



performance  
accesso  
appropriata  
scenari  
innovazione  
efficienza  
integrazione  
bisogni  
empowerment  
regioni  
responsabilità  
europa  
salute  
HTA  
health  
investimenti  
sviluppo  
Italia  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
SSN  
federalismo  
selettività  
sostenibilità  
equità  
crescita  
welfare  
economia

## 11° Rapporto Sanità

L'Universalismo diseguale

## 11<sup>th</sup> Health Report

*Unequal Universalism*

A cura di / Edited by: Federico Spandonaro



### I punti salienti

## Sintesi

**Spesa pubblica (SCHEDA 1).** La spesa sanitaria italiana è molto più bassa che negli altri Paesi europei: è inferiore a quella dei Paesi EU14 del -28,7%, e la forbice (anche in percentuale del PIL) si allarga anno dopo anno. Non può quindi essere una preoccupazione il livello della spesa.

**Esiti di salute (SCHEDA 2).** La quota di popolazione che dichiara di avere patologie di lunga durata o problemi di salute è in Italia inferiore a quella degli altri Paesi europei: buon livello di salute e basso livello di spesa confermerebbero l'efficienza della Sanità italiana. Ma stiamo velocemente perdendo il nostro vantaggio in termini di salute; e il processo di convergenza sui livelli (peggiori) degli altri Paesi sembra avere accelerato negli ultimi 10 anni, quelli del risanamento finanziario. In particolare sembra più colpita la classe media, che evidentemente risente maggiormente della crisi e degli aumenti delle compartecipazioni.

**Spesa *out of pocket* (OOP) e livello equitativo (SCHEDA 3).** I fenomeni di impoverimento per spese socio-sanitarie *out of pocket* (spesa sostenuta direttamente dalle famiglie) e catastoficità (spese elevate rispetto al proprio reddito) sembrerebbero ridursi: nel 2013 quasi 100.000 famiglie in meno risultano impoverite e 40.000 in meno soggette a spese catastofiche; ma è un fenomeno illusorio: parallelamente, se 1,6 milioni di persone in meno hanno sostenuto spese socio-sanitarie OOP, più di 2,7 milioni dichiarano di rinunciare a priori a sostenerle per motivi economici (2012). E per il 2014 si registra deciso aumento della spesa sanitaria *out of pocket* (+14,5%), che potrebbe peggiorare ancora l'impatto equitativo.

**Finanziamento e carico fiscale (SCHEDA 4).** Il disavanzo della spesa sanitaria in termini assoluti è andato progressivamente diminuendo, riducendosi del 43,7% (considerando le sole Regioni in disavanzo) tra il 2010 e il 2014; quindi l'aspetto finanziario è nettamente migliorato, ma con esiti equitativi discutibili: l'equilibrio è infatti stato perseguito anche con l'inasprimento fiscale a livello regionale, penalizzando nei fatti le famiglie che risiedono nelle Regioni che non riescono a mantenere l'equilibrio finanziario nel loro SSR. Nel Lazio,

che è la Regione che da sola ha generato, nel 2014, il 26,7% del deficit complessivo, la pressione tributaria locale in termini di addizionale Irpef è maggiore rispetto a quella di Regioni tradizionalmente in equilibrio: per esempio, più elevata del 23,7% di quella della Lombardia e superiore del 62,0% rispetto a quella riportata dal Veneto.

**Razionamenti e farmaceutica (SCHEDA 5).** L'equilibrio è stato perseguito con la razionalizzazione (maggiore efficienza), ma anche inasprimenti fiscali (vd. Scheda 4) e razionamenti dei servizi e delle tecnologie. In particolare si avverte nei segmenti delle tecnologie dove l'innovazione è più rapida. Ad esempio il consumo in Italia dei farmaci approvati da EMA (*European Medicines Agency*) negli ultimi 5 anni (2009-2014), rispetto a Francia, Germania, Spagna e Regno Unito, è in media inferiore del -38,4% (partendo da oltre -90% per quelli più recentemente approvati e rimanendo inferiore di quasi -20% anche a distanza di 5 anni dalla loro approvazione). E nel calcolo si tiene conto solo delle molecole presenti anche in Italia: andrebbe aggiunto che di oltre il 30% dei farmaci approvati da EMA tra il 2009 e il 2014 e commercializzati in almeno un Paese EU5, in Italia non si ha consumo.

**Prevenzione (SCHEDA 6).** L'Italia sembra aver speso il 3,7% della spesa pubblica corrente in programmi di prevenzione e salute pubblica nel 2013, stando ai dati OECD (rettificando in qualche modo il dato dello 0,5% diffuso lo scorso anno): una percentuale maggiore di diversi altri Paesi, ma certamente insufficiente: considerando il valore pro-capite, infatti, la spesa per la prevenzione in Italia, sempre secondo OECD, sarebbe pari a € 66,3 contro € 99,5 in Germania e € 131,0 in Svezia.

Dell'insufficienza degli investimenti nel settore negli anni passati è prova che nel 2014, a livello nazionale, la copertura per le vaccinazioni pediatriche non ha raggiunto il 95% (soglia minima raccomandata nel Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale) per nessuno degli antigeni previsti, con difformità a livello regionale, e che le politiche sugli stili di vita sono praticamente ferme.

**Proposte (SCHEDA 7).** Le raccomandazioni dell'11° Rapporto Sanità dell'Università di Roma "Tor Vergata", elaborato dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità.

## Schede di approfondimento

### SCHEDA 1 – SPESA PUBBLICA

La spesa sanitaria italiana è largamente inferiore a quella dei Paesi europei con noi confrontabili.

La [tavola 1] illustra il progressivo distacco dell'Italia dagli altri Paesi: non solo la spesa è ormai inferiore a quella dei Paesi EU14 del -28,7%, ma anche in percentuale del PIL si allarga la forbice [tavola 2].

Negli anni più recenti, quelli segnati dalle *spending review*, il *gap* aumenta di oltre il 2% annuo (quasi il 3% fra il 2012 e il 2013).

