

RAPPORTO 2017 OSSERVASALUTE

Il fallimento del federalismo sanitario

L'Italia è mediamente in buona salute, ma tra Nord e Sud troppe differenze

Il quadro nazionale della performance in sanità

Un'analisi su più parametri ha permesso di delineare il quadro della performance dei Ssr e della dinamica osservabile nel periodo in studio, dal 2008 al 2015. La proiezione delle Regioni sul piano delinea **quattro gruppi di regioni:**

Bassa performance

Campania, Sardegna, Sicilia in miglioramento, Calabria e Puglia quelle a **media performance**: Basilicata in miglioramento, Molise in peggioramento, Abruzzo e Lazio

Buona performance e alta spesa

Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Piemonte e Liguria in peggioramento

Alta performance

Umbria in peggioramento, Marche, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Veneto e Friuli Venezia Giulia

“È evidente il fallimento del Servizio sanitario nazionale, anche nella sua ultima versione federalista, nel ridurre le differenze di spesa e della performance tra le regioni. Rimane aperto e sempre più urgente il dibattito sul ‘segno’ di tali differenze. Si tratta di differenze inique perché non ‘naturali’, ma frutto di scelte politiche e gestionali”. Così **Walter Ricciardi**, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e direttore dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane e Ordinario di Igiene all'Università Cattolica, commenta i risultati del rapporto 2017 Osservasalute. E aggiunge: “È **auspicabile che si intervenga al più presto** partendo da un riequilibrio del riparto del Fondo sanitario nazionale, non basato sui bisogni teorici desumibili solo dalla struttura demografica delle Regioni, ma sui reali bisogni di salute, così come è urgente un recupero di qualità gestionale e operativa del sistema, troppo deficitarie nelle regioni del Mezzogiorno”.

Il Rapporto è frutto del lavoro di 197 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali. **L'allarme di Ricciardi nasce dai dati. Il tollerato: il profondo divario fra Nord e Meridione sia nelle dimensioni della performance indagate che nella qualità della spesa pubblica e, nello specifico, di quella sanitaria.** La progressiva attenzione al rientro dagli eccessi di spesa e alla copertura dei disavanzi pregressi, peraltro, non è stata accompagnata da una analoga attenzione al superamento delle disegualianze in termini di assistenza garantita. Le fonti pubbliche coprono circa il 95% della spesa ospedaliera, ma solo circa il 60% della spesa per prestazioni ambulatoriali e circa il 65% delle spese di assistenza di lungo termine (Long Term Care-LTC) nelle strutture residenziali. Sono dedicate a prestazioni ambulatoriali e LTC i circa 35 miliardi di euro di spesa sanitaria privata, corrispondente a circa il 23% della spesa sanitaria complessiva, di cui solo una piccola parte è mediata dai fondi assicurativi, mentre la gran parte è a carico diretto delle famiglie.

SPESA PRIVATA

Nel decennio 2005-2015 si è osservato un netto incremento della spesa privata (+23,2%, da 477,3 euro pro capite a 588,1), soprattutto nelle regioni del Nord. Tali regioni si contraddistinguono per alti livelli di spesa pubblica pro capite, buoni livelli di erogazione dei Lea e quote basse di persone che rinunciano alle cure. “Tale evidenza può essere interpretata – sottolinea **Alessandro Solipaca**, Direttore Scientifico dell'Osservatorio – come il risultato di scelte individuali di cittadini che, avendo la possibilità economica, preferiscono rivolgersi al settore privato, ottenendo un servizio più tempestivo o di migliore qualità. D'altra parte non va dimenticato che spesso la compartecipazione alla spesa richiesta dal settore pubblico e confrontabile con la tariffa del privato”.

A guidare la classifica delle regioni con la spesa privata pro capite più alta c'è la Lombardia (608 euro), Calabria (274 euro), Campania (263 euro) e Sicilia (245 euro) chiudono questa graduatoria, che appare invariata in tutto il periodo di osservazione. Ma se nel Meridione i consumi out of pocket delle fami-



glie sono bassi, **la quota di persone che dichiara di non aver soldi per pagarsi le cure è elevata.** Si tratta di una persona su cinque, quattro volte la percentuale osservata nelle regioni settentrionali.

