

L'Universalismo diseguale (o imperfetto)

di Federico Spandonaro

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" – Presidente C.R.E.A. Sanità

1. Il contesto

Il titolo scelto per l'11° Rapporto Sanità, "L'Universalismo diseguale", come tradizione del nostro lavoro nasce da un tentativo di lettura quantitativa dell'evoluzione del sistema sanitario italiano; evidentemente la scelta del titolo tradisce il tentativo di segnalare che osserviamo fenomeni che, alcuni in modo strisciante, altri in modo più prorompente, risultano incoerenti con la linea politica che ha portato all'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale universalistico in Italia.

Va subito premesso che Universalismo diseguale non è, necessariamente, una contraddizione in termini; e neppure implica automaticamente l'iniquità del sistema: avremmo forse potuto dire anche "Universalismo imperfetto".

Già in tempi "non sospetti", infatti, abbiamo espresso nelle pagine del Rapporto l'idea che fosse necessario rivalutare il concetto di equità verticale (trattamento "diseguale" di bisogni diversi): una rivalutazione del concetto che abbiamo ritenuto opportuna perché il principio è spesso negletto nel dibattito di politica sanitaria, storicamente sbilanciato sul versante dell'equità orizzontale, che per lo più traduce il "naturale" sentimento per cui "davanti alla Sanità/Salute" dobbiamo essere tutti uguali.

Vorremmo, in altri termini, evitare interpretazioni che possano far pensare ad una adesione alla posizione, che si tramuta facilmente in una sterile deriva anti-federalista, per cui il vero attentato all'Universalismo risiede nella creazione di 21 sistemi sanitari regionali, la cui diversità, effetto degli "egoismi" e delle "inefficienze" locali, genererebbe di per sé grave nocumento all'Universalismo e al diritto dei cittadini alla tutela della salute.

Posizione che non possiamo condividere di fronte all'evidenza che gli obiettivi del federalismo, primo fra tutti quello della responsabilizzazione finanziaria regionale, ma anche quello della razionalizzazione dell'offerta, sono stati in larga parte raggiunti: e anzi, è proprio in alcuni nodi irrisolti a livello centrale che risiedono, a nostro parere, rischi di tenuta del sistema.

In continuità con i precedenti Rapporti Sanità, sposiamo la tesi per cui la complessità (intrinseca nel settore sanitario) è naturalmente permeata di fattori di "diversità", che non è corretto combattere per "ragioni di principio"; sono infatti enzimi essenziali per una evoluzione del sistema, purché adeguatamente governati.

L'evoluzione del sistema, si potrebbe dire meglio il suo ammodernamento, richiede infatti cambiamenti che, di contro, sembrano invisibili ai più.

La razionalizzazione del sistema, giusta ambizione, è stata sin qui condotta cercando di rimuovere elementi ritenuti "tumori" dello stesso (l'intromissione della politica, le inefficienze, la carenza di etica, etc.), implicitamente assumendo che il disegno originale rimanesse adeguato in ogni sua parte e che, quindi, bastasse rimuoverne le patologie.

Nel dibattito di politica sanitaria sembra in qualche modo predominante una posizione "creazionista", nel senso di considerare l'affermazione dell'Universalismo acquisita con la istituzione del SSN: in questa ottica, obiettivo della politica sanitaria diventa il preservare il sistema da ogni attacco esterno e quindi da ogni cambiamento che possa metterne in pericolo l'assetto sostanziale definito alla fine degli anni '70.

Difendere la conquista dell'Universalismo è certamente condivisibile, sebbene rileggendo la L. 833/1978 appare chiaro che ben altre erano le "vere" priorità: prima fra tutte la riduzione degli squilibri regionali e anche una visione olistica, integrata dell'approccio alla salute; la prima non è mai stata raggiunta e la seconda, come vedremo, inizia a scricchiolare.

Nel nostro Paese quello dell'Universalismo è principio largamente condiviso, e ritenuto, giustamente, una conquista di civiltà, permeata di grande valore politico e culturale: molto meno praticato è il tema della riduzione delle disuguaglianze, che cercheremo di mostrare come prosperino nell'"Universalismo diseguale". Analogamente sembra sfuggire che quella che è stata definita la politica dei "silos", ormai imperante in Sanità, è la negazione in termini dell'approccio olistico sottostante la L. 833/1978.

In altri termini, il dibattito sulla difesa dell'Universalismo va contestualizzato, e operando in tal senso si iniziano a intravedere alcune contraddizioni nelle posizioni che si pongono come paladine di una strenua difesa dell'assetto originario del SSN.

I paladini dell'Universalismo, ad esempio, sono per lo più anche convinti assertori dell'esistenza di forti livelli di inefficienza nel SSN (prima) e dei SSR (ora), anche perché tendono a individuare in tale fattore la ragione unica di rischio di fallimento del sistema.

A fronte di una spesa che, da anni, segnaliamo essere molto inferiore a quella degli altri Paesi europei, e a livelli di salute che, come vedremo, almeno per ora rimangono superiori, considerare l'inefficienza il principale difetto del sistema appare quanto meno discutibile.

L'inefficienza sembra essere diventata l'alibi, per una classe politica ormai disabituata a proiettarsi nel futuro, per non voler ipotizzare nuovi assetti nel settore: d'altra parte, ogni cambiamento ha costi politici e, evidentemente, nel caso specifico la percezione è che non sarebbero controbilanciati dai benefici: d'altronde, se davvero può essere sufficiente ridurre la sacca di inefficienza per mantenere il sistema Universalistico (e quindi "perfetto" per definizione) così come è, perché assumersi i rischi del cambiamento?

Nell'ottica descritta, emerge che, paradossalmente, le posizioni riformatrici degli anni '70, ergendosi ora a difesa quasi oltranzistica degli assetti attuali, sebbene con

la giustificazione della difesa dell'Universalismo, rischiano di tramutarsi in posizioni conservatrici.

Finché rimarrà in cima all'agenda politica il tema dell'inefficienza difficilmente si determinerà un incentivo al vero cambiamento: posizione assolutamente miope in base ai dati disponibili, ma certamente dominante. Si tratta di una idea che permea la cultura politica (e in parte tecnica) del Paese, tant'è che non c'è anno (o finanziaria o legge di stabilità che sia) in cui non fioriscano i *rumors*, con relative smentite, di nuovi tagli al finanziamento della Sanità pubblica; ex post duole poi ammettere che per lo più i *rumors* "vincono" sulle smentite, e qualche taglio si verifica sempre, ovviamente sempre "tecnicamente" giustificato dalla riduzione degli sprechi.

Le promesse di mantenimento del finanziamento (da ultimo nel Patto della Salute), sono, anno dopo anno, smentite dai fatti, come anche quelle di non toccare i settori che più sono stati oggetto di interventi, prima di tutto il farmaceutico.

Questo approccio non sembra essere più sostenibile, sia perché ha effetti non trascurabili tanto sul sistema sanitario, quanto su quello industriale, sia perché i dati dicono che non è questa la vera priorità.

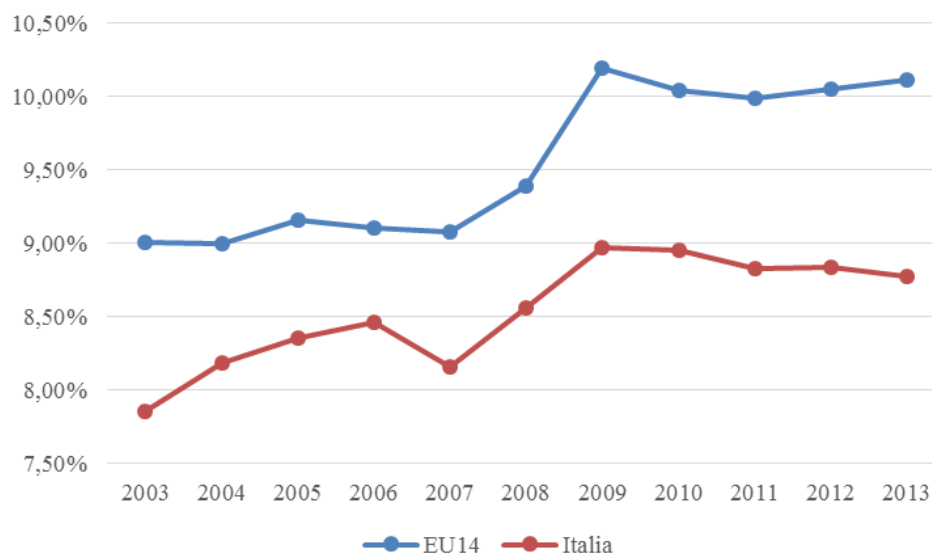
Nel seguito proveremo a riassumere, a partire dai dati disponibili, quali altre priorità è opportuno darsi, partendo dall'osservazione che quello sin qui realizzato è un Universalismo non omogeneo, crescentemente diseguale, e che dopo oltre 30 anni è forse doveroso chiedersi se non dipenda anche da qualche elemento di obsolescenza del disegno originario.