Malgrado la stagnazione del PIL, l'impegno degli italiani per la propria salute rimane sotto il 9% (tendendo a ridursi ancora), mentre EU14 ha ormai superato il 10% (differenza che è in percentuale rilevante ma ancora di più in termini nominali: ricordando che in EU14, abbiamo anche Paesi meno ricchi dell'Italia come Grecia, Portogallo e Spagna, e quindi lo scarto è mitigato dai minori livelli di spesa di questi ultimi Paesi).

La Sanità nella Pubblica Amministrazione è il settore che ha dato il maggiore contributo al risanamento delle finanze pubbliche.

Quanto sopra ci sembra sufficiente per mettere in dubbio che in cima all'agenda possano essere poste aspettative di ulteriori risparmi.

A livello regionale, anche standardizzando il dato in funzione delle diverse demografie e della mobilità dei pazienti, l'esito allarmante è che ormai fra il cittadino della Regione in cui si spende di più, e quello residente nella Regione in cui si spende meno, il divario ha raggiunto il 33,4%.

Il sistema attuale non è quindi in grado di annullare (o quanto meno portare le differenze su valori accettabili) l'effetto del reddito sulle possibilità di accesso ai servizi sanitari.

## SCHEDA 2 – GLI ESITI DI SALUTE

La quota di popolazione che dichiara di avere patologie di lunga durata o problemi di salute in Italia rimane significativamente inferiore a quella degli altri Paesi europei: buoni *outcome* di salute e bassi livelli di spesa, confermano una buona efficienza complessiva della Sanità italiana [tavola 8].

Ma negli ultimi 10 anni stiamo progressivamente perdendo il vantaggio nei livelli di salute sopra descritto, convergendo verso i livelli degli altri Paesi.

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

Il peggioramento relativo della *performance* italiana non è distribuito equamente: il terzo e quarto quintile della popolazione hanno *performance* sistematicamente peggiori dei quintili più poveri e più ricchi [tavola 9].

Si potrebbe desumere che il SSN, a fronte di rischi di razionamento, abbia preferito (con successo) salvaguardare le fasce più disagiate, a discapito però della classe media. Il mantenimento dei servizi non implica quindi la salvaguardia di un Universalismo equilibrato: il non aggiornamento dei sistemi di esenzione e compartecipazione, pur salvaguardando le fasce meno abbienti, sembra penalizzare sempre più la classe media.

### SCHEDA 3 – SPESA OUT OF POCKET E LIVELLO EQUITATIVO

Una parte rilevante (anche se non esaustiva) della differenza di spesa sanitaria tra i cittadini italiani, a seconda della Regione di residenza, è data dai differenziali di spesa privata [tavola 3].

Nel 2013 i fenomeni di impoverimento per spese socio-sanitarie *out of pocket* (ovvero sostenute direttamente dalle famiglie) e di spese catastrofiche (ovvero rilevanti rispetto alle proprie risorse) si sono ridotte: quasi 100.000 famiglie in meno risultano impoverite e 40.000 in meno soggette a spese catastrofiche; ma è un miglioramento illusorio: 1,6 milioni di persone in meno hanno sostenuto spese socio-sanitarie *out of pocket* e più di 2,7 milioni hanno rinunciato a priori a sostenerle per motivi economici (2012).

Sono chiamate a rinunciare prevalentemente le famiglie dei quintili medio-bassi, che spendono prevalentemente per farmaci, visite ed esami diagnostici (80-90% delle spese socio-sanitarie *out of pocket*).

I problemi equitativi sono strettamente correlati ai livelli di spesa pubblica pro-capite, confermando tanto l'importanza del servizio sanitario pubblico in termini equitativi, quanto i problemi di riparto delle risorse. Infatti troviamo in testa (minori problemi equitativi) le Regioni a maggiore spesa, quali le PP.AA. di Trento e Bolzano, il Friuli Venezia Giulia ed il Veneto, e in coda le più povere e con minore spesa sanitaria: Campania, Calabria, Puglia e Abruzzo [tavola 4].

L'allarme equitativo è aggravato dai dati preliminari (2014) che preludono ad un deciso aumento della spesa sanitaria *out of pocket* delle famiglie (+14,5%) e dall'attesa degli effetti dell'ulteriore manovra 2015 di € -2,35 mld. sul Fondo.

Anche le recenti manovre annunciate sull'appropriatezza delle prestazioni specialistiche, e quelle di rinegoziazione dei prezzi di riferimento in campo farmaceutico, se non adeguatamente inserite in un disegno generale di governo della spesa sanitaria (totale, non pubblica) potrebbero generare nuovi oneri per i bilanci delle famiglie e rischi per il mantenimento dell'equilibrio finanziario dei Fondi Sanitari (integrativi e non).

## SCHEDA 4 – RISULTATI DI ESERCIZIO E CARICO FISCALE

Considerando le sole Regioni che hanno presentato un risultato di esercizio negativo, il disavanzo sanitario si è ridotto di circa il 44,0% dopo l'inaugurazione dei Piani di Rientro: il disequilibrio finanziario sembra un problema sostanzialmente superato (unica rilevante eccezione, nel 2014, il Lazio, che da solo somma il 26,7% del *deficit* complessivo).

In termini nominali, tra il 2010 ed il 2014 il disavanzo complessivo si è quasi dimezzato, passando da € 2.297,9 mln. a € 1.293,7 mln. [tavola 5]. Escludendo le Regioni in utile, nel 2014 le cinque Regioni con maggior disavanzo (le due Province Autonome, Liguria, Lazio e Sardegna) generano l'89,4% della perdita complessiva con una crescita del 3,1% rispetto all'anno precedente (86,3%). Nell'ultimo anno il disavanzo si è ridotto in modo più accentuato nel Meridione (-72,8%), il cui disavanzo pro-capite è risultato inferiore non solo a quello dell'area centro-settentrionale ma anche al valore medio nazionale. Altro risultato di rilievo: nel 2014 le Regioni con un risultato di gestione positivo sono state tredici vs. le dieci del 2013.