GLI ESITI DI SALUTE

In particolare la mortalità prevenibile attraverso adeguati interventi di Sanità Pubblica, sono più elevati nelle regioni meridionali. La **Campania, e in particolare la Calabria,** sono le Regioni che nel quadro complessivo delineato dagli indicatori selezionati **mostrano il profilo peggiore.**

IL QUADRO NAZIONALE DELLA PERFORMANCE IN SANITÀ

Rileva situazioni di **buona copertura dei sistemi sanitari nelle Regioni del Centro-Nord,** mentre **per il Meridione appare urgente un forte intervento** in grado di evitare discriminazioni sul piano dell'accesso alle cure e dell'efficienza del sistema.

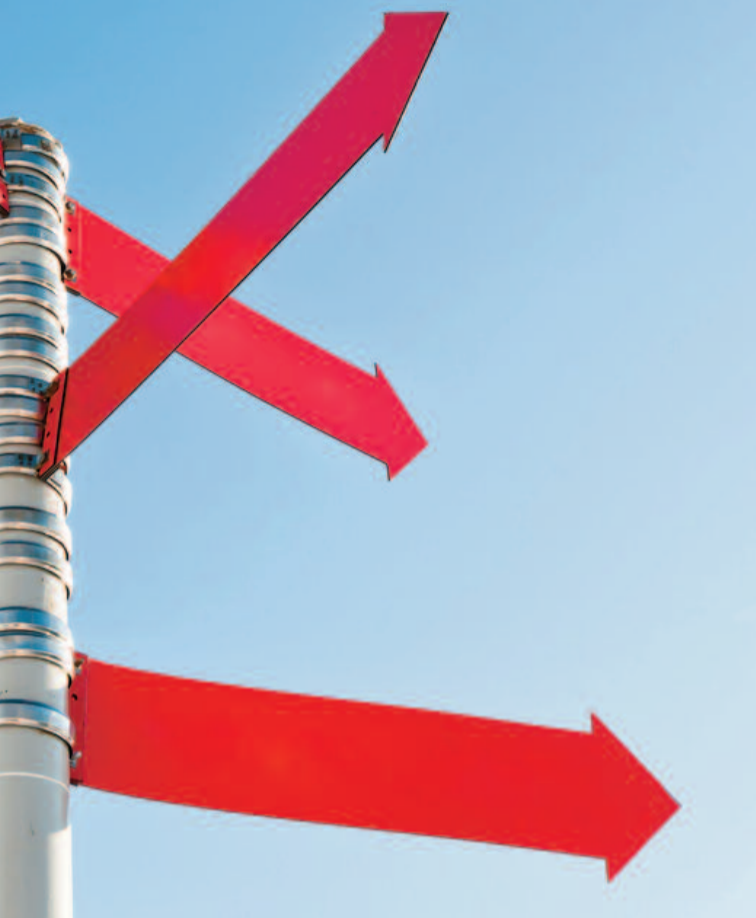
SPORT, FUMO E ALCOL

Gli italiani, inoltre, cominciano timidamente a occuparsi in maniera più proattiva della propria salute, tendono a fare più sport ma scontano ancora tanti problemi, in primis quelli con la bilancia: è aumentata la percentuale delle persone in sovrappeso - 33,9% contro 36,2% - ma soprattutto **è aumentata la quota degli obesi** - 8,5% contro 10,4%. Quanto al vizio del **fumo, dal 2014 resta in Italia praticamente stabile** (al 2016 si stima fumi il 19,8% della popolazione over-14 anni) mentre sul fronte dei **consumi di alcolici** si assiste a una lenta, ma inarrestabile **diminuzione dei non consumatori,** che sono pari al 34,4% (nel 2014 era il 35,6%, nel 2015 34,8%) degli individui di età superiore a 11 anni.

