

Le risorse disponibili rimangono, infatti, poche e inferiori ai livelli che si osservano nei Paesi appartenenti al nostro contesto economico e culturale; e, principalmente, non si intravedono prospettive di un loro ampliamento a breve termine. I tempi della crescita economica continua e dell'allargamento delle protezioni sociali pubbliche sembrano, se non tramontati, almeno temporaneamente accantonati: e la Sanità non può prescindere.

La seconda “notizia” che la stampa riporta, è riassumibile in un crescente coro di “sdegno” per la “mancanza di Sanità” nella Legge di bilancio.

Quel che colpisce, e sembra davvero una reale novità, è che la Sanità sia sostanzialmente assente in una Legge di bilancio che si situa ormai a ridosso di una consultazione elettorale. La “rivoluzione” sembra essere

la perdita di *appealing* politico della Sanità, che è una ulteriore conferma del fatto che il vincolo essenziale è quello della finanza pubblica, essendo tramontata (e tutto sommato si spera lo sia definitivamente) l'epoca della cosiddetta “finanza allegra”, spesso funzionale a interessi elettorali.

Per quanto comprensibile il disappunto di chi si aspettava nuovi investimenti (per il rinnovo dei contratti in primis), il fatto che non ci siano “tagli” e che la Sanità non sia più terreno appetibile per “manovre elettorali”, potrebbe quindi essere interpretato come il classico “bicchiere mezzo pieno”.

In definitiva, leggendo le notizie rilanciate dalla stampa di settore, la politica sanitaria, ma anche il contesto in cui essa si muove, sembra caratterizzata da una sostanziale immobilità, che si trascina ormai da almeno un decennio.

Le analisi raccolte nel Rapporto dicono, invece, che l'immobilità è solo apparente: la Sanità sta cambiando e potremmo forse sintetizzare il tutto dicendo che “tutto sta cambiando, perché nulla cambi”.

In altri termini i cambiamenti in corso sembrano funzionali al mantenimento dello status quo: e la naturale domanda di ricerca, a cui il Rapporto 2017 cerca di dare una risposta, è se questa operazione sia efficace e, principalmente, desiderabile.

In altri termini, ci si chiede se il cambiamento strisciante in atto sia classificabile come una Transizione del SSN o piuttosto una sua Deriva, ovvero se chi è al timone stia governando il cambiamento con un obiettivo definito, o stia fermo in una posizione di mera presa d'atto dell'evoluzione spontaneamente in corso.

Ripercorrendo la storia del SSN, ricordiamo che esso ha avuto un importante intervento di riforma dopo i suoi primi 10 anni di vita, e un secondo dopo altri (circa) 10 con il Federalismo. Dopo questi avvenimenti, e sono ormai passati quasi venti anni, pur essendosi susseguiti

interventi di “manutenzione” più o meno importanti, nulla di quanto è stato deciso ha avuto un afflato veramente riformatore.

Al perché non si sia sentita la necessità di un “ammodernamento” del sistema può essere data diversa risposta, a seconda dell’ottica assunta: senza pretesa di esaustività, un argomento è certamente la forte resilienza dimostrata dal sistema agli impatti esogeni, per lo più di origine economica, che portano a ritenerlo solido nelle sue fondamenta e quindi nella sua funzione; un altro, più tattico, è che il SSN, da causa dei disequilibri della finanza pubblica, per la prima volta è stato riconosciuto come la parte finanziariamente più virtuosa del processo di *spending review* e, come tale, un fattore di successo nel perseguimento del risanamento finanziario della Pubblica Amministrazione; un terzo, possibile, argomento è la sbandierata difesa dell’Universalismo, di cui il SSN italiano è da molti considerato l’ormai ultimo baluardo in Europa, e come tale da proteggere così come è, oltre ogni ragionevole dubbio.

Indipendentemente, però, dall’esplicitazione di una condivisa volontà politica di ammodernamento del sistema, quest’ultimo sta, nel frattempo, radicalmente “cambiando pelle”. In particolare, sebbene sembri essere scarsa la percezione dei cambiamenti che stanno intervenendo, analizzando l’andamento del finanziamento e della spesa, ci torna l’immagine di un SSN che ha, in pochi anni, completamente rivisto il suo “posizionamento” strategico.

2. Finanziamento e spesa

Per quanto premesso, iniziamo l’analisi dal finanziamento pubblico, che è fondamentale nella misura in cui determina la natura stessa del SSN: numeri alla mano, il nostro sistema, pur da molti considerato l’ultimo baluardo dell’Universalismo, di fatto copre una quota sempre minore del complesso del consumo sanitario dei cittadini.

Il risanamento finanziario che si è realizzato negli ultimi anni, è costato il netto distacco della quota di finanziamento pubblico della Sanità dal livello dei Paesi dell’Europa occidentale (EU-OCC che convenzionalmente nel Rapporto individuiamo con il nucleo storico

della comunità europea), e un progressivo avvicinamento alle quote tipiche dei Paesi “nuovi” entranti, dell’Europa orientale (EU-OR).

La Figura 1 riporta la quota di finanziamento pubblico della Sanità in Italia, evidenziando come sia ormai decisamente più vicina ai livelli EU-OR che a quelli EU-OCC: infatti, è pari al 75,0% della spesa sanitaria corrente in Italia, contro il 78,8% di EU-OCC e il 72,3% di EU-OR.

Va sempre ricordato che la prima ragione dell’intervento pubblico in Sanità rimane l’equità, che è condizione necessaria per garantire l’Universalismo, qualora lo si declini, correttamente, in termini di pari opportunità di accesso all’assistenza, ovvero di garanzia di poter accedere indipendentemente dalle proprie condizioni economiche individuali.

Garantire alle fasce più deboli l’accesso ai servizi sanitari, ci sembra che rimanga l’essenza del principio di tutela costituzionale della Salute, e quindi dell’Universalismo: la sua effettiva implementazione correla (a meno di Società ricchissime dove nessuno, o pochi, hanno limiti economici di accesso ai servizi) con il passaggio da un sistema basato sulla spesa privata individuale (cosiddetta *Out of Pocket* - OOP), ad uno basato sulla spesa pubblica.

Di fronte, e malgrado, alla crisi, la quota di copertura dei sistemi sanitari pubblici, in media, non è arretrata, né nell’EU-OCC, né in EU-OR, svolgendo la loro funzione di protezione sociale: fa eccezione l’Italia dove, ormai da alcuni anni (Figura 1), si assiste ad una inversione di tendenza, ovvero ad un arretramento della quota pubblica ed ad una conseguente crescita della quota di spesa, che ha (ri)raggiunto il 25% del totale: un valore, ad oggi, decisamente superiore a quello medio EU.

L’altro cambiamento epocale realizzatosi nell’ultimo decennio riguarda il livello complessivo di spesa sanitaria.

Come abbiamo più volte sottolineato nelle precedenti edizioni del Rapporto, il livello di spesa sanitaria dell’Italia è sempre stato inferiore alla media EU-OCC: la novità sta nel fatto che negli ultimi anni si sia portato su livelli per certi versi inspiegabili.

La spesa sanitaria italiana è, a seconda del dato utilizzato (a parità di potere di acquisto o meno), fra il 25,3% e il 31,2% inferiore a quello medio degli altri Paesi dell’Europa occidentale (EU-14, come definita con-

Figura 1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente

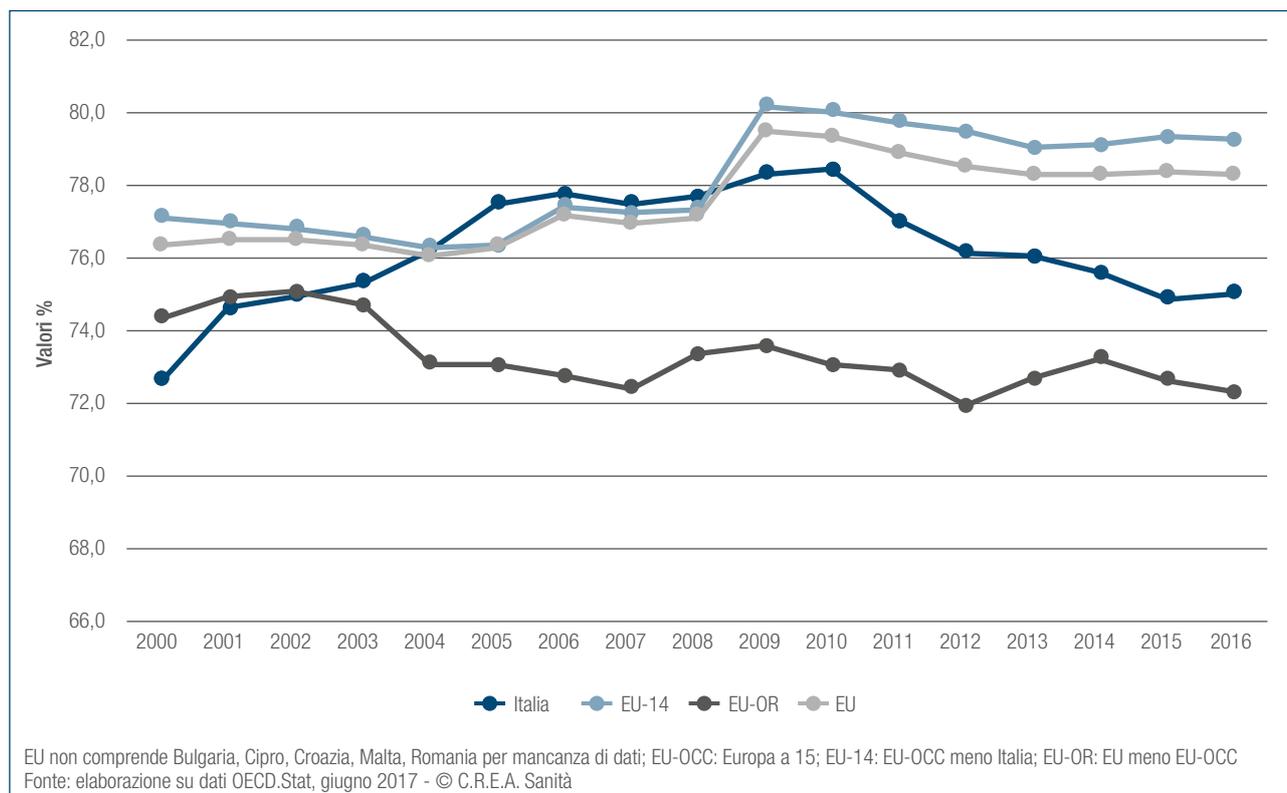
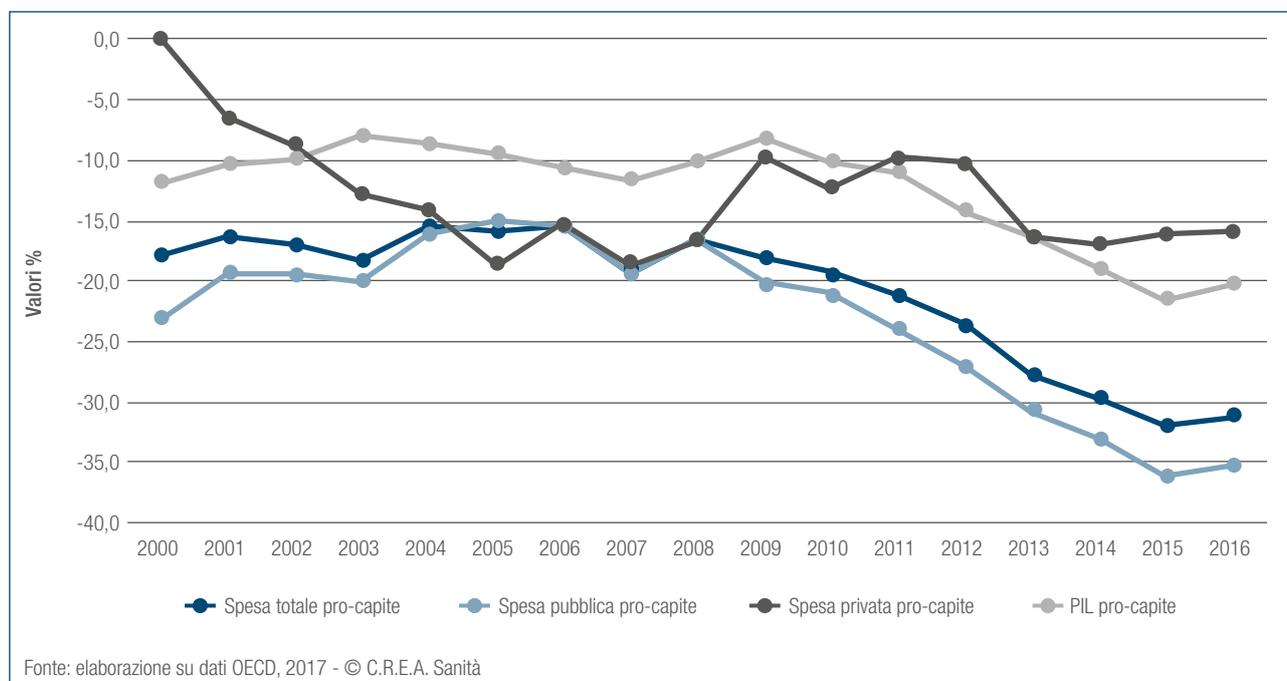


Figura 2. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro capite in €. Gap Italia vs EU-14



venzialmente nel Rapporto); anche in questo caso andiamo avvicinandoci sempre più al livello dei Paesi dell'EU-OR (Figura 2).

