

Il tema della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato, negli ultimi anni, al centro di numerosi interventi normativi che ne hanno ridisegnato profondamente l'assetto organizzativo, definito la *governance*, i ruoli di Stato e Regioni. Nello stesso periodo, il SSN ha dovuto fronteggiare forti difficoltà economiche legate ai vincoli di bilancio imposti all'intero settore pubblico per il rispetto delle regole del Trattato di Maastricht e, successivamente, alla crisi economica che ha attanagliato l'Europa e gran parte dei Paesi occidentali. A questo si è aggiunta una forte pressione sul sistema, determinata dall'aumento della domanda di assistenza sanitaria, dovuta all'invecchiamento della popolazione, e dei costi di produzione che hanno scontato l'inevitabile, quanto auspicabile, innovazione scientifica e tecnologica introdotta nel settore della sanità. Tutto ciò ha causato forti difficoltà al SSN ed ha posto numerosi interrogativi sulla sua sostenibilità e capacità di assicurare le funzioni che gli sono state attribuite sin dalla sua istituzione nel 1978.

Nel presente contributo verranno affrontati alcuni dei nodi principali sui quali pensiamo si possa giocare il futuro del SSN, in particolare la sostenibilità finanziaria dei livelli attuali di salute della popolazione.

Riguardo alla sostenibilità finanziaria non è facile avanzare ipotesi robuste, poichè molto di quello che accadrà dipenderà dagli scenari di cronicità. A tale proposito, in letteratura (1) vengono avanzate tre ipotesi di scenario possibili per il livello di morbidità futuro: il primo ipotizza l'espansione della morbidità a causa dell'aumento 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 morbidità, pertanto ci sarebbe solo una traslazione in avanti negli anni dell'incidenza della cronicità; il terzo postula la compressione della morbidità, per cui la crescita della sopravvivenza sarebbe seguita da un miglioramento delle condizioni di salute.

Le ultime previsioni sulla spesa sanitaria effettuate dal Ministero dell'Economia e Finanza, Ragioneria Generale dello Stato (RGS) (2) hanno considerato uno scenario che assume l'invarianza nel tempo del profilo di consumo per età, genere e tipologia di prestazione, e ipotizzato che il costo unitario delle prestazioni avrà un rapporto costante con l'andamento del Prodotto Interno Lordo (PIL). Sulla base di questo scenario, la RGS stima che l'incidenza della spesa pubblica sul PIL, nel 2025, sarà pari a circa il 7,2%, nel 2035 al 7,6% e raggiungerà l'8,3% nel 2060.

A questo quadro di spesa vanno aggiunte le risorse destinate all'assistenza di lungo periodo agli anziani non autosufficienti che, oggi, assorbono solo l'1,9% del PIL; la RGS per questa tipologia di spesa, sempre nell'ambito dello scenario legato all'invecchiamento, prevede un aumento di tale quota che si attesterebbe, nel 2025, a circa il 2%, nel 2035 al 2,3% e raggiungerebbe quasi il 3,3% nel 2060.

La sostenibilità delle attuali condizioni di salute della popolazione si gioca sulla capacità del sistema di promuovere la salute attraverso efficaci interventi di prevenzione primaria e secondaria. Si tratta di interventi che rafforzano la capacità di resilienza della popolazione assistita, attraverso il miglioramento degli stili di vita e la protezione mediante vaccinazioni e screening.

I risultati migliori sono stati ottenuti per i comportamenti a rischio legati all'abitudine al fumo. Nel nostro Paese, nel 2015, si registrano circa 10 milioni e 300 mila fumatori che rappresentano il 19,6% della popolazione di 14 anni ed oltre, ma il trend è in deciso calo: nel 1980 la quota dei fumatori era il 34,9%. Leggeri progressi si registrano anche rispetto al consumo a rischio di alcol: nel 2015 i consumatori a rischio sono il 23,0% tra gli uomini e il 9,0% tra le donne con un andamento pressochè stabile rispetto all'anno precedente.

Segnali preoccupanti, invece, sono emersi in questi anni rispetto agli stili alimentari. Sono, infatti, aumentate le persone in eccesso di peso. Nel 2015, la prevalenza di persone in sovrappeso si attesta al 35,3% della popolazione adulta e quella delle persone obese al 9,8%. Dal 2001 al 2015 tale prevalenza è aumentata significativamente, infatti, all'inizio del periodo erano il 33,9% le persone in sovrappeso e l'8,5% quelle obese.

