

Dentro Osservasalute 2016

La fotografia del Servizio sanitario nazionale

Sale la spesa sanitaria pubblica pro capite, ma resta più bassa che in altri Paesi - Timida salita della spesa sanitaria pubblica, nel 2015 ammonta a 1838€ pro capite. Nel 2014, la spesa era di 1.817. Segna, così, non solo un arresto del trend in diminuzione dal 2010, ma una leggera inversione di tendenza. Ciò nonostante, l'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) pone l'Italia tra i Paesi che spendono meno, tra i 32 dell'area OCSE, in termini pro capite. L'Italia si posiziona all'estremo inferiore dei valori pro capite insieme a Paesi per lo più dell'Europa dell'Est.

La spesa pro capite più alta si registra nella PA di Bolzano (2.255€) e la più bassa in Calabria (1.725€). Il *gap* è di 530€.

Spesa privata dei cittadini per la salute in aumento, specie al Sud - Nel periodo 2001-2014, la spesa sanitaria privata pro capite è cresciuta passando da 449,3€ a 553,1€ con un incremento medio annuo dell'1,61%. Il suo valore è, comunque, inferiore rispetto ai valori degli altri Paesi dell'Unione Europea con sistema sanitario pubblico.

Tutte le regioni del Sud e le Isole incrementano la spesa sanitaria privata con valori che oscillano fra +1,74% annui in Campania e +3,53% annui in Basilicata. Le regioni del Centro-Nord, invece, presentano incrementi mediamente più contenuti.

Tali differenze sono, certamente, attribuibili alla diversa propensione dei cittadini a orientarsi al mercato privato piuttosto che al pubblico, ma possono anche essere determinate da organizzazioni dei servizi pubblici non coerenti con i bisogni della popolazione o non sufficienti alla domanda di prestazioni espressa. È, quindi, raccomandabile, rilevano gli autori, una maggiore attenzione da parte delle regioni a tale fenomeno e alla correlata modalità di utilizzo delle risorse finanziarie pubbliche in ambito sanitario al fine di perseguire l'obiettivo prioritario di salvaguardare e/o migliorare lo stato di salute dei propri cittadini anche attraverso la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza uniformemente in tutto il territorio. Tutto ciò per evitare che la spesa privata svolga un ruolo sostitutivo anziché integrativo, come dovrebbe, invece, essere in un sistema sanitario a fiscalità generale.

Disavanzo in aumento - Il disavanzo sanitario nazionale appare in aumento e ammonta a un miliardo e 202 milioni di euro nel 2015. Nel 2014, il disavanzo ammontava a circa 864 milioni di euro, in netta diminuzione rispetto al 2013 (1,744 miliardi di euro). Per la prima volta dal 2005, pertanto, il disavanzo risulta superiore a quello dell'esercizio precedente (928 milioni di euro nel 2014).

Ciò per effetto di un leggero incremento dei costi (+0,3%), quasi interamente imputabile ai prodotti farmaceutici (farmaci erogati nel corso dei ricoveri ospedalieri, nonché distribuzione diretta e per conto), a fronte di un finanziamento effettivo sostanzialmente immutato.

Anche a livello pro capite, il disavanzo nazionale 2015 (20€) è superiore a quello 2014 (15€), ma inferiore a quelli registrati in ciascuno degli altri anni considerati (2001-2013).

Negli anni scorsi si è evidenziato come l'equilibrio conseguito da molte regioni fosse ancora relativamente fragile, per almeno due motivi: da un lato, è espresso da sistemi contabili che non sono ancora pienamente attendibili e che, peraltro, guadagnando attendibilità, potrebbero far emergere ulteriori disavanzi pregressi; dall'altro, è stato largamente raggiunto tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento dei consumi sanitari) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre ulteriori risparmi. L'inversione di tendenza registrata nel 2015, seppur di dimensioni mediamente contenute, potrebbe pertanto segnalare che le politiche di contenimento dei costi attuate negli ultimi anni stanno esaurendo le proprie potenzialità.

