



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

01.2012

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

Il Futuro del Sistema Sanitario Nazionale
tra sfide da vincere
e inefficienze da eliminare.

Autore

Vincenzo Atella

Direttore scientifico della Fondazione Farmafactoring

Introduzione

Il problema del contenimento della spesa sanitaria pubblica e della corretta allocazione delle risorse per il suo finanziamento è da tempo nelle agende di tutti i policy makers. L'interesse per questi due temi è principalmente dettato da due fattori. Da un lato una popolazione sempre più anziana che, in virtù anche della maggiore longevità, richiede maggiori cure per periodi sempre più lunghi (nel 2030, a livello mondiale, il numero di persone sopra gli 85 anni dovrebbe essere il doppio dell'attuale). Dall'altro, il progresso tecnologico che rende disponibili, anno dopo anno, tecniche e terapie sempre migliori che aiutano nella diagnosi e nella cura delle malattie, permettendo, cosa non trascurabile, una migliore qualità della vita. In un tale contesto, il problema principale per i policy-makers è come fare a conciliare queste tendenze rispettando la sostenibilità finanziaria del sistema. Su questi temi la discussione va avanti sin dai primi anni '90, cercando di capire quale potrà essere l'andamento futuro della spesa in sanità e quali gli interventi migliori per contenerne la crescita.

A fronte di un maggiore utilizzo dei servizi sanitari e di una non altrettanto crescente disponibilità di risorse finanziarie, negli anni si è assistito sempre più a discussioni sulla corretta allocazione delle scarse risorse disponibili in modo da soddisfare i reali bisogni di salute della popolazione, evitando, per quanto possibile, allocazioni inefficienti. A tal riguardo, il caso italiano sembra essere uno dei più indicativi. Infatti, l'Italia è uno dei paesi con una quota di popolazione anziana tra le più alte al mondo (ed in crescita) e che in futuro richiederà sempre di più cure nuove e più efficaci. Al tempo stesso, l'Italia è anche uno dei paesi in cui la situazione della finanza pubblica è tra le più delicate, con un rapporto debito su PIL tra i più alti al mondo. L'insieme di questi due fattori porta quindi l'Italia a essere uno di quei paesi in cui il vincolo finanziario sarà tra i più stringenti. A maggior ragione, questo impone che le risorse disponibili siano utilizzate in modo corretto, evitando ogni possibile spreco o inefficienza.

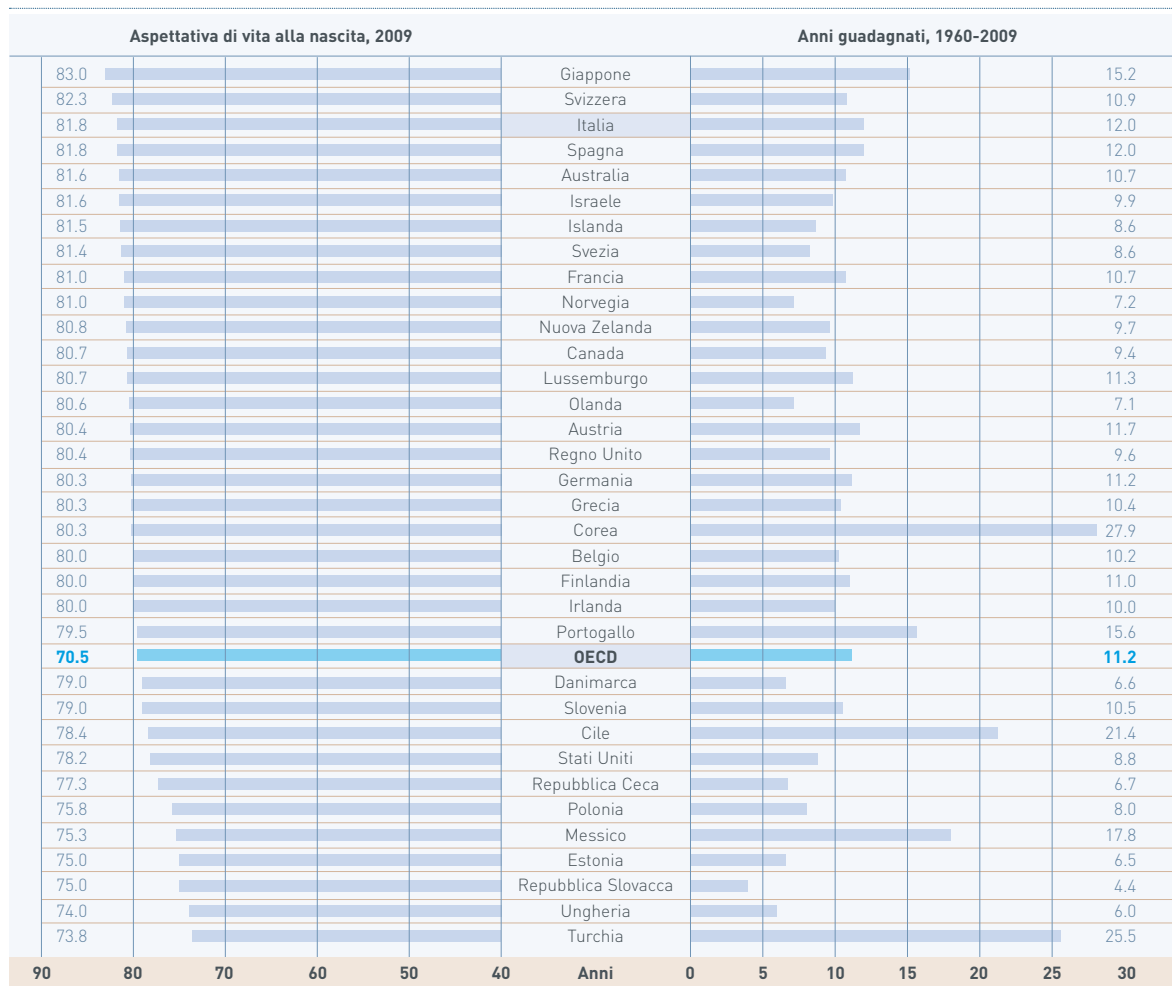
L'eliminazione di sprechi ed inefficienze è uno degli obiettivi principali da perseguire per riuscire a garantire nei prossimi anni l'erogazione di servizi sanitari attraverso un sistema sanitario che è riconosciuto essere tra i migliori al mondo, sia per qualità delle cure che per costi unitari, e che ha ancora ampi margini di miglioramento se solo si riuscisse a ridurre la ampia eterogeneità dei livelli di qualità delle cure erogate a livello territoriale.

Nelle pagine che seguono viene presentata una breve panoramica del sistema sanitario nazionale (SSN) in comparazione con quello di altri paesi in termini di health outcomes raggiunti e di livelli di spesa. Questo ci permetterà di capire meglio quali sono i punti di forza e di debolezza del SSN e conoscere le sfide che lo attendono nei prossimi anni, soprattutto in termini di sostenibilità finanziaria. Al tempo stesso, potremo anche capire meglio quali sono le direttrici sulle quali i policy makers dovrebbero maggiormente concentrarsi ed investire per permettere al paese di vincere tale sfida e imporsi a livello internazionale come modello da seguire.

I livelli di *health outcomes* del SSN italiano: una comparazione internazionale.

L'Italia è uno fra i paesi al mondo in cui si vive più a lungo. Le classifiche compilate dalle agenzie internazionali non sono sempre concordi nell'assegnare la posizione d'ordine dell'Italia, ma la conclusione è robusta. I dati più recenti, diffusi nel 2010 dal Global Health Observatory dell'OMS, collocano l'Italia al quarto posto, alle spalle di Giappone, Svizzera e Australia, in una lista che conta oltre duecento paesi (vedi figura 1). Dal 1960 a oggi l'aspettativa di vita della popolazione italiana è aumentata di oltre 10 anni, riflettendo l'andamento di tassi di mortalità in forte calo.

Figura 1. Aspettativa di vita alla nascita



Inoltre, il trend secolare riportato nella *figura 2* mostra un progresso che per alcuni versi ha dell'incredibile e che può essere annoverato come uno dei casi di maggior successo della storia moderna e contemporanea dell'Italia.

Infatti, secondo quanto riportato da *Atella et al.* (2011), la *figura 2* mette in luce alcuni aspetti che meritano un commento. L'essere oggi al vertice della classifica per l'aspettativa della vita non deve far dimenticare quando 150 anni fa la nostra speranza di vita era inferiore ai 30 anni, non molto distante da quella dell'antica Roma (intorno ai 25 anni), ed esprimono bene l'idea di quanto le condizioni di vita nel 1861 fossero più simili a quelle prevalenti due millenni addietro che non a quelle rilevate oggi, a distanza di «appena» centocinquant'anni. Per fare un confronto con la situazione di oggi, secondo i calcoli dell'OMS, nei paesi più poveri del pianeta - tutti localizzati nell'Africa subsahariana - la speranza di vita alla nascita è oggi intorno o superiore a 40 anni.

L'Italia è un paese in cui si vive a lungo e con un ottimo sistema sanitario nazionale secondo la classifica del WHO.

