



**VII Rapporto RBM Assicurazione Salute - Censis sulla Sanità
Pubblica, Privata e Integrativa**

PER TANTI... NON PIÙ PER TUTTI

La sanità italiana al tempo dell'universalismo selettivo

Sintesi dei principali risultati

Welfare Day 2017

Roma, 7 giugno 2017

INDICE

1.	L'universalismo diseguale	1
2.	Spendere di tasca propria per la salute: la nuova normalità	3
3.	I fabbisogni sanitari reali dei cittadini e l'inadeguata copertura del servizio sanitario: gli italiani e la sanità negata	6
4.	L'appropriatezza della spesa sanitaria privata	8
5.	La lunghezza delle liste di attesa, il vero collo di bottiglia	10
6.	Il micidiale gorgo della spesa sanitaria privata, potente fonte di disagio e disuguaglianze	14
6.1.	Gli intrappolati nel gorgo	14
6.2.	Aspetti del profilo degli intrappolati	15
7.	La copertura del servizio sanitario per i farmaci non è così completa	20
8.	Dimmi dove vivi e ti dirò su quale sanità puoi contare	23
9.	I <i>fuggiaschi</i> delle sanità regionali che meno funzionano	27

1. L'UNIVERSALISMO DISEGUALE

La spesa sanitaria privata annuale a 35,2 miliardi di euro, in crescita più della spesa per consumi in generale nel 2013-2016 (+4,2% di contro a +3,4%) e 12,2 milioni di persone che rinviando e/o rinunciano a prestazioni sanitarie in un anno (+1,2 milioni rispetto all'anno precedente) certificano che oggi il fabbisogno sanitario degli italiani non trova piena copertura nell'offerta di servizi e prestazioni del servizio sanitario pubblico.

E non potrebbe essere altrimenti visto che il doloroso ma necessario ripristino degli equilibri finanziari delle sanità regionali, in particolare di alcune, è proseguito con successo ricorrendo ad un taglio in termini reali della spesa sanitaria pubblica procapite che la Corte dei Conti ha quantificato in media in -1,1% annuale per il periodo 2009-2015.

Nello stesso periodo in Francia la spesa sanitaria pubblica è cresciuta in termini reali in media del +0,8% annuo ed in Germania del +2% medio annuo. In rapporto al Pil la spesa sanitaria pubblica in Italia è pari al 6,8%, in Francia all'8,6% e in Germania al 9,4%.

La ricostruzione della sostenibilità della sanità pubblica è stata non senza conseguenze sul grado di copertura e sulla qualità delle sanità pubbliche, in particolare nelle regioni meno performanti.

Gli italiani ormai devono ricorrere sempre più spesso all'acquisto di tasca propria di servizi e prestazioni sanitarie appropriate per esigenze che non trovano nel pubblico risposte adeguate, a causa della lunghezza delle liste di attesa che non smettono di allungarsi, o perché risiedono in un territorio in cui certe prestazioni non sono erogate o hanno una qualità inadeguata.

E' così che nei bilanci delle famiglie è presente in modo ormai stabile e trasversale ai gruppi sociali, una voce di spesa per la salute che è più penalizzante per le persone a basso reddito, per quelle che più hanno bisogno di cure, dagli anziani ai malati cronici ai non autosufficienti, e per quelle che risiedono nei territori a maggior disagio e con servizi sanitari meno performanti. E chi non dispone delle risorse necessarie per pagare per intero di tasca propria le prestazioni finisce per rinunciare e/o rinviare.

E intanto si vanno ampliando le differenze tra le sanità regionali, non solo nella valutazione dei cittadini, ma anche nei valori di indicatori più strutturali degli esiti come mostra, ad esempio, la quota di malati cronici in buona salute che nelle regioni meridionali è inferiore a quella delle regioni del Centro-Nord e, soprattutto, è letteralmente crollata negli ultimi anni.

La retorica dell'universalismo del Servizio sanitario pubblico è un guscio vuoto di fronte alle evidenti diversità di accesso alla tutela della salute e alle cure, e alla moltiplicazione degli effetti di razionamento dei principali deficit del Servizio sanitario stesso.

Il rapporto con la salute è oggi segnato dalle disuguaglianze sociali e, a sua volta, il funzionamento della sanità amplifica le disuguaglianze stesse, in netta controtendenza con la funzione storica del Servizio sanitario e del welfare di rendere la società più coesa, meno divisa e meno ingiusta garantendo a tutti, a prescindere dal reddito e da altri fattori di differenziazione socioeconomica, culturale o territoriale, l'eguale diritto alla salute e alla cura.

Da questa inedita situazione occorrerà uscire in avanti con soluzioni originali e innovative, senza illudersi che prima o poi sarà possibile tornare a budget pubblici in grado di dare copertura al fabbisogno sanitario complessivo di una popolazione in piena transizione demografica ed epidemiologica, dove è ormai evidente la necessità di metter mano in tutti i territori all'asimmetria tra composizione dei bisogni sanitari e sociosanitari e matrice dei servizi e delle prestazioni di offerta.

I nuovi Lea, il Piano nazionale delle cronicità, il Piano nazionale per la prevenzione vaccinale sono di certo progressi importanti, ma guai a sottovalutare la portata della sfida di 21 sistemi sanitari locali in evidente traiettoria divaricante, e delle crescenti disparità nelle opportunità di cura, altrimenti a rischio sarà tutto il Servizio sanitario che gli italiani, pur non smettendo di criticarne aspetti del funzionamento, considerano una istituzione decisiva per il benessere e la coesione delle nostre comunità.

2. SPENDERE DI TASCA PROPRIA PER LA SALUTE: LA NUOVA NORMALITÀ

La spesa sanitaria privata degli italiani è pari a 35,2 miliardi di euro nel 2016, e in termini reali nel 2013-2016 è aumentata del +4,2%, mentre la spesa totale per consumi è aumentata del +3,4% (tab. 1, fig. 1).