Tecnologie in sanità, l'Italia tra le più fornite - Nel panorama internazionale l'Italia si posiziona tra i primi Paesi in termini di composizione del parco tecnologico e di disponibilità totale di apparecchiature TAC e TRM per milione di abitanti, confermando, anche attraverso gli investimenti fatti in tecnologia "di punta", di meritare il *ranking* elevato che viene assegnato al nostro SSN dagli osservatori internazionali.

Per quanto riguarda la PET, invece, l'Italia è al di sotto sia del benchmark internazionale sia di quello suggerito dalla letteratura scientifica, pari ad almeno 1 apparecchiatura PET per milione di abitanti.

È necessario favorire un riequilibrio territoriale nella disponibilità di queste apparecchiature pesanti, in particolare di quelle innovative come la PET, andando a verificare in modo congiunto anche il grado di obsolescenza del parco tecnologico.

Nell'ambito delle singole regioni sarebbe opportuno, invece, andare ad analizzare come siano state allocate le risorse utilizzate e gli investimenti realizzati in tecnologie. Tale ricognizione risulta utile anche per verificare se il principio di efficienza, che tra l'altro è alla base del calcolo dei costi standard, venga rispettato.

Si continua a ridurre la spesa per il personale sanitario - L'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di 0,8 punti percentuali tra il 2013-2014, passando dal 32,2% al 31,4%; si conferma il trend già osservato tra il 2010-2013. Il contenimento della spesa si è registrato, prevalentemente, nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia). In questo gruppo di regioni, tuttavia, la situazione non è omogenea. Infatti, 3 regioni (Lazio, Campania e Molise) presentano nel biennio di riferimento valori inferiori al dato nazionale, mentre altre 3 regioni (Abruzzo, Calabria e Sicilia) presentano valori costantemente superiori al valore Italia.

Nel 2014, la spesa per il personale ammonta a oltre 35 miliardi di euro, il 31,4% della spesa sanitaria totale, e fa registrare, nel periodo 2010-2014, una riduzione pari all'1,6% medio annuo, a fronte di una riduzione media annua della spesa sanitaria dello 0,5%; e l'aggregato di spesa del SSN che, insieme alla farmaceutica convenzionata, ha subito i maggiori tagli tra il 2010-2014. La diminuzione della spesa è sostanzialmente il risultato delle politiche di blocco del *turnover* attuate dalle regioni sotto Piano di Rientro e delle misure di contenimento della spesa per il personale, portate avanti autonomamente anche dalle altre regioni.

Scende la mortalità riconducibile ai servizi sanitari, ma ancora troppe disparità tra Nord e Sud - Rispetto al biennio 2010-2011, negli anni 2012-2013 il tasso standardizzato di *amenable mortality* è passato da 75,14 a 72,93 per 100.000, pari a una diminuzione del 3,03%. Le regioni con il più forte decremento sono la Valle d'Aosta (-14,74%), la PA di Trento (-10,59%) e il Molise (-10,14%), mentre le regioni con il decremento più lieve sono il Lazio (-0,50%) e la Calabria (-0,54%). Unica eccezione in Italia è l'Umbria, il cui tasso è salito da 65,75 a 68,31 per 100.000 (+3,90%). La mortalità è inferiore al valore nazionale (72,93 per 100.000) in 8 regioni: Lombardia, PA di Bolzano,

PA di Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche. Valori significativamente superiori al dato nazionale si registrano, invece, in 5 regioni: Piemonte, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia. I valori più bassi e più alti si registrano, rispettivamente, nella PA di Trento (57,47 per 100.000) e in Campania (91,32 per 100.000). Questo *pattern* geografico ricalca fedelmente quello del biennio 2010-2011.

