

VIII Rapporto Sanità CEIS Università di Roma Tor Vergata *"Opzioni di Welfare e integrazione delle politiche"*

Nota per la stampa

Sintesi del Rapporto

Roma, 13 giugno 2012

- Spesa sanitaria italiana in calo progressivo: nel 2011, - 26% rispetto a Francia e Germania
- Con i nuovi ticket 42.000 famiglie italiane si impoveriranno per pagare le spese mediche
- Non autosufficienza: i soldi ci sarebbero, ma si perdono in mille rivoli e gli anziani non sono assistiti
- Spending review: la sanità ha già dato, altri tagli non sarebbero sostenibili

Il contesto economico-finanziario. Calano le risorse e i consumi, ma crescono le iniquità

La crisi economica che si è palesata nel 2011, e da cui certamente nel momento in cui scriviamo l'Italia non può ancora dirsi uscita ha, apparentemente, toccato la Sanità meno che altri settori. Ma si tratta sostanzialmente di una mera apparenza: sulla Sanità il Governo Berlusconi era già intervenuto nell'estate, con il DL n. 98/2011. La manovra ivi contenuta è, infatti, significativa: essendo stata prevista una crescita del PIL intorno al 3%, e un adeguamento del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ferma a meno della metà (0,5%, e poi 1,4% per gli anni 2013 e 2014), il Governo in pratica con quel Decreto programmò un arretramento dell'intervento pubblico in Sanità di quasi mezzo punto percentuale di PIL. Molto probabilmente la quota di spesa pubblica ex post non si modificherà significativamente, anzi si attesterà al 7,3-7,5% del PIL secondo le nostre stime, rispetto al 7,1% attuale, ma questo solo perché la crisi si è poi dimostrata molto più grave del previsto e quindi sarà il PIL (a denominatore) a non raggiungere i valori previsti. Aggiungiamo a conferma che il finanziamento del SSN è cresciuto in termini nominali nell'ultimo quinquennio, ma con tassi via via inferiori; e depurando il dato dalla variazione dei prezzi, si registra addirittura un decremento in termini reali nel 2008 (-0,9%) e nel 2010 (-0,6%). Non considerando, poi, che ci stiamo riferendo alla sola spesa corrente: l'Italia ha anche una spesa sanitaria in conto capitale mediamente inferiore rispetto a gran parte dei Paesi OECD. Nel 2010 (OECD Health data 2011) risulterebbe pari al 3,8% della spesa totale (sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente), ma con un trend decrescente dal 2005 al 2009 e con una caratterizzazione fortemente pro-ciclica. All'emanazione del citato Decreto avevamo stimato in 10mld l'entità della manovra: fonti ufficiali si attestano ora su un valore non troppo dissimile, stimando in circa 8mld le correzioni necessarie per rispettare i documenti di programmazione. Che la manovra di finanza pubblica sia legata ai cicli economici e che incida sulla Sanità è quindi evidente; analogamente va rimarcato che la crisi investe, forse in modo ancora più incisivo, la componente privata della spesa sanitaria, il cui peso rimane significativo attestandosi ad oltre il 19% della spesa totale, per un valore di oltre 26mld nel 2009. Nel 2009 la riduzione del PIL (-3% rispetto al 2008) ha provocato una riduzione dei consumi delle famiglie significativamente più che proporzionale (circa -6,8%); ma non può non colpire come la spesa sanitaria privata out of pocket delle famiglie si sia ridotta ancora di più: -7,6%. La crisi, facendo diventare tutti più "poveri", per un certo verso "accorcia le distanze": ma è una equità apparente, perché si riducono le differenze nei consumi, ma non l'impatto della spesa sanitaria sui bilanci familiari.

Inefficienza. Esiste, ma è sovrastimata

Il primo elemento da considerare è quello della valutazione quali-quantitativa delle inefficienze del sistema eliminabili. Di recente, vari modelli econometrici proposti sia da singoli studiosi, che da Centri di ricerca, hanno stimato quote di inefficienza nella spesa sanitaria rilevanti, dell'ordine di alcuni miliardi di euro. Va però segnalato che la validità dei modelli dipende dalla corretta standardizzazione degli output: nella realtà i criteri di standardizzazione utilizzati, basati sulle differenze attese di bisogno della popolazione, appaiono molto rozzi e praticamente non sono in grado di cogliere differenze nella qualità e negli esiti delle prestazioni. Ne segue che i risultati vanno interpretati con attenzione. Ciò che appare evidente è che non sembra ci siano dubbi sul fatto che l'efficienza dei diversi sistemi regionali sia significativamente diversa, mentre non è affatto evidente di quanto le inefficienze allocative possano tramutarsi in risparmi finanziari.