Ma il risanamento finanziario passa anche per processi di inasprimento fiscale, penalizzando nei fatti i cittadini che risiedono nelle Regioni che non riescono a mantenere l'equilibrio finanziario del SSN.

Nel Lazio, il contributo che mediamente ciascun contribuente è stato chiamato a versare, nel 2013, in termini di addizionale Irpef ([tavola 6]) è risultato superiore dell'88,0% a quello versato mediamente da ciascun contribuente residente in Basilicata (la Regione con il contributo medio più basso); l'aliquota media effettiva Irap ([tavola 7]) applicata dal Lazio nel 2012, invece, è risultata superiore dell'1,9% a quella del Veneto, la Regione, nell'anno considerato, con l'aliquota più bassa.

In alcune Regioni si configura un *mix* di spesa bassa e pressione fiscale alta, che potenzialmente può innescare un processo tale da deprimere lo sviluppo e, in prospettiva, peggiorare anche il *gap* sanitario.

## SCHEDA 5 – RAZIONAMENTI E FARMACEUTICA

La *governance* del settore farmaceutico si è sinora dimostrata efficace, avendo garantito una sostanziale costanza del dato di spesa nominale, compensando con i decrementi della spesa territoriale, gli incrementi dell'ospedaliera “spinti” dall'accesso al mercato dei nuovi farmaci innovativi, spesso ad alto costo.

Ma la fine del flusso di genericazioni (non compensabile almeno a breve dall'avvento dei biosimilari), e l'arrivo di nuovi farmaci ad alto costo, fa presagire l'impossibilità futura di garantire a lungo tanto l'accesso alle innovazioni che l'invarianza di oneri.

Già oggi osserviamo indizi di razionamenti nell'accesso alle innovazioni: ad esempio il consumo in Italia dei farmaci approvati da EMA (*European Medicines Agency*) negli ultimi 5 anni (2009-2014) [tavola 10] è inferiore del -38,4% rispetto a quelli medi di Francia, Germania, Spagna e Regno Unito; la differenza dipende dal ritardo effettivo di accesso al mercato, apprezzabile osservando che per quelli approvati più di recente (2014) la mediana di consumo in Italia è inferiore del -91,2% rispetto ai Paesi considerati; scendendo poi progressivamente, ma rimanendo intorno al 20% ancora a distanza di 5 anni.

Il dato descritto tra l'altro riguarda solo i farmaci consumati anche in Italia; si aggiunga che in Italia non sono sul mercato oltre il 30% dei farmaci approvati da EMA tra il 2009 e il 2014, e commercializzati in almeno un Paese EU5 [tavola 11].

Si delinea un quadro che complessivamente non evoca sprechi o usi disinvolti dei farmaci “nuovi”, di recente approvazione, ma piuttosto il rischio di uno strisciante razionamento; sebbene la disponibilità di farmaci in Italia rimanga ampia (con alcuni ritardi significativi, dipendenti tanto dai meccanismi di rimborso che dagli inserimenti in prontuario e, anche, dai tempi di approvvigionamento); i consumi in Italia rimangono significativamente minori che nei Paesi considerati nel confronto, vuoi per la maggiore selettività dei criteri di eleggibilità dei pazienti, vuoi per la “prudenza” prescrittiva dei medici, vuoi per possibili carenze di *budget*, etc.: sarebbe, quindi, certamente meritorio un approfondimento sul contributo dei singoli fattori al fenomeno, come anche sulle conseguenze del citato razionamento.

## SCHEDA 6 – PREVENZIONE

La revisione 2015 dei dati OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development* (con l'implementazione del nuovo “*System of Health Accounts 2011*”) ha reso merito allo sforzo italiano in tema di prevenzione: la spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute pubblica nel 2013 viene rideterminata al 3,7% della spesa pubblica corrente; quindi una quota relativamente alta rispetto agli altri Paesi (tenendo in debito conto che i dati non sono sempre esattamente confrontabili per la loro composizione).

Tuttavia, essendo il dato italiano espresso in percentuale di una spesa sanitaria significativamente minore rispetto agli altri Paesi, ne segue che in termini assoluti l'investimento sia probabilmente ancora insufficiente [tavola 12], risultando inferiore a quello di diversi altri Paesi: in termini pro-capite, la spesa pubblica per la prevenzione in Italia sarebbe pari per il 2013 a € 66,3, un valore più basso di Olanda (€ 95,9), Germania (€ 99,5), Lussemburgo (€ 100,2), Finlandia (€ 104,3), Danimarca (€ 114,4), Belgio (€ 115,2) e Svezia (€ 131,0). Tra l'altro, la quota di spesa destinata a interventi sugli stili di vita, fattore che appare condiviso sia alla base di gran parte delle principali patologie del nostro secolo, rimane ignota ma probabilmente molto modesta: rimaniamo uno dei Paesi più sedentari di Europa e questo da solo potrebbe spiegare parte dell'involuzione dello stato di salute.

Sempre a livello nazionale, sebbene gli ultimi Patti per la Salute ribadiscano come il 5% del Fondo Sanitario Nazionale debba essere utilizzato per il Lea “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”, in base ai dati disponibili nel 2013 ci si attesterebbe al 4,19%, pari a circa € 4,8 mld., di cui circa € 1,0 mld per attività di prevenzione rivolte alle persone. Tra queste ultime rientrano le vaccinazioni: in Italia nel 2014 si spendono circa € 4,79 pro-capite per vaccini; nel 2013 se ne spendevano € 5,4 contro €10,0 in Francia, € 11,3 in Germania e € 19,0 in Svezia. Si noti che nel 2014 a livello nazionale non si è raggiunta per nessun antigene la soglia minima del 95% prevista nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale per le coperture vaccinali pediatriche [tavola 13]. Nel 2014 sono 9 le Regioni che non raggiungono la soglia minima raccomandata per nessuno degli antigeni considerati (la maggior parte del Nord): Valle d'Aosta, P.A. di Trento e Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Campania, Sicilia e Puglia [tavola 14]. Anche le coperture vaccinali contro l'influenza stagionale negli anziani *over65* sono nella stagione 2014/2015 in netto calo. Tutte le Regioni sono al di sotto della soglia minima perseguibile del 75,0% [tavola 15].

