

Il *punto di vista* dell'European Public Health Association (EUPHA)

La Sanità Pubblica nella crisi economica: dall'Europa un focus sull'Italia

The point of view of EUPHA

Public health in economic crisis: from Europe a focus on Italy

Walter Ricciardi

Direttore Dipartimento di Sanità Pubblica, Policlinico "A. Gemelli", Università Cattolica, Roma / Presidente EUPHA

In un'Europa spaccata tra visioni diverse sull'assetto politico, sociale ed economico del continente, l'Italia spicca per problematicità, sia in generale che per quanto riguarda il futuro del suo sistema sanitario.

Le riforme intervenute in Italia in questo settore negli ultimi 30 anni sono state tra le più profonde ed incisive tra i Paesi europei, con indubbi risultati per lo stato di salute, la sopravvivenza, l'ammodernamento tecnologico e culturale degli operatori e l'impatto sull'economia del Paese.

Il loro susseguirsi mostra come vi sia, in generale, un largo consenso a mantenere le caratteristiche fondamentali dell'attuale Servizio Sanitario Nazionale: l'universalità, la sostanziale gratuità per l'accesso alle prestazioni appropriate uniformemente assicu-

rate nel Paese, l'erogazione delle stesse secondo un mix pubblico-privato accreditato, l'equità, intesa non come capacità di dare tutto a tutti, ma di assicurare ciò che è necessario, costo-efficace ed appropriato, garantendo il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali.

In campo economico e monetario i Paesi europei stanno assistendo al trasferimento di competenze decisionali dai singoli governi alle Istituzioni sovranazionali, *in primis* la Commissione Europea e la Banca Centrale Europea, e in alcuni Paesi, tra cui il nostro, è in atto anche un progressivo decentramento istituzionale e gestionale verso livelli sempre più territorializzati, che si fonda su presunti benefici economici e politici, ma anche sulla possibilità di rafforzare

le capacità di risposta, la promozione della partecipazione e l'*accountability* verso i bisogni, le aspettative ed i valori delle comunità di riferimento.

Talvolta, come in Italia, questi processi si sono accompagnati ad un certo grado di tensione istituzionale tra livello centrale e regionale, in parte mitigato dall'introduzione di camere di compensazione e di concertazione e di accordi di stabilità, oltre che da nuovi modelli di *governance*.

Nell'analisi dell'assetto istituzionale del nostro Paese è importante considerare anche l'effetto degli interventi di responsabilizzazione sul versante delle entrate e delle spese, con la transizione da un metodo di finanziamento del sistema sanitario basato sulla spesa storica verso un modello per costi standard fondato, tra l'altro, su strumenti più affinati ed uniformi di rilevazione, che comporteranno una maggiore confrontabilità ed omogeneità della struttura organizzativa sul territorio per l'erogazione dei servizi e lo svolgimento delle funzioni.

In questo contesto, la crisi finanziaria globale, iniziata nel 2007, è uno shock anche per il sistema sanitario: è infatti una situazione inaspettata, originata esternamente, che sta producendo una serie di effetti, soprattutto negativi, sulla disponibilità di risorse, sulla domanda di servizi e sullo stato di salute dei cittadini europei.

L'Italia, più di altri Paesi, sta soffrendo gli effetti della crisi economica globale con una drastica riduzione della spesa pubblica. Contestualmente, l'aumento della pressione fiscale e il conseguente calo della domanda interna stanno causando l'aumento della disoccupazione e la riduzione del reddito a disposizione delle famiglie.

La diminuzione della spesa pubblica sta interessando tutti i settori e, in particolare, quello sanitario nel quale, per la prima vol-

ta, dal 2012 si sta assistendo alla riduzione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale e ad una sensibile riduzione delle strutture e dei posti letto negli ospedali.

