

OGGI
DOMANI
ANZIANI

Spesa sanitaria
e tutela della salute degli anziani

1

Trimestrale della
FEDERAZIONE NAZIONALE PENSIONATI - CISL

Anno XV n. 1 2002

Sommario

Editoriale

Graziano Trerè

Le politiche socio-sanitarie e assistenziali oggi

5

Analisi e prospettive - saggi

Stefano Maria Zuccaro

Razionare o razionalizzare la spesa sanitaria per gli anziani

17

F. Spandonaro, A. Barrella, L. Francia

Evoluzione e costi del SSN: rischi e opportunità per gli anziani

37

Politiche, dibattiti, interventi

Mario Falconi

La cultura della solidarietà nella sanità

51

Antonio Saia

Assistenza e sanità per gli anziani

59

Valeria De Bartoli

La tutela della salute degli anziani

65

Giovanni Biz

**Per la qualità della vita, una diversa qualità
dei servizi: quali spazi per il sindacato
nei servizi sociosanitari?**

73

Giuseppe Oleandro

**Dal Welfare State al Welfare partecipato:
La prospettiva strategica della partecipazione**

87

Documenti e rassegne - osservatorio sociale

Pier Luigi Guiducci

**Riformismo sanitario e L.E.A.:
quale tendenza?**

101

Esperienze

Elisabetta Grossi

Solidarietà verso i più deboli

125

Rassegna legislativa

Stefano Colotto

**La riforma del Titolo V
della Costituzione e le garanzie
di unitarietà del sistema**

131

Rassegna bibliografica

141

F. Spandonaro, A. Barrella, L. Francio*

Evoluzione e costi del SSN: rischi e opportunità per gli anziani

Il presente contributo vuole evidenziare alcune aree degne di attenzione in termini di tutela della popolazione anziana, alla luce dell'attuale evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Per giungere a tale fine, si premettono, in forma sintetica e affatto esaustiva per esigenze di spazio, alcune riflessioni sulla natura del Ssn e sulle sue recenti riforme.

In primo luogo osserviamo molto dibattito sul Ssn che si concentra sugli aspetti finanziari legati alla sostenibilità macroeconomica del suo finanziamento. In tal modo si può creare la distorta percezione di un Ssn quale "costo" per la collettività; di contro esso è evidentemente anche fonte di benefici, sia diretti (tutela sanitaria), che indiretti: questi ultimi si concretizzano in occasioni di sviluppo per il Sistema Paese. A tale proposito possiamo ricordare che il Sistema Sanitario è, ad esempio, fonte di occupazione (oltre il 5% degli occupati, direttamente o nell'indotto, lo è nel settore sanitario), è occasione di export (quello farmaceutico attualmente rappresenta il 2% dell'export nazionale), oltre che fonte di ricerca e innovazione, con una valenza indubbiamente positiva per tutto il sistema produttivo.

Senza peraltro dimenticare che il Ssn, come tutti i sistemi di welfare, è fonte di coesione sociale, ove quest'ultimo aspetto è spesso ingiustamente trascurato a causa della difficoltà intrinseca in una misurazione dei suoi benefici anche economici.

In termini di benefici diretti le difficoltà di misurazioni non sono minori. Considerando che l'obiettivo principale di un Servizio Sanitario Nazionale è la tutela della salute e quindi la "produzione" di salute, possiamo convenire che la sua istituzione si è accompagnata ad un

* Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Facoltà di Economia.

periodo di crescente benessere, come testimoniato dalle valutazioni dell' Organizzazione Mondiale di Sanità, che individua in 82 anni l'aspettativa di vita in Italia, di cui oltre 72 senza disabilità, collocando l'Italia al sesto posto nella classifica parziale sull'aspettativa di vita "di qualità".

