

**QUALE SANITÀ DOPO I TAGLI?**

**QUALE FUTURO PER LE RISORSE IN SANITÀ?**

**Roma, 15 marzo 2012**



## INDICE

1. Meno risorse pubbliche, più spesa privata, <i>low cost</i> : i <i>trend</i> che cambiano la sanità	1
2. Il rallentamento ineguale della spesa pubblica e la crescita di quella privata	7
3. Non migliora la qualità delle prestazioni	19
4. Alcuni <i>driver</i> socioculturali della domanda sanitaria: autoregolazione, olismo ed estetica	27
5. Il <i>low cost</i> sanitario	35
6. Tagli di bilancio e federalismo	39
7. Più efficienza, meno tagli lineari: le idee degli italiani per una sanità migliore	49
8. La terza via della mutualità nel finanziamento della sanità	59



## **1. MENO RISORSE PUBBLICHE, PIÙ SPESA PRIVATA, *LOW COST: I TREND CHE CAMBIANO LA SANITÀ***

113 miliardi di euro di spesa pubblica (pari al 7,3% del Pil); 31 miliardi di euro di spesa privata per un totale tra spesa pubblica e privata per la salute superiore al 9% del Pil; un valore di filiera di più di 152 miliardi di euro (ottenuti sommando il valore aggiunto diretto e indiretto), pari all' 11,2% del Pil; un numero totale di addetti di 1 milione 568 mila unità (pari al 6,4% dell'intera economia nazionale): poche cifre per rendere evidente l'imponenza economica della sanità in Italia, ed il contributo dato all'economia del paese, oltre che alla salute delle persone.

Anche questo settore è stato chiamato a concorrere al risanamento dei conti pubblici nelle manovre dei mesi scorsi, che hanno intensificato un processo di razionalizzazione della spesa sanitaria avviato da tempo, soprattutto nelle regioni sottoposte a Piani di Rientro, con un ridimensionamento delle previsioni di spesa. Il Patto per la Salute 2013-2015 accentua i divari: 109.585 milioni di previsione regionale per il 2012 contro una assegnazione di 108.780 milioni, con uno scarto dunque di 806 mila euro. Negli anni successivi lo scarto cresce progressivamente, raggiungendo gli 8.917 milioni euro nel 2015, con un totale cumulato che avrà superato i 17 miliardi di euro nel 2015.

Il Patto per la salute 2013-2015 disegna pertanto scenari di rigore finanziario, sui quali non mancano di farsi sentire le proteste e le rivendicazioni della base operativa del sistema, operatori, medici, aziende e Regioni, per le difficoltà che si prefigurano rispetto a molti servizi essenziali, quali le urgenze-emergenze, e soprattutto rispetto ai servizi vecchi e nuovi della sanità del territorio, che si trovano ad affrontare l'onda lunga e possente della trasformazione epidemiologica e dell'impatto delle cronicità e della non autosufficienza.

Le criticità determinate dal divario tra spesa prevista ed assegnazione risultano con particolare evidenza nell'aumento della spesa privata dei cittadini, determinato in parte dal peso crescente dei ticket sanitari per la compartecipazione alla spesa di prestazioni e prodotti farmaceutici, ma anche e principalmente per la necessità che le famiglie e gli individui vivono di dover attingere a risorse proprie, allo scopo di non dover attendere tempi a volte improponibili in caso di liste di attesa particolarmente lunghe,

ma soprattutto per rispondere a bisogni non soddisfatti, o soddisfatti solo parzialmente ed in maniera inadeguata. Il riferimento va, come è evidente, in particolare alla *Long Term Care*, alle patologie croniche, alla assistenza domiciliare, agli anziani e a tutto ciò che passa comunemente sotto il titolo di sanità del territorio. Un valore quello della spesa privata dei cittadini che ormai è superiore ai 30 miliardi annui, con un balzo di oltre il 9% anche negli anni della crisi 2007-2010.

Ci si chiede quindi se il buon livello di *performance* prodotto dall'Italia in ambito sanitario, e certificato da una speranza di vita particolarmente elevata e da livelli di soddisfazione in passato elevati, possa essere mantenuto, o non entri in crisi per l'impatto delle manovre economiche e per la difficoltà a produrre riforme migliorative sul piano della tipologia dei servizi offerti e della copertura dei nuovi bisogni.

Basti citare le opinioni di un panel di direttori generali delle Asl, intervistati dal Censis rispetto alle principali criticità in sanità, tra le quali al primo posto viene indicata la medicina del territorio, considerata "*non ben strutturata*". O i numerosi dati raccolti nell'ambito della indagine Censis-Ccm sulla qualità percepita dagli utenti in sanità, come ad esempio quello del 36,4% dei cittadini che si sono sottoposti ad accertamento diagnostico e che ritengono che i tempi di attesa non siano stati adeguati, quota che sale all'84,1% per coloro che hanno aspettato più di 3 mesi. O ancora i dati emersi nel corso di varie indagini rispetto agli alti costi sostenuti *out of pocket* dalle famiglie colpite da una grave malattia cronica o invalidante, come quelli ad esempio per la cura delle sole malate di tumore alla mammella (oltre 700 milioni di euro annui secondo stime Censis su dati della *Lega italiana per la lotta ai tumori*).

Analoghe situazioni si verificano per le variegata forme di disabilità, per le malattie cronico-degenerative e per le cronicità post-acuzie di gravi patologie (ictus, infarto, ecc.), come emerge da molte altre ricerche recentemente condotte.

Tutto ciò ha evidenti implicazioni negative per l'equità del sistema. L'iniquità in questo caso risulta non solo rispetto a particolari prestazioni o patologie non coperte, ma anche rispetto alle condizioni socio-economiche delle famiglie e degli individui interessati. E' dimostrato infatti che la spesa *out of pocket* gravi soprattutto sulle famiglie più povere, con quote del 4-5% rispetto al totale della spesa non alimentare.

Particolarmente critica si presenta la situazione nelle regioni più in difficoltà, sia per le caratteristiche storiche dei servizi sanitari regionali in quei luoghi, sia per il forte impatto delle manovre di rientro del deficit e di contenimento della spesa.

L'osservazione dei dati di *performance* a livello regionale permette di rilevare notevoli eterogeneità, con livelli qualitativi molto elevati in alcune aree geografiche e comparti, e livelli medio-bassi o bassi in altre.

La stessa speranza di vita alla nascita presenta differenze marcate tra diversi comparti territoriali (ad es. 79,3 anni per gli uomini del Centro e del Nord-Est e 78,3 per gli altri nel 2009) ed anche la spesa privata delle famiglie presenta differenze rimarchevoli tra le regioni, tra il 17% della Sicilia ed il 26% del Piemonte nel 2007 sul totale della spesa sanitaria.

Recenti studi di impianto più qualitativo, come ad esempio il già citato studio commissionato al Censis dal Ministero della Salute nell'ambito del programma Ccm, mostrano vari elementi di diversa *performance* della sanità italiana a livello regionale, come ad esempio:

- le disfunzioni segnalate dagli utenti del Servizio sanitario per area territoriale in termini complessivi (dal 4,4% del Nord-Ovest al 26,5% di Sud e Isole);
- il dettaglio degli aspetti problematici segnalati per area territoriale, con differenze marcate soprattutto per le liste di attesa (77% nel Sud-Isole e 68% al Centro) e per l'umanizzazione.

Particolarmente problematica risulta dunque la questione del rapporto tra andamento delle risorse ed andamento della qualità percepita. Le analisi segnalano un rapporto non sempre lineare tra investimento economico e risultati raggiunti, il che fa pensare alla necessità di lavorare molto più attentamente alle dimensioni della appropriatezza e della qualità, come rapporto ottimale costi-benefici. Soprattutto, laddove si sono avuti interventi di risanamento e riequilibrio, come nel caso delle Regioni con Piano di rientro, si è registrato un peggioramento della qualità percepita e dei processi di attrazione dei pazienti da altre regioni, a seguito degli interventi realizzati.

Ciò getta un cono d'ombra sui risvolti sociali, oltre che economici, delle manovre di finanza pubblica, ed impone la necessità di comprendere meglio

quali siano e possano essere nel futuro le conseguenze delle scelte di rigore finanziario, e in che misura queste consentono di muovere davvero verso una sanità migliore e più efficiente nell'uso delle risorse, ma soprattutto di più alta qualità nelle prestazioni erogate e nei risultati ottenuti. Considerando che il Servizio sanitario svolge anche una funzione più ampia rispetto alla sua strategica *mission* di tutela della salute dei cittadini, essendo uno dei pilastri del benessere sociale e del grado di coesione della comunità nazionale.

Capire gli esiti dei trend in atto, e se i tagli fatti e annunciati alla spesa pubblica per la salute siano destinati a potenziare la capacità del Servizio sanitario nel rispondere alla gamma delle sue funzioni, è oggi una priorità.

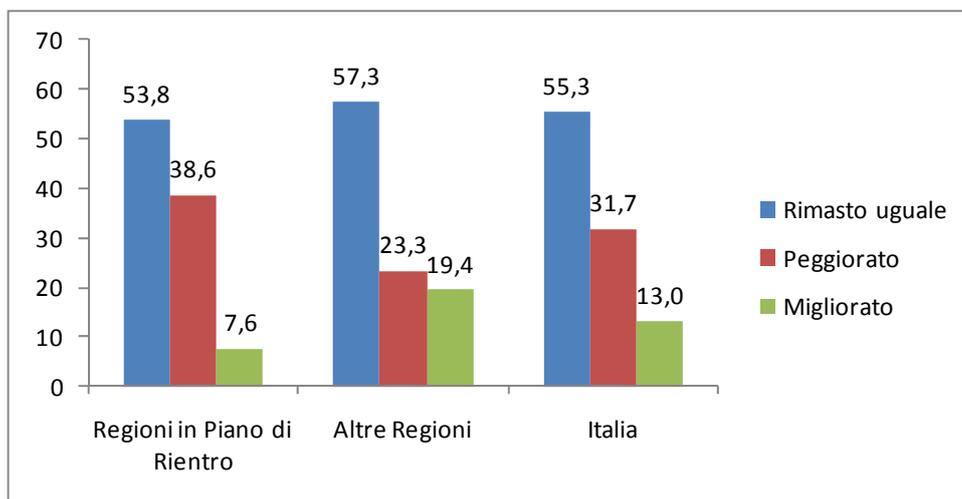
Ed è questo l'obiettivo primario del Monitor Biomedico 2012, realizzato nell'ambito delle attività del *Forum per la Ricerca Biomedica*: produrre uno stato dell'arte della sanità italiana dal punto di vista dei cittadini, di fronte all'evolversi della più generale crisi, alle manovre messe in campo e soprattutto alla ristrutturazione della spesa pubblica per la sanità.

Un primo significativo risultato emerso dal Monitor Biomedico 2012 è proprio quello che mostra quanto alta sia la quota di italiani che si esprimono nei termini di un peggioramento della sanità della propria regione negli ultimi due anni, soprattutto nelle Regioni con Piani di Rientro (fig. 1). Il che rimanda al dato di fatto che le regioni in cui sono più evidenti gli impatti delle politiche di contenimento stanno vivendo un peggioramento più intenso della propria sanità, quella sanità che peraltro anche in passato mostrava livelli di qualità più bassi rispetto alle altre regioni (fig. 2).

