

L'UNIVERSALISMO DISEGUALE (O IMPERFETTO)

IL CONTESTO

L'XI Rapporto Sanità, *L'universalismo diseguale*, si concentra sui fenomeni che, alcuni in modo strisciante, altri in modo più prorompente, mettono in discussione l'assetto universalistico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano.

Nei contributi che formano il *Rapporto*, si argomenta sul perché l'universalismo diseguale non rappresenti, necessariamente, una contraddizione in termini; e neppure implichi automaticamente iniquità del sistema.

All'equità orizzontale, che per lo più traduce il 'naturale' sentimento per cui "davanti alla sanità/salute dobbiamo essere tutti uguali", va infatti affiancato il concetto di equità verticale (trattamento 'diseguale' di bisogni diversi).

In questa ottica nel *Rapporto* si esclude un'adesione alla posizione, che si tramuta facilmente in una sterile deriva antifederalista, per cui il vero attentato all'universalismo risiede nella creazione di 21 'diversi' Servizi Sanitari Regionali (SSR).

Anzi, l'evidenza è che il federalismo abbia raggiunto gli obiettivi che gli erano stati affidati, primo fra tutti quello della responsabilizzazione finanziaria regionale, ma anche quello della razionalizzazione dell'offerta.

Se difendere la conquista dell'universalismo è quindi certamente condivisibile, rileggendo la L. 833/1978 appare chiaro che la 'vera' priorità, sin da quei tempi, era la riduzione degli squilibri regionali e anche supportare una visione olistica, integrata, dell'approccio alla salute: a ben vedere, la prima priorità non è mai stata raggiunta e la difesa della seconda inizia a 'scricchiolare'.

Il dibattito sulla difesa dell'universalismo va quindi contestualizzato e 'ammodernato': non è più sostenibile, come spesso i paladini dell'universalismo fanno, che le *defaillances* dell'universalismo siano dovute all'esistenza di forti livelli di inefficienza nel SSN (prima) e dei SSR (ora).

A fronte di una spesa di molto inferiore rispetto a quella degli altri Paesi europei e a livelli di salute che, almeno per ora, rimangono superiori, considerare l'inefficienza il principale 'difetto' del sistema appare, infatti, quanto meno discutibile. Sembra piuttosto l'alibi per non ipotizzare la possibilità di nuovi assetti della sanità.

Come il *Rapporto* prova a dimostrare, il legame fra inefficienze allocative, certamente presenti, e risparmi possibili (almeno a breve termine) è del tutto indimostrato. Mentre appare immediatamente evidente che:

- l'assetto attuale non riesce a incidere, se non marginalmente, sulle differenze geografiche, specialmente in termini di qualità dei servizi;
- crescono gli indizi della formazione di nuove differenze 'verticali': in particolare quelle che riguardano lo stato di salute del ceto medio e degli anziani soli o comunque fragili;

- cresce l'impatto sostanziale (al netto delle rinunce, quindi) della sanità sui bilanci delle famiglie;
- crescono gli indizi di razionamento delle prestazioni, specialmente di quelle più recenti e presumibilmente più costose; ma anche le recenti determinazioni sulle prestazioni di specialistica, per quanto corretto il richiamo all'appropriatezza, rischiano di creare nuovi *gap* fra domanda e offerta pubblica, non facilmente governabili negli assetti attuali;
- cresce l'evidenza del fatto che il risanamento finanziario si stia ottenendo non solo con i recuperi di efficienza, ma anche creando nuove disparità, ad iniziare da quelle che riguardano i carichi fiscali.

Le condizioni economiche generali non permettono però facili illusioni sulla disponibilità di risorse maggiori delle attuali e le promesse di mantenimento del finanziamento (da ultimo nel Patto della Salute) sono, anno dopo anno, smentite dai fatti, come anche quelle di non toccare i settori che più sono stati oggetto di interventi, prima di tutto il farmaceutico.

Questo approccio non sembra più sostenibile, sia perché ha effetti non trascurabili tanto sul sistema sanitario, quanto su quello industriale, sia perché i dati dicono che le vere priorità sono altre.

Il *Rapporto* conclude che sarebbe almeno auspicabile dichiarare una 'moratoria' a medio termine di ogni tentativo di contrarre ulteriormente la crescita del finanziamento del SSN: moratoria prevista nell'ultimo Patto della Salute, ma subito infranta con la manovra sui bilanci regionali.