## SCHEDA 7 – “PROPOSTE”

Sarebbe 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 in qualche modo infranta con la manovra sui bilanci regionali.

La moratoria potrebbe alternativamente essere definita come:

- impegno a mantenere l’invarianza del rapporto finanziamento / PIL;
- impegno a mantenere l’invarianza del rapporto spesa sanitaria italiana vs spesa sanitaria EU14.

La seconda è giustificata dal rischio, con la prima, di registrare l’impossibilità di mantenere livelli di risposta assistenziale paragonabili a quelli EU.

Con la certezza delle risorse disponibili, sarebbe anche forse possibile rivedere la lista delle priorità di intervento, inserendo tematiche che superano l’orizzonte del breve termine; 5 i punti urgenti:

- 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 una 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’analisi degli approcci corretti per garantire condizioni competitive (ma *fair*) nei mercati sanitari, massimizzando i risparmi, ma salvaguardando allo stesso tempo le condizioni di contendibilità dei mercati stessi: sembra infatti dominante la ricerca di risparmi a breve termine, spesso ottenuti mediante economie di scala, che sfruttano la grande opportunità (in termini di risparmi) dell’apertura a condizioni di competizione

in molti mercati sanitari, ma sembrano trascurare le profonde differenze di questi mercati rispetto alle esperienze del passato; basti pensare ai biosimilari, per i quali si verificano grandi differenze (forti investimenti e quindi barriere all'entrata, pochi *player*, etc.) rispetto all'esperienza degli equivalenti; analogamente, in altri settori sanitari, non sembra si sia pienamente colto il rischio di competizioni di puro prezzo non adeguatamente regolamentate;

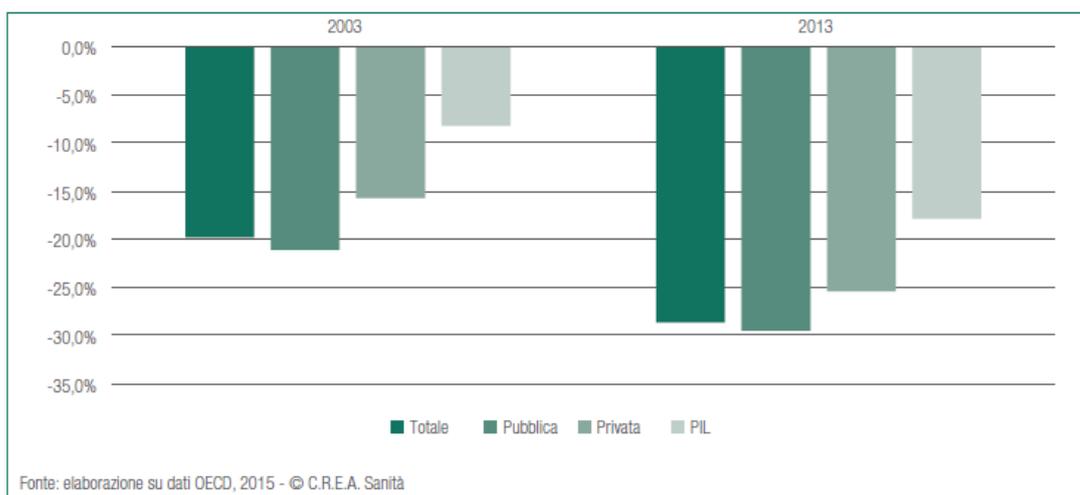
- la necessità di rapportarsi in modo proattivo con le decisioni a livello internazionale in tema di *pricing* delle nuove tecnologie: appare infatti evidente che l'attuale sistema di governo basato sul *value based pricing* diventa fortemente penalizzante per le popolazioni residenti nei Paesi con minore crescita e pensare di compensare il fenomeno con l'uso (e a volte l'abuso) di accordi confidenziali, *payback*, tetti e altri interventi per via amministrativa non è sostenibile a medio termine.

## Tavole principali

### TAVOLA 1

Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite.

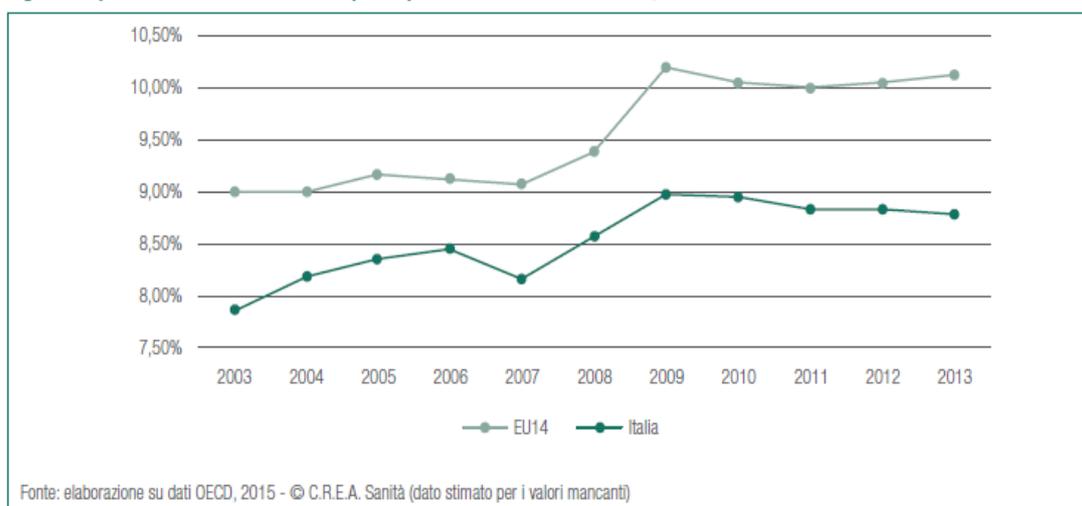
Gap (%) Italia vs. EU14, anni 2003 e 2013\*



