



performance
accesso
scenari appropriata
innovazione
efficienza integrazione
bisogni SSN
empowerment
regioni federalismo
responsabilità HTA investimenti
europa salute cura selettività
health HTA investimenti sostenibilità welfare
sviluppo equità crescita
Italia
valutazioni
cronicità
risorse
economia

10° Rapporto Sanità

Investimenti, Innovazione e Selettività:
scelte obbligate per il futuro del SSN

10° Health Report

*Investments, Innovation and Selectivity:
mandatory choices for the future of the IT-NHS*

A cura di / Edited by: Federico Spandonaro



10 punti salienti

Sintesi

- 1. Razionalizzazioni (scheda 1).** Dal 2005 al 2012 il disavanzo si è ridotto del 79,5% (anche grazie ai piani di rientro), ed ora è ripartito quasi uniformemente tra Nord, Centro e Sud. Gran parte dei “risparmi” sono, però, per ora da attribuirsi alle azioni messe in atto nei confronti del privato. Quindi, non è ovvio che le politiche di accentramento regionale abbiano prodotto effetti eclatanti di risparmio.
- 2. Spesa (scheda 2).** L’Italia per la Sanità spende molto meno degli altri Paesi europei: il *gap* fra spesa sanitaria pro-capite italiana e Paesi EU14 continua ad allargarsi, arrivando al -25,2% nel 2012. In rapporto alla popolazione *over 65* è addirittura al -34,9%. Le Regioni settentrionali hanno un *gap* di spesa sanitaria verso EU14 del -20,1%, mentre in quelle meridionali il *gap* raggiunge il -33,3%. Anche eliminando l’effetto demografico, fra la Valle d’Aosta e la Campania il differenziale di spesa rimane del 48,3% (€ 3.184 vs. € 2.147): dimostrando così che i cittadini del Sud hanno una spesa pro-capite di circa il 50% inferiore a quella di molte Regioni del Nord.
- 3. Risanamento (scheda 3).** Assistiamo al passaggio alla “fase 2”: superata la prima fase di mera valutazione dei risparmi, si inizia ora a valutare l’efficienza, cercando di verificare in che misura il risanamento finanziario sia accompagnato dall’adeguamento quali-quantitativo dei servizi erogati. Lo strumento principe per questa analisi è la cd. “griglia LEA” elaborata dal Ministero della Salute: esistono però Regioni adempienti nel 2011 per le quali si registra un eccesso di rinunce alle cure per motivi economici e/o casi di impoverimento e/o casi di spese catastrofiche. Stupisce il dato delle Marche e in parte quello della Basilicata.
- 4. Invecchiamento (scheda 4).** L’invecchiamento non porterà alla bancarotta del sistema sanitario italiano: i tassi di cronicità di alcune patologie croniche si sono ridotti grazie alla prevenzione e le nuove tecnologie hanno ridotto in molti casi il ricorso all’ospedalizzazione. Ulteriori risparmi si sono ottenuti grazie alle genericazioni, che permettono oggi di curare le cronicità con costi molto più bassi. L’allungamento dell’aspettativa di vita è effettivamente una grande conquista, purché non si rinunci agli investimenti in educazione e prevenzione primaria e secondaria. Per misurare l’impatto dell’invecchiamento, sarebbe preferibile abbandonare indicatori quali la quota di popolazione anziana, adottando misure che si riferiscono al numero di persone che si avvicinano alla fine vita: fortunatamente, questi ultimi indicatori crescono relativamente poco.

- 5. Prevenzione (scheda 5).** Nonostante per alcune variabili l'Italia abbia una *performance* migliore di altri Paesi europei, i miglioramenti negli ultimi anni di indicatori attinenti a fattori di rischio (specie obesità infantile e riduzione del consumo di tabacco) risultano non soddisfacenti. Rimangono poi enormi le variabilità regionali in tema di adesione agli *screening* obbligatori (v. scheda 6). Dalle analisi si evince un investimento insufficiente a livello nazionale nelle politiche di promozione degli stili di vita salutari, e a livello regionale il rischio che le risorse da destinare alla prevenzione siano distolte per compensare gli sprechi in altre voci di spesa o contenere i disavanzi.
- 6. Razionamento (scheda 6).** I consumi italiani dei nuovi farmaci autorizzati a livello europeo (EMA) negli ultimi 5 anni, sono radicalmente inferiori a quelli medi di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna, variando a seconda delle aree terapeutiche fra il 35,7% e il 79,1%. Analogamente, le adesioni medie (PASSI 2010-2012) della popolazione *target* all'interno dei programmi di *screening* variano fra: il 7% di Puglia e Sicilia e il 64% di Emilia Romagna per lo *screening* colorettales; il 21% della Campania e il 74% della P.A. Trento per quello mammografico; il 13% della Liguria e il 72% della Valle d'Aosta per lo *screening* della cervice uterina. Altro settore a rischio è quello della non-autosufficienza: considerando l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), nel 2012 la sola Emilia Romagna supera il 10% di anziani *over 65* assistiti a domicilio e ben 11 Regioni rimangono sotto il 4%.
- 7. Spesa Out Of Pocket (scheda 7).** Uno dei maggiori determinanti di iniquità in Sanità è il diverso ricorso alle spese *out of pocket*: le differenze regionali sono notevoli (oltre il 40%) e risultano determinate da un insieme di fattori, fra cui i livelli di reddito delle famiglie e quelli delle compartecipazioni. In campo farmaceutico, le spese dirette "sgravano" il sistema pubblico da oneri, aiutando di fatto a mantenerne la sostenibilità: i farmaci di classe A (eleggibili al rimborso pubblico) acquistati direttamente dalle famiglie sono cresciuti del 69,4% fra il 2003 e il 2013. Le compartecipazioni farmaceutiche incidono molto più nel meridione che nel settentrione (7,7% sulla spesa farmaceutica della Regione Sicilia, contro il 2,2% della P.A. di Bolzano).
- 8. Non-autosufficienza (scheda 8).** Secondo le nostre stime, per la non-autosufficienza nel 2012 si spendono circa 27,7 mld., di cui il 28,5% per prestazioni sanitarie e il resto per quelle sociali e in denaro. La spesa privata è di circa il 7,7%. Complessivamente siamo al 1,8% del PIL, valore non dissimile a quello medio europeo. Nella gestione della non-autosufficienza, il problema rimane l'eccesso di frazionamento dei fondi e delle relative responsabilità: le varie prestazioni in molti casi si sovrappongono e, peggio, rispondono a

requisiti per l'accesso disomogenei; ad esempio, alcune sono legate al reddito e altre ne sono del tutto indipendenti, con il rischio di generare razionamenti in alcune aree e privilegi in altre.

- 9. Selettività (scheda 9).** La capacità di investimento sembra essere l'elemento di sistema più in sofferenza, e in particolare mette a rischio l'innovazione. Perdurando la crisi economica, la strada da intraprendere per sostenere gli investimenti in innovazione, sembra pragmaticamente obbligata: la ridefinizione delle priorità degli interventi pubblici, selezionando quelli più meritori, ovvero quelli che impattano di più sui bilanci delle famiglie e quindi possono creare barriere all'accesso. La selettività passa per una radicale riforma delle esenzioni e delle compartecipazioni, ma data la nota incapacità italiana di combattere l'evasione, come *second best*, potrebbero anche essere prese in considerazione politiche di *delisting* (dal prontuario). Nel settore farmaceutico, nel 2013 il 36,7% del consumo di classe A è a fronte di confezioni con prezzo inferiore a € 10. Si tratta di un consumo che ammonta a circa € 3,25 mld. (di cui € 1 mld. per le confezioni sotto € 5) di cui basterebbe “selezionare” la metà per garantire ampia sostenibilità alle innovazioni in arrivo sul mercato.
- 10. Proposte (scheda 10).** Il 10° Rapporto Sanità dell'Università di Roma “Tor Vergata”, elaborato dai ricercatori di CREA Sanità, ha formulato delle “proposte” in termini di politiche sanitarie.

Schede di approfondimento

SCHEDA 1 – RAZIONALIZZAZIONI

Il passaggio al Federalismo in Sanità, voluto innanzitutto per ragioni di responsabilizzazione finanziaria, non è stato un fallimento: stando ai dati del Ministero della Salute, il disavanzo nazionale si è ridotto del 79,5% dopo l'intervento dei Piani di rientro (2005-2012), passando da € 5,8 a € 1,2 miliardi, tanto che oggi può ritenersi un problema, almeno temporaneamente, superato [TAVOLA 1]. Ci sono tuttavia alcune specifiche e individuate eccezioni, di cui l'unica quantitativamente rilevante è il Lazio, in cui si concentra nel 2013 il 36,2% di tutto il disavanzo nazionale (considerando il dato Corte dei Conti).

Il disavanzo è ormai più o meno equidistribuito tra Nord, Centro e Sud ma si concentra sempre di più [TAVOLA 2]. Nel 2013 le cinque Regioni con maggiore disavanzo da sole assommano oltre l'81,0% del disavanzo complessivo [TAVOLA 3].

Gran parte dei “risparmi” sono, però, per ora da attribuirsi alle azioni messe in atto nei confronti del privato, comprendendo in primo luogo la spesa farmaceutica e gli acquisti di prestazioni da strutture ospedaliere convenzionate. Il dato emerge chiaro dal confronto fra i tassi di crescita di queste voci con quello della spesa diretta delle strutture pubbliche [TAVOLA 4].

Quindi, non è ovvio che le politiche di accentramento regionale (a partire dalla centralizzazione degli acquisti, ma che comprendono in generale i vincoli sempre più stretti posti all'autonomia delle singole aziende sanitarie e ospedaliere) abbiano prodotto effetti eclatanti di risparmio.

Anche la riduzione nell'ultimo decennio di 28.738 posti letto ospedalieri in acuzie (pari al 20,0%) è stata seguita solo parzialmente dalla razionalizzazione degli organici, condizione necessaria per generare risparmi: questi ultimi si sono ridotti solo del 9,0%, ed in larga misura per effetto naturale del blocco delle assunzioni, più che per radicali reingegnerizzazioni organizzative.

SCHEDA 2 – SPESA

L'Italia per la Sanità spende molto meno degli altri Paesi europei. E il *gap* fra spesa sanitaria pro-capite italiana e Paesi EU14 continua ad allargarsi ad un ritmo piuttosto impressionante: nell'ultimo anno (2012) rispetto al 2002 si è allargato del 5,7%, arrivando così al -25,2%.