Tab. 1 - Andamento della spesa sanitaria privata e della spesa totale per consumi degli italiani. Anni 2013-2016 (v. a. in milioni di euro correnti e var. % reale)

	2016 (v.a. in mln €)	var.% reale 2013-2016
Spesa sanitaria privata	35.182	+4,2
Spesa totale per consumi	1.023.660	+3,4

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Fig. 1 - Andamento della spesa sanitaria privata e della spesa totale per consumi degli italiani. Anni 2013-2016 (var. % reale)



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Il citato dato della spesa sanitaria privata non include quella per assicurazione sanitaria, mentre include la spesa per la compartecipazione sanitaria, cioè i ticket sanitari e quelli per i farmaci che, in termini reali nel 2015 (ultimo dato disponibile) rispetto al 2007 sono aumentati del +53,7%: con +162,2% per il ticket farmaci e +6,1% per le compartecipazione per prestazioni sanitarie.

La spesa sanitaria privata non è appannaggio esclusivo di persone benestanti alla ricerca della sanità migliore o personalizzata, ma è ormai componente stabile dei budget familiari in modo trasversale ai gruppi sociali: quasi due terzi delle persone a basso reddito hanno dovuto affrontare spese sanitarie private di tasca propria, così come il 76,6% dei malati cronici.

La spesa sanitaria privata è ormai una componente stabile, quotidiana, minuta della spesa per consumi degli italiani; pertanto, nella razionalizzazione di spese e consumi delle famiglie imposta da crisi e stentata ripresa, la sanità ha continuato a drenare risorse private alimentando una matrice di domanda di servizi e prestazioni molto articolata.

L'analisi della *spesa sanitaria privata di tasca propria procapite per età* mostra un trend crescente nel ciclo di vita poiché, fatta 100 la spesa sanitaria privata procapite degli italiani (fig. 2):

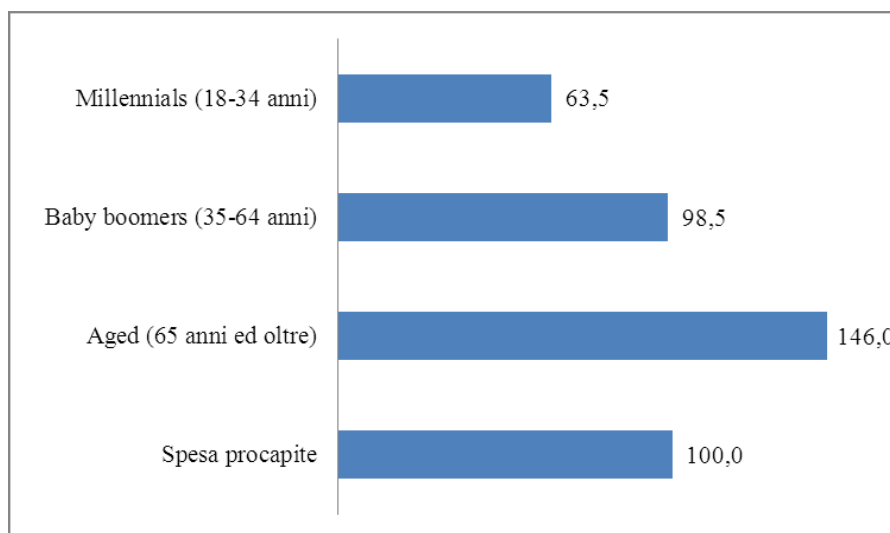
- per i millennials il numero indice è pari a 63,5;
- per i baby boomers a 98,5;
- per gli anziani a 146.

Al crescere dell'età e dei connessi fabbisogni sanitari le persone devono acquistare più servizi e prestazioni sul mercato privato: più si invecchia più si spende di tasca propria per acquistare prestazioni sanitarie di cui si ha bisogno.

La spesa sanitaria privata di un baby boomer è pari a *una volta e mezza* quella di un Millennial, quella di un longevo è a sua volta pari a *quasi una volta e mezza* la spesa sanitaria privata di tasca propria di un baby boomer.

Il decollo della spesa sanitaria privata nel ciclo di vita sintetizza la complessità che, in una società che invecchia a ritmi sostenuti, va assumendo il rapporto tra tutela della salute, risorse finanziarie e sostenibilità del Servizio sanitario e più ancora dei bilanci di famiglie e persone.

Fig. 2 - Spesa sanitaria privata pro capite per classi d'età. Anno 2016 (numero indice spesa pro capite totale = 100)



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, Indagine Censis 2017

Non solo: sempre con riferimento ai numeri indice e fatta 100 la spesa sanitaria privata procapite degli italiani, quella di una persona non autosufficiente è pari a 212,1.

In pratica, l'insorgenza di patologie che fanno perdere la piena autonomia nel quotidiano e moltiplicano la domanda sanitaria delle persone obbliga i cittadini a spendere di più di tasca propria, perché la copertura pubblica del Servizio sanitario non basta più.

Più si invecchia e/o più ci si ammala, e più si deve spendere di tasca propria per curarsi.

3. I FABBISOGNI SANITARI REALI DEI CITTADINI E L'INADEGUATA COPERTURA DEL SERVIZIO SANITARIO: GLI ITALIANI E LA SANITÀ NEGATA

I fabbisogni sanitari degli italiani crescono a seguito dell'evoluzione sociodemografica ed epidemiologica e, d'altro canto, il finanziamento pubblico non riuscirà a garantire una adeguata offerta di servizi e prestazioni, cosa che genererà sia una maggiore pressione sulla spesa privata dei cittadini che l'ampliamento dell'area della sanità negata, cioè delle persone che rinviando o rinunciano alle prestazioni.

Previsioni consentono di indicare che al 2030, tenuto conto dei trend sociodemografici e di consumi sanitari in atto e di quelli presumibilmente destinati a manifestarsi, la spesa sanitaria di tasca propria dei cittadini potrebbe salire oltre i 46 miliardi di euro, con una variazione reale del +39%. Un incremento che per la gran parte rinvierebbe all'aumento della spesa sanitaria privata in capo agli anziani, dando ulteriore conferma del nesso tra aumento dell'età e del fabbisogno sanitario e spesa privata di tasca propria.