Per cui sembrerebbe di poter affermare che la centralità del vincolo di bilancio, che sta producendo una riduzione delle distanze tra le sanità regionali dal punto di vista economico-finanziario, lo faccia al prezzo di un peggioramento e di una accentuazione delle distanze relative alla qualità dell'offerta e dell'*outcome*.

Riconnettere le politiche di bilancio alle più ampie strategie di innalzamento della qualità e delle *performance* dei servizi sanitari risulta quindi una priorità indilazionabile, pena un ampliamento delle fratture regionali e di quelle sociali all'interno del paese.

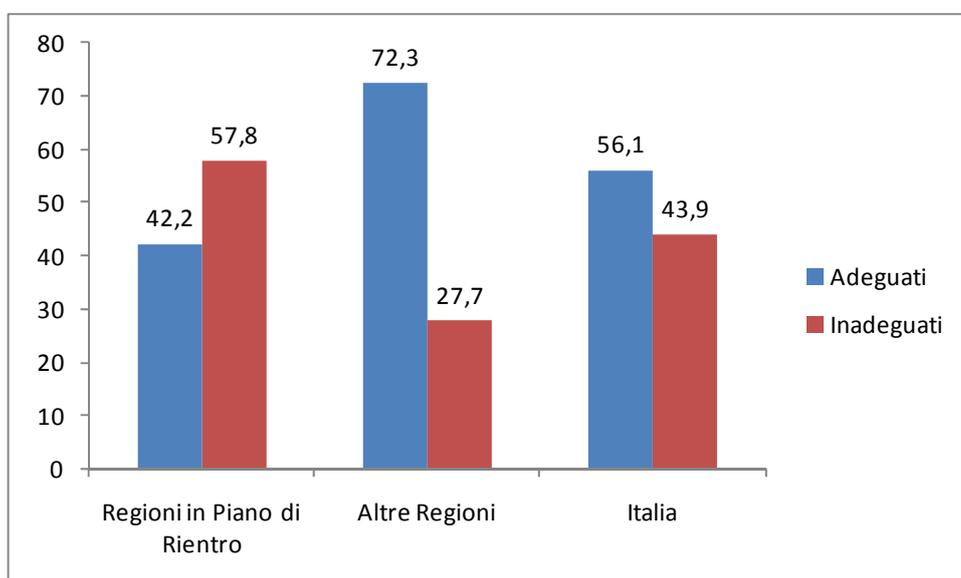
**Fig. 1 - Giudizio sulla performance del Servizio Sanitario della propria regione negli ultimi due anni: Regioni con Piani di Rientro\* - Altre Regioni (val. %)**



(\*) Comprende le seguenti regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2012

**Fig. 2 - Giudizio sull'adeguatezza dei servizi sanitari della propria regione: Regioni con Piani di Rientro\* - Altre Regioni (val. %)**



(\*) Comprende le seguenti regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2012

## 2. IL RALLENTAMENTO INEGUALE DELLA SPESA PUBBLICA E LA CRESCITA DI QUELLA PRIVATA

Ormai da alcuni anni, tema chiave per il Servizio sanitario è la sua sostenibilità, tenuto conto dei problemi indotti dalla demografia, dalla epidemiologia e dall'aumento dei costi delle prestazioni. Ma mai come nei mesi scorsi la sanità è stata chiamata al tavolo delle scelte di bilancio per concorrere, attraverso una serie di manovre, al contenimento della spesa pubblica.

Ciò è avvenuto in modo particolare nelle dieci Regioni con Piani di rientro, sottoposte a rigorosi programmi di rientro dai disavanzi e di contenimento dei costi.

Ed è così che il Servizio sanitario si è trovato negli ultimi mesi a subire, in una modalità inedita rispetto al passato, l'impatto congiunto della evoluzione demografica ed epidemiologica, con tutto ciò che ne deriva in termini di impulso e trasformazione della domanda da un lato, e delle necessità indotte dalle esigenze di contenimento delle spese e di restringimento dell'ammontare delle risorse a disposizione, dall'altro.

Come noto, la *spesa pubblica per la sanità* in Italia è pari al 7,37% del Pil, dato inferiore a quello francese, pari al 9,18%, a quello del Regno Unito, pari all'8,23% e a quello tedesco, pari all'8,92% del Pil (tab. 1).

E se vi è un problema di sostenibilità anche per gli altri Paesi, esso è proiettato più avanti nel futuro e si pone prevalentemente in termini di compatibilità tra nuova domanda sanitaria, potenzialmente spinta verso l'alto, e risorse pubbliche che non possono più sostenere i ritmi di crescita del passato.

In Italia la questione è più eclatante, in parte a causa del contesto di crisi da indebitamento dell'apparato statale nel suo complesso, ma anche e soprattutto a causa di un maggiore sbilanciamento tra programmazione e costi effettivi, specie in alcune regioni del paese. Ed è in gran parte l'*articolazione regionale* della spesa pubblica per sanità che consente di focalizzare le tendenze più significative della evoluzione del rapporto tra finanziamento e spesa in Italia, e tra qualità e quantità delle prestazioni offerte ai cittadini.

**Tab. 1 - Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil: un confronto internazionale, 2001-2009**  
(val. %)

	Spesa sanitaria pubblica (% sul Pil)			
	Italia	Francia	Germania	Regno Unito
2001	6,13	8,07	8,28	5,78
2006	6,90	8,69	8,08	6,88
2009	7,37	9,18	8,92	8,23
Diff. % 2001-2009	+1,24	+1,11	+0,64	+2,45
Diff. % 2006-2009	+0,47	+0,49	+0,84	+1,35

Fonte: elaborazione Fbm-Censis su dati Oecd

La lettura regionale dei dati, tenuto conto della competenza esclusiva che le Regioni hanno sulla sanità e del fatto che la spesa sanitaria pesa per circa il 70% sui bilanci regionali, è quindi la più importante, dal punto di vista operativo. Accanto ad essa la lettura per macroaree (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro e Sud-Isole) consente un'analisi efficace delle dinamiche di spesa e di *performance* della sanità italiana.

A queste letture classiche non si può non affiancare, in questa fase storica la lettura che distingue tra *Regioni in piano di rientro* ed *altre Regioni*, la quale consente di valutare in modo ancor più impressivo l'impatto delle politiche di contenimento della spesa e di ristrutturazione dell'offerta sanitaria degli ultimi tempi.

Considerando il periodo 2007-2010, per il quale sono disponibili dati di confronto significativo, mentre nelle dieci *Regioni con Piano di rientro* si è avuto un incremento della spesa di circa l'8%, nelle altre Regioni l'incremento è stato di oltre il 15% (tab. 2).

Anche i dati della Corte dei Conti sui costi e i ricavi nella sanità regionale mostrano che nelle Regioni in Piano di rientro si registrano miglioramenti significativi in termini di riduzione del disavanzo, con il passaggio da un disavanzo di 3,2 miliardi nel 2008, ad oltre 3 miliardi nel 2009, ed a circa 2 miliardi nel 2010.

Riguardo alle singole Regioni, poi, sempre nel periodo 2007-2010 spiccano in modo particolare i dati relativi all'andamento della spesa sanitaria pubblica in Calabria (+1,5%), Sicilia (+3,5%) e Campania (+5,5%), nettamente inferiori ai valori degli anni precedenti, oltre che a quelli delle altre Regioni.

Per cui si può dire senza ombra di dubbio che in alcune delle regioni che presentavano nel recente passato maggiori difficoltà finanziarie e che avevano una sanità con dinamiche di crescita considerate fuori controllo e dunque in crisi di sostenibilità, si notano con grande evidenza gli esiti degli interventi di contenimento.

**Tab. 2 - Andamento della spesa sanitaria pubblica per regione, 2000-2007-2010**  
(var. %)

	Variazione nominale 2007-2010	Tasso nominale di crescita medio annuo 2007-2010
Piemonte	16,6	5,2
Valle d'Aosta	18,8	5,9
Lombardia	15,5	4,9
Trentino A.A.	17,4	5,5
Veneto	15,9	5,0
Friuli V.G.	20,6	6,4
Liguria	10,0	3,2
Emilia Romagna	19,5	6,1
Toscana	17,8	5,6
Umbria	13,7	4,4
Marche	16,2	5,1
Lazio	6,7	2,2
Abruzzo	5,8	1,9
Molise	6,2	2,0
Campania	5,5	1,8
Puglia	10,4	3,3
Basilicata	9,2	3,0
Calabria	1,5	0,5
Sicilia	3,5	1,2
Sardegna	15,1	4,8
Nord-Ovest	15,2	4,8
Nord-Est	17,9	5,6
Centro	11,6	3,7
Mezzogiorno	6,4	2,1
<i>Regioni con Piani di rientro</i>	8,0	2,6
<i>Altre Regioni</i>	15,6	5,0
ITALIA	11,5	3,7

Fonte: elaborazione Fbm-Censis su dati Istat

Più in generale, il complesso dei dati a livello nazionale delinea la ridefinizione dei trend della spesa in un senso chiaramente riduttivo, un trend che va accentuandosi sempre più, in un comparto che impegna peraltro nel nostro Paese una quota decisamente non eccessiva (soprattutto nel confronto con gli altri Paesi) della spesa pubblica totale.

Guardando al futuro, soprattutto alla luce del Patto per la salute 2013-2015 che delinea lo scenario globale strategico, quello che è rilevante è il gap tra i fabbisogni di finanziamento delle sanità regionali e le assegnazioni previste; ancora una volta è alto il rischio di un divario tra le risorse che si vogliono mobilitare per la sanità e quelle effettivamente necessarie per garantire la tutela della salute dei cittadini.

Stime regionali mostrano che il gap tra la spesa attesa dalle Regioni e il fabbisogno reso disponibile anche alla luce degli effetti della manovra è destinato ad ampliarsi, passando dagli oltre 3 miliardi del 2013 agli oltre 8,9 miliardi di euro del 2015. In pratica, fino al 2015 la sottostima dei fabbisogni di finanziamento salirebbe fino a oltre 17 miliardi di euro. Uno scenario di rigore finanziario ed evidente potatura della sanità, perché il gap di risorse non potrebbe non tradursi in una qualche forma di riduzione strutturale dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

Particolarmente significativo è il fatto che, a fronte del rallentamento della crescita e del tendenziale contenimento della spesa sanitaria pubblica, continua ad aumentare quella privata dei cittadini.

