

Rapporto Sanità 2008 del CEIS

Sanità frammentata, a rischio l'equità di assistenza

La spesa sanitaria italiana continua a crescere, e più rapidamente del PIL. Al punto che nel 2010 la forbice tra finanziamento statale e spesa rischia di aprire una voragine da 10 miliardi. Gap che le Regioni dovrebbero colmare con recuperi di efficienza o inaspriendo la compartecipazione dei cittadini o tagliando i servizi. E' quanto rileva il VI Rapporto Sanità del Ceis dell'Università Tor Vergata di Roma, presentato oggi a Roma, secondo il quale già oggi gli italiani pagano di tasca propria un gran numero di prestazioni sanitarie, che influiscono pesantemente sulla gestione economica della famiglia. Sono infatti 349.180 famiglie italiane che nel 2006 si sono impoverite a causa di spese sanitarie impreviste delle quali si sono dovute far carico con risorse proprie. Un numero pari a circa l'1,5% del totale delle famiglie italiane. Alle quali si aggiungono 861.383 famiglie (pari al 3,7% dei nuclei) che sono state soggette a "spese catastrofiche", per effetto dell'incidenza sui loro bilanci delle spese sanitarie out of pocket. E senza un assetto istituzionale appropriato e un ridimensionamento ben calibrato del modello di compartecipazione, il federalismo – mette in guardia il Ceis – rischia di inasprire le differenze già evidenti tra servizi sanitari regionali.

Ma parlare di equità e uniformità è difficile anche allo stato attuale: a partire dalla spesa sanitaria, le Regioni registrano dati fortemente diversificati, che confermano la netta divisione tra Nord e Sud d'Italia. Se la media nazionale pro-capite è di 1.744 euro, classificando le Regioni si nota che il Trentino Alto Adige, Lazio e Valle d'Aosta hanno una spesa superiore a 1.970 euro pro-capite, mentre in Basilicata e Calabria la cifra scende a meno di 1.600 euro. Anche per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, il Rapporto rileva che nonostante vi sia una sostanziale omogeneità nei ticket applicati nelle Regioni italiane, questo non garantisce equità, perché l'adozione di nomenclatori tariffari differenti comporta una diversa incidenza di costi sui pazienti. Iniquità non solo tra Regioni, ma anche tra fasce della popolazione. Gli anziani si confermano i più fragili, insieme ai nuclei con tre o più figli.

Il Rapporto passa in rassegna i diversi sistemi di assistenza (ospedaliera, territoriale, farmaceutica, specialistica...) evidenziando, in particolare, alcune discrasie nella politica ospedaliera, che rimane l'area che assorbe maggiori risorse. Se il numero complessivo delle strutture si è ridotto del 7,9% nel periodo 2000-2006, infatti, non c'è stata una proporzionale riduzione del personale che, anzi, è leggermente aumentato. È cresciuto il numero di medici e figure amministrative (rispettivamente dell'1,87% e del 2,05%, contro lo 0,09% del personale infermieristico). Sceso del 2,32%, invece, il personale tecnico.

Anche la generale contrazione della dotazione complessiva di posti letto è stata applicata secondo modalità differenti: se in alcune Regioni si è assistito alla riduzione del numero di strutture di ricovero, soprattutto pubbliche, in altre è stata di fatto ridimensionata la dotazione media delle strutture esistenti.

Nel periodo 2000-2006, in circa i due terzi delle Regioni che sono intervenute riducendo sia la percentuale di strutture che quella dei posti letto. Casi estremi il Veneto (con una contrazione rispettivamente del -42,1% delle strutture e del -15,4% dei posti letto) e Friuli Venezia Giulia (con -8,3% di strutture e -21,1% di posti letto). Nettamente in controtendenza il Molise, caratterizzato da un contestuale significativo incremento in termini percentuali di strutture e di posti letto (+22,2% e a +16,6%).

"La sensazione – si legge sul Rapporto Ceis – è che le politiche di riduzione dei posti letto siano spesso un'operazione di facciata, mancando una reale razionalizzazione del settore". In cui si assiste a un "parziale fallimento del meccanismo di pagamento a prestazione (peraltro applicato molto parzialmente), con una forte variabilità regionale nei livelli di remunerazione ospedaliera. La tariffa media regionale, calcolata sulla base dei tariffari vigenti, evidenzia differenze che sfiorano il 60%, "difficilmente giustificabili su un piano razionale".

