

Governare la domanda di servizi sanitari e sociosanitari in Italia: inquadramento e prospettive

Organizing the demand for healthcare and social services: framework and perspectives

ALBERTO RICCI

CERGAS Bocconi, SDA Bocconi School of Management, Milano

Nel contesto internazionale, l'Italia abbina a una spesa sanitaria molto contenuta degli standard di salute molto elevati. Non mancano però le tendenze sfavorevoli. Oltre al persistere di un notevole divario di dotazione di servizi e performance tra Nord e Sud, preoccupano le prospettive d'invecchiamento demografico e di frammentazione sociale. Come in tutti i sistemi complessi, convivono sacche d'inefficienza e aree in cui i tassi di copertura da parte del SSN sono relativamente limitati, *in primis* assistenza socio-sanitaria e specialistica ambulatoriale. Un'altra tendenza che emerge chiaramente dai dati riportati è come il sistema di welfare italiano, durante la crisi, abbia accentuato la sua propensione a erogare sussidi monetari (pensioni, indennità per la disabilità ecc.) invece che servizi universalistici. Questo tende a frammentare ulteriormente la già debole rete di offerta di servizi territoriali sanitari e socio-sanitari. Inoltre, i bisogni assistenziali non governati dalla rete sociosanitaria generano un sovraccarico nel comparto sanitario, in particolare in quello ospedaliero, che peraltro soffre una carenza di personale infermieristico. Per affrontare queste criticità risulta essenziale proseguire il ridisegno dei servizi, potenziare le funzioni manageriali e amministrative e riprendere una politica del personale del SSN più consapevole e orientata al lungo periodo. È poi necessario riflettere sulla governance e sul sistema di finanziamento dell'area socio-sanitaria, oltre che sull'ammontare del finanziamento stesso.

Parole chiave: Spesa sanitaria, welfare, bisogni sanitari e socio-sanitari

In the international framework, Italy combines very low health expenditure with very high health standards. However, unfavorable trends are not lacking. In addition to the persistence of a considerable gap in the provision of services and performances between the North and the South of the country, the perspectives of demographic aging and social fragmentation are worrying. As in all complex systems, pockets of inefficiency coexist and areas in which coverage rates by the NHS are relatively limited, primarily social and health care and specialist outpatient care. Another trend that clearly emerges from the data is how the Italian welfare system, during the crisis, has accentuated its propensity to provide monetary subsidies (pensions, disability allowances, etc.) instead of universalistic services. This tends to fragment further the already weak network of health and social services. Moreover, the care needs not governed by the social and health network generate an overload in the health sector, particularly in the hospital, which also suffers from a lack of nursing staff. To tackle these critical issues, it is essential to continue the redesign of services, to strengthen managerial and administrative functions and to resume a more aware and long-term policy of personnel of the NHS. It is also necessary to reflect on the governance and the financing system of the social-health area, as well as on the amount of the funding itself.

Key words: Health expenditure, welfare, health and social-health needs

Address for correspondence
Indirizzo per la corrispondenza

Alberto Ricci
CERGAS Bocconi, SDA Bocconi School of Management
via G. Roentgen 1, 20136 Milano
e-mail: alberto.ricci@unibocconi.it



Premessa

Il presente contributo intende inquadrare i principali profili che caratterizzano la domanda di assistenza sanitaria e socio-sanitaria¹ in Italia, confrontandoli con le principali caratteristiche dell'offerta di servizi. Sul lato della domanda, il lettore troverà dati su alcune rilevanti dinamiche demografiche, epidemiologiche e sociologiche. Sul lato dell'offerta, si riportano dati di finanziamento, dotazione di strutture e di risorse umane, attività, percentuali di copertura del bisogno. Dal confronto tra domanda e offerta scaturiscono alcune chiare prospettive di politica sanitaria.