La prevenzione di secondo livello presenta un quadro di luci ed ombre: in crescita la quota di coloro che aderiscono ai programmi di screening, mentre risulta in calo quella che si sottopone ai vaccini, soprattutto tra gli anziani. Nel 2013, le persone invitate ai programmi di screening organizzati sono state: 3,7 milioni, 3,0 milioni e 4,4 milioni, rispettivamente per lo screening del cervicocarcinoma, del tumore della mammella e del tumore del colon-retto. Per quanto riguarda la prevenzione del cervicocarcinoma uterino, l'adesione agli screening (fascia di

età 25-64 anni) passa, a livello nazionale, da 51,8% (triennio 2004-2006) a 69,5% (triennio 2010-2012). Nello screening mammografico, considerando la fascia di età 50-69 anni, si passa dal 54,3% (biennio 2005-2006) al 73,3% (triennio 2010-2012) e, infine, nel caso dello screening per il cancro del colon-retto dal 20,7% (biennio 2005-2006) al 53,1% (biennio 2011-2012).

Il dato sulla prevenzione vaccinale desta qualche preoccupazione, come testimonia la copertura media delle vaccinazioni obbligatorie (Poliomielite, Difterite, Tetano ed Epatite B) che, nel 2015, scende al 93,4%, valore al di sotto dell'obiettivo minimo stabilito dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale fissato al 95%. Ancor più preoccupante il trend della copertura vaccinale antinfluenzale osservato tra gli anziani ultra 65-enni, infatti, nell'arco temporale 2003-2004/2015-2016 si è registrata una diminuzione passando dal 63,4% al 49,9%.

Il quadro relativo agli stili di vita e ai comportamenti finalizzati alla prevenzione mettono in evidenza la necessità di investire di più su questa tipologia di interventi. I dati di incidenza di alcune patologie tumorali prevenibili palesano alcune criticità e prospettano un quadro preoccupante per il futuro in assenza di politiche efficaci. Dal 2010 al 2015 si è osservato, per il tumore al polmone, un aumento dell'8,1% (18,4 per 100.000 vs 19,9 per 100.000) nelle donne e una diminuzione del 13,2% (64,3 per 100.000 vs 55,8 per 100.000) negli uomini; per il tumore del colon-retto, invece, si è registrato un aumento del 2,0% (69,0 per 100.000 vs 70,4 per 100.000) negli uomini e una riduzione dell'1,8% (38,5 per 100.000 vs 37,8 per 100.000) nelle donne. Inoltre, per quanto riguarda il genere femminile, considerando sempre l'arco temporale 2010-2015, si è evidenziato un aumento del 5,0% (112,7 per 100.000 vs 118,4 per 100.000) per il tumore della mammella ed una riduzione del 20,4% (4,4 per 100.000 vs 3,5 per 100.000) per il tumore della cervice uterina. I dati appena descritti si riferiscono a patologie tumorali prevenibili, pertanto possono essere letti come un fallimento del sistema che lascia intendere che molta strada va ancora fatta, sia per migliorare le condizioni di salute generale e sia per conservare quanto di buono è stato già fatto in passato.

Il nostro Paese soffre tradizionalmente di forti divari territoriali, in particolare nel settore della sanità dove gli squilibri sono forti rispetto alle risorse disponibili, alle condizioni di salute e alla *performance* in generale. Nel 2015, a testimonianza degli squilibri territoriali delle risorse pubbliche il dato sulla spesa sanitaria pro capite, che si attesta, mediamente, a 1.838€, è molto più elevata nella PA di Bolzano (2.255€) e decisamente inferiore nel Mezzogiorno, in particolare in Calabria i cui abitanti possono contare su 1.725€.

Anche rispetto alle condizioni di salute, le diseguaglianze territoriali sono evidenti. Per fare alcuni esempi nel 2015, in Italia, ogni cittadino può sperare di vivere, mediamente, 82,3 anni (uomini 80,1; donne 84,6); nella PA di Trento la sopravvivenza sale a 83,5 anni (uomini 81,2; donne 85,8), mentre un cittadino che risiede in Campania ha una aspettativa di vita di soli 80,5 anni (uomini 78,3; donne 82,8).