Il confronto internazionale: Italia fanalino di coda nella UE per la spesa sanitaria

Altra questione rilevante è che i ragionamenti limitati alla variabilità della spesa regionale sono per forza di cose miopi: appare piuttosto necessario confrontarsi con una visione più ampia e quindi anche con i dati internazionali. Da questo punto di vista le cifre parlano sostanzialmente chiaro: l'incidenza sul PIL della spesa sanitaria italiana è pari al 9,6%, ed è ormai inferiore alla media dei Paesi OECD. Ma il dato sul PIL dice poco, se non che ovviamente ogni Paese può permettersi di allocare sulla Sanità una quota sostanzialmente simile di risorse. Se, invece, si guardano i valori di spesa, il gap rispetto all'Europa è evidente e anche crescente: -26,1% (-16,9% nel 1990) rispetto agli altri Paesi di EU6 (Belgio, Germania, Francia, Lussemburgo e Paesi Bassi), -18,7% (+4,1% nel 1990) rispetto a EU12. Il gap si allarga ulteriormente sul versante della spesa pubblica: -25,9% (-10,2% nel 1990) rispetto a EU6, -17,9% (+10,9% nel 1990) rispetto a EU12.

Le differenze evidenziate sono, quindi, eclatanti e dato che lo stato di salute della popolazione italiana è quanto meno non secondo a quello medio europeo, mancano indizi che possano far pensare che l'assistenza sanitaria italiana sia gravata da un tasso di inefficienza economica rilevante, tale da giustificare riduzioni ulteriori di spesa dell'ordine del 10% (come previsto nella manovra estiva del 2011).

Spending review. E' un'illusione pensare di risparmiare ancora in sanità, a meno di non tagliare interi servizi e prestazioni

Senza poi considerare quello che potrà emergere dalla spending review. In proposito è bene chiarire non c'è nulla di sbagliato nella spending review come strumento di lavoro. Ma, per quanto riguarda la sanità, i margini di azione sono davvero limitati. A meno che non si decida di tagliare i servizi o spostare una consistente quota di spesa sui bilanci delle famiglie italiane, ad esempio aumentando ulteriormente i ticket o decidendo, ad esempio, che l'assistenza farmaceutica o la specialistica escono dal Ssn.

Gli sprechi sicuramente esistono ancora e si può sicuramente fare meglio con i soldi che si stanno spendendo, ma fare meglio produce certamente qualità ma non automaticamente risparmi. Basta guardare quello che succede nelle Regioni virtuose, dove i servizi sono di buon livello, ma si fa comunque fatica a garantire quei servizi con l'attuale quantità di risorse. Lo dimostrano anche i costi standard, che sono stati elaborati solo pochi mesi fa: neanche la Regione più virtuosa di Italia può permettersi finanziamenti inferiori a quelli che riceve oggi.

Quindi, di fatto, seppure in presenza di numerose inefficienze allocative, ivi compresi sprechi che non permettono di migliorare la qualità delle prestazioni erogate, il SSN si dimostra decisamente "sobrio", e questo andrebbe maggiormente riconosciuto: la sensazione è che persista nel dibattito sulla Sanità italiana un ideologismo che, ignorando la consistenza numerica dei fenomeni, ritiene la Pubblica Amministrazione e, per proprietà transitiva, la Sanità pubblica (e in generale il sistema di Welfare) inefficiente.

Politiche integrate. Amministrazione prezzi farmaci non percorribile all'infinito

Il sistema ha sinora tenuto, sia razionalizzandosi, sia utilizzando ampiamente la leva dell'amministrazione dei prezzi: fa testo l'utilizzo dei tetti alle remunerazioni degli erogatori privati, ma indirettamente anche il blocco, ormai atavico, delle assunzioni. Ma il caso più eclatante è quello della spesa farmaceutica, unico settore dove il congiunto operare della normativa nazionale e internazionale di fatto rende possibile una vera e propria amministrazione dei prezzi. Che i prezzi medi italiani dei farmaci siano ormai inferiori a quelli della gran parte degli altri Paesi è fatto ormai acquisito: quello che invece non è stato sufficientemente dibattuto è se il livello attuale sia davvero giustificato o rappresenti una possibile distorsione del mercato. In effetti, a ben vedere uno studio dell'UK Department of Health mostra come i prezzi delle principali molecole in Italia siano inferiori da un minimo del 7% rispetto alla Francia e alla Spagna, ad un massimo del 41% rispetto alla Germania: valori significativamente maggiori del gap di PIL del Paese. Inoltre, va notato come sin dal 2003 la spesa media pro-capite per farmaci italiana sia inferiore a quella media dei Paesi OECD (di 86 pro-capite nel 2009); ed era allineata al dato medio internazionale già nel 2001, quando è iniziato il processo di progressivo taglio dei prezzi.

Evidentemente la strada dell'amministrazione dei prezzi non è percorribile all'infinito; anzi si potrebbe argomentare che può avere effetti indesiderati in settori economici che avrebbero, invece, la potenzialità per contribuire al rilancio dell'economia del Paese. Se il Paese vuole mantenere i livelli di assistenza attuali, deve trovare il modo di rilanciare la propria economia. E, da questo punto di vista, è ad un bivio: deve decidere se il rilancio deve passare per una distrazione delle risorse dal settore sanitario (pubblico), in quanto ritenuto inefficiente, o se invece esso possa essere un volano di crescita.