La spesa sanitaria totale in rapporto alla popolazione *over* 65, in Italia è addirittura inferiore del -34,9%, rispetto a EU14.

Il *gap* della spesa sanitaria è maggiore di quello in termini di PIL che si è allargato meno rapidamente, arrivando al -13,8% [TAVOLA 5].

Le Regioni settentrionali hanno un *gap* di spesa sanitaria verso EU14 del -20,1% (a fronte di un PIL al contrario maggiore del 4,0%), mentre in quelle meridionali il *gap* esplose raggiungendo il -33,3% (a fronte di un *gap* di PIL del -42,1%) [TAVOLA 6].

L'assetto istituzionale del SSN italiano permette una redistribuzione dimensionalmente molto importante, contenendo l'effetto che il ritardo economico del Sud potrebbe avere sul diritto di accesso all'assistenza sanitaria: ma le differenze rimangono estremamente grandi, evidenziando il fallimento delle politiche economiche del Paese tese al riequilibrio fra Nord e Sud: fallimento che si riverbera direttamente sulla Sanità.

Le differenze di spesa pro-capite fra Regioni settentrionali (e in particolare quelle a statuto speciale) e meridionali rimane davvero importante: fra la Valle d'Aosta e la Campania il differenziale di spesa è del 53,8% (€ 3.169 per cittadino nella prima verso € 2.061 nella seconda) [TAVOLA 7].

Anche eliminando l'effetto demografico (nelle Regioni del Nord si spende di più anche perché la popolazione è mediamente più vecchia) si conferma il dato: fra la Valle d'Aosta e la Campania il differenziale di spesa rimane del 48,3% (€ 3.184 vs. € 2.147) [TAVOLA 8].

La correlazione fra spesa e qualità dei servizi è evidente e "naturale": spesa e qualità sono associate positivamente, e questo pone il problema della allocazione efficiente delle risorse: in effetti l'art. 119 del nuovo titolo V della Costituzione italiana, prevedrebbe la possibilità dell'erogazione da parte delle Istituzioni centrali di risorse aggiuntive finalizzate a promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, e rimuovere gli squilibri economici e sociali, ma la congiuntura economica e la scarsità di risorse di fatto svuotano di contenuto lo strumento. Ne segue il rischio che i *gap* esistenti, che in ultima istanza minano la sostenibilità del federalismo, non trovino modo di essere affrontati e ridotti.

SCHEDA 3 – RISANAMENTO

Il superamento dell'emergenza finanziaria, rappresenta forse l'evoluzione più eclatante delle recenti politiche sanitarie, e finalmente permette il passaggio, non esplicitato, ma evidente, alla "fase 2" del risanamento. Si passa, infatti, dalla mera valutazione dei risparmi a quella dell'efficienza, cercando di verificare in che misura il risanamento finanziario sia accompagnato dall'adeguamento quali-quantitativo dei servizi erogati.

Lo strumento fondamentale di questa valutazione è rappresentato dalla cosiddetta "griglia LEA", elaborata dal Ministero della Salute.

Per contribuire all'analisi dell'efficienza dei servizi sanitari regionali, si noti che in alcuni casi anche Regioni che nel 2011 risultano promosse a pieni voti (e anche *benchmark* per i costi *standard*) risultano caratterizzate da eccessi di rinunce ai servizi sanitari per motivi economici [TAVOLA 9], casi di impoverimento [TAVOLA 10] o spesa catastrofiche [TAVOLA 11]. In particolare stupisce il dato delle Marche, e in parte quello della Basilicata.

SCHEDA 4 – INVECCHIAMENTO

L'Italia ha un primato mondiale per aspettativa di vita e invecchiamento della popolazione. Questo ha fatto allarmare per il timore di una esplosione della cronicità e quindi per la sostenibilità futura del sistema sanitario.

Ma la proiezione dei livelli di cronicità e disabilità sulla base dei cambiamenti demografici sembra essere esercizio meramente scolastico, smentito dai fatti: la tendenza reale sembra, in generale, essere quella di una riduzione dei tassi di cronicità per le fasce più giovani di età, e un possibile spostamento in avanti dell'epoca di insorgenza delle patologie [TAVOLA 12].

Alcune patologie croniche, come la BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva), mostrano addirittura una prevalenza decrescente [TAVOLA 13].

In soli 3 anni abbiamo “risparmiato” circa il 2,0% dei casi di cronicità previsti con una stima basata sulla pura variazione demografica.

E il carico di cronicità si potrebbe ulteriormente ridurre qualora si riuscisse ad agire sugli stili di vita e sulla variabilità regionale.

Sul primo punto si noti che scende la BPCO anche grazie al maggior impegno sul fronte del fumo, continuano invece a salire diabete [TAVOLA 14] e ipertensione [TAVOLA 15], vuoi per una maggiore capacità diagnostica, vuoi perché sembra più difficile agire sui comportamenti in tema di sedentarietà e alimentazione.

Sul secondo punto è interessante notare come la prevalenza dell'ipertensione abbia un andamento omogeneo fra le Regioni, mentre per il diabete le differenze siano molto significative, dell'ordine del 2,0%.

Un ulteriore elemento che aiuta a fronteggiare l'invecchiamento è la riduzione dei ricoveri, che rimangono in molti casi ancora la voce di costo diretto predominante.

Ad esempio, negli ultimi 5 anni i ricoveri ordinari per diabete si sono ridotti del 35,0% con un risparmio (potenziale) più contenuto ma comunque dell'ordine di € 5 mln..

Una analisi sul ricorso al ricovero per lo scompenso cardiaco ha altresì mostrato come nelle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta dove è consolidato, e in Piemonte anche istituzionalizzato, il ricorso del regime all'ospedalizzazione a domicilio, sia stato possibile abbattere i tassi standardizzati di ospedalizzazione ordinaria, che sono ormai inferiori alla media italiana del 42,9%.

Analogamente dopo il 2005, in aree dove sono state introdotte importanti innovazioni terapeutiche, si sono osservate riduzioni significative: i ricoveri per artrite reumatoide sono diminuiti del 53%, con un potenziale risparmio di € 10 milioni, e quelli per la sclerosi multipla si sono ridotti del 37%, con un potenziale risparmio di € 3 milioni.

La tecnologia offre anche un contributo diretto al contenimento dei costi in molti settori della cronicità, anche grazie alla perdita della protezione brevettuale delle molecole: ad esempio, in 8 anni (2004-2012) il costo medio per DDD/pro die dei farmaci cardiovascolari si è ridotto del 34,1%, riducendo proporzionalmente il costo della terapia.

In definitiva, l'allungamento dell'aspettativa di vita è effettivamente una grande conquista e non necessariamente porterà alla bancarotta del sistema, vuoi perché in alcuni casi parallelamente ad essa si allunga anche l'età di insorgenza delle patologie, vuoi perché gli investimenti in educazione e prevenzione primaria e secondaria dimostrano la loro efficacia e, ancora, perché via via si rendono disponibili terapie a minore costo.

Per misurare l'impatto dell'invecchiamento sarebbe preferibile abbandonare gli indicatori come la quota di popolazione anziana, adottando misure che si riferiscono al numero di persone che si avvicinano alla fine vita: e questi ultimi indicatori, fortunatamente crescono relativamente poco [TAVOLA 16].

Le note di ottimismo espresse, però, sono condizionate dalla capacità del sistema sanitario di adottare un atteggiamento proattivo nel contrasto all'invecchiamento, e quindi investire in innovazione in ogni branca della Sanità.

SCHEDA 5 – PREVENZIONE

Il passaggio ad una fase di risanamento anche qualitativo del sistema sanitario non può prescindere dagli investimenti in prevenzione.

La *performance* italiana sul fronte della dinamica di alcuni indicatori attinenti a fattori di rischio (specie obesità infantile e riduzione del consumo di tabacco) è insufficiente.

Se è vero che diminuiscono di più in Italia che negli altri Paesi i litri di alcol pro-capite consumati (-34,4%), è anche vero che la diminuzione della percentuale dei fumatori di 15+ anni nel medesimo periodo (-2,3%) è la più bassa registrata in EU15 (a parte Grecia e Irlanda che registrano un aumento) [TAVOLA 17], e come riporta uno studio del Ministero della Salute (Okkio alla Salute 2013), dal 2008 a oggi sono diminuiti leggermente i bambini di 8-9 anni in sovrappeso e quelli obesi, «ma l'Italia resta ai primi posti d'Europa per l'eccesso ponderale infantile».

Anche sul fronte delle adesioni agli *screening* di popolazione, obbligatori per i sistemi regionali sanitari e certamente elemento chiave del concetto di LEA nel campo della prevenzione, rimane una inaccettabile variabilità regionale [vedi scheda 6].

A riprova del fatto che la prevenzione è legata alle risorse disponibili, risulta che l'adesione agli *screening* è minore nelle Regioni che hanno maggiori disavanzi [TAVOLA 18], o che sprecano risorse, come nel caso degli eccessi di spesa farmaceutica territoriale pro-capite [TAVOLA 19].

Si evince quindi un investimento insufficiente a livello nazionale nelle politiche di promozione degli stili di vita salutari, e a livello regionale il rischio che le risorse da destinare alla prevenzione siano distolte per compensare gli sprechi in altre voci di spesa o contenere i disavanzi.

SCHEDA 6 – RAZIONAMENTO

Il sistema sanitario italiano, pur essendo “sobrio” finanziariamente, è ormai a rischio di razionamenti che configurano barriere all’accesso ai servizi.

Ad esempio, i consumi italiani dei nuovi farmaci autorizzati a livello europeo (EMA) negli ultimi 5 anni, sono radicalmente inferiori a quelli medi di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna.

Il quadro che ne risulta appare chiaramente evocativo di una possibile situazione di razionamento implicito: si varia dagli antimicrobici per i quali il consumo italiano è pari al 79,1% di quello “Big UE”, al 35,7% per i gastrointestinali e metabolismo, con scarti verso gli altri Paesi europei davvero rilevanti, in larga parte derivanti dai ritardi di autorizzazione al rimborso [TAVOLA 20].

Anche per la prevenzione (vd. scheda 5) si evincono significativi razionamenti. Le adesioni medie (Sistema PASSI-ISS 2010-2012) all’interno dei programmi di *screening* (senza considerare le adesioni spontanee al di fuori dei programmi) da parte della popolazione *target*, variano fra: il 7% di Puglia e Sicilia e il 64% di Emilia Romagna per lo *screening* coloretale; il 21% della Campania e il 74% della P.A. Trento per lo *screening* mammografico; il 13% della Liguria e il 72% della Valle d’Aosta per quello della cervice uterina [TAVOLA 21].

