

# **I Sistemi Sanitari: una sfida difficile tra sostenibilità, equità e aumento della domanda**

A. Solipaca\*, A. Rosano\*\*, S. Pilati\*, W. Ricciardi\*

\* Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane – Università Cattolica del “Sacro Cuore” di Roma; \*\*Istituto Superiore di Sanità

## **Introduzione**

Il Sistema Sanitario Nazionale è da molti anni alla ricerca di un equilibrio tra i vincoli di spesa e l'efficacia della sua azione, per questo motivo si sono susseguiti diversi interventi di riforma finalizzati a consolidare gli assetti organizzativi, l'efficienza economica e migliorare la qualità dell'assistenza. Dopo la legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale, in circa un decennio, dal 1992 al 2001, si è avviato e, in gran parte, concluso un processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, finalizzato a razionalizzare la *governance* e migliorare l'efficienza nel settore. Si è trattato di riforme di carattere organizzativo ed economico, che hanno introdotto per la prima volta particolare attenzione alla responsabilizzazione degli amministratori rispetto agli equilibri di bilancio, fino a prevedere il commissariamento delle Regioni in caso di eccessivi deficit.

Una ulteriore riforma, nota come riforma ter, ha introdotto i livelli essenziali e uniformi di assistenza (Lea) (cfr Legge 19 giugno 1999, n. 229). Si tratta di una lista di prestazioni, appropriate dal punto di vista clinico e correlate ai bisogni di salute della popolazione, utili per il perseguimento delle finalità del Ssn. L'essenzialità della lista richiama concetti di economicità ed efficienza, testimoniati dal fatto che la riforma prevede che l'individuazione dei Lea sia effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Ssn e che queste ultime siano compatibili con i vincoli di finanza pubblica.

Il ciclo di trasformazione degli anni novanta si conclude all'inizio del nuovo millennio con altre due importanti novità legislative, la riforma del Titolo V della Costituzione e il decreto legislativo n. 56 del 2000 che introduce il federalismo fiscale. Con la riforma costituzionale si è stabilito che il potere legislativo in materia di sanità è concorrente tra Stato e Regioni ed è stato perfezionato il principio di sussidiarietà. Allo Stato viene assegnato il compito di stabilire il quadro normativo generale, alle Regioni è attribuita la competenza legislativa sul proprio territorio, per attuare le linee guida del governo centrale e organizzare i servizi e gli interventi di sanità pubblica sul territorio. Infine, il decreto legislativo in materia di federalismo fiscale ha stabilito le fonti di finanziamento dei Servizi sanitari regionali: il gettito dell'Iva, dell'Irpef e il fondo di perequazione. L'ammontare del finanziamento è fissato dallo Stato per finanziare i Lea, gli eventuali deficit di bilancio sono stati posti a carico della fiscalità regionale.

Il Servizio sanitario nazionale è nato con l'obiettivo di tutelare la salute, come diritto fondamentale dell'individuo e della collettività, e superare gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese. Il principio alla base del Ssn è l'universalismo stabilito come presupposto per l'uniformità delle condizioni di salute sul territorio (cfr Legge 23 dicembre 1978 n. 833, Art. 1, 2 e 3). Il presente lavoro tenta di offrire alcuni spunti per la valutazione dello stato dell'arte su questi obiettivi a quasi quaranta anni dall'istituzione del Ssn e avanza alcune riflessioni sui possibili problemi che comporterà l'aumento della popolazione anziana.

## **Equità di accesso e divari sociali di salute**

La maggiore equità nella disponibilità dello stato di salute, bene fondamentale per la vita delle persone, è diventato un obiettivo globale, cardine di *Health 2020*, piano programmatico condiviso dai 53 Stati membri della regione europea dell'Oms, per migliorare la salute pubblica, prevenire le malattie ed eliminare le fonti di pericolo per la salute (1).