2. Inefficienza, sostenibilità e le disuguaglianze generate a livello socio economico

Come anticipato, la spesa sanitaria italiana è largamente inferiore a quella dei Paesi europei con noi confrontabili.

La figura 1 dà visivamente il senso di un progressivo distacco dell'Italia dagli altri Paesi: non solo la spesa è ormai inferiore a quella dei Paesi EU14 del -28,7%, ma anche in percentuale del PIL si allarga la forbice.

Figura 1. Spesa sanitaria totale corrente pro-capite in % PIL – Italia vs. EU14, anni 2003-2013



Fonte: elaborazione su dati OECD, 2015 - © C.R.E.A. Sanità (dato stimato per i valori mancanti)

Si consideri che il fenomeno è allarmante principalmente per la sua dinamica: nell'ultimo decennio siamo passati da valori che sono stati anche inferiori al 18%, per poi sfiorare il 30%, con gli anni più recenti, quelli segnati dalle *spending review*, in cui il *gap* aumenta di oltre il 2% annuo (quasi il 3% fra il 2012 e il 2013).

Neppure le esigenze di risanamento della finanza pubblica sembrano più giustificare questi *trend*: malgrado la stagnazione del PIL, l'impegno degli italiani per la propria salute rimane sotto il 9% (tendendo a ridursi ancora), mentre EU14 ha ormai superato il 10% (differenza che è in percentuale rilevante ma ancora di più in termini nominali: e ricordiamo che in EU14, insieme ai Paesi più ricchi, abbiamo anche Grecia, Portogallo e Spagna, e quindi lo scarto dipende, e appare inferiore, anche per effetto dei minori livelli di spesa di questi ultimi Paesi).

Sempre in termini di finanza pubblica, il contributo dato dalla Sanità appare evidente: negli ultimi 3 anni, la spesa sanitaria della Pubblica Amministrazione si è ridotta del -1,1%, mentre quella non sanitaria è aumentata del +4,9%.

Va ribadito che non esistendo un criterio “scientifico” per stabilire quale sia la quota ottimale di spesa sanitaria, né tanto meno quella dell’intervento pubblico, ancorarsi ai confronti sembra essere davvero ragionevole; e da tali confronti emerge incontrovertibilmente che la spesa sanitaria italiana è bassa, e che nella PA la Sanità si distingue per essere il settore che ha dato il maggiore contributo al risanamento delle finanze pubbliche.

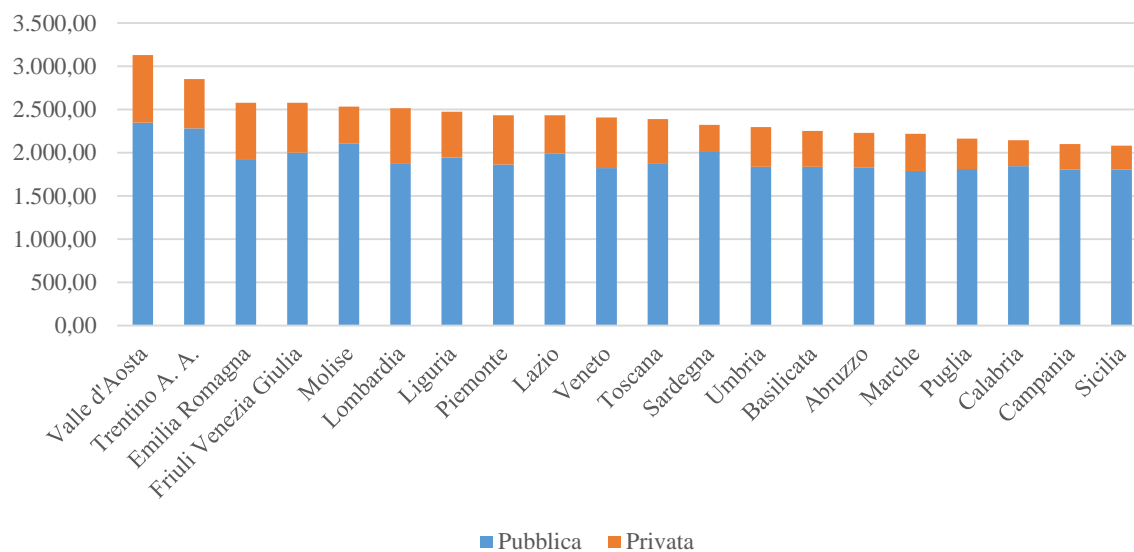
Quanto sopra ci sembra sufficiente per mettere in dubbio che l’inefficienza sia la vera priorità e il prossimo paragrafo rafforzerà questa osservazione.

Ma il vero problema è che se si difende il sistema perché garante dell’Universalismo e quindi delle pari opportunità di accesso, si deve analizzare anche il costo da sostenere per tenerlo in equilibrio finanziario.

La figura 2 dà il senso delle differenze di spesa per la salute fra i cittadini italiani: anche standardizzando il dato in funzione dei fenomeni demografici, e tenendo conto della mobilità, l’esito è allarmante: ormai fra il cittadino della Regione in cui si spende di più, e quello residente nella Regione in cui si spende meno, il divario ha raggiunto il 33,4%.

La differenza è significativamente inferiore a quella del PIL pro-capite, che nel 2013 è pari al 165,0%, ma il sistema attuale non è comunque in grado di annullare (o quanto meno portare le differenze su valori accettabili) l’effetto del reddito sulle possibilità di accesso.

Figura 2. Spesa sanitaria standardizzata. Valori pro-capite (€), anno 2013



Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti e Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Si noti ancora che una parte rilevante (ancorché non esaustiva) della differenza è data dai differenziali di spesa privata (apprezzabili nella figura 2) e questo implica la necessità di un approfondimento sul significato di questa spesa.

Una interpretazione possibile è infatti quella che relega le differenze a questioni che non impattano sull'equità del sistema: in altri termini, l'idea potrebbe essere quella di considerare (in particolare) i differenziali di spesa privata come consumi che esulano dai LEA e quindi socialmente insignificanti.

Se questa posizione sia corretta è questione forse non valutabile con i dati ad oggi disponibili, ma di certo presta il fianco a varie controdeduzioni.

Intanto, perché nella spesa privata una quota rilevante è data dalle compartecipazioni a prestazioni pubbliche (e quindi nei LEA), il cui impatto regionale è molto diversificato e non sempre foriero di una redistribuzione equa. Analogamente ci sono prestazioni che pur rimborsate dal SSN, sono acquistate direttamente dalle famiglie, perché le condizioni (dalle liste di attesa alle citate compartecipazioni) non rendono conveniente usufruire del rimborso: un caso eclatante è il consumo di farmaci di classe A privata, che è cresciuto di oltre il 70%

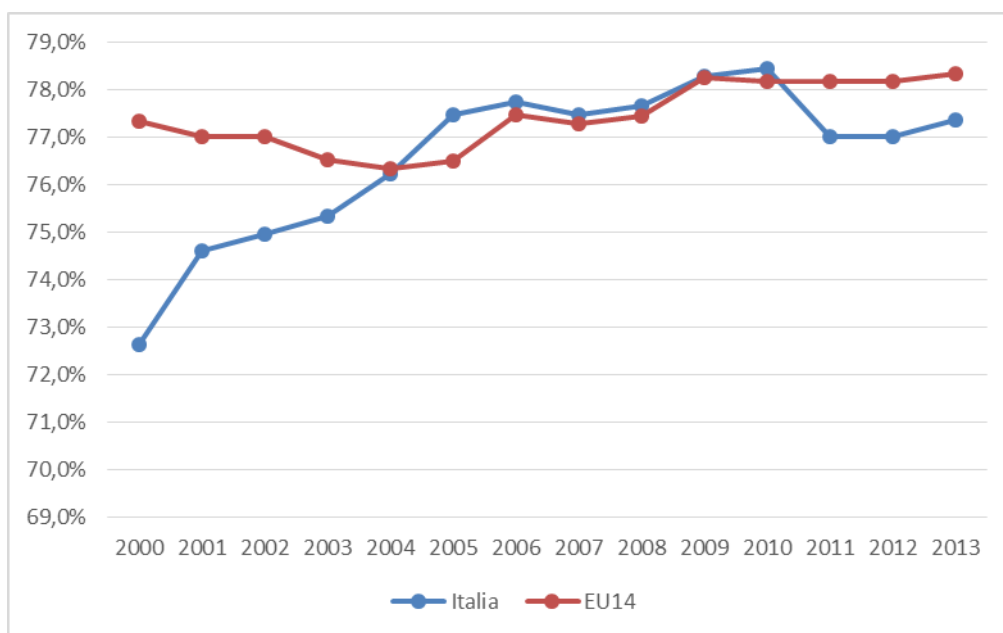
tra il 2010 e il 2014; ma anche la crescita delle spese *out of pocket* della specialistica, testimoniano analoga situazione.