Come terzo esempio, citiamo la risposta data alla non-autosufficienza, utilizzando il dato della quota di *over 65* che ottengono assistenza domiciliare integrata.

Sebbene ci siano nei dati forniti dal Ministero problemi di confrontabilità regionale, le differenze regionali superano in molti casi le 10 volte, con la sola Emilia Romagna che nel 2012 supera il 10% di anziani a domicilio e ben 11 Regioni che rimangono sotto il 4% [TAVOLA 22].

SCHEDA 7 – SPESA OUT OF POCKET DELLE FAMIGLIE

Uno dei maggiori determinanti di iniquità in Sanità è il diverso ricorso alle spese *out of pocket*.

In campo farmaceutico le spese dirette “sgravano”, ormai in misura rilevante, il sistema pubblico da oneri, aiutando di fatto a mantenerne la sostenibilità: è il caso dei farmaci di classe A (quindi eleggibili al rimborso pubblico) acquistati direttamente dalle famiglie; fra il 2003 e il 2013, tale spesa è aumentata del 69,4%, incidendo oggi del 6,1% sulla spesa della Regione Liguria (€ 25,5 pro-capite), contro lo 0,8% della Regione Molise (€ 3,0 pro-capite).

Analogamente, le compartecipazioni farmaceutiche incidono molto più nel meridione che nel settentrione (7,7% sulla spesa farmaceutica della Regione Sicilia, contro il 2,2% della P.A. di Bolzano), e considerando il maggiore numero di soggetti esenti nella ripartizione meridionale, l’impatto sui paganti diventa davvero significativo e, in ultima istanza, iniquo.

Le differenze regionali in tema di spesa privata OOP delle famiglie sono notevoli (oltre il 40%) e risultano determinate da un insieme di fattori, fra cui certamente vanno citati i livelli di reddito delle famiglie e quelli delle compartecipazioni **[TAVOLA 23]**.

Inoltre, circa il 38,5% della spesa farmaceutica privata sembra malamente classificata: la spesa per medicinali rilevata dall’Istat supera quella Osmed (classe A privata, classe C e farmaci di automedicazione) di € 4,7 miliardi.

È ragionevole pensare che non si tratti davvero di farmaci (a meno eventualmente di una quota di omeopatici): questa spesa “residuale” andrebbe indagata perché è pari a tre volte quella che le famiglie spendono per le compartecipazioni, che pure alcuni già ritengono non più sostenibili.

SCHEDA 8 – NON-AUTOSUFFICIENZA

In Italia, Sanità e assistenza ai non-autosufficienti (spesa socio-sanitaria) complessivamente assorbono circa il 10,3% del PIL, di cui l'8,4% è riferibile a spesa pubblica ed il restante 1,9% a quella privata. In particolare, la spesa per la non-autosufficienza arriva all'1,8% del PIL, valore non dissimile da quello medio europeo, di cui l'1,1% per prestazioni in denaro.

Quindi, la spesa per la non-autosufficienza è tutt'altro che trascurabile: secondo le nostre stime, nel 2012 ammonta a circa € 27,7 mld., di cui il 28,5% per prestazioni sanitarie e il resto per quelle sociali e in denaro.

In particolare, il 61,5% della spesa totale per la non-autosufficienza è imputabile alla spesa pubblica per prestazioni in denaro, il 30,9% alla spesa pubblica per prestazioni in natura, mentre il restante 7,7% rappresenta la quota di spesa privata *out of pocket* (dato certamente sottostimato).

Nella gestione della non-autosufficienza, il problema rimane l'eccesso di frazionamento dei fondi e delle relative responsabilità: il 43,8% della spesa riguarda le indennità di accompagnamento gestite dall'INPS, l'11,4% le pensioni di invalidità civile (INPS), il 5,8% relativo all'applicazione della L. 104/1992 (INPS), il 20,4% per assistenza residenziale e semi-residenziale, il 2,9% le prestazioni domiciliari in natura e in denaro da parte dei Comuni, il 4,8% l'assistenza domiciliare integrata da parte delle ASL, il 3,4% la lungodegenza ospedaliera e il restante 7,7% la spesa privata delle famiglie per servizi di assistenza a disabili e anziani [TAVOLA 24].

Le varie prestazioni (alcune in servizi altre in moneta) in molti casi si sovrappongono e, peggio, rispondono a requisiti disomogenei per l'accesso: ad esempio, alcune sono legate al reddito e altre ne sono del tutto indipendenti, con il rischio di generare razionamenti in alcune aree e privilegi in altre.

SCHEDA 9 – SELETTIVITA'

Il sistema sanitario nazionale è stato in larga misura risanato finanziariamente, anche se permangono ancora eccessive differenze regionali e crescenti rischi di razionamento. Gli effetti economici dell'invecchiamento sembrano inferiori ai timori e comunque contrastabili.

Ma la durabilità del sistema sanitario richiede investimenti per ridurre le disuguaglianze geografiche, per la prevenzione e l'innovazione. La capacità di investimento sembra, però, l'elemento di sistema più in sofferenza per effetto della crisi economica, specie nel settore pubblico.

In particolare, è a rischio l'innovazione: ad esempio, in campo farmaceutico le risorse per l'innovazione negli ultimi anni sono largamente state reperite grazie alle riduzioni di prezzo derivanti dalle genericazioni, ma l'"onda" dei risparmi dovuta all'ingresso sul mercato dei bioequivalenti è in via di esaurimento, e quella dei biosimilari è crescente, ma sarà certamente di minore intensità. Sebbene le differenze regionali di consumo pro-capite siano evidenti e preoccupanti, specie dove assumono toni di irrazionalità (come nel caso del maggior consumo di farmaci a brevetto scaduto *branded* nelle Regioni più povere, che dovrebbero essere invece più sensibili al prezzo), esistono ampie aree di inappropriatazza per difetto (insufficiente aderenza alle terapie), così che sembra davvero improbabile che i margini di razionalizzazione rimasti riescano a finanziare l'innovazione in arrivo [TAVOLA 25].

La strada da intraprendere per sostenere gli investimenti in innovazione, sembra pragmaticamente obbligata: ridefinire le priorità degli interventi pubblici, selezionando quelli più meritori, ovvero quelli che impattano di più sui bilanci delle famiglie e quindi possono creare barriere all'accesso. In questa ottica, appare evidente il valore sociale di garantire l'accesso alle innovazioni (veramente tali), essendo per lo più costose, e di contro la limitata meritorietà dell'erogazione gratuita di terapie a basso costo, magari a cittadini di alto censo. La selettività passa per una radicale riforma delle esenzioni e delle compartecipazioni: le prime limitate a coloro che non possono destinare alcuna somma per le proprie cure, le seconde ristrutturate con una "franchigia" fissa sul consumo in base al reddito (o altro indicatore della condizione economica).

Ma data la nota incapacità italiana di verificare le reali condizioni economiche delle famiglie, il *second best* potrebbero essere le politiche di *delisting* (dal prontuario). Nel 2013, il 36,7% del consumo di classe A riguarda confezioni con prezzo inferiore a € 10, con punte in alcune classi terapeutiche: 68,2% dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, 50,6% degli antimicrobici e 39,2% del cardiovascolare [TAVOLA 26]. Complessivamente, il consumo ammonta a circa € 3,25 mld. (di cui € 1 mld. per le confezioni sotto € 5), di cui basterebbe "selezionare" la metà per garantire ampia sostenibilità alle innovazioni in arrivo sul mercato.

SCHEDA 10 – “PROPOSTE”

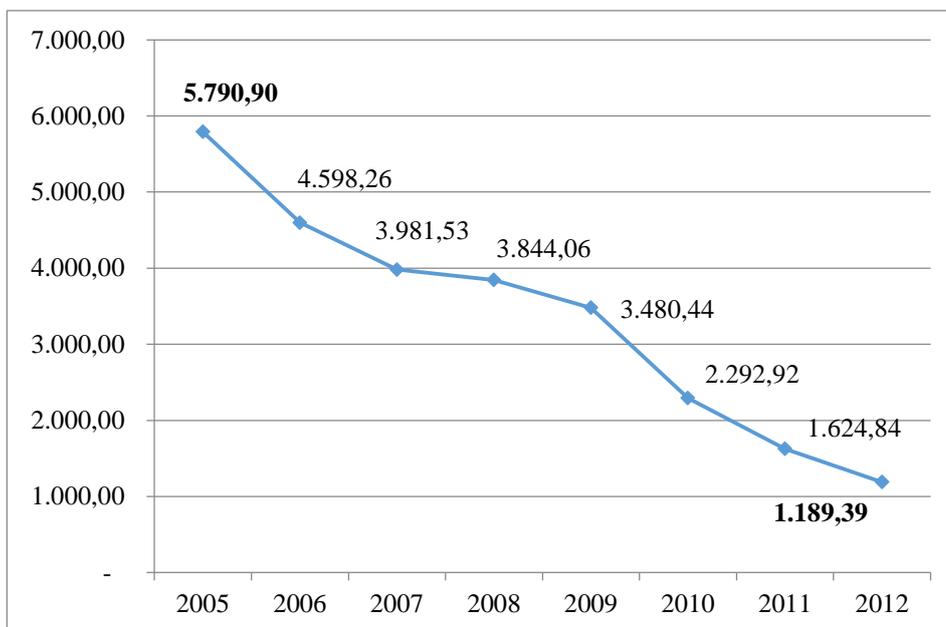
In termini di politiche sanitarie, le “proposte” del 10° Rapporto Sanità dell’Università di Roma “Tor Vergata”, elaborato dai ricercatori di CREA Sanità, sono (in un ordine che non riesce ad essere strettamente di rilevanza):

1. l’opportunità di avere un quarto LEA per la prevenzione, estrapolandolo dall’Assistenza Collettiva e ricongiungendoci tutte le attività collegate, in modo da garantire che ci sia un vincolo di destinazione delle risorse e una possibilità di controllo sulla destinazione degli investimenti (urgentissimi in tema di stili di vita e prevenzione primaria);
2. la riforma strutturale, e in una logica selettiva, delle esenzioni e delle compartecipazioni, garantendo l’esenzione solo alle famiglie in assoluto più fragili ed estendendo la compartecipazione a tutte le prestazioni, diversificandola in base alla condizione economica;
3. la creazione di un fondo vincolato per l’innovazione, in particolare quella farmaceutica, la cui *governance* è molto stretta, alimentabile con le compartecipazioni o al limite con il *delisting* delle terapie a bassissimo costo;
4. la riforma e il coordinamento degli istituti che comportano erogazioni per i non-autosufficienti, riunificando le regole di accesso (ad esempio con regole comuni relative alla valutazione multidimensionale) e garantendo una *governance* unica del sistema;
5. il potenziamento degli strumenti di valutazione delle *performance*, specialmente qualitativa, allargando la partecipazione alle valutazioni a tutti gli *stakeholder* del sistema, e integrandone poi i risultati nelle regole di accreditamento, in modo da condizionare la permanenza sul mercato delle strutture, oltre che all’equilibrio finanziario, anche all’eccellenza assistenziale e organizzativa (fra cui l’uso della ICT), il tutto misurato secondo le regole della revisione fra pari;
6. il ripensamento dell’aziendalizzazione, garantendo l’omogeneità delle valutazioni delle *performance* aziendali e, quindi, una maggiore *accountability* dell’attività dei Direttori Generali e delle Aziende; rianalizzando anche gli impedimenti normativi all’esplicarsi della reale autonomia aziendale e ripensando un modello che di fatto non prevede sanzioni di mercato per le strutture inefficienti;
7. un maggiore e più coordinato investimento nei sistemi informativi, sia per ciò che riguarda le aree ancora scoperte (residenziale, domiciliare, etc.), sia per quanto concerne l’armonizzazione dei dati a livello nazionale e internazionale.

