

## VII RAPPORTO CEIS-SANITÀ

# PER LA SANITÀ SI SPENDE POCO. MA I DISAVANZI RESTANO

**L**a spesa sanitaria italiana può considerarsi ormai sotto controllo. Forse anche troppo, considerando congiuntamente che, per effetto degli interventi di contenimento attuati negli ultimi anni, la nostra spesa pro-capite è oggi del 17,6% inferiore a quella dell'Europa a 15 e addirittura di quasi il doppio più bassa se nel confronto ponessimo anche paesi extraeuropei come il Canada, il Giappone e gli Usa, ma anche che persiste la carenza di tutela per la non autosufficienza.

È forse questo il dato più significativo del Rapporto Ceis-Sanità 2009, presentato a Roma. Giunto alla sua settima edizione, il lavoro del Centro studi economici ed internazionale afferente alla Facoltà di Economia dell'Università Tor Vergata di Roma, fotografa anche le ripercussioni di questo evidente gap di finanziamento del sistema sanitario, ancor più evi-

dente in considerazione della crisi economica esplosa nel 2008, sul budget familiare destinato alla salute.

Tre dati su tutti: 338.000 nuclei familiari (pari ad oltre 1 milione di persone) sono stati soggetti a fenomeni di impoverimento a causa di spesa sanitaria o sociali (soprattutto per problemi di non autosufficienza); altre 992.000 famiglie (per un totale di circa 3 milioni di persone) sono state costrette a sostenere spese per la sanità molto elevate rispetto ai propri redditi; in oltre 2.600.000 famiglie almeno un componente ha dovuto rinunciare a sostenere spese sanitarie per il peso economico che avrebbero comportato.

In tutto, quindi, si può presumere che siano oltre 5 milioni gli italiani che hanno avuto problemi di diversa entità nell'accesso alle cure nel corso del 2009. Da sottolineare che la capacità delle Regioni di evitare tali fenomeni di impoverimento appaiono molto diverse tant'è che l'analisi sull'equità in termini di impatto della spesa sanitaria sui bilanci familiari (out of pocket) indica una significativa differenza regionale con picchi di maggiore

impoverimento relativo e quindi di minore equità nella soddisfazione della domanda di cure e assistenza, in Piemonte, Molise e Liguria e una minore incidenza di impoverimento e quindi di maggiore equità nella soddisfazione della domanda in Campania, Marche e Puglia.

Dal punto di vista economico finanziario si delinea uno scenario preoccupante, ovvero la necessità di un significativo intervento regionale a copertura della spesa. E ciò anche dopo l'ultima manovra economica attualmente all'esame del Parlamento, che appare sostanzialmente neutrale rispetto al finanziamento regionale per il 2010, e moderatamente incisiva per il 2011 (- 418 milioni per blocco contratto del personale).

Pertanto, secondo le previsioni del Ceis, le Regioni potrebbero quindi trovarsi a dover reperire risorse (con nuove tasse o nuovi ticket o tagli alle prestazioni) intorno ai 6 miliardi di euro per il 2010 e 7 miliardi nel 2011. La spesa sanitaria del Ssn per il 2010, sempre secondo le previsioni del Ceis aggiornate con i saldi della nuova manovra economica, dovrebbe infatti assestarsi sui 116,5 miliardi nel

La spesa sanitaria italiana inferiore del 17,6% a quella dell'Europa a 15. Per il 2010 e 2011 in vista forti disavanzi di gestione per Asl e Ospedali. Cresce anche l'impoverimento delle famiglie per spese sanitarie non coperte dal Ssn e 5 milioni di italiani hanno avuto problemi nell'accesso alle cure. Questi i dati più eclatanti del VII Rapporto Sanità del Ceis Tor Vergata che disegna prospettive nere per i disavanzi di regionali

2010 e sui 121 miliardi nel 2011.

A questo punto occorre rilevare che, qualora tali previsioni dovessero essere confermate, gli oneri del disavanzo e le relative coperture rischiano di pesare in modo disomogeneo tra le 21 Regioni e Province Autonome, con maggior incidenza nelle Regioni già oggi in dissesto finanziario e oggetto di Piani di rientro.