In generale, le disuguaglianze che si possono produrre nell'ambito di una società dipendono da tre fattori legati al trattamento, alle opportunità e alla condizione (2). Per analogia, nel welfare sanitario la disuguaglianza di condizione può essere definita come l'iniquità determinata dal luogo di nascita, dal genere e da fattori biologici, la disuguaglianza delle opportunità interpretata come l'assenza di condizioni paritarie di accesso alle cure, la disuguaglianza di trattamento, infine, si potrebbe interpretare come la diversità di assistenza che il Ssn riserva a cittadini che dovrebbero essere uguali.

Il tema delle disuguaglianze in Sanità è ampiamente trattato nei lavori di Marmot (3) e di molti altri autori (4,5) che hanno messo in luce che alla base delle disuguaglianze ci sono sia squilibri di sistema sia fattori sociali e culturali sui quali è necessario intervenire per dare a ciascuno il diritto del controllo sulla propria vita.

Il sociologo anglo polacco Zygmunt Bauman affida alla tematica qui affrontata una notevole importanza affermando, nel suo libro *Danni collaterali*, come i veri pericoli derivanti dall'accrescersi della disuguaglianza siano una **minaccia della salute**, andando inevitabilmente a ripercuotersi sulla qualità della vita di tutti i giorni nonché dei rapporti che uniscono gli elementi di una stessa società e sul grado di partecipazione politica dei cittadini (6).

Un importante indicatore di equità del SSN è rappresentato dalla rinuncia alle cure, espressione di un bisogno di salute non soddisfatto e, in ultima analisi, di quanto il Sistema sanitario pubblico sia universalmente accessibile. Secondo il Report *Health at a Glance 2015* (7), tra gli intervistati italiani con il reddito più basso, nel 2013, il 14,6% ha rinunciato alle cure per motivi economici o legati alla distanza dal centro di cura o ancora a causa di una lunga lista d'attesa; pertanto, l'Italia, in una lista di 25 Paesi OCSE che hanno partecipato all'indagine, è tra i fanalini di coda, al **terzo** posto dopo Grecia e Lettonia, in ordine decrescente dal Paese con più rinunce alle cure mediche; tra quelli con reddito più alto la percentuale si attesta, invece, ad un valore di molto inferiore (1,8%), che però, colloca l'Italia venti posizioni dopo altri Paesi dell'area OCSE. I dati Istat del 2013, confermano, per il solo settore pubblico, tale deficit di accesso, infatti testimoniano che la quota di cittadini che ha rinunciato ad una prestazione che riteneva necessaria si attesta all'11,1 per cento, in maggioranza donne ed a livello territoriale è più elevata nel Mezzogiorno. La motivazione della rinuncia su tutta la popolazione è, più frequentemente, quella economica rispetto all'accessibilità delle strutture. Infatti, la percentuale di persone che dichiara di rinunciare ad una prestazione è significativamente più elevata nel gruppo di popolazione con risorse economiche scarse o insufficienti: il 16,2 per cento contro il 5,1 per cento osservato tra la fascia di popolazione più agiata (8).

Si evidenzia anche in questo modo una consistente sacca di iniquità nonché di grande stacco da due Paesi europei con analogo sistema sanitario: Spagna e Regno Unito. Questi ultimi, infatti, per rinuncia alle cure tra coloro con basso reddito presentano tra le percentuali più basse, posizionandosi rispettivamente, al 3° e al 4° posto; tra i benestanti degli stessi Paesi chi rinuncia alle cure in Spagna è rappresentato solo dallo 0,2%, che fa mantenere al Paese il quarto posto in classifica; mentre la percentuale in UK sale all'1,3%, facendo precedere il Paese da altri 15.

Estendendo il confronto a Germania e Francia, esempi di Sistema Sanitario a finanziamento pubblico basato sull'imposizione di contributi sociali (sistemi di social health insurance – SHI), si osserva come questi si collochino all'11° e al 16° posto per rinuncia alle cure mediche tra i meno abbienti, mostrando le loro difficoltà nel garantire accessibilità di cure a questa fascia di popolazione; anche tra i benestanti francesi e tedeschi troviamo una discreta percentuale che rinuncia alle cure: 0,7% e 0,8% rispettivamente.