\*dato stimato per i valori mancanti

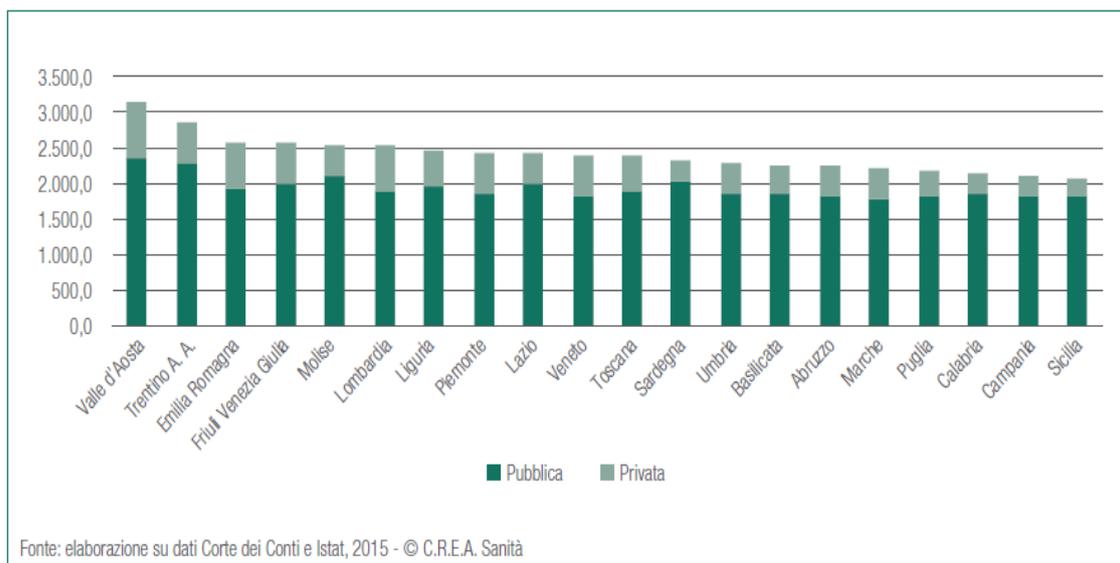
### TAVOLA 2

Spesa sanitaria totale corrente pro-capite in % PIL. Italia vs. EU14, 2003-2013



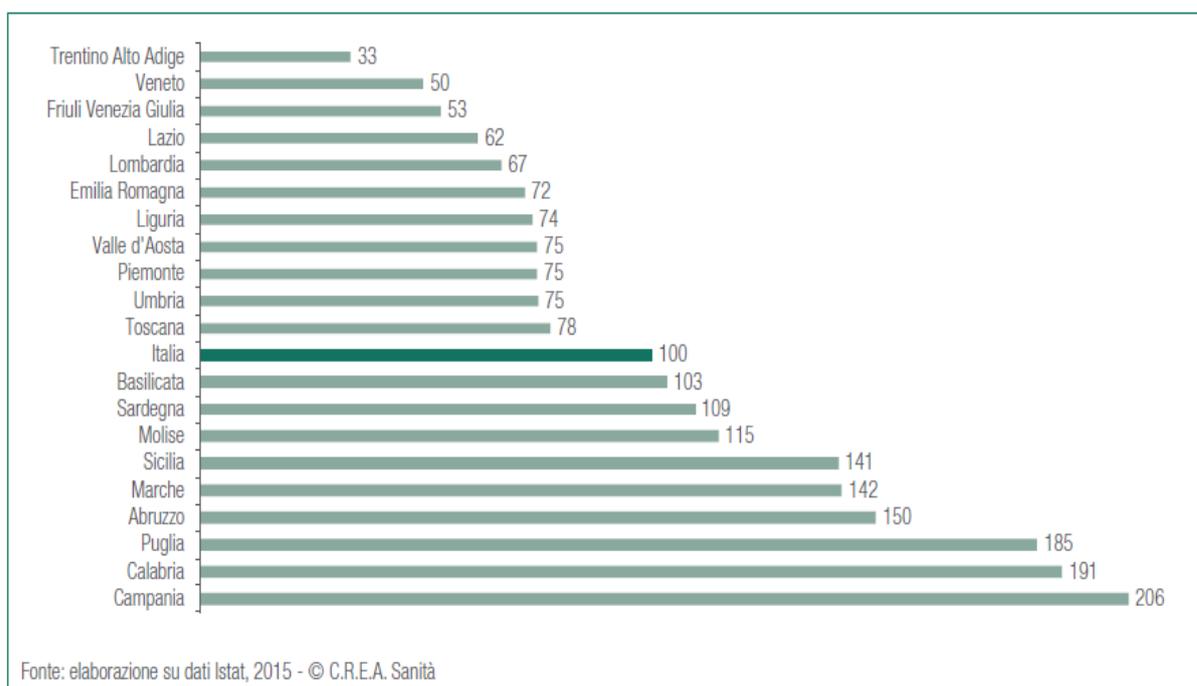
**TAVOLA 3**

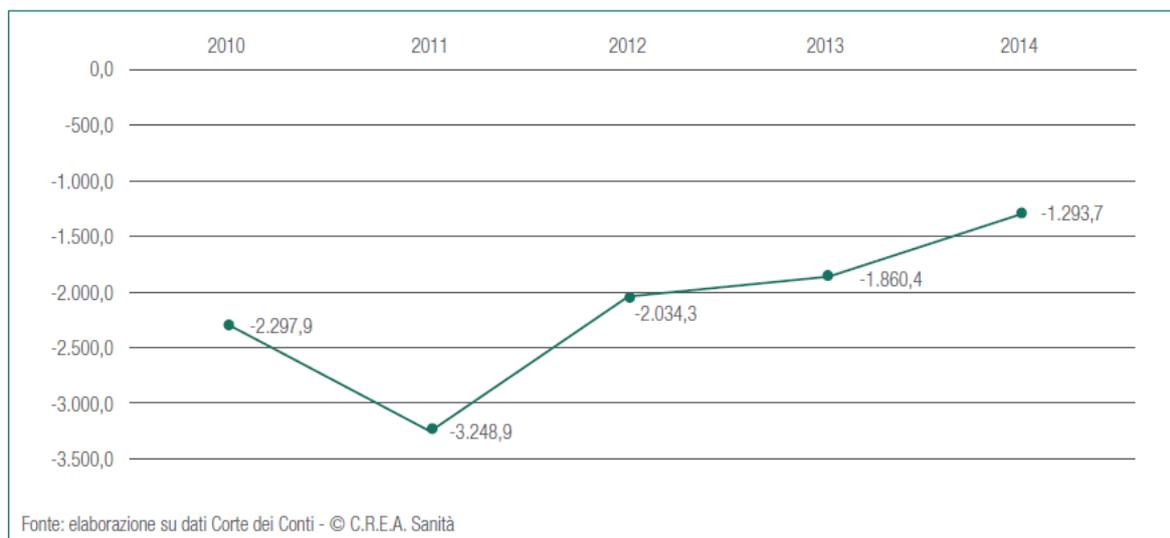