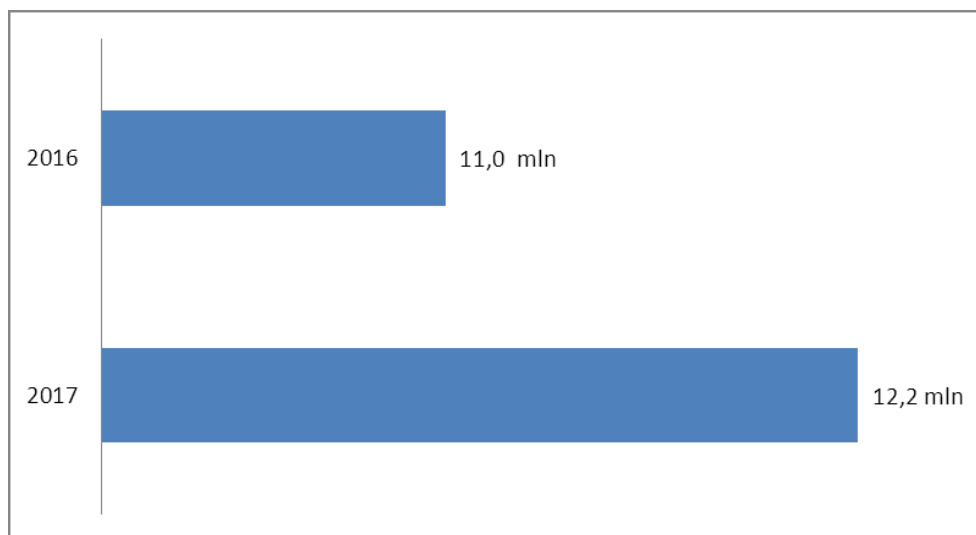
Non a caso la spesa sanitaria privata di tasca propria dei non autosufficienti avrebbe nel periodo 2016-2030 un boom del +79,5%.

Le politiche per la salute devono ormai partire dal concetto chiave di *fabbisogno sanitario* che rinvia alle reali esigenze di tutela e cura delle persone, che se non è coperto dal Servizio sanitario e dalle relative risorse pubbliche, finisce per o costringere i cittadini a spendere di tasca propria o, se non hanno risorse, a rinunciare e/o rinviare le prestazioni.

In altre parole, quando l'offerta pubblica del Servizio sanitario non copre il fabbisogno sanitario, l'equilibrio viene ritrovato con una combinazione di spesa privata aggiuntiva delle famiglie e/o sanità negata, cioè rinuncia alle prestazioni. E quanto più crescono queste due aree, tanto più aumentano disuguaglianze di fatto e razionamenti.

Per questo non può non colpire il dato relativo alle persone che in un anno hanno rinunciato e/o rinviato almeno una prestazione sanitaria per ragioni economiche: sono 12,2 milioni con un incremento di 1,2 milioni (+10,9%) rispetto al dato 2016 (fig. 3).

Fig. 3 - Italiani che hanno rinunciato e/o rinviato per ragioni economiche almeno una prestazione sanitaria nell'ultimo anno (v. a. in mln)



Fonte: indagine Censis, 2017

Rinviare e/o rinunciare prestazioni sanitarie come visite specialistiche, odontoiatriche, accertamenti diagnostici ecc. è ormai un comportamento stabile, consolidato, ordinario, delle famiglie italiane.

E' una forma di sanità negata non più eccezionale o legata a difficoltà congiunturali, ma stabilmente presente nella società, i cui effetti nel lungo periodo toccheranno presumibilmente lo stato di salute medio dei cittadini.

4. L'APPROPRIATEZZA DELLA SPESA SANITARIA PRIVATA

Esiste una retorica che interpreta la spesa sanitaria privata come risultato in gran parte di una sorta di ipocondria di massa che porta a spendere in maniera incontrollata per visite specialistiche, farmaci, analisi e accertamenti di ogni tipo ecc. Si tratterebbe quindi di una spesa inappropriata, una escrescenza ingiustificata che secondo alcuni potrebbe sparire senza effetti reali sulla salute complessiva dei cittadini italiani e sulle opportunità di diagnosi e cura. E' un tema di grande rilievo che merita risposte puntuali.

Una prima documentata risposta arriva dalla Corte dei Conti che segnala come la spesa sanitaria privata dei cittadini sia presente non solo in regioni con livelli qualitativi inferiori del Servizio sanitario, ma anche in regioni come Trentino Alto Adige, Lombardia, Emilia Romagna e Veneto che pure vantano performance migliori dei propri servizi sanitari regionali.

Afferma la Corte dei Conti che: *“l'attuale struttura di assistenza sanitaria, anche al di sopra degli standard minimi richiesti, non è sufficiente a rispondere ai bisogni di una popolazione sempre più anziana, affetta da cronicità e non autosufficienza.”*

E' una autorevole e documentata certificazione istituzionale che i soldi usati dai cittadini per la sanità non servono per rispondere a richieste ingiustificate, ma alimentano l'acquisto di servizi e prestazioni appropriati e necessari.

In estrema sintesi si può dire che la spesa sanitaria di tasca propria dei cittadini *esiste, è appropriata ed è destinata a restare.*

Ma cosa concretamente spinge gli italiani ad andare oltre il Servizio sanitario e, più ancora, cosa li porta a usare risorse proprie per acquistare servizi e prestazioni sanitarie?

Rispondere a tale quesito consente sia di andare oltre le letture semplificatorie che associano la spesa privata di tasca propria a prestazioni inappropriate tout court, sia di capire meglio il meccanismo che sta consolidando una sanità alimentata da risorse private dei cittadini in un sistema che pure vuol essere universale.

Il meccanismo chiave è la lunghezza delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni nel pubblico che costituisce ad oggi il più formidabile strumento di razionamento sanitario e di moltiplicazione del ricorso al privato.

Inoltre, nel valutare se ricorrere al pubblico rassegnandosi alla durata della lista di attesa o ricorrere al privato pagando le prestazioni per intero di tasca propria, i cittadini considerano anche una dimensione di spesa privata che troppo spesso viene sottovalutata e che invece conta: la spesa per ticket che, dai farmaci all'ambulatoriale e alla specialistica pesa sulle tasche degli italiani e che rende per una quota importante di italiani l'accesso al pubblico comunque non gratuito e a volte con un costo che non è distante dalle tariffe praticate nel privato.

E' l'accesso difficoltoso al pubblico la chiave per capire il decollo del ricorso al privato che, comunque, per parte sua si è andato strutturando in termini di quantità, qualità e tariffe della propria offerta in modo da intercettare la nuova domanda di sanità che si va spostando sui mercati privati.

5. LA LUNGHEZZA DELLE LISTE DI ATTESA, IL VERO COLLO DI BOTTIGLIA

Sono 31,6 milioni gli italiani che hanno avuto urgente bisogno di almeno una prestazioni sanitaria ed a causa di liste di attesa troppo lunghe nel pubblico si sono rivolte al privato.

