

LA SANITÀ ITALIANA IN UN QUADRO DI PROSPETTIVA

FEDERICO SPANDONARO

Docente di economia e management sanitario presso l'Università "Tor Vergata" di Roma

Il titolo che mi è stato assegnato è "la sanità italiana in un quadro di prospettiva", pertanto proverò a guardare in avanti, tralasciando l'analisi congiunturale.

Direi che un punto di partenza per il ragionamento può essere l'osservazione che in termini di welfare abbiamo una distribuzione di risorse "europea". In altri termini, se guardiamo la percentuale di risorse dello Stato che viene assegnata alle principali voci di welfare, più o meno l'Italia è allineata con gli altri Paesi.

La percentuale è leggermente più bassa per la Sanità, ma la voce più dissimile, quella sulla quale abbiamo certamente un gap maggiore, è l'istruzione.

Complessivamente la distribuzione percentuale delle entrate è, quindi, simile, ma le entrate sono proporzionali al PIL, e il PIL in Italia è significativamente minore della media dei paesi europei. Infatti, il PIL procapite italiano, se considerando l'Europa a 27 è vicino alla media, ma rispetto all'Europa a 14 registriamo un gap negativo di circa il 15%, con punte del 30% rispetto ai paesi

più ricchi.

Per quanto riguarda la Sanità, il risultato finale è che oggi la spesa sanitaria totale pro-capite è minore di circa un quarto rispetto all'Europa a 14. In termini assoluti, in Italia ci attestiamo sui 2300 euro, mentre gli altri Paesi superano i 2700 euro. Il gap con un Paese ricco come la Germania, arriva anche a superare il 30%.

Altra nota necessaria è che se la spesa pubblica è bassa, la componente privata è ancora più bassa: fino a qualche anno fa, si osservava che quando si riduceva la spesa pubblica, aumentava quella privata, ma negli ultimi anni la crisi ha ridotto la capacità delle famiglie di compensare gli arretramenti del settore pubblico. Più volte è stata denunciata la crescita delle rinunce (al consumo sanitario) da parte delle famiglie: e di alcune rinunce pagheremo certamente le conseguenze in futuro.

La prima diagnosi sulla sanità italiana recita quindi che spendiamo poco, ma anche che la spesa privata è più debole di quella pubblica: ne segue che non ab-

no "speranza" di poter compensare arretramenti pubblici con l'iniziativa e famiglie.

Anche detto che le politiche sanitarie negli ultimi anni sono state focalizzate sulla ulteriore riduzione della spesa pubblica: il finanziamento è andato diminuendo continuamente, e ormai il bilancio Sanitario si è ridotto anche in termini nominali (al netto dell'inflazione la riduzione è impressionante).

Detto a quanto fu previsto nel 2008, spendiamo per la Sanità 26 miliardi meno: una riduzione che in valore (e principalmente in percentuale) è davvero enorme; tale arretramento è stato giustificato con l'affermazione che sono voluti gli sprechi eliminabili.

Quando il taglio del finanziamento è, di fatto, stante spesso si giudichi male l'operato delle Regioni, la "cura" ha funzionato dal punto di vista finanziario, per almeno in Sanità) le Regioni sono riuscite a tenere in piedi i sistemi sanitari passando da oltre 6 miliardi di euro l'anno, a meno di uno.

Il problema del disavanzo in Sanità è praticamente non esiste più, se si guarda dal computo il Lazio e in parte Campania: non considerando queste realtà potremmo dire di avere un bilancio sostanzialmente in equilibrio finanziario.

Quando si analizzano gli effetti sociali, abbiamo difficoltà a calcolare quante famiglie si sono impoverite per sostenere le proprie spese sanitarie, e quante registrano spese dedotte catastrofiche, ovvero rilevano un dispendio rispetto al loro bilancio familiare.

Detto è che in linea di massima, eccetto il Lazio, tutti le altre Regioni in Pia-

no di Rientro sono riuscite a non avere andamenti peggiori del resto del Paese: in altri termini la crisi c'è ma c'è per tutti. Purtroppo questo tipo di analisi ha un limite: gli eventuali "problemi" derivanti dalle rinunce li vedremo solo tra 5/10 anni.

A ben vedere le Regioni sono riuscite a razionalizzare riorganizzando, ovvero tagliando posti letto negli ospedali, ma anche in larga misura vessando il settore farmaceutico, che è stato quello maggiormente colpito dai tagli amministrativi.

Tutto questo sta producendo un risultato evidente: la forbice rispetto agli altri Paesi europei si allarga sempre di più: la spesa dell'Europa a 14 continua a salire mentre la nostra scende.

D'altra parte spendere poco o tanto non vuol dire nulla di per sé, bisognerebbe infatti calcolare l'efficienza del sistema.

