

Convegno

**CRESCERE IN SALUTE IN ITALIA E IN EUROPA:
LE PRIORITÀ DEL SEMESTRE DI PRESIDENZA ITALIANA DELL'UE**

Questioni chiave

**I-GROUP 1- SOSTENIBILITÀ E INTEGRAZIONE EUROPEA
DEI SERVIZI SANITARI NAZIONALI**

DEI

Piazza dei Santi Apostoli 66, 00187- Rome
Ph. +39 06 4740746-Fax +39 064746549
info@i-com.it - www.i-com.it

1. I dati di base

L'analisi della serie storica 2006-2011 effettuata da I-Com sui dati OECD congiuntamente a quella del dataset Health for All (World Health Organization) ha consentito di cogliere i trend evolutivi dei principali sistemi sanitari europei, restituendo – al di là delle differenze tra i singoli Paesi e modelli – una evidenza comune all'area Ue-15. Tale evidenza mostra che la dinamica della spesa sanitaria e farmaceutica rende sempre più complesso il reperimento di risorse sufficienti alla sostenibilità del sistema di welfare europeo, così come lo abbiamo conosciuto nel secolo scorso. In generale dal Dopoguerra ad oggi la quota di spesa pubblica destinata alla sanità è aumentata. I dati OECD indicano che in questo arco di tempo si è verificato un contestuale miglioramento nei valori dei principali indicatori demografici (vita attesa alla nascita e a 65 anni, tassi di mortalità infantile), che ha determinato un complessivo allungamento della vita (più risorse, prestazioni e ampliamento del *coverage*). Nella Ue-15 tra il 1960 e il 2011 la vita attesa alla nascita è cresciuta di 11,1 anni sia per le donne che per gli uomini, in particolare circa il 50% di tale incremento si è verificato tra il 1990 e il 2011. Nello stesso arco di tempo la vita attesa a 65 anni è aumentata di 6,7 anni per le donne e di 5,4 per gli uomini. L'aumento della quota di spesa pubblica destinata alla sanità nel periodo considerato è un fatto comune a tutta l'area e non conosce un rallentamento, muovendosi a velocità più o meno simile per i vari Paesi.

I dati HfA consentono tuttavia di focalizzare con maggior dettaglio l'area Ue per il periodo 1995-2011, evidenziando che le notevoli differenze nelle quote di spesa pubblica devolute alla Sanità dai singoli Paesi sono rimaste più o meno invariate all'interno di un trend complessivamente crescente: la media Ue-15 nel 1995 era del 12% circa, percentuale salita nel 2011 ad oltre il 15%. In questo trend crescente spiccano tuttavia in controtendenza Grecia, Irlanda e Portogallo, a causa degli interventi di riaggiustamento della finanza pubblica motivati dalla recente crisi economico-finanziaria. Per l'Italia si nota che nel 1995 il distacco dalla media Ue-15 è di quasi 2 punti percentuali, per effetto del percorso di riassetto dei parametri di finanza pubblica richiesto per l'ingresso nella moneta unica. Nel 2011 questo divario rispetto alla media si riduce allo 0,5%.

Per quanto invece riguarda la componente privata della spesa sanitaria l'analisi I-Com dei dati OECD evidenzia che la media di spesa dell'area Ue-15 diviene significativa a partire dalla fine degli anni '60, a causa del raggiungimento di una percentuale di *coverage* più massiccia mentre i dati HfA consentono di circoscrivere con maggior dettaglio le differenze già rilevate dall'OECD in termini di contributo dei cittadini (*out of pocket*) in alcuni Paesi rispetto ad altri, confermando il forte sbilanciamento verso questa componente della spesa privata di molti Stati partner. In particolare l'Italia mostra il livello di incidenza più alto (90%) insieme a Danimarca, Spagna e Grecia. Il dato italiano – costantemente superiore alla media negli anni 1995-2011 – mostra un forte distacco da quello di Francia (+ 60% circa), Germania (+40% circa), e Regno Unito (quasi 40%).