Passando ad analizzare le condizioni di salute della popolazione, il Ssn può vantare un successo soddisfacente in termini di sopravvivenza, grazie al quale l'Italia si colloca ai primi posti rispetto ai Paesi dell'Ue28. Tuttavia, emerge con chiarezza un evidente squilibrio territoriale. In particolare, il dato sulla

speranza di vita alla nascita, che rappresenta uno degli indicatori principali per la valutazione dello stato di salute, evidenzia come, nel 2015, in Italia ogni cittadino possa sperare di vivere mediamente 82,2 anni, dato che sale a 83,5 anni per un cittadino della Provincia Autonoma di Trento, mentre, scende a 80,5 anni per un cittadino che risiede in Campania (9).

Un altro indicatore che testimonia lo stato di salute è la prevalenza di persone con una patologia cronica grave, dal quale si evince che gli affetti da tale condizione sono in Italia nel 2013 il 14,8 per cento della popolazione residente, differenziandosi tra il Nord con circa il 14 per cento e il Meridione con il 15,9 per cento. Primato positivo e negativo spettano anche in questo caso, rispettivamente, alla Provincia Autonoma di Trento, in cui la prevalenza della cronicità grave si attesta al 13 per cento, e alla Campania con il 16,1 per cento dei residenti con una patologia cronica grave (10).

La letteratura scientifica ha più volte sottolineato come anche nella salute ci siano significativi divari sociali in relazione ai livelli di istruzione, a causa dei quali si osservano condizioni di salute migliori nelle classi sociali caratterizzate da un maggior grado di istruzione. Nel 2013 la percentuale di persone con almeno una malattia cronica grave nel nostro Paese si attestava al 10,1 per cento tra coloro che avevano una laurea o un diploma e saliva al 41,4 per cento nella popolazione con licenza elementare o nessun titolo di studio. Anche considerando la classe di età, tali divari sociali erano ancora evidenti, per esempio nella classe 25-44 anni la prevalenza di malati cronici ammontava al 4 per cento, scendeva al 3,4 per cento tra i laureati e saliva al 5,7 per cento nella popolazione con il livello di istruzione più bassa (11).

L'importanza del livello culturale sulla salute è evidente anche per quanto riguarda la sopravvivenza, le distanze più marcate nella speranza di vita alla nascita si osservano per gli uomini, tra i quali quelli che hanno conseguito una laurea hanno una aspettativa di vita di 5,2 anni più lunga di quella degli uomini che hanno un titolo di studio basso (al più la licenza elementare). Per le donne la differenza nella speranza di vita per titolo di studio, sempre alla nascita, è invece di 2,7 anni. L'effetto del titolo di studio si mantiene rilevante anche in età anziana (65 anni) con un vantaggio per uomini e donne con titolo di studio elevato di 2,2 e 1,3 anni di vita, rispetto ai coetanei con titolo di studio inferiore (12,13).

## **Scenari demografici e bisogni di assistenza**

L'aumento della sopravvivenza ha comportato il costante incremento della quota degli anziani sul totale della popolazione, quindi di una fascia di popolazione più esposto rispetto al resto della popolazione a problemi di salute di natura cronico-degenerativa.

Proiettando i tassi di prevalenza di alcune malattie croniche sulla struttura per età della popolazione prevista per i prossimi venti anni ci si attende una prevalenza di multi cronici pari a quasi 13 milioni nel 2024 e di oltre 14 milioni nel 2034, pari rispettivamente al 20,2% e 22,6% della popolazione (nel 2013 si attesta al 14,4%).

Questa dinamica demografica sta avendo e avrà sempre maggiori implicazioni sulla spesa per l'assistenza socio-sanitaria, poiché avranno effetti sulla domanda di assistenza non solo gli scenari demografici, ma anche quelli di natura socio-culturale.