Il *gap* di spesa pubblica arriva ad essere pari al 35,2%, risultando peraltro coerente con le scelte di finanza pubblica nazionali, che implicano una progressiva

riduzione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL, come attesta la Legge di bilancio, che ha previsto per il 2017 un'incidenza della spesa su PIL pari al 6,7%, che scende al 6,5% nel 2018 e si riduce ulteriormente nel 2019 e 2020 per fermarsi al 6,4%.

Si noti che anche la residua disponibilità a pagare dei cittadini rimane bassa rispetto ad altri Paesi EU, essendo inferiore a quella di EU-OCC del 16,0%: sebbene non si debba dimenticare che anche il PIL pro-capite è inferiore del 20,4%.

In altri termini, per la Sanità in Italia si spende pochissimo rispetto ai Paesi EU-OCC, e relativamente meno nel pubblico che nel privato (nel primo caso il *gap* è quasi il doppio), con il risultato di un arretramento (sempre rispetto agli altri Paesi) della quota di servizi economicamente intermediata dal SSN.

In definitiva, i numeri dicono che la spesa pubblica italiana è bassa sia in quota che anche in livello: i due fattori, messi insieme, lasciano presagire che se lo scopo era quello di mantenere lo status quo, inteso come universalismo di accesso, non è detto che l'evoluzione in corso sia quella desiderabile.

3. Le conseguenze

L'analisi e la conoscenza dei fenomeni sono alla base della costruzione della consapevolezza che dovrebbe guidare le decisioni di politica sanitaria, e la loro carenza segna il labile confine fra avere un sistema in Transizione ovvero alla Deriva: risulta quindi essenziale comprendere le conseguenze dei fenomeni descritti nel paragrafo precedente.

Iniziamo con il dire che dimensione e velocità dei cambiamenti intervenuti nei macro dati esposti in precedenza possono certamente stupire: se non altro, come anticipato, colpisce il fatto che un cambiamento di rotta di siffatta portata si sia realizzato mentre, ufficialmente, si sbandiera la difesa della natura Universalistica del sistema.

Lo stupore appare, invero, ingenuo: quello a cui assistiamo è nulla più che la chiara ed evidente dimostrazione che la priorità del Paese (e quindi della finanza pubblica) è la crescita, e non il *Welfare* e la coesione sociale: proposizione certamente legittima e che con-

ferma il nostro essere "strategicamente" accomunati più ai Paesi EU-OR, che non a quelli dell'Europa "ricca".

In termini pragmatici, il tema essenziale è allora capire quale sia effettivamente l'impatto sull'Universalismo derivante dal fatto che una quota, sempre più rilevante, del consumo sanitario (altrettanto universalmente ritenuto meritorio) sia lasciata alle capacità economiche delle singole famiglie.

La domanda è lecita e opportuna perché, almeno in teoria, maggiore è la quota di spesa pubblica e maggiore è la probabilità che si realizzi una elevata equità orizzontale del sistema: estremizzando, sempre in teoria, se la spesa OOP fosse nulla, avremmo la garanzia che nessuno dovrebbe avere subito barriere di accesso.

Questa lettura teorica non considera, però, la genesi delle risorse pubbliche e neppure le istanze di equità verticale.

Iniziando da queste ultime, gli argomenti sarebbero molteplici, ma ci limitiamo a osservare che, in un mondo in cui l'evidenza dice che una quota estremamente rilevante delle patologie, e dei costi connessi, discende non dal caso o dalla sfortuna, bensì da comportamenti a rischio, un accesso Universale e totalmente gratuito diventa sinonimo di un "accesso indiscriminato", pertanto sospettabile di incentivare la persistenza di comportamenti non salutari; e persino di aggiungere l'inefficienza, nella misura in cui mette tali comportamenti scorretti ingiustamente a carico della solidarietà sociale.

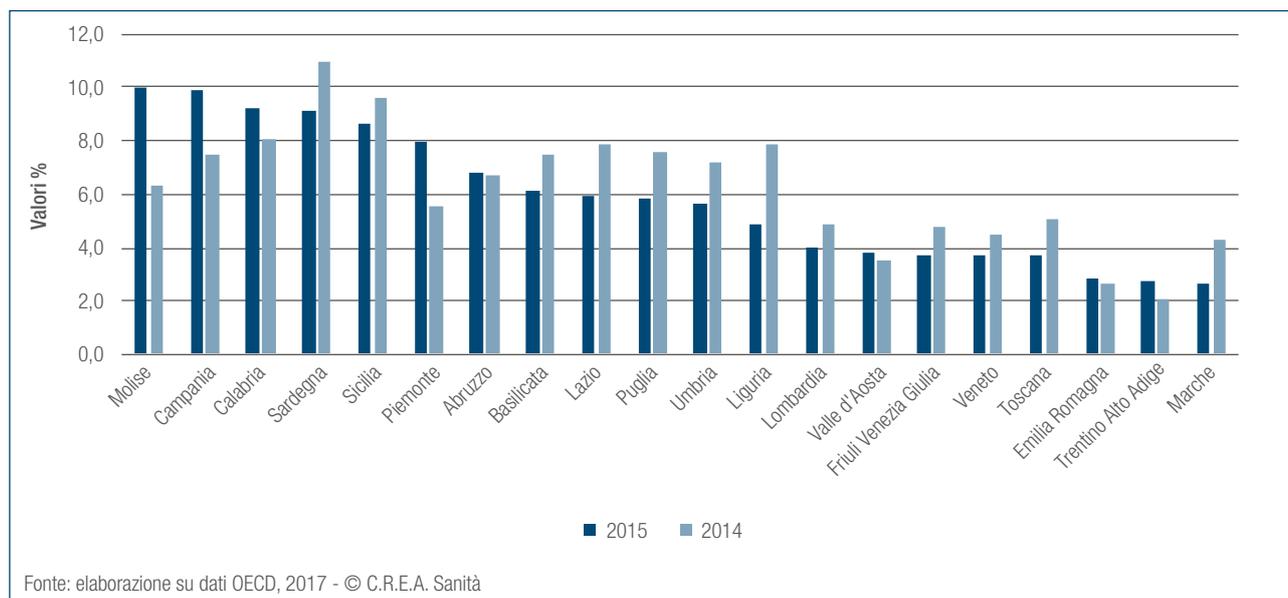
Sulla stessa linea di pensiero, a fronte di una ampia evidenza sui rischi di consumo inappropriato delle risorse in Sanità, sembra contraddittorio incentivare senza limiti il consumo rendendolo gratuito.

In altri termini, non sembra poter far parte del concetto di "tutela della Salute" la gratuità del servizio pubblico: ma per quanto ci sembri questione evidente, sul tema aleggia e persiste un pericoloso equivoco, che continua a confondere l'Universalismo con la gratuità.

Nella nostra visione (e oggi i prerequisiti del ragionamento è doveroso che siano esplicitati), condizione necessaria per l'Universalismo non è l'uguaglianza, in qualche modo garantita dall'accesso gratuito, quanto la garanzia di "non esclusione".

Ovviamente si potrebbe discutere a lungo su quali siano i servizi su cui applicare il principio di "non esclusione", come anche di quale sia la massima soglia di

Figura 3. Quota di disagio economico



impatto economico da considerare quale “indice di esclusione”: per esigenze di brevità tralasciamo questo approfondimento e pragmaticamente chiediamoci se in Italia il problema esista, ovvero se qualcuno rischi davvero l’“esclusione”.

La misura del fenomeno, per quanto anticipato, è evidentemente difficile: non di meno il Rapporto, pur con la massima umiltà, si esercita da anni con la questione; con i caveat del caso, la diagnosi consolidatasi nel tempo è che persiste una quota rilevante di disagio (economico) associato alle spese sanitarie, che coinvolge approssimativamente il 5,7% dei nuclei familiari, e aumenta soprattutto nel Sud del Paese (8,4% delle famiglie), seguito dal Centro (4,8%) e dal Nord (4,4%).

Sebbene rispetto all’anno precedente si sia assistito ad una riduzione del fenomeno, il miglioramento ha interessato soprattutto le Regioni del Centro (da 6,5% a 4,8%) e del Nord (da 4,6% a 4,4%), mentre nel Sud è sensibilmente aumentato passando dall’8,3% all’8,4%.

Si conferma che il disagio ha a che fare essenzialmente con l’aspetto geografico, rimanendo un problema (sempre più) tipico del meridione (Figura 3).

Tralasciamo l’approfondimento della “questione meridionale” in Sanità, essendo stata ripetutamente oggetto delle analisi dei precedenti Rapporti: ci limitiamo a ribadire che l’incapacità di risolverla rimane la lampante dimostrazione del fallimento del disegno universalistico

della Legge di istituzione del SSN, e quindi della necessità di nuovi approcci.

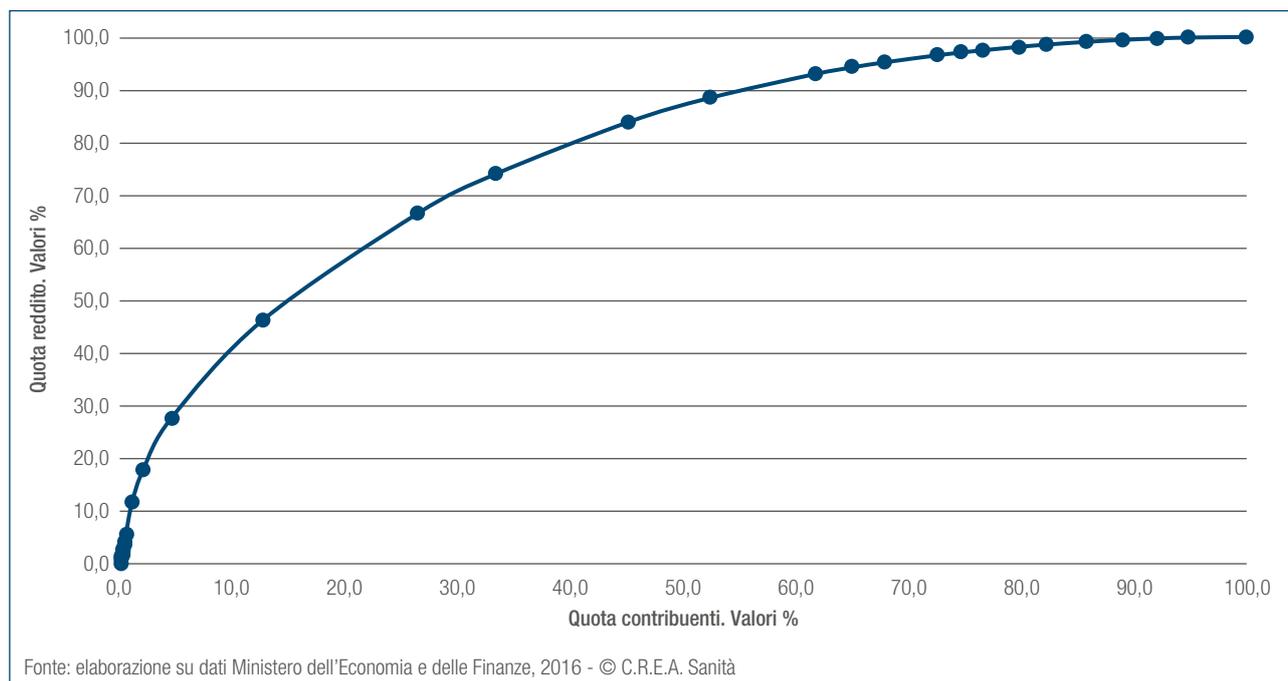
Osserviamo, invece, che la persistenza del fenomeno indica che, al netto di problemi di efficienza dei trasferimenti perequativi, specialmente di quelli “geografici”, su cui torneremo nel seguito, per contrastare l’esclusione sarebbe opportuno aumentare la redistribuzione e, quindi, la quota di spesa sanitaria pubblica: ma questa opzione si scontra con la, altrettanto lapalissiana, evidenza che la pressione fiscale in Italia è già troppo elevata e concentrata, rendendo dubbia l’opportunità della soluzione senza una revisione complessiva del sistema di finanziamento.

