

Universalità del sistema sanitario italiano e invecchiamento demografico

Nicola Giannelli*

RPS

Il testo è la sintesi dell'articolo pubblicato nella sezione Attualità del n. 2 2016 di Rps e scaricabile dagli abbonati nella versione integrale al link:

<http://www.ediesseonline.it/riviste/rps/le-politiche-educative-italia>

I sistemi di protezione sanitaria nascono in Europa su base corporativa e fu la carneficina della Seconda Guerra mondiale a spingere la Gran Bretagna verso l'universalismo. «Un sistema sanitario nazionale esaustivo si assicurerà che per ogni cittadino sia disponibile qualunque trattamento medico di cui necessita»². I tre principi a cui si ispira sono la gratuità e l'uniformità territoriale e la risposta a tutti i bisogni di cura dei cittadini³.

L'Italia ha introdotto il sistema sanitario nazionale nel 1975 ma ancora oggi non risponde pienamente a nessuno dei tre criteri. Esso infatti non copre tutti i bisogni dei cittadini, lascia al pagamento in proprio o al pagamento parziale del cittadino una parte del suo bisogno e non ha una copertura uniforme sul territorio italiano. Eppure l'universalità ha un grande valore democratico perché trasforma un servizio in un diritto. Ricorda Giarelli⁴ che secondo l'Organizzazione mondiale della sanità solo il 20% della popolazione mondiale è servita da sistemi universali mentre ogni anno 150 milioni di persone subiscono catastrofi economiche o serio impoverimento per pagare spese sanitarie impreviste. «Metà delle bancarotte individuali negli Usa sono dovute a debiti per assistenza sanitaria»⁵. La riforma sanitaria dell'amministrazione

* Nicola Giannelli è ricercatore di Scienza politica e docente di Scienza dell'amministrazione e di Politiche del welfare nell'Università di Urbino Carlo Bo.

² Rapporto Beveridge al Parlamento, punto 427, Londra, 1° dicembre 1942.

³ Talbot-Smith A. e Allyson P., 2006, *The New NHS. A Guide*, Routledge, Londra e New York.

⁴ Giarelli G., 2014, *La copertura sanitaria universale fra retorica e realtà: una prospettiva universale*, «Politiche sociali», n. 3, pp. 353-372.

⁵ Callahan D., 2009, *Taming the Beloved Beast. How Technology Costs are Destroying Our*

Obama è stata concepita per ridurre questa aleatorietà pur non abbracciando il principio universalistico.

Secondo l'Oms questo universalismo è molto minacciato quando la spesa *out of pocket*, cioè quella privata non assicurativa, supera il 20% del totale. L'Italia ha una spesa privata fatturata del 22% e all'interno di questa la *spesa out pocket* è dell'87%, la percentuale maggiore tra i paesi europei simili⁶. Se poi si considerasse anche il pagamento a nero la soglia del 20% verrebbe probabilmente superata.

Dal dopoguerra le due colonne dell'universalismo di Beveridge, il sistema sanitario e quello previdenziale, hanno manifestato una crescita dei costi superiore alla crescita del reddito nazionale e perciò si ipotizza che in futuro l'universalità del servizio non potrà essere sostenuta. Questa crescita è dovuta a diversi fattori. Per cominciare nell'ambito di tutti i servizi di cura l'offerta di un buon servizio tende a generare la richiesta da parte dei cittadini-elettori di un servizio migliore in un tempo successivo. Levaggi e Turatti⁷ la chiamano sindrome di Sisifo. Altri fattori sono più specifici. «I determinanti della spesa sanitaria pubblica sono demografici e non demografici. Quelli demografici si riferiscono in generale alla struttura per età della popolazione e l'evoluzione del suo stato di salute, mentre un driver non demografico è il reddito. [...] Il progresso tecnologico, i prezzi relativi, le politiche e le istituzioni sanitarie sono i candidati più probabili per spiegare la parte rimanente»⁸. Su un incremento annuo della spesa sanitaria nei paesi Ocse del 4,3%, l'Ocse stesso stima che l'effetto demografico abbia inciso per uno 0,5% all'anno. L'effetto crescita del reddito può essere stimato tra l'1,8 e 2,2% all'anno mentre il resto dipende dagli altri fattori. Altri studi confermano cifre del tutto analoghe⁹.

Per l'Italia la crescita è stata del 3,1% con una stima di effetto invecchiamento dello 0,6% e solo uno 0,4% di effetto reddito dovuto alla

Health Care System. Princeton University Press, Princeton.