Tavole principali

TAVOLA 1

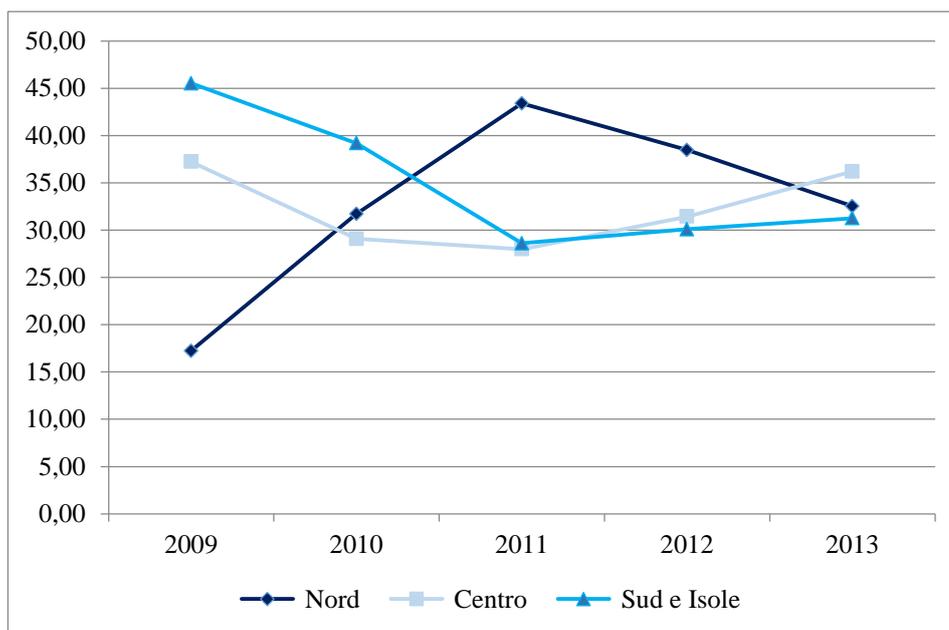
Disavanzo nazionale. Valori assoluti (€ mln.), anni 2005-2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

TAVOLA 2

Concentrazione del disavanzo, per area geografica. Valori %, anni 2009-2013

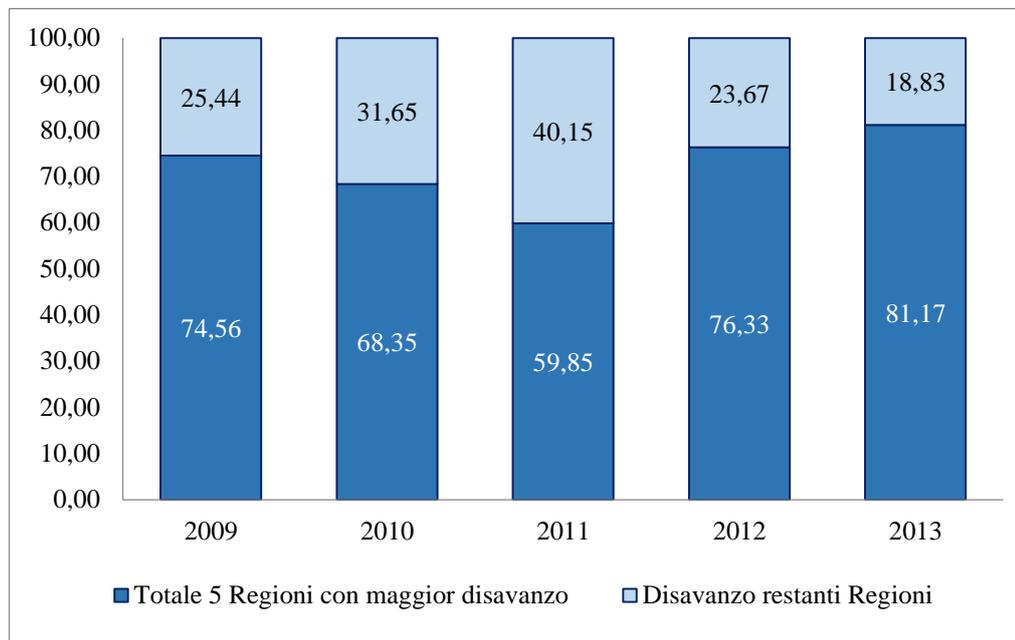


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Corte dei Conti

TAVOLA 3

Concentrazione del disavanzo – Quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo.

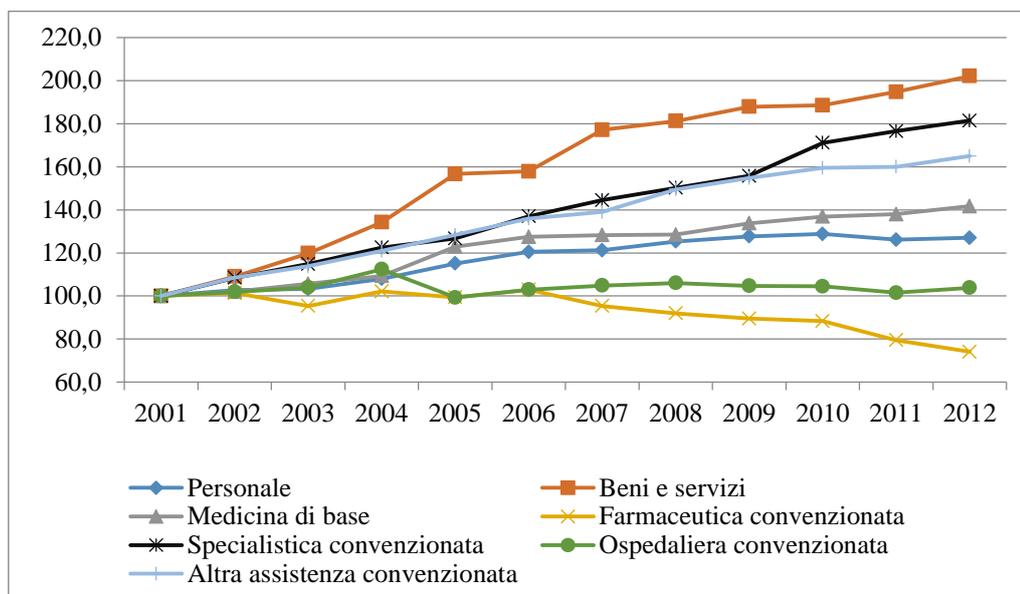
Valori %, anni 2009-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Corte dei Conti

TAVOLA 4

Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2001 = 100), anni 2001-2012

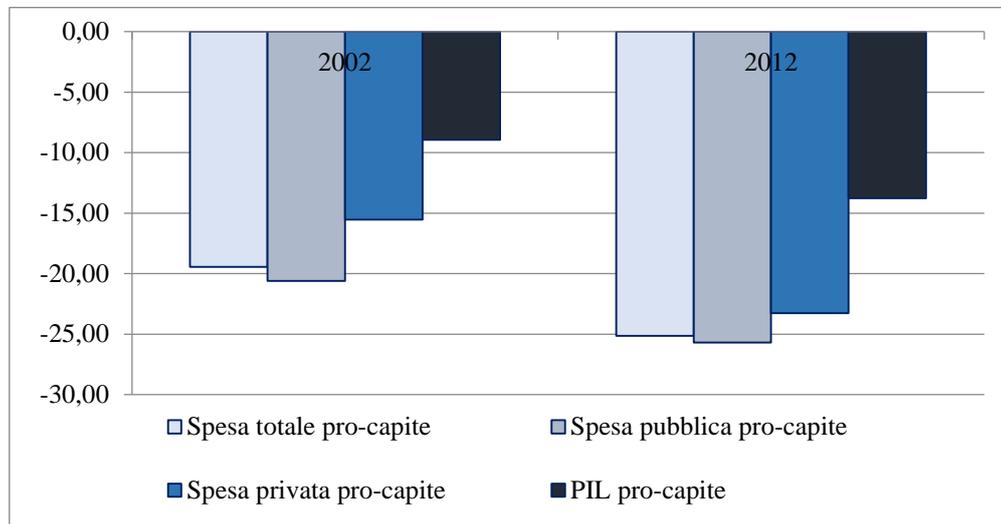


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

TAVOLA 5

Spesa sanitaria totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. Gap Italia vs. EU14.