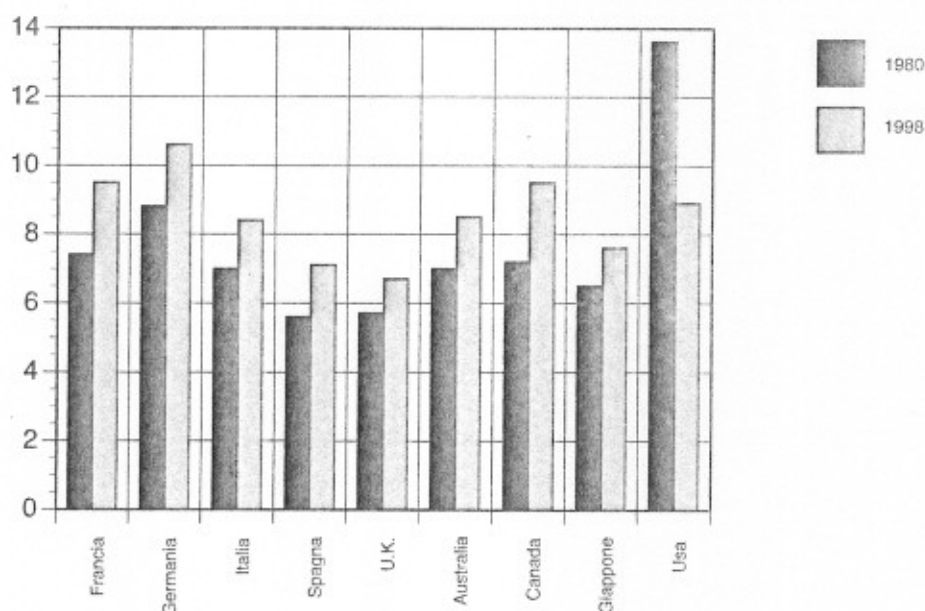
Questa classifica è contenuta nel World Health Report 2000 dell'Oms, ed è parte di una classifica dei sistemi sanitari nazionali in termini di performance complessiva. Su 191 Stati presi in considerazione l'Italia occupa il secondo posto, dietro la Francia.

Sul versante finanziario, secondo dati Oecd i paesi europei registrano un sostanziale allineamento in termini di spesa, che si attesta intorno all'8% del Pil. Le ragioni del progressivo allineamento sono in larga misura da ricercarsi nell'integrazione delle economie e nel Patto di Stabilità. Ciò che però varia è la ripartizione della spesa fra settore pubblico e settore privato, in funzione del modello di sistema sanitario adottato.

Possiamo notare che Paesi con un sistema sanitario di tipo maggiormente privatistico, quali gli Stati Uniti, spendono una quota maggiore di Pil per la sanità, rispetto a Paesi con un sistema sanitario pubblico, quali l'Italia.

Il vero fattore critico per un sistema sanitario nazionale come quello italiano non può quindi essere ricercato nel livello di spesa sanitaria rispetto al Pil; ciò che rileva è piuttosto la dinamica delle spese: la crescita in Italia negli ultimi 20 anni è passata dal 7% all'8,4% del Pil.

Grafico 1 - Spesa sanitaria in % del PIL



Fonte: nostra elaborazione su dati OECD Health Data 2000

Ci sono molti motivi economici che giustificano una dinamica della spesa sanitaria più vivace di quella della produzione, ma l'elemento essenziale ci pare essere la crescita delle opportunità terapeutiche e dei bisogni espressi, oltre (ma su un gradino inferiore) all'impiego di tecnologie più costose.

Tornando a considerare la classifica stilata dall'Oms, si nota come il Ssn italiano, secondo in termini di performance complessiva, è terzo nella graduatoria parziale inerente alla performance in termini di salute (risultato quest'ultimo dovuto alla elevata aspettativa di vita degli italiani, seppure sia difficile separare il merito del Ssn da quello del clima e degli stili di vita), ma occupa solo la ventiduesima posizione nella classifica parziale inerente alla responsiveness.