Un quadro caratterizzato anche da una forte disomogeneità nella distribuzione delle risorse, dovuta essenzialmente al criterio del riparto procapite in base all'età della popolazione che crea una forbice significativa tra il picco di 2.119 euro procapite del Trentino Alto Adige e il minimo di 1.636 euro pro capite della Calabria. Un gap giustificato dal presupposto che una popolazione anziana "consumi" più sanità ma che lascia certamente più di un dubbio sulla entità e sulla effettiva correttezza della redistribuzione, in relazione al fatto che è dimostrato l'età essere la principale ma non l'unica determinante dei bisogni sanitari, come anche l'evidenza che sia necessario garantire le dotazioni essenziali di personale e strutturali, indipendentemen-

te dalla quantità delle prestazioni erogate.

Ma vediamo una breve sintesi di alcuni capitoli della ricerca.

### SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria totale in Italia nel 2008 (ultimo dato consuntivo disponibile) è stata pari all'8,7% del Pil (e certamente il dato del 2009 risulterà cresciuto ulteriormente, anche per effetto della recessione economica) ma, con l'indotto che crea, si stima che l'economia legata alla Sanità in termini di valore aggiunto superi il 12%, rappresentando la terza industria italiana dopo alimentari ed edilizia.

L'incidenza della spesa sanitaria totale in Italia è pari all'8,7% del Pil rispetto all'8,9% media dei Paesi Ocde; lo scarto è poi decisamente inferiore alla media dei Paesi dell'Europa a 15 (9,2%); ma, ciò che più conta, le politiche di contenimento sembrano essere state vincenti: infatti dal 1990 ad oggi, la crescita di tale incidenza è stata in Italia inferiore agli altri Paesi, fermandosi ad un solo punto di Pil: solo Finlandia e Nuova Zelanda hanno fatto meglio, peraltro avendo registrato una crescita del Pil decisamente superiore. Per effetto di questi



andamenti la spesa totale pro capite italiana è oggi del 17,6% inferiore (pari a 2.286 euro) a quella dei Paesi Eu 15% (e se si considerassero anche Paesi quali Canada, Giappone e Usa tale scarto quasi raddoppierebbe).

L'intervento pubblico esercita una importante funzione di redistribuzione: il riparto delle risorse porta a garantire una quota capitaria pro capite pari in media a 1.745, con un massimo di 2.119 euro in Trentino Alto Adige e un minimo di 1.638 euro in Campania, con un differenziale quindi del 23%. Tali differenze si spiegano con la pesatura delle quote capitarie in base ai bisogni: si stima che circa l'1% in più di over 65 porti un finanziamento maggiore del 2,2%.

La redistribuzione operata dal finanziamento pubblico è apprezzabile nel fatto che il finanziamento garantito in media alle Regioni, in rapporto al proprio Pil, si attesta al 5,7% nel Nord, al 6,0% nel Centro, sino al 9,3% nel Sud.

Malgrado la redistribuzione, i disavanzi si concentrano nel Centro Sud: di fatto Lazio, Sicilia e Campania, in base ai risultati di esercizio, da sole rappresentano quasi il 77% del disavanzo complessivo del sistema nell'anno 2008. La maggiore peculiarità riferibile alla composizione della spesa nel sistema sanitario italiano rimane quella relativa alla componente di spesa sanitaria privata. Quella pro capite passa dagli euro 292 in Basilicata, agli euro 649 in Friuli Venezia Giulia, senza una evidente relazione con il reddito medio delle famiglie. Di questa spesa quasi l'86% (dati fermi al 2007) risulta spesa out of pocket, mentre in Europa molti Paesi sono sotto il 50% (32,5% in Francia).

La mancanza di un secondo pilastro di copertura sanitaria comporta effetti equitativi non desiderabili, che si riassumono nell'esistenza di oltre 338mila nuclei familiari annualmente soggetti a fenomeni di impoverimento a causa di spese sanitarie o sociali

(non autosufficienza), e quasi 992.000 nuclei familiari costretti, almeno in un mese nell'anno, a sostenere spese per la Sanità molto elevate rispetto alle proprie possibilità (spese cd. catastrofiche). Si stima inoltre che in oltre 2.600.000 nuclei familiari, almeno un componente abbia addirittura rinunciato a sostenere spese sanitarie, per il peso economico che queste avrebbero implicato.