Valori %, anni 2002 e 2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2014

TAVOLA 6

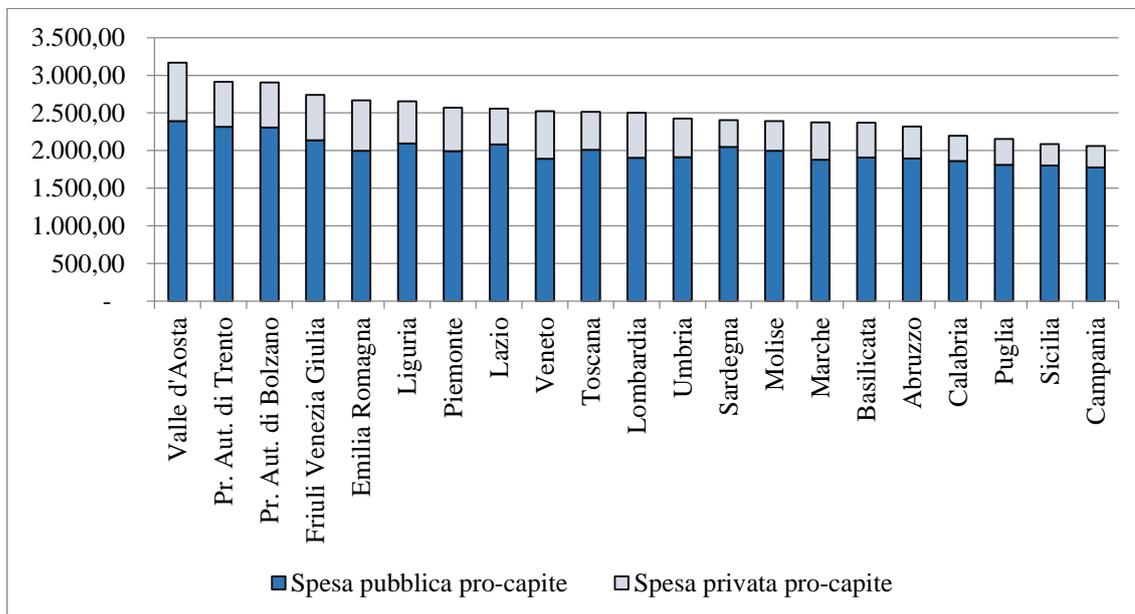
Spesa sanitaria totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. Gap ripartizioni geografiche vs. EU14. Valori %, anni 2002 e 2012

Paesi	2002				2012			
	Spesa tot. pc	Spesa pub. pc.	Spesa prv. pc	PIL pc.	Spesa tot. pc.	Spesa pub. pc	Spesa prv. pc	PIL pc.
Gap Nord vs. EU14	-17,30	-21,44	-3,45	8,46	-20,11	-21,74	-14,37	4,06
Gap Centro vs. EU14	-18,42	-19,69	-14,17	-0,42	-22,31	-19,76	-31,28	-4,81
Gap Sud vs. EU14	-28,14	-24,28	-41,07	-40,56	-33,29	-27,14	-54,92	-42,14

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute, OECD 2014 e Istat

TAVOLA 7

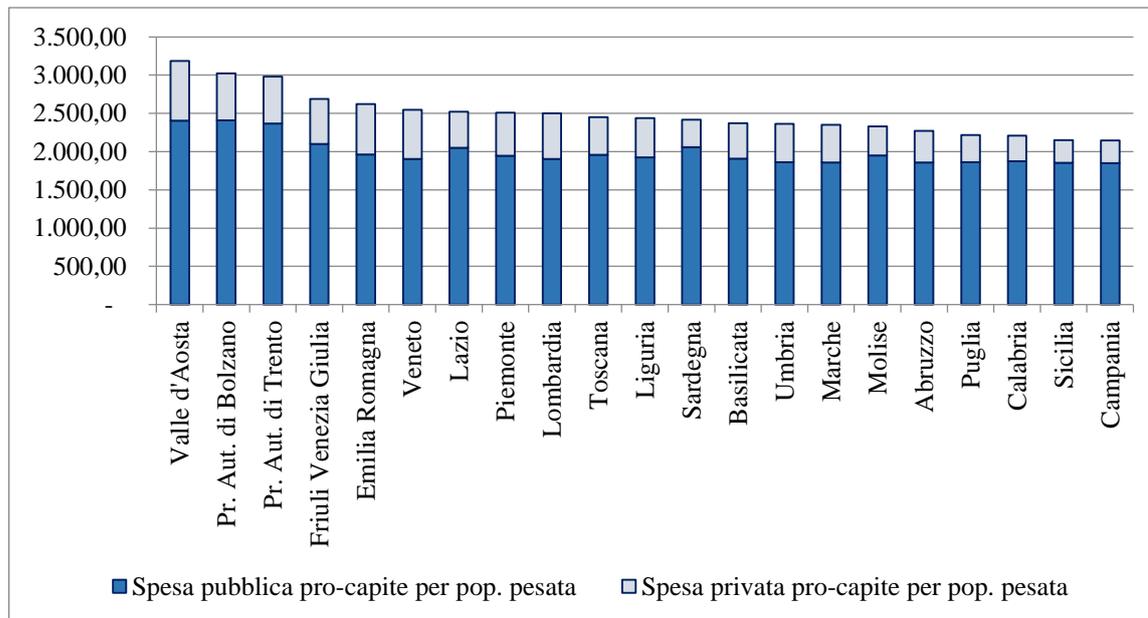
Spesa pubblica e privata pro-capite. Valori assoluti (€), anno 2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

TAVOLA 8

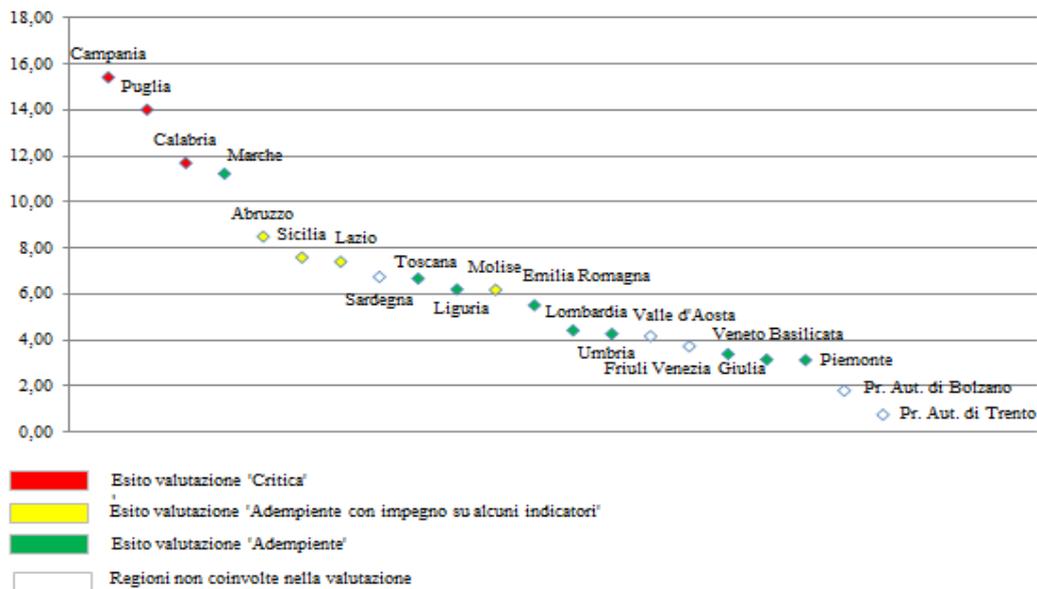
Spesa pubblica e privata pro-capite per popolazione pesata. Valori assoluti (€), anno 2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

TAVOLA 9

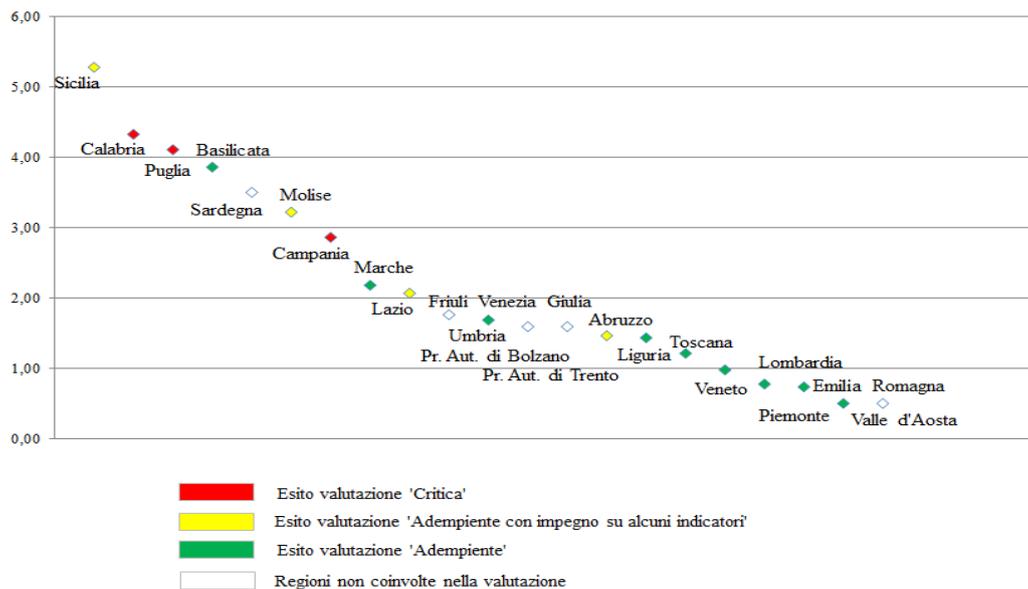
Quota di popolazione che rinuncia a curarsi per motivi economici vs. esito valutazione ministeriale adempimento “mantenimento erogazione LEA”, 2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

TAVOLA 10

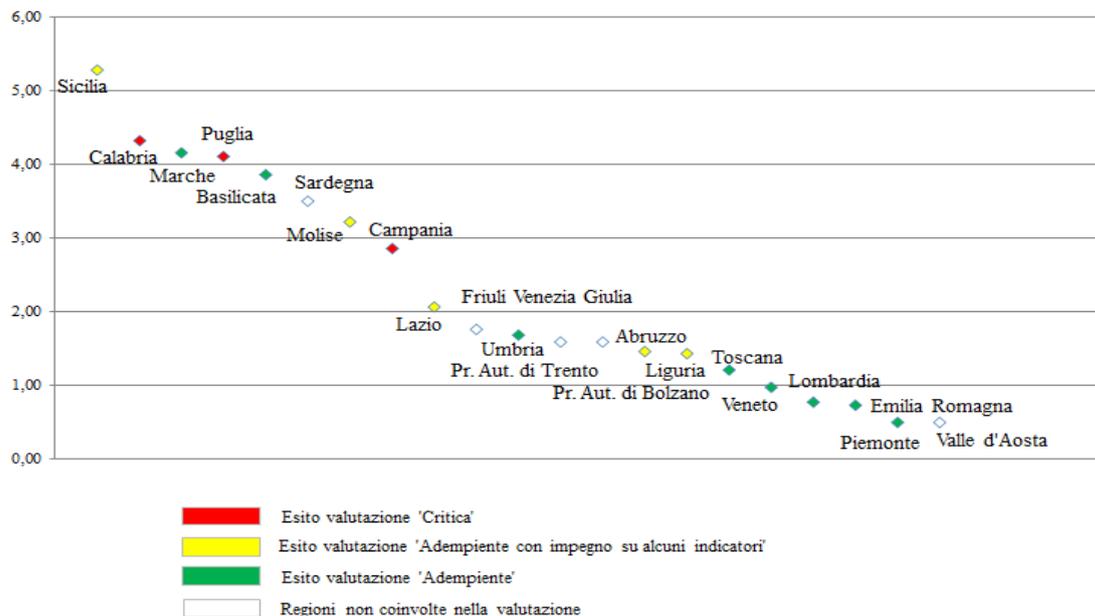
Quota di popolazione che si impoverisce a causa delle spese socio-sanitarie vs. esito valutazione ministeriale adempimento “mantenimento erogazione LEA”, 2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