La domanda di salute: cenni demografici, epidemiologici e sociali

La domanda di servizi sanitari e socio-sanitari, nei paesi sviluppati e in Italia, si sta evolvendo rapidamente, assumendo una configurazione molto diversa rispetto al passato. Un primo aspetto, senz'altro positivo e legato alla qualità del sistema sanitario, riguarda l'aumento della longevità, che si accompagna a dati particolarmente ridotti di mortalità per malattie non trasmissibili (Boscolo et al., 2017). Nel 2015, in Italia, l'aspettativa di vita a 60 anni era pari a 25,1 anni, ben al di sopra di Germania (23,7) e USA (23,6), poco al di sotto di Francia (25,7), Svizzera e Spagna (Boscolo et al., 2017). Si conferma, dunque, l'eccellente posizionamento del nostro Paese. Si tratta di un risultato riconducibile a una vasta gamma di determinanti individuali, sociali, culturali e ambientali (Dahlgren e Whitehead, 1991), tra le quali hanno un ruolo non residuale le stesse politiche sanitarie e in particolare le attività di prevenzione (Boscolo et al., 2017). Da notare, però, che l'aspettativa di vita in buona salute tra Nord e Sud resta molto ampia, attorno ai quattro anni (Furnari et al., 2017).

Se da un lato aumenta l'aspettativa di vita, dall'altro la natalità diminuisce e la popolazione italiana invecchia. Il numero medio di figli per donna pari a 1,34 nel 2016, secondo i dati ISTAT (2017) è in lieve calo rispetto al 2015 (1,35). Le proiezioni demografiche stimano un rapporto tra anziani e popolazione attiva che, a partire dal dato 2016 di 35 a 100, raggiungerà quota 60 a 100 nel 2065 (Longo e Ricci, 2017). Peraltro il Sud, svantaggiato dai saldi migratori e dalla scarsa natalità, diventerà la macro-area più anziana del Paese.

Il legame tra invecchiamento e aumento *tout court* della spesa sanitaria non è un fatto ineluttabile, perché molte spese mediche inevitabili si concentrano negli ultimi anni o mesi di vita. La sfida è piuttosto governare il cambiamento dal bisogno, perché con l'avanzare dell'età aumenta esponenzial-

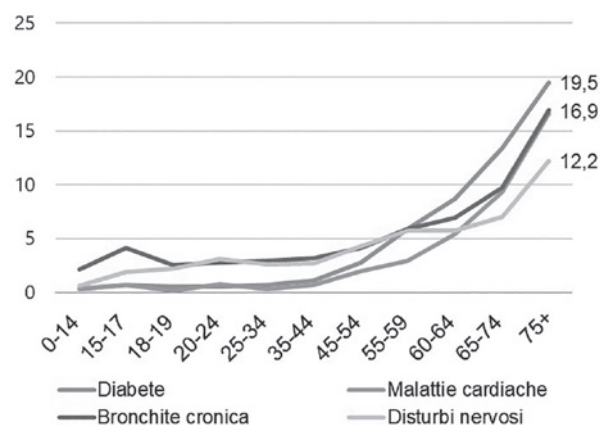


Figura 1.

Prevalenza principali cronicità, % per età (Elaborazione OASI su dati ISTAT, previsioni demografiche e stato di salute, 2016).

mente la prevalenza di malattie croniche, come illustrato dalla Figura 1. Nel complesso, i dati ISTAT (2017) indicano che il 21% della popolazione è costituita da pazienti cronici pluripatologici, per i quali è particolarmente complesso il disegno e l'implementazione degli strumenti di governo clinico.

Sul piano delle principali dinamiche sociali, la Figura 2 fotografa la situazione dei nuclei familiari italiani al 2016. Le famiglie unipersonali ("persone sole") hanno superato gli 8 milioni, registrando un'incidenza non molto lontana da quella della prima categoria, le coppie con figli: 32 *versus* 36% del totale delle famiglie italiane. Tra le persone sole, 4,3 milioni hanno 60 e più anni, rappresentando il 17% del totale delle famiglie. Risalta particolarmente il cambiamento in corso nella conformazione dei nuclei familiari: tra 2011 e 2016, risultano in leggera diminuzione le coppie con figli (-3%), pressoché stabili le coppie senza figli, mentre aumen-

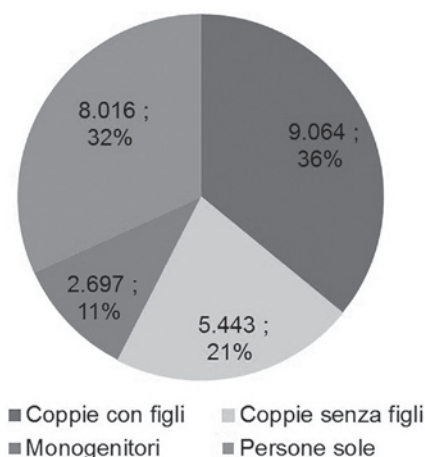


Figura 2.