Figura 2. Aspettativa di vita alla nascita in Italia: il trend secolare

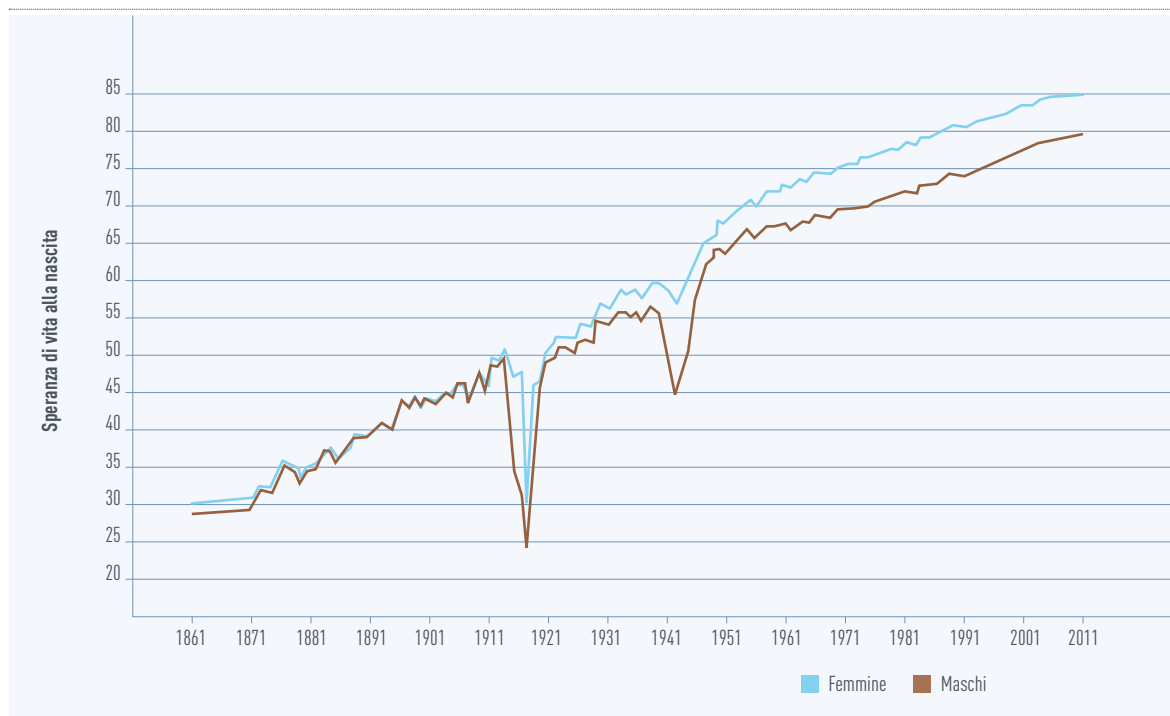
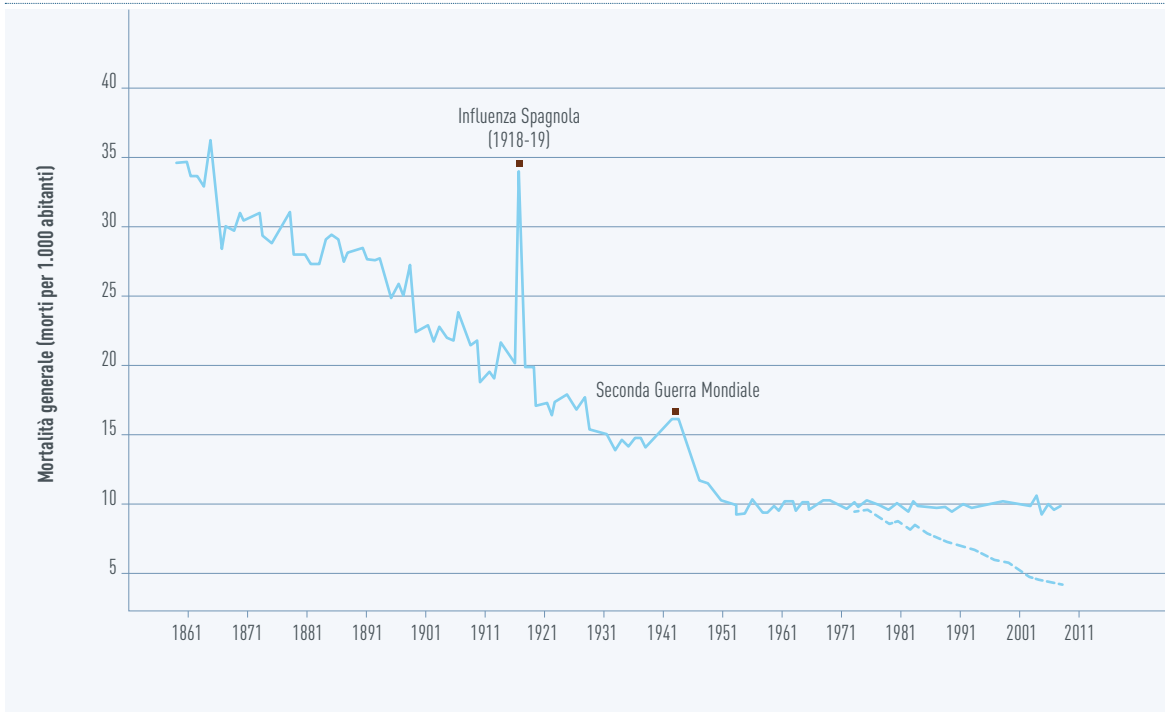


Figura 3. La mortalità in Italia, 1863-2007



Fonte: Atella, Francisci e Vecchi, 2012

Guardando il problema dal lato opposto della mortalità, secondo i dati forniti dall'ultimo Rapporto sulla Situazione Sanitaria del Paese 2011, redatto dal Ministero della Salute, nel periodo che va dal 2001 al 2008 (ultimo anno disponibile) sebbene il numero assoluto dei decessi sia aumentato, passando da 556.892 casi del 2001 a 581.470 del 2008, il tasso standardizzato di mortalità evidenzia, invece, un notevole declino: -13% per gli uomini e -11% per le donne. Questi dati confermano il trend decrescente secolare che si può vedere nella *figura 3*, dove la linea continua rappresenta il tasso grezzo di mortalità (morti per 1.000 abitanti) e quella tratteggiata il tasso *standardizzato* per età (morti per 1.000 abitanti, stima aggiustata per tener conto della struttura per età della popolazione), disponibile solo dal 1970. La mortalità standardizzata permette di evidenziare i miglioramenti dello stato di salute della popolazione anche nei periodi più recenti, quando l'invecchiamento della popolazione italiana tende a mascherarli (come si capisce dall'aumentato numero di decessi tra il 2001 ed il 2008).

Anche l'analisi della mortalità infantile dal 2001 al 2008 mostra un andamento del fenomeno in continua diminuzione, con una riduzione nel periodo del 22% per i maschi e del 24% per le femmine. Il numero di decessi nel primo anno di vita per i maschi passa da 1.370 nel 2001 a 1.108 nel 2008 e per le femmine, rispettivamente, da 1.112 a 889 casi, nonostante un aumento del numero di nati vivi nel periodo. Le variazioni del tasso di mortalità infantile sono ancora più consistenti: passando nei maschi da 4,92 per 1.000 nati vivi del 2001 a 3,79 del 2008 e nelle femmine da 4,21 a 3,21.

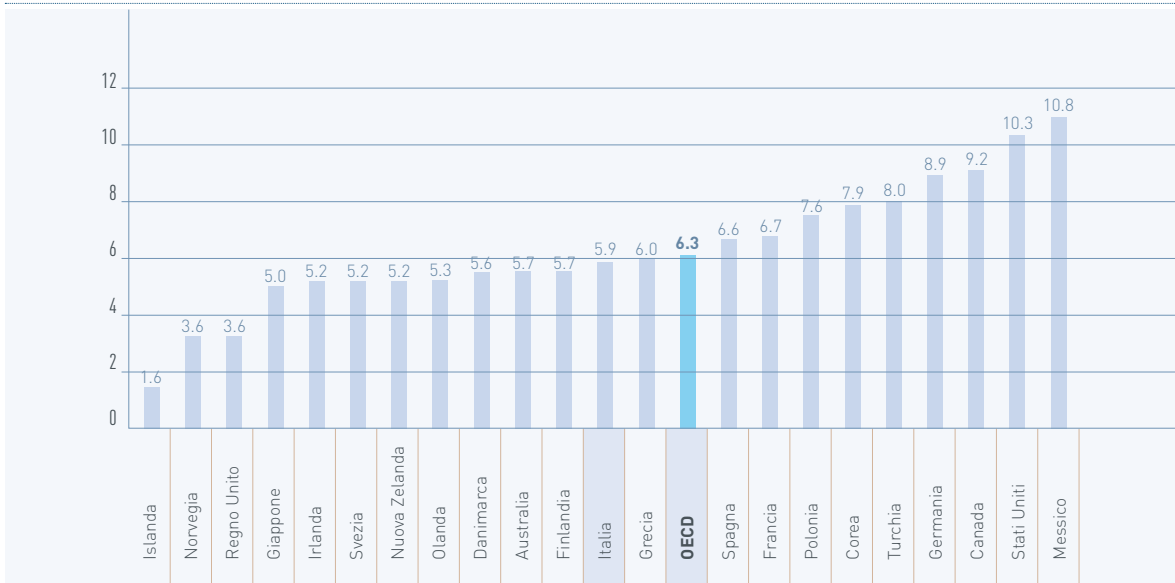
Tornando al confronto con altri paesi, secondo gli ultimi dati pubblicati dall'OCSE (2011), in Italia il tasso di mortalità ospedaliera nei 30 giorni successivi al ricovero per infarto acuto del miocardio è più basso della media OCSE (3.7% contro 5.4% nel 2009). Lo stesso dicasi nel caso di mortalità ospedaliera a seguito di ictus ischemico (3.4% contro una media OCSE del 5.2%) o emorragico (17.6% contro una media OCSE del 19.0%).