Per onestà intellettuale e per completezza, dichiarando la nostra carenza di informazione sulle dimensioni dell’esclusione negli altri Paesi, vogliamo riconoscere al SSN italiano il beneficio della presunzione di “innocenza”, immaginando che i livelli di esclusione non siano peggiori che negli altri Paesi.

Preso atto che, come precedentemente riportato, la spesa pubblica italiana è inferiore sia in livello che in quota rispetto agli altri Paesi europei, perché questo accada è necessario che la quota di spesa privata sia fortemente concentrata sui più abbienti e, quindi, siano sufficientemente salvaguardati i cittadini con basso reddito.

Va da sé che questa opzione implica però l’accettazione di un sistema basato su di un livello di redi-

Figura 4. Concentrazione IRPEF



stribuzione molto forte, presumibilmente maggiore che negli altri Paesi dove la pressione fiscale è minore e più omogenea.

La domanda successiva è se tale livello di redistribuzione sia da considerare il frutto di una scelta consapevole o meno: la risposta implica, ancora una volta, un diverso giudizio sul fatto che il sistema stia sperimentando una Transizione o una semplice Deriva.

Per provare a farsi una idea, partiamo, come nostra abitudine, dai numeri; per prendere in primo luogo atto che la concentrazione del reddito, almeno quello dichiarato, in Italia è molto elevata: basti considerare che il 50% di esso è concentrato in circa il 13% dei contribuenti (Figura 4); di conseguenza, qualora non ci fosse il fenomeno dell'evasione, in presenza di una forte sperequazione sociale, un livello di redistribuzione molto elevato sarebbe socialmente giustificato.

Ma se, come "probabile", l'evasione esiste ed è rilevante, si concretizza una situazione iniqua che vede il gruppo dei "contribuenti abbienti" ("ricchi" davvero non sono se non in una piccola percentuale) pagare il *Welfare* sia dei non abbienti, che degli "abbienti evasori".

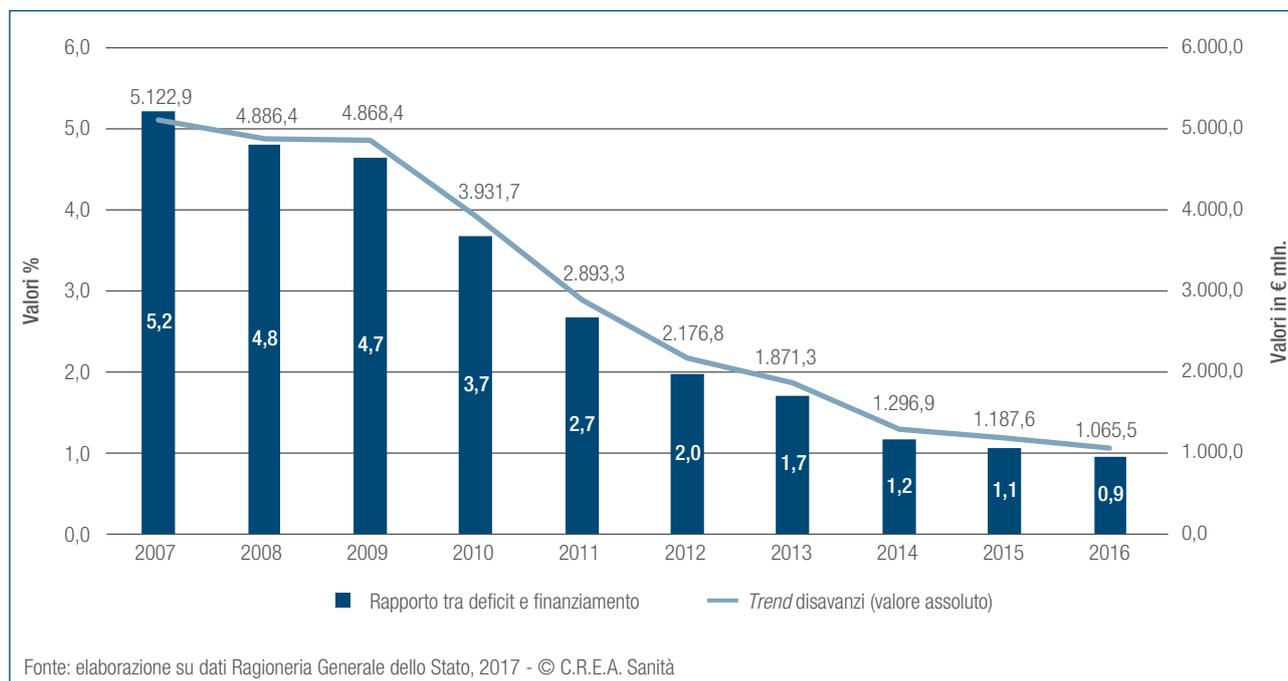
A parte l'evidente iniquità, la condizione risulta in prospettiva esplosiva per il SSN. Se consideriamo che i livelli di spesa pubblica italiana sono così bassi da far

presumere che debbano essere rivalutati, e che questo implicherebbe aumentare la pressione fiscale (a meno di recuperi di efficienza in altri settori), e che, per forza di cose, questo aumento si concentrerebbe sui soliti "noti" al fisco, è facile paventare una fortissima tensione sociale: la fascia degli "abbienti contribuenti" risulterebbe fortemente incentivata a chiedere l'*opting out*, ovvero a eludere gli obblighi di solidarietà.

Per avere una idea quantitativa del rischio e, quindi, giustificare l'affermazione, si consideri che la spesa della Pubblica Amministrazione, al netto degli interessi, delle pensioni e di altre spese non direttamente attribuibili a servizi forniti alle famiglie, è stimabile in circa € 260 mld., coperta per poco più del 40% da IVA e IRAP; volendo coprire il residuo con il gettito IRPEF, si evidenzia come i contribuenti che versano un IRPEF sufficiente a coprire l'onere equivalente (pari a circa € 7.500 per nucleo familiare), sono meno del 16%, dimostrando come sia concentrato il peso della copertura dei costi dei servizi collettivi.

Ricordando che sia la spesa privata, sia quella pubblica, sono inferiori a quella EU-OCC, a latere osserviamo che, mentre la "bassa propensione" pubblica a spendere per la Sanità è spiegabile dalle dimensioni del debito pubblico, quella privata sembra meno spiegabile,

Figura 5. Rapporto deficit su finanziamento e trend disavanzi



a meno di ritenere che le fasce povere abbiano limitate possibilità di ricorrere ai consumi privati, che quelle “abbienti contribuenti” siano gravate da una pressione fiscale che lascia loro limitate risorse disponibili, e che quelle degli “abbienti evasori” non sentano più di tanto il bisogno di spendere privatamente, perché accedono gratuitamente ai servizi pubblici.

In definitiva, i numeri sembrano dire che, o si sta minando l’Universalismo di accesso, specialmente nelle Regioni meridionali, o si sta andando verso una situazione di eccesso di solidarietà, che nasconde anch’esso una profonda iniquità.

Fra le “conseguenze” dei dati di finanziamento e spesa esposti, non possiamo evitare di parlare del risanamento finanziario e quindi della sostenibilità del sistema.

La prima, evidentissima, conseguenza è che dopo oltre 30 anni di disavanzi, quindi di disallineamento fra volontà politica (di finanziamento) e gestione del servizio (ovvero spesa), il SSN ha finalmente raggiunto un punto di sostanziale equilibrio finanziario, dimostrando di essere “macchina” complessa ma governabile.

La Figura 5 dimostra come il disavanzo, pari a € 1,1 mld. nel 2016, sia ormai inferiore all’1% del finanziamento.

Ne discende che, malgrado sia nel titolo di “tutti” i

convegni, non sembra ad oggi esistere un problema di Sostenibilità: semmai un problema di *governance* e uno di efficienza.

In via di principio, qualsiasi sistema è infatti “sostenibile”, una volta prescelto il livello di erogazione/tutela voluto, e una volta implementata una *governance*, capace di allocare e gestire in modo efficiente le risorse a disposizione.

Pur rimanendo alcune sacche di inefficienza allocativa, e quindi sprechi eliminabili, i cui risparmi dovrebbero andare a finanziare i servizi carenti, negli ultimi anni i SSR hanno tutti, diremmo senza eccezioni, migliorato la loro capacità di governo del sistema: non solo riducendo i disavanzi, ma anche colmando (almeno in parte) le più evidenti inadempienze nell’erogazione dei LEA.

Dimostrata la capacità di perseguire l’equilibrio finanziario, il tema non è più quello della Sostenibilità, quanto quello della efficienza dei livelli di servizio che permettono oggi di essere in “pareggio”.

Paradossalmente, la questione non è mai nell’agenda politica, perché implicitamente si assume l’equazione logica: livello di erogazione attuale uguale LEA; LEA uguale tutto ciò che è appropriato erogare; ergo, se si erogano i LEA in pareggio di bilancio il sistema è sostenibile e anche efficiente, erogando tutto ciò che “serve”.

Il postulato logico del ragionamento è che se i LEA attuali sono tutto ciò che “serve”, probabilmente l’eliminazione degli sprechi residui permetterebbe di rendere il sistema sostenibile ed efficiente.

Ma la questione è se i LEA attuali siano davvero tutto ciò che “serve”, ovvero se coprano tutto ciò che produce Salute e sia *value for money*, o piuttosto non siano un compromesso fra opportunità esistenti e risorse disponibili.

A seguire, la seconda questione è se, anche qualora oggi fossero “esaustivi”, potranno rimanere tali in prospettiva; ovvero se, con le risorse disponibili, potremo aggiornare i LEA per allinearli alle opportunità che l’innovazione ci offrirà.

In altri termini, la questione della Sostenibilità, come quella dell’Universalismo, sembra posta male: il problema, oggi, non è più il livello di spesa o l’efficienza, quanto la correttezza dell’investimento in Sanità, ovvero un dimensionamento di quest’ultimo capace di massimizzare la Salute prodotta, e di ottimizzare l’impatto del settore sanitario sullo sviluppo complessivo del Paese.

Il Rapporto 2017 ci restituisce tre principali linee di approfondimento, che saranno analizzate nei paragrafi seguenti, ritenute utili al fine di valutare la correttezza del dimensionamento dell’investimento in Sanità:

- la capacità attuale del sistema di produrre Salute;
- la capacità del sistema di fronteggiare l’invecchiamento;
- la capacità del sistema di “incorporare” l’innovazione.

4. La produzione di Salute

Insieme alla sobrietà, ovvero alla minore spesa rispetto agli altri Paesi europei, la dimensione che, nelle diverse valutazioni/*ranking* internazionali, più premia il SSN italiano, è l’elevata aspettativa di vita.

Come noto, l’Italia ha un’aspettativa di vita alla nascita di 85,0 anni per le donne e 80,6 per gli uomini, risultando uno dei Paesi più longevi al mondo; anche la speranza di vita residua a 65 anni (18,9 anni per gli uomini e 22,2 per le donne) è, per entrambi i generi, più elevata di un anno rispetto alla media EU (Figura 6).

Se si vive di più che negli altri Paesi, non si vive però meglio. La speranza di vita in buona salute alla nascita in Italia si attesta a 58,2 anni, e quella a 65 anni è pari a 13,7 anni per gli uomini e 14,1 per le donne, contro una media EU maggiore, e pari rispettivamente a 14,4 e 15,8 anni. Sempre a 65 anni la speranza di vita in buona salute è di 7,8 anni per gli uomini e 7,5 per le donne, a fronte di una media europea di 9,4 anni per entrambi i sessi (Figura 7).