Le Regioni che presentano tariffe più elevate sono Friuli Venezia Giulia (+33,7% della media nazionale), Umbria (+27,2%) e Provincia Autonoma di Trento (+21,9%); al contrario le Regioni con livelli tariffari più bassi sono Veneto (-11,3%), Abruzzo (-11,8%) e Marche (-15,4%).

SINTESI DEI CAPITOLI

Il finanziamento della sanità. Il finanziamento pubblico rappresenta la scelta prevalente, con una quota, in Italia, superiore della media dei Paesi OECD (nel 2006, 77,2% contro il 73,4%). L'incidenza del finanziamento del SSN italiano sul PIL è aumentata dell'1,7% dal 1982 (4,9%) al 2007 (6,6%).

La sostanziale assenza sanitaria integrativa ha fatto registrare nell'ultimo decennio, in tutta l'area OECD, un aumento dell'incidenza della spesa out of pocket sul totale dei consumi delle famiglie. Sono i Paesi con il più alto reddito pro-capite a registrare la quota minore di spesa out of pocket.

Stenta a decollare il mercato delle assicurazioni private: nel 2006 la quota sul totale della spesa privata si stabilizza al 4,1%, restando sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente; la quota sul totale della spesa sanitaria totale si ferma allo 0,9%.

Assistenza ospedaliera. Il numero complessivo di Istituti si è ridotto dal 2000 al 2006 del 7,9% a causa della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture. Tra il 2000 e il 2006 vi è stata una riduzione della dotazione complessiva di posti letto del 10,8% nello stesso periodo. Il processo di riduzione ha riguardato soprattutto le strutture di ricovero pubbliche.

Il tasso di ricovero (acuti in regime ordinario) è pari a 140,0 ricoveri per 1.000 abitanti residenti: fra le Regioni centro-settentrionali presentano un tasso superiore rispetto alla media solo la Provincia Autonoma di Bolzano (+15,4%) e il Lazio (+14,1%). Le Regioni meridionali invece, malgrado una età media

inferiore, sono caratterizzate da livelli di ospedalizzazione superiori alla media. L'unica Regione del Sud a presentare un tasso di ricovero significativamente minore del livello nazionale è la Basilicata (-16,5%).

La distinzione tra Nord e Sud Italia risulta ancora più evidente analizzando la complessità dei ricoveri. La casistica è più complessa al Settentrione, in particolare in Piemonte, Liguria e Toscana. Le altre Regioni centrali si posizionano nella zona intermedia, mentre tutte le Regioni meridionali presentano valori nettamente inferiori, soprattutto Calabria e Campania.

Anche in termini di (in)appropriatezza dei ricoveri per acuzie risulta evidente una distinzione tra le Regioni meridionali e quelle settentrionali; le prime sono caratterizzate da un indice sintetico di (in)appropriatezza maggiore: Calabria, Molise, Sardegna ed Abruzzo presentano i risultati peggiori. I risultati migliori si registrano in Toscana, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Veneto.

Emergenza sanitaria. Sostanziali differenze regionali anche in questo settore: Lombardia e Lazio sono le Regioni per le quali si evince una maggior coerenza e razionalità tra l'offerta (misurata in numero di strutture) e domanda (in termini di complessità degli accessi).

In generale, la complessità degli accessi che si rileva, sembra infine mediamente bassa rispetto alla complessità organizzativa che caratterizza l'emergenza: solo il 16% degli accessi genera ricovero e il tasso di decessi fra i pazienti che accedono al Pronto Soccorso è meno del 0,1%.