È chiaro che il dato sintetico espresso dalla migliore aspettativa di vita riportata dagli italiani nei confronti di altri paesi è il risultato di una vasta e complessa serie di caratteristiche che attengono allo stato di salute della popolazione. Pertanto, analizzare tali indicatori di *health outcomes* è importante per capire da dove nascono le differenze tra i vari paesi in termini di mortalità ed aspettativa di vita, ma soprattutto, è importante perché tali indicatori sono anche degli ottimi predittori della spesa sanitaria e, quindi del livello di sostenibilità finanziaria del nostro SSN. Ad esempio, nella *figura 4* sono riportate le stime della prevalenza del diabete per individui tra i 20 ed i 79 anni in vari paesi del mondo. Sebbene tali prevalenze stiano aumentando in modo considerevole (anche e soprattutto nei paesi in via di sviluppo), a causa dell'invecchiamento della popolazione e del cambiamento degli stili di vita, la situazione italiana rimane ancora una delle meno gravi, con una prevalenza di circa il 6.0%, al di sotto della media OCSE e ben al di sotto di quella di paesi più ricchi del nostro. Sempre nel caso del diabete, dalla *figura 5* è possibile constatare che i pazienti diabetici italiani sono trattati meglio (prevenzione primaria) che non in altri paesi, dovendo ricorrere meno ai ricoveri in ospedale per complicanze.

I ricoveri ospedalieri evitabili per complicanze da asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) sono molto più bassi in Italia rispetto alla media OCSE. Nel caso dei ricoveri per asma, il tasso in Italia è stato di 19 per 100.000 adulti nel 2009, meno della metà della media OCSE (52 per 100.000). Per la BPCO, è stato di 126 per 100.000 adulti (media OCSE 198), e per il diabete non controllato 33 (media OCSE pari a 50). Tutto ciò indica l'esistenza di un sistema sanitario in grado di curare bene i suoi cittadini.

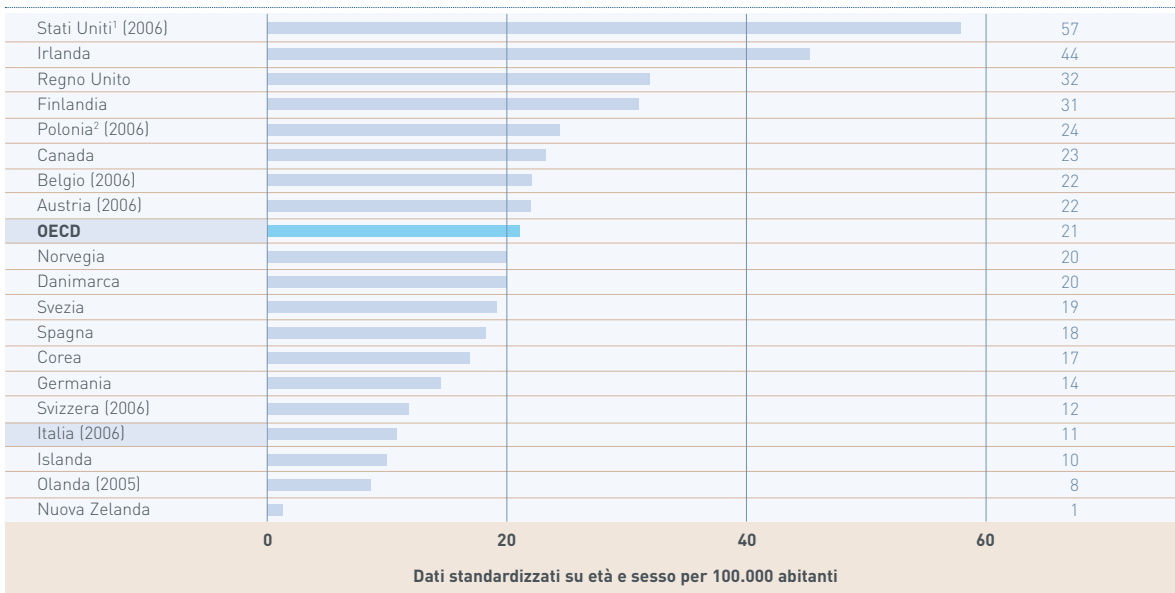
La mortalità infantile è in continua diminuzione, a livelli tra i più bassi al mondo.

Figura 4. Stime della prevalenza del diabete, Adulti 20-79 anni, 2010



Nota: I dati sono standardizzati sull'età riferita alla popolazione standard mondiale.
Fonte: International Diabetes Federation (IDF) (2009), "Diabetes Atlas, 4th edition".

Figura 5. Tassi di ammissione in ospedale per complicazioni da diabete, Pazienti 15+, 2007



1. Non esclude completamente i casi di Day Hospital.
2. Include i trasferimenti da altri ospedali, cosa che fa aumentare marginalmente i tassi.
Fonte: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009 (OECD).

Ovviamente, i migliori risultati dipendono anche dal tipo di popolazione che insiste su una certa area: una popolazione più sana sarà di per sé una popolazione più facile da curare e costerà meno. Ad esempio, sul fronte dell'obesità la situazione italiana è migliore rispetto a quella di altri paesi *(vedi figura 6)*, anche se negli ultimi anni i tassi di crescita sono risultati piuttosto allarmanti, soprattutto tra i giovani. Dallo studio IDEFICS (identificazione e prevenzione di effetti dietetici e stile di vita indotti in giovani e bambini) condotto dalla commissione europea, i nostri giovani, in particolare quelli compresi nella fascia d'età tra i 6 e i 9 anni, detengono in Europa il triste primato per sovrappeso e obesità, registrando un aumento del 2,5% ogni 5 anni. Secondo alcune stime, nel 2025 il 43% degli italiani potrebbe essere obeso. Una pandemia che già oggi sembrerebbe costare al SSN oltre otto miliardi di euro, corrispondenti a circa il 6,5% della spesa pubblica complessiva.

Situazioni simili si hanno per quanto riguarda i principali fattori di rischio cardiovascolari (livelli pressori, livelli di colesterolo, consumo di alcool e tabacco), con l'Italia che vede una popolazione molto più sana rispetto soprattutto ai paesi del nord Europa e a molti paesi emergenti. Relativamente alle popolazioni più giovani, la nostra situazione è più felice per quanto riguarda una serie di aspetti dello stile di vita. Ad esempio, abbiamo minori tassi di alcolismo *(vedi figura 7)* rispetto agli altri paesi, anche se i tassi di attività fisica sono più bassi (e questo giustifica gli aumenti di prevalenza di obesità tra gli adolescenti). Situazione simile si riscontra per l'uso di droghe, anche se questo fenomeno è stato in crescita negli ultimi anni.

In Italia il tasso di obesità tra i bambini e gli adolescenti è il più alto d'Europa.

Figura 6. Tassi di obesità in percentuale della popolazione

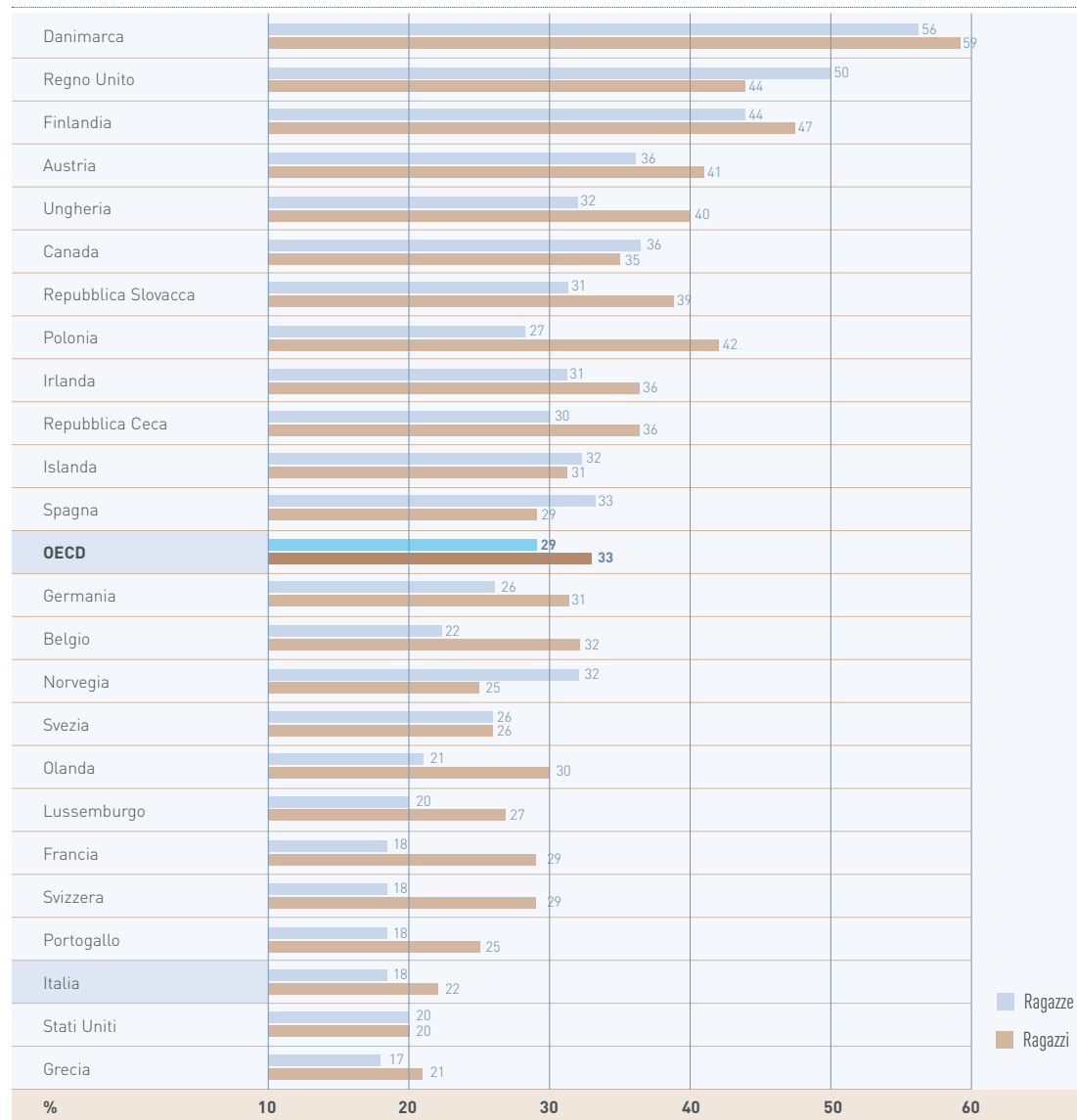


Information on data for Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

1. I dati sono basati su misurazione piuttosto che su altezza e peso riferiti dal paziente.

Fonte: OECD Health Data 2011.