In altri termini, considerare la spesa privata un coacervo di prestazioni di scarsa rilevanza sociale è affermazione che non trova supporto nei dati, e che evidenzia un atteggiamento permeato di un forte paternalismo, sicuramente discutibile.

Di fatto, il sistema sanitario italiano non è mai riuscito a ridurre le disuguaglianze geografiche (basti vedere le cosiddette griglie LEA, per avere conferma che il Paese continua ad essere spaccato).

La figura 3 evidenzia l'arretramento dell'intervento pubblico italiano (e quindi il minor impatto equitativo) in rapporto alle tendenze europee.

Figura 3. Quota del finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente, Italia vs Paesi EU14. Valori %, anni 2000-2013*

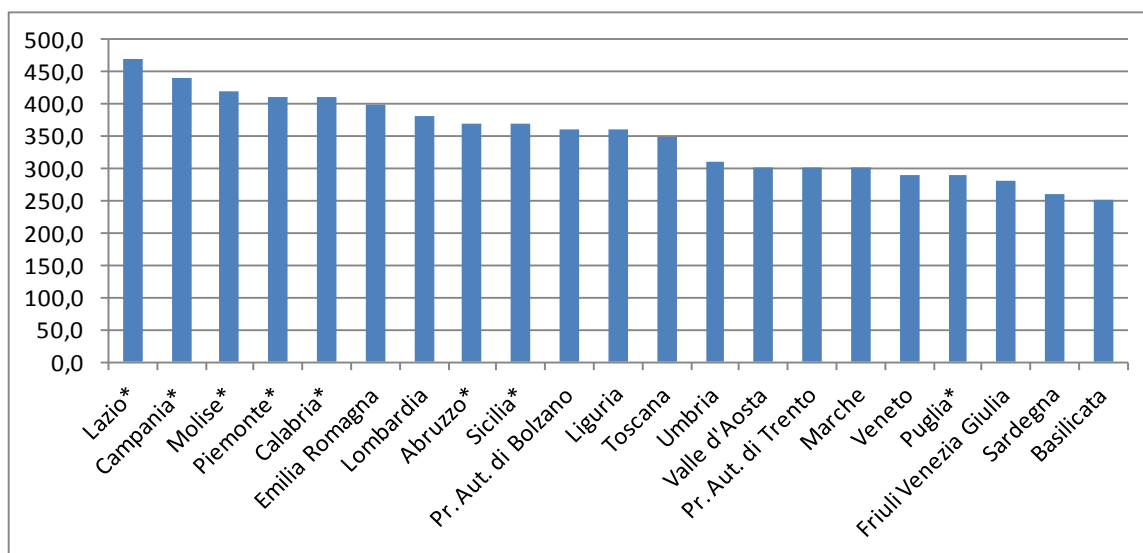


* Per il 2013, dati stimati per i Paesi di cui non si dispone del dato
Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Si noti che il risanamento finanziario finisce per pesare sui cittadini anche dal punto fiscale, penalizzando nei fatti quelli che risiedono nelle Regioni che non riescono a mantenere l'equilibrio finanziario del SSN.

E quindi non appare un caso che la quasi totalità delle Regioni sottoposte a Piano di Rientro (ed in alcuni casi, come ad esempio il Lazio, con i deficit più elevati) siano anche quelle in cui si osserva la maggior pressione tributaria locale tanto in termini di addizionale regionale Irpef che di Irap (figure 4 e 5).

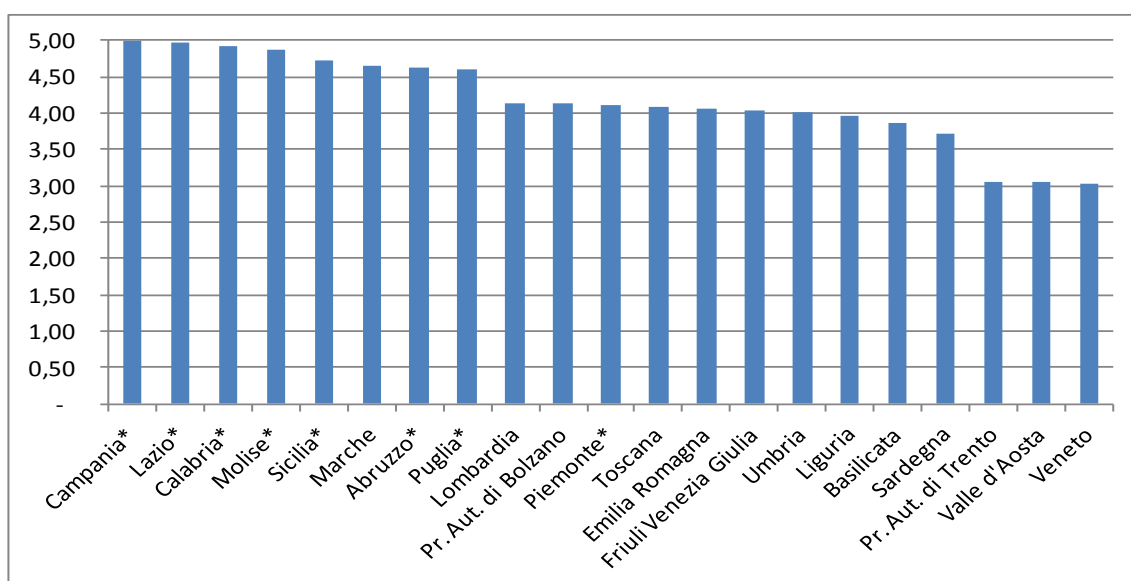
Figura 4. Addizionale regionale Irpef. Ammontare medio per contribuente (€), anno d'imposta 2013



*Regioni sottoposte a Piano di Rientro

Fonte: elaborazione su dati Ministero delle Finanze - © C.R.E.A. Sanità

Figura 5. Aliquota Irap media effettiva applicata dalle Regioni. Valori %, anno d'imposta 2012



*Regioni sottoposte a Piano di Rientro

Fonte: elaborazione su dati Ministero delle Finanze - © C.R.E.A. Sanità

Spesa bassa e pressione fiscale alta sembra un *mix* deleterio: potenzialmente possono innescare un circolo vizioso, con il rischio di deprimere lo sviluppo e in prospettiva peggiorare i *gap* anche sanitari.

Alla luce di quanto sopra, appare davvero inspiegabile la “leggerezza” con cui le Regioni (e anche il Governo centrale, che ne ha incassato i benefici) hanno scelto di rispondere al taglio imposto ai loro bilanci utilizzando ancora le risorse della Sanità.

Indubbiamente la voce Sanità è prevalente nei bilanci regionali, pesando per il 72,9% della spesa corrente e il 24,4% (sebbene sottostimato, si veda il capitolo finanziamento) degli investimenti. Ma i € 2,3 mld. di taglio alla Sanità sarebbero stati il 5,7% delle spese correnti non sanitarie e il 15,0% degli investimenti non sanitari, percentuali significative ma non drammatiche: la domanda è come mai si appalesi sempre solo una politica regionale per la Sanità, rimanendo opaca quella per gli altri settori.