Assistenza residenziale. L'analisi evidenzia come negli ultimi anni si sia assistito ad una crescente attenzione verso l'assistenza di tipo residenziale non ospedaliera. Tuttavia emerge una forte eterogeneità definitoria con significati e ruoli assegnati alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) molto differenti da Regione a Regione; tale differenziazione ed indeterminata porta in talune Regioni ad una ridefinizione delle RSA scindendone l'universo sulla base non solo delle tipologie di utenza (RSA, RSA demenze, nuclei Alzheimer) ma anche, introducendo nuove tipologie di strutture più o meno temporanee in relazione al gradiente assistenziale fornito, si pensi ad esempio alle Residenze Sanitarie Flessibili (RSF), alle Residenze Sanitarie a Sede Ospedaliera (RSAO) o alle RSA medicalizzate (RSA-M). L'emergere di tali sottotipologie mostra di fatto la necessità di classificare l'utenza sulla base del livello di assistenza sanitaria fornita calcolato su parametri il più possibile oggettivi.

Assistenza farmaceutica. Il primo aspetto da rilevare è il numero elevatissimo di interventi regolatori volti a contenere la spesa farmaceutica, che dal 1995 al 2001 aveva fatto registrare un aumento di spesa farmaceutica totale (pubblica e privata) a valori nominali di quasi il 75%.

L'attività politica pubblica di contenimento dei costi farmaceutici a livello nazionale, diversamente dal passato, non si è limitata ad interventi regolatori sul prezzo del farmaco ma è intervenuta anche con azioni sulla quantità del venduto. In una logica di tipo federalista anche le Regioni sono a loro intervenute, sia attraverso i classici interventi di compartecipazione dei cittadini alla spesa, sia sperimentando interventi alternativi quali il mantenimento od implementazione della distribuzione "in nome e per conto", l'utilizzo di limiti prescrittivi di alcune categorie di farmaci (ad es. prezzi di riferimento degli inibitori di pompa e quota minima di farmaci equivalenti). Tutti questi interventi, in misura diversa, hanno fatto registrare nel 2007 una diminuzione del 2,6% della spesa farmaceutica territoriale complessiva (una diminuzione provocata dalla diminuzione della spesa pubblica farmaceutica del 5,4% e da un aumento della spesa privata farmaceutica del 4%) rispetto all'anno precedente (nel 2006 già si era registrata una diminuzione del 1%). Il ricorso ai farmaci equivalenti ha raggiunto a livello regionale il 20,3% della spesa farmaceutica a carico del Ssn (+48,18% rispetto al 2006) e il 30,7% delle quantità consumate (+21,34% rispetto al 2006). Correlando la spesa farmaceutica pro-capite pesata netta con la quota di generici sulla spesa netta si possono individuare quattro situazioni regionali diverse: le Regioni che hanno una spesa pro-capite elevata e un'elevata quota di generici (Abruzzo, Liguria, Puglia, Sardegna, Sicilia); le Regioni con una spesa pro-capite bassa e una quota di generici elevata (Basilicata, Marche, Umbria, Emilia Romagna e Toscana); le Regioni che hanno sia una spesa procapite bassa, sia una quota di generici bassa (Friuli Venezia Giulia, Veneto, Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Molise, Piemonte); infine, le Regioni che hanno una spesa procapite elevata e una quota di generici bassa (Lombardia, Calabria, Lazio, Campania).

Anche se quasi tutte le Regioni hanno rispettato il tetto programmato per la spesa territoriale (tranne: il Lazio che presenta la spesa più alta d'Italia con il 14,9%, la Calabria con il 14,5% e la Sicilia con il 14,5%), molte sono ancora oltre il tetto complessivo del 16%.

La spesa delle strutture sanitarie, attendendosi in media nelle Regioni italiane al 4,3% della spesa totale, ha contribuito allo sfioramento del tetto del 16% in 10 Regioni (Lazio 17,7%, Sicilia 17,1%, Sardegna 17,0%, Calabria 16,8%, Abruzzo 16,6%, Puglia 16,5%, Campania 16,4%, Umbria, Toscana, Liguria 16,1%).

Assistenza specialistica. Si rileva una evidente correlazione tra spesa specialistica totale pro-capite e PIL pro-capite (proxy anche del titolo di studio), e tuttavia non si riscontra una correlazione tra la quota di visite totalmente a pagamento e PIL pro-capite. Questo indica che il ricorso a visite specialistiche private non dipende dal reddito del cittadino, ma presumibilmente è una necessità dovuta alle liste di attesa o alla qualità delle prestazioni e dei servizi.