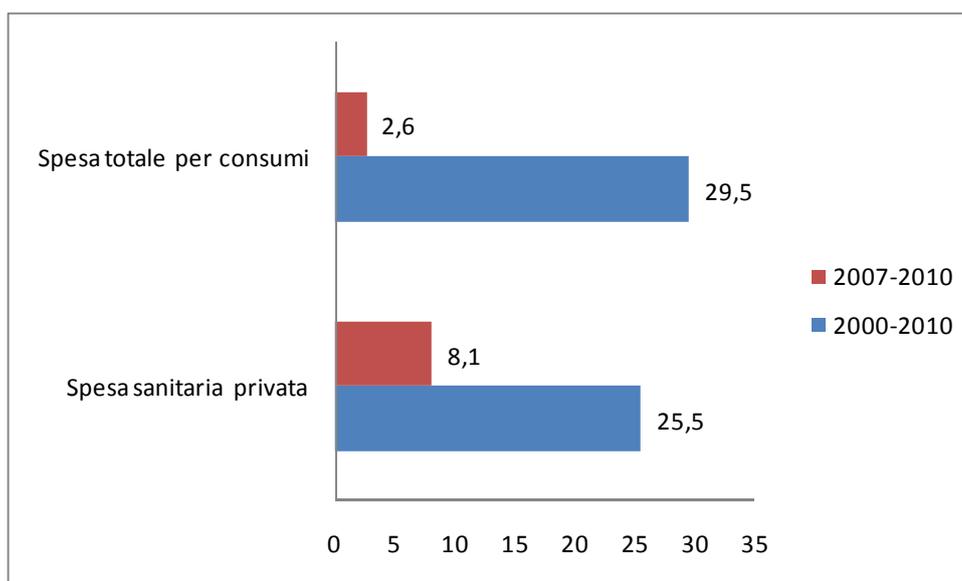
Dati Istat indicano che è stata pari ad oltre 30,6 miliardi di euro nel 2010 la spesa sanitaria privata, quella cioè che esce direttamente dalle tasche dei cittadini, con un aumento pari al 25,5% nel decennio 2000-2010 (tab. 3 e fig. 3).

Nel periodo 2007-2010, periodo dunque di crisi conclamata, l'incremento della *spesa privata per sanità* è stato pari al +8,1%, mentre il totale della spesa per consumi degli italiani è aumentata di solo il +2,6%; e sono aumentate tutte e tre le componenti in cui viene solitamente suddivisa la spesa sanitaria privata: *prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico*, cresciuti del 5,8%; i *servizi ambulatoriali* (aumentati dell'11,1%); e i *servizi ospedalieri* (+8,1%).

**Tab. 3 - Spesa sanitaria privata – Anni 2000-2007-2010** (v.a. in milione di € a prezzi correnti, var. % nominale)

	Valori a prezzi correnti			Var. % nominale 2000-2010	Var. % nominale 2007-2010
	2000	2007	2010		
- Prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	11.714	13.411	14.185	+21,1	+5,8
- Servizi ambulatoriali	8.467	10.277	11.418	+34,8	+11,1
- Servizi ospedalieri	4.192	4.615	4.988	+19,0	+8,1
<b>Totale sanità</b>	<b>24.373</b>	<b>28.303</b>	<b>30.591</b>	<b>+25,5</b>	<b>+8,1</b>
<i>Spesa totale per consumi</i>	<i>727.205</i>	<i>917.575</i>	<i>941.510</i>	<i>+29,5</i>	<i>+2,6</i>

Fonte: elaborazione Fbm-Censis su dati Istat

**Fig. 3 - Spesa sanitaria privata e spesa per consumi, 2000-2010/2007-2010 (var. %)**

Fonte: elaborazione Fbm-Censis su dati Istat

E' interessante analizzare quanto sia consistente la quota di italiani che dichiarano di avere fatto ricorso in un anno a servizi sanitari a pagamento: dai dati di un recente indagine del Censis risulta che quasi il 71% degli italiani ha acquistato farmaci a prezzo pieno in farmacia, oltre il 41% ha fatto visite o sedute odontoiatriche pagando di tasca propria, quasi il 35% ha pagato per visite mediche specialistiche ed il 18,6% per esami diagnostici ambulatoriali.

Occorre allora chiedersi perché aumenti così fortemente la spesa diretta dei cittadini per la sanità. Certamente, per rispondere alla domanda, bisogna innanzitutto considerare che la spesa sanitaria privata è il frutto di un insieme complesso di fattori, soggettivi e di contesto, che rinviano da un lato ad una serie di *driver* socioculturali di lunga deriva, ma dall'altro lato anche agli effetti delle nuove condizioni imposte dalle politiche di bilancio e dalle scelte organizzative.

La tutela della salute è notoriamente in testa alle preoccupazioni degli italiani e, insieme alla formazione dei figli, guida le scelte in materia di utilizzo delle risorse familiari. Non a caso, nel pieno della crisi, dati Censis mostrano che quasi l'86% degli italiani che affronta spese sanitarie private le definisce come irrinunciabili, seguite dalle spese per attività formative dei figli, repute come irrinunciabili dal 75%.

Ciò non toglie che la irrinunciabilità dichiarata ha dovuto fare i conti con il protrarsi della crisi e con le difficoltà prodotte dal calo del potere di acquisto di salari e stipendi, oltre che con la più generale sensazione di incertezza, che induce ad utilizzare con maggiore cautela le risorse di cui si dispone.

Si è avuta di conseguenza una pluralità di forme di reazione da parte dei cittadini: dai dati del *Monitor Biomedico* emerge che circa il 18% degli italiani dichiara di avere dovuto rinunciare per motivi economici a prestazioni sanitarie come visite specialistiche o cure odontoiatriche, quota che sale ad oltre il 24% tra i 45-64enni ed è prossima al 20% tra gli anziani; altri hanno scelto di "rientrare" o di rimanere nell'ambito dei servizi offerti dal sistema pubblico, rassegnandosi spesso a sopportare gli effetti di liste di attesa spesso molto lunghe, pur di non acquistare prestazioni privatamente.

Simili fenomeni di rinuncia e di rinvio dell'accesso alle prestazioni non hanno però impedito che continuasse a verificarsi anche un terzo fenomeno, quello appunto della ulteriore crescita della spesa sanitaria delle famiglie.

E' evidente che a ciò ha concorso anche l'effetto dell'ampliamento della compartecipazione dei cittadini. Tra le varie manovre introdotte, infatti, occorre ricordare il ticket di ingresso per le prestazioni specialistiche e diagnostiche, pari a 10 euro (rimodulato in alcune Regioni), ma che a seconda degli esami richiesti, può arrivare fino ad un massimo totale di quasi 50 euro.

Riguardo all'ammontare complessivo della spesa per ticket esistono valutazioni diverse. Ad esempio, per la specialistica il ticket di ingresso pari a 10 euro applicato da agosto 2011 dovrebbe determinare, secondo stime di fonte diversa (ad esempio, del sito web *Sanità in cifre*), costi pari a 835 milioni di euro; inoltre, viene stimato in 3,2 miliardi l'ammontare dei ticket sulla specialistica e i codici bianchi del Pronto soccorso (considerando la spesa 2011 e gli incassi derivanti dal super ticket).

Le stime citate, però, danno un'idea della portata del trasferimento aggiuntivo di spesa dal pubblico alle tasche dei cittadini che fruiscono della sanità. Non a caso sono forti le pressioni sulla politica per mitigare l'entità della compartecipazione richiesta ai cittadini destinata, in assenza di una inversione di tendenza, a crescere ulteriormente fino al 2014.

Non si può quindi leggere la dinamica crescente della spesa sanitaria privata senza tenere conto degli interventi di potatura del Servizio sanitario, soprattutto in alcune regioni. E se l'intensità dell'"effetto sostituzione" non è alta nell'immediato per molte prestazioni, il trasferimento dal pubblico al privato è evidente da subito nelle forme della compartecipazione, appunto i cosiddetti ticket.

A questo proposito, un caso di notevole interesse è quello della spesa per farmaci, che costituisce tradizionalmente la voce sulla quale si sono più concentrati gli interventi di contenimento fino ad oggi. Infatti, tutte le fasi più acute di contenimento delle spesa sanitaria pubblica hanno coinciso con riduzioni sostanziali del finanziamento pubblico del consumo di farmaci.

Ebbene, nel più recente periodo, 2007-2010, la spesa pubblica per farmaci ha subito un robusto taglio, pari al -3,5%, e nello stesso periodo la *spesa privata per farmaci* è cresciuta di quasi l'11%, raggiungendo e superando gli 8 miliardi di Euro (tab. 4).

**Tab. 4 - Spesa farmaceutica totale, pubblica e privata – Anni 2000-2007-2010** (val. in milioni di euro correnti, var. % ai prezzi correnti)

	Spesa in milioni di euro correnti			Andamento nominale 2007-2010	
	2000	2007	2010	var. %	Tasso medio annuo
Spesa farmaceutica totale(1)	15.254	18.778	19.156	+2,0	+0,7
di cui:					
pubblica (2)	8.743	11.493	11.093	-3,5	-1,2
privata	6.511	7.285	8.063	+10,7	3,4

(1) Canale farmacia, GDO e parafarmacie al lordo del *payback*

(2) Convenzionata netta

Fonte: elaborazione Fbm-Censis su dati Istat

E' notevolmente cresciuta anche la compartecipazione richiesta ai cittadini per i farmaci: oltre 980 milioni nel 2010, con un'incidenza sulla spesa farmaceutica lorda del 7,6%, mentre per il 2011 non è difficile prevedere un balzo oltre il miliardo di euro, e 965 milioni nel periodo gennaio-settembre 2011, con una incidenza superiore al 10%.

Non può quindi sorprendere il dato secondo cui una quota non lontana da un terzo degli italiani reputa insufficiente la disponibilità di farmaci mutuabili, quota che sale ad oltre il 39% nelle regioni meridionali.

Va crescendo cioè anche la percezione della contrazione della copertura pubblica per i farmaci, tanto più nel meridione, dove fornendo il Servizio sanitario pubblico tradizionalmente *performance* meno positive, il farmaco ha operato spesso come vero e proprio "ammortizzatore sanitario".

E' evidente in sostanza che il protrarsi della crisi con il suo corollario di interventi sui budget pubblici, oltre ad impattare sui comportamenti sociali degli italiani, sulle scelte di impiego del reddito e di sua distribuzione tra i consumi, va a incidere anche e necessariamente sulle dimensioni dell'impegno economico privato dei cittadini e delle famiglie per la tutela della salute.

E se quella tutela è sempre stata una priorità per gli italiani, che vi hanno dedicato nei tempi trascorsi notevoli risorse, in virtù principalmente di quelli che abbiamo chiamato i *driver* socioculturali, che hanno spinto in alto la spesa privata per la sanità anche quando non vi era crisi e la copertura del Servizio sanitario non destava particolari preoccupazioni, a maggior ragione cresce l'impegno privato dei cittadini in questa fase, per l'*effetto sostituzione* verso prestazioni non coperte dal pubblico.



### 3. NON MIGLIORA LA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI

Che impatto ha il rallentamento diseguale della crescita della spesa sanitaria pubblica, che abbiamo descritto, sulla qualità dell'offerta sanitaria a livello nazionale e nelle varie regioni?

Per rispondere a questa domanda sono particolarmente utili i dati raccolti dalla ricerca e relativi al punto di vista dei cittadini, di coloro cioè che sperimentano direttamente o indirettamente, tramite familiari e amici, il concreto agire del Servizio sanitario nei suoi vari aspetti, che vanno dall'accesso alla qualità della prestazioni erogate.

Da una recentissima indagine realizzata dal Censis nel mese di febbraio 2012 emerge un quadro molto chiaro della qualità del Servizio sanitario italiano, dal punto di vista dei cittadini che ne sono i fruitori:

- il 58,4% valuta come adeguati i servizi sanitari della propria regione, contro il 41,6% che li reputa non adeguati (tab. 5);
- per il 55,3% degli intervistati il Servizio sanitario della propria regione è rimasto uguale negli ultimi due anni, per il 31,7% è peggiorato (erano il 21,7% nel 2009), mentre per il 13% è migliorato (erano il 20,3% nel 2009). Coloro che parlano di peggioramento sono il 18% in più di coloro che parlano di miglioramento (tab. 6).