Nuclei per tipologia (migliaia) e incidenza % su totale famiglie (25.220 = 100%) (Elaborazione OASI su dati ISTAT, strutture familiari, 2016).

¹ L'assistenza socio-sanitaria, oltre alle cure mediche, prevede un'attività di supporto alla persona nelle sue attività di vita quotidiana.

tano significativamente i nuclei familiari composti da persone sole (+12%), persone sole over 60 (+12%) e monogenitori (+11%). Queste tendenze ci suggeriscono una società sempre più frammentata, nella quale le famiglie, più ridotte nel numero di componenti e caratterizzate da legami più liquidi, faticano a svolgere il tradizionale ruolo di cura informale della persona anziana, malata o comunque fragile. Di conseguenza, è urgente pensare o ripensare a servizi strutturati che affianchino le famiglie nel supportare le persone non autosufficienti nelle funzioni di vita quotidiana, ma anche nell'accesso ai servizi sanitari, nel monitoraggio dell'aderenza terapeutica, nella promozione di stili di vita sani.

Dinamiche di offerta

Per comprendere quale sia la risposta del sistema pubblico ai cambiamenti della domanda, si riportano prima di tutto i dati relativi alle risorse messe in campo per i principali comparti del welfare.

La Figura 3 rappresenta la variazione percentuale del Prodotto Interno Lordo (PIL) nominale² e delle principali voci di welfare della spesa sanitaria, assistenziale e previdenziale. Si può notare come la variazione sia positiva in tutti i range temporali, ma in netto calo nel corso del tempo. In particolare, la variazione percentuale della spesa sanitaria è quella che ha subito il calo più importante, passando da tassi di crescita più che doppi a un perfetto allineamento con l'economia del Paese, notoriamente entrata in una lunga fase di stagnazione (Armeni et al., 2017). Colpisce, inoltre, il divario con i tassi di crescita di spesa previdenziale (pensionistica) e assistenziali (indennità di accompagnamento, assegni di invalidità ecc.), che hanno invece continuato a crescere a tassi maggiori rispetto al PIL. Al 2016, la spesa sanitaria italiana rappresenta il 7% del valore dell'economia nazionale, evidenziando un'incidenza (e una spesa procapite) tra le più contenute tra i paesi sviluppati. Queste dinamiche sono attese e per certi versi necessarie in un paese che, a causa dell'alto indebitamento e della scarsa crescita, non può più alimentare una spesa pubblica superiore alla ricchezza prodotta; ovviamente, però, la stasi della spesa sanitaria del Servizio sanitario nazionale (SSN) risulta disallineata con il lato della domanda, caratterizzata, come visto, dall'invecchiamento e dal relativo aumento dei bisogni indotti da cronicità e fragilità.

Come è stato possibile contenere la spesa sanitaria a fronte di altri comparti di welfare con tassi di crescita ben superiori? Osservando le singole voci di spesa, si registra che la contrazione più rilevante è stata quella riferibile al costo per il personale (-6% tra 2010 e 2016), ottenuta principalmente attraverso il blocco delle nuove assunzioni. Il blocco delle assunzioni, peraltro, ha prodotto un accentuato aumen-



Figura 3.

Variazione % media del PIL nominale e delle principali voci di welfare (da Armeni et al., 2017, mod.).