Figura 7. Percentuale di quindicenni ubriachi almeno due volte nella loro vita

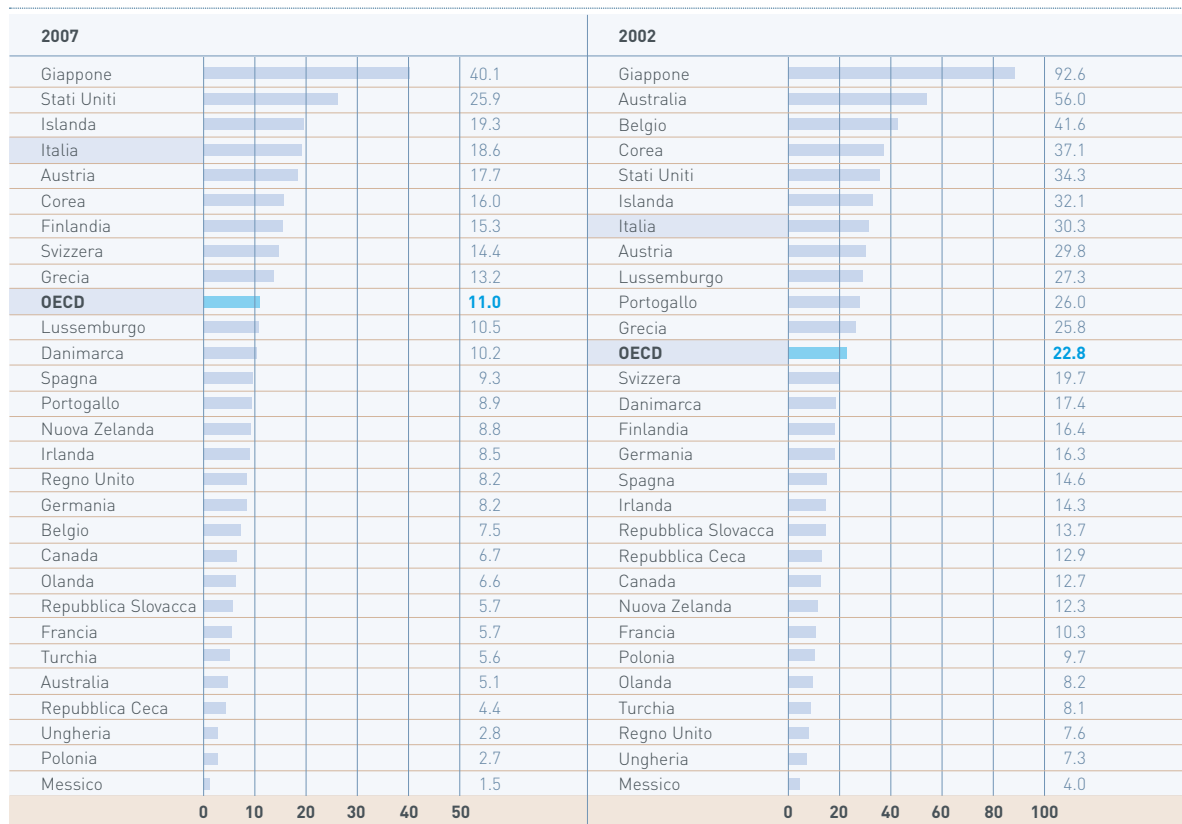


Fonte: HBSC Survey 2005-2006, Currie et al. (2008).

Quanto ci costa l'attuale stato di salute della popolazione italiana?

Al fine di poter valutare in modo corretto la bontà del nostro sistema sanitario rispetto agli altri paesi, è necessario capire quante risorse esso assorbe per generare tali risultati in termini di livelli di salute. Secondo i dati OCSE il nostro paese è sostanzialmente nella media per quanto riguarda l'utilizzo di input di produzione quali personale e capitale. In termini relativi facciamo un uso maggiore di personale medico rispetto a quello infermieristico, e siamo sicuramente tra i primi posti per l'utilizzo di tecnologie, come dimostrano i dati riportati nella *figura 8* (che, però, molto spesso sono usate in modo non appropriato, incidendo negativamente sui costi del sistema).

Figura 8. Numero di scanner per RM e TAC per milione di abitante: 2007 vs. 2002



Fonte: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

Guardando il problema dal lato della spesa (e quindi dei costi per l'utilizzo degli input di produzione), nel 2009 la spesa sanitaria italiana era allineata a quella della media OCSE come percentuale sul PIL, ma decisamente più bassa rispetto a quella dell'Europa a 15 (negli ultimi 9 anni la differenza è stata pari a 1,6 punti percentuali). Ciò vale anche per la spesa pro-capite, totale, che nel 2009 era di 3.137 e pubblica (2.443\$PPA contro 2.173 nel 2006). Tra il 2007 ed il 2009 la spesa sanitaria pubblica ha subito una crescita modesta, confermando così il deciso rallentamento del trend di crescita degli ultimi anni (dal 2001 al 2008 il tasso di crescita medio annuo della spesa pubblica è stato del 4,6% a fronte di un 8,1% nel periodo 1995-2001). Solo Spagna, Grecia e Portogallo spendono meno di noi in termini pro-capite.

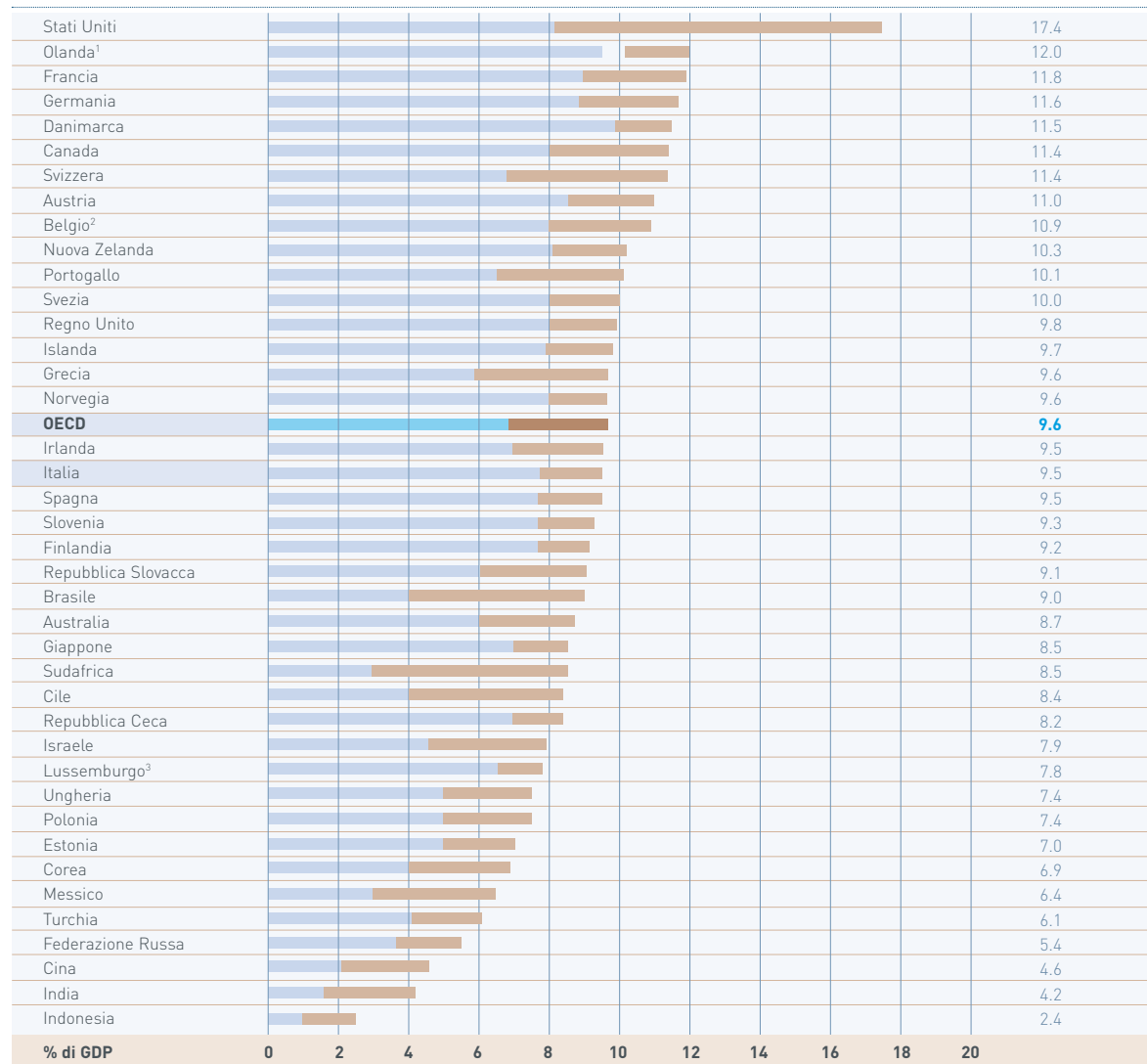
Il finanziamento pubblico è la scelta prevalente all'interno dell'area OECD, con l'Italia che si trova sopra la media dei Paesi OECD (nel 2009, 78% rispetto alla media OECD pari al 72%). Le stime per il 2009 evidenziano un leggero aumento della quota pubblica nazionale. Considerando un periodo temporale più ampio, si evince come in una prima fase, dal 1970 al 1980, quasi tutti i Paesi OECD considerati, abbiano visto aumentare la quota percentuale di spesa pubblica; successivamente, dal 1980 al 2007 la maggioranza dei Paesi OECD considerati ha registrato un andamento "altalenante". In Italia la quota pubblica di spesa è diminuita di circa 7 punti percentuali dal 1990 al 2000, ma ha poi registrato un aumento di 6 punti percentuali dal 2000 al 2009.