Per inciso, va anche notato che l'*accountability* del sistema pubblico, invece di migliorare, diventa sempre più opaca: quest'anno per la prima volta non si dispone ancora del consolidamento regionale della spesa sanitaria (peraltro 2013), e neppure si riesce a capire a quanto ammontino gli investimenti nel settore, tanto che nelle statistiche OECD per il nostro Paese non risulta più disponibile il dato di spesa totale (corrente + investimenti).

Questo sostanziale disinteresse del sistema per l'*accountability* è reso evidente dalle numerose anomalie che si riscontrano nelle statistiche pubblicate: a partire dagli oltre 6 miliardi di sovrastima dell'OECD della spesa farmaceutica italiana rispetto al dato OsMed, per passare alla totale non considerazione nelle statistiche Istat sui consumi sanitari delle famiglie dell'impatto dei fondi sanitari (per lo più negoziali), che porta a produrre una stima assolutamente per eccesso della quota *out of pocket* della spesa privata (dato che restituisce una immagine ingiustamente anomala del Paese).

Se non altro è stato rettificato a livello internazionale (OECD) il dato, chiaramente errato, che voleva la spesa italiana per programmi di prevenzione allo 0,5% della spesa sanitaria corrente, che ora è stato portato al 3,7% della spesa sanitaria corrente pubblica (valore che sembra allineato con i dati, seppure parziali, disponibili): è indicativo, però, che per quanto non dotato di fondamento, il dato sia stato abbondantemente utilizzato anche nel dibattito nazionale, dimostrando una scarsa cultura statistica del Paese.

Tornado alle tendenze di finanziamento e spesa, pare doveroso interrogarsi sulle relazioni fra sistema sanitario e sistema economico (e istituzionale): l'ambizione della L. 833/1978 era quella di costruire un SSN che fosse elemento di coesione sociale: la domanda è se con questi livelli di finanziamento e spesa la tendenza sia ancora quella o meno.

Il rischio è che le redistribuzioni in atto siano in larga misura involontarie, prevalendo quelle fra aree geografiche o quelle per gruppi di pressione, piuttosto che quelle fra fasce più o meno agiate della popolazione.

D'altronde permane una rimozione collettiva rispetto al fatto che il sistema universalistico nazionale di stampo Beveridgeano è certamente sulla carta il modello che massimizza l'equità; ma la "casa comune" prevede che il sistema di *Welfare* sia supportato da un sistema fiscale capace di accertare i mezzi a disposizione delle famiglie, e (questione ancora meno studiata) che l'efficienza media nella erogazione dei servizi sia omogenea.

Nessuna delle due condizioni si realizza dopo oltre 30 anni in Italia e questo di per sé dovrebbe richiedere una riflessione approfondita, tanto sulla reale capacità di cambiare lo status quo, quanto sulla possibilità di prendere atto che non essendoci le condizioni per uno sviluppo ordinato del sistema, si debba cambiarne una parte dell'assetto: alla ricerca di soluzioni che, sebbene di compromesso, aumentino l'equità complessiva del sistema.

3. Efficienza e disuguaglianze di salute

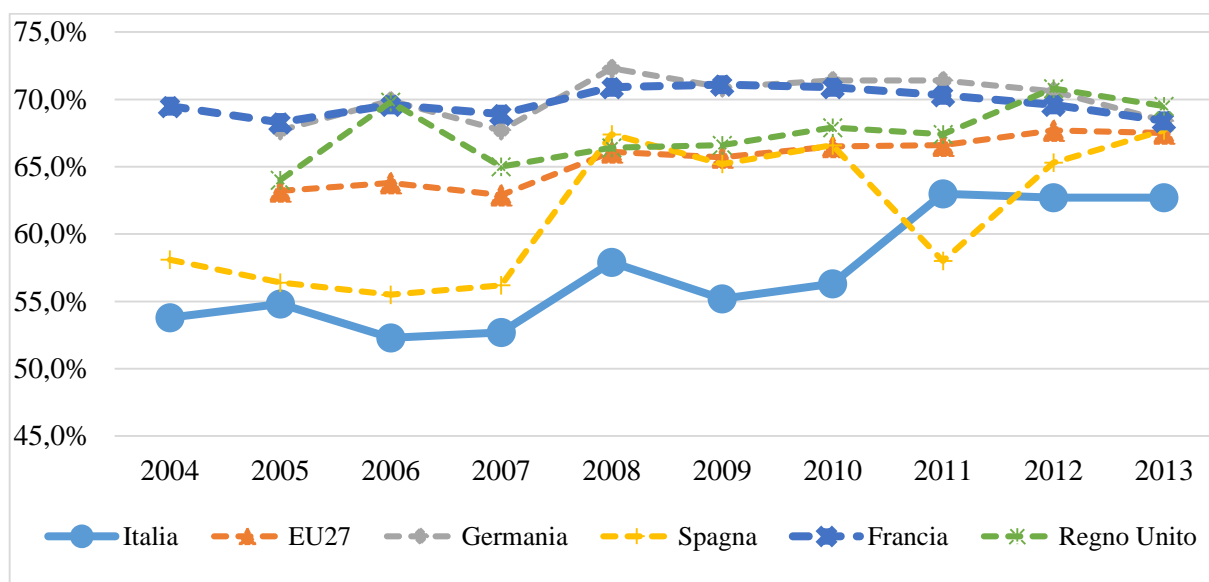
Nel paragrafo precedente abbiamo lasciato in sospeso il tema dell'efficienza, dovendosi correttamente mettere in relazione la spesa con gli esiti di salute.

Il tema è davvero molto complesso ed esula dagli obiettivi del Rapporto: adottando però una larga approssimazione, vale la pena di ragionare intorno ad alcuni dati che sembrano effettivamente evocativi della attuale congiuntura italiana.

La figura 6 riporta l'andamento, nell'ultimo decennio, della quota di popolazione (abbiamo scelto quella *over 75 anni*) che, a livello internazionale, dichiara di avere patologie di lunga durata o problemi di salute.

Emerge immediatamente come la quota in Italia sia significativamente inferiore a quella degli altri Paesi e questo (unito al basso livello di spesa e corroborato da altri indicatori come l'aspettativa di vita) confermerebbe l'efficienza della Sanità italiana.

Figura 6. Popolazione 75 anni e più con patologie di lunga durata o problemi di salute per 100 individui con le stesse caratteristiche. Confronti internazionali, anni 2004-2013



Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Ma la figura 6 mostra anche un allarmante processo di convergenza verso i livelli degli altri Paesi: stiamo in altre parole perdendo la nostra supremazia in termini di efficacia/esiti.

Il dato (pur con i caveat necessari rispetto a questo tipo di rilevazioni) deve imporre una riflessione.

Intanto, perché il peggioramento (ancorché relativo) rispetto agli altri Paesi sembra corrispondere temporalmente all'allargamento della forbice di spesa con essi.

Poi, perché il dato sulla prevalenza delle cronicità ci indica che esse sono stabili, e anzi si nota una tendenza alla riduzione dei tassi in corrispondenza delle età più giovanili e di alcune patologie, quali la BPCO, che beneficiano dell'impegno della prevenzione dai rischi del fumo (si veda il 10° Rapporto Sanità, 2014).

Ne segue che se il dato "clinico" è buono, ma lo stato complessivo di salute non migliora più come negli altri Paesi, evidentemente qualcosa non sembra funzionare adeguatamente nella risposta ai bisogni della popolazione.

Non possiamo che fare illazioni su questo punto: pur consci dei limiti delle evidenze, ci sembra siano comunque proposizioni utili, se non altro per iniziare a riflettere sul fenomeno.

