



XXI RAPPORTO SANITÀ

Equità e sostenibilità dell'assistenza sanitaria: la ricetta del C.R.E.A. Sanità per una vera riforma in linea con i bisogni sociosanitari dei cittadini

Serve un impegno congiunto tra governo e istituzioni per garantire un futuro equo e sostenibile al SSN, ripensando la tutela pubblica per adeguarla ai cambiamenti demografici, sociali e tecnologici, recuperando una reale equità nell'accesso e nelle opportunità offerte alla popolazione in termini di esiti di salute raggiungibili

Rispetto agli anni '80 la quota di famiglie che spende privatamente per la Sanità è aumentata dal 50,8% al 70%: un risultato disallineato rispetto alla "promessa" di una copertura universale e globale dei bisogni di salute, intrinseca nella istituzione del SSN.

L'84% dell'incremento del numero di famiglie soggette a spese sanitarie private si è accumulato negli anni '90: e in quel decennio la spesa pubblica è aumentata del 4,4% medio annuo (+0,8% in termini reali), mentre quella privata più del doppio (+10,7%). Dopo il 2000 la spesa pubblica e quella privata sono però cresciute allo stesso ritmo (+2,7% medio annuo, pari al +0,7%, in termini reali).

Si smentisce quindi, che con il Federalismo si sia generata una "privatizzazione" strisciante della tutela sanitaria che, semmai si è realizzata negli anni precedenti.

La crescita del numero di famiglie che spendono privatamente per la Sanità, va quindi in parallelo con quella della spesa: l'incidenza dei consumi sanitari sui bilanci delle famiglie si è più che raddoppiata, raggiungendo in media il 4,3%, e toccando il 6,8% per quelle "meno istruite"; anche in questo caso il prezzo più alto lo pagano le famiglie meno abbienti: la quota di spesa privata sostenuta dal 60% delle famiglie meno abbienti è cresciuta dal 27,6% al 37,6%.

Il Servizio sanitario nazionale ha dovuto ricorrere a forme di razionamento implicito per garantire la sua sostenibilità finanziaria, che spiegano il peggioramento dei livelli di equità della tutela precedentemente richiamati: si pone quindi il tema di valutare se un aumento della spesa (ovvero del suo finanziamento) possa essere risolutiva; ma le cifre necessarie sono difficilmente raggiungibili se non altro perché sono molti i settori in competizione per avere maggiori allocazioni di risorse pubbliche (in primis l'istruzione, gravemente sottofinanziata).

Per garantire il mantenimento del Ssn è allora necessario ora un cambio di paradigma per le politiche sanitarie (e in particolare per la regolamentazione pubblica), che devono essere sempre più declinate in termini di Sistema Salute piuttosto che di Servizio Sanitario.

Questo l'appello è lanciato dal 21° Rapporto Sanità del C.R.E.A., il Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (già consorzio promosso dall'Università di Roma Tor Vergata e dalla FIMMG), presentato presso la sede del CNEL, con il quale il CREA collabora su temi di ambito sanitario; le analisi elaborate dicono che i risultati del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in termini di perseguimento dell'Equità e dell'Efficienza sono lontani da quanto atteso; di fatto la sostenibilità del sistema è stata resa possibile da uno strisciante razionamento implicito delle tutele, che ha ulteriormente sfavorito la popolazione meno abbiente e meno istruita. L'attuale assetto del SSN, senza un cambio di paradigma, non sarà in grado a rispondere ai bisogni in evoluzione della popolazione, guidata dalla demografia, ma anche dalle modifiche nelle strutture sociali.

Una equità "rimasta sulla carta"

L'equità traballa: il Rapporto C.R.E.A. evidenzia che fra le famiglie meno abbienti la percentuale di spesa è aumentata tre volte più che fra quelle con più "possibilità" economiche.

E ancora peggio è andata (+28,7%) alle famiglie appartenenti al "gruppo di quelle meno istruite", ovvero quelle con persona di riferimento dotata di basso livello di istruzione.

Anche a livello geografico le traiettorie registrate non risultano quelle attese: mentre in origine la quota di famiglie spendenti per le cure era maggiore nel Nord-Est, risultato coerente con un reddito maggiore della media nazionale, ora è maggiore nel Centro e nel Mezzogiorno: il dato del Mezzogiorno, in particolare, suggerisce come la spesa privata non sia correlata solo a maggiori disponibilità economiche, quanto a carenze del Servizio Pubblico.