Analizzando la dinamica di un altro indicatore di salute, quello della mortalità sotto i 70 anni di età, che unisce la sopravvivenza con l'efficacia delle cure, congiuntamente a quella sulle risorse finanziarie a disposizione di ogni cittadino, si osserva che i divari territoriali non solo sono persistenti, ma evidenziano un trend in crescita. Infatti, dal 1995 al 2013, rispetto al dato nazionale, si osserva la seguente situazione: nel Nord la mortalità sotto i 70 anni è in diminuzione in quasi tutte le regioni (fanno eccezione la PA di Trento e la Liguria); nelle regioni del Centro si mantiene sotto il valore nazionale con un trend per lo più stazionario (ad eccezione del Lazio dove la mortalità evitabile è aumentata); nelle regioni del Mezzogiorno il trend rispetto al dato nazionale è in sensibile aumento, facendo perdere ai cittadini di questa area del Paese i guadagni maturati nell'immediato dopoguerra del secondo conflitto mondiale.

L'andamento della spesa pro capite evidenzia dinamiche molto differenziate al Nord, con regioni che convergono verso il valore nazionale (Piemonte ed Emilia-Romagna), altre che si allontanano da questo valore (Friuli Venezia Giulia), ed altre (Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta) che, invece, restano stabili su valori superiori al dato nazionale. Infine, un trend in diminuzione della spesa pro capite si registra in Veneto. Le regioni del Centro, tranne il Lazio, palesano una evidente convergenza verso la spesa media nazionale partendo da valori superiori, mentre quelle del Mezzogiorno sperimentano la stessa convergenza partendo, però, da valori sensibilmente inferiori. Per questa ultima area del Paese, la spesa pro capite in Sardegna e Molise rappresenta una eccezione poiché diverge sostanzialmente verso valori più elevati rispetto al dato nazionale.

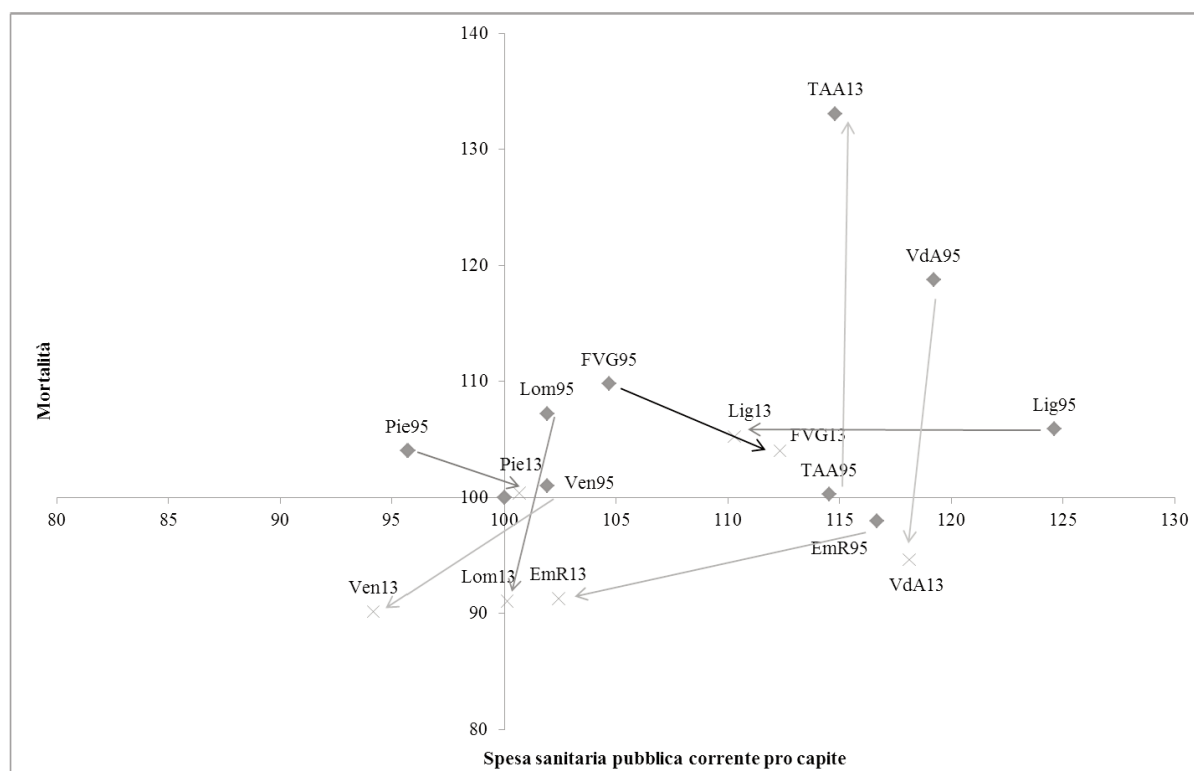
Le evidenti disparità di salute potrebbero essere una conseguenza delle politiche e delle scelte allocative delle regioni: per esempio, gli screening oncologici coprono la quasi totalità della popolazione in Lombardia, ma appena il 30% dei residenti in Calabria. Le carenze di risorse, comunque, non bastano a spiegare le differenze tra Nord-Sud ed Isole del Paese; infatti, osservando l'indicatore sulle risorse disponibili in termini di finanziamento pro capite emerge che molte regioni del Nord migliorano la loro *performance* senza aumentare la spesa. Per contro, alcune regioni del Mezzogiorno, alle quali si aggiunge il Lazio, peggiorano la *performance* pur aumentando le risorse disponibili rispetto al dato nazionale.