Quello che sicuramente colpisce è che, tra i paesi con un elevato finanziamento pubblico, l'Italia sia il paese con la più alta quota di spesa *out-of-pocket*, ovvero spesa privata non rimborsata da forme assicurative varie. A riprova della carenza di coperture assicurative private (volontarie o obbligatorie), l'intera area OECD (con qualche eccezione) ha registrato nell'ultimo decennio un aumento dell'incidenza della spesa *out of pocket* sul totale dei consumi delle famiglie. L'Italia registra una quota significativa di spesa *out of pocket*: nel 2009 essa raggiunge infatti l'89% della quota privata di finanziamento della spesa sanitaria, in netto aumento rispetto agli anni precedenti.

In Italia la quota di spesa sanitaria pubblica sul PIL è in linea con la media OCSE.

■ Pubblico
■ Privato

Figura 9. Spesa sanitaria nell'OCSE: in % del PIL - 2009



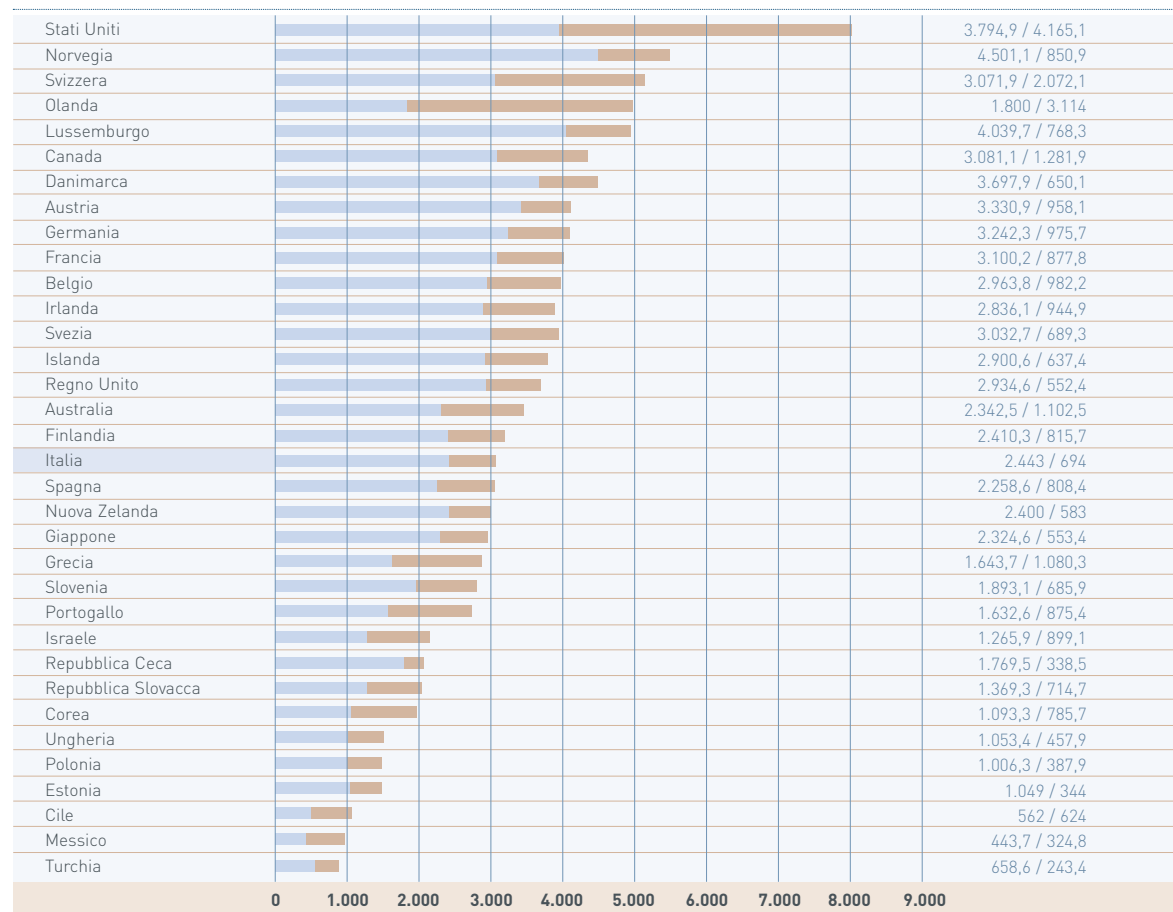
1. In Olanda non è possibile distinguere chiaramente tra la quota di investimenti pubblici e privati.

2. Spesa totale esclusi gli investimenti.

3. Spesa Sanitaria per la popolazione assicurata in relazione alla popolazione residente.

Fonte: OECD Health Data 2011; WHO Global Health Expenditure Database.

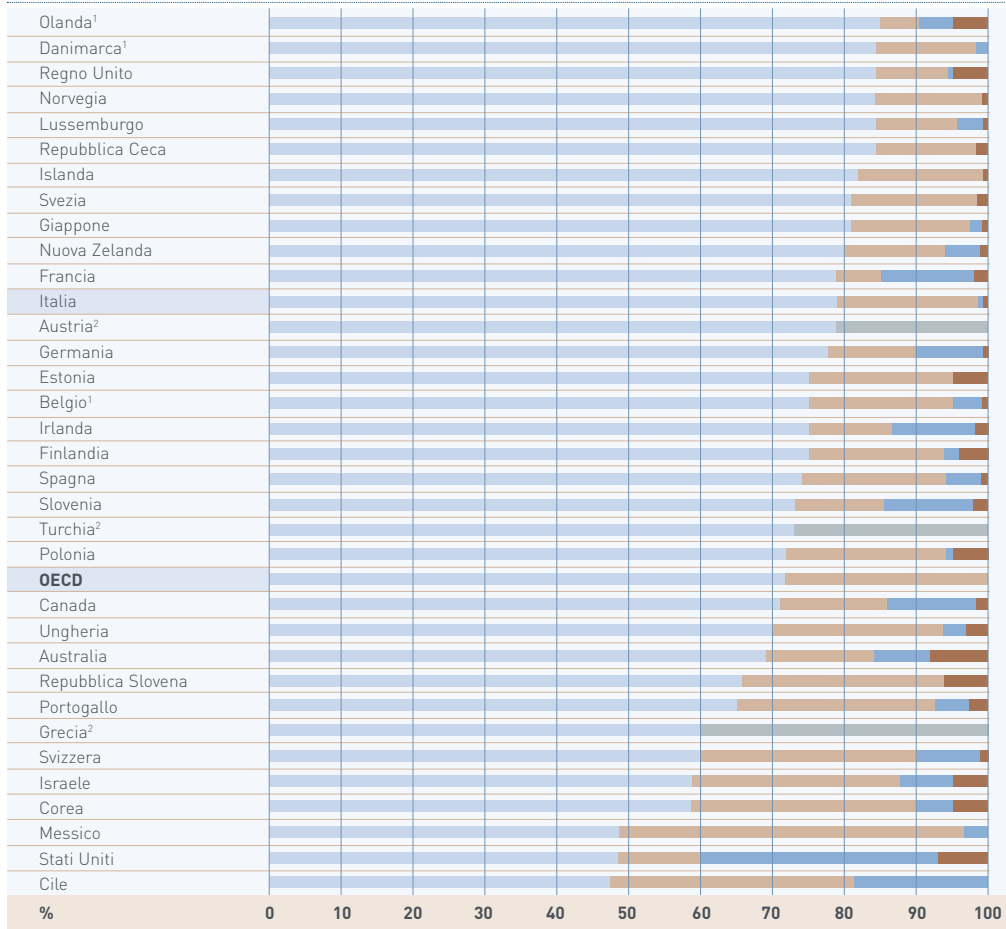
Figura 10. Spesa sanitaria nell'OCSE: Pro capite - 2009 - US\$ PPP



Fonte: OECD Health Data 2010.

■ Pubblico
■ Privato

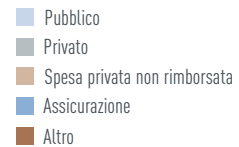
Figura 11. Spesa sanitaria per tipo di finanziamento, 2009



1. Spesa corrente.

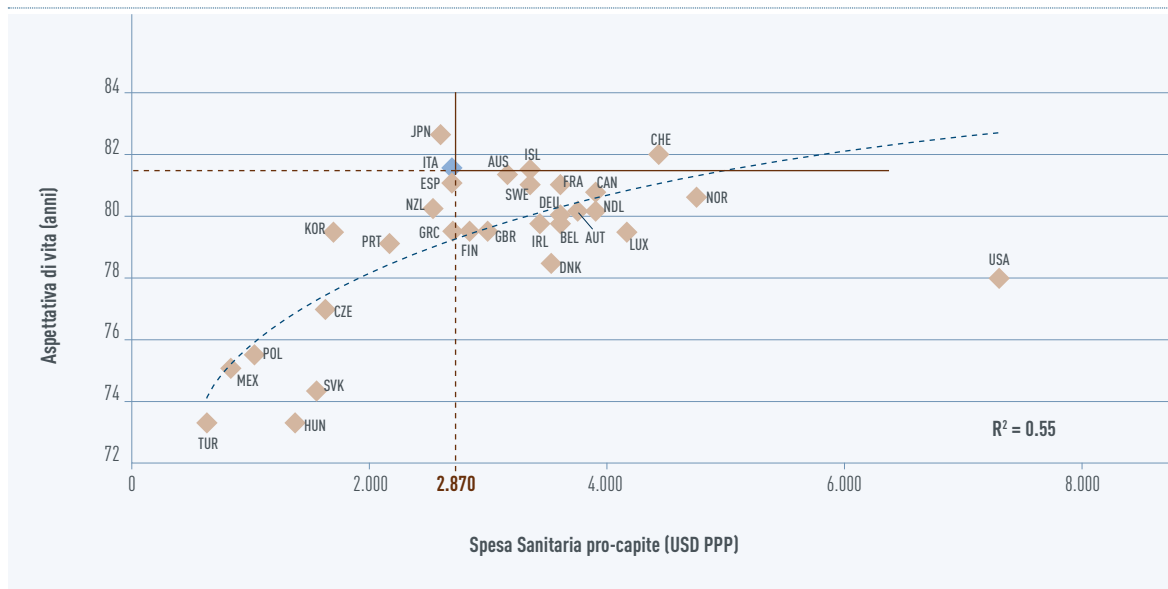
2. Nessuna ripartizione del finanziamento privato è disponibile nell'ultimo anno.