TAVOLA 11

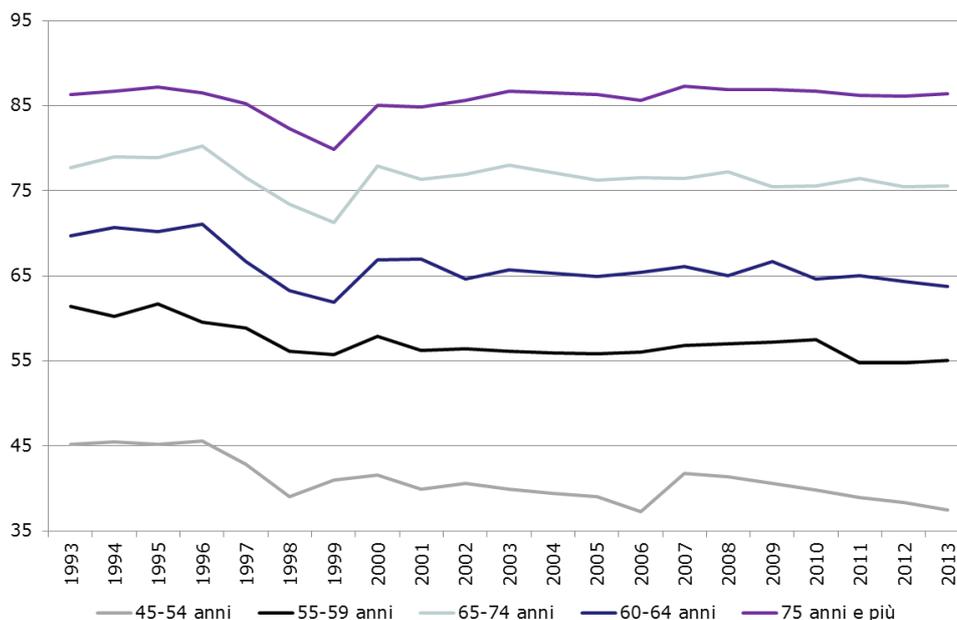
Quota di popolazione soggetta a spese socio-sanitarie catastrofiche vs. esito valutazione ministeriale adempimento “mantenimento erogazione LEA”, 2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

TAVOLA 12

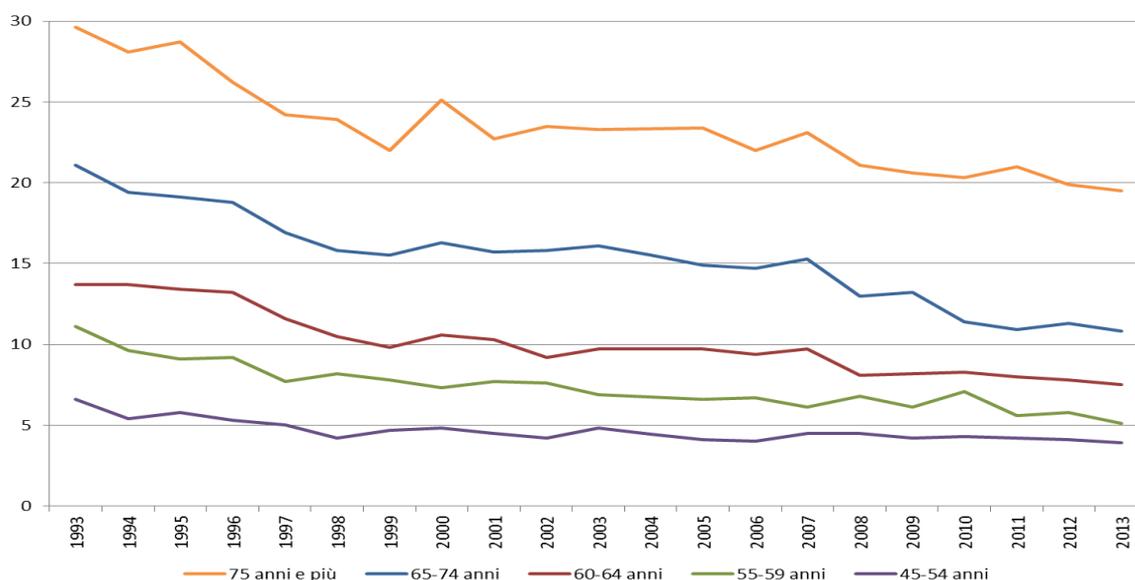
Quota di persone con almeno una malattia cronica in Italia, per classi di età. Anni 1993-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

TAVOLA 13

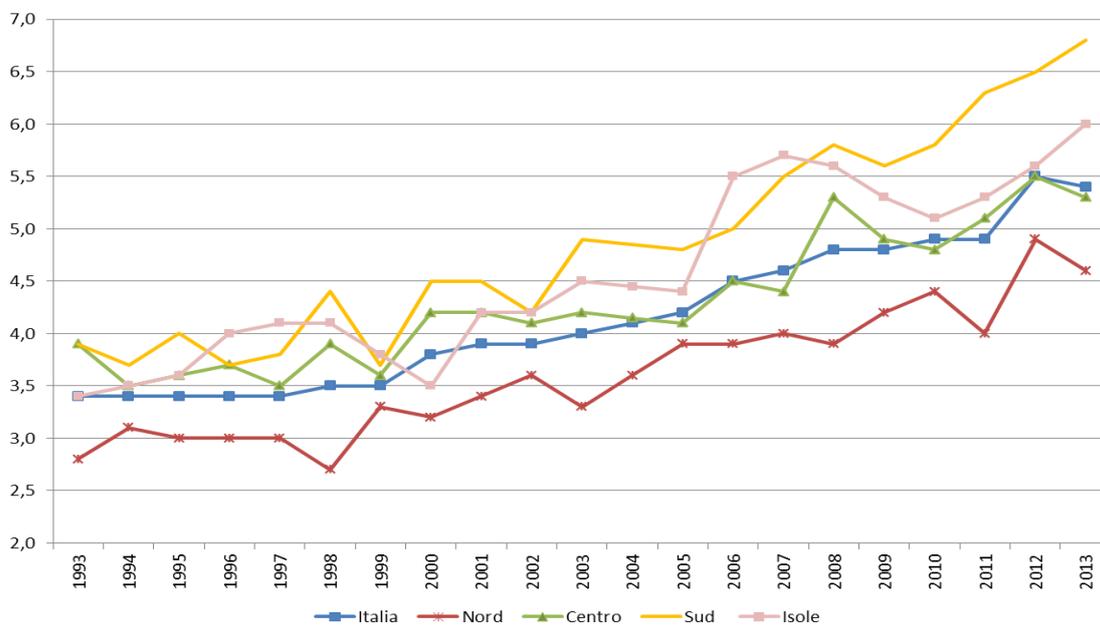
Quota di persone con BPCO in Italia, per classi di età. Anni 1993-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

TAVOLA 14

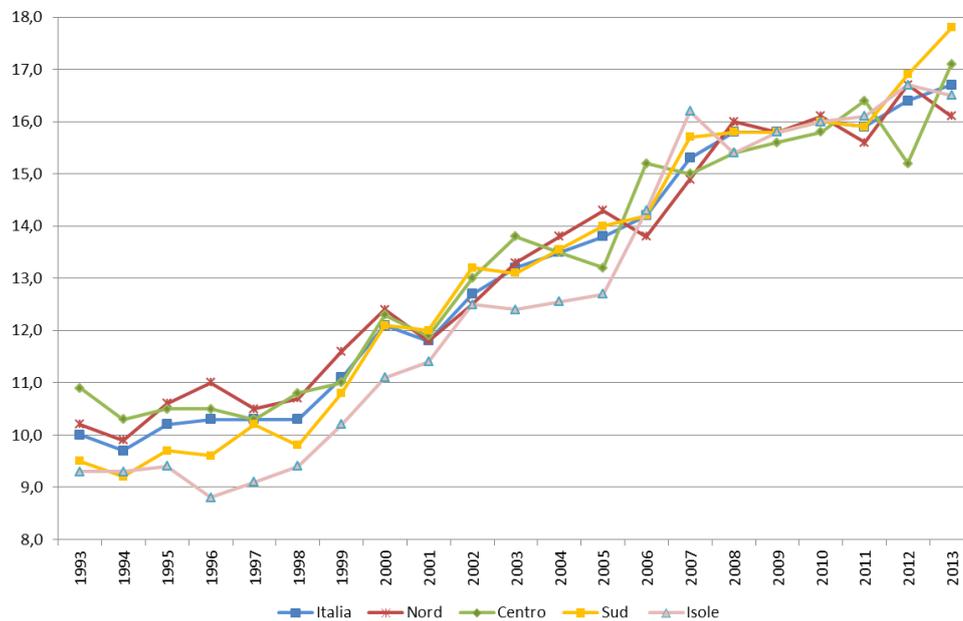
Tasso di prevalenza diabete per ripartizione geografica. Anni 1993-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