L'ipotesi minimale dovrebbe essere l'invarianza del rapporto finanziamento/PIL; più governabile, stante il crescente *gap* con la spesa sanitaria europea, potrebbe però essere l'invarianza del rapporto spesa sanitaria italiana versus spesa sanitaria EU14: il rischio, altrimenti, è l'impossibilità di mantenere livelli di risposta assistenziale paragonabili a quelli EU.

Con la certezza delle risorse disponibili, sarebbe allora possibile dare seguito a interventi di vera salvaguardia dell'universalismo, superando l'orizzonte del breve termine; fra questi sembra urgente inserire:

- la definizione della quota di domanda sanitaria soddisfabile con le risorse pubbliche, la proiezione della spesa privata residua e quindi la definizione delle regole di governo della sanità complementare, definendone la meritorietà sociale e i rapporti con il SSN;
- la ridefinizione dei criteri di riparto delle risorse, considerando che l'assunto (presente nei costi *standard*) di una sostanziale gratuità delle prestazioni è ormai superato nei fatti;
- la rivalutazione dell'accreditamento professionale come criterio per perseguire un'adeguata appropriatezza prescrittiva e

parallelamente dell'accreditamento delle strutture come leva di governo dell'offerta, evitando una burocratizzazione del sistema e la rottura del rapporto fiduciario medico-paziente;

- l'individuazione di approcci corretti per garantire condizioni competitive (ma *fair*) nei mercati sanitari, massimizzando i risparmi, salvaguardando allo stesso tempo le condizioni di contendibilità dei mercati stessi;
- la necessità di rapportarsi in modo proattivo con le decisioni a livello internazionale in tema di *pricing* delle nuove tecnologie, integrando le logiche del *value based pricing* con un *appraisal* tanto dell'impatto sociale complessivo, quanto della sostenibilità dell'innovazione.

Le conclusioni esposte sono supportate da numerose evidenze statistiche; nel seguito riassumiamo i tre elementi che sembrano più rilevanti.

INEFFICIENZA, SOSTENIBILITÀ E DISUGUAGLIANZE GENERATE A LIVELLO SOCIOECONOMICO

Non esistendo un criterio "scientifico" per stabilire quale sia la quota ottimale di spesa sanitaria, né tanto meno quella dell'intervento pubblico, ancorarsi ai confronti internazionali sembra essere ragionevole.

La spesa sanitaria corrente italiana è largamente inferiore a quella dei Paesi europei con noi confrontabili: è ormai inferiore a quella dei Paesi EU14 del -28,7%, ed è allarmante principalmente la sua dinamica, aumentando il *gap* di oltre il 2% annuo; anche in percentuale del Pil la forbice si allarga.

Neppure le esigenze di risanamento della finanza pubblica sembrano più giustificare questi trend: malgrado la stagnazione del Pil, l'impegno degli italiani per la propria salute rimane sotto il 9%, mentre in EU14 ha ormai superato il 10%.

Sempre in termini di finanza pubblica, il contributo dato dalla sanità appare evidente: negli ultimi 3 anni, la spesa sanitaria della Pubblica Amministrazione si è ridotta del -1,1%, mentre quella non sanitaria è aumentata del +4,9%.

La figura 1 attesta l'arretramento dell'intervento pubblico italiano (e quindi il minor impatto equitativo) in rapporto alle tendenze europee.

EFFICIENZA E DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

La quota di popolazione *over 75* anni che dichiara di avere patologie di lunga durata o problemi di salute in Italia è significativamente inferiore a quella degli altri Paesi europei e questo, corroborato da altri indicatori come l'aspettativa di vita e unito al basso livello di spesa, confermerebbe l'efficienza della sanità italiana. Purtroppo si evidenzia anche un'allarmante perdita del suddetto 'vantaggio' in termini di efficacia/esiti.

Il peggioramento (ancorché relativo) rispetto agli altri Paesi sembra corrispondere temporalmente all'allargamento della forbice di spesa sanitaria italiana con essi.

La risposta ai bisogni della popolazione sembra quindi non più del tutto adeguata.