Inoltre, è lecito attendersi una sensibile riduzione dell'accessibilità alle prestazioni di assistenza erogate dal pubblico; quest'ultima attuata attraverso la contrazione dei volumi di attività esternalizzati alle strutture private convenzionate e con l'aumento del prezzo ombra delle prestazioni, grazie all'introduzione dei tickets e la rimodulazione dei tetti per le detrazioni fiscali.

La diminuzione dell'offerta pubblica obbliga il cittadino in condizioni di bisogno a scegliere tra due opzioni: rivolgere la domanda di assistenza insoddisfatta al settore privato o attendere un tempo più lungo per la prestazione nel settore pubblico, accettando il rischio implicito di peggioramento delle proprie condizioni di salute. La bassa disponibilità economica di ampie fasce della popolazione, acuita dall'ulteriore contrazione del reddito a causa della crisi, limita notevolmente la scelta della prima opzione, favorendo il rischio di sottoconsumo sanitario con probabili ripercussioni sulle condizioni di salute.

Lo scenario prospettato si inserisce in una realtà italiana già caratterizzata da evidenti svantaggi, sia in termini di salute, sia di accessibilità alle cure mediche delle fasce di popolazione di livello socio-economico più basso, e di forti sperequazioni territoriali che, specie per le cosiddette "Regioni in Piano di Rientro", rappresentano una costante già da prima del 2008, anno dell'inizio "ufficiale" della crisi economica nel nostro Paese.

Le principali misure dello stato di salute indicano, infatti, che le peggiori condizioni di salute si sperimentano – oltre che tra le Regioni – tra i soggetti con basso livello di istruzione, i meno abbienti e tra coloro che

sono privi sostegni familiari. Tale evidenza trova sicuramente una spiegazione nella ridotta capacità degli individui appartenenti alle classi sociali più basse a mantenere adeguati stili di vita, in termini di prevenzione e corretta alimentazione, e ad accedere alle cure mediche in maniera appropriata e tempestiva.

Un lavoro recente ha evidenziato in maniera significativa come gli uomini con basso titolo di studio, i disoccupati e, in generale, coloro che si trovano in difficoltà economiche hanno un rischio fino a 1,5 volte superiore a quello sperimentato dal resto della popolazione di soffrire di una o più malattie croniche.

Anche l'accessibilità alle cure denota problemi di equità e di svantaggio delle categorie meno abbienti, le analisi evidenziano, infatti, che questi ultimi hanno un rischio maggiore di essere ospedalizzati, ma accedono con maggiore difficoltà alle prestazioni di tipo specialistico e diagnostico. Tale evidenza segnala ancora una volta che, nel nostro Paese, coloro che appartengono alle classi sociali più modeste hanno maggiori difficoltà a ricevere prestazioni sanitarie finalizzate ai trattamenti terapeutici di bassa intensità e alla prevenzione delle malattie, e finiscono più frequentemente in ospedale per situazioni già degenerate che necessitano di cure ad elevata intensità assistenziale. Non va, inoltre, dimenticato che le prestazioni specialistiche prevedono il pagamento di un ticket da parte del cittadino e questo è sicuramente un ulteriore svantaggio per le categorie meno abbienti.

Uno studio recente ha evidenziato un notevole peggioramento delle opinioni dei cit-

tadini sul Sistema sanitario pubblico, sia rispetto all'accessibilità dei servizi, a causa dei lunghi tempi di attesa, sia rispetto alle difficoltà a sostenere l'onere della compartecipazione alla spesa.

Il tema della sostenibilità della spesa sanitaria da parte delle famiglie è stato già messo in evidenza da altri lavori, segno di una difficoltà in essere già prima dell'attuale crisi. Nel 2009 le famiglie che hanno avuto bisogno di cure sanitarie hanno speso, in media pro capite, circa 1.800 euro, con una sensibile diminuzione rispetto all'anno precedente (-5,5%). Le famiglie con i livelli di consumo più bassi destinano la quota più elevata della spesa sanitaria per l'acquisto dei farmaci e per le visite specialistiche, mentre nelle famiglie più agiate tali quote di spesa diminuiscono a favore di altri beni quali protesi, ausili e odontoiatria.