## L'ARCHITETTURA DEL SISTEMA

Da un punto di vista organizzativo il sistema da una parte vede alcune tendenze comuni (ad es. accorpamento delle Asl e riduzione dei Posti Letto per acuti), ma con velocità diverse e altrettante forze centrifughe a livello regionale, da ultimo accelerate per effetto del federalismo.

La dimensione media delle Asl sfiora oggi i 350mila abitanti, ma con una variazione regionale molto accentuata: considerando i casi estremi, si passa da 1,5 mil. di abitanti della unica Asl della Regione Marche, ai 118.200 della Regione Basilicata, con un rapporto di 1 a 12; analogamente la dimensione media dei distretti passa dai 154.000 abitanti in media della Regione Lazio (superando di fatto la soglia dei 60.000 abitanti indicata dalle norme) a meno di 25.000 del Molise (con un rapporto di circa 1 a 6).

Le differenze sono ancora più marcate per altre forme di presidio che caratterizzano la primary care: i punti di guardia medica vanno dai 61.700 abitanti in media per punto di guardia medica della P.A. di Bolzano ai 4.200 della Regione Basilicata; i consultori dai 57.000 abitanti in media della P.A. di Trento ai 5.700 della Regione Valle D'Aosta; i Centri di salute mentale dai 118.200 abitanti in media nella Regione Basilicata ai 15.700 della Regione Valle D'Aosta. Secondo i dati più recenti disponibili (2007) il personale dipendente delle ASL, al netto di quello impegnato nei pre-

sidi ospedalieri a gestione diretta, varia da 6,5 dipendenti per 1.000 abitanti della Valle d'Aosta, all'1,4 della Lombardia, con una media nazionale di 3,0; si noti la forte disparità di personale con cui si gestiscono le attività extra ospedaliere, e anche come nell'ultimo quinquennio per quanto

la numerosità del personale (per quanto il dato potrebbe essere inficiato ad esempio dalle modificazioni nei rapporti libero professionali e dal ricorso alle forme di outsourcing) sia in media leggermente diminuita (3,6% nel quinquennio), le Regioni approssimativamente si equiripartiscono: poco più di metà hanno aumentato il personale, in particolare la P.A. di Bolzano, la P.A. di Trento e Basilicata (rispettivamente con +94,1%, +41,3% e +29,8%), mentre le altre lo hanno diminuito (in particolare in Lombardia 36,3%, e la Liguria 26,2%). Passando ai presidi ospedalieri, la tendenza è a un riduzione degli stessi e anche dei posti letto, ma con velocità, modalità e livelli difformi fra le Regioni. Circa due terzi delle Regioni e Province Autonome hanno, nel periodo 2000-2007, ridotto contemporaneamente numero di strutture e di posti letto, e di queste circa metà hanno ridotto i posti letto in una percentuale maggiore rispetto a quella delle strutture. Ad oggi la densità di posti letto per acuti ogni mille abitanti registra un valore medio nazionale pari a 3,8; le Regioni con minore dotazione di posti letto per acuti risultano la Campania e il Piemonte con, rispettivamente 3,3 e 3,4 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti. Per contro, la Regione che presenta la densità di posti letto per acuti più elevata è il Molise con 5,2 posti letto ogni 1.000 abitanti. La disomogeneità territoriale è significativa anche nel caso dei