È diffusa la tesi per cui il nostro sistema sanitario nazionale sia molto inefficiente: di contro vari studi internazionali sostengono che noi siamo sempre tra i 4 o 5 paesi più efficienti.

Per non adagiarsi sugli allori, va notato che il risultato dipende in parte da un sistema rozzo di stima, che utilizza indicatori aggregati degli outcome (ad esempio l'aspettativa di vita, e quella italiana è una delle più alte al mondo), ovvero la mortalità evitabile (anch'essa bassissima in Italia).

A fronte di outcome positivi e di una spesa molto bassa, la "promozione" del sistema italiano è in effetti dovuta.

Ma cambiando i fattori alla base dell'analisi cambia anche il risultato: se invece di parametri di tipo clinico, si usassero

indicatori di soddisfazione dei pazienti, l'Italia perderebbe vari posti in classifica. Ritengo che abbiamo degli esiti clinici ottimi, anche in termini europei, ma siamo carenti dal punto di vista della *customer satisfaction*. Se è vero che abbiamo 9 milioni di ricoveri l'anno in ospedale, sono forse 900 milioni i contatti con la medicina di base, con la ASL, e le altre forme di assistenza territoriale, dove le inefficienze burocratiche predominano. Abbiamo anche un livello di informatizzazione bassissimo, e il livello di formazione degli operatori nella gestione del rapporto con il "cliente" è carente.

Nonostante questo siamo valutati come uno dei sistemi più efficienti e quindi il risultato va giudicato in ogni caso positivo.

L'impressione che ne traggo è che l'esigenza del contenimento della spesa sia in molti casi un alibi politico. In altri termini: se noi abbiamo davvero tutti questi sprechi da eliminare, allora gli altri Paesi europei che spendono molto più di noi, senza avere esiti migliori, come dovrebbero valutarsi?

L'alibi ("se eliminiamo gli sprechi il risparmio ottenibile è tale da permettere di continuare sulla strada attuale") è probabilmente funzionale a non ammettere che abbiamo l'esigenza di ripensare le regole di sistema, spinti dalla perdurante crisi economica.

Passando alle prospettive, le problematiche da affrontare prioritariamente, secondo me, possono essere riassunte in cinque punti: universalismo selettivo, investimenti, perequazione, invecchiamento/non autosufficienza e politiche industriali.

Sul primo punto, avendo meno risorse degli altri Paesi, e quindi con una tendenza a posizionarci ad un livello di spesa sanitaria minore degli altri del 30% (visto che il costo dei servizi è più o meno uguale a quello degli altri Paesi ... a meno di tagliare gli stipendi dei medici e degli infermieri), o si tagliano i servizi o si riservano a chi è più fragile.

Universalismo selettivo vuol dire, ad esempio, che mantenere le esenzioni per patologia, senza considerare il reddito, è iniquo.

Non affrontare il tema della rivisitazione dell'assetto universalistico è molto pericoloso.

Ma il sistema crollerà probabilmente prima sugli investimenti: apparentemente l'Italia investe come gli altri paesi, ma in realtà il dato è mendace.

Analizzando i dati riferiti agli investimenti pubblici e privati, si scopre che in Italia gli investimenti pubblici sfiorano il 40%, contro il 60% circa dei privati: ma il patrimonio sanitario italiano è probabilmente per il 90% pubblico, quindi la proporzione di investimenti privati è immensamente più alta.

Il sistema crollerà quando le strutture saranno obsolescenti, provocando la fuga dei pazienti e anche dei professionisti.

Ad esempio, l'anno scorso si è lamentato che il super ticket sulla specialistica non avesse dato il gettito sperato: si dimostra così l'attitudine alla preoccupazione finanziaria, ma il dato vero è che se una prestazione specialistica con il ticket costa quanto il prezzo di mercato, la gente non sceglie la struttura pubblica, bensì quella privata, magari perché è più

e si riducono i tempi d'attesa: "l'inizio della fine" di un sistema

o al tema della perequazione, re che l'articolo 119 della Costi- stabilendo che la perequazione a stabilendo il livello essenziale tire a tutti, ha generato l'idea dei andard.

apalissiano che è molto diffici- re quali siano i livelli essenziali: so, di fatto, oggi il costo stan- stabilisce con il vecchio sistema o, ovvero sulla base di una stan- zione della spesa per l'età della one.

tema senza compartecipazione o della sola età potrebbe anche cettabile, ma se si passa ad un i universalismo selettivo, il cri- bisogno perde il discrimine es- ente sanitario, divenendo piut- nomico.

e precisi, già oggi il sistema di zzazione non è equo. Prendia- empio la spesa farmaceutica di ovvero quella garantita a tutti ente: scopriremo che nelle Re- ricche una quota rilevante non del servizio sanitario pubblico, gente provvede privatamen- ntro in Regioni come la Sicilia pania la quota dei servizi pa- tamente è invece quasi nulla: do che esiste un elemento so- mico che non è considerato e sistema di calcolo dei costi creando una significativa di- equitativa, a cui va data una iù convincente.

omento su cui è necessario ra-

gionare è l'invecchiamento. Proiettando nel tempo la demografia, il risultato (ov- vio) è che esplode qualunque spesa.