Tabella 1 - L'Italia nelle classifiche OMS

<i>Classifica</i>	<i>Posizione</i>
Performance complessiva	2
Performance in termini di salute	3
Raggiung. Obiett. in termini di salute	11
DALE	6
Probabilità di sopravvivenza infantile	14
Responsiveness (livello)	22
Spesa Sanitaria pro-capite	11
Equità di distribuzione	45

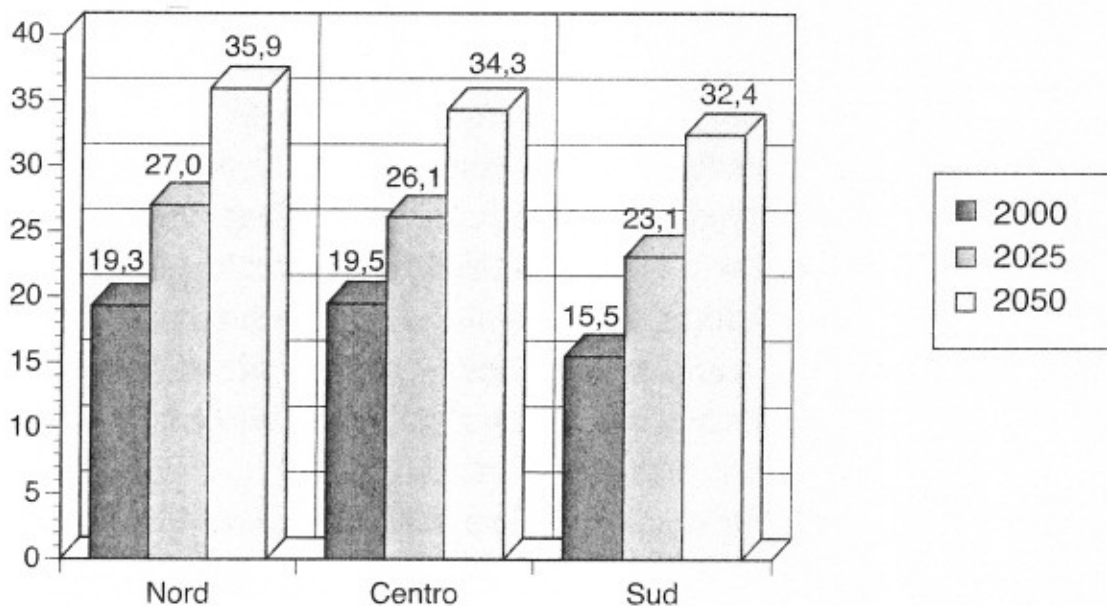
Il sistema sanitario italiano presenta, quindi, un'elevata criticità in riferimento alla sua capacità di rispondere alle "aspettative" dei cittadini. Questo risultato negativo è confermato anche da indagini condotte da diverse istituzioni sulla soddisfazione dei cittadini verso il proprio servizio sanitario. Emerge, infatti, che più del 70% dei cittadini italiani risulta insoddisfatto del servizio prestato dal proprio sistema sanitario, contro percentuali fortemente più ridotte nella maggioranza assoluta dei Paesi europei.

La scarsa soddisfazione degli utenti del Ssn trova, probabilmente, una motivazione nella scelta della L. n. 833/78 di privilegiare una universale offerta di servizi uniformi, a scapito delle differenze, e quindi delle esigenze, individuali.

Non a caso oggi si tende a privilegiare il concetto di “essenzialità” rispetto a quello di “uniformità”, e si prevede, come argomentere-
mo nel seguito, la creazione di forme di sanità integrativa, capaci di
promuovere una maggiore personalizzazione del servizio.

Nelle dinamiche di sviluppo del Ssn, è infine rilevante il fenome-
no dell’invecchiamento, che sarà molto rapido e che porterà a delle
modifiche nei bisogni sanitari espressi dalla popolazione: come mo-
strano le proiezioni Istat, la quota di anziani (over 64) sarà nel 2050
pari a circa il 34% della popolazione, contro una percentuale attuale
del 18%, e l’incremento sarà addirittura più che doppio nelle regioni
del Sud Italia.