E' accaduto al 72,9% dei residenti al Sud-Isole, al 68,9% al Centro, al 54,3% al Nord-Est ed al 50,8% al Nord-Ovest; ed è accaduto anche al 64,7% dei non autosufficienti ed al 72,6% delle famiglie con figli fino a 3 anni (tab. 2).

Tab. 2 - Italiani che nell'ultimo anno hanno avuto urgente bisogno di una prestazione sanitaria e, a causa di attese troppo lunghe nel pubblico, hanno fatto ricorso al privato, per area geografica (val. %)

Negli ultimi 12 mesi Le è capitato di aver urgente bisogno di una prestazione e, a causa di attese troppo lunghe nel pubblico, di dover ricorrere al privato?	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud-Isole	Totale
Si	50,8	54,3	68,9	72,9	62,5
No	49,2	45,7	31,1	27,1	37,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2017

Esempio eclatante di prestazioni urgenti o percepite come tali con liste di attesa troppo lunghe nel pubblico che hanno spinto di pazienti a rivolgersi al privato sono le visite presso medici specialisti: il 52% degli italiani dichiara di avere optato per uno specialista privato a causa dell'attesa troppo lunga per l'accesso al pubblico.

Ma quanto sono lunghe le liste di attesa che spingono i cittadini a ricorrere al privato? Dati Censis del 2017 consentono di definire la lunghezza media in giorni per alcune prestazioni e le relative oscillazioni tra macroaree (tab. 3):

Tab. 3 - La lunghezza in giorni delle liste di attesa per alcune prestazioni sanitarie, per area geografica

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud-Isole	Totale
<u>Visite specialistiche</u>					
Cardiologica	65	51	79	68	67
Ginecologica	42	32	72	41	47
Oculistica	89	104	89	74	87
Ortopedica	53	71	61	77	66
<u>Visite diagnostiche</u>					
Colonscopia	97	50	109	106	93
Mammografia	89	118	127	142	122
Ecografia	42	50	81	74	62
Risonanza magnetica	50	51	110	111	80

Fonte: indagine Censis, 2017

- per una visita cardiologica l'attesa media è pari a 67 giorni, con una oscillazione tra i 51 giorni del Nord-Est ed i 79 giorni del Centro;
- per una visita ginecologica 47 giorni, passando da 32 giorni al Nord Est a 72 giorni al Centro;
- per la visita oculistica 87 giorni, con 74 giorni al Sud-Isole e 104 giorni al Nord-Est;
- per la visita ortopedica 66 giorni, con 53 giorni al Nord-Ovest e un picco di 77 giorni al Sud-Isole;
- per una colonscopia si attendono 93 giorni, da un minimo di 50 giorni al Nord-Est ad un massimo di 109 giorni al Centro;
- per una mammografia 122 giorni, da 89 giorni al Nord-Ovest a 142 giorni al Sud;
- per una ecografia 62 giorni, da 42 giorni al Nord-Ovest a 81 giorni al Centro;
- per una risonanza magnetica 80 giorni, da 50 giorni al Nord-Ovest a 111 giorni al Sud.

Sono tempi di attesa per l'accesso alle strutture pubbliche o convenzionate che rendono più che comprensibile il ricorso al privato soprattutto in presenza di prestazioni urgenti o percepite come tali.

Con simili tempi di attesa è quasi inevitabile che i cittadini si convincano che il ricorso al privato sia obbligato; e anche se non sempre è dettato da una urgenza assoluta, tuttavia l'installarsi nel corpo sociale della convinzione che i tempi di attesa non siano riducibili, non può che generare, da un lato una erosione della fiducia nel servizio sanitario e, dall'altro, la pericolosa convinzione che la salute sia sempre più legata alla condizione economica.

Nel periodo 2014-2017 per la gran parte delle prestazioni sanitarie prese in considerazione si registra un allungamento della lunghezza delle liste di attesa (tab. 4):

- le visite cardiologiche sono passate da 59 giorni a 67 giorni, +8 giorni;
- le visite ginecologiche da 38 giorni a 47 giorni, +8 giorni;
- le visite oculistiche da 70 a 87 giorni, con ben 18 giorni in più,;
- le visite ortopediche da 48 giorni a 66 giorni, con + 18 giorni;
- la colonscopia da 87 giorni a 93 giorni, + 6 giorni;
- la mammografia da 62 giorni a 122 giorni, con +60 giorni
- la risonanza magnetica da 74 giorni a 80 giorni, con +6 giorni.

Un sentiero di espansione dei tempi di attesa che non è certo secondario rispetto al boom del privato e alla convinzione che in certe situazioni occorre far da se, utilizzando soldi propri.

Tab. 4 - Andamento della lunghezza in giorni delle liste di attesa per alcune prestazioni sanitarie nel periodo 2014-2017

	2014	2017	Diff. 2014-2017
<u>Visite specialistiche</u>			
- Visita cardiologica	59	67	+8
- Visita ginecologica	38	47	+8
- Visita oculistica	70	87	+18
- Visita ortopedica	48	66	+18
<u>Visite diagnostiche</u>			
- Colonscopia	87	93	+6
- Mammografia	62	122	+60
- Risonanza magnetica	74	80	+6

Fonte: indagine Censis, 2017

6. IL MICIDIALE GORGO DELLA SPESA SANITARIA PRIVATA, POTENTE FONTE DI DISAGIO E DISUGUAGLIANZE

6.1. Gli intrappolati nel gorgo

Quali sono le conseguenze sociali provocate dal finanziamento di una spesa sanitaria privata annuale così ingente che pesa sulle tasche dei cittadini italiani?

E' il quesito chiave per capire gli impatti sociali; in concreto, le spese sanitarie che gli italiani affrontano di tasca propria creano un *gorgo di difficoltà e disuguaglianze* che risucchia milioni di persone e che, ad oggi, è troppo poco compreso nella sua meccanica e rilevanza sociale. In estrema sintesi si rileva che per affrontare spese sanitarie di tasca propria (tab. 5):

- 13 milioni di italiani hanno avuto difficoltà economiche con, ad esempio, una riduzione del tenore di vita;
- 7,8 milioni di italiani hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi e/o indebitarsi con parenti, amici o presso banche, istituti di credito vari;
- 1,8 milioni di persone sono entrate nell'area della povertà, sono i *saluteimpoveriti*.