## Spesa Sanitaria pubblica su PIL Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	6,14	6,74	6,72	6,78
Nord	5,20	5,66	5,68	5,80
Centro	5,83	6,56	6,47	6,46
Sud	8,56	9,36	9,38	9,37
Piemonte	5,78	6,31	6,30	6,48
Valle d'Aosta	5,39	6,11	5,96	6,18
Lombardia	4,67	5,04	5,10	5,17
P. A. Bolzano	5,88	6,46	6,39	6,50
P. A. Trento	5,65	6,14	6,15	6,23
Veneto	5,30	5,74	5,70	5,81
Friuli Venezia G.	5,53	5,81	6,15	6,53
Liguria	6,68	7,30	7,20	7,36
Emilia Romagna	5,11	5,71	5,70	5,80
Toscana	5,82	6,32	6,32	6,41
Umbria	6,40	7,15	7,05	7,18
Marche	6,07	6,31	6,26	6,42
Lazio	5,70	6,70	6,53	6,41
Abruzzo	7,21	8,25	8,22	8,00
Molise	8,55	9,71	9,77	9,92
Campania	9,14	9,68	9,71	9,81
Puglia	8,35	9,38	9,64	9,58
Basilicata	7,74	8,55	8,75	9,05
Calabria	9,07	9,27	9,48	9,65
Sicilia	8,85	9,96	9,69	9,51
Sardegna	7,56	8,08	8,07	8,23

Fonte: elaborazione CES Sanità su dati Ministero della Salute

posti letto per riabilitazione e lungo degenza. A fronte di una media nazionale pari a 0,6 posti letto per non acuti ogni 1.000 abitanti, a livello locale si registrano dotazioni che variano da 1,3 posti letto nella P.A. di Trento sino alla completa assenza di tale tipologia nella Valle d'Aosta.

Il personale dipendente dei presidi ospedalieri pubblici, ivi comprese le aziende ospedaliere e policlinici etc, è pari a circa 2,6 unità per posto letto (media nazionale al netto degli universitari), passando da un minimo di 1,9 registrato in Molise, a un massimo di 3,1 del Friuli Venezia Giulia e della P.A. di Bolzano. Anche in questo caso gli organici medi risultano significativamente diversi: nel quinquennio 2002-2007 (ultimo dato disponibile) il personale assegnato alle strutture di ricovero e cura pubbliche (per quanto il dato potrebbe essere inficiato anche in questo caso dalle modificazioni nei rapporti libero professionali e dal ricorso alle forme di outsourcing) in metà delle Regioni sembra aumentare, in particolare in Molise e in Liguria (rispettivamente +14,9%, +13,3%), mentre diminuisce nel restante 50% delle Regioni, in particolare nella P.A. di Bolzano (6,6%), con una tendenza alla riduzione del 1,2% annuo.

## L'ASSISTENZA

Per quanto concerne l'assistenza, la variabilità regionale di quella ospedaliera è molto forte: i tassi di ricovero in regime ordinario passano da 109,5 per

183,3 dell'Abruzzo. A livello di ricoveri degli anziani over 75, le differenze crescono ancora passando da 254,3 del Piemonte a 470,5 della P. A. di Bolzano. Risultano ampiamente difformi anche le degenze medie (da 5,5 giornate della Campania a 8,0 della Valle d'Aosta), la quota di ricoveri in regime diurno (dal 23,4% della Puglia al 42,6% della Sicilia), e soprattutto la quota di Drg chirurgici (dal 31,2% della Calabria al 50,4% del Piemonte). Anche la complessità dei ricoveri appare regionalmente difforme: il "valore medio della produzione" per ricovero in Valle d'Aosta risulta del 34,7% superiore a quello dei ricoveri in Sardegna.

Si stima che l'inappropriatezza dei ricoveri (utilizzando ad esempio la quota dei Drg a rischio di inappropriatezza definiti a livello ministeriale) passi dal 15,0% della Toscana al 25,4% della Sicilia.

Le differenze regionali esplodono negli altri regimi diversi dalle acuzie: basti dire che i tassi di ricovero in riabilitazione variano fra lo 0,8 per 1.000 residenti della Sardegna, all'8,9 della Lombardia; la degenza media passa dalle 16,0 giornate dell'Abruzzo, alle 40 del Lazio. Analogamente per la lungodegenza abbiamo un tasso dello 0,02 per 1.000 residenti in Valle d'Aosta e del 7,0 in Emilia Romagna, con una degenza media compresa tra le 15,6 giornate del Friuli Venezia Giulia e le 51,9 della Calabria.