In altre parole, le famiglie appartenenti ai quinti di reddito bassi destinano la loro spesa per l'acquisto di beni sanitari "primari", i così detti beni di consumi incompressibili, mentre nelle famiglie appartenenti ai quinti più elevati tali quote diminuiscono a favore dei beni sanitari di "lusso". Questa evidenza mette bene in luce il rischio che le fasce di popolazione meno agiate corrono in caso di bisogno sanitario, problema che, nei casi più gravi, porta all'impoverimento delle famiglie e le costringe ad una spesa "catastrofica". A questo proposito giova ricordare che sono state circa 298 mila le famiglie che nel 2009 si sono impoverite a causa dei consumi sanitari, salgono a 675 mila quelle che hanno dovuto sostenere una spesa sanitaria catastrofica (40% della CTP¹). Rispetto al 2008 si è assistito ad una dimi-

¹ La CTP è definita dall'OMS come la Capacity to Pay di una famiglia, cioè la differenza tra la spesa totale sostenuta e le spese di sussistenza, queste ultime identificate con la soglia di povertà assoluta.

nuzione sia delle famiglie impoverite sia di quelle costrette a spese sanitarie catastrofiche, questo apparente miglioramento nasconde, probabilmente, un problema ben più grave, già segnalato in un altro lavoro e confermato dai recenti dati Istat sulle condizioni economiche delle famiglie: quello del sotto consumo sanitario.

Infatti, tutti gli indicatori mostrano che negli ultimi anni, compresi quelli che vanno dal 2008 al 2010, periodo della crisi economica, il rischio di impoverimento e le difficoltà denunciate dalle famiglie a causa della spesa sanitaria non aumentano, ma restano sostanzialmente stabili.

I dati Istat rilevano che, sia nel 2009 che nel 2010, la percentuale di famiglie che non ha avuto soldi per le spese mediche si attesta al 7% al Nord, 9% al Centro e 18% al Mezzogiorno. Questo significa che, in presenza di una crescente diminuzione del reddito disponibile, le famiglie contraggono i loro consumi, compresi quelli sanitari, e questa circostanza è particolarmente grave per le fasce di reddito basse che, come abbiamo visto, destinano la loro spesa a servizi sanitari di natura primaria.

La grave situazione in cui versa attualmente il bilancio dello Stato italiano induce a valutare, in un settore delicato e cruciale come quello sanitario, le possibili ripercussioni sulla salute pubblica sia della crisi per sé, sia di eventuali manovre che possano comprimere la spesa sanitaria nel breve periodo, ma comportare nel lungo periodo un aggravio in termini di bisogni di salute insoddisfatti, con conseguente aumento della domanda di servizi sanitari e inevitabili ricadute finanziarie sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Allo stato attuale, non è possibile prevedere con certezza quali effetti produrrà l'attuale crisi sulle condizioni di salute; alcuni

autori internazionali, analizzando le situazioni di crisi economiche verificatesi in passato nei Paesi ad alto reddito, hanno evidenziato, nel breve periodo, una diminuzione della mortalità (legata a malattie cardiovascolari, compreso l'ictus) e degli incidenti stradali.

Tale effetto non è generalizzato ma varia di entità rispetto alle diverse fasce d'età, genere e patologia. Quindi, è possibile che nel breve periodo la crisi abbia un effetto positivo su alcuni comportamenti a rischio quali fumo, alcol, incidenti stradali, tuttavia ci sono numerose evidenze nella realtà italiana che testimoniano che il perdurare dell'attuale crisi economica potrebbe avere gravi ripercussioni sulle condizioni di salute degli italiani, soprattutto per i ceti sociali più svantaggiati.

L'Italia è stata colpita dalla recessione globale più che gli altri Paesi dell'Eurozona.