Il gorgo si apre con le persone in difficoltà a causa di spese sanitarie di tasca propria e si chiude, in basso, con quelle risucchiate nelle nuove povertà: una miscela micidiale che moltiplica le disuguaglianze e l'ansia sociale.

E' evidente che per i *nuovi poveri della sanità e della malattia* le spese sanitarie private hanno finito per abbattersi su situazioni di pregressa fragilità economica oppure hanno generato un tale flusso di spese da devastare i pregressi equilibri di budget, provocando effetti via via più gravi fino all'estremo della caduta nel girone dei nuovi poveri.

Quel che colpisce è la potenza della regressività degli impatti sociali del gorgo della spesa sanitaria privata coperta con risorse di tasca propria dai cittadini: le famiglie a reddito più basso, o residenti nei territori più deprivati o più bisognose di sanità sono rimaste intrappolate in misura maggiore nel gorgo che, per molti cittadini, ha portato alla povertà pura e semplice.

Tab. 5 - Il gorgo della spesa sanitaria privata: italiani che hanno subito conseguenze economiche nel dover affrontare spese sanitarie private (v. a.)

Italiani che in un anno:	v. a.
Hanno avuto difficoltà nell'affrontare le spese sanitarie private di tasca propria	13.000.000
Hanno dovuto usare tutti i propri risparmi e/o si sono dovuti indebitare con parenti, amici e/o banche, altri istituti per coprire spese sanitarie private di tasca propria	7.800.000
Dichiarano di essere entrati nell'area della povertà a causa di spese sanitarie private di tasca propria	1.800.000

Fonte: indagine Censis, 2017

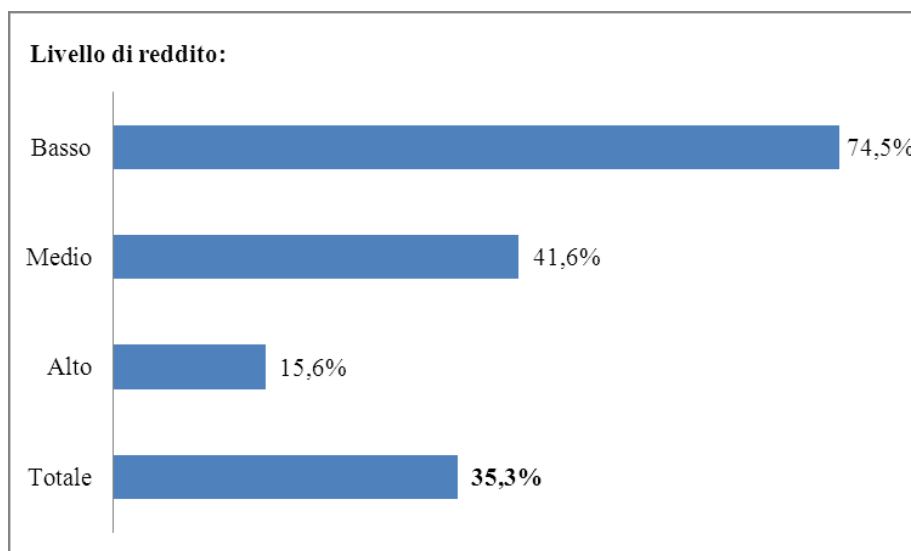
6.2. Aspetti del profilo degli intrappolati

Le persone in difficoltà

13 milioni di italiani hanno avuto difficoltà nel pagare spese sanitarie di tasca propria, con un abbassamento del tenore di vita, magari dettato dalla necessità di ridurre altri consumi. Il fenomeno ha carattere regressivo poiché:

- il 74,5% delle persone a basso reddito che hanno affrontato spese sanitarie private ha avuto difficoltà di contro al 15,6% di quelle a reddito più alto (fig. 4). La quota di persone a basso reddito che ha avuto difficoltà nel pagare spese sanitarie di tasca propria è pari a oltre quattro volte quella delle persone benestanti;
- la percentuale sale dal 21,9% del Nord-Ovest e dal 21,8% del Nord-Est al 35,2% del Centro al 53,8% del Sud-Isole (fig. 5). In quest'ultima area geografica le persone in difficoltà per le spese sanitarie private sono più del doppio di quelle registrate al Nord e oltre il 18% in più di quelle individuate al Centro.

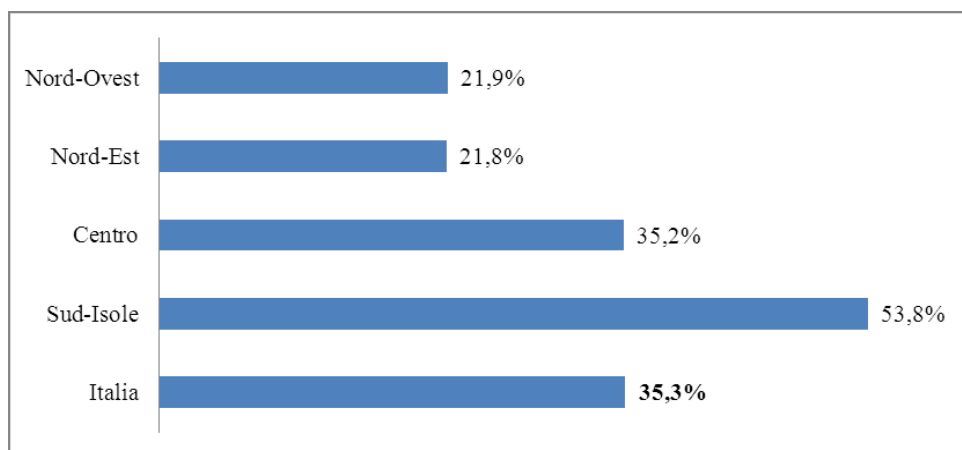
Fig. 4 - Italiani che hanno avuto difficoltà nell'affrontare spese sanitarie private di tasca propria, per livello di reddito* (val. %)



Le percentuali indicano per ciascuna livello di reddito le quote di persone che nell'affrontare spese sanitarie di tasca propria hanno avuto difficoltà

Fonte: indagine Censis, 2017

Fig. 5 - Italiani che hanno avuto difficoltà nell'affrontare spese sanitarie private di tasca propria, per area geografica (val. %)



Le percentuali indicano per ciascuna area geografica le quote di persone che nell'affrontare spese sanitarie di tasca propria hanno avuto difficoltà

Fonte: indagine Censis, 2017

La sanità pagata privatamente con risorse di tasca propria dai cittadini è il perno di una dinamica sociale divaricante che approfondisce le linee di frattura sociale e territoriale. Non solo, ben il 51,4% delle famiglie con un non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria ha avuto difficoltà nell'affrontarle: ne discende che chi più ha bisogno di cure, più soffre sul piano economico.