La crescita del numero di famiglie che spendono privatamente per la Sanità, va in parallelo con quella della spesa: l'incidenza dei consumi sanitari sui bilanci delle famiglie si è più che raddoppiata, raggiungendo in media il 4,3%, e toccando il 6,8% per quelle "meno istruite"; anche in questo caso il prezzo più alto lo pagano le famiglie meno abbienti: la quota di spesa privata sostenuta dal 60% delle famiglie meno abbienti è cresciuta dal 27,6% al 37,6%.

A livello geografico, mentre la spesa privata nel Nord è cresciuta parimenti al reddito disponibile, nel Centro e nel Mezzogiorno si è incrementata molto di più, drenando risorse prima destinabili ad altri obiettivi: un comportamento di spesa delle famiglie che fa capire come le famiglie ritengano i consumi sanitari "extra SSN" qualcosa di necessario e non posticipabile.

Annoveriamo fra le ragioni che spingono le famiglie a ricorrere a spese sanitarie private la constatazione di un difficoltà di accesso al sistema di tutela pubblica per i nuclei più fragili/deprivati, desumibile dal fatto che la spesa per prestazioni comprese in un percorso di cura sono sostanzialmente omogenee, mentre quelle per scopi classificati come preventivi sono maggiori per le famiglie meno abbienti e meno istruite: in altri termini, si presenta il rischio che le famiglie con minore "capacità di accesso" siano costrette a effettuare prestazioni privatamente per riuscire ad "entrare" (in tempi congrui) nei percorsi di cura offerti dal SSN.

Questo spiega perché 2,3 milioni di residenti registrano un disagio economico (o un impoverimento o una rinuncia per ragioni economiche alle prestazioni), un dato in lenta ma costante crescita durante la "storia" del SSN; dato particolarmente incidente sulle famiglie del Mezzogiorno, meno abbienti e meno istruite.

Come anche perché oltre quattro milioni di famiglie sono soggette a spese sanitarie che incidono in modo rilevante sui bilanci familiari (cosiddette "spese catastrofiche"), dovute specialmente all'odontoiatria e alla assistenza di lunga durata a pazienti non autosufficienti (LTC): due settori in cui la tutela appare largamente non sufficiente.

Razionalizzazione o razionamento?

L'andamento della spesa sanitaria privata mostra che, sebbene l'attesa fosse che il contenimento della spesa sanitaria pubblica, obiettivo evidente della prima riforma del SSN (D.lgs. 502/1992 e D.lgs. 517/1993), si dovesse realizzare con un efficientamento del SSN (lo slogan di quegli anni era "razionalizzare per non razionare"), di fatto sembra sia piuttosto l'effetto di tagli di spesa pubblica che hanno "scaricato" oneri sulle famiglie.

Conseguenza diretta delle traiettorie di spesa descritte, è che la quota di copertura pubblica della spesa sanitaria, che in origine era pari all'81% (e superiore alla media dei Paesi Europei di confronto), si è contratta fino al 72,6%, valore significativamente inferiore a quello medio dei Paesi EU (originari).

Di contro, il successivo passaggio al Federalismo ha in principio ri-aumentato la quota di copertura pubblica, sino alle crisi finanziarie del 2008/2009 e al prolungato ristagno della crescita economica complessiva (+0,3% medio annuo in termini reali).

In ogni caso, gli andamenti descritti hanno portato la spesa sanitaria pubblica ad accumulare un divario che sfiora il 45% rispetto alla media dei Paesi Europei "originari"; anche la spesa privata è inferiore (-13,0%), ma superiore rispetto a quella attesa in base (senza contare l'Universalità che dovrebbe essere alla base del SSN) alle "possibilità" della popolazione (il PIL italiano è inferiore del 20,6%).

Le forme di razionamento implicito sono anche il presupposto di uno spontaneo processo di razionalizzazione della spesa privata in atto (che ha raggiunto quota € 43,3 mld., quasi un quarto del totale), nel senso di una lenta ma costante crescita della quota intermediata a scapito di quella cosiddetta "out of pocket".

Più complessa risulta l'evoluzione della quota pubblica: gran parte del confronto politico si concentra sull'adeguatezza della quota di PIL destinata alla Sanità pubblica: ma si tratta di un indicatore "scorretto", nella misura in cui non considera il contributo della spesa privata, la quota di PIL indisponibile a causa degli oneri connessi al servizio del debito pubblico; e neppure l'incidenza dell'economia sommersa, che non produce introiti per le funzioni pubbliche.

Con le considerazioni espresse nel Rapporto, e limitando la “correzione” alla considerazione del debito pubblico, nei confronti internazionali la spesa italiana risulta inferiore al “possibile” (in termini macroeconomici) di circa il 10%.