I persistenti divari sociali e territoriali che caratterizzano il nostro SSN non costituiscono solo un problema di natura esclusivamente etica, ma un nodo cruciale che potrebbe avere effetti sulla sostenibilità politica del nostro *welfare*. In Italia, la classe sociale medio-alta sopporta una pressione fiscale molto elevata a fronte di servizi non sempre soddisfacenti, sia qualitativamente che quantitativamente. Tale circostanza potrebbe spingere questa classe sociale a chiedere una privatizzazione del settore. Le classi sociali meno abbienti, come già documentato, invece, mostrano peggiori condizioni di salute e restano ai margini del sistema poiché, spesso, non riescono ad accedere alle cure pubbliche e sono costrette a rinunciare non potendo permettersi la sanità privata.

Lo scenario che si potrebbe prospettare in futuro, in caso di ulteriori contrazioni della sanità pubblica, comporterebbe, per questa fascia di popolazione, un ulteriore peggioramento, sia in termini di accessibilità che di salute, difficilmente sostenibile sul piano sociale. In altre parole, si potrebbero aggravare le disuguaglianze sociali con conseguente aumento dell'insoddisfazione, spingendo le preferenze dei cittadini in direzioni opposte a seconda del ceto di appartenenza: una verso una privatizzazione del settore, l'altra verso un impegno maggiore del settore pubblico. A complicare il quadro l'elevato livello di evasione ed elusione che rende il sistema fiscale fortemente iniquo, contribuendo ad alimentare le criticità appena riferite.

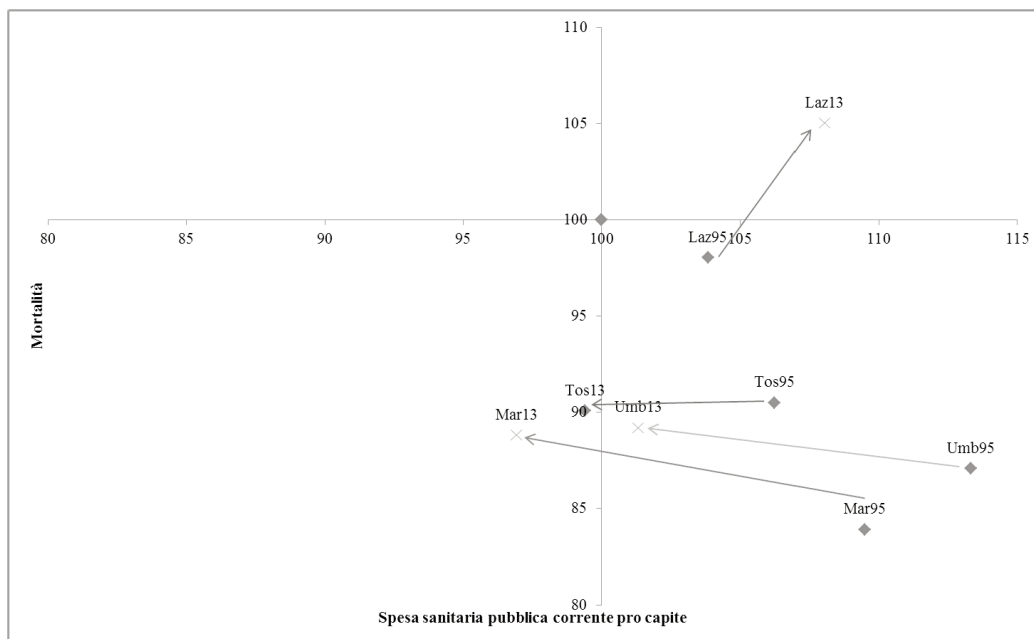
In conclusione, le sfide che il SSN dovrà affrontare sono di varia natura e riguardano da un lato l'efficienza della spesa, dall'altro l'esigenza di approntare politiche finalizzate a potenziare gli strumenti di prevenzione e a migliorare l'equità del sistema. Un passo importante è stato fatto, di recente, con l'approvazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che definiscono con maggiore dettaglio le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini dal SSN. Il Decreto sui LEA rappresenta un primo passo verso la modernizzazione, con il quale si prende atto dell'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie, e nello stesso tempo si potenzia l'attività di prevenzione. Infatti, il Decreto aggiorna e ridefinisce gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione; inoltre, rivede i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica. Di particolare valore innovativo è l'introduzione nella lista LEA di alcune prestazioni come la fecondazione assistita eterologa ed omologa, alcuni vaccini (ad esempio anti Pneumococco, Meningococco B, Varicella e *Human Papilloma Virus* agli adolescenti maschi) e gli screening neonatali.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità evitabile nella popolazione di età <70 anni e spesa sanitaria pubblica corrente pro capite (Numeri Indici Italia=100) per le regioni del Nord - Anni 1995, 2013