Le persone che hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi e/o si sono indebitate

7,8 milioni di italiani per coprire le spese sanitarie private hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi e/o indebitarsi con parenti e/o amici e/o presso banche, istituti di credito vari.

Se ne riscontrano di più:

- nel Sud-Isole (il 21,2% dei residenti che hanno affrontato spese sanitarie private) rispetto al Centro (19,2%) e, soprattutto, al Nord-Est (8,1%) ed al Nord-Ovest (11,2%) (fig. 6);
- tra le famiglie a basso reddito (25,2%) rispetto a quelle con reddito medio (17,8%) e quelle con reddito più alto (9,7%) (fig. 7).
- tra le persone affetta da patologie croniche (19,1%) e quelle con stato di salute insufficiente o pessimo (28,4%).

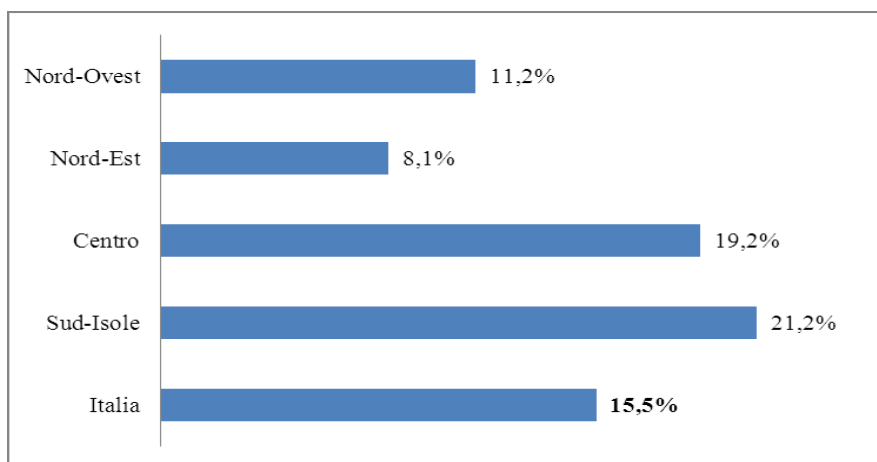
La mappa delle persone che hanno usato tutti i propri risparmi e/o si sono indebitate per ragioni sanitarie mostra come il fenomeno colpisca più duramente nei gruppi sociali più fragili e/o tra le persone che per condizione di salute più hanno bisogno della sanità.

I saluteimpoveriti

1,8 milioni di persone sono entrate nell'area della povertà a seguito di spese sanitarie che hanno dovuto affrontare di tasca propria: ne sono più coinvolte le persone a basso reddito (il 9%), i non autosufficienti (7,8%), i residenti al Centro (4,7%) e al Sud-Isole (4,1%) (tab. 6).

Guai a sottovalutare che nell'area dei *saluteimpoveriti* ci sono finiti anche il 3,7% di persone con reddito medio, a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da colpire duro anche chi si posiziona in livelli non bassi della piramide sociale.

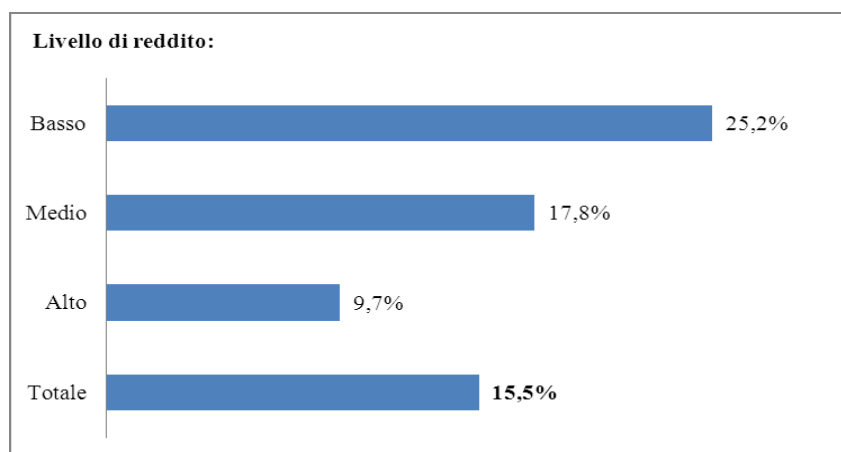
Fig. 6 - Italiani che per affrontare le spese sanitarie private hanno dovuto utilizzare tutti i risparmi e/o si sono indebitati, per area geografica (val. per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Le percentuali indicano per ciascuna area geografica le quote di persone che per affrontare spese sanitarie private di tasca propria hanno dovuto utilizzare tutti i risparmi e/o si sono dovute indebitare

Fonte: indagine Censis, 2017

Fig. 7 - Italiani che per affrontare le spese sanitarie private hanno dovuto utilizzare tutti i risparmi e/o si sono indebitati, per livello di reddito (val. per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Le percentuali indicano per ciascun livello di reddito le quote di persone che per affrontare spese sanitarie private di tasca propria hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi e/o si sono dovute indebitare

Fonte: indagine Censis, 2017

Che sia perché si abbattano su redditi risicati o che sia perché hanno una tale dimensione quantitativa da schiacciare le risorse disponibili delle persone coinvolte, le spese sanitarie private entrano a pieno titolo tra le cause di nuova povertà.

Dati ed esperienze dei *nuovi poveri della sanità e della malattia* raccontano di budget familiari saltati in aria a seguito di un flusso intenso e/o prolungato di pagamenti per la sanità.