Grafico 2 – Proiezione quota anziani (over 64)



Fonte: ISTAT

L’effetto dell’invecchiamento sulle dinamiche sanitarie dipende
peraltro da vari fattori, non del tutto compiutamente studiati; possia-
mo però ipotizzare che l’intensità di tali effetti sia legata più alla crea-
zione di bisogni aggiuntivi, che non alla “sostituzione” di anziani ai

giovani: infatti, secondo stime Oms, gli anni medi di disabilità in Italia (ai vari livelli) sono 10 e non tendono ad aumentare in misura rilevante; in altri termini, se con l'aumento della durata della vita si allontana anche il momento dell'insorgere della disabilità, l'effetto sulla spesa sanitaria potrebbe essere minore di quanto paventato.

Si dovrà quindi meglio analizzare se la fase "dell'assorbimento forte" di risorse si stia allungando o semplicemente spostando nel tempo, considerando inoltre che il consumo di risorse sanitarie diventa particolarmente elevato nella fase terminale della vita, a prescindere dall'età.

Il quadro generale di evoluzione nel settore sanitario sopra tracciato si accompagna ad un decennio di riforme sanitarie.

In estrema sintesi possiamo dire che il d.lgs. n. 502/92 ha posto la massima attenzione per un verso sull'efficienza (attraverso l'aziendalizzazione e l'introduzione di sistemi di controllo di gestione all'interno delle Asl, quali contabilità analitica, contabilità economico-patrimoniale, etc.) e per un altro sulla libertà di scelta. La normativa, in questa prima fase, anche per esigenze di ordine finanziario, ha privilegiato l'aspetto economico, non tralasciando però l'aspetto della responsiveness. Elementi deboli di questo approccio sono risultati in primo luogo l'incapacità di agire sul lato della domanda di prestazioni, e anche una esagerata attenzione sul versante dell'offerta ospedaliera che è la meno elastica e quindi la meno sensibile a modificazioni.

Il risultato tangibile è stata un'espansione dell'attività, e quindi presumibilmente dei costi ospedalieri, a scapito dell'assistenza distrettuale.

Il d.lgs. n. 299/99 ha, di conseguenza, dovuto spostare l'attenzione sulla economicità finanziaria del sistema, introducendo ad esempio il cosiddetto "finanziamento per accordi contrattuali". Gli accordi conducono ad un razionamento dei volumi di attività e/o ai tetti di spesa; contemporaneamente ha anche incrementato l'attenzione per le politiche di domanda, sacrificando però l'istituto del "diritto all'accreditamento", la cui concessione viene subordinata alla sua coerenza

con la programmazione dell'offerta regionale, sminuendo in tal modo il principio della libertà di scelta del singolo cittadino.

Non possiamo poi tralasciare l'analisi dell'impatto del federalismo fiscale, introdotto con d.lgs. 56/2000, che ha reso ancor più urgente la definizione dei Livelli Essenziali ed Uniformi di Assistenza; senza di essi la capacità reale di perequazione e di equo finanziamento è vanificata nei fatti, mancando un punto di riferimento fondamentale per l'esplicazione del potere di indirizzo e controllo centrale.

Con questo decreto, in particolare, si è provveduto a rafforzare l'autonomia finanziaria delle Regioni, attraverso la soppressione della quasi totalità dei trasferimenti erariali e la contestuale istituzione di una compartecipazione regionale al gettito annuale dell'Iva, di un aumento dell'aliquota dell'addizionale regionale all'Irpef e di un aumento della compartecipazione regionale all'accisa sulla benzina. La realizzazione di obiettivi di solidarietà interregionale è realizzata per mezzo di un "Fondo perequativo Nazionale" che funge da camera di compensazione dei trasferimenti fra Regioni: in principio si vorrebbe istituita una forma di perequazione orizzontale, anche se nei fatti la perequazione risulta verticale, seguendo una logica di riparto "perequato" dei fondi raccolti a livello centrale.