Fonte: OECD Health Data 2011.



Dall'analisi di questi semplici dati è quindi possibile concludere che, nonostante tutto, in termini di "value for money" il SSN italiano rimane uno dei migliori al mondo. Un altro modo abbastanza chiaro per capire in modo concreto quanto efficiente sia il nostro servizio sanitario nazionale nel fornire anni di vita per euro speso è quello di guardare alla *figura 12*. Relativamente all'anno 2007, in questa figura vengono riportati sull'asse verticale l'aspettativa di vita e su quello orizzontale la spesa pro-capite in dollari aggiustati per la PPA. Le linee rosse identificano l'Italia e ci dicono che con 2.870 USD-PPA per abitante raggiungiamo un'aspettativa di vita di oltre 81 anni. A parità di risorse, meglio di noi fa solo il Giappone. Tutti gli altri paesi sviluppati spendono molto di più per ottenere di meno.

Figura 12. Value for money nel SSN



Fonte: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>).

La ragione di un tale successo è da imputare da un lato a fattori clinico-epidemiologici (abbiamo una popolazione sufficientemente sana, anche se anziana, e fattori di rischio relativamente bassi rispetto ad altri paesi) e dall'altro a fattori economico-organizzativi (i nostri costi unitari - prezzi e salari - sono bassi e il sistema è organizzato sufficientemente bene). Ma la cosa più importante è che il sistema ha ancora ampi margini di miglioramento se solo si riuscissero ad eliminare una serie di ampie sacche di inefficienza che sono presenti in modo evidente in alcune aree del paese.

Il ruolo della sostenibilità finanziaria del sistema.

Visto in questa ottica, e relativamente a quello che accade in altri paesi, il sistema sanitario italiano sembra quindi godere di buona salute. È una macchina relativamente efficiente, che può essere ulteriormente migliorata lasciando così ampi margini di operatività e scelta in futuro. Eppure, non sono pochi gli addetti ai lavori che parlano spesso di un sistema prossimo al collasso, la cui sostenibilità finanziaria per il futuro non è garantita. Quest'ultimo aspetto è forse quello che più preoccupa decisori politici e operatori del settore, e vale quindi la pena soffermarsi sull'argomento per capirne al meglio le reali ragioni e le possibili soluzioni.

Rimane abbastanza ovvio che la definizione di un sistema sostenibile da un punto di vista finanziario implichi il dover garantire l'esistenza di un equilibrio tra le obbligazioni (in termini di diritti da garantire) che un sistema sanitario ha nei confronti di chi vi aderisce e la sua abilità a onorare in modo continuo tali obbligazioni. Meno ovvio è che, sebbene questa definizione sia accurata, essa risulti essere inadeguata per il tema che stiamo affrontando. Infatti, nulla ci dice sulle cause di un eventuale disequilibrio (surplus o deficit) e, in particolare, nulla ci dice circa il livello al quale "spesa" e "ricavi" devono essere allineati.

Ragionare in questo modo è utile perché permette di spostare l'attenzione dal semplice concetto "ragioneristico" di equilibrio tra entrate e uscite, a quello, più importante per i cittadini, di quanto occorre spendere in sanità. Ma come dovrebbe un paese decidere se spendere di più o di meno in sanità? Decidere quanto spendere in sanità non è assolutamente semplice. Tale spesa è determinata da un ampio numero di fattori, molti dei quali sono specifici del contesto in cui ci si trova ad effettuare la scelta. Inoltre, tali fattori riflettono la scelta politica di quanto si vuole investire in sanità in termini assoluti e relativamente ad altri settori.

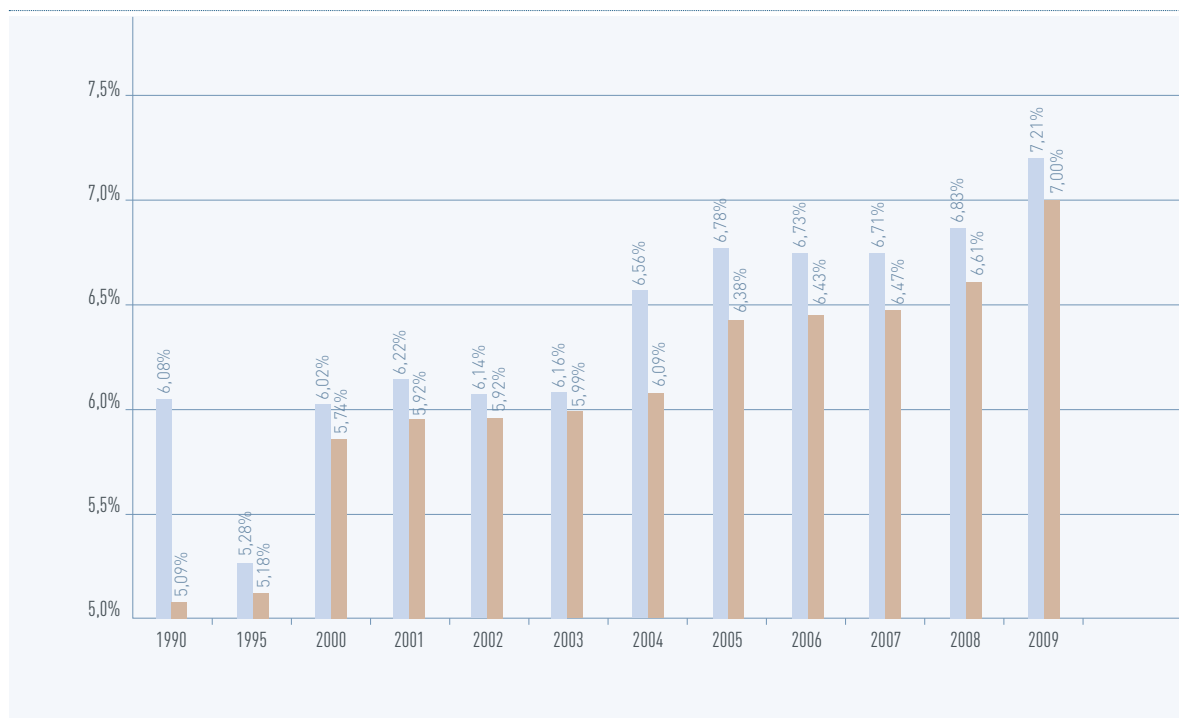
Chiaramente, a partire dal 1992, il modo in cui i *policy-makers* hanno guardato al livello della spesa ed alla sostenibilità finanziaria è strettamente collegato con il vincolo fiscale che da allora ci si trova a dover affrontare. Se la necessità di raggiungere il pareggio di bilancio è vista come un imperativo e un obiettivo di per sé, allora la decisione di quanto spendere è endogena o pre-determinata, con poco spazio di discussione. Se, invece, lo scopo della spesa sanitaria deve essere quello di contribuire al raggiungimento di un migliore stato di salute della popolazione, allora i *policy-makers* dovranno pensare attentamente a quante risorse impegnare e a come generare e utilizzare eventuali extra risorse. Anche perché, come ampiamente dimostrato in tanti studi, incanalare risorse all'interno del sistema sanitario non necessariamente significa creare un peso per l'economia, ma piuttosto potrebbe rivelarsi un sostanziale risultato in termini di crescita economica e di benessere¹.

La sostenibilità finanziaria del sistema sanitario italiano è uno degli aspetti più delicati da analizzare.

[1] Vedi Atella e Nunziante (2011).

Relativamente al caso italiano (ma non solo), le preoccupazioni sul lato fiscale, con la necessità di raggiungere il pareggio di bilancio, hanno sicuramente guidato la recente politica sanitaria in Italia a partire dal 1992. Infatti, se si guarda all'incidenza del finanziamento del SSN italiano sul PIL, si nota come essa sia aumentata di quasi 2 punti percentuali dal 1990 (5,09%) al 2009 (7,0%). Tuttavia, la crescita è avvenuta a tassi piuttosto irregolari, con un picco tra il 1990 e il 1991, ossia subito prima delle importanti riforme del 1992. Dopo il successivo trend di diminuzione, dal 1998 al 2008 si registra una nuova impennata della percentuale. Dal 2004, grazie anche ad una serie di misure di contenimento della spesa, la forbice tra livello di spesa e di finanziamento si è ridotta, e con essa anche il disavanzo.

Figura 13. Trend della spesa e del finanziamento in rapporto al PIL - 1990 - 2009



Fonte: RGS vari anni

■ Spesa corrente / PIL
■ Finanziamento corrente / PIL

La questione dei disavanzi è un problema che caratterizza il SSN fin dall'origine (1978), al punto da spingere il legislatore, con la riforma del 1994 che sostituiva le unità sanitarie locali con le aziende sanitarie, a prevedere una gestione a stralcio dei debiti accumulati fin lì dalle vecchie USL. Di fatto però, anche dopo la riforma del '94, i disavanzi hanno continuato a presentarsi anno dopo anno, spingendo il Governo nazionale ad adeguare ad intervalli regolari le risorse a disposizione del SSN. Anche il d. lgs 56/2000, che puntava a ricondurre la spesa alle risorse rese disponibili dal sistema di finanziamento basato sulle capacità fiscali e sul fondo perequativo, non è riuscito a spezzare la spirale dei disavanzi. Anzi, dopo l'accordo dell'agosto 2001, che ha aumentato le risorse per le Regioni, la politica della "lesina" del Governo centrale, non accompagnata da un adeguato rafforzamento dei vincoli di bilancio regionali, ha lasciato di fatto che i disavanzi tornassero ad allargarsi balzando nel complesso dai circa 2.3 miliardi di euro del 2003 agli oltre 6 miliardi in ognuno dei tre anni successivi (anche nel 2006, ove si tenga conto che il risultato a consuntivo di 4,5 miliardi è stato consentito dallo stanziamento ex post, di 2 miliardi nell'autunno 2006). Peraltro, il nodo non era tanto nell'ammontare di risorse complessivamente disponibili, quanto proprio nella tenuta dei vincoli di bilancio: lo attesta il fatto che il disavanzo era in larghissima misura, cioè per l'85%, concentrato in alcune Regioni, quelle appunto che sono state poi vincolate con i Piani di Rientro.