Come già segnalato in precedenti Rapporti, rispetto alla media EU è decisamente peggiore anche la condizione degli *over 75* con patologie di lunga durata o problemi di salute: in Italia un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multi-cronico, con quote tra gli ultra ottantenni rispettivamente di 59,0% e 64,0%.

Si consideri, in particolare, che i dati esposti sono frutto di un peggioramento del dato italiano rispetto a

Figura 6. Aspettativa a 65 anni di vita residua

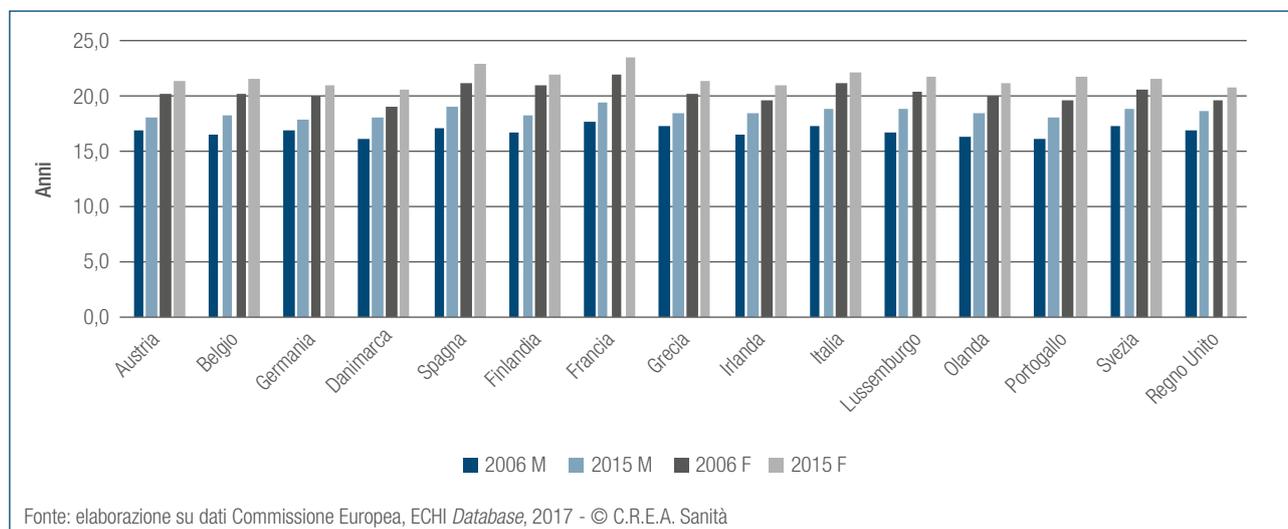
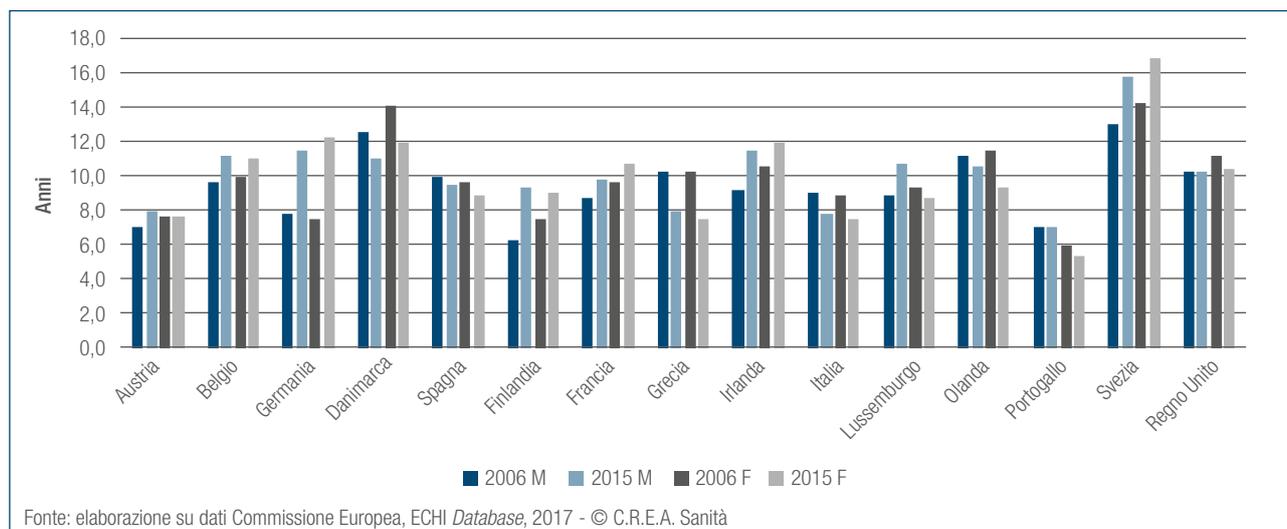


Figura 7. Aspettativa a 65 anni di vita residua in buona salute



quello EU, concretizzatosi prevalentemente nell'ultimo decennio.

A conferma del fatto che la *performance* del sistema di tutela della Salute italiano non sia eccelsa, anche dalle analisi del *Global Burden of Disease* sviluppate da un gruppo di ricerca internazionale con il coordinamento dell'*Institute of Health Metrics Evaluation* (IHME) dell'Università di Washington, per l'analisi delle quali rimandiamo al Capitolo 5, malgrado i continui incrementi nella aspettativa di vita, il sistema italiano complessivamente "performa" in modo intermedio rispetto agli altri Paesi mediterranei, in particolare Grecia e Spagna.

Questi pochi elementi sembrano sufficienti a promuovere una riflessione sulla efficienza delle scelte italiane: da una parte osserviamo che il combinato disposto della quantità e qualità di vita prodotta è, certamente, altissimo rispetto alla spesa sostenuta; dimostrando così una ottima "efficienza tecnica" del nostro sistema.

Dall'altra, dobbiamo ammettere che rispetto all'esito in termini di qualità di vita potenzialmente realizzabile (come desumibile dal confronto con gli altri Paesi) si sta evidenziando un *gap* non irrilevante e, oltre tutto, crescente.

Osservando il maggior investimento sulla Sanità operato negli altri Paesi, diviene almeno legittimo interrogarsi sulla efficienza della scelta allocativa nazionale, ovvero sulla adeguatezza dell'investimento attuale rispetto alle opportunità di produrre Salute o, almeno, minimizzare le perdite di qualità di vita per i pazienti e per i loro *caregiver*.

Tale conclusione, assume connotati ancora più inquietanti, considerando l'assenza, in Italia, di un *framework* complessivo per la gestione dell'assistenza formale per la *Long Term Care*, che di fatto è lasciata in larga misura a carico delle famiglie.

In definitiva, la capacità attuale del sistema di produrre Salute non sembra più ottimale, e questa presa d'atto dovrebbe essere la base per la definizione delle politiche sanitarie per il futuro.

5. L'invecchiamento

Ragionando, poi, in termini prospettici, l'invecchiamento è dai più considerato il maggiore elemento di criticità in termini di sostenibilità futura del SSN.

Sul fatto, però, che l'invecchiamento sarà la causa distruttiva del sistema, si possono avanzare legittime perplessità.

In primis perché, mentre la demografia già "penalizza" l'Italia, la spesa pro-capite italiana risulta (come argomentato in precedenza) largamente inferiore a quella di Paesi decisamente più "giovani", dimostrando che la correlazione fra spesa e invecchiamento non è poi così ovvia.

L'esperienza empirica non lascia dubbi sul fatto che la spesa sanitaria cresca con l'età, accelerando in particolare in prossimità dell'età di morte: il tema è che l'età anagrafica non sembra essere prospetticamente

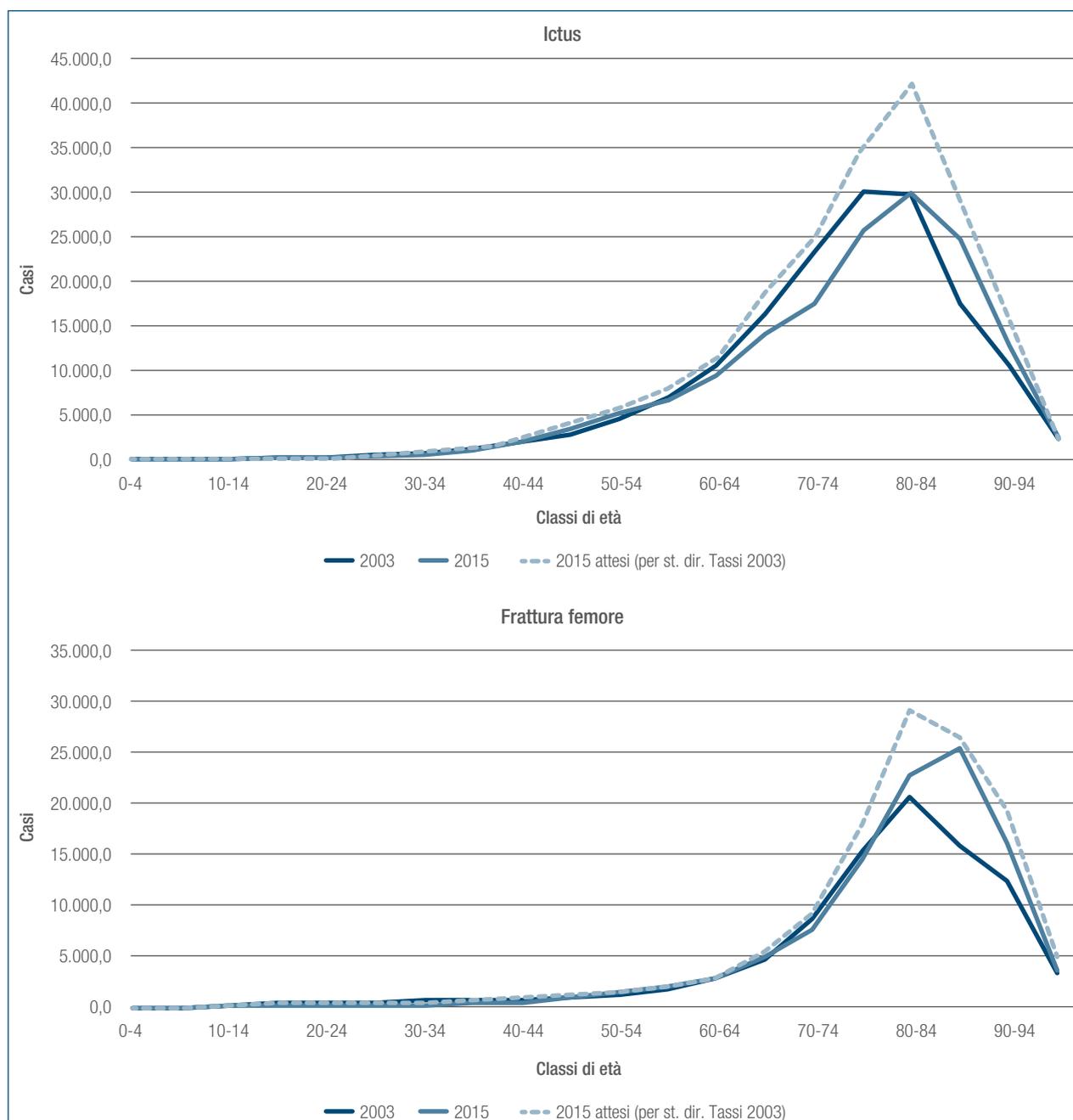
un adeguato indicatore di consumo; in altri termini, mentre lo è in condizioni statiche, ovvero in un contesto dato, in termini dinamici o comunque in contesti diversi, la relazione appare debole.

Sempre l'evidenza, porta a ritenere che un 75-enne italiano non sia necessariamente del tutto confrontabile con un 75-enne di un altro Paese e, tanto meno, con un italiano 75-enne nato 10 o più anni dopo.

A riprova di ciò, si osservino i risultati di un esercizio originale, svolto su alcune patologie di notevole impatto, contenute nel Capitolo 1 del Rapporto (Tabella 1 e Figura 8).