Per quanto riguarda la quota di spesa sanitaria complessiva destinata alla farmaceutica (pubblica e privata) i dati analizzati per il periodo 1983-2011 restituiscono un quadro in cui la variabilità di spesa tra Stati Partner sembra restringersi, soprattutto analizzando separatamente gruppi di Paesi tra loro più omogenei per dimensioni geografiche, popolarità, Pil, ad esempio il gruppo dei Big Ue (Francia, Germania, Spagna, Regno Unito, Italia) rispetto agli altri. Il medesimo trend si conferma anche in termini di spesa farmaceutica pro-capite (US\$ PPP), con l'eccezione del Regno Unito. Sia per quanto riguarda la quota di spesa sanitaria complessiva che per quanto riguarda i valori assoluti pro-capite si rileva globalmente questa tendenza a una certa variabilità che tuttavia diminuisce sia confrontando aree simili, sia prescindendo dagli effetti della crisi sulla spesa pubblica dopo il 2008.

In questo senso si è verificata una graduale convergenza verso gli altri Big Ue dell'Italia, che a fine anni '80 si poneva decisamente al di sopra della media Ue-15. Il peso della spesa pubblica nella voce farmaceutica complessiva evidenzia anche in questo caso una variabilità tra Paesi che si va assottigliando man mano che si restringe il focus sugli Stati più comparabili. Fa eccezione l'Italia, che mostra valori in diminuzione rispetto alla media dell'area (-18% al 2010), sia per ragioni di controllo e conseguente compressione della spesa pubblica, sia a causa del pacchetto di misure che negli ultimi anni ha interessato in particolare la filiera del farmaco, sia infine a causa di una governance frammentata e disomogenea.

Le proiezioni a medio-lungo termine effettuate da I-Com per Italia, Francia, Germania, Regno Unito e Spagna sulla base dei rispettivi Programmi di Stabilità 2013 e in base allo scenario demografico “convergence” sviluppato da Eurostat, consentono di calcolare gli indicatori di sostenibilità della spesa sanitaria per acuti, assistenza a non autosufficienti e pensioni.

La riflessione che se ne trae conferma la sostanziale insostenibilità per i sistemi sanitari europei – che siano a modello bismarckiano o beveridgiano – dell'attuale ripartizione dei costi e del ricorso al *pay as you go* pubblico per fronteggiare la crescente pressione della spesa sanitaria. Solo a titolo di esempio, per la Germania da oggi al 2060 il peso del finanziamento della sanità da parte di ogni occupato – esclusa la voce pensionistica – salirebbe dal 20,7% al 32% del Pil pro-capite.

Al fine di restituire un quadro più completo sulla performance e posizione del nostro Paese in questo contesto, alla luce dell'emanazione e del recente recepimento della Direttiva UE sulle Cure Transfrontaliere, I-Com ha provveduto a condurre un'analisi sul giudizio dei cittadini italiani sul sistema sanitario nazionale. In una prospettiva di scelta di cura in altri Paesi europei, il 64,7% degli intervistati preferirebbe rimanere in Italia perché la qualità non è ritenuta sostanzialmente diversa, mentre solo il 34,3% espatrierebbe, dimostrando un grado di fiducia ancora elevato nel SSN, soprattutto nelle classi di età medio-alte. . Se tuttavia si restringe il campo d'indagine ai sistemi sanitari delle singole Regioni, emerge una marcata differenza nella fiducia riposta nel SSN rispetto al sistema sanitario della propria regione di appartenenza. In questo caso i cittadini dell'area Centro e Nord (Est ed Ovest) premiano il proprio sistema sanitario regionale rispetto a quello nazionale mentre i cittadini dell'area Sud ed Isole continuano a preferire il SSN rispetto ai servizi erogati dalla propria Regione

2. Comparazione tra i sistemi sanitari europei

L'analisi I-Com dei dati OECD e Health for All-WHO sulla spesa sanitaria e farmaceutica nei Paesi dell'area Ue-15, unitamente a quella sugli assetti normativi e regolatori dei sistemi sanitari e farmaceutici dei cinque Big (Francia, Germania, Regno Unito, Spagna, Italia) dimostra il persistere di notevoli differenziazioni tra i sistemi sanitari europei, prescindendo dal modello di riferimento (beveridgiano bismarckiano, misto). Accanto al graduale ampliamento del *coverage* pubblico emerge tuttavia un dato incontrovertibile comune a tutti i sistemi: le dinamiche di spesa rendono problematico – anche nelle previsioni di medio-lungo periodo – il reperimento di risorse sufficienti a sostenere la crescita nella domanda di salute. Tutto ciò fa passare in secondo piano le diverse qualità originarie dei sistemi.

