

RAPPORTO OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



La sanità italiana a metà del guado. Quali direzioni?

Sintesi a cura di Francesco Longo, Alberto Ricci, Patrizio Armeni, Francesco Petracca, Alessandro Furnari, Federica Ambrosio

La presente sintesi vuole trasmettere i messaggi chiave e le principali evidenze di OASI 2017, seguendo lo sviluppo logico del capitolo 1 del Rapporto. Per maggiori approfondimenti, si rimanda ai singoli capitoli del Rapporto e alle fonti citate.

Le continuità evidenti. Un equilibrio sempre più difficile tra vincoli finanziari, invecchiamento e cambiamenti sociali

1. Una spesa sanitaria sobria

- Al 2015, la spesa sanitaria totale in Italia corrisponde al 9% del PIL contro il 9,9% della Gran Bretagna, l'11,1% della Francia, l'11,2% della Germania, il 16,9% degli Stati Uniti (2015). In Italia nel 2016, la spesa SSN "pubblica" copre circa il 75% della spesa totale, la spesa privata diretta il 23%, la spesa intermediata il restante 2%. *Cfr. cap. 3 e cap. 8.*
- Tra 2010 e 2016, la spesa SSN è cresciuta in media dello 0,7% annuo in termini nominali, tasso inferiore all'inflazione media annua pari a 1,1%. Nel 2016 la spesa SSN è aumentata dell'1,1% rispetto al 2015, attestandosi a 115,8 miliardi di euro. *Cfr. cap. 5.*
- Il SSN cala dal 24% della spesa totale per il Welfare nel 2010 al 21,9% nel 2016. Nello stesso periodo, la spesa pensionistica rimane stabile al 68%, mentre la spesa assistenziale (assegni di invalidità e accompagnamento) passa dall'8% al 10%. *Cfr. cap. 5.*

2. La sanità pubblica in sostanziale equilibrio finanziario

- Nel 2016 il SSN registra un avanzo contabile pari a 329 milioni di euro, contabilizzando le risorse raccolte con le imposte addizionali regionali. Il SSN raggiunge l'equilibrio economico-finanziario a livello nazionale e nella maggior parte dei sistemi regionali. *Cfr. cap. 5.*

3. Appropriatelyzza ed eccellenti esiti di salute, con spazi di miglioramento

- L'Italia registra meno ospedalizzazioni inappropriate (asma, BPCO e diabete) di Regno Unito, USA, Spagna, Germania e Francia, nonché una riduzione del numero di parti cesarei (sebbene faccia segnare uno tra i maggiori tassi di utilizzo di tale procedura) e un elevato consumo di antibiotici. *Cfr. cap. 3.*

Con il contributo incondizionato di



Bristol-Myers Squibb

- L'Italia registra aspettativa di vita e aspettativa di vita in buona salute eccellenti, superiori a Regno Unito, USA, Spagna, Germania e Francia. *Cfr. cap. 2.*
- Emergono margini di miglioramento rispetto alla mortalità evitabile, specialmente in termini di prevenzione primaria e secondaria; calano i tassi di copertura per tutti i vaccini raccomandati, che scendono sotto la soglia obiettivo del 95%. *Cfr. cap. 2.*

4. Un'offerta pubblica in progressiva riduzione

- Diminuiscono i ricoveri, scesi a 9 milioni nel 2016, con una riduzione del 25% nel periodo 2008-2016. Anche le principali branche specialistiche mostrano una sostanziale stabilità.
- Nel 2015 aumenta lievemente la percezione di rinuncia dichiarata alle cure: 7,9% dei rispondenti. Sebbene la sanità sia uno dei settori meno colpiti dalla percepita rinuncia al consumo, è da sottolineare che la motivazione maggiormente dichiarata è sempre più relativa al costo percepito con una particolare diffusione tra le fasce di popolazione meno abbienti. In alcuni ambiti assistenziali e geografici, la diminuzione dei volumi e lo spostamento delle prestazioni verso *setting* a minore intensità hanno permesso di migliorare l'appropriatezza e l'efficienza, come nel segmento ospedaliero a bassa complessità; in altri, emergono alcune criticità nell'accesso. *Cfr. cap. 3 e cap 4.*
- Le fonti pubbliche coprono il 95% della spesa ospedaliera, ma solo il 65% della spesa per assistenza residenziale a lungo termine (LTC) e il 60% della spesa per prestazioni ambulatoriali. *Cfr. cap. 8. e ISTAT, 2017, Il sistema dei conti della Sanità per l'Italia.*