Si tratta di un incremento difficile da ottenere, perché sono molti i settori in competizione per l’allocazione delle risorse pubbliche (in primis l’istruzione, gravemente sottofinanziata).

In ogni caso, la spesa italiana anche se aumentasse di quanto indicato, rimarrebbe inferiore a quella dei principali Paesi europei (ad esempio del 30/40% rispetto a Francia e Germania) e non sufficiente per riallineare gli organici (e le relative retribuzioni) agli standard europei, come argomentato nei precedenti Rapporti Sanità del C.R.E.A.

Il problema principale rimane, però, la dinamica economica: con gli attuali tassi di crescita dell’economia italiana, lo scostamento dagli altri Paesi sarebbe comunque destinato a riaprirsi (o a continuare ad aumentare).

Inoltre, risulta ancor più preoccupante lo scostamento verso i tassi di crescita delle tecnologie sanitarie: basti dire che malgrado tutti tentativi di contenimento la spesa farmaceutica nell’ultimo decennio è aumentata al 3,6% medio annuo, ed in accelerazione, arrivando al 4,1% medio annuo negli ultimi 5 anni. Conseguentemente continua a crescere lo sfioramento del tetto (malgrado il suo recente aumento), che si stima possa raggiungere i 6,5 miliardi nel 2026.

Ma la Sanità italiana non può rinunciare all’innovazione: essa è stata foriera di significativi contributi in termini di efficientamento del sistema; basti vedere, a titolo di esempio, la riduzione delle ospedalizzazioni e, ancor di più, della degenza media degli interventi chirurgici (-3,9%), realizzatasi malgrado l’invecchiamento della popolazione.

In definitiva, l’aumento del finanziamento, peraltro molto rilevante quello del 2026, non sembra una strategia sufficiente per eliminare in prospettiva i rischi di razionamento implicito.

Bisogni e aspettative: un crescente discrasia

Per ragionare dei bisogni da soddisfare è opportuno partire dalla constatazione che dalla nascita del SSN la demografia italiana si è trasformata: quasi 5 milioni di over 75 in più, ogni anno si registrano 27.000 morti annui in più, e 140.000 nascite in meno; sebbene la disabilità non sia aumentata, si registrano 1,5 milioni di multicronici in più, e solo negli ultimi 10 anni i non autosufficienti sono aumentati del 10%.

Malgrado l’innovazione tecnologica abbia moderato l’impatto della demografia (si veda il non aumento dei disabili e il continuo incremento degli anni di vita in buona salute), non ha potuto annullarlo.

Alla evoluzione demografica va aggiunta quella sociale: in 20 anni sono cresciute del 5% le famiglie monopersonali (quelle di over 65 sono arrivate al 16,9%); cresce anche la scolarizzazione, con una crescita di quasi il 5% dei laureati.

L’analisi dei bisogni deve quindi considerare insieme fattori demografici e sociali, prendendo atto di (almeno) due grandi cambiamenti: la crescita dei bisogni “ibridi”, ovvero insieme sanitari e sociali; e un progressivo disallineamento fra bisogni e aspettative della popolazione.

In un contesto in cui il peso degli interventi di risposta alle acuzie diminuisce rispetto a quello di presa in carico della cronicità, perdono di importanza i bisogni strettamente clinici e aumentano quelli “ibridi”; e la presa in carico della cronicità presenta necessità meno standardizzabili, generando nuove aspettative.

Una survey promossa dal C.R.E.A, Sanità su un campione rappresentativo della popolazione italiana, ci dice che l’esperienza dei pazienti con i servizi del SSN genera tre distinti livelli di soddisfazione: alta per la medicina generale e l’accesso ai farmaci. Sotto la sufficienza per residenzialità, domiciliarità e assistenza ai non autosufficienti; intermedia per i servizi ospedalieri e di specialistica ambulatoriale.

Un dato che sembra spiegarsi notando la assoluta carenza della risposta del SSN ai bisogni “ibridi” della non autosufficienza (e in generale della fragilità); e all’altro estremo notando come la popolazione predilige le risposte che si sono adeguate prima (in larga misura grazie alla pandemia di Covid-19) alle nuove modalità di erogazione dei servizi, in primis digitalizzazione e presa in carico a distanza.

La modalità di erogazione dei servizi genera quindi aspettative, e queste esulano dai bisogni clinici: a riprova di ciò, nelle ragioni di maggiore insoddisfazione, dopo le liste di attesa (citate dal 62,4 % della popolazione), vengono i tempi “persi” al momento dell’erogazione delle prestazioni (citati dal 44,6%).