Possono rendersi necessari e in quale misura una riformulazione del modello di ripartizione dei costi, ora prevalentemente centrato sul pay as you go di natura pubblica e un riposizionamento dei vari criteri di finanziamento della spesa sanitaria? In questo senso va sostenuta e, se sì, in che

modo l'attuale tendenza a rafforzare la copertura privata? In alcune aree della UE è anche necessario un alleggerimento/ammodernamento dell'impianto regolatorio, specie nella governance di alcuni settori strategici (es. farmaco)?

3. Il ruolo dei servizi sanitari nazionali tra processo di integrazione europea e mercato unico

Nonostante il graduale processo di integrazione del mercato, la governance dei sistemi sanitari nei Paesi della UE è rimasta sempre fuori dall'alveo della regolamentazione comunitaria ed è stata tradizionalmente appannaggio dei singoli governi nazionali. Da un lato la possibilità di esercitare le quattro libertà di circolazione (capitali, merci, servizi e individui) nell'offerta e fruizione di assistenza sanitaria è rimasta ad oggi limitata a pochi e circoscritti interventi comunitari, dall'altro l'acutizzarsi della crisi finanziaria ha prodotto effetti sulle decisioni di spesa pubblica, compromettendo le performance dei sistemi sanitari di alcuni Paesi europei e minando – di riflesso – la uniforme possibilità di accesso alle cure in tutta l'area UE.

È verosimile che la convergenza verso un sistema sanitario unico europeo possa innescare un meccanismo virtuoso basato su una logica di efficienza e competitività tra i vari Paesi? Date le attuali differenze tra i vari Paesi UE, quali sono gli strumenti che questi potrebbero attivare per attrarre pazienti e fondi e migliorare la qualità dell'assistenza per il cittadino europeo?

4. Forze centrifughe e centripete in atto nei sistemi sanitari europei e il banco di prova dalla Direttiva 2011/24/UE sull'assistenza sanitaria transfrontaliera

L'analisi dei sistemi sanitari europei condotta da I-Com ha evidenziato da un lato evidenti forze centrifughe, identificabili sia nelle disomogeneità presenti nell'organizzazione, finanziamento ed accesso a prestazioni sanitarie tra i diversi Paesi, sia nella capacità di uno stesso sistema nazionale di garantire eguali opportunità di trattamento a tutti i cittadini. Sotto quest'ultimo profilo è emblematico il caso italiano, dove l'autonomia delle Regioni in campo sanitario determina ormai una differenziazione marcata nell'accesso alle terapie tra le varie aree del Paese, soprattutto a causa dei sub livelli decisionali (attraverso i vari Prontuari territoriali) che governano l'iter di recepimento dei farmaci e lo rallentano inevitabilmente. Dall'altro lato sono anche in atto forze centripete che – a partire dalla Direttiva 2011/24/UE – stanno gettando le basi per creare un sistema sanitario unico, i cui potenziali benefici sono forse ancora in parte sconosciuti agli stessi cittadini italiani, come sembrano suggerire i giudizi dei cittadini sul SSN rilevati dall'indagine condotta da I-Com.

Quali misure possono essere adottate dall'Unione Europea e dai singoli Paesi – compresa l'Italia – per contrastare le forze sia strutturali che dinamiche che allontanano il processo di convergenza verso un sistema sanitario europeo? Per l'Italia quanto possono pesare in questo tentativo di omogeneizzazione le disparità regionali accentuate dall'attuale configurazione nella ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni? Le performance positive di alcuni sistemi sanitari regionali italiani possono invece rappresentare un'opportunità per trainare verso l'altro l'intero sistema e favorire questa convergenza?

Quali dovrebbero essere in questo senso le priorità perseguite dall'Italia nell'ambito del semestre di presidenza UE?