5. Una domanda sanitaria e socio-sanitaria in crescita

- I pazienti cronici pluri-patologici rappresentano il 21% della popolazione. Tali pazienti cronici "complessi", fisiologicamente, tendono ad assorbire gran parte dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, spingendo i pazienti occasionali verso il circuito a pagamento. *Cfr. cap. 4.*
- Gli anziani non autosufficienti sono 2,8 milioni a fronte di soli 270.000 posti letto sociosanitari residenziali pubblici o privati accreditati; si registra sia un'insufficienza di risorse, sia una frammentazione delle competenze istituzionali (disperse tra SSN, INPS, Comuni). Sono le famiglie ad auto-organizzarsi, o attraverso un impegno diretto nella cura del proprio parente, o con l'aiuto di un *caregiver* informale, o ricorrendo al ricovero sociosanitario in solvenza completa. Queste dinamiche sono state possibili grazie alla protezione dei redditi medi dei cittadini oltre i 64 anni, che sono rimasti pressoché invariati tra 2006 e 2014, mentre i redditi dei giovani tra 19 e 34 anni calavano di circa 20 punti percentuali. *Cfr. cap. 7 e Banca d'Italia, 2015, I bilanci delle famiglie italiane dell'anno 2014.*
- Le condizioni che hanno consentito il precario equilibrio del sistema di Welfare sono destinate a scomparire. I trend demografici non accennano ad invertirsi, con un numero medio di figli per donna pari a 1,34 nel 2016, in lieve calo dal 2015 (1,35). Le proiezioni demografiche stimano un rapporto tra anziani e popolazione attiva che raggiungerà quota 60 a 100 nel 2065, mentre si ridurrà progressivamente la capacità di spesa dei futuri pensionati. *Cfr. cap. 2 e ISTAT, 2017, Previsioni demografiche 2016-2065.*
- L'insufficiente governo della domanda sociosanitaria impatta sulla funzionalità dei servizi sanitari, che restano gli unici presenti e accessibili, benché teoricamente inappropriati. I ricoveri "multipli"

Con il contributo incondizionato di



Bristol-Myers Squibb

(stessa tipologia, stesso MDC¹) corrispondono al 55% dei ricoveri ordinari per gli over65: in media, 29 giornate di ricovero medie annue per gli 881.361 anziani interessati dal fenomeno. *Cfr. cap. 7.*

6. Il sistema sanitario diseguale

- La speranza di vita in buona salute passa da 60 anni al Nord a 56 anni al Sud, con il divario massimo tra Calabria e PA di Bolzano: 50 anni contro 70. *Cfr. cap. 4.*
- Al Nord il 49,6% dei cronici si percepisce in buona salute, al Sud il 36,6%; si tratta di dati basati sull'auto-percezione, ma che rappresentano un primo campanello d'allarme. *Cfr. cap. 4.*
- La quota di ricoveri acuti in regime ordinario erogati in mobilità extraregionale passa dal 7,4% nel 2010 al 8,2% nel 2016; per quanto riguarda i ricoveri ordinari per riabilitazione, dal 14,7% al 16,3%. *Cfr. cap. 4 e Rapporto SDO 2016, Ministero della Salute.*
- I tassi di copertura dei bisogni di LTC, contenuti al Nord, tendono a zero nelle regioni centro-meridionali. *Cfr. cap. 7.*
- La spesa sanitaria privata delle famiglie è anch'essa sbilanciata al Nord. La Lombardia, con 752 euro per abitante, registra valori più che doppi rispetto alla Campania, con 303 euro. *Cfr. cap. 8.*

Le trasformazioni profonde. Le prospettive emergenti di *policy* e *management*

7. Una *governance* in movimento

- Le aziende sanitarie territoriali con attività di erogazione di servizi nel 2017 sono calate a 120, e di conseguenza, è aumentata la loro dimensione media (oltre 500.000 abitanti). Inoltre, in alcune regioni, tra cui spicca la Lombardia, i riordini dei SSR hanno previsto la re-integrazione della rete ospedaliera o di parte di essa. Per questo, le aziende ospedaliere sono calate dalle 75 del 2015 alle 43 di fine 2017. *Cfr. cap. 4.*
- Il modello emergente è quello dei sistemi regionali coordinati e integrati attorno a una "capogruppo", che esercita funzioni di governo strategico e/o svolge funzioni operative in precedenza affidate alle aziende. Questo modello cooperativo si cementa con una distribuzione programmata delle risorse su base prevalentemente territoriale. Il sistema a tariffe per prestazione perde quindi spazio nel sistema, mantenendo una funzione rilevante soprattutto come strumento di remunerazione del privato accreditato. *Cfr. cap. 9.*
- Nei nuovi sistemi regionali "coordinati e integrati" le aziende sanitarie si diversificano molto sia nella dimensione verticale (autonomia e prerogative di governo), sia nella dimensione orizzontale (ampiezza e orientamento della missione). Aziende così differenti in termini di prerogative di governo e attività sanitarie erogate richiederebbero assetti di *governance*, strutture organizzative e competenze manageriali distinte e specifiche, come del resto le nuove istituzioni intermedie tra regione e aziende (EGAS, Azienda Zero, Alisa, ATS, ecc.). *Cfr. cap. 4 e cap. 7.*

8. La centralità e le prospettive del privato accreditato

- Il 25% dei posti letto ospedalieri, il 59% degli ambulatori e il 78% delle strutture socio-sanitarie residenziali del SSN sono privati accreditati. Erogatori pubblici e privati sono fortemente complementari nel SSN, anche perché il privato copre, tra le altre, alcune aree dove la domanda è in crescita e l'offerta pubblica limitata (non autosufficienza, riabilitazione). Azioni dirette a migliorare

¹ Macro-categoria diagnostica; di fatto, apparato interessato dalla malattia.