Secondo le stime, la spesa sanitaria specialistica totale è intorno ai 12 mld di euro, imputabile per il 70% circa alle strutture pubbliche e per il resto a quelle private accreditate, nonostante queste ultime costituiscano circa la metà delle strutture totali. Valle d'Aosta e Liguria si stima spendano oltre 300 euro pro-capite di specialistica pubblica e privata; ultime in graduatoria Sicilia, Sardegna e Abruzzo con una spesa pro-capite inferiore a 140,00 euro.

Assistenza domiciliare. Cresce l'attenzione verso i servizi sociosanitari e i modelli di assistenza domiciliare. Alla elevata variabilità della percentuale di over 65 che ogni Regione prende in carico domiciliariamente, si aggiunge quella dell'intensità assistenziale (quantità di ore annue mediamente erogate per abitante anziano preso in carico), ma senza una significativa correlazione fra le due variabili.

Nel 2006 ad ogni paziente anziano assistito in ADI sono state dedicate, in media, 24 ore annue. Tuttavia il dato passa dalle 183 ore della Valle d'Aosta, alle 71 della Sardegna, fino a Veneto Molise che rimangono sotto le 15 ore.

Su 180 Asl presenti sul territorio nazionale nel 2006 ce ne sono 7 (due in Sicilia e Calabria, una nel Lazio, Puglia ed Umbria) che ancora non offrono il servizio di ADI, sebbene questo tipo di prestazione rientri nei Livelli Essenziali di Assistenza che devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio.

La Spesa sanitaria. In generale l'Italia può definirsi, per quanto riguarda la spesa, un Paese virtuoso, registrando una spesa inferiore alla media e una crescita contenuta. Analizzando la composizione della spesa, emerge come la maggior parte delle Regioni del Nord e il Lazio registrino una spesa pro-capite sia pubblica che privata superiore alla media. In Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Veneto c'è una spesa pubblica pro-capite inferiore alla media italiana ma una spesa privata superiore. Abruzzo e Molise sono le uniche due Regioni con una spesa pubblica superiore alla media e una spesa privata inferiore. La maggior parte delle Regioni del Sud e del Centro fanno osservare una spesa pubblica e privata pro-capite inferiori alla media. Come era lecito aspettarsi, quindi, nelle Regioni meridionali, dotate di minor reddito pro-capite la spesa privata è inferiore. Tranne che in Abruzzo e Molise (Regioni soggette a piano di rientro) in queste Regioni anche la spesa pubblica è inferiore alla media. Solo Friuli Venezia Giulia, Veneto e Lombardia fra le Regioni del Nord, hanno una spesa pubblica inferiore alla media. La variabilità della spesa pubblica risulta superiore di quella privata.

Classificando le Regioni secondo la spesa pubblica corretta per la popolazione pesata, ai primi posti in graduatoria troviamo Trentino Alto Adige, Lazio e Valle d'Aosta con una spesa superiore del 18%, 14% e 13% sopra la media. Le Regioni, invece, con spesa pro-capite per popolazione pesata inferiore sono Basilicata, Calabria e Sardegna con valori inferiori alla media del 9,4%, 8,5% e 6,8%.

L'equità nel Ssn. Anche quest'anno nell'ambito il Rapporto Ceis Sanità dedica un capitolo alle misure dell'equità misurata nel cosiddetto *burden space* ossia quell'insieme di misure proposte dalla World Health Organization (WHO) che tengono conto del peso delle spese per consumi sanitari effettivamente lasciato direttamente a carico delle famiglie.

Nell'analisi condotta si è scelto di privilegiare le misure di impoverimento e "catastroficità" ed in particolare l'impoverimento che appare una misura particolarmente versatile ed in grado di dare interessanti indicazioni di policy.

Nel 2006 in Italia risultano impoverite 349.180 famiglie (pari a circa l'1,5% del totale); se si utilizzano le soglie epurate della componente sanitaria il numero di nuclei impoveriti risulta invece pari a 299.923 (circa l'1,3% del totale). Nel 2005 erano risultati invece impoveriti 345.363 nuclei (sempre pari all'1,5% del totale) ovvero 310.822 nuclei applicando le soglie al netto della componente di spesa out of pocket (OOP). Quindi una sostanziale stabilità del fenomeno, e di conseguenza sembra confermarsi l'incapacità delle politiche sanitarie in atto di intervenire sul problema.