TAVOLA 15

Tasso prevalenza ipertensione per ripartizione geografica. Anni 1993-2013

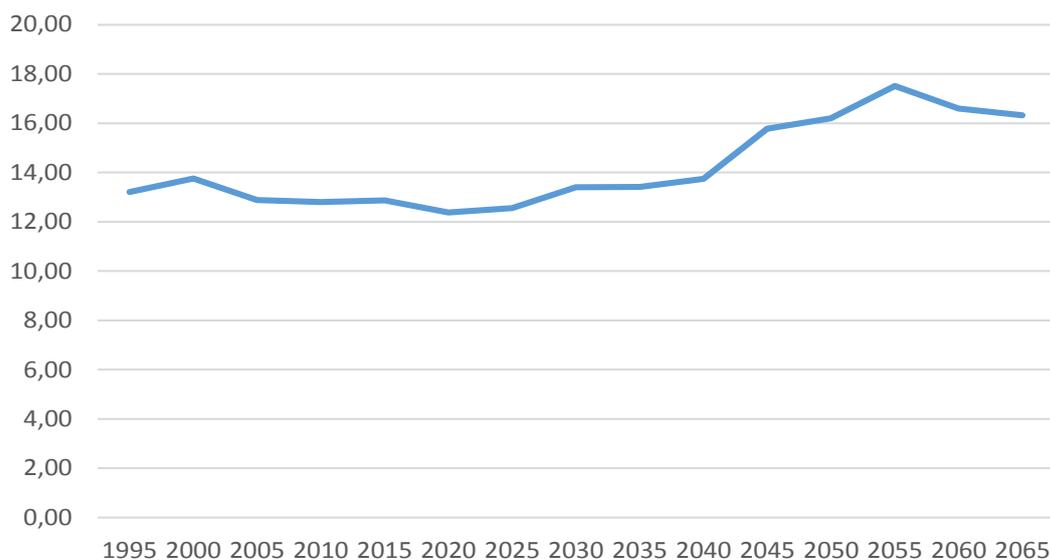


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

TAVOLA 16

Quota di popolazione che ha raggiunto i 10 anni dalla aspettativa media di vita alla nascita.

Valori %, anni 1995-2065

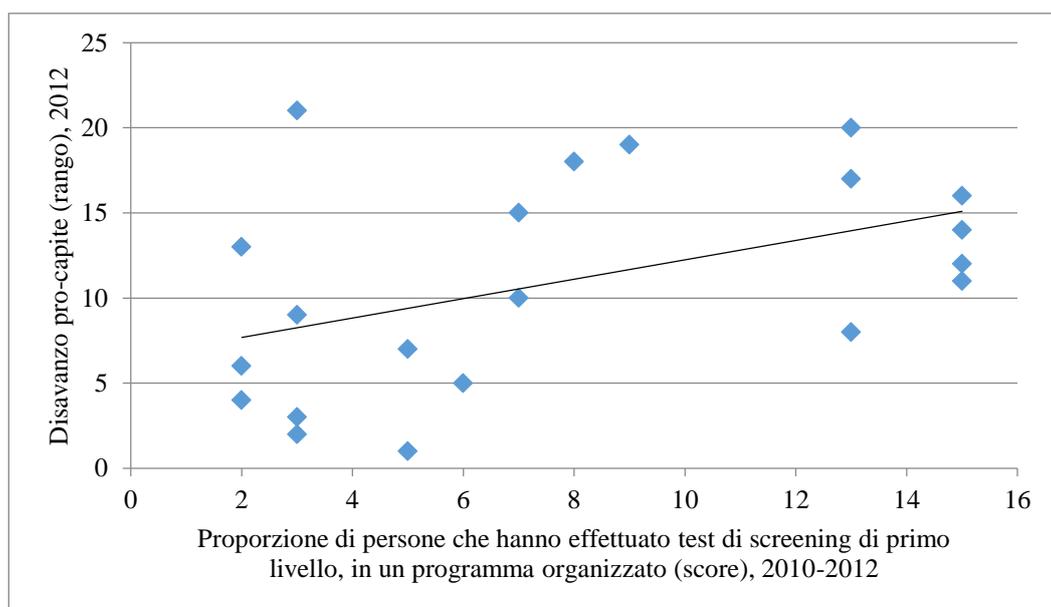


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

TAVOLA 17
Indicatori di esito delle politiche di promozione della salute nei Paesi EU15.
Variazioni %, anno 2012 vs. 2000

Paese	Consumo alcool (litri pro-capite) Diff. % 2012 vs. 2000	Fumatori giornalieri anni 15+ (per 100 persone con stesse caratteristiche) Diff. % 2012 vs. 2000	% popolazione obesa (autodichiarazioni) Diff. % 2012 vs. 2000
Austria	-10,9	n.d.	n.d.
Belgio	-9,3	-3,6	+1,7
Danimarca	-29,0	-9,6	+3,9
Finlandia	+8,1	-6,4	+4,6
Francia	-15,7	-2,9	+5,5
Germania	-14,7	-2,4	n.d.
Grecia	-7,1	+3,9	n.d.
Irlanda	-18,3	+2,0	n.d.
ITALIA	-34,4	-2,3	+1,8
Lussemburgo	-13,0	-9,0	n.d.
Paesi Bassi	-7,9	-13,6	+2,6
Portogallo	-10,7	n.d.	n.d.
Spagna	-11,7	-7,8	+4,0
Svezia	+17,7	-5,8	+2,6
Regno Unito	-1,9	-7,9	n.d.

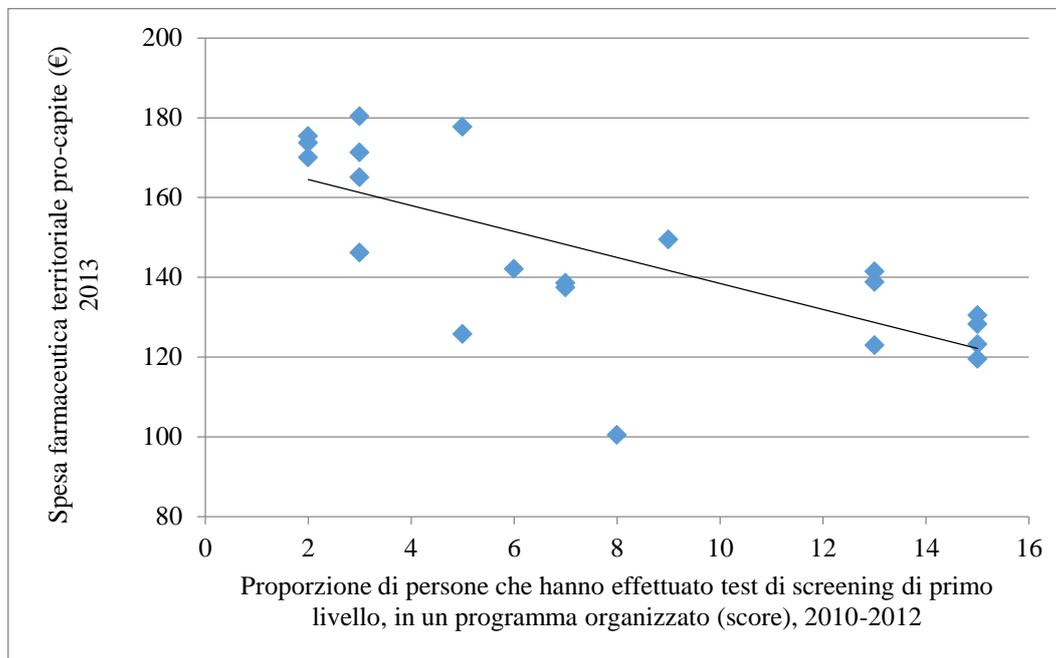
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD (2014)

TAVOLA 18
Correlazione fra adesione agli screening di popolazione e disavanzo pro-capite regionale


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

TAVOLA 19

Correlazione fra adesione agli *screening* di popolazione e spesa pro-capite farmaceutica territoriale regionale



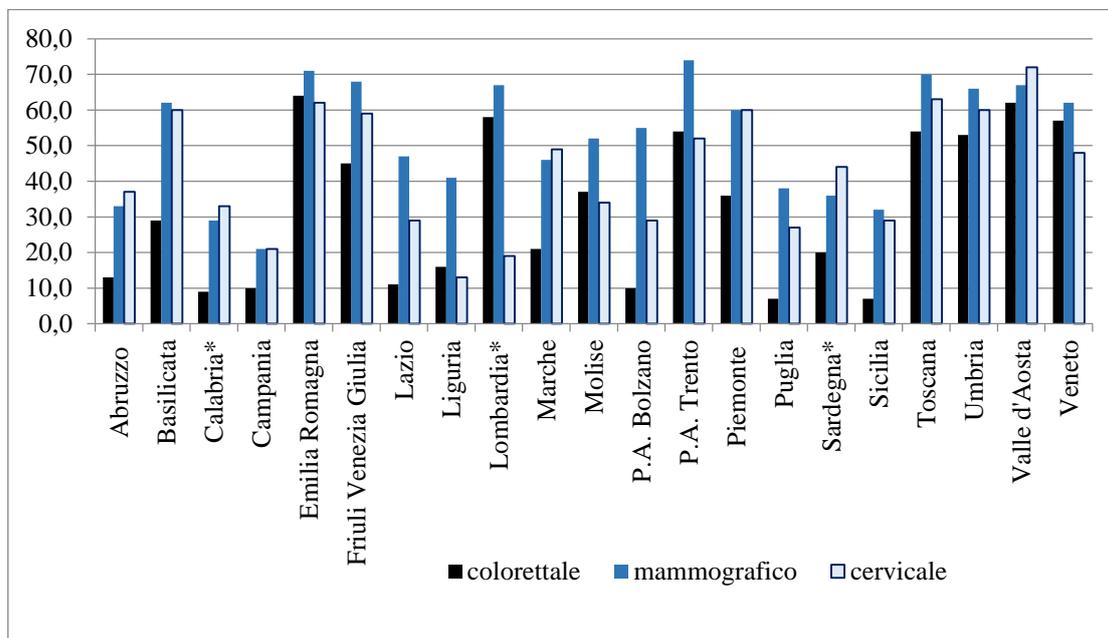
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e OsMed

TAVOLA 20

Consumi pro-capite in quantità (*standard units*) di farmaci autorizzati EMA negli ultimi 5 anni (2008-2013), in Italia verso Big UE=100