Uno dei punti deboli del d.lgs. n. 56/2000 è, a nostro parere, ravvisabile nell'essere "nata vecchia", per effetto della quasi contestuale proposta di modifica dell'Art. 117 della Costituzione, poi approvata con il referendum. La modificazione Costituzionale ha determinato un cambiamento sostanziale dell'assetto del Ssn in senso devolutivo.

Alla devolution, infatti, si ispirano gli accordi Stato/Regioni del 2001 e poi la recente approvazione dei criteri di definizione dei Lea. Quest'ultimo aspetto è diventato cruciale con la presa di coscienza da parte delle Regioni della limitatezza delle risorse disponibili per l'assistenza sanitaria e con la conseguente esigenza di "scegliere" quali servizi erogare a carico del servizio sanitario, e quali invece lasciare all'area della sanità integrativa o della spesa diretta ("out of pocket") dei cittadini.

Si evidenzia, in questa recente fase della evoluzione della norma-

tiva sanitaria, lo spostamento dell'attenzione dal tema dell'efficienza a quello dell'appropriatezza.

L'appropriatezza, ancorché non sempre definibile in modo univoco, assume un ruolo fondamentale nella discriminazione fra prestazioni erogate dai Ssr, e prestazioni lasciate in tutto o in parte all'iniziativa individuale.

Il risultato di questo lungo processo evolutivo del servizio sanitario italiano può essere, quindi, sintetizzato nei seguenti aspetti:

- *Sviluppo di una devolution forte.* A una prima fase (segnata dal dettato del decreto 56/2000) dove veniva lasciata alle Regioni la responsabilità dei disavanzi, senza però avere il controllo della quota di spesa per il personale e farmaceutica (voci strategiche nel controllo del disavanzo e lasciata di competenza centrale), segue una fase (con la modifica dell'Art. 117 della Costituzione) nella quale le Regioni rivendicano il diritto a determinare autonomamente (o quanto meno con grandi spazi di autonomia) le politiche del personale e farmaceutiche.

- *Collegamento delle risorse alla dinamica del Pil.* Questo criterio, è implicito negli accordi Stato-Regioni e presente nell'algoritmo a base del federalismo fiscale; esso, implica una "scommessa" su una crescita reale del Pil. In presenza di recessione le risorse per la Sanità si ridurrebbero contestualmente proponendo non pochi problemi di gestione del sistema. Ma anche nel caso in cui il Pil dovesse crescere, potrebbero sorgere problemi qualora il fenomeno non si manifesti in misura omogenea in tutte le Regioni, come è avvenuto nell'ultimo decennio che ha visto le regioni del Nord crescere più di quelle del Sud. Il problema si pone quindi in particolare nei confronti del Sud, la cui organizzazione sanitaria sconta attualmente un grave ritardo e rischia una ulteriore penalizzazione.

Tabella 2 – Politiche di spesa in Sanità – DPEF 2002-2004

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
FSN	96.573 (+4,4%)	99.263 (+2,8%)	105.509 (+6,3%)	113.848 (+7,9%)	124.586 (+9,4%)	131.143 (+5,3%)
Spesa Italia	101.035 (+8,4%)	109.520 (+8,4%)	113.692 (+3,8%)	122.153 (+7,4%)	131.334 (+7,5%)	131.143 (-0,1%)
Media crescita FSN 1998-2001					7,2%	
Media crescita spesa sanitaria 1996-2000 <i>Italia</i>					7,1%	
				2002	2003	2004
Crescita sanità (previsione finanziaria 2001 art. 85)				3,5%	3,5%	2,9%
Crescita PIL nominale (DPEF 2001-2004)				4,3%	4,3%	4,3%

- *Spostamento dell'attenzione politica sull'appropriatezza*, ovvero sulla definizione e delimitazione dell'area di tutela pubblica.