Significativa al riguardo la distribuzione tra le Regioni dei debiti accumulatisi in quegli anni: mentre i mutui per investimenti sono risultati di ammontare complessivamente modesto – grazie alle risorse centrali messe a disposizione dai rifinanziamenti dell'articolo 20 della legge 67/1988 – e concentrati nelle Regioni del Centro-Nord, i debiti verso i fornitori costituivano nel 2006 oltre i due terzi del debito ed erano concentrati in misura prevalente presso le Regioni con elevati disavanzi. Il Patto per la Salute del settembre 2006 ha poi segnato un punto di svolta in quanto ha adeguato e dato certezza per un triennio alle risorse a disposizione del SSN e delle singole Regioni, ha sottoposto le Regioni con elevati disavanzi ai Piani di Rientro. Inoltre, gli attuali trend mostrano come i Piani di Rientro siano riusciti a contenere e ridurre il disavanzo complessivo del SSN, che dovrebbe essere avviato verso un sostanziale pareggio tra spesa e finanziamento, ove quest'ultimo non subisca forti contrazioni e sia fatto crescere in linea col PIL come previsto dal Patto. Naturalmente, questo quadro può essere modificato dalla crisi economica in atto, ma il significato del Patto e dei Piani di Rientro resta di grande rilievo.

Il peso dell'attuale debito sanitario nasce da una lunga storia di disavanzi mai controllati negli anni.

Tabella 1. Previsioni della spesa sanitaria pubblica italiana.

	Previsione spesa sanitaria		Finanziamento statale		Calcolo deficit			
	CEIS	RGS	Vigente	Program. (98/2011)	Differenza con stime CEIS		Differenze con stime RGS	
					Vigente	Program.	Vigente	Program.
	a)	b)	c)	d)	c) - a)	d) - a)	c) - b)	d) - b)
2010	113.8	113.08	105.49	105.49	-8.31	-8.31	-7.59	-7.59
2011	117.18	117.11	109.27	109.27	-7.91	-7.91	-7.84	-7.84
2012	120.75	121.14	108.78	108.78	-11.97	-11.97	-12.36	-12.36
2013	124.09	125.17	111.79	109.29	-12.30	-14.80	-13.38	-15.88
2014	127.62	129.19	116.24	110.79	-11.39	-16.84	-12.95	-18.40
2015	131.02	133.23	-	-	-	-	-	-

Fonte: nostre elaborazioni su dati CEIS Tor Vergata e RGS.

A tal proposito, nella *tabella 1* sono riportate le previsioni della spesa sanitaria pubblica ottenute con il modello econometrico del CEIS Tor Vergata (Atella e Kopinska, 2012). Inoltre, sono riportati per confronto i dati del finanziamento concordato a fine 2011 (finanziamento vigente e programmatico come stabilito nella *Relazione Tecnica* al D.L. 98/2011) e per differenza sono calcolati i deficit. Unitamente alle stime del CEIS sono anche riportate quelle sviluppate dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS) che, come si può vedere, per il periodo esaminato, sono molto vicine a quelle del CEIS.

I dati mostrano che nei prossimi 3-4 anni la domanda "tendenziale" di servizi sanitari (e quindi la spesa) continuerà a salire, ma a fronte di tale aumento di domanda sanitaria non sono disponibili pari risorse e questo comporterà quasi sicuramente un aumento del deficit della sanità². L'aspetto interessante di questo scenario è che i problemi di tenuta dei bilanci non saranno circoscritti alle sole regioni "canaglia", ma saranno estesi a tutte le regioni, anche a quelle considerate più efficienti. Ovviamente, le regioni avranno come possibile soluzione ai *deficit* quella di reperire ulteriori risorse proprie. I canali classici del reperimento delle risorse proprie sono o la maggiore tassazione (cosa non possibile in quelle regioni che hanno l'aliquota già al massimo) o la riallocazione del budget regionale (che comunque comporta il depauperamento dei servizi in altri settori). Ciò che sembra quindi emergere, in modo molto chiaro, è che nei prossimi anni la mancanza di risorse per il finanziamento della sanità metterà a dura prova la capacità degli amministratori regionali di riuscire a portare i bilanci in pareggio³.

I dati riportati nella tabella 1 (e le politiche sanitarie a essi sottese) sono l'esempio più chiaro di come il concetto di sostenibilità finanziaria di per sé abbia poco significato, se non si chiarisce a livello politico quanto un paese vuole investire nel settore. Infatti, se nel 2010 e nel 2011, grazie anche all'utilizzo di risorse proprie, i deficit in molte regioni erano stati pressoché annullati, la nuova manovra imposta con il D.L. 98/2011 riduce le risorse per la sanità creando, ovviamente, non pochi problemi per gli amministratori locali.

La domanda di servizi sanitari continuerà a crescere e saranno necessarie ulteriori risorse.

(2) Occorre notare che l'aumento "tendenziale" della domanda è un fenomeno che viene riportato sia dalle stime del CEIS Tor Vergata, sia dalle stime della Ragioneria Generale del Tesoro.

(3) Un non trascurabile effetto collaterale che ci si aspetta di osservare a seguito di questa situazione sarà l'aumento dei tempi di pagamento alle imprese da parte delle regioni.

Il futuro del SSN: le prospettive e le strategie da adottare.

Le evidenze fin qui riportate sembrerebbero indicarci che, relativamente ad altri contesti internazionali, il nostro sistema sanitario è strutturalmente sano e gode ancora di ampi margini di miglioramento, che potrebbero rendere disponibili ulteriori risorse e fare aumentare la qualità dei servizi offerti. Se confrontati con nazioni come Francia, Germania e Olanda è facile rendersi conto di quanto spazio di manovra abbiamo in termini di risorse aggiuntive che potremmo investire nel settore della sanità per migliorare l'*outcome* sanitario⁴. Ovviamente, questo contesto favorevole non deve rappresentare un alibi per chi gestisce il sistema (a tutti i livelli di presenza sul territorio) per non intervenire ogni qual volta sia possibile rendere più efficiente il sistema.

Sebbene utile nel breve periodo, la lotta alle inefficienze ed agli sprechi non deve, però, essere considerata come la principale strategia da adottare per garantire un futuro al sistema sanitario italiano. Infatti, sulla base di stime condotte separatamente dal CEIS Tor Vergata (Atella e Kopinska, 2012) e dal CERM (Pammolli e Salerno, 2011), la riforma del finanziamento pubblico e della successiva ripartizione attraverso i costi standard, il cui scopo è quello di eliminare molte delle attuali inefficienze presenti nel sistema, riuscirebbe a far recuperare non più di 5-7 miliardi di euro a valori del 2009. Al contrario, secondo le stime della Ragioneria Generale dello Stato, nel 2050 il fabbisogno per la sanità in termini costanti dovrebbe quasi raddoppiare rispetto ai livelli di spesa (e di finanziamento) del 2010. Ciò implica la necessità di aggiungere all'incirca altri 90 miliardi di euro entro il 2050 all'attuale livello di finanziamento. In termini pratici, e ragionando sempre in valori costanti, la sostenibilità finanziaria della sanità pubblica italiana sarà garantita se si riuscirà ad aggiungere un ammontare pari a circa a 2,1 miliardi di euro l'anno, dal 2010 fino al 2050, all'attuale livello di finanziamento⁵. A oggi è poco credibile immaginare che dalle casse dello Stato sia possibile ottenere un flusso di 2,1 miliardi di euro all'anno (in termini reali) da assegnare alla sanità. Al tempo stesso, è anche facile capire che dall'eliminazione delle inefficienze non si riuscirà a recuperare più del 5-7% delle somme necessarie (che incidono solo *una tantum*) e, pertanto, occorrerà trovare altri canali e strumenti attraverso cui operare per contenere l'aumento previsto della spesa. L'unico altro canale che rimane è quello della riduzione della domanda di servizi sanitari da parte della popolazione, che in ogni caso continuerà ad invecchiare almeno fino al 2040.

Da un punto di vista di benessere collettivo la strategia ottimale dovrebbe essere, quindi, quella di disegnare politiche sanitarie che siano "dinamicamente efficienti", che vuol dire creare oggi le migliori condizioni per operare meglio domani. Nel caso delle malattie cardiovascolari, ad esempio, è largamente documentato

È necessario insistere sulla prevenzione se si vuole garantire la sostenibilità del SSN.

[4] Nel 2009 la spesa sanitaria pubblica pro-capite in Francia e Germania superava i 3.100 \$/PPA contro i 2.400 \$/PPA dell'Italia. Anche in termini di rapporto rispetto al PIL la nostra quota è più bassa di quasi due punti percentuali.

