



CENSIS

**QUINTA ANNUALITÀ DEL PROGETTO
CENSIS-RBM ASSICURAZIONE SALUTE
SUL RUOLO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA
NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

**DALLA FOTOGRAFIA
DELL'EVOLUZIONE DELLA
SANITÀ ITALIANA ALLE
SOLUZIONI IN CAMPO**

SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI

Roma, 8 giugno 2016

INDICE

1. I <i>macrotrend</i> emersi: verso una nuova geografia della sanità italiana	1
2. I principali risultati	3
2.1. Erosione della qualità nel pubblico, crescita della sanità a pagamento	3
2.2. L'appropriatezza e il ruolo dei medici	5
2.3. La sanità integrativa	5

1. I MACROTREND EMERSI: VERSO UNA NUOVA GEOGRAFIA DELLA SANITA ITALIANA

I risultati del Quinto Rapporto confermano una serie di trend enucleati nelle precedenti annualità e relativi ai comportamenti degli italiani nel rapporto con la sanità. A questo proposito:

- ben definisce il contesto della relazione tra sanità pubblica e sanità a pagamento la Corte dei Conti evidenziando che il settore sanitario, sottoposto ad un'intensa attività di monitoraggio e responsabilizzazione rispetto alla spesa, ha dato negli ultimi anni un contributo importante al risanamento finanziario pubblico. Però questo contributo si va riflettendo sulla qualità e sull'efficacia dell'assistenza sanitaria che sta progressivamente diventando inadeguata sul piano delle strutture, dei dispositivi e dei farmaci ad elevato contenuto tecnologico. In sostanza, la Corte dei Conti certifica autorevolmente l'interpretazione di questo Rapporto sull'evoluzione della sanità italiana segnata dall'erosione della qualità e dell'accessibilità del Servizio sanitario pubblico a seguito della scure finanziaria sui bilanci pubblici.
- Decolla la sanità a pagamento con un incremento del peso del ticket e della spesa per l'acquisto delle prestazioni a tariffa intera. Chi può e ha bisogno ricorre massicciamente al privato che, a sua volta, da un lato diventa più competitivo e si avvantaggia della crescita della compartecipazione al costo delle prestazioni pubbliche che rende un ricordo la sanità gratuita e dall'altro è in grado di mettere in campo una serie di *premium* (rapidità di accesso, orari di apertura, scelta del medico e/o operatore sanitario ecc.) che incontrano le preferenze dei cittadini.
- In estrema sintesi la lunghezza delle liste di attesa nel pubblico raziona l'accesso ai servizi sanitari pubblici e genera un flusso intenso verso il privato e, in misura minore, verso l'intramoenia. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie diventa un gesto quotidiano, ordinario, così come si amplia la fascia di cittadini che non avendo disponibilità economica adeguata di fatto rinuncia o rinvia prestazioni. *Sanità a pagamento* e *sanità negata* sono due facce della stessa crisi sanitaria del nostro Paese alle prese con una domanda crescente di sanità da cittadini che invecchiano e sono sempre più affetti da cronicità.