La questione di un'appropriatezza assistenziale continuativa è stata finora solo parzialmente risolta da parte dello Stato che si è avvalso dell'esistenza di una solida tradizione, tipica della realtà italiana, di assistenza di natura informale fornita dalle famiglie, in termini di cure personali prestate all'anziano più che come esposizione finanziaria verso l'acquisto di beni e servizi sanitari e socio-sanitari, sostenuta per buona parte dal contributo delle famiglie dei non autosufficienti.

Tuttavia, la disponibilità di caregiver familiari non riuscirà a sopperire alle carenze strutturali dei servizi formali di assistenza: in parte in ragione del previsto aumento di popolazione ultrasessantacinquenne bisognosa di cura, e, in parte, a causa della progressiva diminuzione del numero di caregiver stessi in seguito ai mutamenti sociali nella struttura delle famiglie, con riduzione di queste ad uno o due componenti e con molti anziani soli.

Meno chiaro è invece l'effetto che l'invecchiamento avrà sulle condizioni di salute. In letteratura, il livello di morbilità futuro è illustrato da tre ipotetici scenari. Il primo scenario ipotizza l'espansione della morbilità a causa del protrarsi della sopravvivenza media della popolazione, secondo questa ipotesi gli anni di vita guadagnati sarebbero trascorsi in cattiva salute; il secondo scenario, prevede un equilibrio dinamico, secondo il quale l'aumento dell'aspettativa di vita non si accompagnerebbe al medesimo aumento della morbilità, pertanto ci sarebbe solo una traslazione in avanti negli anni dell'incidenza della cronicità; il terzo postula la compressione della morbilità, pertanto al crescere della sopravvivenza si avrebbe un parallelo miglioramento delle condizioni di salute.

Per stabilire quale dei tre scenari sia il più verosimile, occorrerebbe, in primo luogo, sapere se sull'aumento della sopravvivenza incidono maggiormente le politiche di prevenzione o l'aumento dell'efficacia delle cure. La prevenzione agirebbe attraverso gli stili di vita e attraverso il ricorso a vaccini e screening, riducendo la prevalenza di cronicità; l'efficacia delle cure, frutto di una forte innovazione tecnologica e dei progressi scientifici, aumenterebbe gli anni di vita ma non migliorerebbe necessariamente la salute. Nel primo caso ci si potrebbe effettivamente attendere una contrazione della morbilità, nel secondo un suo deciso aumento. Negli ultimi anni si sta facendo avanti nella letteratura scientifica una quarta ipotesi, innovativa poiché svincola in parte la spesa sanitaria dal processo di invecchiamento della popolazione. Tale ipotesi (death related costs) sostiene che la quota maggiore di costi per la sanità venga sostenuta nell'ultimo anno di vita, decrescendo, inoltre, all'avanzare dell'età del malato (14).

In Gran Bretagna lo scenario implicitamente accettato sembra essere quello di espansione della morbilità. A conferma di ciò un articolo uscito a gennaio 2017 sul *British Medical Journal* in cui si evidenzia come la capacità dell'NHS di garantire una sanità universale, equa, completa, globale e di elevata qualità che sia fruibile gratuitamente, venga messa alla prova dalle sfide che la società nel suo insieme sta affrontando (15). Una delle più grandi di queste si rivela essere anche per l'arcipelago britannico, il cambiamento demografico. Dal 2024, si stima ci saranno più ultrasessantacinquenni che ragazzi sotto i 15 anni (16). Gli inglesi vedono rapidamente crescere anche il numero di persone che convivono con più patologie croniche, che da 1,9 milioni nel 2008 si prevede aumenteranno a 2,9 milioni nel 2018 (17). Questi i trend che hanno fatto lievitare i costi e di conseguenza la pressione sull'NHS. Il Ministero della Salute stima che le malattie croniche, in Inghilterra, rappresentino il 70% della spesa totale pubblica e per l'assistenza socio-sanitaria (18). L'estrema consapevolezza dei costi di questi mutamenti nei bisogni della popolazione ha spinto l'NHS a definire in Inghilterra, nel 2014, un programma quinquennale, il *Five Year Forward View*, in cui, riguardo alle multicronicità si ambiva a costruire una rete molto ben integrata tra medici di medicina generale, ospedali e assistenza sociale (19).