[5] I dettagli di tali calcoli sono riportati in Atella e Kopinska (2012).

come la prevenzione sia riuscita a salvare molte più vite di qualsiasi terapia farmacologica o chirurgica, elementi questi che rimangono comunque fondamentali una volta che la malattia si sia manifestata⁶. E infatti, nel caso di alcune cardiopatie, i ricercatori dello Stockholm Network (2006) evidenziano come l'elemento chiave per la loro riduzione, compatibile con i vincoli di bilancio delle politiche sanitarie, è rappresentato dalla gestione efficace dell'ipercolesterolemia attraverso un rafforzamento della prevenzione sia primaria (alimentazione appropriata, consapevolezza nei pazienti dell'importanza della terapia farmacologica al fine di aumentarne la *compliance*) che secondaria (riduzione/annullamento del divario tra gli obiettivi di colesterolo descritti nelle linee guida, trattamento del colesterolo nella pratica clinica, uso appropriato delle statine, terapie concomitanti, ecc.).

Come appare chiaro anche da questo esempio, l'adozione oggi di misure atte a incrementare gli investimenti in prevenzione dovrebbe portare domani a una riduzione del numero di persone da curare. È perciò necessaria una decisa inversione di tendenza, in special modo in Italia che, con una quota di circa l'1% della spesa complessiva, si colloca tra gli ultimi posti nella classifica dei Paesi OCSE per l'investimento in prevenzione. A fronte della crescita delle patologie associate all'età avanzata, un adeguato sviluppo dell'assistenza domiciliare per quelle categorie di pazienti non necessariamente trattabili in ospedale e una più accurata politica di prevenzione potrebbero consentire un significativo risparmio di risorse altrimenti impieghabili.

Le considerazioni qui sopra riportate trovano in parte conferma nell'evidenza statistica disponibile per i paesi più ricchi. Benché non sempre univoca, questa sembrerebbe imputare l'innalzamento della longevità piuttosto che al miglioramento dei trattamenti, all'adozione di una condotta più sana e maggiormente incline alla prevenzione delle patologie. Ciò testimonierebbe, una volta di più, l'importanza di un approccio globale alla questione sanitaria, maggiormente impegnato, rispetto a quanto sia ora, sul versante della comunicazione e della prevenzione. A tal riguardo Cutler e Sheiner (2001) e Cutler e Meara (2004) hanno mostrato come tra il 1960 e il 1990 negli USA il declino della mortalità dovuta a malattie cardiovascolari sia da imputarsi non solo al progresso tecnologico applicato ai servizi medici, ma anche alle forti campagne di prevenzione (primaria e secondaria), attuate spesso anche con diagnosi e trattamenti farmacologici precoci.

[6] Come già riportato nell'introduzione, Cutler (2005) ha ampiamente documentato l'alta redditività degli investimenti in ricerche che mirano a capire gli effetti degli input comportamentali (ad esempio lo stile di vita) nello spiegare l'insorgere delle malattie: per ogni dollaro investito il ritorno è pari a 100 dollari.

Adottare un tale approccio significherebbe, quindi, anche guardare alla spesa sanitaria (o a una larga parte di essa) più in termini di spesa per investimenti che di parte corrente. La razionalizzazione di alcuni servizi di assistenza potrebbe essere operata, infatti, senza particolari costi aggiuntivi, mentre il costo delle nuove campagne di prevenzione e degli incentivi all'adozione di nuove tecnologie (sia in campo farmacologico, che diagnostico) potrebbe essere più che compensato dai minori costi in termini di ospedalizzazione, specialmente degli individui appartenenti alle classi di età intermedie.

Conclusioni.

Le evidenze fin qui riportate ci permettono di concludere affermando che il sistema sanitario italiano (per una serie combinata di motivi) è un sistema sostanzialmente sano e con delle buone prospettive di sostenibilità se confrontato con quello di paesi simili al nostro per livello di sviluppo. Ovviamente, tutto ciò non vuol dire che il sistema non sia migliorabile; siamo lontani dalla perfezione e la spesa sanitaria dovrà essere monitorata con molta più attenzione per capire dove sono le inefficienze e per rispondere meglio ai bisogni della popolazione.

Come visto nell'ultima parte di questo documento, la quantità di risorse necessarie per garantire la disponibilità di cure (a una popolazione che continuerà ad invecchiare) sarà sempre in aumento, con una progressione di spesa che ad oggi risulta difficilmente credibile possa essere garantita dallo Stato. Immaginare di recuperare efficienza per abbassare i costi è sicuramente uno dei percorsi da perseguire da subito, ma non sarà certo la strategia risolutiva in futuro. Il compito più importante per i *policy makers* sarà, invece, quello di affrontare i problemi della sanità in un contesto di approccio strutturale e non certo secondo interventi *ad hoc* come ampiamente fatto negli anni passati. Investire in prevenzione sarà sicuramente la forma di investimento con il più elevato ritorno in termini di benefici per euro speso da parte della popolazione. Ma anche in questo caso sarà necessario capire dove esattamente intervenire e con quali strumenti. Da questo punto di vista, la disponibilità di dati e studi sempre più aggiornati e dettagliati potrà aiutare a capire i problemi della sanità e a disegnare soluzioni adatte.

Bibliografia

Atella V., Francisci S., Vecchi G. (2011), *Salute*, in "In ricchezza e in povertà", a cura di G. Vecchi, Il Mulino, Bologna.

Atella V., Nunziante G. (2011), *Gli effetti "micro" e "macro" della spesa sanitaria sulla crescita economica*, in "Il Sistema Sanitario in controtuce - Rapporto 2010", a cura di Fondazione Farmafactoring, Franco Angeli, Roma.

Atella V, Kopinska J. (2012), Criterio di ripartizione e simulazione a medio e lungo termine della spesa sanitaria in Italia: una proposta operativa, mimeo.

Pammolli F., Salerno N. C. (2011), Le proiezioni della spesa sanitaria SSN: SaniMod 2011-2030, Working Paper 3, CERM.

Cutler, D. (2005), *Your Money or your life: strong medicine for America's health care system*. Oxford, England: Oxford University Press.

Cutler D., Meara F. (2004), Changes in the Age Distribution of Mortality over the Twentieth Century, *Perspectives on the economics of aging*, pp. 333-65

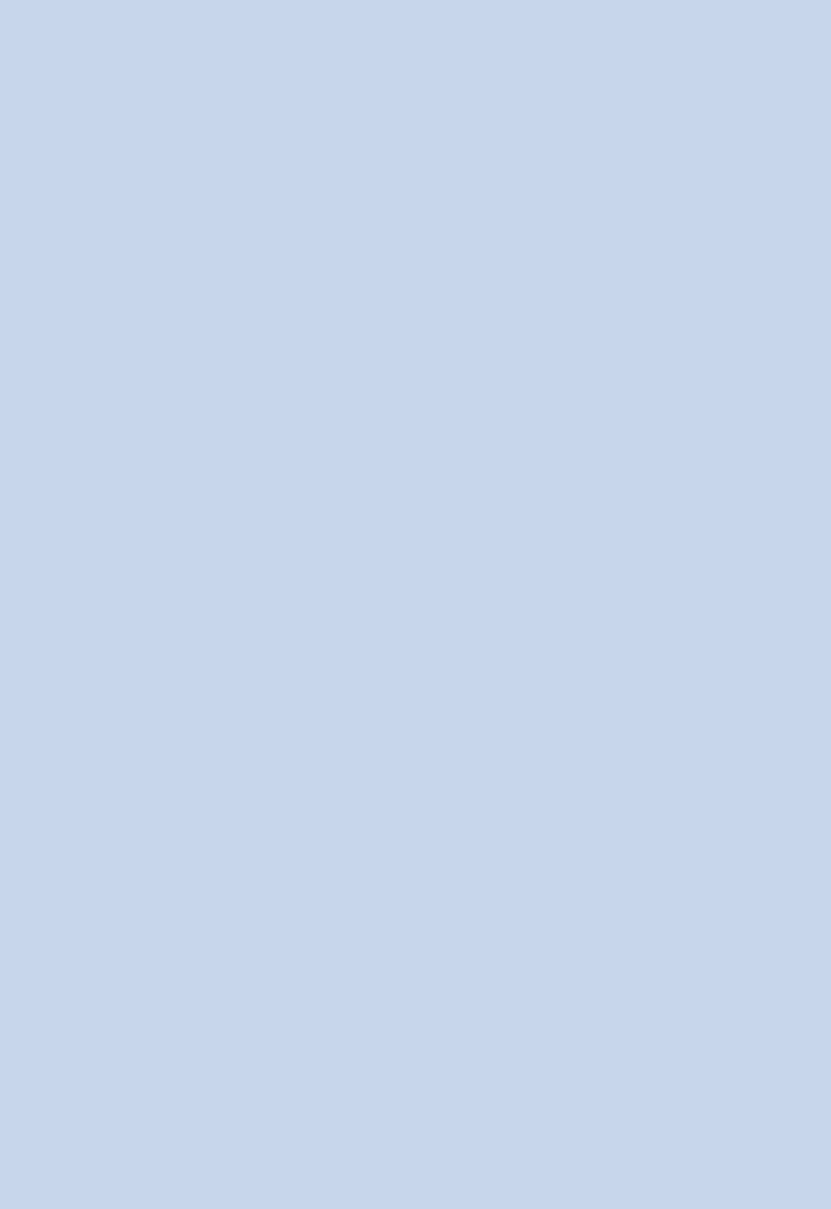
Cutler D., Sheiner L. (2001), Demographics and medical care spending: Standard and non-standard effects, *Demographic change and fiscal policy*, pp. 253-91.

Ministero della Salute (2011), *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato SpA, disponibile on line su http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1655_allegato.pdf

Stockholm Network (2006), *Cholesterol: The Public Policy Implications Of Not Doing Enough*.

Progetto grafico: ideogramma.it
Stampa: Arti Grafiche Baratelli

*Le conclusioni riportate nei Quaderni sono quelle espresse dagli autori
e non coinvolgono in nessun modo la responsabilità della Fondazione.*



Fondazione Farmafactoring

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

Via Bertoloni, 1/E int. F - 00197 Roma

Tel. 06.8091391 - fax 06.80913941

info@fondazionefarmafactoring.it

fondazionefarmafactoring.it