⁶ World Bank, 2014, *Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health)*, disponibile al sito internet: data.worldbank.org.

⁷ Levaggi R e Turatti G., 2011, *Spesa sanitaria pubblica o privata: sostituti o complementi?*, in De Vincenti C., Finocchi Ghersi R e Tardiola A., *La Sanità in Italia*, Astrid, Il Mulino, Bologna.

⁸ Oecd, 2013, *A projection method for public health and long-term care expenditures*, «Economics Department Working Papers», n. 1048, Parigi, p. 41.

⁹ Breyer F., Costa-Font J. e Felder S., 2010, *Aging, Health and Health Care*, «Oxford Review of Economic Policy», vol. 24, n. 4, pp.674-690.

bassa crescita economica del paese. In Italia la spesa sanitaria è diminuita dal 2011 al 2015¹⁰ per effetto di tagli alla spesa pubblica e della minore propensione alla spesa delle famiglie dovuta alla crisi. Si tratta però, come direbbe Cavicchi¹¹, di risparmi a invarianza di sistema e perciò a compressione delle spese. Questa invarianza fino a oggi ha determinato costi crescenti dovuti alle tecnologie e agli eccessi nelle terapie.

Vi sono però, molti fattori assistenziali, tecnologici e organizzativi che, come denuncia lo stesso Cavicchi, che potrebbero essere rivoluzionati per portare l'attuale sistema di cura taylorista verso un sistema sanitario a rete, orientato al benessere paziente che è la condizione preliminare della buona salute¹².

Neanche il prolungamento dell'aspettativa di vita comporta costi insostenibili. Come spiega Raitano¹³ infatti i costi sanitari sono concentrati negli ultimi anni di vita e se la vita si allunga non aumenta il numero di questi anni critici. Cresce però l'aspettativa di una maggiore della qualità della vita senile. È invece molto evidente come le persone socialmente deprivate o con stili di vita poco sani consumino molta più assistenza sanitaria.

Ma il maggiore driver di crescita dei costi è l'incremento progressivo della quota di anziani sul totale delle popolazione. Questa quota è più che raddoppiata negli ultimi 50 anni¹⁴. In particolare è la percentuale di persone non più ufficialmente produttive che risultano a carico del sistema previdenziale e sanitario a rendere difficile la sostenibilità nel futuro. L'immigrazione non sembra sufficiente a sconfiggere la bassa natalità italiana e ragioni di sostenibilità sociale sconsigliano di alimentarla come fosse una terapia demografica. Però l'Italia ha il vantaggio di un sistema sanitario tra i meno costosi d'Europa in percentuale del reddito e di un tasso di partecipazione al lavoro tra i più bassi

¹⁰ Ocse, 2015, *Uno sguardo sulla sanità 2015; come si posiziona l'Italia?*, disponibile all'indirizzo internet: www.oecd.org/italy/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-ITALY-In-Italian.pdf.

¹¹ Cavicchi I., 2016, *La Quarta Riforma*, «Quotidiano Sanità», Roma, disponibile al sito internet: www.quotidianosanita.it.

¹² Bartolini S., 2016, *Sanità malata: diagnosi e terapie*, «Quotidiano Sanità», 14 novembre, disponibile al sito internet: www.quotidianosanita.it.

¹³ Raitano M., 2006, *The Impact of Death-Related Cost on Health Care Expenditures*, «Enepri Research Report», n. 17, disponibile al sito internet: www.enepri.org.

¹⁴ Rosina A., 2013, *L'Italia che non cresce. Gli alibi di un paese immobile*, Laterza, Bari.

RPS

d'Europa, il 56,3% contro una media Ue del 66,6% e del Nord Europa oltre il 70%¹⁵. Abbiamo ampi margini di miglioramento. Il tasso di mancata partecipazione al lavoro passa dal 13,4% del Nord al 37,9% del Sud¹⁶ e il fenomeno colpisce assai più le donne che gli uomini. Se non riusciamo a creare più lavoro regolare nel Sud, e specialmente per i giovani e le donne, e ad adottare politiche di conciliazione tra lavoro ed età senile che potrebbero portare un passaggio più graduale dal lavoro al non lavoro, il sistema sanitario non potrà essere sostenuto. Esiste, come sappiamo, anche un grande problema di evasione fiscale e contributiva, la cui soluzione potrebbe consentire il temperamento del principio di universalità con quote di *co-payment* riservate alle fasce davvero più abbienti.

¹⁵ Istat, 2016a, *L'Italia nel 2016*, Roma.

¹⁶ Istat, 2016b, *Le dinamiche del mercato del lavoro*, Roma.