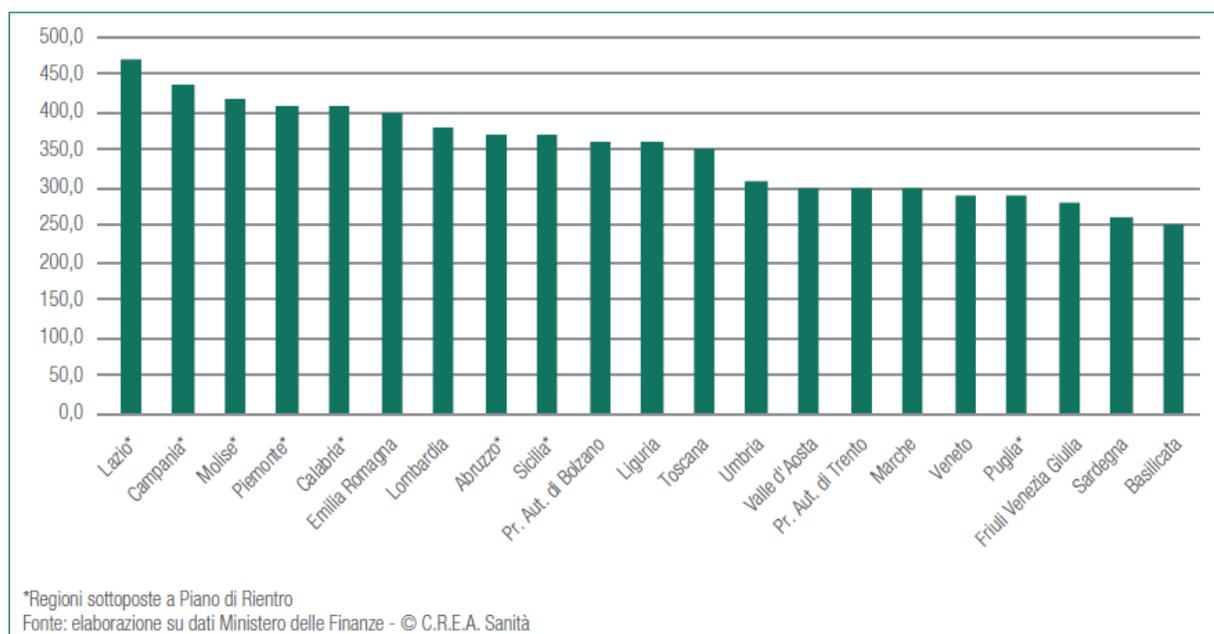
**Spesa sanitaria standardizzata. Valori pro-capite (€), anno 2013**



**TAVOLA 4**

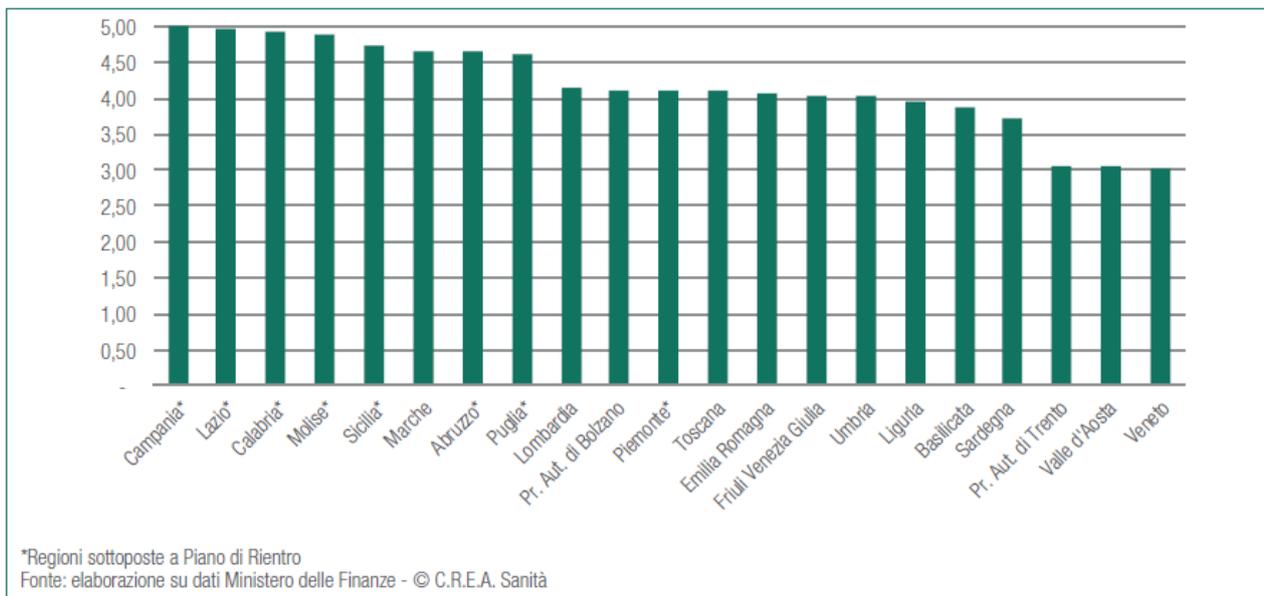
**Indice di equità regionale. Numeri indice (Italia=100)**