Considerando ad esempio gli ictus, scopriamo che dal 2003 al 2015, in Italia, i ricoveri in acuto si sono ridotti del 2,0%; il dato appare ancora più eclatante se si considera che, con i tassi di incidenza del 2003, ovvero

Figura 8. Distribuzione per classi di età dei ricoveri in acuto, per alcune patologie

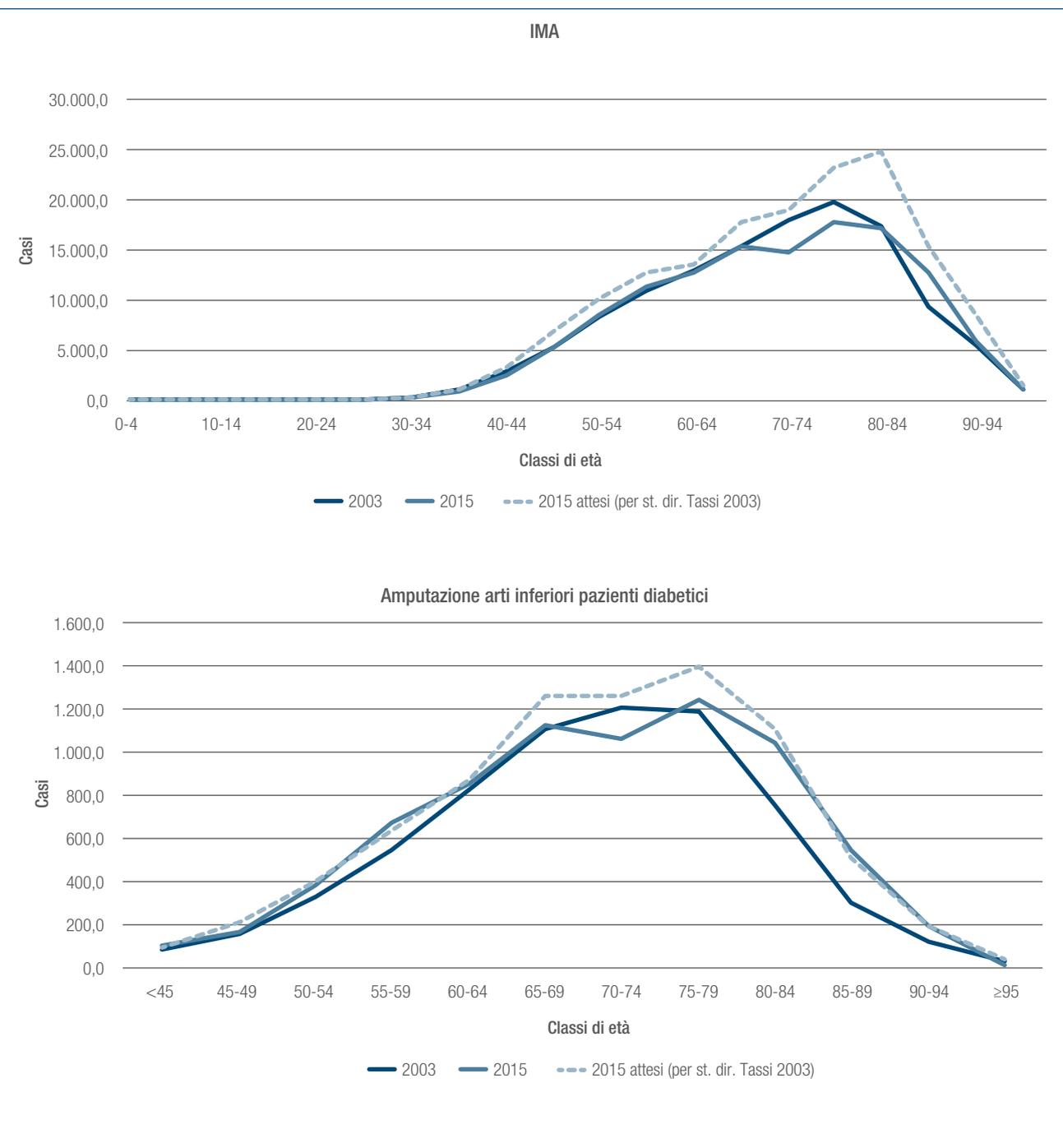


Fonte: elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute, 2016 – © C.R.E.A. Sanità

Tabella 1. Ricoveri in acuzie, per alcune patologie

Patologia	Variazione 2015/2003	Minori ricoveri rispetto agli attesi*	Variazione giornate di degenza 2015/2003	Variazione dell'età media pazienti	Variazione decessi
Ictus	-2,0%	+27,1%	-6,2%	+1,1 anni	-7,2%
Infarto acuto del miocardio (IMA)	-1,5%	+19,8%	-9,2%	+2,6 anni	-29,8%
Frattura di femore	+12,7%	+21.000 casi	-1,4%	+2,5 anni	-7,7%
Amputazioni legate a diabete	+11,0%	+550 casi	-8,9%	+0,7 anni	-7,7%

*Ricoveri 2015 attesi secondo i tassi di incidenza 2003
 Fonte: elaborazione su dati SDO (Ministero della Salute) – © C.R.E.A. Sanità



estrapolando i *trend*, e variando solo la demografia, sarebbe stato atteso un aumento del 27,1%.

Anche le giornate di degenza si riducono del 6,2%.

Sull'intera casistica, nei 12 anni considerati l'età media si sposta "in avanti" passando da 73,9 anni a 75,0 anni (+2 anni sull'età mediana), e contemporaneamente i decessi si riducono del 7,2%. In particolare, nella popolazione anziana *over 65*, che rappresenta oltre l'80% della casistica complessiva, l'incidenza si riduce passando da 12 casi a 10 casi per 1.000 abitanti.

Analogamente, per l'Infarto Miocardico Acuto, i ricoveri in acuto si riducono del 1,5%, a fronte di un aumento atteso, in base al solo invecchiamento, del 19,8%. Le giornate di degenza si riducono significativamente del -9,2%.

E anche in questo caso l'età media si sposta "in avanti", passando da 77,5 anni a 78,1 anni (+1 anno sull'età mediana), con una contemporanea riduzione dei decessi del -29,8%.

Per quanto concerne le fratture di femore, al contrario i ricoveri in acuto aumentano del 12,7%, ma a fronte di un aumento atteso che sarebbe stato di 21.000 casi in più considerando il puro invecchiamento: evidenziando, quindi, una netta diminuzione dell'incidenza (intervenuta in particolare dopo i 70 anni).

In ogni caso, le giornate di degenza si riducono comunque dell'1,4%.

Si conferma che l'età media si sposta "in avanti", passando da 77,9 a 80,4 anni (+2 anni anche sull'età mediana), e contemporaneamente i decessi si riducono del 7,7%.

Infine, come ultimo caso esemplificativo se si considerano le amputazioni degli arti inferiori associati anche ad una diagnosi di diabete mellito: i ricoveri in acuto aumentano dell'11,0%, a fronte di un aumento atteso che sarebbe stato però di 550 casi in più, riducendosi l'incidenza fra i 65 e gli 85 anni.

Ancora, le giornate di degenza si riducono del -8,9%.

E anche in questo caso l'età media si sposta "in avanti" passando da 69,9 anni a 70,6 anni (+1 anno sull'età mediana), e contemporaneamente i decessi si riducono del 7,7%.

Tutti gli esempi riportati, per quanto chiaramente non esaustivi, sembrano confermare che, già a 10 anni di distanza, le condizioni morbili della popolazione non sono più pienamente confrontabili e che l'invecchiamento è

in parte compensato dal fatto che si sposta in avanti l'epoca di insorgenza delle patologie, ma anche da una migliore organizzazione che riduce l'onere assistenziale. In tutti i casi considerati, l'incidenza dei ricoveri è risultata minore di quanto atteso in base all'invecchiamento nel frattempo intervenuto; così come le giornate di degenza risultano complessivamente essersi ridotte del 5,7%: ipotizzando un valore medio per giornata di degenza pari a € 500, per queste sole 4 patologie, dall'acuzie si sono potenzialmente liberati € 122 mln..

A livello "macro" troviamo chiara conferma di questi processi in atto: analizzando i ricoveri nell'ultimo decennio, nonché le variazioni della popolazione eleggibile, della degenza media, delle giornate di ricovero e del valore della produzione, si conferma che il sistema sta tutt'altro che sperimentando una esplosione di costi.

Fra il 2005 e il 2015 (Figura 9), la popolazione sino a 54 anni si è ridotta impercettibilmente (-0,3%), ma è fortemente aumentata quella delle fasce successive: di circa l'8% quella fra i 55 e i 75 anni, del 28% quella oltre i 75.

Malgrado l'aumento della popolazione, i ricoveri sono calati, in tutte le fasce di età: nella prima fascia, a fronte di una sostanziale invarianza della popolazione, il calo raggiunge il 34,8%; la stessa riduzione si registra fra 55 e 65 anni, ed è di poco inferiore nella fascia 66-75 (-31,3%); i ricoveri si riducono persino dopo i 75 anni, sebbene in misura minore: -7,3%.

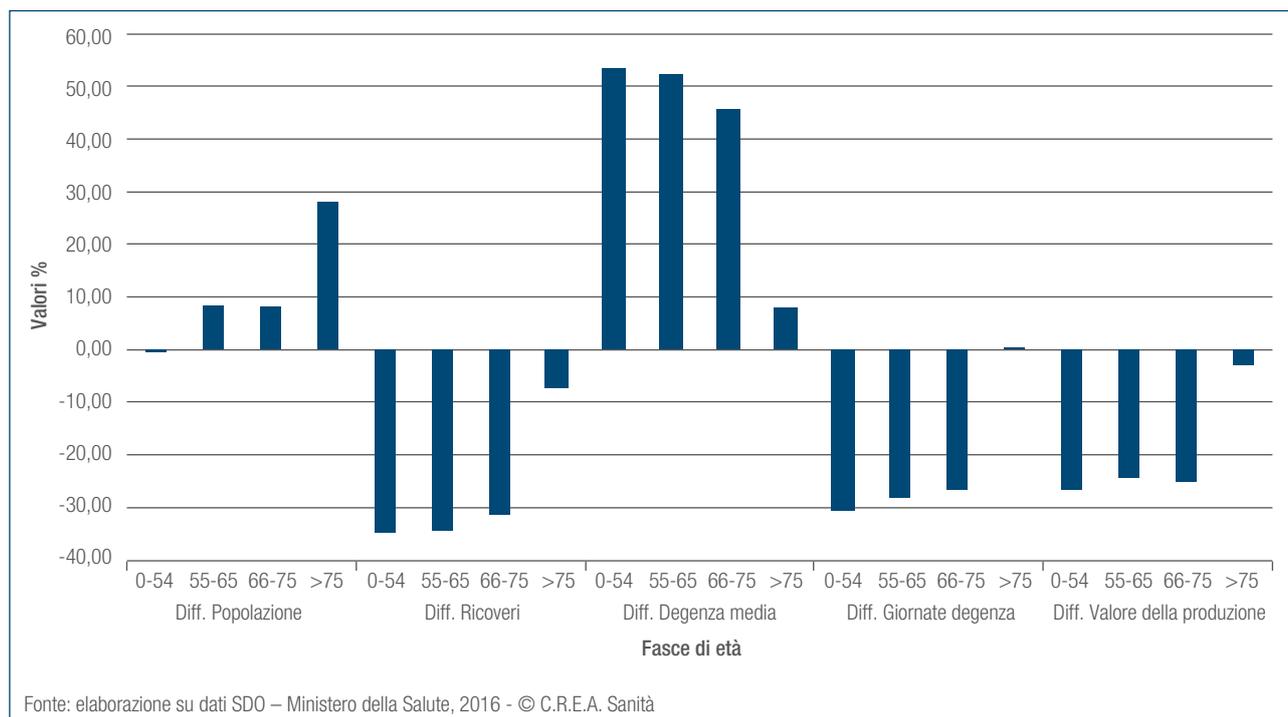
A fronte di riduzioni così marcate nel numero di ricoveri, ancor più importanti considerando il contemporaneo aumento della popolazione, le degenze medie in generale aumentano significativamente, sebbene in modo marcatamente inferiore, per i ricoveri degli *over 75*.

Osserviamo che la fascia di età "estrema" fa eccezione anche nella valutazione dell'attività ospedaliera complessiva (espressa in giornate di degenza erogate), registrando un lieve aumento dello 0,1%, a fronte di riduzioni nelle altre fasce, comprese nel *range* 26,6-30,6%.