to dell'età media del personale sanitario, che è passata dai 43,5 anni del 2001 ai 50,6 anni nel 2016. Quest'ultimo è senza dubbio un aspetto critico, che va a incidere sulla funzionalità del servizio: si pensi, banalmente, alle difficoltà del personale alle soglie del pensionamento di fronte al considerevole sforzo fisico richiesto da un'operazione chirurgica, dalla movimentazione dei pazienti ecc. Peraltro, la stagione del blocco del turnover ha conservato un assetto di competenze e profili professionali (il c.d. "skill mix") piuttosto sbilanciato sul versante della professione medica rispetto alle altre professioni sanitarie. Si tratta di un aspetto che ci differenzia notevolmente dagli altri grandi paesi europei: analizzando il personale sanitario in attività ogni 100.000 abitanti³, il numero di medici è in linea con quello degli altri paesi europei (388, inferiore solo alla Germania). Il numero di infermieri (637) è, invece, nettamente inferiore a Germania (1.346), Francia (1.001) e Regno Unito (872). In questo senso, l'invecchiamento del personale rappresenta anche un'opportunità di riflettere sulle competenze necessarie al SSN alla luce delle sfide indotte dalla cronicità e dalla non autosufficienza, ed è un'occasione per un mirato ribilanciamento.

Quali sono le aree in cui il disallineamento tra domanda e offerta di servizi risulta più rilevante? In questo senso, un primo parametro osservabile è la modalità di pagamento delle diverse tipologie di prestazioni erogate. Nel complesso, la copertura SSN della spesa sanitaria è pari al 75%; la spesa diretta delle famiglie copre il 23%, mentre le forme di finanziamento volontarie contribuiscono per il 2%. I ricoveri, sia in regime ordinario che diurno, sono per la quasi totalità dei casi coperti dal SSN. Decisamente maggiore è l'incidenza delle prestazioni pagate direttamente dalle famiglie (*out of pocket*) per la specialistica ambulatoriale (37%) e per l'assistenza sociosanitaria residenziale (34%). Per tutte le tipologie di prestazioni, è molto bassa (tra 1 e 3%) la spesa in regime di finanziamento privato intermediato dalle assicurazioni o dai fondi. Questa evidenza ci suggerisce che il SSN, sul piano almeno quantitativo, riesca a rispondere quasi alla totalità dei bisogni sanitari più urgenti, a maggiore intensità di cura richiesta e più costosi; è un assicuratore che, ragione-

² Al lordo, dunque, dell'inflazione. Il PIL rappresenta il valore di tutti i beni e i servizi finali prodotti in un anno in un dato paese.

³ Elaborazione OASI su dati WHO Health Data, 2014.