Infatti, il PIL italiano è diminuito dell'1,2% e del 5,1% rispettivamente nel 2008 e nel 2009, mentre gli altri Paesi europei hanno avuto un incremento del PIL dello 0,3% nel 2008 ed una diminuzione del 4,2% nel 2009. Il recupero dell'Italia è stato ancora più modesto di quello degli altri Paesi che adottano l'euro (+1,5% vs. +1,8%).

Nonostante la recessione, l'Italia è riuscita a mantenere un deficit pubblico primario positivo negli ultimi tre anni. In altre parole, l'Italia durante la recessione ha avuto una differenza positiva tra le entrate e la spesa pubblica se non si considera il pagamento degli interessi, ma la crisi finanziaria del debito sovrano la sta pesantemente colpendo.

Il Paese paga, infatti, l'accumulo di un alto debito negli anni '80, che si è stabilizzato intorno ad un rapporto debito/PIL del 100-120% nell'ultimo decennio, esigendo un 3-4% del PIL per pagare gli interessi.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria pub-

blica, nel 2010 ha rilevato un modesto tasso di crescita dello 0,9% rispetto agli anni precedenti, confermando la notevole diminuzione della spesa sanitaria pubblica dal 2006 ad oggi. Dal 2007 al 2010 il tasso medio di crescita della spesa sanitaria pubblica è stato del 2,3%, paragonato al 4,9% del periodo 2001-2007.

Anche la quota di spesa sanitaria privata sembra aver rallentato. Nel complesso, la spesa sanitaria – pubblica e privata insieme – ha superato i 141 miliardi di euro nel 2010 (9,2% del PIL) crescendo dell'1,3% dal 2009 e con una media del 3,8% dal 2001 al 2010. Nel 2010 il livello di risorse disponibili per l'assistenza sanitaria in Italia è stato pari a euro 108,842 miliardi con una media di euro 1.803 pro-capite.

Il drammatico scenario che si pone di fronte all'Italia ha, quindi, due componenti principali. Da un lato, l'economia non cresce, facendo sì che non vi siano risorse aggiuntive, né per il settore privato, né per quello pubblico, per soddisfare le crescenti esigenze ed aspettative della popolazione. Dall'altro lato, l'Italia deve migliorare l'equilibrio pubblico per evitare un default delle finanze pubbliche.

D'altra parte, appare difficile rinvenire nelle misure finora adottate per il nostro sistema sanitario quelle che, secondo le evidenze di letteratura, paiono essere le più efficaci per contrastare gli effetti sulla crisi sulla salute e la qualità dei servizi, e così di seguito riassunte:

- l'adozione sistematica dell'health technology assessment per supportare la defini-

zione delle priorità, associata all'accountability, al monitoraggio ed a misure di trasparenza,

- il controllo degli investimenti nel settore sanitario,
- le misure di sanità pubblica per ridurre il *burden of disease*,
- la riduzione del prezzo dei farmaci associato all'utilizzo di indicazioni di cost-effectiveness ed altre misure per promuovere la prescrizione e la distribuzione razionale,
- l'integrazione e coordinamento dell'assistenza primaria e specialistica e dell'assistenza sanitaria e sociale.

In conclusione, vista dall'Europa, l'Italia appare come un Paese alle prese con problemi simili a quelli degli altri Paesi del continente, ma in preda ad una sorta di paralisi politica, sociale, economica e, soprattutto, civile, in grado di dare una risposta adeguata alle sfide del corrente secolo. E questo, nonostante enormi potenzialità, rappresentate da una cultura e da una civiltà bimillennaria e da risorse umane spesso eccezionali, benché minoritarie, per competenza e creatività.

Solo una radicale inversione di tendenza potrà garantire al Paese la permanenza tra i Paesi europei che contano e guidano, ed evitare un inesorabile declino che, in campo sanitario, comporterà un radicale ridimensionamento del Servizio Sanitario Nazionale ed un drammatico darwinismo sociale che aumenterà ulteriormente le disuguaglianze tra Nord e Sud, tra ricchi e poveri, tra giovani e vecchi, tra sani e malati.