In definitiva, ne consegue che il valore della produzione si riduce in tutte le fasce: nelle prime tre lo fa in modo molto significativo, essendo la riduzione compresa fra il 24,2%-26,4%, e anche nell'ultima segna un -2,9%.

Malgrado l'invecchiamento, e malgrado anche l'intervenuto aumento della popolazione, a livello ospedaliero si sono quindi generati ingenti risparmi potenziali.

Figura 9. Variazioni dei principali indicatori di attività ospedaliera 2015-2005



Peraltro, ricordando la sensibile crescita numerica della popolazione *over 55* anni, le riduzioni di ricoveri nelle fasce successive assumono una ancora più eclatante significatività. Notando altresì che la scarsa natalità, e l'allungamento dell'aspettativa di vita, fanno crescere in particolare la popolazione *over 75* anni.

Le dinamiche descritte sembrano, quindi, complessivamente confermare che è in atto un processo di compressione della morbidità, almeno intesa come morbidità foriera di ricorso al ricovero ospedaliero. Si sposta in avanti con l'età la probabilità di ricovero, tant'è che solo nell'ultima classe (ovviamente) non si evidenziano riduzioni più di tanto significative del numero di ricoveri e della degenza.

Due conseguenze ci sembra possano trarsi dalle analisi che precedono; la prima è che assumendo il ricorso al ricovero ospedaliero (non episodico) come un indicatore di fragilità, indirettamente si conferma che la soglia dei 65 anni per l'età anziana è ormai una mera convenzione, per lo più priva di significato: la fascia 66-75 si comporta essenzialmente come quella 55-65, mentre è solo dopo i 75 anni che si evidenzia una chiara soluzione di continuità.

Come postulato segnaliamo che, in ogni caso, l'età

che segna l'inizio dell'anzianità segue un processo evolutivo, avanzando col tempo.

La seconda conseguenza è che le analisi condotte rappresentano un punto a favore della teoria della compressione, se non della morbidità, almeno dell'assorbimento di risorse, rendendo meno cupe le previsioni sull'impatto dell'invecchiamento.

Ovviamente, questa "compressione" non è un fenomeno "naturale", quanto l'effetto della prevenzione (si vedano i casi dell'ictus e dell'IMA), ma anche delle innovazioni tecnologiche, che permettono una assistenza più efficace ed efficiente (vedi i casi di protesi ortopediche e amputazioni).

Quindi, la "sostenibilità" dell'invecchiamento è cosa possibile, ma bisogna essere consapevoli che è condizionata all'investimento in prevenzione e nell'innovazione.

6. L'innovazione

Sebbene l'innovazione sia, per lo più, considerata l'altro maggiore fattore di rischio per la Sostenibilità prospettica dei sistemi sanitari, il paragrafo precedente tende a sostenere la tesi che invecchiamento e inno-

vazione non “rompano” gli equilibri, nella misura in cui vadano di pari passo.

Il tema è, quindi, se le risorse disponibili saranno sufficienti per sostenere l’innovazione necessaria a contrastare gli oneri derivanti da un invecchiamento “sbagliato”.

La questione del finanziamento dell’innovazione è un problema non tanto economico (ovvero di efficienza), quanto finanziario.

Infatti, l’innovazione implica investimenti, che generano ritorni, e quindi risparmi, con un certo ritardo temporale; abbiamo visto nei paragrafi precedenti, che tale ritardo non è lunghissimo, considerando che si vedono effetti significativi già dopo 10 anni, ma può ugualmente risultare insostenibile nelle condizioni finanziarie in cui versa il Paese.

Sull’accesso all’innovazione pesa, prima di tutto, il persistere della politica dei silos: l’esempio dei potenziali risparmi realizzati negli ultimi anni in campo ospedaliero, ne rappresenta un chiaro esempio.

Anche in questo caso, sembra essenziale fare il punto sulla situazione attuale, rispetto all’accesso dell’innovazione.

In altri termini, al di là della recente istituzione dei fondi per l’innovazione farmaceutica, peraltro largamente discutibili perché rappresentano un “silos nel silos” e, in quanto tali, sono forieri di distorsioni, si deve capire se nel Paese vigano condizioni di equo e ragionevole accesso all’innovazione.

Del tema ci siamo già occupati in precedenti edizioni del Rapporto, ad esempio confrontando i consumi farmaceutici, in Italia e nei principali Paesi EU, dei farmaci approvati da EMA nel quinquennio precedente: ne emerse quello che battezzammo un “indizio di razionamento”, nella misura in cui, a parte i tempi di accesso notoriamente più lenti in Italia (e, per inciso, solo marginalmente attribuibili alle tempistiche di negoziazione dell’AIFA), i consumi pro-capite nazionali rimanevano largamente inferiori a quelli degli altri Paesi, malgrado una popolazione più vecchia, e anche dopo 5 anni.

Sempre prendendo a prestito l’esempio dal mondo farmaceutico, in quanto quello che permette analisi di dettaglio, rese possibili dai sistemi di rilevazione e monitoraggio che ormai sono assolutamente esaustivi, quest’anno riproponiamo il confronto ma a livello regionale (e limitato ai farmaci di nuova commercializzazione negli anni 2014-2016).

La Figura 10 ci restituisce una variabilità regionale per la spesa relativa ai farmaci di nuova commercializzazione che, per quanto non ci stupisca più, richiede con urgenza maggiori approfondimenti.

La differenza di spesa per farmaci di nuova commercializzazione, tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima, è pari a 2,6 volte, e arriva a 3,2 volte considerando il dato per popolazione standardizzata.

La variabilità non sembra casuale: nei primi posti

Figura 10. Spesa pro-capite anno 2016 relativa ai nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2016

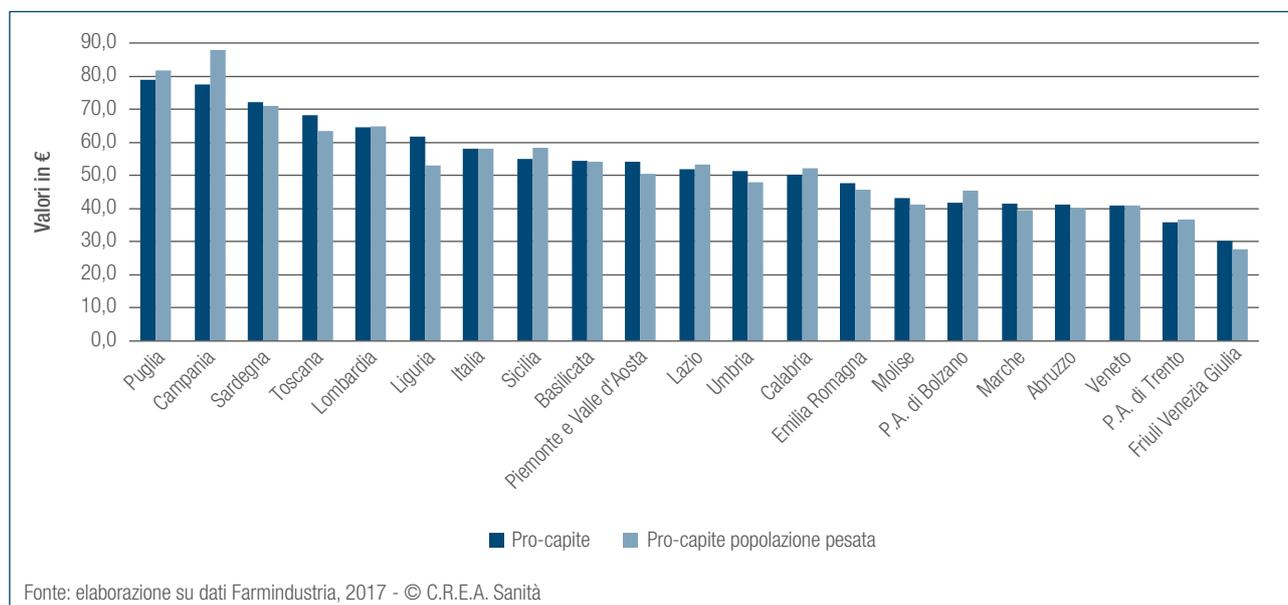
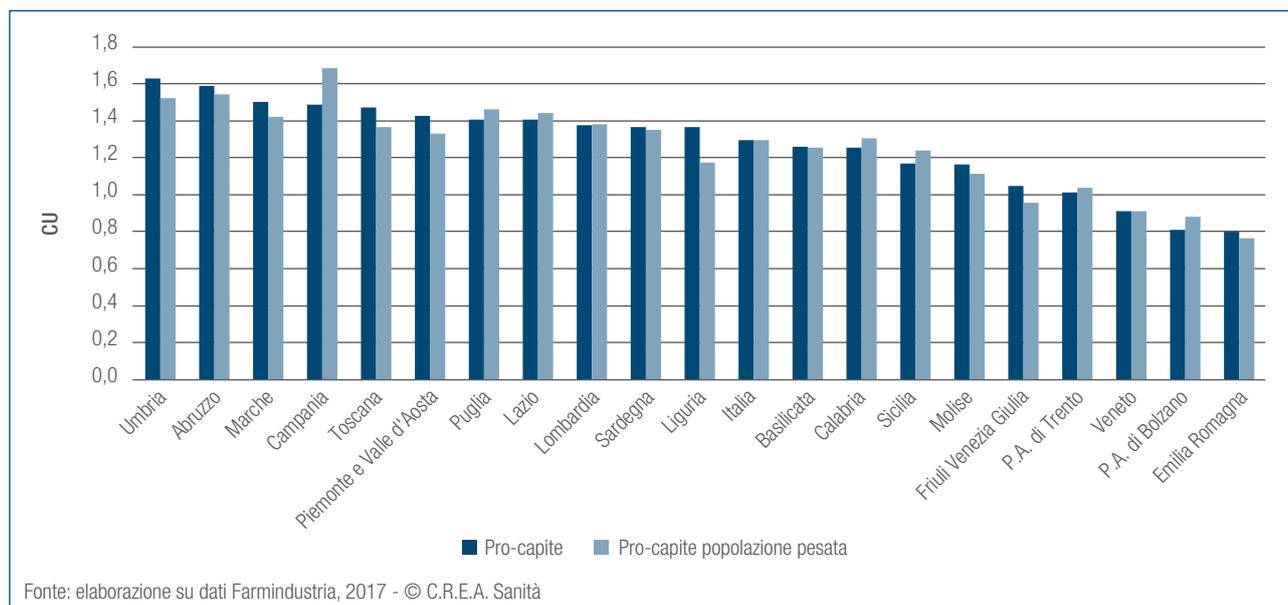


Figura 11. Unità vendute pro-capite anno 2016 relative a nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2016



troviamo Puglia, Campania e Sardegna, e negli ultimi tutto il Nord-Est.

Ovviamente le differenze di spesa sono il combinato disposto dei consumi in quantità e dei prezzi di approvvigionamento.

In effetti, osservando il dato in quantità, emerge che la variabilità si riduce, ma la differenza tra la Regione con consumi massimi e quella con consumi minimi rimane dell'ordine di 2,0 volte (Figura 11).

Sembra, quindi, relativamente facile concludere che la Puglia acquista "peggio" della Campania (e la Sardegna ancora "peggio"), così come il Veneto acquista "meglio" dell'Emilia Romagna.

Rimane, però, difficile dare un "segno" alla residua differenza nei consumi, per i quali (esclusa la P.A. di Bolzano che ha storicamente consumi farmaceutici non sovrapponibili a quelli delle altre Regioni) emerge come Veneto ed Emilia Romagna, Regioni notoriamente dotate di proprie infrastrutture di valutazione, e che sono use fornire ai clinici raccomandazioni d'uso, siano quelle che fanno ricorso, radicalmente, a meno farmaci di nuova commercializzazione.

La difficoltà risiede nel fatto che i numeri elaborati possono essere letti tanto nel senso di un razionamento messo in atto da alcune Regioni, quanto in quello di una maggiore appropriatezza d'uso: ma anche qualora si volesse (e non è a priori dato conoscerne la correttezza

dell'assunzione) sposare la seconda lettura, si evidenzerebbe un fortissimo conflitto fra istituzioni centrali (che inseriscono nei LEA) e istituzioni regionali che decidono "come" (o "come non") erogarli.