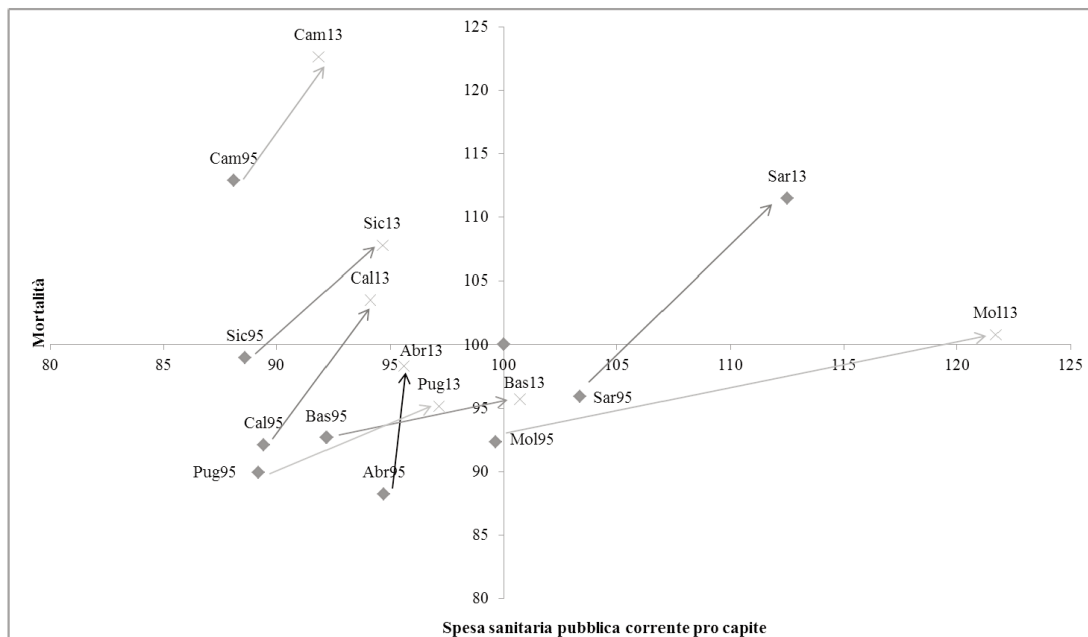
Fonte dei dati: Elaborazioni Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Anno 2016.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità evitabile nella popolazione di età <70 anni e spesa sanitaria pubblica corrente pro capite (Numeri Indici Italia=100) per le regioni del Centro - Anni 1995, 2013



Fonte dei dati: Elaborazioni Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Anno 2016.

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità evitabile nella popolazione di età <70 anni e spesa sanitaria pubblica corrente pro capite (Numeri Indici Italia=100) per le regioni del Sud ed Isole - Anni 1995, 2013



Fonte dei dati: Elaborazioni Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Anno 2016.

Riferimenti bibliografici

(1) Robine, J e J. Michel (2004), Looking forward to a general theory of population ageing, Journal of Gerontology, vol.59, n.6. Comitato di politica economica (2006), Age-related public expenditure projections for the EU25 Member states up to 2050, Burssells.
 (2) Ministero dell’Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (2014) Le tendenze di medio-lungo periodo del Sistema pensionistico e Socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2014. Giugno 2014.