Tab. 6 - I salute impoveriti: alcune caratteristiche del profilo (val. per 100 persone con le stesse caratteristiche)

I saluteimpoveriti	val. %
Livello di reddito:	
Basso	9,0
Medio	3,7
Alto	1,1
Area geografica:	
Nord-Ovest	2,7
Nord-Est	2,4
Centro	4,7
Sud-Isole	4,1
Famiglie con:	
Non autosufficienti	7,8
Neet	5,6
Figli minori	3,8
Totale	3,5

Fonte: indagine Censis, 2017

7. LA COPERTURA DEL SERVIZIO SANITARIO PER I FARMACI NON È COSÌ COMPLETA

E' utile individuare le prestazioni che più hanno generato difficoltà economiche per le persone che ne avevano bisogno e hanno dovuto acquistarle sul mercato privato.

Le visite specialistiche (74,7%), i farmaci (53,2%), gli accertamenti diagnostici (41,1%), l'odontoiatria (40,2%), le analisi del sangue (31%), lenti e occhiali da vista (26,6%), le prestazioni di riabilitazione (14,2%), protesi, tutori, ausili vari (8,9%), assistenza sociosanitaria a domicilio (5,7%) (tab. 7).

Tab. 7 - Italiani che hanno avuto difficoltà economiche per tipologia di prestazione sanitaria acquistata (val. %)

	Totale
Visite specialistiche	74,7
Farmaci	53,2
Accertamenti diagnostici	41,1
Odontoiatria	40,2
Analisi del sangue	31,0
Lenti/occhiali da vista	26,6
Riabilitazione	14,2
Protesi, ausili, tutori	8,9
Assistenza sociosanitaria a domicilio	5,7

Fonte: indagine Censis, 2017

Le visite specialistiche sono ovunque la causa massima di difficoltà per le tasche degli italiani in ambito sanitario, con un epicentro della crisi al Centro dove sono richiamati dall'81,4% di coloro che hanno avuto difficoltà.

Gli accertamenti diagnostici hanno generato maggiori difficoltà per i residenti nelle regioni del Sud-Isole e, più ancora, del Centro, rispetto a quelli delle due macro aree del Nord.

Sui farmaci occorre ormai stracciare il velo della reale tutela costituita dai farmaci garantiti dal Servizio sanitario, perché al di là dei farmaci salvavita ve ne sono molti altri dei quali i pazienti non possono fare a meno, ma che devono acquistare di tasca propria.

Esempi indicativi riguardano i farmaci sottoposti a Note Aifa, indicazioni limitative prodotte dalla Agenzia Italiana del Farmaco che ciascun medico deve obbligatoriamente rispettare per poter prescrivere alcuni farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Si tratta di uno strumento regolatorio che fissa ambiti di rimborsabilità dei farmaci, ma senza interferire con la libertà di prescrizione del medico, in altre parole, esistono ambiti di prescrivibilità secondo indicazioni clinico-terapeutiche, per i quali il costo della terapia è a carico del cittadino.

Alcuni esempi riguardano gli antinfiammatori non steroidei, per i quali la Nota Aifa fissa precise condizioni patologiche (artropatie su base connettivica, osteoartrosi in fase algica o infiammatoria, dolore neoplastico e attacco acuto di gotta), rendendo a carico del cittadino il farmaco antinfiammatorio per condizioni infiammatorie e dolorose dell'apparato muscolo-scheletrico anche molto comuni, come ad esempio tendiniti, periartite della spalla, traumatismi, algie post chirurgiche ecc..

In ambito dermatologico, i medici di medicina generale possono prescrivere i preparati per uso topico (creme, pomate, ecc.) a carico del Servizio sanitario solo per pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica) solo su diagnosi specialistica, mentre per le altre condizioni patologiche della cute, peraltro anch'esse molto comuni (ad esempio, dermatiti, micosi, piccole ustioni, infezioni della cute, punture di insetto, ecc.) il cittadino deve pagarseli da solo.

In ambito oftalmico, sono prescrivibili a carico del Servizio sanitario i soli colliri per il trattamento del glaucoma, mentre sono a carico del cittadino (collocati in fascia C) la gran parte dei colliri a base di antinfiammatori, steroidi o antibiotici per il trattamento delle comuni e frequenti patologie oftalmiche, come capita per la totalità dei colliri per il post operatorio dell'intervento per cataratta.

Poi i farmaci antistaminici, la prescrivibilità a carico del Servizio sanitario è limitata ai pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni); negli altri casi, in cui serve un trattamento con antistaminici per brevi periodi (ad

esempio manifestazioni allergiche transitorie, orticaria occasionale, ecc.) il farmaco è a carico del cittadino.

Le difficoltà finanziarie rispetto all'acquisto di farmaci da parte dei cittadini, quindi, non sono necessariamente o esclusivamente legate ad una insana voglia di farmaci o all'assunzione inappropriata degli stessi: ci sono farmaci che semplicemente non sono erogati nell'ambito del Servizio sanitario pur appropriati dal punto di vista clinico.

Non sorprende quindi che il 69,2% dei non autosufficienti che hanno avuto difficoltà nel fronteggiare spese sanitarie private indichi il caso dei farmaci.

8. DIMMI DOVE VIVI E TI DIRÒ SU QUALE SANITÀ PUOI CONTARE

Lo sforzo di riequilibrio finanziario della sanità italiana è evidente nei numeri poiché nel periodo 2009-2015 la spesa sanitaria pubblica è stata tagliata in media per ciascun anno dell'1,1%, come indicato dalla Corte dei Conti. Nello stesso periodo la spesa sanitaria pubblica in termini reali aumentava in media annua del +0,8% in Francia e del +2% in Germania.

Dati Ocse 2015 indicano che in rapporto al Pil in Italia la spesa sanitaria pubblica è pari al 6,8%, mentre in Francia è pari all'8,6% e in Germania al 9,4%.

I cittadini italiani quindi possono contare su minori risorse pubbliche in sanità, anche a seguito dei successivi, prolungati e differenziati per regione interventi per riconquistare la sostenibilità finanziaria del sistema: uno sforzo non senza impatti sulla qualità dell'offerta.

Dati Censis 2017 indicano che il 64,5% degli italiani è soddisfatto del Servizio sanitario, il 35,5% non è soddisfatto: sono soddisfatti il 76,4% al Nord-Ovest, l'80,9% al Nord-Est, il 60,4% al Centro ed il 47,3% al Sud-Isole (tab. 8).

Il 31,8% degli italiani è convinto che nell'ultimo anno il Servizio sanitario sia peggiorato, il 12,5% che sia migliorato e il 55,7% che sia rimasto stabile (tab. 9).