Vuoi per la carente crescita dei servizi di assistenza primaria a compensazione della riduzione dell'offerta e dei costi delle strutture ad alta intensità di spesa, in particolare gli ospedali; vuoi per il crescente disallineamento rispetto alla modifica della natura dei bisogni della popolazione, legata ai cambiamenti socio-economici; vuoi perché malgrado la revisione dei dati OECD sulla prevenzione, che ha reso merito all'investimento italiano, portato al 3,7% della spesa pubblica corrente (non allo 0,5%, diffuso l'anno scorso), in termini assoluti l'investimento in prevenzione italiano rimane non eclatante: la spesa per interventi sugli stili di vita rimane probabilmente molto modesta e rimaniamo uno

Figura 1. Quota del finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente. Italia versus Paesi EU14, valori percentuali, anni 2000-2013. Per il 2013: dati stimati per i Paesi di cui non si dispone del dato. Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2015. ©CREA Sanità

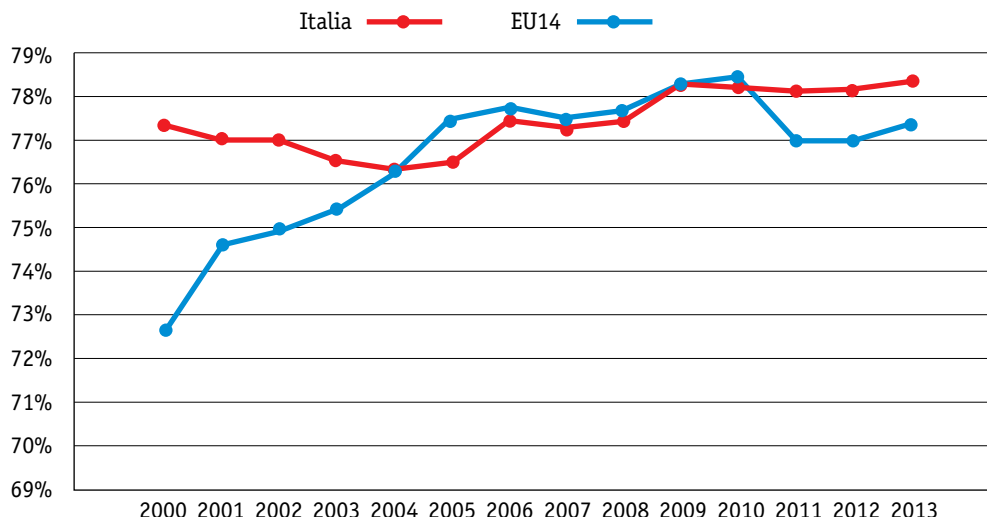
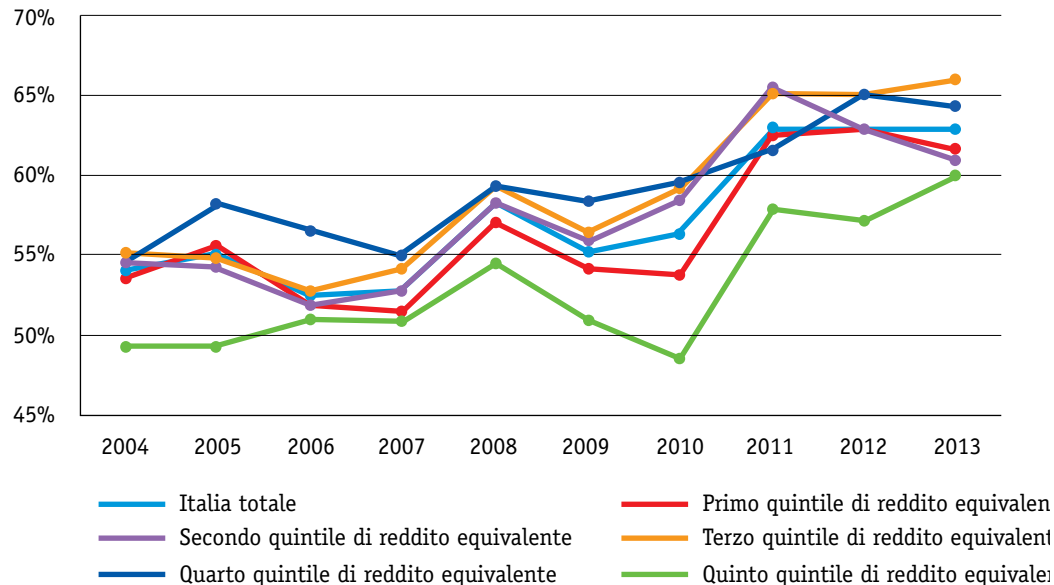