TUMORI E SCREENING

L'efficacia delle cure e della prevenzione delle neoplasie è migliorata. In particolare per la prevenzione, ottimi risultati, secondo il rapporto, sono conseguiti alla diminuzione dei fumatori tra gli uomini e all'aumento della copertura degli screening preventivi (per esempio il pap test periodico e la mammografia) tra le donne. Lo dimostra la diminuzione dei nuovi casi di tumori al polmone tra i maschi (diminuiti del 2,7% l'anno dal 2005 al 2015) e della cervice uterina tra le donne (-4,1% annuo). È aumentata di 5,7 punti percentuali anche la sopravvivenza a 5 anni per il tumore al polmone e 2,4 punti per il carcinoma del collo dell'utero.

Al contrario, risultati negativi si riscontrano per il tumore polmonare tra le donne, tra le quali i nuovi casi sono in sensibile aumento (+1,6% tra il 2005 e il 2015). **Per quanto riguarda i tumori soggetti a programmi di screening organizza-**



to, gli effetti dell'introduzione di misure efficaci di prevenzione secondaria sono visibili nelle aree del Paese dove si è iniziato prima e dove la copertura è ottimale. Una documentata minor copertura di popolazione e una ritardata implementazione degli screening organizzati sono fattori da considerare per spiegare le diverse performance osservate nel Paese.

INVECCHIAMO MALE

Sul fronte della salute gli italiani sono sempre più anziani e tra questi (in particolare tra gli over 75) aumentano quelli con limitazioni fisiche, che non sono in grado di svolgere da soli attività quotidiane semplici come telefonare o preparare i pasti (+4,6% tra 2015 e 2016 negli over-75 che riferiscono qualche limitazione nelle attività).

Analizzando il fenomeno delle limitazioni nelle classi di età, tali prevalenze si attestano al 13% nella classe di età 65-74 anni, al 38% per gli anziani tra i 75-84 anni e al 69,8% tra gli ultra ottantacinquenni.

CONFRONTANDO L'ITALIA CON L'EUROPA

Il nostro Paese ne esce con un quadro rassicurante: l'Italia è tra i Paesi più longevi d'Europa e del mondo – secondo gli ultimi dati disponibili, **nel 2015 si colloca al secondo posto dopo la Svezia per la più elevata speranza di vita alla nascita** per gli uomini (80,3 anni) e al terzo posto dopo Francia e Spagna per le donne (84,9 anni), a fronte di una media dei Paesi dell'Unione Europea (UE) di 77,9 anni per gli uomini e di 83,3 anni per le donne. Anche rispetto agli anni di vita attesa all'età di 65 anni gli uomini e le donne italiane vivono in media un anno in più del valore medio europeo (rispettivamente, 18,9 anni vs 17,9 e 22,2 anni vs 21,2 anni). **Tuttavia se si esamina la speranza di vita senza limitazioni, dovuta a problemi di salute, la situazione cambia:** ad eccezione della Svezia, gli altri Paesi ai primi posti della graduatoria per speranza di vita alla nascita degli uomini, come Spagna e Italia, scendono, rispettivamente, al 7° e 11° posto; per le donne, Francia e Spagna scendono al 6° e 8° posto, mentre **l'Italia va nella 15ª posizione, quindi anche al di sotto della media dell'Ue.**

E ancora, va rilevata la maggiore prevalenza di artrosi, che caratterizza gli anziani italiani rispetto a quelli degli altri Paesi europei (46,6% delle persone che riferiscono una condizione di artrosi, uno dei più alti valori in Europa subito sotto Portogallo e Ungheria, rispettivamente 47,2% e 52,0%, contro i valori più bassi della Gran Bretagna, 6,1% e dell'Estonia, 8,2%), e il loro basso livello di attività fisica.

TROPPI ANTIBIOTICI

Quanto alle buone pratiche sanitarie va rilevato come in Italia si consumino ancora più antibiotici rispetto al resto

d'Europa: è tra i Paesi con il consumo più alto di antibiotici, 60 posto nella graduatoria.