- In questo quadro, cresce la legittimazione sociale della sanità integrativa, sempre meno vista come strumento per l'erosione del pubblico, e sempre più letta come opportunità utile per rispondere efficacemente alle esigenze sanitarie dei cittadini garantendo una più ampia copertura per tutti. In particolare, colpisce come gli aderenti ai Fondi esplicitino come ragione primaria di adesione alla sanità integrativa il fatto che così sono riusciti a contenere la spesa per sanità di tasca propria che altrimenti avrebbe raggiunto livelli intollerabili. Investire mensilmente una quota del proprio reddito risparmiato per comprarsi tutela sanitaria diventa quindi non il patologico drenaggio di risorse proprie aggiuntive per la sanità, ma un modo per utilizzare meglio risorse che già oggi sono usate per acquistare sanità nei mercati privati. Del resto i dati indicano che la spesa sanitaria privata dei cittadini cresce intensamente, mentre gli altri consumi arrancano.
- In definitiva i comportamenti degli italiani stanno spontaneamente e dal basso disegnando una nuova geografia della sanità italiana, in cui crescono pericolosamente le nuove disuguaglianze, ma si vanno anche delineando potenziali soluzioni per garantire un Servizio sanitario inclusivo, senza dover contare in via esclusiva su bilanci pubblici dilatati, ormai impraticabili vista la resistenza fiscale degli stessi cittadini. E' ormai matura l'articolazione delle fonti di finanziamento della sanità, e gli italiani sentono che con quel che oggi già spendono per la sanità nel privato, potrebbero in realtà ottenere una copertura sanitaria molto più ampia grazie ai meccanismi della mutualità.
- Ultimo trend evidente è la paura degli italiani per la scure che si va abbattendo sui bilanci pubblici per la sanità. E pur verificando direttamente che esistono sprechi e inappropriatezze, tuttavia non vogliono assolutamente che i medici siano messi sotto tutela o chiamati ad una responsabilità diretta, personale per eventuali prescrizioni inappropriate. Il medico beneficia della fiducia degli italiani e, in ogni caso, la sua autonomia è oggi un baluardo contro le logiche economiciste che hanno sicuramente contribuito a migliorare i conti pubblici, ma hanno ridotto in modo significativo la qualità della nostra sanità.

2. I PRINCIPALI RISULTATI

2.1. Erosione della qualità nel pubblico, crescita della sanità a pagamento

Il quadro che emerge dall'analisi annuale del Censis mette in luce alcune tendenze di lunga data che stanno accelerando e che connotano il rapporto degli italiani con la sanità:

- continua l'erosione della qualità del Servizio sanitario nella sua componente pubblica e convenzionata. La maggioranza degli italiani in modo trasversale a territori e gruppi sociali è convinta che il Servizio sanitario della propria regione sia peggiorato negli ultimi due anni (è il 45,1% degli italiani a pensarlo, +2,4% rispetto al 2015). E nelle regioni meridionali questo peggioramento riguarda strutture e servizi che erano già considerati inadeguati rispetto ai fabbisogni sanitari locali.
- Cresce ruolo e peso relativo della sanità a pagamento per i cittadini, in particolare la componente privata. Infatti sono 10,2 milioni gli italiani che dichiarano che negli ultimi anni hanno fatto maggiore ricorso al privato. Ed è un dato tanto più rilevante, tenuto conto che sono anni di ridefinizione profonda dei bilanci familiari, con decurtazione delle spese.
- La crescita del ricorso al privato è ascrivibile ad una ragione fondamentale che prevale su tutto il resto: la lunghezza delle liste di attesa (72,6%). E' questa la ragione che più di ogni altra spiega perché i cittadini si rivolgono ad una struttura privata, seguono poi anche ragioni di comodità legate agli orari lunghi o all'apertura nel weekend o alla contrazione della matrice di prestazioni offerte nel servizio sanitario pubblico.
- Sempre le liste di attesa spiegano il ricorso all'intramoenia da parte di 7 milioni di italiani in un anno. Se la ragione fondamentale è la lunghezza delle liste di attesa e quindi la volontà di accedere più velocemente alle prestazioni, tuttavia colpisce la quota di cittadini che esplicitamente dichiara che è stato il medico a consigliare il ricorso alla sanità a pagamento dentro le strutture pubbliche (22,9%).
- Il dato rilevante è che cresce ulteriormente il numero di italiani che ha dovuto rinunciare o rinviare prestazioni sanitarie in un anno: erano 9 milioni nel 2012 sono diventati oltre 11 milioni nel 2016 (+2 milioni).