I dati medi nazionali sono, ovviamente, il frutto di situazioni territoriali molto diverse, poiché coloro che si esprimono nei termini di un peggioramento sono più numerosi nel Meridione (38,5%) e al Centro (34,2%) rispetto al Nord-Ovest (21,2%) e al Nord-Est (15,6%); ed anche la percentuale di coloro che al Sud e nelle isole segnalano *performance* sanitarie in miglioramento è più bassa (pari al 7%) che al Nord, dove sono il 9,7% al Nord-Ovest e addirittura oltre il 32% al Nord-Est ad esprimersi in tal senso.

Rispetto alle tradizionali differenze territoriali della sanità lungo l'asse Nord-Sud vanno emergendo, tra l'altro, cambiamenti interessanti, come nel caso del Centro, la cui situazione sanitaria viene vista in maniera più negativa da qualche tempo a questa parte.

**Tab. 5 - Giudizio sull'adeguatezza dei servizi sanitari della propria regione, per ripartizione geografica (val. %)**

<i>A partire dalla Sua esperienza diretta e dalle informazioni indirette da parenti/amici/conoscenti, secondo Lei i servizi sanitari della Sua Regione sono:</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Italia
Adeguati	74,7	82,2	46,5	37,8	58,4
Inadeguati	25,3	17,8	53,5	62,2	41,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2012

**Tab. 6 - Giudizio sulle performance del Servizio sanitario della propria regione negli ultimi due anni, per ripartizione geografica (val. %)**

<i>Il Servizio sanitario della sua Regione negli ultimi due anni è:</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Italia
Migliorato	9,7	32,3	8,6	7,0	13,0
Peggiorato	21,2	15,6	34,2	38,5	31,7
Rimasto uguale	69,1	52,1	57,2	54,5	55,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Diff. % migliorato-peggiolato</i>	<i>-11,5</i>	<i>16,7</i>	<i>-25,6</i>	<i>-31,5</i>	<i>-18,7</i>

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2012

Ulteriori utili indicazioni, in tema di qualità provengono dall'analisi delle valutazioni dei cittadini per i due macroaggregati composti dalle Regioni in Piano di rientro e dalle altre Regioni (tab. 7): oltre il 38% degli intervistati delle Regioni in Piano di rientro afferma che la sanità della propria regione è peggiorata rispetto ai due anni precedenti, e solo il 7,6% dichiara che è migliorata (con un saldo tra miglioramento e peggioramento molto negativo, pari al -31%); la sanità delle Regioni senza Piani di rientro ha invece subito un peggioramento secondo il 23,3% dei cittadini intervistati, mentre per il 19,4% ha beneficiato addirittura di un miglioramento.

I mutamenti relativi al biennio precedente possono essere utilmente letti anche alla luce delle valutazioni in merito all'adeguatezza complessiva dei servizi sanitari della propria zona (tab. 8): infatti, nelle Regioni in Piano di rientro è il 42,2% dei cittadini a dichiarare che i servizi sanitari risultano adeguati, mentre nelle altre Regioni è oltre il 72% della popolazione a ritenerli adeguati.

Vi è una evidente accentuazione, quindi, delle differenze tra i due aggregati di Regioni, come se le rispettive sanità si stessero muovendo lungo traiettorie divergenti, che le allontanano sempre più tra loro: infatti chi ha una sanità con *performance* già negative la vede ulteriormente peggiorare, e chi ha invece una sanità giudicata già adeguata percepisce segnali di peggioramento molto meno intensi.

In altre parole, le politiche di ripristino del vincolo di bilancio e di promozione di forme di controllo della spesa sanitaria, in particolare in alcune regioni, stanno impattando negativamente sulla qualità percepita, radicalizzando le già notevoli differenze nella soddisfazione dei cittadini e nell'efficacia delle sanità regionali.

E se non si può non salutare positivamente lo sforzo del contenimento della spesa, soprattutto nelle regioni particolarmente esposte al deficit, e dunque nel macroaggregato composto dalle Regioni in Piano di rientro, non si può al tempo stesso sottovalutare la perdita della qualità percepita.

**Tab. 7 – Giudizio sulle *performance* del Servizio sanitario della propria regione negli ultimi due anni: Regioni con Piani di Rientro – Altre Regioni (val. % e diff. %)**

<i>Secondo Lei il Servizio sanitario della sua Regione è:</i>	Regioni con Piani di Rientro	Altre Regioni	Totale
Migliorato	7,6	19,4	13,0
Peggiorato	38,6	23,3	31,7
Rimasto uguale	53,8	57,3	55,3
Totale	100,0	100,0	100,0
<i>Diff. % migliorato-peggiorato</i>	<i>-31,0</i>	<i>-3,9</i>	<i>-18,7</i>

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2012

**Tab. 8 – Giudizio sull’adeguatezza dei servizi sanitari regionali: Regioni con Piani di Rientro – Altre Regioni (val. %)**

<i>I servizi sanitari della sua regione sono:</i>	Regioni con Piani di Rientro	Altre Regioni	Totale
Adeguati	42,2	72,3	56,1
Inadeguati	57,8	27,7	43,9
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2012

La centralità del vincolo di bilancio nell'orientare le politiche pubbliche non sembra aver trovato un positivo intreccio con le necessarie strategie di miglioramento della qualità delle prestazioni, almeno laddove essa era bassa. E la maggiore omogeneità economico-finanziaria non si è tradotta, almeno per ora, in maggiore omogeneità di offerta e di qualità delle prestazioni, tenuto anche conto del fatto che i livelli di qualità e soddisfazione dei cittadini erano, proprio nelle regioni in piano di rientro, strutturalmente più basse rispetto alle altre regioni.

E' evidente che simili dinamiche hanno una importanza particolare anche guardando al futuro, visto che i Piani di rientro sono di fatto una sorta di primo passo verso forme più stringenti di allineamento dei costi regionali, e verso i cosiddetti costi standard.

In questo contesto si inseriscono anche gli effetti delle strategie di reazione dei cittadini alla divaricazione crescente delle sanità regionali: dati Monitor Biomedico mostrano che, ad esempio, nelle regioni meridionali l'intenzionalità dichiarata, in caso di grave problema di salute, di rivolgersi ad un medico, ad una struttura o ad un servizio di un'altra regione o all'estero riguarda oltre il 58% dei cittadini, con il 47,6% che si recherebbe in un'altra regione e il 10,9% addirittura all'estero.

Peraltro, già ora la mobilità sanitaria dei ricoveri ospedalieri è molto significativa e, come emerge da una ricerca recente frutto di cause molteplici. Infatti:

- nell'8,8% dei casi dipende da *fattori inevitabili*, come la assenza di particolari prestazioni nella regione di residenza, una fisiologica mobilità transfrontaliera e cause contingenti (come gli eventi patologici durante un soggiorno in un'altra regione);
- nel 91,2% dei casi da *fattori che sarebbero evitabili*, come in particolare l'esigenza di livelli qualitativi migliori di quelli presenti in loco (strutture, medici, rapporti umani, 66,2%), condizionamenti praticologici (conoscenze, facilità di accesso, familiari sul posto, 30,9%) e ritardi e tempi di attesa (26,2%).

In futuro però la mobilità tra le regioni, il cosiddetto turismo sanitario, magari nelle sue versioni *low cost*, rischia di diventare ancora più massiccia, configurandosi sempre più come un meccanismo spontaneo di correzione delle disparità territoriali nell'accesso a cure di qualità attraverso il trasferimento in altra regione.

#### **4. ALCUNI DRIVER SOCIOCULTURALI DELLA DOMANDA SANITARIA: AUTOREGOLAZIONE, OLISMO ED ESTETICA**

Non è possibile comunque attribuire interamente le cause della crescita della spesa sanitaria privata alle manovre di bilancio, visto che si tratta di un fenomeno di lunga data (la spesa privata è cresciuta del 27% in dieci anni). Può essere utile quindi soffermarsi sugli altri fattori, ed in particolare sulle componenti “storiche” del fenomeno, quelle di più lunga data.

Alcune di esse attengono alla presenza di aree scoperte, come l’odontoiatria, caratterizzata, in assenza di copertura adeguata da parte del Ssn, da un mercato molecolare di scambio delle prestazioni, nel quale il 95% circa della spesa è totalmente a carico dei cittadini, per un valore annuale non lontano da 12 miliardi di Euro. Altre dipendono dalla crescita delle consapevolezza e delle informazioni sui rischi epidemiologici e sulle potenzialità di cura.

Ci sono, poi, componenti di spesa privata che rinviano invece più direttamente a fattori di tipo socioculturale, ed in particolare all’evoluzione delle concezioni della salute e alla tendenza all’autoregolazione nella tutela del proprio benessere. Indicativo a questo proposito è il caso della reazione ai piccoli disturbi ed alle patologie di lieve entità, che in misura significativa e crescente gli italiani tendono, da alcuni decenni, ad autogestire, magari con la consulenza rapida da parte del medico la prima volta che ci si trova ad affrontare il disturbo, per poi reiterare le terapie che hanno avuto successo in maniera autonoma.

Di fronte a questa piccole patologie prevale un *approccio funzionalista* alla salute, secondo il quale stare bene vuol dire essere in grado di svolgere adeguatamente nella quotidianità i ruoli e le funzioni sociali; e proprio per garantire questa capacità i cittadini sono pronti ad investire risorse di tasca propria, per arrivare più direttamente e rapidamente allo scopo e per evitare nel minor tempo possibile che una piccola patologia, un piccolo disturbo, impediscano di assolvere ai propri compiti quotidiani.

In una popolazione che invecchia e soffre sempre più frequentemente di malesseri di varia entità, ed ancor più in una fase di crisi in cui aleggia lo

spettro, effettivo o psicologico, della perdita del posto di lavoro, la ricerca di risposte rapide ai piccoli disturbi e la corsa a rientrare con rapidità al lavoro finiscono per avere una importanza significativa e contribuiscono in maniera forte a spiegare la dinamica della spesa privata. D'altro canto vi sono piccole patologie per le quali semplicemente non vi è copertura pubblica.

Interessante è il quadro, sia pure sintetico e fatto di stime, della diffusione di alcuni dei disturbi di natura leggera più frequenti (tab. 9):

- oltre 19,3 milioni di italiani dichiarano di avere ricorrenti dolori muscolari, articolari o di altro tipo. In particolare, si tratta di quasi 1,4 milioni di giovani e di 7,6 milioni di anziani;
- 10,7 milioni di persone dichiarano di soffrire di forme di allergia, e di questi 2,3 milioni sono giovani, e oltre 3,4 milioni adulti con età compresa tra 45 e 64 anni;
- oltre 9,1 milioni di italiani dichiarano di avere emicranie frequenti;
- 9 milioni hanno difficoltà a prendere sonno o addirittura soffrono di insonnia;
- 18,7 milioni di cittadini hanno problemi di vista, dalla miopia alla presbiopia all'astigmatismo (quasi 2,4 milioni tra i giovani fino a 29 anni);
- 10,6 milioni dichiarano di avere la tendenza ad ingrassare troppo, dato questo trasversale alle classi di età, e che costituisce sicuramente un'altra fonte di spesa a carico dei cittadini, tra visite dal dietologo e diete varie.