Equità e ticket. Con nuovi ticket 42.000 famiglie rischiano di impoverirsi

In un quadro certamente difficile assumono una particolare rilevanza le previsioni di un inasprimento dei ticket contenute nelle manovre governative. Per avere un'idea dell'impatto, si è simulato l'effetto sui bilanci delle famiglie di un inasprimento dei ticket, posto prudenzialmente pari a 2mld (suddiviso per il 45% a carico dei farmaci, per il 45% della specialistica e il restante 10% a carico del pronto soccorso): tale simulazione stima in oltre 42.000 le nuove famiglie impoverite per le spese sanitarie; per contenere l'iniquità dell'impatto, abbiamo simulato un'applicazione progressiva dei ticket, a partire da un inasprimento del 5% per le famiglie più povere (lasciando esenti solo quelle povere), sino al 30% delle più ricche: in tal caso, pur non annullandosi il fenomeno, le nuove famiglie impoverite si riducono a 7.500.

Gli interventi: invecchiamento, non autosufficienza e politiche di prevenzione

La spesa per gli anziani non autosufficienti rimane la spesa maggiormente incompressibile per le famiglie italiane. Il dato non può stupire data la carenza del SSN su questo versante e anche l'evoluzione demografica (accompagnata dalle modifiche nella società, che ci consegnano famiglie con sempre meno giovani pronti ad assistere gli anziani).

Sul tema dell'assistenza alla non autosufficienza permangono, peraltro, alcuni miti con scarso fondamento: il principale è quello per cui il freno allo sviluppo del settore è rappresentato dall'insufficienza delle risorse.

Pur quantitativamente non abbondanti, le fonti di finanziamento del settore sono numerose. A livello centrale dobbiamo prima di tutto considerare il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS). A livello nazionale vengono poi anche definite le risorse assegnate ad una serie di fondi istituiti da leggi di settore, nonché lo stanziamento per l'erogazione di assegni, pensioni ed indennità erogate dall'Inps ad invalidi civili, ciechi e sordomuti. Dal 2007, risorse alla non autosufficienza vengono destinate anche attraverso la costituzione di un fondo specifico (FNA), finalizzato a garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti. Al FNA è stata destinata una somma di 100mln per l'anno 2007 e di 200mln per i successivi anni 2008 e 2009, incrementati con le successive leggi finanziarie a 300 e 400mln. Per l'anno 2010 lo Stato ha garantito ancora un finanziamento pari a 400mln, ma poi la manovra di bilancio per il 2011 ha cancellato ogni stanziamento. Però gran parte delle Regioni italiane hanno istituito negli ultimi anni propri Fondi, allo scopo di sostenere, in particolare nella dimensione do-

miciliare, le famiglie che accudiscono in casa il disabile o l'anziano non autosufficiente. Analizzando il dato dal versante della spesa, nell'anno 2008 i Comuni, in forma singola o associata, hanno destinato agli interventi e ai servizi sociali 6,7mld. Stimiamo che di questi almeno 3mld possano riferirsi a prestazioni in favore di disabili e anziani, e cioè a categorie rientranti nella non autosufficienza. Inoltre, la principale fonte di finanziamento della non autosufficienza rimane l'intervento dell'Inps per le persone disabili, fisiche e sensoriali, ed anziane non autosufficienti che percepiscono un'indennità di accompagnamento. Tali indennità sono cresciute negli ultimi anni, passando da 1,7mld nel 2008 a oltre 1,9mld nel 2011. Se a tale importo si sommano le pensioni agli invalidi civili, sempre erogate dall'Inps, arriviamo a 11,8mld, il che implica che la spesa per la non autosufficienza sfiori quota 15mld., ovvero quasi l'1% del PIL. In definitiva un valore non distante da quello medio degli altri Paesi europei che hanno una apposita assicurazione sociale per la non autosufficienza. I dati, per quanto approssimati, sembrano indicare che non fronteggiamo tanto una carenza di fondi, quanto una carenza organizzativa, ad iniziare dalla assenza di una compiuta definizione dei Liveas (Livelli Essenziali Assistenza Sociale), come anche della vera e totale riunificazione dell'assistenza sociale e sanitaria, necessaria per garantire all'individuo una presa in carico integrata, e una risposta olistica ai suoi bisogni, ivi compresi, quindi, quelli di non esclusione sociale. Ciò che si ritiene freni maggiormente una efficace risposta ai bisogni legati alla non autosufficienza, è proprio la mancanza di una sua definizione rigorosa, che a seguire determina una carente presa in carico (o tutela che dir si voglia).

Il rischio è che il sistema sanitario non riesca a spogliarsi della sua natura clinico-centrica, e rincorra la "cura" e, come corollario, l'erogazione di beni e servizi sanitari, ove dovrebbe invece imparare a concentrarsi nel "care", ovvero nell'affiancamento alle famiglie (che rimangono, ed è bene sia così, il primo nucleo di assistenza alla dipendenza).