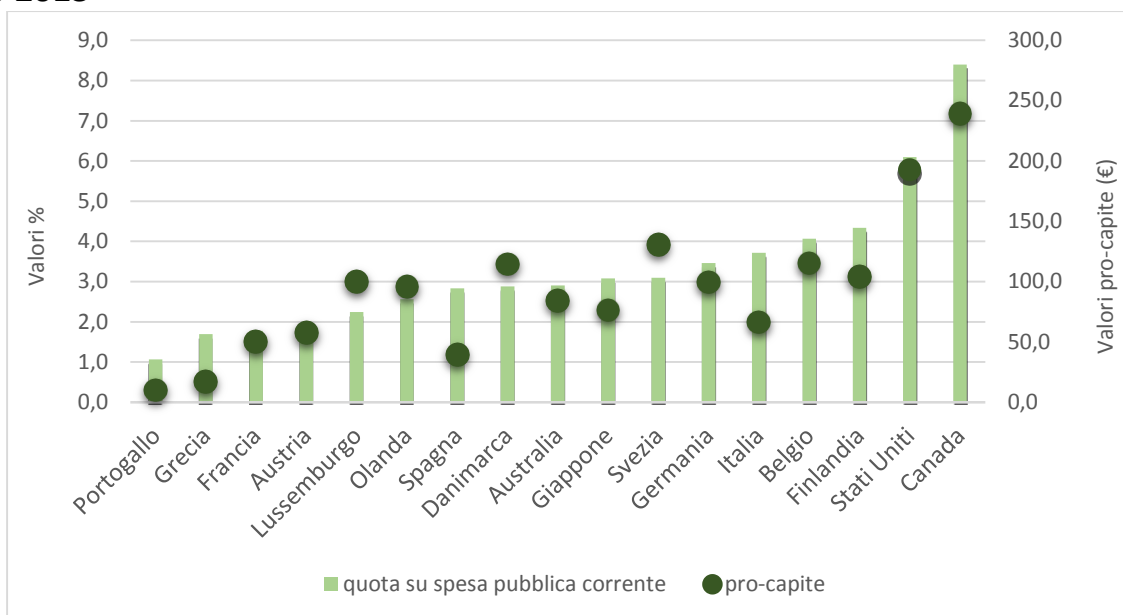
Una prima ipotesi potrebbe essere che l'origine del problema sia da ricercarsi nell'inadeguata crescita dei servizi di assistenza primaria a compensazione della riduzione dell'offerta e dei costi delle strutture ad alta intensità di spesa, in particolare gli ospedali: in altri termini al fatto che i risparmi siano stati incamerati nel calderone della riduzione della spesa pubblica e non reinvestiti, ipotesi peraltro suffragata dall'esplicita dichiarazione di voler riformare il settore dell'assistenza primaria a invarianza di spesa.

Altra possibilità, che in qualche modo è un postulato della prima, è quella di un crescente disallineamento rispetto alla modifica della natura dei bisogni della popolazione: bisogni che i cambiamenti socio-economici pongono prioritariamente nell'area di quello che, usando una tassonomia forse obsoleta, consideriamo sociale

o al più socio-sanitario; di certo l'integrazione della risposta alla non-autosufficienza con il SSN non è avvenuta (anzi neppure è iniziata, probabilmente per l'assoluta carenza di risorse ad essa destinate); l'assistenza domiciliare e, in seconda battuta, quella residenziale sembra che continuino a non crescere se non marginalmente, con valori italiani distanti dalle medie europee; e il fatto che le aree assistenziali che meglio rappresentano le sfide per il futuro siano del tutto non presidiate da un punto di vista statistico, con rilevazioni molto carenti in termini di approfondimento dei fenomeni e oltretutto rese disponibili con ritardi inaccettabili (l'ultimo anno disponibile è il 2012), ben rende l'assenza di una pianificazione strategica razionale. Si noti che ancor peggiore è il livello informativo disponibile (in verità è del tutto assente) sulle forme di supporto tecnologico (telemedicina e simili) all'assistenza domiciliare e residenziale.

Infine, segnaliamo la revisione dei dati OECD che ha reso merito all'investimento italiano in programmi di prevenzione, pari al 3,7% della spesa pubblica corrente (non allo 0,5% diffuso l'anno scorso), quota relativamente alta rispetto agli altri Paesi, se non fosse che è espressa in percentuale di una spesa sanitaria significativamente minore: ne segue che in termini assoluti l'investimento sia non eclatante (figura 7). Tra l'altro la spesa per interventi sugli stili di vita, fattore che appare condiviso sia alla base di gran parte delle principali patologie del nostro secolo, rimane ignota ma probabilmente molto modesta: rimaniamo uno dei Paesi più sedentari di Europa e questo da solo potrebbe spiegare parte dell'involuzione dello stato di salute.

Figura 7. Spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute pubblica in EU15 e altri Paesi OECD - Quota su spesa sanitaria pubblica corrente (%) e pro-capite (€), anno 2013*



* Per il 2013, dati stimati per i Paesi di cui non si dispone del dato
 Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Ovviamente si potrebbe argomentare che la salute non dipende dai livelli di spesa (argomento che se preso alla lettera potrebbe, peraltro, mettere in seria discussione l'esigenza dell'intervento pubblico), specie se le razionalizzazioni sono effettivamente tali e quindi eliminano sprechi senza ridurre i servizi.

La figura 8 fornisce il *trend* della spesa pubblica nell'ultimo quinquennio: si noti il crollo della spesa per beni non sanitari e delle varie forme di consulenza e collaborazioni.

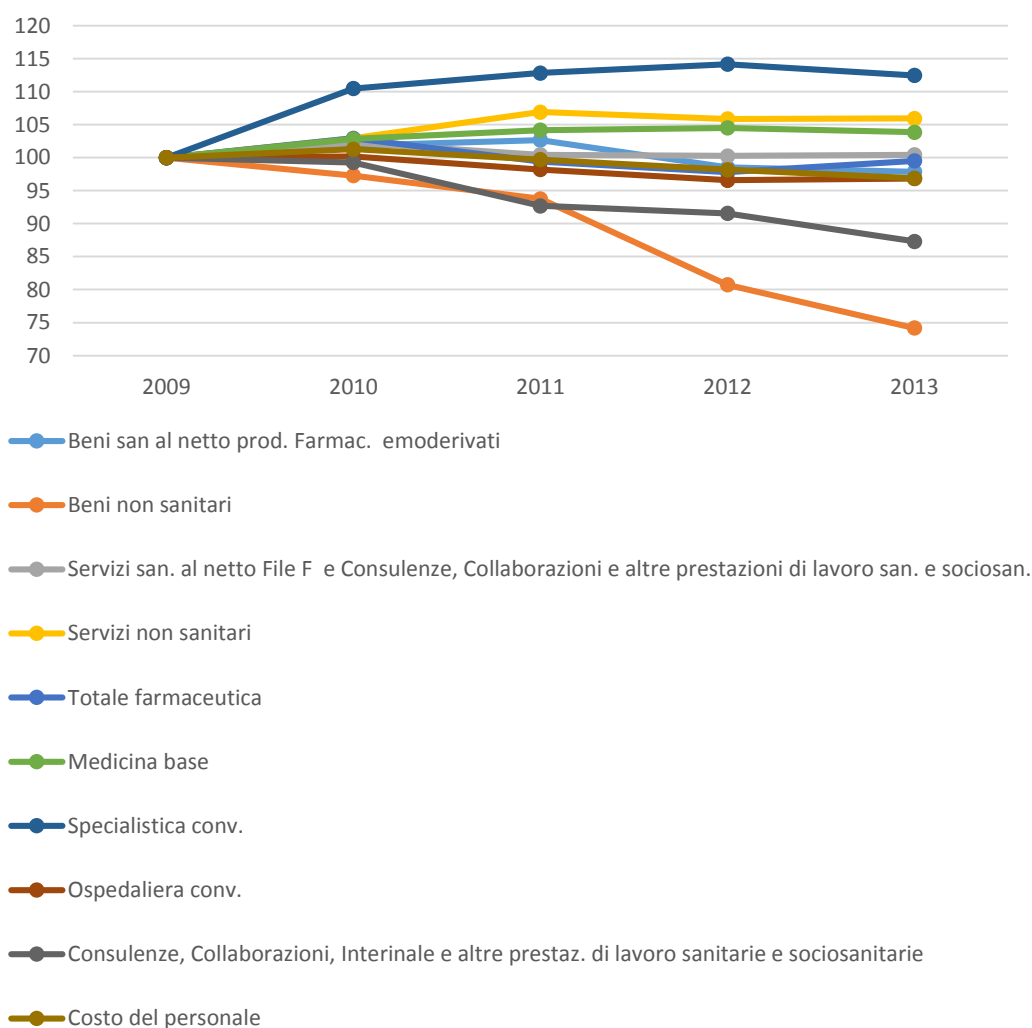
Si noti anche la riduzione della ospedaliera convenzionata e del personale (dovuto al blocco del *turn-over*), e anche la "perfetta" costanza della farmaceutica (in quanto i tagli sulla territoriale e le genericazioni hanno compensato e assorbito i costi della spesa ospedaliera, segnata dall'arrivo delle principali innovazioni).