Quello dei piccoli disturbi è uno degli ambiti in cui è particolarmente forte la spinta alla autoregolazione, ed anche quella alla ridefinizione e personalizzazione delle terapie in funzione dei risultati raggiunti o percepiti.

Quasi il 39% degli intervistati, infatti, in caso di sintomi non gravi dichiara di consultare subito il medico di base; quasi il 31% tenta di curarsi stando a casa (riposo, alimentazione corretta ecc.) ed oltre il 15% dichiara di prendere qualche farmaco, che in altre occasioni si è rivelato efficace.

**Tab. 9 – Gli italiani e i piccoli disturbi: stime delle persone coinvolte (v.a.)**

	v.a. in migliaia
- Ricorrenti dolori muscolari, articolari o di altro tipo	19.302
- Problemi di vista, dalla miopia alla presbiopia all'astigmatismo	18.697
- Avere forme di allergie	10.634
- Tendenza a ingrassare troppo	10.583
- Emicranie frequenti	9.071
- Difficoltà a prendere sonno o addirittura soffre di insonnia	9.021

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2012

In caso di patologie non gravi, è inoltre alta la tendenza degli italiani ad interrompere le terapia, anche quando prescritta. Infatti, in caso di malattia non grave è oltre il 21% che dichiara di interrompere la terapia farmacologica alla scomparsa dei sintomi, il 7,6% assume solo una parte dei farmaci prescritti perché interrompe la cura prima del tempo o riduce le dosi, il 7% non li compra e quasi il 3% li compra ma non li prende (tab. 10).

Pertanto, è non molto lontana dal 40% la quota di italiani che in caso di malattia non grave tende a non rispettare le prescrizioni farmaceutiche nelle dosi e/o nella durata della cura. Fenomeno questo molto diffuso, in particolare al Nord-Ovest, dove è prossimo al 50% e, in misura minore, anche al Centro e al Sud-Isole, e che configura un quadro di *non compliance* e di “fai da te”, che inizialmente sembra non avere molto a che fare con la dimensione della spesa, ma che a lungo andare può aver implicazioni anche pesanti in termini di inappropriata, ed anche dal punto di vista dell’esborso economico.

Altri ambiti di *driver* culturale della modernità hanno effetti molto più diretti sul divario crescente tra domanda e offerta di servizi sanitari. Uno di questi è quello che scaturisce dal ricorso ai dettami delle medicine non convenzionali, tanto è vero che *la spesa per farmaci di medicina non convenzionale* può essere stimata intorno a 1,7 miliardi di euro all’anno, tenuto conto che dichiara di fare ricorso a questi farmaci oltre il 16% degli italiani (tab. 11).

A questo proposito va ricordato che la tutela della salute va sempre più intrecciandosi con una *visione olistica* del benessere, e cioè con l’idea che stare bene significhi costruire un benessere psicofisico sul quale incidono anche aspetti non prettamente sanitari, legati alla percezione di se stessi, ed alla capacità di entrare in relazione con gli altri e di vivere nel contesto sociale in modo gratificante e soggettivamente soddisfacente.

Si pensi, a questo proposito, ad un settore che è letteralmente decollato in questo decennio, anche per impulso delle nuove opportunità tecnologiche e mediche, quello della *medicina e della chirurgia estetica*, che ha dato vita ad un vero e proprio mercato specifico, tutto privato.

**Tab. 10 - Rapporto con le terapie farmacologiche prescritte in caso di malattia non grave, per classi di età (val. %)**

	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	65 anni e oltre	Totale
- Seguo le prescrizioni sia nelle dosi che nella durata della cura	48,2	57,4	62,4	71,5	61,2
- Interrompe alla scomparsa dei sintomi	33,2	24,0	18,6	15,2	21,4
- Ne prende solo una parte perché interrompo la cura prima del tempo o riduco le dosi	10,1	9,8	7,1	4,3	7,6
- Non li compra	4,2	5,3	9,1	7,9	7,0
- Li compra ma non li prende	4,3	3,5	2,8	1,1	2,8
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

**Tab. 11 – Utilizzo di farmaci di medicina non convenzionale, per ripartizione geografica (val. %)**

<i>Assume farmaci di medicina non convenzionale (medicina che fa uso di sostanze naturali, come l'omeopatia, agopuntura, fitoterapia)?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
Sì	14,9	18,4	18,1	16,0	16,6
No	85,1	81,6	81,9	84,0	83,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

Dati del *Monitor Biomedico* del 2010 consentono di stimare in circa 1 milione le persone che dichiarano di avere fatto ricorso nella loro vita a interventi di medicina e chirurgia estetica, e di questi oltre 800 mila sono donne.





## 5. IL *LOW COST* SANITARIO

Dal punto di vista della economia familiare privata non va dimenticato che, in concomitanza della crisi, e comunque ormai da molti anni a questa parte, è in corso un trend di crescente attenzione al prezzo delle prestazioni ed alla ricerca di opportunità di accesso a prestazioni di qualità accettabile, in tempi ragionevoli, ma a prezzo più basso.

È partita cioè da tempo, anche nel settore sanitario la caccia alla valorizzazione del reddito nominale disponibile, che porta a cercare di individuare tutte quelle offerte di sanità privata che consentano di rispondere al bisogno in modo adeguato spendendo il meno possibile. E se è vero che la salute è al vertice delle preoccupazioni degli italiani, è ben comprensibile che anche in questo ambito gli italiani, stretti dalle manovre di bilancio, tendano ad attivare strategie di autotutela economica, che si trasformano in un incremento dell'esborso di tasca propria.

Gli spazi di autotutela tendono ad ampliarsi come abbiamo visto, ed è forte la ricerca di risposte assistenziali praticabili, per qualità, tempi e costi. E se si deve ricorrere ad una data prestazione sanitaria, magari perché prescritta dal medico, e non si vogliono o non si possono aspettare i tempi del pubblico, è quindi frequente che si tenda ad acquistarla direttamente ad un prezzo più favorevole.

Da questo punto di vista, può essere interessante osservare come si va modificando l'offerta sanitaria privata, all'interno della quale è in corso una proliferazione di *provider* di vario tipo a seguito dei processi di ristrutturazione in atto nel Servizio sanitario. 10 Regioni in Piano di Rientro e le altre comunque costrette a modulare l'offerta in modo da garantire la sostenibilità economico-finanziaria, sono infatti fattori che non potevano non provocare ripercussioni significative sull'azione degli operatori privati, innescando strategie di riposizionamento.

E' sull'onda di questa dinamica che si è sviluppato il cosiddetto *low cost sanitario*, fenomeno articolato e in grande crescita, che si compone di soggettualità e modalità operative diversificate, tutte volte ad intercettare la domanda privata pagante alla ricerca di prestazioni a prezzi ridotti.

Stime *Assolowcost* indicano in oltre 10 miliardi di euro il valore della sanità *low cost*, con una dinamica di crescita annua estremamente intensa, dell'ordine del 25% annuo (tav. 1). E da una ricerca della *Scuola di Formazione continua del Campus Biomedico di Roma* è emerso che le strutture del *low cost* sono in grado di consentire un risparmio particolarmente elevato rispetto alle tariffe di mercato, di solito non inferiore al 30%, ma che può salire fino a raggiungere punte superiori al 60%. Peraltro, nel segmento che opera sul web tramite offerte promozionali, i tagli rispetto ai prezzi di mercato possono arrivare fino all'80%.

E un primo significativo segmento, in rapida espansione, tanto da diventare una presenza costante nella vita di tante famiglie, si svolge proprio sul web, tramite i siti di *e-commerce* geolocalizzato su internet che si rivolgono direttamente ai potenziali acquirenti e che, tra viaggi-vacanze e cene a base di pesce, lanciano anche, e frequentemente offerte di prestazioni sanitarie a costi più che competitivi e ad accesso rapido.

Uno degli epicentri delle offerte promozionali via *web* è il *settore odontoiatrico*, nel quale la spesa è tradizionalmente a carico dei privati; nella crisi il settore ha subito più degli altri il fenomeno del rinvio e/o della rinuncia a farsi curare, con quasi 1 milione di visite in meno nel 2009. In questo settore il *low cost* tramite web mette a disposizione offerte promozionali di rilievo, con riduzioni del prezzo delle prestazioni dell'ordine del 70-80% rispetto ai prezzi praticati sul mercato. Esempi paradigmatici sono le cosiddette sedute complete, inclusive di visita odontoiatrica e visita parodontale, pulizia denti (con ablazione tartaro agli ultrasuoni e smacchiamento con *air flow* nonché sbiancamento con lampada LED e perossido di idrogeno), ad un costo pari al 15% di quello di mercato. L'eventuale acquisto dell'offerta si materializza in un *voucher* spendibile in un arco di tempo di 6-9 mesi, con notevole flessibilità sulle modalità di accesso.

Le offerte *low cost* sul web riguardano però uno spettro molto ampio di servizi e prestazioni sanitarie, inclusa la prevenzione. Alcuni ulteriori esempi consentono di capire l'articolazione di un'offerta in forte crescita:

**Tav. 1 – I dati della sanità *low cost***

---

- Valore (stima)	10 mld di euro
- Crescita annua attesa (variaz. % sul valore annuo)	20-30%
- Risparmio sul prezzo delle prestazioni sulle normali tariffe di mercato (*)	30-60%
- Offerte promozionali di siti web: risparmio sul prezzo delle prestazioni sulle normali tariffe di mercato	70-85%

---

(\*) Indagine della *Scuola di formazione continua del Campus Biomedico di Roma*

Fonte: elaborazione Fbm-Censis su dati *Assolowcost*

- un *Check up donna* completo, inclusivo di visita ginecologica e senologica, ecografie e colposcopia, ad un prezzo pari a circa il 15% del valore reale di mercato;
- un *Check up* medico completo, con uno spettro molto ampio di analisi, ad un costo pari ad un quarto di quello di mercato;
- piccoli interventi di chirurgia estetica, come una *blefaroplastica* non invasiva con bisturi al plasma, ad un costo pari al 25% circa di quello di mercato.

L'offerta che arriva da questi siti di acquisto collettivo è in rapidissima espansione, e non va assolutamente sottovalutata rispetto ai consumi sanitari futuri nel loro impatto quantitativo. Essi coinvolgono segmenti nuovi di mercato, in cui professionisti singoli o associati tendono a saturare la propria capacità di offerta intercettando per lo più, come abbiamo detto, quote di domanda che, ai prezzi di mercato, non riuscirebbero a entrare in gioco. Ma non va sottovalutato l'impatto moltiplicatorio, e dunque di rigonfiamento dei consumi, in direzioni non sempre di prima necessità, a tutto scapito dei bisogni e delle prestazioni essenziali ed appropriate.

Il *low cost* sanitario, d'altra parte, è fenomeno già molto ampio e che tende ad allargarsi sempre più, andando a coprire filoni sempre più diversificati e sofisticati. Anche le caratteristiche dei soggetti promotori sono diversificate, perché si va da esperienze prettamente commerciali, *for profit*, ad altre che invece provengono addirittura dal mondo del *non profit* che, oltre a reinvestire nelle comunità di origine, guarda anche al mercato sociosanitario e socio assistenziale privato, spesso in una logica di territorio e continuità assistenziale.