A fronte delle suddette aspettative della popolazione, una ulteriore survey promossa da C.R.E.A. con l’ANDOS, che ha raccolto risposte di circa 900 donne operate al seno, informa che quasi il 90% riesce a effettuare i controlli nei tempi previsti, ma meno della metà ha le prestazioni prenotate direttamente dalla struttura che la segue; il rispetto dei tempi è ottenuto con una rilevante quota di pazienti (27%) che ricorre a prestazioni a pagamento privato: un “fai da te” che si ritiene spieghi come mai, malgrado i problemi di

finanziamento e di razionamento implicito, i risultati di salute italiani sono fra i migliori nel mondo; d'altra parte, in una logica di *One Health*, fra i determinanti della Salute, i servizi sanitari si stima pesino meno del 20 per cento.

In definitiva, il SSN è nato per rispondere in primis ai bisogni clinici legati alle acuzie; da un ventennio circa sta cercando di adeguarsi alla necessità di potenziare la presa in carico della cronicità, ma senza cogliere l'esigenza di rivedere alcuni principi, quale quello dell'appropriatezza, la cui definizione appare molto più complessa in contesti "liquidi", come quello della presa in carico della cronicità, ancor di più a fronte della "ibridazione" con i bisogni sociali.

Cosa fare

Pur mantenendo fermo l'obiettivo di salvaguardare, ed anzi rendere più efficace e sostenibile, la tutela pubblica della Salute, il C.R.E.A. ritiene che alcune revisioni siano improcrastinabili.

Certamente Universalismo, Globalità, Equità, Umanizzazione, Appropriatezza ed Efficienza rimangono principi validi, da salvaguardare, per il raggiungimento dei quali vanno aumentati gli sforzi.

Non di meno la Globalità delle risposte va estesa: dal percorso strettamente clinico (dalla prevenzione al fine vita) a quello "ibrido", che ricomprende più in generale i bisogni sociali. L'integrazione sociosanitaria è di fatto una chimera: sarebbe opportuno che tutte le risorse venissero riassunte sotto una unica *governance*, trasformando il servizio sanitario in un "servizio per le prestazioni di tutela in natura".

Anche l'umanizzazione va meglio definita: ad esempio, sulla base delle ragioni di insoddisfazione espresse della popolazione, si auspica che diventi un diritto della popolazione quello di avere servizi che oltre ad essere di alta qualità clinica, garantiscano l'impegno a minimizzare l'impatto della malattia sulla quotidianità dei pazienti e delle loro famiglie.

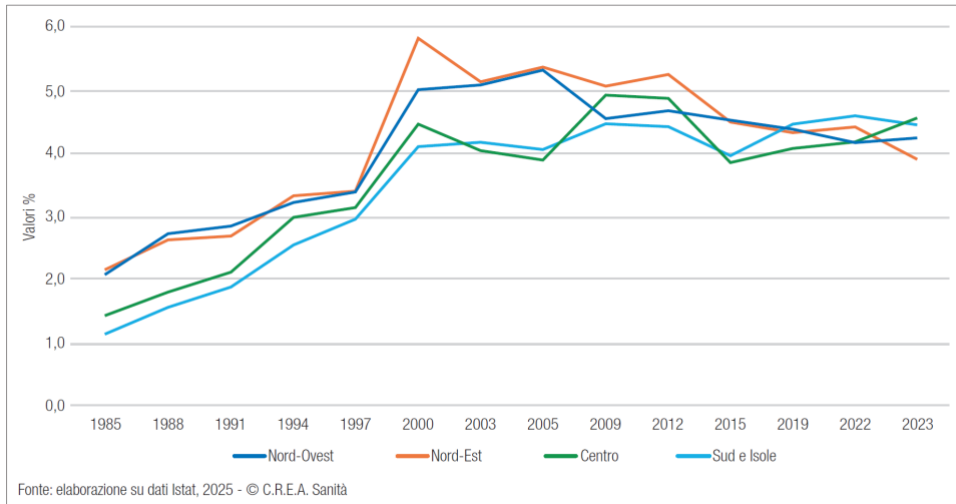
Andrebbe aggiunto un principio che estenda il perimetro della tutela della salute in una logica "*One Health*": questo richiede in primo luogo che sia definita una esplicita *governance* nazionale per il coordinamento delle politiche in una logica "*One health*" e che si recuperi l'insegnamento della pandemia di Covid-19 riguardante l'impatto della Salute sullo sviluppo economico: quest'ultimo implica la necessità di coordinamento delle politiche assistenziali con quelle economiche e industriali. In altri termini è necessario un cambio di paradigma per le politiche sanitarie (e in particolare per la regolamentazione pubblica), che devono essere sempre più declinate in termini di Sistema Salute piuttosto che di Servizio Sanitario.