Per quanto argomentato sull'importanza del ruolo dell'innovazione (sebbene qui più modestamente si sia lavorato su tecnologie "nuove"), per contrastare l'invecchiamento e anche invertire il peggioramento relativo dei dati di qualità della vita italiani rispetto a quelli medi europei, sembra essenziale che la *governance* dell'innovazione tecnologica sia rivista, e sia fatta chiarezza sulla sua distribuzione all'interno del SSN.

Non sembra accettabile, né su un piano equitativo, né tanto meno su quello dell'efficienza, che la diffusione dell'innovazione sia *random* e, con tutta probabilità, prostrata a esigenze di equilibrio meramente finanziario.

7. Suggerimenti per le politiche sanitarie

Dai "fatti" che il Rapporto 2017 porta all'attenzione, discendono varie suggestioni per la formulazione delle politiche sanitarie; ne abbiamo scelte tre che ci sembrano prioritarie:

- come difendere l'Universalismo;

- come rendere compatibile la *governance* dell'innovazione con i vincoli economici del sistema;
- come trasformare i cambiamenti in atto in possibilità di investimento.

La salvaguardia dell'Universalismo

Come già affermato in precedenti Rapporti, pur mancando il dato (altrimenti l'evasione non sarebbe tale) è lecito affermare che a fronte delle condizioni in cui si muove la prova dei mezzi in Italia, un sistema universalistico di tipo mutualistico rischierebbe di essere più equo di uno universalistico di stampo *beveridgiano* come quello scelto nel 1978: l'Universalismo *beveridgiano*, richiede, infatti, anche "l'Universalismo fiscale", cosa che, in Italia, sembra non sia dato ottenere.

Quindi, va chiarito che il tema vero non è salvaguardare l'Universalismo, ma salvaguardare l'equità dell'Universalismo.

Conoscendo storicamente i limiti del modello *bismarkiano* applicato in una Società segnata da disparità così elevate, e quindi escludendo "a priori" un ritorno alla situazione ante 1978, sembra almeno opportuno provare a confrontarsi sui vantaggi e svantaggi dei sistemi misti, che coniugano una quota (I pilastro) a redistribuzione *beveridgiana*, con una quota (II pilastro) di tipo mutualistico.

Intanto, è opportuno perché nella apparente immobilità, il sistema sta già spontaneamente andando nella direzione di un sistema misto.

A riprova di ciò, la spesa privata è aumentata nell'ultimo quinquennio del 4,5% in linea con gli aumenti a livello EU (4,6%), raddoppiando il tasso di crescita rispetto agli anni precedenti.

Cresce anche la platea dei cittadini che stipula polizze collettive ad oggetto forme di Sanità integrativa/complementare; e non stupisce che il massimo fermento si abbia nelle fasce dei lavoratori dipendenti che, oborto collo, sono fra gli "abbienti contribuenti": di fatto, e forse senza una lucida consapevolezza di ciò, queste fasce di popolazione già stanno sperimentando un sistema misto, chiedendo (razionalmente) non più un allargamento della tutela pubblica per la popolazione, che ricadrebbe in larga misura sulle loro "spalle", quanto una commistione di solidarietà e mutualità.

In termini numerici la quota intermediata è arrivata

al 7,4% della spesa privata, di cui 6,1% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e l'1,3% alle polizze individuali.

A parte l'ovvia constatazione delle tendenze spontanee della Società italiana, l'iniezione di forme di mutualità è coerente con un livello di maggiore sussidiarietà del sistema, a sua volta foriera di una maggiore personalizzazione e quindi efficienza del servizio. Inoltre, una maggiore quota di spesa privata intermediata può contribuire indirettamente al finanziamento del I pilastro, facendo emergere quote di "nero" che certamente sono ancora presenti del settore.

A riprova di ciò la quota di detrazione fiscale delle spese sanitarie (che riduce il reale impatto sulle famiglie della spesa privata) è pari a circa € 2,6 mld. annui: nella migliore delle ipotesi circa la metà di quanto potenzialmente detraibile; in parte può trattarsi di "ignoranza" o di disinteresse alla detrazione, ma anche di una indiretta indicazione della presenza di una quota di transazioni "non ufficializzate".

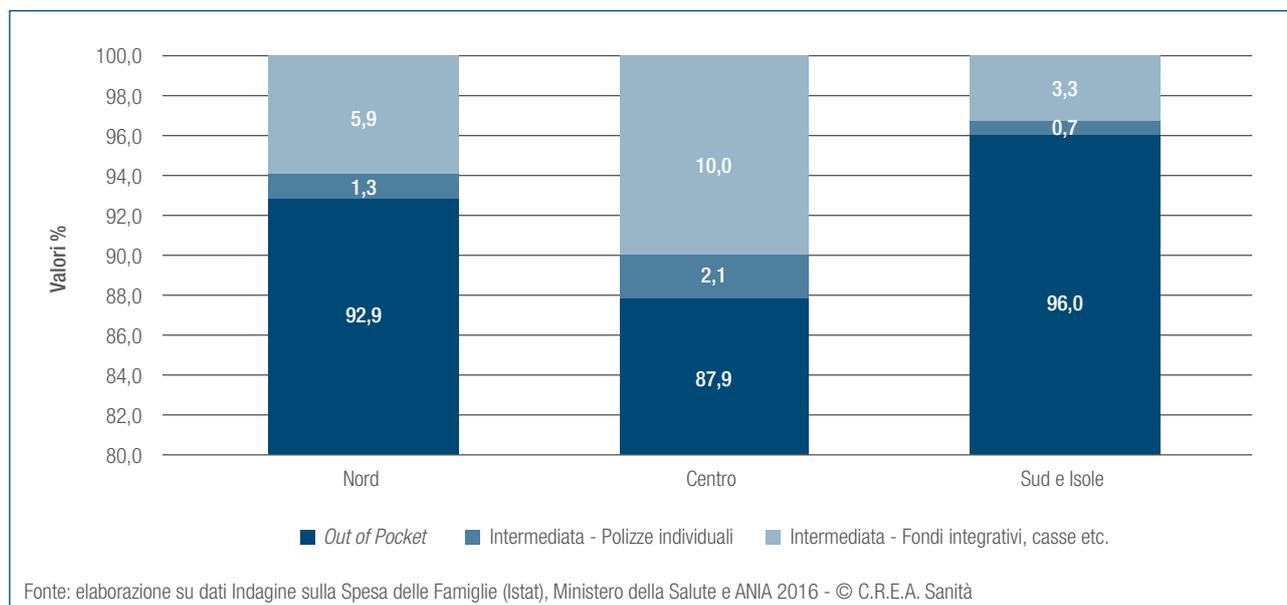
Ovviamente nella valutazione della opzione vanno soppesati anche i rischi connessi con lo sviluppo del II pilastro.

Senza pretesa di esaustività, segnaliamo il rischio che si generi una spinta verso consumi inappropriati e, anche, che il suo sviluppo sia fonte di nuove disparità.

Sull'ultimo punto segnaliamo che è già oggi evidente (Figura 12) come il Sud, per ragioni di distribuzione territoriale e tipologia delle attività economiche, stia rimanendo fuori dal processo: la componente intermediata rappresenta il 7,2% della spesa privata nel Nord (8,7% nel Nord-Ovest e 4,9% nel Nord-Est), il 12,1% nel Centro e solo il 4,0% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di potenziale iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria.

L'effetto iniquo è evidente dal fatto che la quota di famiglie che sostengono spese OOP è paradossalmente maggiore nel Sud e non tanto, o non solo, per carenze di offerta pubblica, ma perché sono meno quelle assicurate: infatti, rispetto all'anno 2014, si è registrato un aumento di spesa privata in tutte le ripartizioni, ad eccezione del Nord-Est dove meno famiglie hanno fatto ricorso alle spese OOP (il 78,2% a fronte del 79,4% dell'anno scorso); il Sud rappresenta la ripartizione geografica con la maggior quota di famiglie che è ricorsa alle spese sanitarie OOP, il 79,9%, seguita dal Centro con il 76,4% e dal Nord-Ovest con il 75,1%.

Figura 12. Composizione della spesa sanitaria privata per ripartizione geografica, anno 2016



Osserviamo, però, anche una maggiore copertura assicurativa per le famiglie che risiedono nel Nord-Est del Paese (6,2% delle famiglie), a seguire nel Centro (5,4%), e da ultimo nel Sud dove appena l'1,2% dichiara di averla.

Considerando le sole famiglie non assicurate, la quota di famiglie che sostengono spese OOP torna maggiore nel Nord-Est (83,4%), che non nel Sud e nel Centro (80,8%): a riprova, però, che il ricorso all'OOP è inversamente proporzionale alla quota di famiglie che dispongono di una copertura, direttamente proporzionale al reddito, ma anche legata alle condizioni di offerta, il tasso minore si ha nel Nord-Ovest.

In ogni caso è evidente che la mutualità non sarà per tutti, o almeno non per tutti nelle stesse dimensioni, e che quindi contenga al suo interno germi di disegualianza: questo "costo" può, però, essere largamente compensato se, grazie al suo sviluppo, emergerà una quota dell'evasione sopra richiamata, con il duplice vantaggio di restituire agli "abbienti contribuenti" una parte della redistribuzione non dovuta e di ridurre per i più poveri l'onere per accedere ai servizi del I pilastro.

Il disegno di un sistema misto richiede, però, una assoluta integrazione fra i due pilastri: per esemplificare, l'integrazione funziona bene se per i servizi si prevedono tanto una copertura differenziata da parte del I pilastro, a seconda delle possibilità economiche del percipiente,

quanto la possibilità di avere servizi differenziati per qualità: può essere il caso della scelta della camera singola, della scelta dell'*équipe* chirurgica, ovvero di alcune tecnologie a innovazione incrementale.

In un contesto come quello delineato, il II pilastro coprirebbe le quote differenziali di onere economico o i costi aggiuntivi delle innovazioni incrementali, evitando che chi paga di più debba pagare due volte il servizio; lasciando, invece, gratuito, o con una minima partecipazione, l'accesso per i meno abbienti; obbligando, infine, chi evade a pagarsi almeno le "quote aggiuntive" delle innovazioni.

Quanto accennato nei suoi contorni generali, rende evidente la necessità di affrontare senza pregiudizi ideologici la tematica, e quindi poi di governare la Transizione: ricordiamo che l'attuale Deriva, in questo campo del tutto evidente dall'assenza di scelte e discussioni, è foriera di duplicazioni (e quindi sprechi), come anche di nuove disparità geografiche.

La governance per l'innovazione

L'innovazione (da quella strettamente tecnologica a quella organizzativa) costa ma è un investimento: senza il quale non saremmo riusciti a rendere sostenibile un incremento della popolazione anziana che diventa ormai percepibile anche con il passare di pochi anni.

Lamentarsi dei costi dell'innovazione lascia il tempo

che trova; sebbene sicuramente i minori tassi di crescita a livello mondiale implicheranno a medio termine una calmierazione dei prezzi, e quindi dei profitti delle aziende che innovano in Sanità, questo non metterà comunque il Paese “in salvo”: finché i nostri tassi di crescita rimarranno sotto la media, e non saremo capaci di fare del settore una priorità industriale del Paese (va da sé che i costi assistenziali, nei Paesi dove l’innovazione viene generata, sono in parte compensati dai ritorni derivanti dai profitti), non sarà facile tenere il passo con i costi finanziari dell’innovazione.

Quindi per essa bisogna trovare risorse aggiuntive e, alle Aziende, va data a priori contezza di cosa in Italia verrà rimborsato e cosa no.

Un doppio, o triplo, livello di valutazione/negoziazione è un evidente spreco ed è anche concettualmente inaccettabile; come anche il perdurare di tetti che “creano silos”, e oltretutto solo per alcune tecnologie.

Necessita, quindi, ripensare il criterio di rimborsabilità come anche quello di innovazione: per gestire quest’ultimo, scelta obbligata con l’istituzione dei fondi per l’innovazione, si sono introdotti elementi di valutazione, quali la severità della patologia, o la significatività del beneficio, che attengono però a sfere eminentemente distributive: lasciarli alla valutazione di un organo tecnico-scientifico sembra del tutto improprio, essendo piuttosto da riportarsi a valutazioni nel campo della bio-etica. E anche la recente introduzione di criteri di valutazione del grado di evidenza sembra discutibile, nella misura in cui l’incertezza sarebbe stata tranquillamente gestibile con strumenti di tipo statistico e/o con i cosiddetti *Managed Entry Agreements*.