Quel che è certo è che nell'ambito della componente privata del mercato sanitario cresce anche il *low cost* e l'*appeal* del *low cost*. E questo prefigura scenari preoccupanti per vari motivi, innanzitutto per i possibili danni derivanti da un rapporto costi/benefici squilibrato, ma anche per la mancanza di controlli di qualità, per il venir meno del principio di universalismo, e per l'induzione di una domanda impropria e di risposte inappropriate.

## 6. TAGLI DI BILANCIO E FEDERALISMO

Un quesito di sicuro interesse in questa fase è in che misura le dinamiche economiche di riduzione della spesa, dei servizi e delle prestazioni erogate, si riflettano sulle dinamiche sociali relative ad alcune questioni cruciali che toccano il Servizio sanitario oggi, a cominciare dalla dimensione istituzionale e delle responsabilità dei diversi livelli gestionali.

Tradizionalmente, il divario Centro-Nord/Sud-Isole nella sanità si è ampiamente riflesso anche sulla visione degli assetti istituzionali e delle modalità di finanziamento. Oggi alla luce dei recenti avvenimenti, ed in particolare con l'insorgere delle distinzioni negli interventi tra Regioni in Piano di Rientro e altre Regioni, sembra determinarsi una ulteriore frattura rispetto al rapporto della società con la sanità e la salute, che potrebbe rendere ancora più complesso il futuro del Servizio sanitario in Italia.

La sanità è stata anche ed è tuttora il settore guida per la sperimentazione dell'assetto federalista in Italia, sia per gli aspetti normativi, che per quelli gestionali, di spesa e di finanziamento. A questo proposito, dai dati dell'indagine *Monitor Biomedico 2011* emerge che l'attribuzione alle Regioni di maggiori responsabilità in materia di sanità continua a riscuotere un sostegno maggioritario tra i cittadini italiani (pari al 57% circa), anche se meno intenso rispetto a un paio di anni fa (tab. 12).

Si tratta però di un supporto territorialmente marcato, con quote più alte di favorevoli al Nord-Est (73,4%), al Centro (57,9%) e, in misura minore, al Nord-Ovest (54,2%) rispetto al Sud-isole (50,1%).

Quanto alle ragioni del sostegno al federalismo, il 36,6% degli italiani sostiene che esso consente di creare una sanità più vicina alle esigenze delle popolazioni locali ed il 16% che rappresenta un modo per responsabilizzare maggiormente gli attori del sistema.

I contrari (complessivamente pari al 30,5%) ritengono che vi sia il rischio che in alcune regioni i costi a carico dei cittadini divengano eccessivi (11,0%), nonché quello che si accentuino le differenze di contribuzione alla sanità nelle varie regioni (10,4%).

**Tab. 12 - Opinioni sul ruolo delle Regioni in sanità, per ripartizione geografica (val. %)**

<i>Secondo Lei, l'attribuzione alle Regioni di maggiori responsabilità in materia di sanità è:</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
<i>Un fatto positivo perché:</i>	54,2	73,4	57,9	50,1	57,3
- consente di creare una sanità più vicina alle esigenze delle popolazioni locali	35,6	47,9	33,7	32,3	36,6
- responsabilizza i vari soggetti della sanità (operatori, amministratori, ecc.)	13,0	19,5	19,8	14,1	15,9
- rispecchia l'attuale situazione di differenziazione nella sanità di varie regioni	5,6	6,0	4,4	3,7	4,8
<i>Un fatto negativo perché:</i>	34,7	12,8	34,3	35,1	30,5
- c'è il rischio di un'accentuazione delle disparità territoriali	12,2	4,5	13,6	6,7	9,1
- c'è il rischio che su alcune regioni i costi a carico dei cittadini divengano eccessivi	12,7	4,8	10,8	13,4	11,0
- c'è il rischio che si accentuino le differenze di contribuzione alla sanità nelle varie regioni	9,8	3,5	9,9	15,0	10,4
<i>Altro</i>	-	0,4	-	0,4	0,2
<i>Non so</i>	11,1	13,4	7,8	14,4	12,0
<i>Totale</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

Il confronto tra cittadini delle Regioni con Piani di rientro e senza Piano di rientro mostra uno scarto di favorevoli molto marcato (tab. 13): infatti, sono favorevoli alla responsabilità regionale in sanità oltre il 63% dei cittadini residenti nelle Regioni senza Piano di Rientro, mentre la quota di favorevoli scende nelle Regioni con Piano di Rientro al 46,2%.

Il dato dimostra un punto importante: chi vive in regioni in cui la sanità è sottoposta alla riorganizzazione indotta dai Piani di Rientro, e dove la qualità della sanità sta peggiorando, è meno favorevole al federalismo sanitario. E ciò per il fatto che in quelle regioni la responsabilità regionale coincide con una robusta cura dimagrante, senza che ciò comporti miglioramenti visibili rispetto al recente passato.

Sulle ragioni delle varie posizioni, tra i cittadini delle Regioni senza Piani di rientro, che in maggioranza sono a favore del decentramento delle maggiori responsabilità in sanità, oltre il 40% pensa che la regionalizzazione sia un fatto positivo perché consente di costruire una sanità più vicina ai cittadini e quindi in grado di rispondere meglio alla domanda sanitaria regionale, il 17,4% pensa che il processo sia un modo per responsabilizzare maggiormente i vari soggetti del sistema, e una quota pari al 5,7% pensa che rispecchi l'attuale situazione di differenziazione nella sanità delle varie regioni.

Nelle Regioni con Piani di rientro, invece, è il 36,7% dei cittadini ad essere contrario alla regionalizzazione (contro il 27% degli abitanti delle regioni senza Piani di rientro), e tra le motivazioni richiamate pesano il rischio che si accentuino le differenze di contribuzione alla sanità nelle varie regioni (15,8%, contro il 7,4% delle regioni senza Piani di rientro), il rischio che in alcune regioni i costi a carico dei cittadini divengano eccessivi (13,1% contro il 9,9%) ed il rischio che si accentuino le disparità territoriali (7,8% contro il 9,8%).

I tagli alla sanità, quindi, laddove colpiscono più duramente senza generare miglioramenti visibili nella qualità e nelle *performance* della sanità regionale, alimentano una sorta di nuovo rancore verso gli assetti istituzionali.

**Tab. 13 - Opinioni sul ruolo delle Regioni in sanità: Regioni con Piani di Rientro – altre Regioni**  
(val. %)

<i>Secondo Lei, l'attribuzione alle Regioni di maggiori responsabilità in materia di sanità è:</i>	Regioni con Piani di rientro	Altre Regioni	Totale
<i>Un fatto positivo</i>	46,2	63,3	57,2
perché:			
- è un fatto positivo per una sanità più vicina alle esigenze delle popolazioni locali	29,8	40,2	36,6
- responsabilizza i vari soggetti della sanità (operatori, amministratori, ecc.)	13,3	17,4	15,9
- rispecchia l'attuale situazione di differenziazione nella sanità di varie regioni	3,2	5,7	4,8
<i>Un fatto negativo</i>	36,7	27,2	30,6
perché:			
- c'è il rischio di un'accentuazione delle disparità territoriali	7,8	9,8	9,1
- c'è il rischio che su alcune regioni i costi a carico dei cittadini divengano eccessivi	13,1	9,9	11,0
- c'è il rischio che si accentuino le differenze di contribuzione alla sanità nelle varie regioni	15,8	7,4	10,4
<i>Altro</i>	0,4	0,1	0,2
<i>Non so</i>	16,7	9,4	12,0
<i>Totale</i>	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

Altro tema chiave è quello del rapporto a livello regionale tra finanziamento e spesa, ovvero la questione se e in che misura la spesa sanitaria pubblica di una regione debba essere finanziata con tassazione propria o con forme di redistribuzione a livello nazionale secondo una logica perequativa.

Il 60% degli italiani è contrario ad una sanità finanziata dalla sola tassazione locale, quota che cresce rispetto al 2009 (quando era pari al 55,1%); le ragioni della contrarietà all'“autarchia” finanziaria delle sanità regionali sono individuate nel fatto che la tutela della salute viene considerata un diritto che va garantito dallo Stato anche con la redistribuzione delle risorse (opinione condivisa da quasi il 40% degli italiani), e nel fatto che a pagare le conseguenze di una sanità inadeguata sarebbero solo i poveri delle regioni più deboli, giacché i più benestanti possono permettersi di andare altrove (tab. 14).

L'autarchia finanziaria delle Regioni in sanità trova una maggioranza di favorevoli solo nel Nord-Est, dove è superiore al 57%, con oltre il 43% che lo ritiene un modo per responsabilizzare ciascuno a spendere solo quello che può permettersi, ed un ulteriore 13,8% che ritiene che in questa fase le risorse siano poche e non vi sia spazio per la solidarietà tra di esse.

Nelle altre tre macroaree prevalgono i contrari alla autonomia regionale, con quasi il 53% nel Nord-Ovest, oltre il 65% al Centro ed oltre il 72% al Sud-isole.

Nelle Regioni in Piano di rientro, oltre il 73% degli intervistati si dichiara contrario alla autonomia della sanità regionale, mentre nelle Regioni non in Piano di rientro la maggioranza è contraria, ma con un'intensità nettamente inferiore (il 52,7%) (tab. 15).

Sulle ragioni di questa contrarietà nelle Regioni in Piano di rientro quasi il 55% dei cittadini dichiara che finirebbero per pagare solo i più poveri mentre i ricchi andrebbero a farsi curare altrove, mentre oltre il 18% ritiene la tutela della salute un diritto che lo Stato deve salvaguardare anche con la redistribuzione delle risorse.

A favore della totale autonomia finanziaria delle Regioni, fondata sulla sola tassazione locale, è solo il 26,7% degli abitanti delle Regioni con Piani di rientro, contro il 47,3% di coloro che invece vivono nelle altre Regioni.

**Tab. 14 - Opinioni sul finanziamento delle sanità regionali solo con propri tributi/tasse, per ripartizione geografica (val. %)**

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
<i>Favorevoli</i>	47,2	57,2	32,7	27,9	40,1
- così ognuno sarà responsabilizzato a spendere anche in sanità solo quello che può permettersi	39,3	43,4	29,7	21,3	32,1
- le risorse sono poche e non c'è più spazio per la solidarietà tra regioni	7,9	13,8	4,8	6,6	8,0
<i>Contrari</i>	52,8	42,8	65,5	72,1	60,0
- altrimenti pagherebbero solo i poveri delle regioni più deboli e i più ricchi andrebbero altrove	25,9	11,0	21,7	19,4	20,1
- la tutela della salute è un diritto che va garantito dallo Stato, anche con la redistribuzione territoriale delle risorse	26,9	31,8	43,8	52,7	39,9
<i>Totale</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

**Tab. 15 - Opinioni sul finanziamento delle sanità regionali solo con propri tributi/tasse: Regioni con Piani di rientro – Altre Regioni (val. %)**

	Regioni con Piani di rientro	Altre Regioni	Totale
<i>Favorevoli</i>	26,7	47,3	40,1
- così ognuno sarà responsabilizzato a spendere anche in sanità solo quello che può permettersi	19,9	38,7	32,1
- le risorse sono poche e non c'è più spazio per la solidarietà tra regioni	6,8	8,6	8,0
<i>Contrari</i>	73,3	52,7	60,0
- altrimenti pagherebbero solo i poveri delle regioni più deboli e i più ricchi andrebbero altrove	54,9	31,7	39,9
- la tutela della salute è un diritto che va garantito dallo Stato, anche con la redistribuzione territoriale delle risorse	18,4	21,0	20,1
<i>Totale</i>	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

Per completare il punto di vista dei cittadini sull'evoluzione istituzionale e operativa della sanità, vanno considerati i dati relativi ai principali aspetti negativi della sanità con cui sono entrati concretamente in rapporto.