L'OCSE ha introdotto la mortalità riconducibile ai servizi sanitari nel *core* delle misure per la valutazione della *performance* dei servizi sanitari dei Paesi aderenti e diversi studi statunitensi, italiani, spagnoli, ungheresi, israeliani e finlandesi hanno analizzato questo indicatore per valutare l'efficacia e l'equità dei servizi sanitari a livello nazionale e subnazionale. Nonostante questo dato positivo, i risultati relativi all'ultimo biennio disponibile confermano ancora una volta che le regioni centro-settentrionali hanno una *performance* dei servizi sanitari generalmente migliore rispetto alle regioni meridionali. Tale evidenza, unita al fatto che

l'amenable mortality contribuisce fortemente alle differenze di mortalità prematura per tutte le cause tra Nord e Sud ed Isole (la mortalità *amenable* contribuisce per il 40,7% alle differenze tra i livelli di mortalità prematura del Sud e del Nord, e per il 33,7% alle differenze tra il Sud e il Centro Italia. Con mortalità prematura si intendono i decessi in età inferiore ai 75 anni - Fonte Fantini MP, Lenzi J, Franchino G, et al. La mortalità riconducibile ai servizi sanitari e le disuguaglianze di salute nelle regioni italiane (Epidemiol Prev 2014;38:100-107), suggerisce che molti sforzi devono essere ancora fatti per migliorare l'assistenza e l'equità nell'accesso ai servizi e per ridurre le disuguaglianze di salute tra le regioni.

Una conclusione poco consolante: è a rischio la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

«Per quanto riguarda la sostenibilità finanziaria molto di quello che accadrà dipenderà dagli scenari della cronicità e cioè se si verificherà l'espansione della morbidità a causa dell'aumento della sopravvivenza media della popolazione, (secondo questa ipotesi gli anni di vita guadagnati sarebbero trascorsi in cattiva salute)» **ribadisce il dottor Alessandro Solipaca**, direttore Scientifico dell'Osservatorio.

Le ultime previsioni sulla spesa sanitaria effettuate dal Ministero dell'Economia e Finanza, Ragioneria Generale dello Stato (RGS) stimano che l'incidenza della spesa pubblica sul PIL, nel 2025, sarà pari a circa il 7,2%, nel 2035 al 7,6% e raggiungerà l'8,3% nel 2060.

A questo quadro di spesa vanno aggiunte le risorse destinate all'assistenza di lungo periodo agli anziani non autosufficienti che, oggi, assorbono solo l'1,9% del PIL; la RGS per questa tipologia di spesa, sempre nell'ambito dello scenario legato all'invecchiamento, prevede un aumento di tale quota che si attesterebbe, nel 2025, a circa il 2%, nel 2035 al 2,3% e raggiungerebbe quasi il 3,3% nel 2060.

La sostenibilità delle attuali condizioni di salute della popolazione si gioca sulla capacità del sistema di promuovere la salute attraverso efficaci interventi di prevenzione primaria e secondaria. Si tratta di interventi che rafforzano la capacità di resilienza della popolazione assistita, attraverso il miglioramento degli stili di vita e la protezione mediante vaccinazioni e screening.

La prevenzione di secondo livello presenta un quadro di luci e ombre: in crescita la quota di coloro che aderiscono ai programmi di screening, mentre risulta in calo quella che si sottopone ai vaccini, soprattutto tra gli anziani. Nel 2013, le persone invitate ai programmi di screening organizzato sono state: 3,7 milioni, 3,0 milioni e 4,4 milioni, rispettivamente per lo screening del cervicocarcinoma, del tumore della mammella e del tumore del colon-retto. Per quanto riguarda la prevenzione del cervicocarcinoma uterino, l'adesione agli screening (fascia di età 25-64 anni) passa, a livello nazionale, da 51,8% (triennio 2004-2006) a 69,5% (triennio 2010-2012). Nello screening mammografico, considerando la fascia di età 50-69 anni, si passa dal 54,3% (biennio 2005-2006) al 73,3% (triennio 2010-2012) e, infine, nel caso dello screening per il cancro del colon-retto dal 20,7% (biennio 2005-2006) al 53,1% (biennio 2011-2012).