Nel complesso, nessuna voce di spesa è più cresciuta dopo il 2012: le peggiori "performance" (quindi gli aumenti più marcati) le troviamo nei servizi non sanitari (area privilegiata dell'*outsourcing*), parzialmente nella medicina di base e nella

specialistica convenzionata che, presumibilmente dall'avvento dei cosiddetti *super ticket*, drena parte della domanda che prima era delle strutture pubbliche.

Complessivamente la figura 8 evidenzia il successo finanziario delle *spending review*, ma lascia almeno sospeso il tema della reale capacità di incrementare l'efficienza delle strutture pubbliche: la sovrapposibilità quasi totale dei risparmi fa infatti pensare a tagli lineari.

Figura 8. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2009=100), anni 2009-2013



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

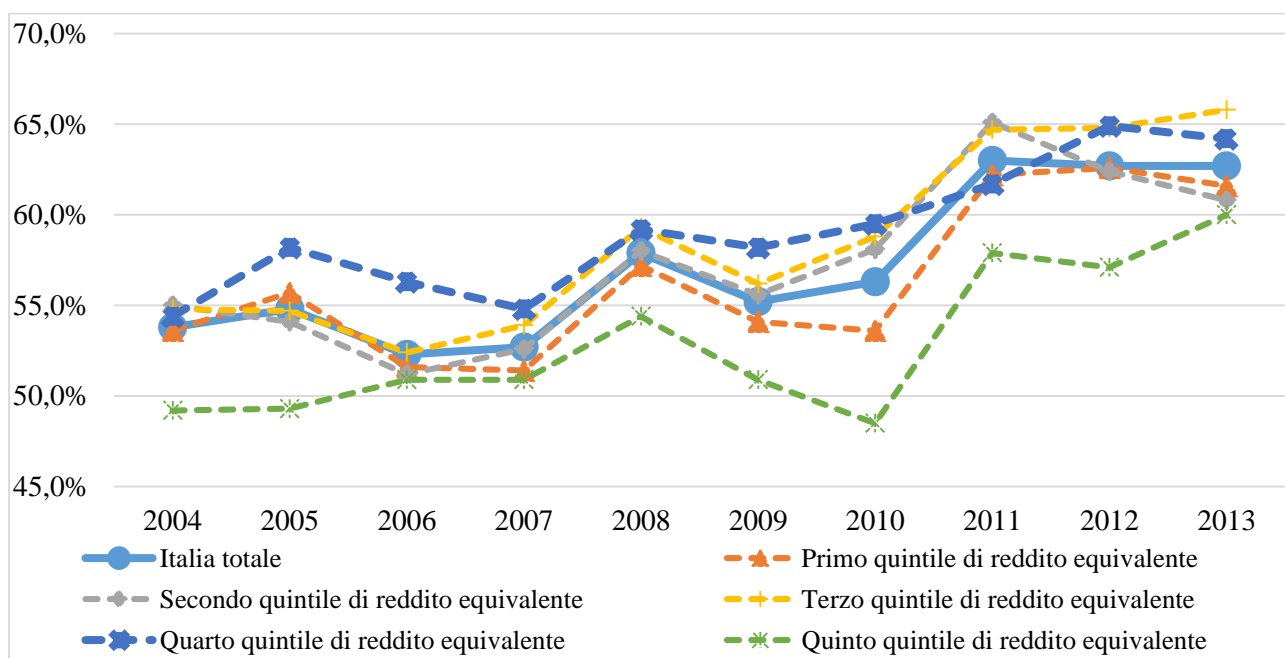
Certamente il *management* pubblico ha risposto positivamente all'esigenza di mantenere i servizi con risorse sempre minori: rimane il dubbio che sia riuscito a

mantenere l'equilibrio finanziario senza utilizzare meccanismi striscianti di razionamento (economico o delle prestazioni).

Tornando ai dati di salute, ci sembra infatti notevole rimarcare come il peggioramento della *performance* italiana non sia distribuito equamente nelle popolazione, essendo piuttosto in larga misura circoscritto a fasce ben definite.

La figura 9 analizzando le modifiche nello stato di salute della popolazione italiana per quintili di reddito, fa emergere con immediatezza come l'ultimo quintile (il più ricco) continui ad avere condizioni di salute significativamente migliori di quelle degli altri quintili, mentre fra gli altri si può notare come il primo e il secondo (i quintili più poveri) abbiano *performance* sistematicamente migliori che il terzo e quarto.

Figura 9. Popolazione over75 con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori %, anni 2004-2013



Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

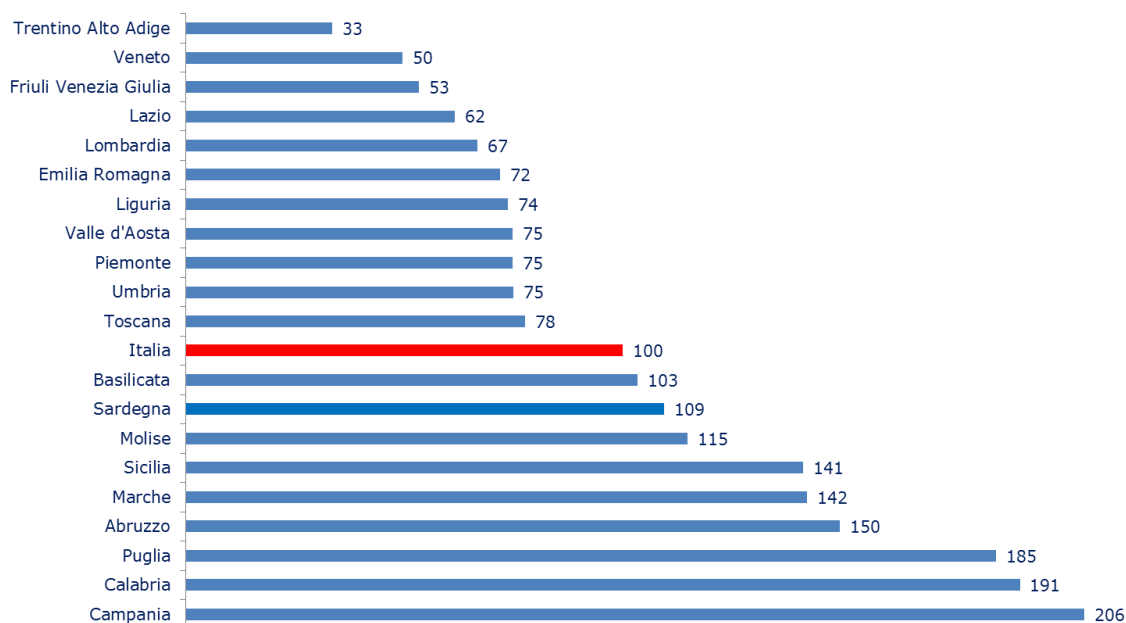
Possiamo tentare di interpretare il dato dicendo che il SSN, a fronte di rischi di razionamento, ha preferito (con successo) salvaguardare le fasce più disagiate, andando però a scapito della classe media.

Il mantenimento dei servizi non implica quindi automaticamente la salvaguardia di un Universalismo equilibrato: il non aggiornamento dei sistemi attuali di esenzione e compartecipazione, pur salvaguardando le fasce meno abbienti, probabilmente penalizza la classe media, fatto che ha una rilevanza anche politica non trascurabile, nella misura in cui il rischio di una disaffezione del ceto medio verso il SSN, porterebbe certamente alla sua implosione e alla crescita di una richiesta di *opting out*, forse già visibile nell'incremento della domanda di prestazioni nel privato.

In termini di impatto equitativo, nel 2013, l'incidenza del fenomeno di impoverimento dovuto alle spese socio-sanitarie *Out of Pocket* e "Catastrofiche" ha continuato a ridursi: quasi 100.000 famiglie in meno rispetto al 2012 risultano impoverite e 40.000 in meno soggette a spese catastrofiche; ma il miglioramento è purtroppo solo apparente: infatti, 1,6 milioni di persone in meno rispetto al 2012 hanno sostenuto spese socio-sanitarie OOP, ma parallelamente più del 5% della popolazione (oltre 3 milioni) rinuncia a priori a sostenerle per motivi economici.