Ma fortunatamente i dati ci dicono che la realtà è ben diversa: per esempio nel 2005 abbiamo scoperto che il numero dei disabili, che nel 2000 era previsto in aumento addirittura di 2 milioni di unità, in realtà non è aumentato.

Questo perché l'aspettativa di vita au- menta, e insieme a questa si sposta in avanti anche l'insorgenza delle patologie. L'invecchiamento è un dato puramen- te convenzionale: se si stabilisce che la "vecchiaia" coincide con i 60-65 anni il dato "esplode", ma facendo l'esercizio inverso, ovvero calcolando quanta parte della popolazione si trova a 10 anni dalla morte (o meglio dall'aspettativa di vita attesa), la curva che ne emerge è quasi costante nei prossimi 30 anni.

Il vero problema non è l'invecchiamen- to, ma il cambiamento della struttura dei nuclei familiari. Prima i nuclei familiari erano grandi, adesso sono piccoli e di- sgregati e sta riducendosi la cosiddetta assistenza informale.

Il vero problema in prospettiva non è l'invecchiamento anagrafico, quanto la crescita della non autosufficienza.

Ma ad oggi la risposta alla non autosuffi- cienza è sostanzialmente privata.

Fu fatto un tentativo, nella norma che promuoveva i fondi sanitari integrativi, di incentivare la copertura della non au- tosufficienza: ma l'offerta non è decolla- ta.

Peraltro non è vero che in Italia non si spendano soldi per la non autosuffi- cienza: la verità è che si spendono male; l'indennità di accompagnamento è uno

strumento obsoleto: eroghiamo provvi- denze senza sapere dove vanno a finire, senza controllo sugli esiti, senza nessun accreditamento di chi fornisce l'assisten- za, senza che siano in alcun modo un volano produttivo.

La non autosufficienza ha un'eziologia largamente di tipo sanitario, ma mentre la Sanità è in mano alle Regioni, l'inden- nità di accompagnamento è rimasta un istituto nazionale.

Anche questa è un'area sulla quale urgo- no decisioni politiche coraggiose.

Chiuderei sulla politica industriale: come abbiamo visto alla fine spendiamo relativamente poco, il sistema è efficien- te e ce lo riconoscono tutti. Questo non vuol dire che non ci siano sprechi, ma sono abbastanza fisiologici un sistema complesso. Ovviamente si può sempre migliorare, riallocando meglio le risorse e ottenendone migliori risultati.

Ma a livello di sistema, il problema vero non sta negli sprechi, quanto che per ragioni di finanza pubblica, abbiamo ta- gliato dove è facile tagliare, e non dove è meglio.

Prendiamo come esempio la farmaceu- tica: quella pro-capite è di almeno il 20% più bassa degli altri Paesi europei, eppu- re si è intervenuti più volte con ulteriori tagli dei prezzi.

Sull'altro piatto della bilancia dobbiamo mettere che l'Italia non è più un Paese molto redditizio per le industrie farma- ceutiche, e infatti in 10 anni l'occupazio- ne del settore si è ridotta di oltre 10mila unità.

Se si riduce la spesa farmaceutica, con il risultato però di perdere occupati, biso- gnerebbe valutare da un punto di vista

del welfare complessivo della Società italiana, quanto le politiche siano state sagge.

L'Italia ha un serissimo problema di cre- scita: e senza crescita la Sanità italiana attuale non sarà comunque sostenibile.

Non credo che basti trovare, e tagliare altri sprechi, per far "quadrare i conti": piuttosto sarà necessario fare scelte di priorità.

Quando si operano tagli in settori come la Sanità, bisogna ricordarsi che è uno dei pochi settori industriali che non conosce fasi di declino, protetto dai ci- cli economici, ed anche uno dei pochi settori in cui la concorrenza sul prezzo portata dai Paesi emergenti è ancora bassa.

Tra l'altro, una volta la farmaceutica era appannaggio solo di grandi aziende, mentre oggi il biotecnologico è in mano ad aziende medio-piccole, che sono poi quelle tipiche della struttura industriale italiana... quindi anche da questo punto di vista una buona opportunità.

Per finire: non rendersi conto che il ri- sanamento della finanza pubblica sta rischiando di massacrare le politiche in- dustriali, e quindi le prospettive di cre- scita, è un gravissimo errore!

Una selezione delle immagini utilizzate nell'intervento è disponibile nella sezione a colori a pagina 85. La presentazione completa è disponibile sul sito www.associazioneares.it.

Il video completo dell'intervento è dispo- nibile sul canale YouTube "Associazione ARES".