Infine, anche l'appropriatezza va ridefinita, affinché sia declinabile nei contesti di presa in carico delle cronicità: una sua declinazione strettamente clinica ha ormai poco significato a fronte della crescente multidimensionalità delle risposte; ne segue che le aspettative della popolazione sono sempre più ampie e, quindi, vanno prese in considerazione, ovviamente definendone la meritorietà sociale.

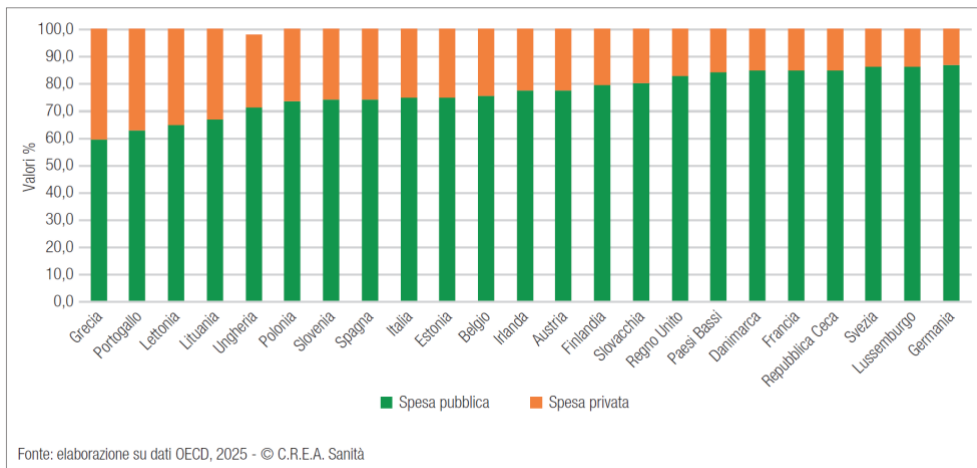
Come è noto, l'appropriatezza è a fondamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e quindi la sua ridefinizione deve "fare i conti" con le risorse disponibili. Da questo punto di vista diventa essenziale (in primis per rispetto del principio di equità) che, dove necessario, si passi da un razionamento implicito ad uno esplicito: la definizione dei criteri è appannaggio della politica, ma si suggerisce, sulle base delle evidenze di "discriminazione" sofferta dalle quote di popolazione più deprivate, che una prioritizzazione in base all'impatto economico delle cure sui bilanci familiari dovrebbe essere fra i principi guida (malgrado il problema della non credibilità dei dati fiscali di cui soffre il Paese).

Ovviamente il razionamento esplicito è una scelta politicamente difficile e, per questo, si auspica che si possano creare condizioni per un superamento dell'attuale staticità dell'intervento pubblico, inaugurando una nuova fase costituente, ispirata a quella che portò all'istituzione del SSN.

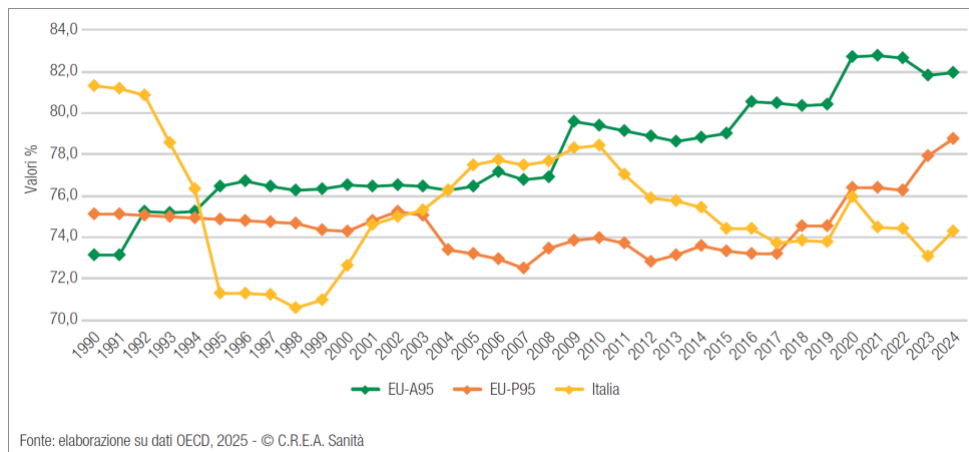
Incidenza della spesa sanitaria out of pocket sui consumi familiari per area geografica



Composizione della spesa sanitaria. Anno 2024



Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Indice di Performance, HRQoL e soddisfazione dei cittadini