Questione chiave e decisiva è quella, storica, della lunghezza delle liste di attesa (indicata dal 68,5%), un meccanismo di vero e proprio razionamento occulto della sanità, che da tempo opera nel nostro Paese e che tuttora è percepito come la criticità decisiva (tab. 16). Ed è noto, come abbiamo visto che proprio per ovviare a questo ostacolo i cittadini facciano ricorso al settore privato, una via di fuga sempre più praticata mano a mano che aumentano le opportunità di ricorso a prestazioni abbordabili per le tasche dei cittadini.

Il 26,4% degli italiani fa poi riferimento alla lunghezza delle code di attesa nelle varie strutture, dagli sportelli ai laboratori, agli studi medici; quasi il 16% alla mancanza di coordinamento tra strutture, servizi e personale, che costringe le persone a girare da un ufficio all'altro; e quasi il 14% circa alla eccessiva rapidità delle dimissioni ospedaliere.

Esiste in sostanza una sorta di condivisione generale sui principali problemi della sanità italiana, che taglia trasversalmente il corpo sociale e le aree territoriali: su tutto domina la lunghezza delle liste di attesa, che riassume paradigmaticamente agli occhi degli italiani le inefficienze, le diseguaglianze, gli sprechi e anche i costi crescenti a carico delle famiglie e la necessità di ricorrere al privato.

**Tab. 16 - I principali aspetti negativi delle strutture sanitarie secondo gli intervistati, per ripartizione geografica (val. %)**

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
- La lunghezza delle liste di attesa	62,5	71,8	70,1	70,6	68,5
- La lunghezza delle code nelle varie strutture (ad esempio, agli sportelli, per fare le analisi, dal medico, ecc.)	29,9	31,5	27,1	20,2	26,4
- La mancanza di coordinamento tra strutture, servizi e personale, che costringe a girare da un ufficio all'altro	17,9	12,4	20,8	13,1	15,8
- Una eccessiva rapidità nella dimissione ospedaliera	14,9	18,4	15,3	9,3	13,8
- L'inadeguata professionalità degli operatori	8,8	6,2	7,2	15,0	10,1
- L'assenza di informazioni sui soggetti/strutture alle quali rivolgersi	12,8	9,0	8,0	7,6	9,3
- L'assenza nella sua area territoriale dei servizi/strutture/prestazioni di cui ha più bisogno	3,9	5,5	4,6	16,4	8,6
- Un approccio poco umano degli operatori	4,5	7,1	5,5	10,4	7,2
- La variabilità eccessiva delle decisioni dei medici rispetto alle stesse patologie	6,6	4,0	7,4	3,2	5,1

Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011



## **7. PIÙ EFFICIENZA, MENO TAGLI LINEARI: LE IDEE DEGLI ITALIANI PER UNA SANITÀ MIGLIORE**

L'attenzione degli italiani alla tutela della salute si riflette, come abbiamo visto, in un impegno crescente di tempo, energie e risorse per individuare i percorsi più adeguati, ed anche in una particolare attenzione alla evoluzione dell'offerta sanitaria.

Dalla ricerca condotta emerge che per i cittadini il futuro della sanità è segnato da due paure principali: quella di un'accentuazione delle differenze di qualità tra le sanità regionali (35,2%) e quella dell'interferenza della politica che può danneggiare in modo irreparabile la qualità della sanità (35%) (tab. 17); seguono il timore che i problemi di disavanzo rendano indispensabili robusti tagli all'offerta (21,8%); che non si sviluppino le tipologie di strutture e servizi necessarie, come l'assistenza domiciliare territoriale (18%); e che l'invecchiamento e la diffusione delle patologie croniche producano un sovraccarico di strutture e servizi (16,3%).

Capovolgendo lo scenario, dettato dalle paure, in aspettative positive sul futuro del Servizio sanitario, per i cittadini la sanità dovrebbe emanciparsi dall'abbraccio eccessivo della politica, per rispondere adeguatamente alla duplice esigenza di garantire sia la sostenibilità finanziaria che una adeguata qualità delle prestazioni per tutti i cittadini, ovunque essi risiedano.

Anche dall'incrocio dei dati a seconda della residenza degli intervistati tra Regioni con Piano di Rientro e altre Regioni, emerge il richiamo alle differenze di qualità tra diverse sanità regionali e all'eccesso di interferenza della politica che danneggia in modo irreparabile la qualità della sanità (tab. 18); tuttavia nelle Regioni in Piano di Rientro le paure sono più marcate. Come se le dinamiche attuali, fatte di tagli e qualità che peggiora, determinassero nelle Regioni in Piano di Rientro una maggiore incertezza relativamente al futuro di tutta la sanità.

**Tab. 17 – Aspetti che gli italiani più temono per il futuro della sanità, per ripartizione geografica (val. %)**

<i>Cosa teme di più per il futuro della sanità italiana?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Italia
- Che aumentino troppo le differenze di qualità tra le sanità regionali	31,6	24,2	38,2	42,6	35,2
- Che l'interferenza della politica danneggi in modo irreparabile la qualità della sanità	29,5	41,2	36,2	35,2	35,0
- Che problemi di disavanzo rendano indispensabili robusti tagli all'offerta	23,6	35,2	18,7	14,4	21,8
- Che non si sviluppino le tipologie di strutture e servizi (ad es. assistenza domiciliare, territoriale) necessarie	16,0	11,4	15,9	24,7	18,0
- Che l'invecchiamento e la diffusione delle patologie croniche producano un intasamento delle strutture e dei servizi	19,1	14,3	23,7	11,0	16,3

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

**Tab. 18 - Aspetti che gli italiani più temono per il futuro della sanità: Regioni con Piani di Rientro  
– Altre Regioni (val. %)**

<i>Cosa teme di più per il futuro della sanità italiana?</i>	Regioni con Piani di Rientro	Altre Regioni	Totale
- Che aumentino troppo le differenze di qualità tra le sanità regionali	38,9	33,0	35,2
- Che l'interferenza della politica danneggi in modo irreparabile la qualità della sanità	35,3	34,7	35,0
- Che problemi di disavanzo rendano indispensabili robusti tagli all'offerta	16,9	24,5	21,8
- Che non si sviluppino le tipologie di strutture e servizi (ad es. assistenza domiciliare, territoriale) necessarie	22,4	15,5	18,0
- Che l'invecchiamento e la diffusione delle patologie croniche producano un intasamento delle strutture e dei servizi	10,4	19,6	16,3

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte

Interessanti sono in particolare le preoccupazioni sul futuro della sanità che emergono da una categoria di pazienti, che sono grandi utilizzatori della sanità: i malati di tumore. Oltre alle paure legate all'aggravarsi dei due problemi chiave, e cioè la lunghezza delle liste di attesa per visite diagnostiche e di controllo, e per le sedute di terapia, alta è la quota (29,5%) di coloro che temono che le difficoltà di bilancio della sanità condizionino la messa a disposizione di terapie oncologiche più mirate e con minori effetti collaterali, mentre il 25,7% fa riferimento al futuro ampliarsi delle differenze nelle cure tra territori, in particolare per quanto riguarda le cure più innovative, come ad esempio i farmaci biologici.

I tagli attesi, reali e annunciati, stanno generando cioè timori forti tra i cittadini colpiti da malattie particolarmente pesanti, soprattutto per quanto riguarda gli ostacoli alla innovazione tecnologica per effetto del taglio delle risorse, che bloccano gli investimenti di cui l'innovazione ha bisogno.

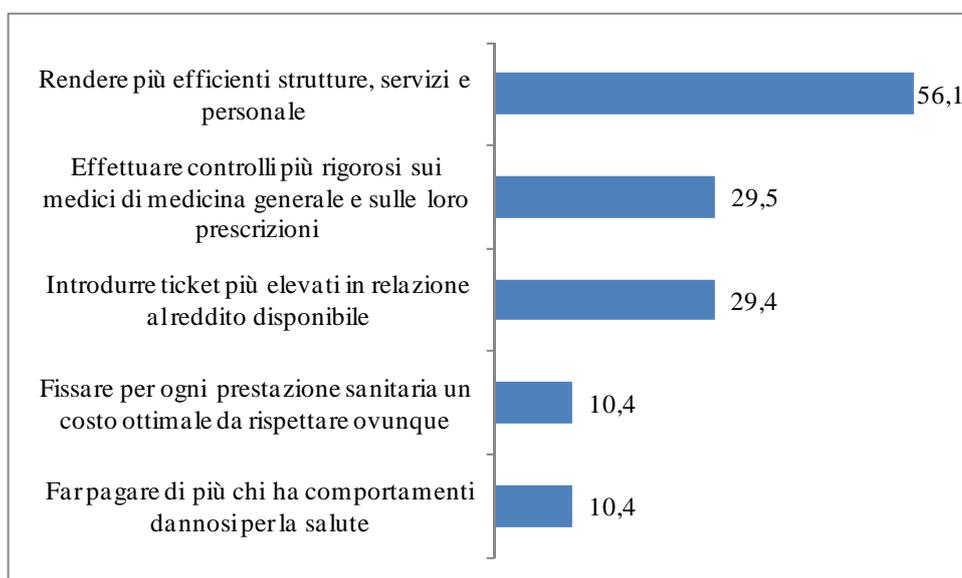
Malgrado le paure crescenti, va però sottolineato come sul tema della razionalizzazione nell'uso delle risorse emerga una consapevolezza diffusa, alla quale non sfugge l'esigenza di innalzare l'efficienza in un settore così cruciale della vita collettiva.

A questo proposito, oltre il 56% degli italiani ritiene che, per riportare l'equilibrio tra assistenza sanitaria e risorse limitate, occorra rendere più efficienti le strutture, i servizi e il personale; il 29,4% pensa alla modulazione dei ticket rispetto al reddito disponibile e il 29,5% richiama la necessità di controlli più rigorosi sull'attività prescrittiva dei medici di medicina generale (fig. 4 e tab. 19).

Prevale cioè fra i cittadini la convinzione che la domanda sanitaria non possa essere considerata una variabile indipendente e che siano necessarie forme di efficientizzazione e controllo, e tale convinzione è molto forte anche nelle Regioni più esposte in termini di deficit e meno virtuose. Infatti, nelle regioni in Piano di rientro il richiamo alla necessità di migliorare l'efficienza di strutture, servizi e personale è opinione condivisa dal 65,5%, mentre nelle regioni senza Piano dal 51% (tab. 20).

Anche nelle Regioni in Piano di Rientro è il 27,2% degli intervistati a ritenere che la compatibilità tra offerta sanitaria e risorse limitate possa essere raggiunta con la modulazione del ticket rispetto al reddito disponibile (soluzione condivisa nelle altre Regioni dal 30,5%), ed il 26,3% richiama l'introduzione di controlli sull'attività prescrittiva dei medici di medicina generale (contro il 31,2% degli abitanti delle altre regioni).