Risultano invece soggette a spese catastrofiche 861.383 famiglie (pari al 3,7% dei nuclei). Tale percentuale nel 2005 era del 4,1%: si è quindi assistito un calo degli episodi di catastroficità.

È stata confermata anche nel 2006 l'estrema fragilità di quei nuclei caratterizzati dalla presenza di uno o più anziani che, pur essendo circa un quarto del totale costituiscono circa la metà dell'impoverimento complessivo.

L'impatto del sistema sanitario sull'economia. Nel 1996 l'incidenza sul PIL del cosiddetto indotto della filiera della salute risultava pari al 4,9%, nel 2004 si attestava al 5,6 (stimati in euro 73,5 mld) in valutazione a prezzi costanti. Nel periodo 1996-2004, la produzione e il valore aggiunto della filiera si sono accresciuti ad un tasso medio annuo del 4% circa.

L'attività produttiva farmaceutica mondiale in termini di valore (519,5 mld di euro) è cresciuta del 6,4% rispetto al 2006. L'industria farmaceutica italiana ha registrato nel 2007 un fatturato ex-factory totale (farmacia+ospedali) di 16,7 mld di euro (+1,4% rispetto al 2006), pari al 3,2% del mercato mondiale. Si attesta così al 6° posto nel ranking mondiale. Tuttavia l'aumento del +1,4% risulta inferiore alla media del +5% dei principali Paesi produttori di farmaci (USA, Giappone, Germania, Francia e Regno Unito) e provoca una perdita di quota di mercato dello 0,2% rispetto all'anno precedente.

L'Italia ha una bilancia commerciale positiva (euro+1,2 mld) se si considera il solo commercio di medicinali (confezionati e non) e negativa (euro-2,6 mld) nel caso del commercio totale del settore farmaceutico (commercio dei medicinali, materie prime farmaceutiche e altri prodotti finiti).

La spesa italiana in R&S è stata, nel 2007, di 1.170 mln di euro, pari al 14% della spesa totale in R&S del settore manifatturiero e al 10,4% del settore industriale italiano. Si registrano investimenti fissi lordi nel settore farmaceutico di 1.075 mln di euro (+3,9% rispetto al 2006); un valore aggiunto di 6.853 mln di euro (+0,5% rispetto al 2006); e un investimento per occupato di 14.930 euro (il doppio rispetto alla media dell'industria italiana).

A livello internazionale, si valuta che nel 2005 la spesa per dispositivi sia stata di circa euro 188 mld e il valore della produzione pari a euro 145 mld. Gli USA rappresentano il Paese con la quota di spesa (42%) e di valore della produzione (51%) maggiore, seguono i Paesi dell'Unione Europea con una quota di spesa del 34% e un valore della produzione pari al 30%. L'Italia ha un 11% di quota di spesa e un 12% di valore della produzione.

In Europa, la spesa per dispositivi medici nel 2005 ha rappresenta il 6,3% della spesa sanitaria totale. L'Italia si trova al di sotto della media europea con una incidenza sulla spesa sanitaria totale del 5,6% e al decimo posto se si considera la spesa pro-capite per dispositivi medici (122 euro). Le Regioni che hanno presentato una spesa pubblica pro-capite più alta, nel 2007, sono il Friuli Venezia Giulia (146 euro), le Marche (125 euro) e la Liguria (106 euro). Le Regioni che presentano una spesa pubblica pro-capite più basse sono la Calabria (23 euro), la Lombardia (31 euro) e la Basilicata (38 euro).

La quota di spesa pubblica pro-capite regionale per dispositivi medici non sembra correlata al numero di ricoveri chirurgici pro-capite (Ordinari e in Day Hospital). Non sembra quindi esserci una chiara relazione fra volumi e costi: le differenze possono quindi essere attribuite tanto a diverse registrazioni contabili, quanto a diverse efficienze negli acquisti.