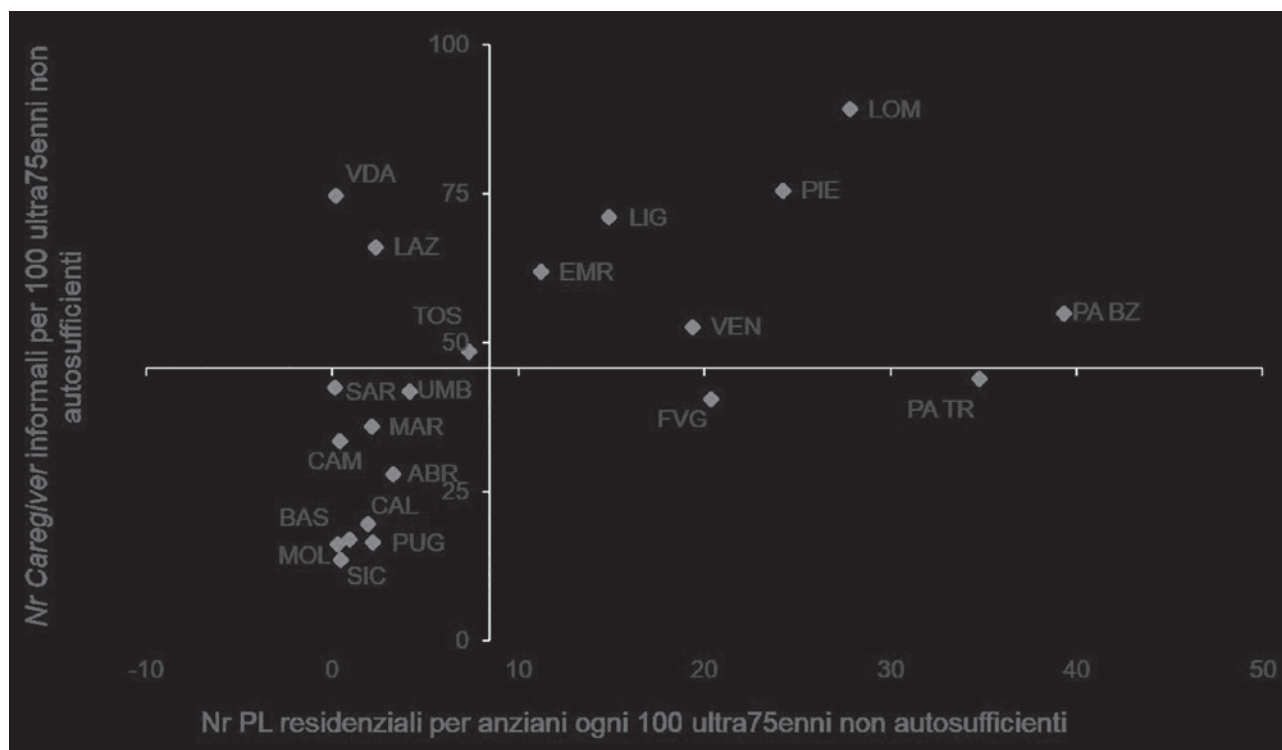


Figura 4. Numero posti letto residenziali e caregiver informali, per 100 over 75 non autosufficienti (2014 o ultimo anno disp.) (da Fosti et al., 2016, mod.).

volmente, schermo il cittadino dal rischio più grave. Allo stesso tempo, il SSN è meno in grado di coprire il bisogno sanitario occasionale e quello legato all'assistenza alla persona. Si tratta di bisogni a minore intensità di cura ma, come illustrato, in forte aumento e ugualmente in grado di influenzare lo stato di salute. È evidente che i bisogni di socio assistenza risultano particolarmente impattanti, sia per le negative ricadute sulla qualità della vita di pazienti e famiglie, sia per il loro costo.

Concentrandoci dunque sull'assistenza agli anziani non autosufficienti, risulta importante non solo comprendere quale quota di servizi viene coperta da risorse pubbliche, ma anche l'entità dell'offerta disponibile in rapporto al bisogno effettivo. La Figura 4, tratta da Fosti et al. (2016) mette a confronto, per le diverse realtà regionali, il numero di caregiver informali (le c.d. badanti) per 100 ultra 75enni non autosufficienti con il numero di posti letto residenziali⁴ per anziani ogni 100 ultra 75enni non autosufficienti. Il quadro che ne risulta è, a livello nazionale, di una spiccata prevalenza per l'assistenza informale, pagata privatamente dalle famiglie utilizzando le forme di sostegno monetario all'invalidità: si registrano quasi 50 badanti ogni 100 individui in condizione di bisogno, a fronte di 8 posti letto in struttura socio-sanitaria. Inoltre, le Regioni maggiormente dotate di servizi strutturati, collocate nel nord del Paese, registrano anche il maggior numero di caregiver informali.

Al di là dei pur significativi aspetti di equità, quali possono essere gli effetti di questa scarsa offerta di servizi strutturati per gli anziani non autosufficienti sulla funzionalità dei servizi sanitari? Una prima risposta può provenire dall'osservazione dei percorsi ospedalieri degli over 65.

Nel 2015, 2,1 milioni di anziani over 65 sono stati ricoverati, per un totale di 3,2 milioni di ricoveri. Di questi ricoveri, il 30% (960.642) è riferito a pazienti che in 12 mesi rientrano una o più volte in reparti acuti di medicina:

- il 31% dei di questi ricoveri multipli medici registra sempre lo stesso MDC, cioè la stessa macro-categoria diagnostica;
- il 57% ha visto un accesso "senza proposta del medico", quindi presumibilmente da Pronto Soccorso;
- il 19% proviene da un reparto dello stesso istituto, mentre il 19% è un ricovero programmato;
- il 90% non prevede alcuna forma di presa in carico strutturata post-dimissione;
- 55% avviene sempre nella stessa struttura⁵.

Sono dati che rivelano quanto sia frequente l'accesso all'ospedale da parte di anziani in condizioni di urgenza. La presa in carico ospedaliera si conclude nella stragrande maggioranza dei casi con una dimissione a domicilio senza forme di presa in carico strutturata. Il dato non stupisce, se conside-

⁴ Non ospedalieri.