- In conseguenza del punto precedente, *apertura di uno scenario caratterizzato dallo sviluppo di una sanità su 2 o 3 pilastri*. Ai due pilastri "tradizionali" (sanità pubblica e privata), infatti, si può affiancare un terzo pilastro, rappresentato da forme di sanità integrativa.

Il processo evolutivo, esposto in massima sintesi, porta con sé opportunità e rischi, che sembra opportuno quanto meno segnalare. Le opportunità principali appaiono essere:

- *La definizione dei Lea in termini di vulnerabilità dei soggetti*, e di conseguenza la necessità di prendere una decisione sui livelli di solidarietà desiderabili per singole aree di assistenza e meritorietà, può portare a comprendere una volta per tutte quali prestazioni siano oggetto di solidarietà e degne di tutela pubblica, e quali invece possano essere lasciate alla libertà di scelta dei cittadini.

Tabella 3 - Costi pro-capite per Livello di Assistenza (in milioni) - Anno 2000

	Minimo	Medio	Massimo
LA 1 - Totale Livello Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	55.452	94.001	157.812
LA 2 - Totale Assistenza distrettuale	952.228	1.116.335	1.255.267
LA 3 - Totale Assistenza Ospedaliera	1.032.785	1.229.552	1.630.158

• *La progressiva separazione dei ruoli di compratore ed erogatore delle prestazioni, a vantaggio di una maggiore chiarezza nell'individuazione di competenze e responsabilità.*

• *Un maggiore governo della domanda, ottenibile attraverso la focalizzazione dell'attenzione sull'appropriatezza delle prestazioni e quindi lo sviluppo di una offerta differenziata, rispettosa dei bisogni dei cittadini e quindi non riconducibile ad un unico modello gestionale e organizzativo.*

• *Una maggiore efficacia della gestione manageriale delle aziende sanitarie, derivante da una maggiore autonomia imprenditoriale e dalla possibilità di sviluppare sperimentazioni gestionali.*

Tabella 4 - Stato del processo di aziendalizzazione delle aziende sanitarie (1999)

	budget	programmazione generale pluriennale	programmazione generale annuale	contabilità generale
AZ. USL	70,9	70,9	82,1	82,1
AZ. OSPEDALIERE	71,9	72,9	78,1	78,1
TOTALE AZIENDE	71,2	71,6	80,8	80,8

Fonte: Indagine Commissione parlamentare di inchiesta sul SSN

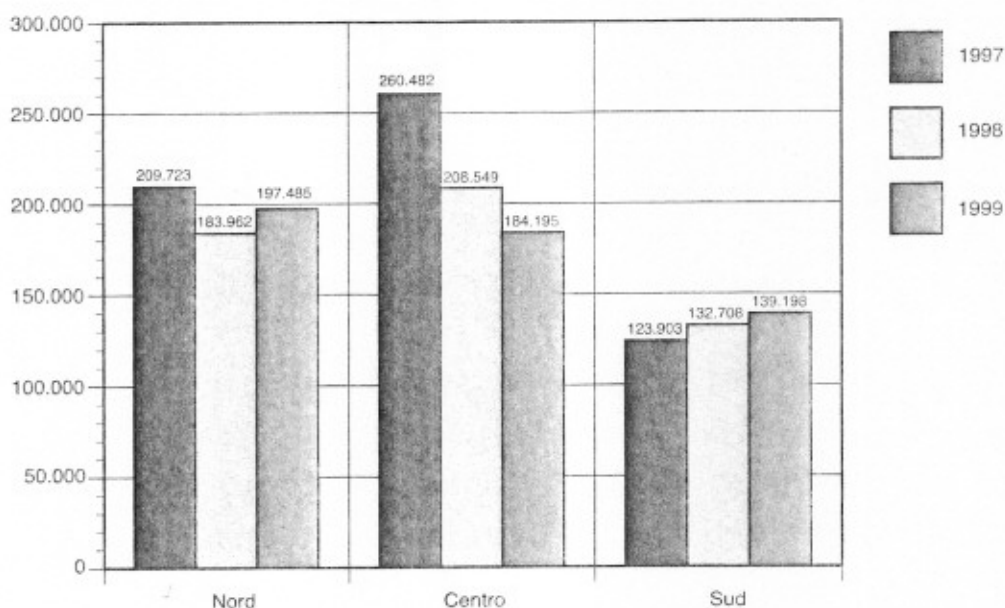
Esistono, parallelamente, alcuni rischi rilevanti:

- *La difficile coniugazione della vulnerabilità con l'appropriatezza.* I Livelli Essenziali di Assistenza, infatti, si fondano sull'appropriatezza e quest'ultima deve essere considerata guardando anche alla vulnerabilità. Quest'ultima, però, non è legata solo al reddito, ma anche al fabbisogno: è possibile che ci siano cittadini con alto reddito, ma con fabbisogni talmente elevati da renderlo comunque insufficiente; legare bisogni e reddito (sanitometro) è una operazione non facile che deve ancora trovare definitivo consolidamento.

- *Rischi di iniquità legati all'introduzione di politiche di finanziamento frammentate,* ad esempio per effetto della possibilità regionale di introdurre ticket diversamente modulati.

- *Rischi di frattura fra Regioni del Nord e del Sud:* rischio tanto maggiore quanto più grande è la distanza fra risorse disponibili e spesa effettiva. Nel futuro sarà cruciale definire se le attuali diversità nelle quote relative di disavanzo, sia da attribuirsi completamente alla presenza di inefficienze, o se invece possano discendere anche da errori nei parametri di riparto delle quote capitarie.

Grafico 3 – Disavanzi pro-capite 1997-1999



Fonte: nostra elaborazione su dati Delibera CIPE e Relazione Generale sulla situazione economica del Paese

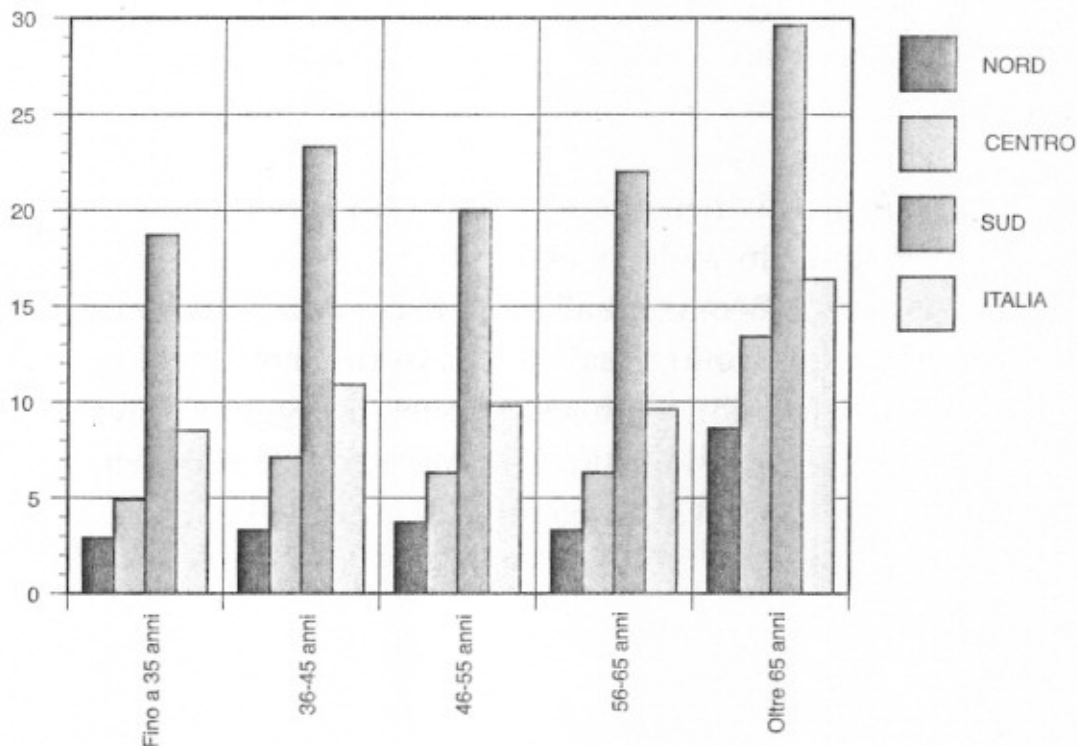
• *Una non chiara definizione dei ruoli e dei contesti istituzionali sui diversi livelli di sanità integrativa.* In altri termini la possibilità di avere un regime di fondi integrativi a adesione libera, incentivati fiscalmente, più fondi obbligatori per aree specifiche (quali la non autosufficienza), pone il problema di definirne i confini e le differenti forme di tutela (se ci saranno), evitando che da una definizione non chiara dei ruoli, discenda semplicemente una minore tutela per i cittadini.