**TAVOLA 5**
**Trend disavanzi. Valori assoluti (€ mln.), anni 2010-2014**

**TAVOLA 6**
**Addizionale regionale Irpef. Ammontare medio per contribuente (€), anno d'imposta 2013**


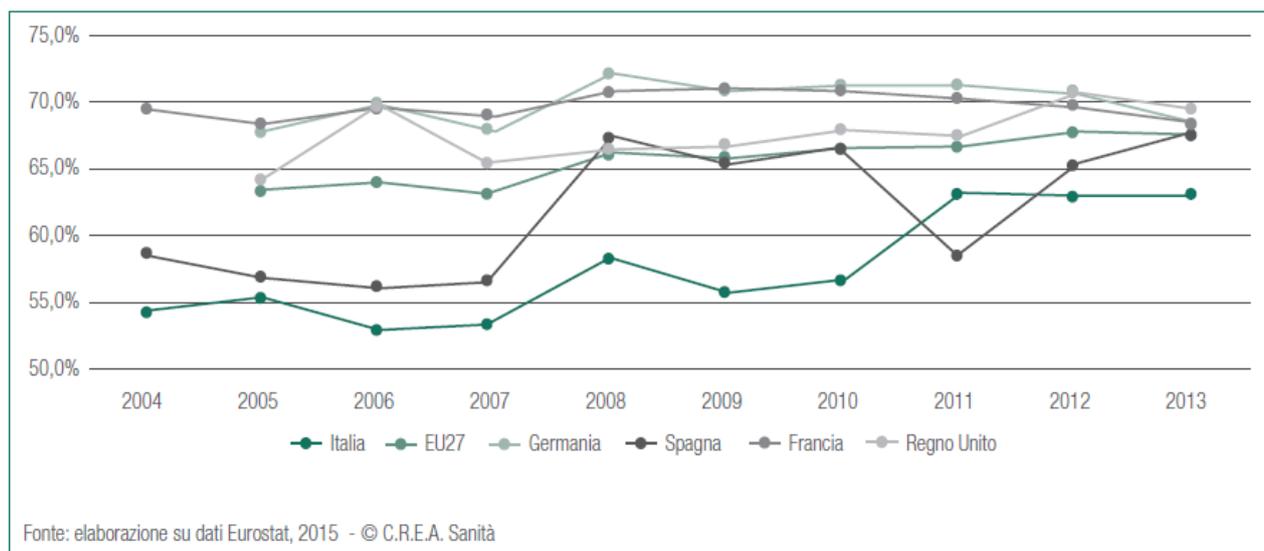
**TAVOLA 7**

**Aliquota Irap media effettiva applicata dalle Regioni. Valori %, anno d'imposta 2012**



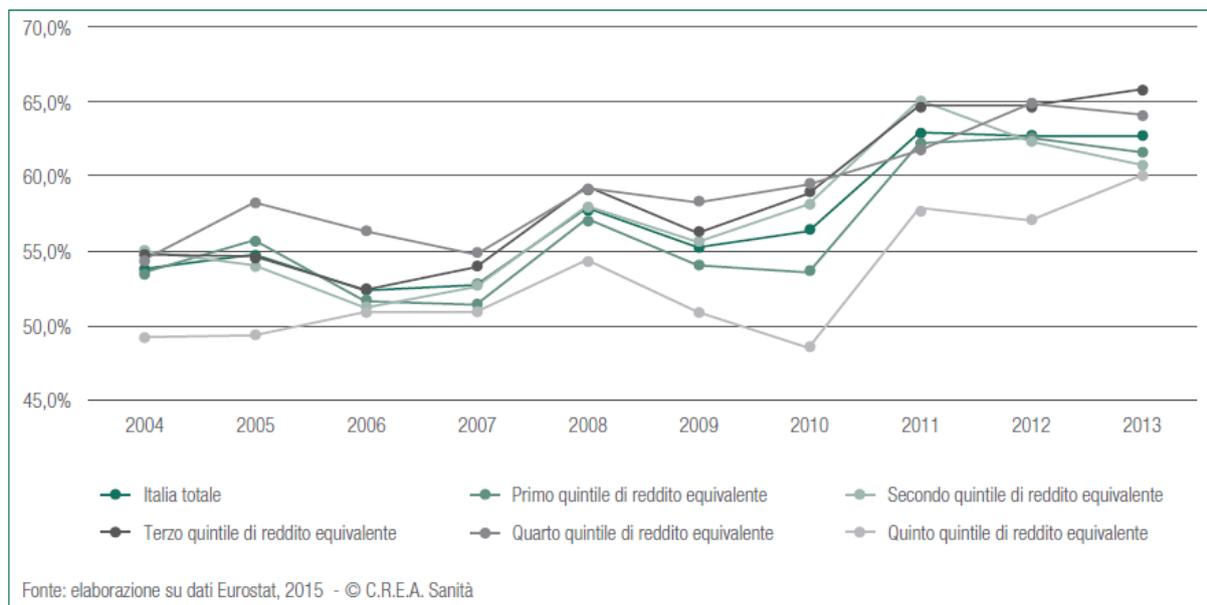
**TAVOLA 8**

**Popolazione 75 anni e più con patologie di lunga durata o problemi di salute per 100 individui con le stesse caratteristiche. Confronti internazionali, anni 2004-2013**



**TAVOLA 9**

**Popolazione *over75* con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori %, anni 2004-2013**



**TAVOLA 10**

**Mediana delle differenze di consumo (*standard units*) per prodotto Italia vs Big EU per anno di approvazione EMA dei farmaci , anni 2009-2014**