Figura 2. Popolazione ultrasettantacinquenne con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori percentuali, anni 2004-2013
Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2015. ©CREA Sanità



dei Paesi più sedentari di Europa, con seri problemi specie in termini di obesità. Inoltre, pur con tutte le cautele del caso, dovute a fonti non omogenee dei dati, risulterebbe che nel 2013 in Italia siano stati spesi per i vaccini 5,4 euro pro capite, contro i 10 euro della Francia, gli 11,3 della Germania e i 19 della Svezia.

Si noti che il peggioramento della *performance* italiana non è equamente distribuito: il ceto medio appare il più svantaggiato (figura 2).

Il mantenimento dei servizi non implica quindi automaticamente la salvaguardia di un universalismo equilibrato: il non aggiornamento dei sistemi attuali di esenzione e compartecipazione, pur salvaguardando le fasce meno abbienti, probabilmente penalizza la classe media, fatto che ha una rilevanza anche politica non trascurabile, nella misura in cui il rischio di una disaffezione del ceto medio verso il SSN porterebbe certamente alla sua implosione e alla crescita di una richiesta di *opting out*, forse già visibile nell'incremento della domanda di prestazioni nel privato.

Da ultimo ricordiamo che l'incidenza del fenomeno di impoverimento dovuto alle spese sociosanitarie *out of pocket* e 'catastrofiche' continua a ridursi: quasi 100.000 famiglie in meno rispetto al 2012 risultano impoverite e 40.000 in meno soggette a spese catastrofiche; ma il miglioramento è purtroppo solo apparente: infatti, 1,6 milioni di persone in meno rispetto al 2012 hanno sostenuto spese sociosanitarie *out of pocket* e parallelamente più del 5% della popolazione (oltre 3 milioni) dichiara di rinunciare a priori a sostenerle per motivi economici.

I problemi equitativi regionali sono strettamente correlati ai livelli di spesa pubblica pro capite, confermando l'importanza del servizio sanitario pubblico in termini equitativi.

In prospettiva le recenti manovre ipotizzate sull'appropriatezza delle prestazioni specialistiche, ma anche quelle di rinegoziazione dei prezzi di riferimento in campo farmaceutico, se non ade-

guatamente inserite in un disegno generale di governo della spesa sanitaria (si noti: totale non pubblica) finiranno per generare nuovi oneri per i bilanci delle famiglie, prefigurando anche nuovi oneri per i fondi sanitari (integrativi e no), che rischiano di creare loro serie difficoltà finanziarie.

RAZIONAMENTI

L'esempio della farmaceutica appare paradigmatico dei rischi di razionamento.

Analizzando le mediane di consumo (in *standard unit*) dei farmaci approvati da EMA (*European Medicines Agency*) negli anni 2009-2014 emerge come i consumi di quelli commercializzati in Italia dell'anno 2014 siano inferiori del -38,4% rispetto a quelli dei Paesi di confronto (Francia, Germania, Spagna e Regno Unito); la differenza dipende ovviamente anche dal ritardo effettivo di accesso al mercato, apprezzabile osservando che per quelli approvati nell'anno (2014) la mediana di consumo in Italia è inferiore del -91,2% rispetto ai Paesi considerati; scendendo poi al -81,6% per quelli del 2013 e al -66,7% per il 2012; si avvicina al livello europeo, ma rimanendo ancora inferiore solo a distanza di 5 anni: -22,7% per il 2009.

Si aggiunga che in Italia sono sul mercato solo il 67,9% dei farmaci approvati da EMA tra il 2009 e il 2014, e commercializzati in almeno un Paese EU.

In altri termini, ci vogliono quasi 5 anni per il 'riallineamento' dei consumi italiani agli *standard* medi dei Paesi considerati.

Si delinea quindi un quadro che complessivamente non evoca sprechi o usi disinvolti dei farmaci 'nuovi', di recente approvazione, ma piuttosto indizi di uno strisciante razionamento.

CREA Sanità - Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità, Roma