Meno sanità pubblica, più sanità privata e anche meno sanità e quindi anche meno salute per chi ha difficoltà economiche o comunque non riesce a pagare di tasca propria le prestazioni nel privato o in intramoenia. E' l'universo della sanità negata che non accenna a prosciugarsi e anzi tende a dilatarsi, di fronte ad una nuova geografia della sanità fatta anche di alte barriere e nuovi confini nell'accesso al pubblico e obbligo di fatto di comprare prestazioni sanitarie. Ampia è ormai l'area sociale che semplicemente non riesce a finanziarsi le prestazioni di cui avrebbe bisogno.

- Boom della spesa sanitaria privata che nel 2015 sale a 34,5 miliardi di euro con un aumento reale di +3,2% rispetto al 2013, praticamente il doppio della spesa totale per consumi. L'incremento di spesa sanitaria privata è tanto più impressionante se si considera la dinamica deflattiva che, nel caso di alcuni prodotti e servizi sanitari è rilevante. Del resto pensando ai consumi sanitari e non alla spesa il 37,0% degli italiani dichiara che sono aumentati negli ultimi anni, il 56,7% che sono rimasti inalterati e solo il 6,3% che sono diminuiti. *Più sanità soprattutto per chi può pagarsela.*
- Si è generalizzata tra gli italiani l'esperienza di ticket sanitari per singola prestazione di poco superiori o uguali alla tariffa intera praticata nelle strutture private (45,4%, +5,6% rispetto al 2013). D'altro canto, non è alta la quota dei cittadini che dichiara di avere percepito la contrazione dei prezzi praticati nelle strutture private. In buona sostanza, i cittadini riscontrano più l'incremento del valore dei ticket che la tendenza alla riduzione delle tariffe nel privato. Il trade-off pubblico-privato è cambiato perché le esigenze di bilancio hanno spostato sulle famiglie una parte significativa del costo delle prestazioni sanitarie erogate dal pubblico.
- In estrema sintesi si può dire che vince l'incubo delle liste di attesa troppo lunghe che sono il perno esplicativo dei comportamenti sanitari degli italiani di questi anni, che obbligano i cittadini ad usare il privato e l'intramoenia come porta di accesso accelerato alla cura. Per avere prestazioni nel pubblico devi aspettare a lungo, e quando hai accesso comunque devi affrontare costi che non sono sempre lontanissimi da quelli con i quali accedi al privato: ecco il nuovo frame in cui si collocano le scelte sanitarie degli italiani.

2.2. L'appropriatezza e il ruolo dei medici

- I cittadini hanno molto chiaro che in sanità esiste un problema di sprechi e inappropriatezza: sono infatti 5,4 milioni gli italiani che in un anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia il 51,3% degli italiani è contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni che si rivelano inutili: di questi il 15,1% perché si ridurrebbe la copertura dei cittadini ed il 36,2% perché il medico deve decidere da solo. Il 48,7% è favorevole, di cui il 21,2% solo se la legge indica precisamente quando prescrivere ed il 27,5% perché pensano che i medici fanno troppe prescrizioni e con troppa facilità.
- Sebbene il famoso decreto appropriatezza sia rimasto una tigre di carta, ha però rimesso volta all'attenzione generale, dai decisori ai cittadini, il ruolo dei medici rispetto ai consumi sanitari. Netta però la contrarietà degli italiani ad una legge che determina le condizioni che rendono una prestazione necessaria e quindi possibile pagarla solo con il ticket e non per intero: il 64,0% è contrario, di questi il 50,7% perché solo il medico può decidere se la prestazione è realmente necessaria, ed il 13,3% perché le leggi sono animate solo dalla logica dei tagli.
- I favorevoli sono invece il 36,0% di cui il 21,9% perché è possibile definire quando una prestazione è realmente necessaria e il 14,1% perché lasciando al singolo medico ci sono troppe differenze.
- Il tema appropriatezza, quindi, non è indifferente agli italiani e tuttavia temono che sia uno strumento per accelerare i tagli alla sanità, e per trasferire sui cittadini il costo delle prestazioni. Prevale la sfiducia nelle reali finalità dell'operazione appropriatezza e, quindi, è forte la tentazione a ricercare nel medico il vero baluardo dall'economicizzazione della sanità e da tagli di spesa in sanità.