## **Conclusioni**

Da questa breve trattazione appare evidente che le riforme messe in campo sino ad ora, basate su una diversa gestione di risorse all'interno del sistema sanitario, in particolare decentrandone le scelte allocative a livello regionale, non abbiano conseguito né dato risposte adeguate al cambiamento dell'economia e della società. Infatti, non sono stati superati i divari territoriali, tantomeno le disuguaglianze sociali di salute e di accesso alle cure, ed è venuto meno uno dei principi che ha ispirato la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

Con questo vulnus, il Sistema sanitario dovrà far fronte a nuove sfide future, considerate le dinamiche demografiche ed epidemiologiche che si prospettano. Il suo successo dipenderà dalla capacità di trovare soluzioni innovative in grado di assicurare il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e la sostenibilità dell'intero sistema. È, pertanto urgente e necessaria una profonda riflessione, affinché non ci si trovi costretti a scelte di emergenza che finirebbero per peggiorare, anziché risolvere, i problemi della nostra società.

## **Bibliografia**

1. Health 2020: the European policy for health and well-being. Estratto il 6 Giugno 2017 da: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>
2. Ferragina E. Chi troppo chi niente. Bur, 2013.
3. Marmot M. La salute disuguale: la sfida di un mondo ingiusto. Il Pensiero Scientifico Editore, 2016.
4. Costa G., Spadea T., Cardano M. Disuguaglianze di salute in Italia. *Epidemiologia e prevenzione*, 2004; 28(3), 129-192.
5. Costa G., Bassi M., Censini G.F. et al. L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Fondazione Smith Kline. Franco Angeli Editore, Milano, 2014.
6. Bauman Z. Danni collaterali: disuguaglianze sociali nell'età globale. Gius. Laterza & Figli Spa, 2014.
7. Lafortune G., Devaux M., Mueller M. et al. Unmet needs for medical care and dental care. *Health at a glance*, 2015; (7):122-123.
8. A. Solipaca, (2017), "L'evoluzione del sistema sanitario nazionale (costi, organizzazione ed efficacia)" in R. Pizzuti (a cura di), *Rapporto sullo stato sociale 2017* - Ed. Sapienza Università editrice - ISBN 9788893770118Alessandro Solipaca. Dati Istat.
9. Rapporto Osservasalute, 2015 <http://www.osservasalute.it/>
10. Istat - <http://dati.istat.it/>
11. Vandenheede H., Deboosere P., Espelt A. et al. Educational inequalities in diabetes mortality across Europe in the 2000s: the interaction with gender. *Int J Public Health*, 2015 May;60(4):401-10. doi: 10.1007/s00038-015-0669-8.
12. Istat - <http://dati.istat.it/>
13. <http://www.istat.it/it/archivio/184896>
14. Michele Raitano (2006), "The Impact of Death-Related Costs on Health-Care Expenditure: A Survey" - ENEPRI Research Reports – ISBN 92-9079-617-0
15. Iacobucci G. NHS in 2017: Keeping pace with society. *BMJ: British Medical Journal*, 2017. (356):1-3. doi: 10.1136/bmj.i6738.
16. Office for National Statistics. Overview of the UK population. 2015. Estratto il 7 Giugno 2017 da: [http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171776\\_422383.pdf](http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171776_422383.pdf)
17. Department of Health. Comorbidities framework. 2014. Estratto il 7 Giugno 2017 da: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/307143/Comorbidities\\_framework.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/307143/Comorbidities_framework.pdf)
18. Department of Health. Improving the health and well-being of people with long term conditions. 2013. Estratto il 7 Giugno 2017 da:

[http://www.yearofcare.co.uk/sites/default/files/pdfs/dh\\_improving%20the%20h%26wb%20of%20people%20with%20LTCs.pdf](http://www.yearofcare.co.uk/sites/default/files/pdfs/dh_improving%20the%20h%26wb%20of%20people%20with%20LTCs.pdf)

19. NHS England. Five year forward view. 2014. Estratto il 7 Giugno 2017 da: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>