Con il contributo incondizionato di



Bristol-Myers Squibb

la continuità assistenziale tra livelli e *setting* di cura non possono prescindere dalla collaborazione con gli erogatori privati accreditati. *Cfr. cap. 6.*

- Il sistema pubblico, nell'esercizio della committenza, dovrebbe riflettere ed esprimere direttive più consapevoli sugli ambiti in cui esternalizzare, garantire maggiore stabilità regolatoria e favorire metriche di programmazione e valutazione basate sulle *performance*. *Cfr. cap. 6.*

9. L'urgenza di nuove politiche del personale

- Nel SSN italiano, il personale infermieristico è meno della metà rispetto alla Germania: 6 infermieri ogni 1000 abitanti contro 13. Contemporaneamente, il 52% dei medici ha più di 55 anni; si contano il doppio dei candidati alle specialità mediche rispetto ai contratti finanziati (13.802 versus 6.725). Il problema è la scarsità di risorse per assumere e formare specializzandi, non la mancanza di medici. *Cfr. cap. 3 e MIUR, 2017, sito istituzionale.*
- Se fosse vera l'ipotesi della persistente debolezza finanziaria, a fronte dell'aumento della cronicità e della LTC, non potremmo che aumentare l'incidenza delle professioni sanitarie e degli operatori sociosanitari, sapendo che il costo medio aziendale di un medico equivale almeno a quello di due infermieri. Questo impone però di modificare le competenze e i ruoli professionali. Tra i medici occorre riflettere sulla quota di generalisti rispetto ai professionisti sempre più specializzati. Nel mondo delle professioni sanitarie occorre distinguere tra crescita verticale nel coordinamento di pari, specializzazione nel contenuto tecnico professionale e sviluppo di ruoli contendibili con altri profili professionali: *case manager*, gestore di piastra, *operations manager*. *Cfr. cap. 11 e ARAN, 2017, Retribuzioni medie nella pubblica amministrazione.*

10. La nuova geografia dei servizi finalmente visibile

- Si stimano circa 300 Case della Salute (CdS) a livello nazionale, seppur con caratteristiche, servizi e denominazioni molto eterogenee tra di loro. Esse sono rafforzate anche dagli strumenti di *transitional care*, elaborati per l'accompagnamento attraverso i luoghi di cura, in modo da favorire efficienza e appropriatezza del *setting* di destinazione, solitamente grazie al supporto garantito da una Centrale Operativa. *Cfr. cap. 12 e cap. 13.*
- Il 93% delle nuove strutture territoriali derivano dalla trasformazione di preesistenti strutture sanitarie. Nel 40% dei casi le CdS coincidono con i luoghi fisici da poco "abbandonati" dall'ospedale perché non più funzionali a rispondere alla domanda di salute emergente. In altre realtà si tratta di poliambulatori specialistici che affrontano l'integrazione con la medicina generale. Con le stesse competenze e risorse finanziarie tendenzialmente decrescenti, queste strutture dovrebbero diventare gli incubatori della sanità del futuro. *Cfr. cap. 13.*
- Sebbene l'81% delle CdS dichiara di offrire servizi di sanità d'iniziativa, solo la metà presenta flussi informativi dedicati, e solo l'8% controlla l'aderenza ai percorsi attraverso indicatori. *Cfr. cap. 13.*
- Queste contraddizioni derivano dal contrapporsi tra due logiche diverse di governo delle risorse finanziarie del SSN. Da una parte, la tradizionale logica a silos, verticale e focalizzata sul controllo degli input per livello di assistenza e/o voce di costo; dall'altra, la logica orizzontale, che assegna le risorse per la presa in carico del paziente trasversalmente ai livelli assistenziali e indipendentemente dalla natura delle risorse impiegate.
- Le due logiche non sono irrimediabilmente contrapposte. Realisticamente, date le attuali condizioni della finanza pubblica, la logica *input based* resterà largamente diffusa nel sistema. Tale logica dovrebbe però essere applicata con modalità flessibili, permettendo di riallocare risorse tra i silos se ne deriva una maggiore efficacia della presa in carico.

Con il contributo incondizionato di



Bristol-Myers Squibb