2.3. La sanità integrativa

- Il 23,1% degli italiani intervistati nel corso della propria vita si è visto proporre l'acquisto di una polizza sanitaria integrativa oppure l'adesione ad un Fondo sanitario integrativo; di questi ad aderire sono stati l'8,8% laddove il 14,3% ha rifiutato.



- Il 30,7% ha accettato perché dichiarava di spendere troppo di tasca propria per la sanità e così risparmia, il 25,0% perché comunque era una tutela estendibile a tutto il nucleo familiare, il 13,6% per poter accedere più velocemente alle prestazioni.
- Le ragioni del rifiuto sono state soprattutto l'alto costo della polizza per il 49,7% e per il 28,7% il non essere convinto della loro utilità, il 21,0% perché non si fida di assicurazioni private, fondi sanitari integrativi, ecc.
- Ideologicamente la sanità integrativa è largamente sdoganata tra gli italiani visto che ben il 57,1% è d'accordo che chi può permettersi di acquistare una polizza o lavora in un settore in cui esiste il fondo integrativo contrattuale è giusto e utile che la stipuli o aderisca, perché potranno ricorrere a strutture private disintasando il pubblico e perché così la sanità nel suo insieme avrà più risorse.
- Quasi il 43,0% di contrari invece teme sanità a più velocità e il 13,7% teme il vantaggio della doppia copertura per alcuni.
- Sono 26,5 milioni gli italiani che esprimono una propensione all'acquisto di una polizza sanitaria integrativa o all'adesione ad un fondo sanitario integrativo. Qualora utilizzassero risorse annuali pari alla spesa sanitaria privata procapite potrebbero mettere in moto risorse pari a 15 miliardi di euro l'anno. E' chiaro che tramite il meccanismo della mutualità tali risorse potrebbero acquistare quantità più elevate di prestazioni rispetto a quanto fanno oggi sui mercati molecolari privati.
- Riguardo alla propensione all'innovazione nei rapporti con la sanità integrativa riscontrata tra i cittadini, il 22,6% acquisterebbe una polizza se per le risorse che già spende per la sanità fosse data possibilità di scegliere se versarli al Ssn o destinarli alla sanità integrativa, di contro al 77,4% che invece preferirebbe lasciarli al Ssn.
- Il 46,9% dei cittadini è d'accordo con l'adozione dell'*opting out* nel nostro Paese, ovvero la previsione dell'uscita di alcuni gruppi sociali dalla copertura pubblica e l'acquisto di una polizza sostitutiva (e non integrativa come quelle attualmente in uso in Italia). Tra questi il 27,2% ritiene che però debba essere una scelta volontaria del cittadino, mentre il 19,7% pensa che debba essere un obbligo.
- In termini di trend sta crescendo l'attenzione e la legittimazione della sanità integrativa, vista come efficace meccanismo di mutualizzazione di un rischio che oggi è individualizzato, cioè è in capo alle singole famiglie che di fronte all'insorgere di un bisogno sanitario sono chiamate a metter

mano al proprio portafoglio e ad acquistare direttamente ciò di cui hanno bisogno soprattutto se lo vogliono avere tempestivamente. Non è una forzatura rilevare che si stanno creando le condizioni economiche, sociali e di percezione collettiva funzionali ad una nuova fase di sviluppo di ruolo della sanità integrativa. Il tema è sul piatto, e ovviamente è importante l'approccio dei decisori ai vari livelli nel comprendere la funzione specifica che la sanità integrativa può esercitare in un sistema che ambisce a preservare la sua capacità inclusiva e di assicurazione sociale diffusa.