**Fig. 4 - L'Agenda delle cose da fare per una assistenza sanitaria sostenibile sul piano finanziario (val. %)**



Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

**Tab. 19 - Iniziative per rendere maggiormente compatibile l'assistenza sanitaria con la quantità limitata di risorse, per ripartizione geografica (val. %)**

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e isole	Totale
- Rendere più efficienti strutture, servizi e personale	46,9	50,5	53,7	68,0	56,1
- Effettuare controlli più rigorosi sui medici di medicina generale e sulle loro prescrizioni	30,3	29,0	32,8	27,2	29,5
- Introdurre ticket più elevati in relazione al reddito disponibile	25,8	27,6	29,2	33,2	29,4
- Fissare per ogni prestazione sanitaria un costo ottimale da rispettare ovunque	17,1	6,5	10,1	7,4	10,4
- Far pagare di più chi ha comportamenti dannosi per la salute	12,6	10,9	15,5	5,3	10,4
- Ridurre la copertura sanitaria pubblica per tutti	7,5	8,1	5,9	4,1	6,1
- Alzare i ticket su prestazioni e farmaci	2,6	2,7	1,6	2,5	2,4
- Ridurre i posti ospedalieri e aumentare quelli delle residenze sociosanitarie	1,8	3,7	2,5	0,9	2,0

Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

**Tab. 20 - Iniziative per rendere maggiormente compatibile l'assistenza sanitaria con la quantità limitata di risorse: Regioni con Piani di Rientro – Altre Regioni (val. %)**

	Regioni con Piani di Rientro	Altre Regioni	Totale
- Rendere più efficienti strutture, servizi e personale	65,5	50,9	56,1
- Effettuare controlli più rigorosi sui medici di medicina generale e sulle loro prescrizioni	26,3	31,2	29,5
- Introdurre ticket più elevati in relazione al reddito disponibile	27,2	30,5	29,4
- Fissare per ogni prestazione sanitaria un costo ottimale da rispettare ovunque	8,8	11,3	10,4
- Far pagare di più chi ha comportamenti dannosi per la salute	6,8	12,4	10,4
- Ridurre la copertura sanitaria pubblica per tutti	4,8	6,9	6,1
- Alzare i ticket su prestazioni e farmaci	2,3	2,3	2,4
- Ridurre i posti ospedalieri e aumentare quelli delle residenze sociosanitarie	0,5	2,8	2,0

Il totale non è uguale a 100 perchè erano possibili più risposte

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

La convinzione diffusa di dover procedere a forme incisive di innalzamento dell'efficienza complessiva dell'offerta sanitaria, dalle strutture ai servizi al personale, anche nelle Regioni in Piano di rientro, è un dato di grande interesse, perché evidenzia che in tali contesti i cittadini non si collocano in una logica di pura vertenzialità e di richiesta di copertura sanitaria senza vincoli; piuttosto sembra vi sia una notevole consapevolezza che occorra razionalizzare, puntando a produrre sanità migliore a parità di risorse investite.

Per cui sembra di poter dire che, contrariamente a quanto appare a prima vista, una ristrutturazione orientata al recupero dell'efficienza e all'eliminazione degli sprechi sia destinata ad avere un ampio consenso sociale se attuata con criteri di qualità ed appropriatezza, mentre sono le strategie di puro contenimento quelle che non migliorano l'efficienza del sistema e che non possono che incontrare l'ostilità crescente dei cittadini.

Anche il richiamo al ruolo potenziale dei ticket, o agli stessi controlli dell'attività prescrittiva dei medici, costituiscono altrettanti segnali di maturità e di disponibilità piena a condividere iniziative volte a riportare la spesa sotto controllo, purché intendano farlo in modo razionale, puntando a spendere meglio le risorse disponibili.

Si va in sostanza definendo una linea di demarcazione tra i processi attualmente in corso, ed in particolare tra i tagli alla spesa e alle prestazioni nelle regioni in difficoltà, con conseguente rischio di riduzione della qualità di una sanità già di per sé inadeguata, e le aspettative dei cittadini che vorrebbero una sanità più efficiente e di più alta qualità, da perseguire attraverso un uso più efficiente e razionale delle risorse investite.

Trovano consenso ridotto, invece, altre possibili iniziative, che pure tendono ad ottenere attenzione in questa fase. Ad esempio, non sembra ancora maturo nel Paese il richiamo a scelte penalizzanti per chi non pratica comportamenti virtuosi, o per chi ha comportamenti dannosi per la salute, dall'alcol, al fumo, alla sedentarietà. E' il 10,4% degli italiani a fare riferimento a questa opzione, quota che non subisce modificazioni significative per le diverse variabili socio demografiche e territoriali.

L'approccio realistico dei cittadini alla sostenibilità della sanità ottiene ulteriore conferma invece dai dati relativi al giudizio sul *ticket* per contenere il consumo di farmaci; infatti, il 48,6% degli italiani valuta il ticket come uno strumento necessario per limitare l'acquisto di farmaci, mentre è il 34,3% a definirlo come una tassa iniqua ed il 17,1% come uno strumento inutile (tab. 21).

La visione funzionalistica del ticket sui farmaci è dunque maggioritaria, a ulteriore riprova della maturità dei cittadini sui temi della spesa e della razionalizzazione. Addirittura nelle Regioni in Piano di Rientro è il 47,9% a ritenere che il ticket sia uno strumento utile ed efficace, in grado di limitare l'acquisto dei farmaci, di contro al 31,2% che afferma che si tratta di una tassa iniqua, e al 20,9% che lo considera inutile, perché non incide sui consumi dei farmaci da parte dei cittadini.

La maturità sociale che questi dati esprimono può forse sorprendere, ma andrebbe attentamente considerata, tenuto conto che l'insofferenza alle manovre ed al contenimento delle prestazioni costituisce una resistenza motivata proprio dalla scarsa attenzione all'effettivo impatto razionalizzatore e di efficientizzazione di questi interventi, a sua volta causata dalla logica dei tagli lineari, piuttosto che da quella, più incisiva e socialmente condivisibile, di una spesa migliore, più efficiente e, più appropriata.

**Tab. 21 - Valutazione del ticket sui farmaci: Regioni con Piani di rientro – Altre Regioni (val. %)**

<i>Come valuta il ticket sui farmaci?</i>	Regioni con Piani di Rientro	Altre Regioni	Totale
Uno strumento necessario per limitare l'acquisto dei farmaci	47,9	48,9	48,6
Una tassa iniqua	31,2	36,0	34,3
Uno strumento inutile, tanto non incide sul consumo dei farmaci	20,9	15,1	17,1
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2011

## 8. LA TERZA VIA DELLA MUTUALITÀ NEL FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ

Se per il futuro della sanità italiana è essenziale, come abbiamo visto, il problema delle risorse, diventa fondamentale ragionare anche sulla ridefinizione delle modalità e delle fonti di finanziamento, che alimentano la relativa spesa.

In Italia oltre il 77% della spesa sanitaria è finanziata con risorse pubbliche; dato questo che colloca il paese in posizione intermedia tra quelli con un servizio sanitario universale. Infatti, hanno quote di finanziamento pubblico più alto la Norvegia (83,6%), la Danimarca (84,1%) ed il Regno Unito (87,3%), mentre nei Paesi mediterranei come Spagna (71,2%), Portogallo (70,6%) e soprattutto Grecia (61,6%) le quote di finanziamento tramite risorse pubbliche sono più basse.

Nei Paesi che hanno sistemi ad assicurazione sociale obbligatoria, la quota della spesa pubblica è invece tendenzialmente più bassa, con il 70,4% in Canada, oltre il 76% in Austria ed il 76,9% in Germania. E va detto che persino negli Stati Uniti, dove è forte la connotazione privatistica della sanità, la quota pubblica di spesa non è lontana dal 50% del totale.

E' chiaro che l'esposizione del pubblico nel finanziamento della spesa sanitaria, alla luce delle considerazioni fatte sulla epidemiologia attesa e sui vincoli al bilancio pubblico, pone problemi di sostenibilità non indifferenti. Peraltro, viste le dinamiche sempre più intrecciate tra contenimento della spesa pubblica e ampliamento della spesa privata, è evidente che è alto il rischio che il trasferimento del carico di spesa impatti sulla condizione delle famiglie e, più in generale, sull'equità sociale.

Significativo a questo proposito è il fatto che è assolutamente poco rilevante in Italia la dimensione assicurativa, sia nella forma della mutualità che in quella delle polizze individuali: dell'*out of pocket* che, come rilevato, nel nostro Paese è molto alto, i Fondi Sanitari integrativi intermediano un quota inferiore al 14%. E proprio questa conformazione centrata quasi esclusivamente sui due assi principali, pubblico e privato, rende più elevato il rischio di uno *shift* del carico dallo stato alle famiglie, con le relative conseguenze negative per la tutela della salute. Un trasferimento di una parte del finanziamento della spesa sanitaria dal pubblico alle famiglie, che

nel lungo periodo non potrà non avere conseguenze significative anche sull'equità dell'accesso alle prestazioni; in molti casi, infatti, le difficoltà di reddito non potranno che determinare un rinvio se non addirittura una rinuncia al ricorso a certe prestazioni sanitarie.

Questa dinamica pone al centro dell'attenzione, e lo farà sempre più in futuro, il problema delle risorse aggiuntive e delle modalità di finanziamento attraverso le quali poter garantire una tutela adeguata della salute in un periodo di penuria di risorse pubbliche e di iniqua distribuzione di quelle private.

La mutualità, da tempo, è stata individuata come una fonte di risorse potenzialmente virtuosa, perché consente di ridistribuire il rischio individuale all'interno di una comunità, e di individuare comparti di integrazione all'offerta pubblica rilevanti per ampie collettività di soggetti.

Attualmente vi sono in Italia 2.500 Società di Mutuo Soccorso, situate prevalentemente nel Nord del Paese; tra esse ve ne sono alcune di grandi dimensioni che garantiscono il rimborso di una gamma vasta di prestazioni sanitarie e sociali, facendo ricorso ad un network nazionale di convenzioni con centri specialistici, laboratori di analisi e case di cura, rendendo disponibile un nomenclatore di servizi e prestazioni rilevante, a fronte di quote di partecipazione che variano dai 150 euro ai 280 euro annui.

Si stimano in circa 5,7 milioni gli italiani che aderiscono alle mutue sanitarie, e si tratta di un numero sicuramente in crescita a seguito del sempre più frequente ricorso alle forme di mutualità come componenti della contrattazione collettiva; tuttavia, il settore è chiaramente sottodimensionato rispetto alle sue effettive potenzialità ed al ruolo che potrebbe esercitare nel finanziamento della sanità.

Esiste tra l'altro oggi tra gli italiani una conoscenza ridotta delle mutue sanitarie integrative e della opportunità che esse rappresentano; e, malgrado questa ridotta conoscenza del settore, si stimano in circa 3 milioni al momento attuale gli italiani che, già oggi, si dichiarano disponibili a sottoscrivere una mutua sanitaria integrativa.

E' pertanto essenziale, nel nuovo contesto, promuovere sempre più la mutualità come uno dei canali in grado di mobilitare risorse aggiuntive, consentendo di garantire la tutela dai rischi della salute senza generare costi che le famiglie sono sempre meno in grado di sostenere da sole.