**TAVOLA 11**
**Prodotti approvati dall'EMA (2009-2014) commercializzati in Italia e EU5, anno 2014**

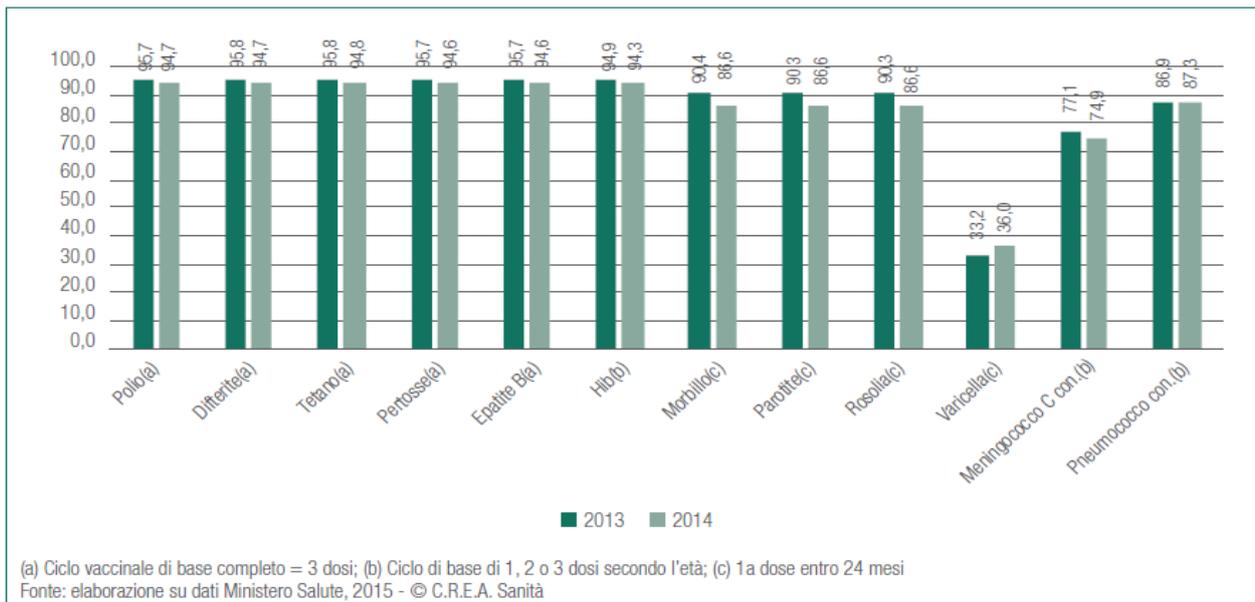
ATC	Commercializzati IT	Commercializzati EU	Quota commercializzati in Italia
A	9	13	69,2%
B	6	8	75,0%
C	3	6	50,0%
D	2	2	100,0%
G	8	8	100,0%
H	0	1	0,0%
J	10	14	71,4%
L	33	49	67,3%
M	3	5	60,0%
N	11	14	78,6%
P	0	1	0,0%
R	2	7	28,6%
S	3	3	100,0%
V	1	3	33,3%
<b>Totale</b>	<b>91</b>	<b>134</b>	<b>67,9%</b>

Fonte: elaborazione su dati IMS, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

**TAVOLA 12**
**Spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute pubblica in EU15 e altri Paesi OECD – Quota su spesa sanitaria pubblica corrente (%) e pro-capite (€), anno 2013\***

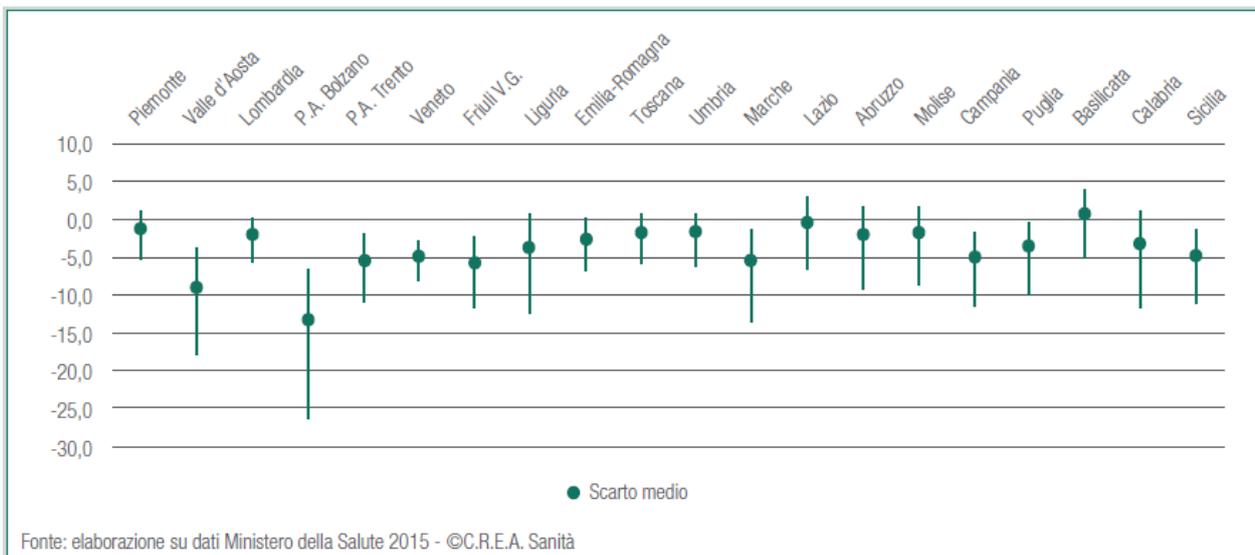

**TAVOLA 13**

**Coperture vaccinali in età pediatrica in Italia, per singolo antigene. Valori per 100 abitanti (al 24° mese), anni 2013-2014**



**TAVOLA 14**

**Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per: Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarti (%) minimi, massimi e medi dalla soglia (95%), anno 2014**



**TAVOLA 15**

**Coperture vaccinali (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano *over 65*.**

**Anni 2012-2014**