⁵ Elaborazione OASI su dati archivio nazionale SDO, Ministero della Salute, Direzione Generale Programmazione sanitaria.

rato insieme alla scarsità, oltre che di posti letto in strutture residenziali e diurne, di servizi domiciliari: l'assistenza ricevuta dai pazienti corrisponde in media a 17 ore in un anno (Fosti et al., 2016). Questa mancanza di continuità è molto probabilmente tra le cause del frequente ritorno dei pazienti nella stessa struttura, specialmente nei reparti di specialità mediche e per gli stessi MDC.

Conclusioni

Nel contesto internazionale, l'Italia abbina a una spesa sanitaria molto contenuta degli standard di salute molto elevati (Boscolo et al., 2017). Purtroppo, però, non mancano le tendenze sfavorevoli. Oltre al persistere di un notevole divario di dotazione di servizi e performance tra Nord e Sud, preoccupano le prospettive di invecchiamento demografico e di frammentazione sociale.

Come in tutti i sistemi complessi, convivono sacche d'inefficienza e aree in cui i tassi di copertura da parte del SSN sono relativamente limitati, *in primis* assistenza socio-sanitaria e specialistica ambulatoriale.

Un'altra tendenza che emerge chiaramente dai dati sopra riportati è come il sistema di welfare italiano, durante la crisi, abbia accentuato la sua propensione a erogare sussidi monetari (pensioni, indennità per la disabilità ecc.) invece che servizi universalistici. Questo tende a frammentare ulteriormente la già debole rete di offerta di servizi territoriali sanitari e socio-sanitari. Inoltre, i bisogni assistenziali non governati dalla rete sociosanitaria generano un sovraccarico nel comparto sanitario, in particolare in quello ospedaliero, che peraltro soffre una carenza di personale infermieristico.

Come affrontare queste criticità? Il contesto economico di persistente scarsa crescita e una certa disattenzione della classe politica rende improbabili gli aumenti del Fondo sanitario nazionale. Risulta allora essenziale, anche per pro-

sciugare quelle sacche di inefficienza che permangono nel sistema, proseguire il ridisegno dei servizi (ad es. promuovendo strutture intermedie, servizi residenziali o domiciliari di qualità per gli anziani), potenziare le funzioni manageriali e amministrative (acquisti, *operations*) e riprendere una politica del personale del SSN più consapevole e orientata al lungo periodo. È poi necessario riflettere sulla governance e sul sistema di finanziamento dell'area socio-sanitaria, oltre che sull'ammontare del finanziamento stesso. Appare senz'altro necessaria una ricomposizione delle risorse e dei poteri del settore in capo a uno o due soggetti (Regione e/o Enti locali) e prevedendo parallelamente la raccolta di più risorse, da trasferire ai beneficiari, incentivando l'acquisto di servizi in natura.

Bibliografia

- Armeni P, Bertolani A, Costa F. *La spesa sanitaria del SSN: composizione ed evoluzione*. In: CERGAS, Ed. *Rapporto OASI 2017*. Milano: EGEA 2017.
- Boscolo PR, Ciani O, Federici C, et al. *Gli esiti di salute del SSN*. In: CERGAS, Ed. *Rapporto OASI 2017*. Milano: EGEA 2017.
- Dahlgren G, Whitehead M, Eds. *Policies and strategies to promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies 1991.
- Fosti G, Longo F, Notarnicola E, et al. *Il sistema sociosanitario e sociale: quali direzioni?* In: CERGAS, Ed. *Rapporto OASI 2016*. Milano: EGEA 2016.
- Fosti G, Longo F, Notarnicola E, et al. *Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: rete dei servizi e relazione con l'assistenza ospedaliera per gli anziani non autosufficienti*. In: CERGAS, Ed. *Rapporto OASI 2017*. Milano: EGEA 2017.
- Furnari A, Gugiatti A, Petracca F. *La struttura e le attività del SSN*. In: CERGAS, Ed. *Rapporto OASI 2017*. Milano: EGEA 2017.
- ISTAT. *Stato di salute della popolazione* (<http://dati.istat.it/>, ultimo accesso dicembre 2017).
- Longo F, Ricci A. *La sanità italiana a metà del guado: quali direzioni?* In: CERGAS, Ed. *Rapporto OASI 2017*. Milano: EGEA 2017.