Il dato sulla prevenzione vaccinale desta qualche preoccupazione, come testimonia la copertura media delle vaccinazioni obbligatorie (Poliomielite, Difterite, Tetano ed Epatite B) che, nel 2015, scende al 93,4%, valore al di sotto dell'obiettivo minimo stabilito dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale fissato al 95%. Ancor più preoccupante il trend della copertura vaccinale antinfluenzale osservato tra gli anziani ultra 65enni; infatti, nell'arco temporale 2003-2004/2015-2016 si è registrata una diminuzione passando dal 63,4% al 49,9%.

Il quadro relativo agli stili di vita e ai comportamenti finalizzati alla prevenzione mettono in evidenza la necessità di investire di più su questa tipologia di interventi. I dati di incidenza di alcune patologie tumorali prevenibili palesano alcune criticità e prospettano un quadro preoccupante per il futuro in assenza di politiche efficaci.

Dal 2010 al 2015 si è osservato, per il tumore al polmone, un aumento dell'8,1% (18,4 per 100.000 vs 19,9 per 100.000) nelle donne e una diminuzione del 13,2% (64,3 per 100.000 vs 55,8 per 100.000) negli uomini; per il tumore del colon-retto, invece, si è registrato un aumento del 2,0% (69,0 per 100.000 vs 70,4 per 100.000) negli uomini e una riduzione dell'1,8% (38,5 per 100.000 vs 37,8 per 100.000) nelle donne. Inoltre, per quanto riguarda il genere femminile, considerando sempre l'arco temporale 2010-2015, si è evidenziato un aumento del 5% (112,7 per 100.000 vs 118,4 per 100.000) per il tumore della mammella e una riduzione del 20,4% (4,4 per 100.000 vs 3,5 per 100.000) per il tumore della cervice uterina. I dati appena descritti si riferiscono a patologie tumorali prevenibili, pertanto possono essere letti come un fallimento del sistema che lascia intendere che molta strada va ancora fatta, sia per migliorare le condizioni di salute generale e sia per conservare quanto di buono e stato già fatto in passato.

«I persistenti divari sociali e territoriali che caratterizzano il nostro SSN non costituiscono solo un problema di natura esclusivamente etica, ma un nodo cruciale che potrebbe avere effetti sulla sostenibilità politica del nostro *welfare*» spiega il dottor Solipaca. «In Italia, la classe sociale medio-alta sopporta una pressione fiscale molto elevata a fronte di servizi non sempre soddisfacenti, sia qualitativamente che quantitativamente. Tale circostanza potrebbe spingere questa classe sociale a chiedere una privatizzazione del settore. Le classi sociali meno abbienti, come già documentato, invece, mostrano peggiori condizioni di salute e restano ai margini del sistema poiché, spesso, non riescono ad accedere alle cure pubbliche e sono costrette a rinunciare non potendo permettersi la sanità privata».

Lo scenario che si potrebbe prospettare in futuro, in caso di ulteriori contrazioni della sanità pubblica, comporterebbe, per questa fascia di popolazione, un ulteriore peggioramento, sia in termini di accessibilità sia di salute, difficilmente sostenibile sul piano sociale. In altre parole, si potrebbero aggravare le disuguaglianze sociali con conseguente aumento dell'insoddisfazione, spingendo le preferenze dei cittadini in direzioni opposte a seconda del ceto di appartenenza: una verso una privatizzazione del settore, l'altra verso un impegno maggiore del settore pubblico.

A complicare il quadro l'elevato livello di evasione ed elusione che rende il sistema fiscale fortemente iniquo, contribuendo ad alimentare le criticità appena riferite. «Le sfide che il Ssn dovrà affrontare sono di varia natura – **conclude il professor Walter Ricciardi** - e riguardano da un lato l'efficienza della spesa, dall'altro l'esigenza di approntare politiche finalizzate a potenziare gli strumenti di prevenzione e a migliorare l'equità del sistema. Un passo importante è stato fatto, di recente, con l'approvazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza che definiscono con maggiore dettaglio le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini dal SSN. Il Decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza rappresenta un primo passo verso la modernizzazione, con il quale si prende atto dell'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie, e nello stesso tempo si potenzia l'attività di prevenzione».