Di fronte all’incertezza sul grado di evidenza, sembrerebbe più opportuno rendere compartecipe l’industria del rischio, piuttosto che rischiare di ritardare l’accesso al mercato, e quindi anche della produzione di una “chiara evidenza”.

Il vero problema è che, le tecnologie del futuro, al momento dell’arrivo sul mercato, di evidenza ne avranno sempre meno; a meno di volerne dilatare i tempi di accesso al mercato, con effetti indesiderati sui costi, oltre che sui pazienti, che sperimenterebbero dilazioni eticamente inaccettabili del tempo di accesso alle opportunità terapeutiche.

Nel campo degli accessi precoci, il problema sembra

essere più etico che economico: ovvero quello dell’individuazione del livello minimo di evidenza sotto il quale non si ritiene corretto/opportuno far correre rischi alla popolazione.

L’ulteriore elemento critico sembra essere la natura essenzialmente dicotomica della decisione a cui le Agenzie nazionali sono chiamate, tanto in tema di rimborsabilità, quanto in quello del riconoscimento dell’innovazione.

Il criterio della rimborsabilità, però, dovrebbe essere quello del merito sociale, e non l’innovatività o la sua evidenza.

Prendendo spunto dall’esperienza francese, ricordiamo come in quel caso la prima decisione sia quella della meritorietà sociale delle tecnologie che arrivano sul mercato, declinata su 5 livelli.

In base alla meritorietà, le autorità decidono la quota di copertura garantita dall’assicurazione universalistica.

Ad un estremo si avranno prestazioni non appropriate, e per le quali lo “Stato” non interviene; all’altro quelle certamente appropriate, che rappresentando una priorità di Sanità pubblica, verranno rimborsate al 100%. In mezzo esistono altri tre livelli, per i quali lo Stato fa la sua parte, lasciando però una quota alla responsabilità al cittadino.

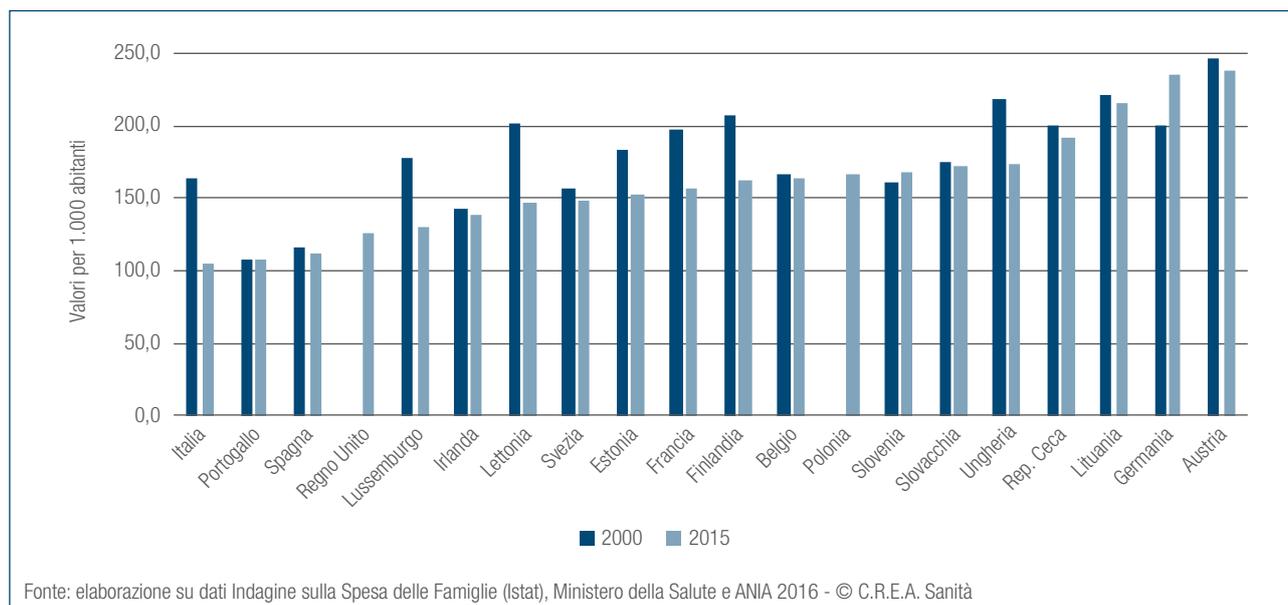
Esemplificando, bisogna decidere se sia meglio un sistema che tende a non introdurre un *wearable device* perché magari comporta zero vantaggi clinici, se non qualche beneficio per la qualità della vita del paziente, o piuttosto uno che lo introduce lasciando al cittadino che ne vorrà fare uso l’onere di sostenere la differenza di costo (o parte) rispetto alla tecnologia più vecchia.

A fronte di non rilevanti differenze di esito clinico, perché negare, come spesso succede, l’accesso, lasciando completamente l’onere a carico del cittadino: in fondo, anche in Italia, già ci comportiamo diversamente con i farmaci a brevetto scaduto, dove il SSN copre il solo prezzo di riferimento.

Poter graduare la quota di rimborso è anche condizione per realizzare quella integrazione fra il I e il II pilastro, che è stata oggetto del precedente paragrafo.

E, da ultimo, ma non per importanza, è anche condizione sufficiente per restituire gradi di libertà al sistema, senza i quali il rischio crescente sarà il razionamento implicito delle innovazioni.

Figura 13. Tassi di ospedalizzazione in acuzie



Dato che la quota di contributo pubblico si applica ad un bene che ha un prezzo e dato che quindi va governato anche quello (almeno secondo la tradizione italiana, come anche quella francese), allora, così come è in Francia, entra in gioco anche il beneficio rispetto all'esistente: e quindi la definizione di un prezzo legato al valore incrementale della tecnologia.

In definitiva, la prima condizione per una nuova *governance* dell'innovazione sembra essere liberarla dai vincoli dei silos, ad iniziare dai tetti per tecnologia, e anche dalla logica dicotomica tipica dei sistemi che confondono Universalismo e Gratuità.

Le risorse per gli investimenti

Quanto precede non lascia dubbi sul fatto che le risorse attuali non saranno sufficienti per aggiornare ulteriormente i livelli di servizio, ovvero ad allineare le risorse alle opportunità rese possibili dall'innovazione.

Una soluzione è ovviamente quella di negare la tecnologia, o larga parte di essa: scelta legittima ma pericolosa e in larga misura anti-storica.

L'altra è trovare risorse. E quelle attuali e convenzionali non sono sufficienti, permanendo i tassi attuali di crescita.

Quanto precede ha già segnalato che esiste ancora qualche spazio di efficientamento di tipo allocativo, più che tecnico.

Certamente qualche spreco permane, e la sua rimozione potrebbe finanziare le residue sacche di inadempienza attuali.

Più importante è l'efficientamento derivabile dalla razionalizzazione della spesa privata: la spesa "sul piatto" è complessivamente quella che conosciamo, e somma alle risorse pubbliche un altro (rilevante) quarto di spesa privata: continuare a farla essere, essenzialmente, una duplicazione di costo per coloro che la sostengono, è certamente inefficiente.

Inoltre, come sopra argomentato, un sistema misto ben integrato potrebbe essere più equo, ma anche generare qualche risorsa aggiuntiva recuperando un po' di inefficienze sul lato dell'evasione fiscale.

Esiste poi un "tesoretto potenziale", rappresentato dai risparmi che già si sono realizzati nell'ultimo decennio, per effetto della de-ospedalizzazione.

Avere oggi i tassi di ricovero in acuzie più bassi in EU (Figura 13), comporta in via di principio, un risparmio notevole: siamo riusciti a gestire la popolazione anziana, pur aumentata significativamente, senza aggravare i costi (anzi con piccoli risparmi), recuperando dai ricoveri dei più giovani, evitati perché a vario titolo inappropriati, in 10 anni un ragguardevole risparmio, stimato in € 7,2 mld., di cui € 5,6 mld. fra il 2005 e il 2010, e altri € 1,6 mld. fra il 2005 e il 2015.

Purtroppo le politiche di offerta non bastano a ren-

dere efficiente un sistema, come si dimostra dal fatto che il sistema è risultato sprovvisto di una politica per liberare effettivamente quelle risorse: a fronte di un risparmio potenziale di oltre il 20%, e malgrado anni di limitazione, quando non di blocco, delle assunzioni, il personale ospedaliero è però diminuito del 14,6% nel caso dei medici e odontoiatri e del 10,8% in quello degli infermieri.

Il fatto che la riduzione del personale risulti inferiore all'atteso e in particolare pari fra un terzo e un quarto della riduzione delle giornate di degenza, conferma l'inerzia delle strutture ospedaliere pubbliche nel realizzare cambiamenti, come anche l'incapacità del sistema di liberare risorse.

E, oltre tutto, senza usufruire di potenziali benefici sulla qualità dell'assistenza: essendo, infatti, complessivamente calata più l'attività che il personale, si sarebbe potuto immaginare un beneficio assistenziale per i ricoverati, cosa che probabilmente è stata vanificata dalle diseconomie di scala, dal disallineamento qualitativo fra fabbisogni e organico effettivo, nonché dall'invecchiamento del personale.

In pratica la de-ospedalizzazione ha in sostanza generato un eccesso di offerta inutilizzata, piuttosto che risparmi: non liberando risorse che sarebbero state quanto meno necessarie per finanziare i servizi di assistenza primaria e la LTC.

Questo fallimento ci porta al terzo approccio, che è anche quello più naturale assumere dopo avere efficientato (almeno in larga misura) i costi: ovvero aumentare i ricavi utilizzando al massimo le capacità produttive del sistema.

Molti dei nostri stabilimenti ospedalieri lavorano utilizzando non completamente le proprie capacità produttive: sarebbe il caso di censirle e "metterle a reddito", se non altro offrendo servizi aggiuntivi alla popolazione italiana e specialmente a quella straniera che sempre di più si sposta alla ricerca di cure con un buon rapporto prezzo qualità, che il Paese è assolutamente capace di offrire.

Infine ricordiamo, tornando alla politica dei silos, che un altro "pezzo di tesoretto" è nascosto nei risparmi, non ancora quantificati, realizzatisi nel settore pubblico per effetto della riduzione del numero di disabilità e invalidità che le nuove tecnologie hanno la capacità di generare.

8. Riflessioni finali

Volendo definire con una battuta il sistema sanitario italiano nel suo complesso, pubblico e privato, potremmo dire che è sobrio e resiliente.

Ma sta "cambiando pelle" e se l'obiettivo delle politiche sanitarie è quello dichiarato, ovvero salvare l'Universalismo, sembra più alla Deriva, che non in una fase di Transizione.

In mancanza di una chiara percezione che l'Universalismo è salvo, ma non più l'equità su cui dovrebbe fondarsi, manca una inequivocabile visione di quale debba essere l'approdo: e questo spiega perché non si può trattare di una Transizione (verso dove?) quanto di una Deriva spontanea.

Ma le derive sono pericolose e quindi una decisione va presa, anche in considerazione del fatto che sono passati quasi 20 anni dalle ultime riforme, e che i capitoli "efficienza" (*leit motiv* degli interventi degli anni '90) e "risanamento finanziario" (del Federalismo) sono in buona sostanza chiusi.

Il problema si è spostato sul livello di sviluppo del settore, ovvero sull'adeguatezza dell'investimento in qualità di vita, ancor più che in Salute.

Produciamo meno qualità di vita di altri Paesi, sebbene ad un costo inferiore: va deciso se l'efficienza tecnica che ne deriva, giustifica (magari sul piano del dare priorità alla crescita) l'inefficienza allocativa.

Negli ultimi 20 anni tutto è cambiato (basta vedere i numeri che descrivono la Sanità italiana) e ci siamo cullati nella speranza che questo volesse dire non dover cambiare le regole del sistema.

Il rischio di non vedere le conseguenze finali dei cambiamenti in atto, e quindi di non elaborare per tempo un disegno evolutivo, è che vinca una tendenza a bollare ogni innovazione come inutile, quando esistono evidenze che siamo in grado di far fronte all'invecchiamento solo perché siamo stati sin qui capaci di investire in prevenzione e innovazione.

La *governance* dell'innovazione è quindi il punto centrale, intorno al quale costruire le nuove regole di sistema, magari accettando la lezione che spontaneamente il sistema ci offre e che va verso un certo "sincretismo religioso", mettendo insieme il meglio dei vari modelli che ad oggi conosciamo.