La ovvia correlazione esistente tra il fenomeno delle rinunce e l'impoverimento (peraltro assente invece con la "Catastroficità", fenomeno principalmente legato alle aree non coperte del SSN quali odontoiatria e assistenza ai non-autosufficienti) conferma che l'eziologia del problema sia da individuarsi essenzialmente nella iniqua distribuzione del reddito, e non nel costo in sé delle prestazioni. E quindi, di conseguenza, nella capacità di risposta protettiva del sistema: i problemi equitativi sono infatti strettamente correlati ai livelli di spesa pubblica pro-capite, confermando tanto l'importanza del servizio sanitario pubblico in termini equitativi, quanto i problemi di riparto delle risorse. Infatti troviamo in testa (minori problemi equitativi) le Regioni a maggiore spesa, quali le PP.AA. di Trento e Bolzano, il Friuli Venezia Giulia ed il Veneto, e in coda le più povere, Campania, Calabria, Puglia e Abruzzo (figura 10).

Figura10. Indice di equità regionale. Numeri indice (Italia = 100)



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

In prospettiva, allarma anche il continuo aumento della quota destinata al socio-sanitario (4,1% nel 2013 e 4,4% nel 2014), perché evidentemente rappresentativa di una sofferenza del SSN nella copertura della domanda espressa dalla popolazione. Ancor di più considerando l'ulteriore manovra di € 2,35 mld. sul Fondo, ponendosi il problema di quanta parte potrà configurarsi come un reale miglioramento di efficienza e quanta come inasprimenti (espliciti e impliciti) degli impatti sui bilanci delle famiglie.

Certamente le recenti manovre sull'appropriatezza delle prestazioni specialistiche, ma anche quelle di rinegoziazione dei prezzi di riferimento in campo farmaceutico, se non adeguatamente inserite in un disegno generale di governo della spesa sanitaria (si noti: totale non pubblica) finiranno per generare nuovi oneri per i bilanci delle famiglie.

Si prefigurano, quindi, anche nuovi oneri per i Fondi Sanitari (integrativi e non), che impattando senza una previa adeguata pianificazione, rischiano di creare loro serie difficoltà finanziarie: purtroppo il fenomeno della complementarietà in Sanità, pur

notoriamente in grande crescita, rimane negletto nell'agenda politica; per valutare quanto il tema sia trascurato, basti dire che statisticamente la spesa, come anticipato, rimane impropriamente confusa in quella *out of pocket* e, inspiegabilmente, neppure i dati dell'anagrafe dei Fondi presso il Ministero della Salute vengono resi pubblici.

Si conferma, in altri termini, la totale assenza di una cultura della sussidiarietà in campo sanitario, con l'esito di non definire in che modo primo e secondo "pilastro" dovrebbero relazionarsi; e con il rischio di generare inefficienze (duplicazioni di costo, assenza di controlli sulla qualità delle prestazioni rese, etc.), oltre l'ennesima occasione di disuguaglianza senza giustificazione: in particolare perché continuano a coesistere almeno tre differenti trattamenti fiscali, senza evidenti ragioni per differenziarli.

4. Razionamenti

Proseguendo gli approfondimenti di un filone di ricerca inaugurato l'anno scorso, torniamo ancora sul tema razionamenti che, per definizione, rappresentano "deviazioni" da una logica di corretto Universalismo: in presenza di razionamenti, infatti, è ragionevole che qualcuno non avrà accesso a prestazioni che pure gli "spetterebbero".

Il livello di copertura del SSN delle prestazioni essenziali (sempre che il termine sia correttamente definibile in un contesto di Paesi ad alto reddito come il nostro) è difficilmente calcolabile, ma che sia pari al 100% è perlomeno discutibile: basti citare l'offerta attuale di meno di 40 posti letto residenziali contro livelli quasi doppi in gran parte degli altri Paesi, e una assistenza domiciliare in cui l'incremento dell'ADI erogata dalle ASL è stato praticamente compensato dalla riduzione delle ore di assistenza e dall'arretramento delle prestazioni erogate dai Comuni.

Per non parlare della totale assenza di informazione sulla diffusione dei servizi di telemedicina, dei quali la paucità delle informazioni disponibili fa intuire la assoluta marginalità.

Le informazioni disponibili non permettono di dimostrare in modo ineccepibile l'esistenza di razionamenti, specialmente nelle aree dell'assistenza territoriale e sociale, dove l'esperienza suggerisce siano maggiori: qualcosa si può però elaborare in settori quali il farmaceutico, in quanto caratterizzati da una maggiore messe di dati.

L'esempio della farmaceutica appare peraltro paradigmatico: la *governance* del settore si è sinora dimostrata efficace, avendo garantito una sostanziale costanza del dato di spesa nominale, compensando con i decrementi della territoriale, gli incrementi dell'ospedaliera, quest'ultimi "spinti" dall'accesso al mercato di nuovi farmaci, spesso ad alto costo.

La fine del principale flusso di genericazioni (non compensabile almeno a breve dall'avvento dei biosimilari), e l'arrivo di nuovi farmaci ad alto costo, fa presagire l'impossibilità futura di garantire a lungo l'invarianza di oneri.

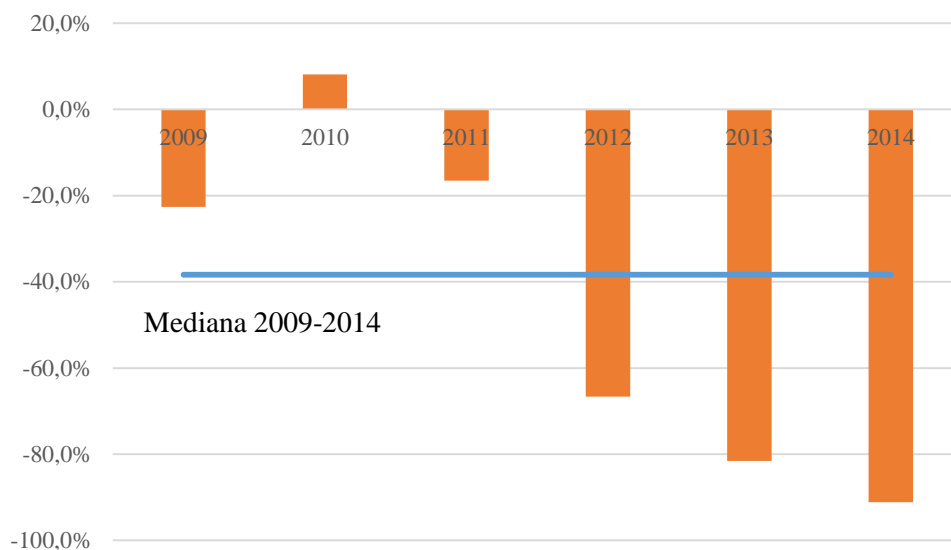
La questione è se almeno il punto di partenza, ovvero la situazione attuale, sia "ottimale" o già contenga elementi di disuguaglianza.

Dare una risposta assoluta è come sempre difficile: non di meno una originale elaborazione sui dati di consumo nei maggiori (per dimensioni) Paesi europei, fornisce alcuni elementi degni di riflessione.

Analizzando le mediane di consumo (in *standard units*) dei farmaci approvati da EMA (*European Medicines Agency*) negli anni 2009-2014 (figura 11) emerge come i consumi di quelli commercializzati in Italia dell'anno 2014 siano inferiori del -38,4% rispetto a quelli dei Paesi di confronto (Francia, Germania, Spagna e Regno Unito); la differenza dipende ovviamente anche dal ritardo effettivo di accesso al mercato, apprezzabile osservando che per quelli approvati nell'anno (2014) la mediana di consumo in Italia è inferiore del -91,2% rispetto ai Paesi considerati; scendendo poi al -81,6% per quelli del 2013 e al -66,7% per il 2012; si avvicina al livello europeo, ma è ancora sotto, negli anni precedenti: -16,5% con riferimento a quelli del 2011, -22,7% per il 2009; solo per i farmaci approvati nel 2010 il consumo italiano al 2014

risulta superiore dell'8,1%, ma il dato è condizionato da un consumo anomalo di soli 3 prodotti.

Figura 11. Mediana delle differenze di consumo (*standard units*) per prodotto Italia vs Big EU per anno di approvazione EMA dei farmaci , anni 2009-2014



Fonte: elaborazione su dati IMS, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Dovrebbe in particolare far riflettere la persistenza di un *gap* significativo di consumo anche per i farmaci approvati da EMA 5 anni fa, che non sembra spiegabile né con ragioni epidemiologiche, le quali piuttosto farebbero prevedere consumi maggiori in Italia per via della maggiore età media, né con i ritardi nell'inserimento nei prontuari.