Passando in conclusione alle specifiche conseguenze in termini di tutela degli anziani, se ne possono citare molte. Le più critiche ci sembrano essere:

✓ La carenza di una chiara valutazione del costo delle politiche per gli anziani, e ancor di più dei reali standard di servizio richiesti per una assistenza efficace. In un contesto che definisce i costi di riferimento per le single componenti di servizio facenti parte dei Lea, non è da sottovalutare l'importanza di ribadire l'esistenza di un costo della qualità; l'analisi del rispetto dell'erogazione dei Lea è vanificata senza una precisa indicazione dei contenuti quali-quantitativi del servizio.

✓ Gli anziani sono certamente una categoria vulnerabile, in quanto età, povertà, residenza e bisogni sanitari sono correlati fortemente tra loro: quale sarà il recepimento di tale evidenza nelle politiche regionali? Quali esenzioni, ad esempio, saranno riconosciute agli anziani?

Grafico 4 - Percentuale di famiglie povere per età (1999)



Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

✓ L'incentivo fiscale per i fondi sanitari integrativi è legato allo sviluppo dei fondi sanitari integrativi; è quindi probabile che andrà prevalentemente a favore delle regioni del Nord ove la presenza produttiva è più organizzata, ma anche verso gli occupati. Ci pare che si evidenzino qualche rilevante rischio di iniquità e un potenziale contenzioso fra Regioni "ricche/povere" e fra Regioni "giovani/anziane". A tale proposito, vorremmo aggiungere la seguente riflessione: la copertura integrativa non porta alcun problema tecnico di applicazione per i giovani, ma lo stesso non si può dire per gli anziani, per i quali è impensabile poter inaugurare una copertura integrativa ex-novo in carenza di versamenti pregressi. Quale soluzione si riterrà più idonea per la fase iniziale di sviluppo dei fondi?

✓ Il modello a più pilastri, con una forte componente mutualistica, a cui sembra ci si stia orientando, funziona egregiamente in molti Stati europei, e presenta indubbi pregi in termini di "responsiveness"; di contro tende ad andare in sofferenza in presenza di forti disparità socio-economiche, come insegna l'esperienza tedesca dopo l'unificazione. In tal caso, infatti, i rischi tendono a concentrarsi e si propone il problema di "perequare" i rischi fra fondi, configurando nuovamente un modello molto simile ad un Servizio Sanitario Nazionale. Ci pare che la "scommessa" sulla riscoperta della mutualità è implicitamente una "scommessa" sul riassorbimento delle disparità socio-economiche; se non ci dovesse essere, o peggio si dovesse ampliare, ovviamente i primi a pagarne le conseguenze sarebbero le categorie "vulnerabili" fra cui gli anziani.