Sul fronte della sostenibilità del servizio sanitario, il decennio appena trascorso ha confermato una situazione da tempo nota e tollerata: il profondo divario fra Nord e Meridione sia nelle dimensioni della performance indagate che nella qualità della spesa pubblica e, nello specifico, di quella sanitaria; poi che la spesa out of pocket (sostenuta privatamente dai cittadini) è aumentata in maniera disuguale nel Paese (in particolare è cresciuta dell'8,3% nel periodo 2012-2016). L'aumento è stato elevato nelle regioni del Nord, nel Centro i valori di tale spesa sono stati costanti, mentre sono diminuiti nelle regioni meridionali. **E resta come grande problema quello dell'aumento dell'età legata però alle cronicità e alla non autosufficienza.** Un problema che riguarderà sempre più anziani: le proiezioni per il 2028 indicano, infatti, che **tra 10 anni le persone anziane non autonome saranno 6,3 milioni persone.**

Per di più poi a livello nazionale **il numero di medici e odontoiatri del Ssn si è ridotto in modo costante tra il 2012 e il 2015**, passando da 109.151 unità nel 2012 a 105.526 unità nel 2015 (-3,3%). Lo stesso trend si riscontra, seppur in maniera più accentuata, se si rapporta il numero di medici e odontoiatri del Ssn alla popolazione; infatti, in questo caso la riduzione del numero di unità è del 5,4%. **Anche per quanto riguarda gli infermieri c'è una riduzione costante**, meno marcata (-2,1%), del numero di unità, che passano da 271.939 nel 2012 a 266.330 nel 2015. E tutto questo lascia scoperta ancora di più l'assistenza.



Progresso parziale per alcune patologie tumorali prevenibili

È il caso dei tumori del colon-retto maschile e della mammella femminile, per i quali la mortalità si riduce, ma persiste un lieve aumento dell'incidenza.

Tra gli uomini l'incidenza del tumore colon-rettale, pur avendo subito un rallentamento della crescita, è stimata ancora in leggero ma significativo aumento (+0,5%; tasso standardizzato da 66,9 a 70,4 per 100.000).

Per il tumore della mammella la sopravvivenza a 5 anni è elevata e stimata ancora in aumento (+4,2%, da 86,9% a 91,1%). L'incidenza in leggero aumento in Italia (+1,0%: da 107,2 a 118,4 per 100.000). Un effetto analogo si osserva per la mortalità che, nell'insieme, diminuisce del 2,8% l'anno (da 22,5 a 17,0 per 100.000).

Il quadro nazionale non è, però, omogeneo sul territorio ed è la risultante di andamenti contrapposti, di reale progresso al Centro-Nord (dove l'incidenza si riduce o si stabilizza) e più sfavorevoli al Sud e nelle Isole.



Il numero di medici e odontoiatri del Ssn si è ridotto in modo costante tra il 2012 e il 2015

Mobilità sanitaria 2018. Un "business" pubblico da 4,6 miliardi

Ma a guadagnarci sono solo sette Regioni e al Sud l'unica in attivo è il Molise

Quattordici Regioni debentrici. Solo sette creditrici oltre al Bambino Gesù e all'Associazione dei cavalieri italiani del Sovrano militare Ordine di Malta (Acismom). In tutto un giro di oltre 4,6 miliardi legati alla mobilità sanitaria interregionale.

Leggendo la tabella complessiva della mobilità, **chi deve di più è la Calabria** che raggiunge un saldo negativo di oltre 319 milioni, seguita dalla Campania con più di 302 milioni e dal Lazio con oltre 289 milioni. **Chi guadagna di più è la Lombardia** che deve incassare oltre 808,6 milioni. **Al secondo posto c'è l'Emilia Romagna** con quasi 358 milioni e **terza è il Veneto** con 161,5 milioni circa da avere.

Bilanci positivi ovviamente per Bambino Gesù e Ordine di Malta e qualche aiuto che sul totale arriva dalle rateizzazioni previste per gli anni precedenti.

Queste somme saranno quelle che comporranno la colonna della mobilità sanitaria nel riparto 2018, concordato dai governatori per 110,132 miliardi circa a febbraio, ma che deve ancora essere formalizzato in Conferenza Stato-Regioni.

L'accordo sulla mobilità è stato per il momento accantonato su richiesta dell'assessore al Bilancio della Lombardia Garavaglia che, pur condividendo da un punto di vista tecnico le tabelle relative alle matrici di mobilità in sintonia con tutta la Commissione Salute, ha chiesto di sospendere la loro approvazione fino alla risoluzione della questione della compensazione interregionale della mobilità in materia di tassa automobilisti-

Segue