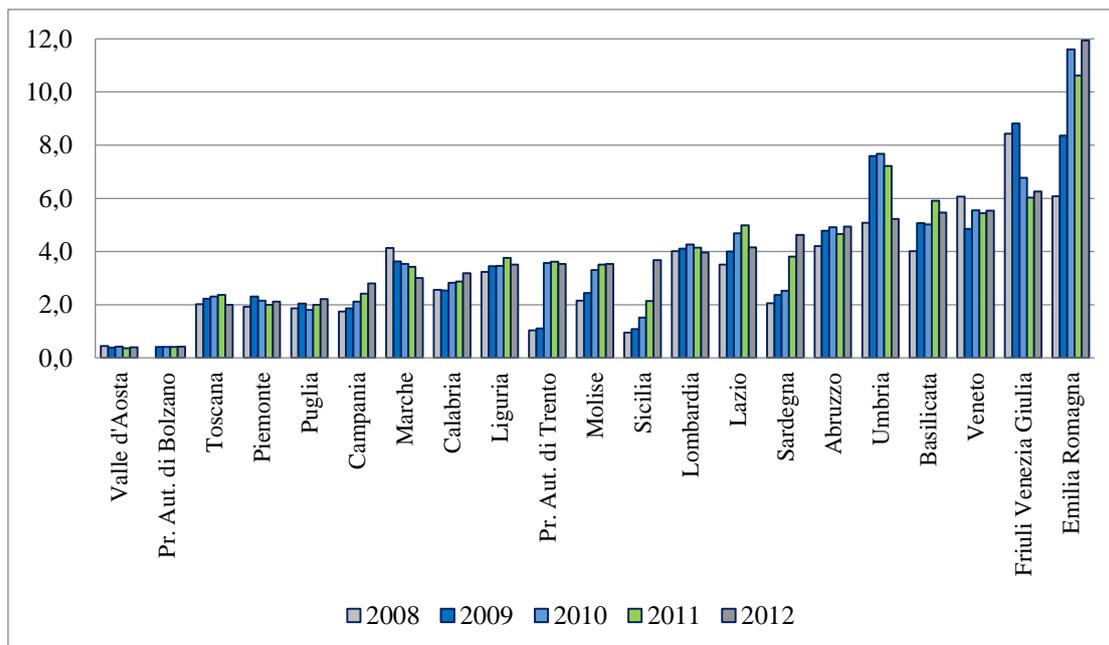
Area terapeutica	Quantità pro-capite
Antineoplastici e immunomodulatori	46,6
Antimicrobici	79,1
Sangue e organi emopoietici	29,3
Sistema Nervoso Centrale	43,9
Gastrointestinale e metabolismo	35,7

Fonte: elaborazioni Farminindustria su dati IMS

TAVOLA 21
Adesioni medie della popolazione target ai programmi di screening. Valori %, 2010-2012


* Per lo screening mammografico e cervicale non hanno aderito alla survey con un campione regionale

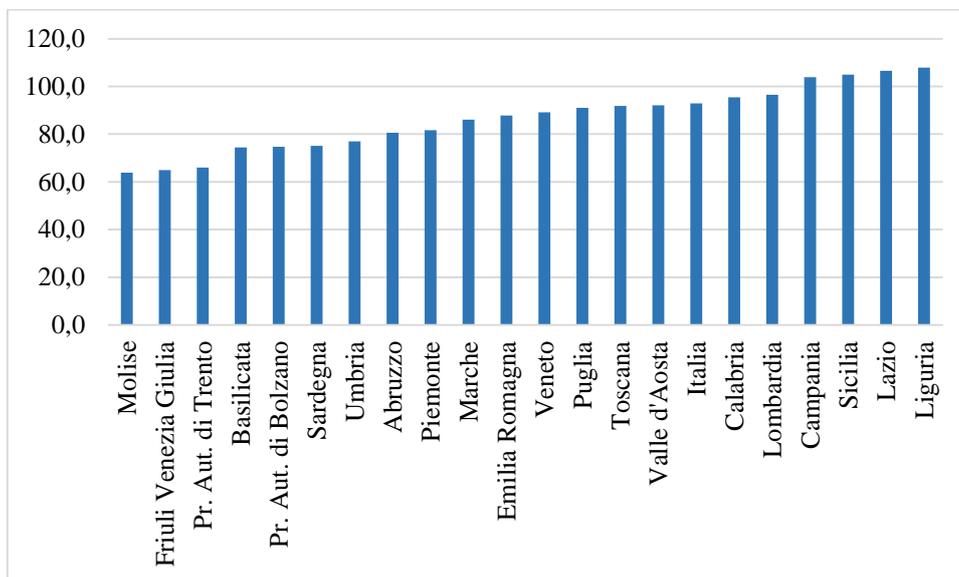
Fonte: Sistema PASSI – Istituto Superiore di Sanità, anni 2010-2012

TAVOLA 22
Quota over 65 in assistenza domiciliare integrata (ADI). Valori %, anni 2008-2012


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

TAVOLA 23

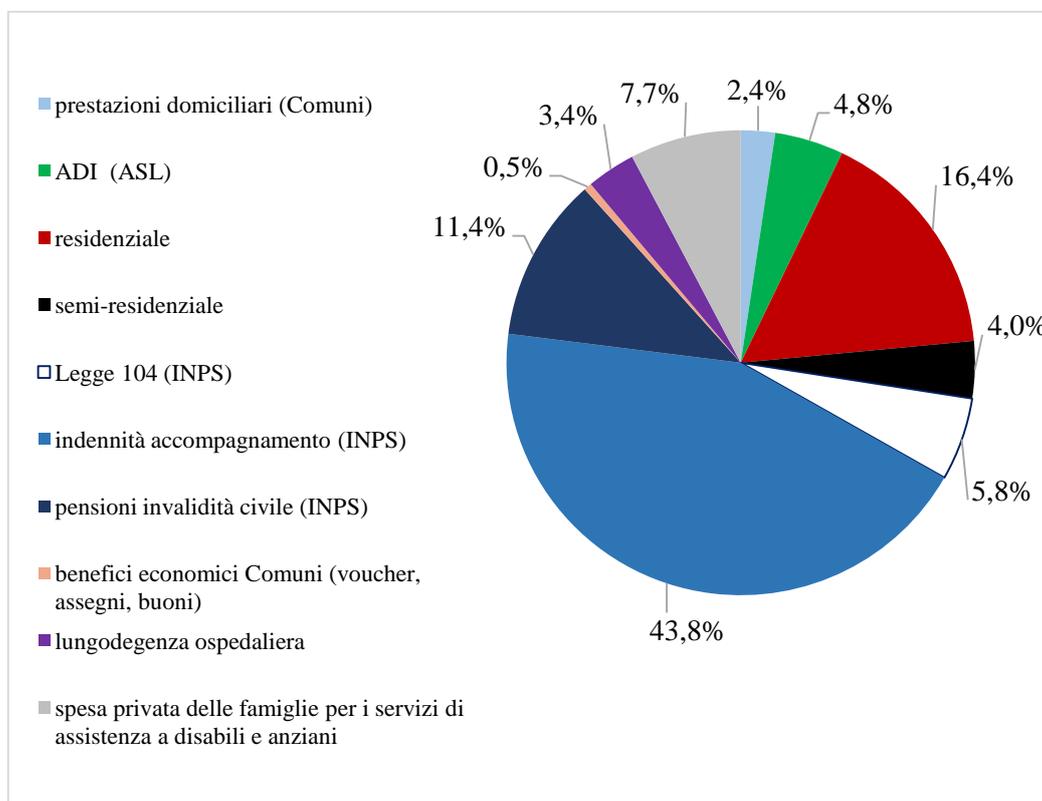
Spesa farmaceutica (con prescrizione) privata - Pro-capite (€), anno 2013



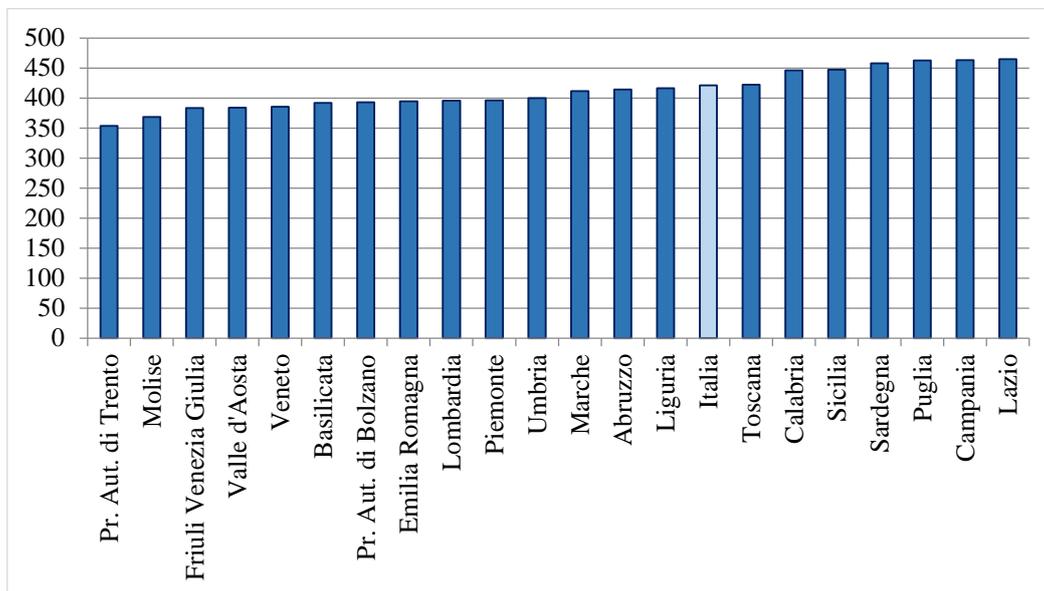
Fonte: OsMed

TAVOLA 24

Spesa per la non-autosufficienza – Composizione. Valori %, anno 2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero Salute, INPS, Ministero Sviluppo Econ., Istat

TAVOLA 25
Spesa farmaceutica regionale pro-capite (€), anno 2013


Fonte: elaborazione su dati OsMed 2013

TAVOLA 26
Quota spesa netta consumi di farmaci per prezzo della confezione - Classe A.
Valori %, anno 2013

ATC	0-5 (€)	0-10 (€)
A	14,5%	68,2%
B	28,7%	30,1%
C	11,2%	39,2%
D	5,0%	18,4%
G	11,2%	32,5%
H	36,5%	58,8%
J	11,2%	50,6%
K	42,1%	42,1%
L	1,9%	6,1%
M	11,3%	20,6%
N	6,3%	21,2%
P	14,4%	29,2%
R	3,0%	7,4%
S	4,8%	15,1%
T	0,0%	0,0%
V	0,0%	0,0%
TOTALE	11,3%	36,7%

Fonte: Farindustria su dati IMS