Si aggiunga che in Italia sono sul mercato solo il 67,9% dei farmaci approvati da EMA tra il 2009 e il 2014, e commercializzati in almeno un Paese EU5 (tabella 1): solo 3 su 19 (15,8%) nel 2014; 17 su 27 (63,0%) nel 2013, 12 su 20 (60,0%) nel 2012, 23 su 29 (79,3%) nel 2011, 11 su 12 (91,7%) nel 2010 e 25 su 27 (92,6%) nel 2009.

In altri termini, ci vogliono quasi 5 anni per il "riallineamento" dei consumi italiani agli *standard* medi dei Paesi considerati.

Tabella1. Prodotti approvati dall’EMA (2009-2014) commercializzati in Italia e EU5 - Anno 2014

ATC	Commercializzati IT	Commercializzati EU	Quota commercializzati in Italia
A	9	13	69,2%
B	6	8	75,0%
C	3	6	50,0%
D	2	2	100,0%
G	8	8	100,0%
H	0	1	0,0%
J	10	14	71,4%
L	33	49	67,3%
M	3	5	60,0%
N	11	14	78,6%
P	0	1	0,0%
R	2	7	28,6%
S	3	3	100,0%
V	1	3	33,3%
Totale	91	134	67,9%

Fonte: elaborazione su dati IMS, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Si delinea un quadro che complessivamente non evoca sprechi o usi disinvolti dei farmaci “nuovi”, di recente approvazione, ma piuttosto il rischio di uno strisciante razionamento; sebbene la disponibilità di farmaci in Italia rimanga ampia (con alcuni ritardi significativi, dipendenti tanto dai meccanismi di rimborso che dagli inserimenti in prontuario e, anche, dai tempi di approvvigionamento), i consumi in Italia rimangono significativamente minori che nei Paesi considerati, vuoi per la maggiore selettività dei criteri di eleggibilità dei pazienti, vuoi per la “prudenza” prescrittiva dei medici, vuoi per possibili carenze di *budget*, etc.: sarebbe, quindi, certamente meritorio un approfondimento sul contributo dei singoli fattori al fenomeno, come anche sulle conseguenze del citato razionamento.

Intanto, appare evidente che l'equilibrio finanziario sinora mantenuto, non dipende solo dall'ottenimento di sconti, *payback*, e in generale da prezzi inferiori alla media EU, ma anche da un minor ricorso a farmaci di recente approvazione.

Di per sé potrebbe non trattarsi di un problema, ma certamente ne andrebbero meglio approfondite le implicazioni e, principalmente, si prospetta uno scenario di differenti opportunità terapeutiche fra l'Italia e la *Big EU*.

Di nuovo sembra emergere come gli equilibri attuali del sistema poggino su situazioni di Universalismo diseguale (o imperfetto), che rimangono del tutto negletti nel dibattito in corso.

5. Riflessioni finali e azioni per rendere meno diseguale il Sistema

Per quanto sopra argomentato, riteniamo che l'assetto attuale non sia più difendibile se non su un piano del tutto ideologico: certamente ci batteremo sempre perché le differenze di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali siano rese quanto più possibile indipendenti dal censo o, in generale, dalle condizioni socio-economiche dei cittadini.

Pensare però che le azioni adottate, specie quelle che implicano di fatto un arretramento dell'intervento pubblico, siano giustificabili perché finalizzate a mantenere l'Universalismo del sistema, non convince più.

Innanzitutto perché esse assumono implicitamente che il sistema sia oggi esente da difetti di Universalismo sostanziale; ma anche perché assumono altresì che non ci sia esigenza di prioritarizzare gli interventi, valutando che la rimozione delle inefficienze di sistema sarebbe sufficiente a rendere sostenibile l'originario disegno Universalistico.

Ma, come il Rapporto prova a dimostrare, il legame fra inefficienze allocative, certamente presenti, e risparmi possibili (almeno a breve termine) è del tutto indimostrato. Mentre appare immediatamente evidente che:

- l'assetto attuale non riesce a incidere se non marginalmente sulle differenze geografiche, specialmente in termini di qualità dei servizi;
- crescono gli indizi della formazione di nuove differenze "verticali": in particolare quelle che riguardano lo stato di salute del ceto medio e degli anziani soli o comunque fragili;
- cresce l'impatto sostanziale (al netto delle rinunce quindi) della Sanità sui bilanci delle famiglie;
- crescono gli indizi di razionamento delle prestazioni, specialmente di quelle più recenti e, presumibilmente, più costose; ma anche le recenti determinazioni sulle prestazioni di specialistica, per quanto corretto il richiamo all'appropriatezza, rischiano di creare nuovi *gap* fra domanda e offerta pubblica, non facilmente governabili negli assetti attuali;
- cresce l'evidenza del fatto che il risanamento finanziario si stia ottenendo non solo con i recuperi di efficienza, ma anche creando nuove disparità, ad iniziare da quelle che riguardano i carichi fiscali.

Le condizioni economiche generali non permettono facili illusioni sulla disponibilità di poter disporre di risorse maggiori delle attuali; per questo sarebbe almeno auspicabile dichiarare una "moratoria" a medio termine di ogni tentativo di contrarre ulteriormente la crescita del finanziamento del SSN: moratoria prevista nell'ultimo Patto della Salute, ma subito infranta con la manovra sui bilanci regionali.

L'ipotesi minimale dovrebbe essere una assoluta invarianza del rapporto finanziamento / PIL; più governabile, stante il crescente *gap* con la spesa sanitaria europea, potrebbe però essere l'invarianza del rapporto spesa sanitaria italiana vs spesa sanitaria EU14: il rischio, altrimenti, è l'impossibilità di mantenere livelli di risposta assistenziale paragonabili a quelli EU.

La “moratoria” avrebbe anche il merito di riportare il tema dell’efficienza dal primo posto dell’agenda nazionale, al suo ambito naturale, che è quello del *management* delle aziende sanitarie.

Con la certezza delle risorse disponibili, sarebbe anche forse possibile rivedere la lista delle priorità di intervento, inserendo anche tematiche che superano l’orizzonte del breve termine; fra queste ci sembra urgente inserire:

- la definizione della quota di domanda sanitaria soddisfabile con le risorse pubbliche, la proiezione della spesa privata residua e quindi la definizione delle regole di governo della sanità complementare, definendone la meritorietà sociale e i rapporti con il SSN;
- la ridefinizione dei criteri di riparto delle risorse, considerando che l’assunto (presente nei costi *standard*) di una sostanziale gratuità delle prestazioni è ormai superata nei fatti;
- la rivalutazione dell’accreditamento professionale come criterio per perseguire una adeguata appropriatezza prescrittiva e parallelamente dell’accreditamento delle strutture come leva di governo dell’offerta, evitando una burocratizzazione del sistema e la rottura del rapporto fiduciario medico-paziente;
- l’analisi degli approcci corretti per garantire condizioni competitive (ma *fair*) nei mercati sanitari, massimizzando i risparmi, ma salvaguardando allo stesso tempo le condizioni di contendibilità dei mercati stessi: sembra infatti dominante la ricerca di risparmi a breve termine, spesso ottenuti mediante economie di scala, che sfruttano la grande opportunità (in termini di risparmi) dell’apertura a condizioni di competizione in molti mercati sanitari, ma sembrano trascurare le profonde differenze di questi mercati rispetto alle esperienze del passato; basti pensare ai biosimilari, per i quali si verificano grandi differenze (forti investimenti e quindi barriere all’entrata, pochi *player*, ...) rispetto all’esperienza degli equivalenti; analogamente, in altri settori

sanitari, non sembra si sia pienamente colto il rischio di competizioni di puro prezzo non adeguatamente regolamentate;

- la necessità di rapportarsi in modo proattivo con le decisioni a livello internazionale in tema di *pricing* delle nuove tecnologie: appare infatti evidente che l'attuale sistema di governo basato sul *value based pricing* diventa fortemente penalizzante per le popolazioni residenti nei Paesi con minore crescita e pensare di compensare il fenomeno con l'uso (e a volte l'abuso) di accordi confidenziali, *payback*, tetti e altri interventi per via amministrativa non è sostenibile a medio termine.