Tab. 8 - Giudizio dei cittadini sul Servizio Sanitario della propria regione, per area geografica (val. %)

Lei è soddisfatto del Servizio sanitario della sua regione?	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì	76,4	80,9	60,4	47,3	64,5
No	23,6	19,1	39,6	52,7	35,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2017

Tab. 9 - Performance nell'ultimo anno del Servizio Sanitario regionale secondo i cittadini, per area geografica (val. %)

Secondo lei nell'ultimo anno, il servizio sanitario della sua regione è:	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Migliorato	11,8	13,1	11,4	13,3	12,5
Peggiorato	25,2	26,1	34,2	38,9	31,8
Rimasto uguale	63,0	60,8	54,3	47,9	55,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2017

Nelle macro aree i valori corrispondenti sono:

- al Nord-Ovest il 25,2% ritiene sia peggiorato, l'11,8% migliorato, il 63% rimasto uguale;
- al Nord-Est il 26,1% peggiorato, il 13,1% migliorato ed il 60,8% rimasto uguale;
- al Centro il 34,2% peggiorato, il 11,4% migliorato ed il 54,3% rimasto uguale;
- al Sud-Isole il 38,9% peggiorato, il 13,3% migliorato ed il 47,9% rimasto uguale.

Storicamente la sanità italiana ha avuto performance territorializzate con diversificate capacità di copertura, in linea con quel divario Nord-Sud che è una costante della storia unitaria in ogni ambito.

La novità che va emergendo è però una dinamica centrifuga, con traiettorie distinte ma anche sempre più distanti che penalizzano in generale la macro area Sud-Isole e, presumibilmente all'interno della stessa alcune regioni che tendono a perdere ancora più terreno delle altre.

Così un sistema come quello sanitario, un tempo unitario e alla ricerca di meccanismi di perequazione per le tutele garantite ai cittadini, oggi non solo si riscopre ancora molto diversificato al suo interno, ma prende atto di una dinamica divaricante che moltiplica le disuguaglianze tra territori e gruppi sociali.

L'analisi delle quote di residenti soddisfatti e quelle relative alla valutazione delle performance delle sanità regionali indicano esperienze completamente diverse dei cittadini in rapporto alla sanità del proprio territorio di residenza.

E' in atto una dinamica divaricante che si muove sicuramente lungo l'asse Nord-Sud e che tuttavia è poi fatta di una rilevante articolazione interna che genera una diversificazione estrema della reale tutela sanitaria garantita ai cittadini.

Le disparità territoriali nelle opportunità di tutela e cura della salute hanno impatti rilevanti nel lungo periodo che emergono prepotenti anche su aspetti molto più concreti, specifici, come ad esempio *l'andamento delle persone con malattie croniche in buona salute* nel periodo 2006-2016 (tab. 10).

Tab. 10 - Graduatoria delle regioni per variazione delle persone con malattie croniche in buona salute, anni 2006-2016 (var. % 2006-2016, val. %)

<i>Rank</i>	Regioni	var.% 2006-2016	Cronici in buona salute 2016 (val. %)
1	Emilia-Romagna	+27,7	48,4
2	Valle d'Aosta	+23,8	52,7
3	Lombardia	+21,7	48,8
4	Trentino Alto Adige	+21,5	57,9
5	Piemonte	+17,5	43,5
6	Friuli-Venezia Giulia	+12,4	44,3
7	Veneto	+5,4	45,5
8	Marche	+1,5	42
9	Toscana	-1,4	40,6
10	Puglia	-1,7	40
11	Umbria	-2,3	43,5
12	Liguria	-6,5	39,1
13	Abruzzo	-6,6	37,5
14	Lazio	-8,2	40,8
15	Sicilia	-10,1	36
16	Campania	-11,6	38,4
17	Sardegna	-15,8	35,7
18	Molise	-17	35,8
19	Calabria	-29,9	28,7
20	Basilicata	-40,6	28,7
	Italia	+2,7	42,3

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Le regioni in cui le quote di cronici in buona salute sono diminuite di più sono rispettivamente la Basilicata (-40,6%, con 28,7% di cronici in buona salute), la Calabria (-29,9%, con 28,7% di cronici in buona salute), Molise (-17%, 35,8%), la Sardegna (-15,8%, 35,7%) e la Campania (-11,6%, 38,4%).

L'univocità dei trend degli indicatori che penalizzano le regioni meridionali segnala un processo sociale più profondo che chiama in causa anche le sanità locali, visibilmente in ritardo rispetto all'assistenza ospedaliera e alle nuove sfide assistenziali per le cronicità.

D'altro canto, anche un indicatore complesso e di lunga deriva come la speranza di vita comincia ad introiettare le diverse performance delle sanità regionali, se è vero che nel meridione da almeno due anni ha subito una torsione in basso, fenomeno assolutamente inedito rispetto al trend di lungo periodo.

9. I FUGGIASCHI DELLE SANITÀ REGIONALI CHE MENO FUNZIONANO

Votare con i piedi è una pratica diffusa nelle società contemporanee, e vuol dire che il cittadino o consumatore semplicemente cambia luogo o provider quando non trova risposte adeguate alle proprie esigenze. Nella sanità italiana, in particolare in quella delle regioni meridionali, i *fuggiaschi* sono un componente stabile di antica data.

Di solito l'attenzione è focalizzata sui ricoveri ospedalieri e sulla mobilità interregionale ospedaliera che segna 740 mila ricoveri in un anno di cittadini in regioni diverse dalla propria; la maggiore facilità degli spostamenti e costi meno alti del passato hanno comunque moltiplicato i *fuggiaschi* anche per altre prestazioni sanitarie, dalle visite specialistiche agli accertamenti diagnostici alle pratiche riabilitative.

Si possono stimare in 6,5 milioni gli italiani che dichiarano che nell'ultimo anno si sono rivolti a vario titolo al sistema sanitario pubblico o privato di un'altra regione. In tale dato rientrano sia gli spostamenti legati alle acuzie che quelli relativi a specifiche prestazioni di tipo ambulatoriale o per accertamenti diagnostici o anche per visite specialistiche: e sono inclusi sia gli spostamenti più lunghi che quelli frontalieri tra regioni.

I *fuggiaschi della sanità* sono ormai una componente stabile e rilevante del popolo della sanità italiana: persone che vanno a cercare prestazioni che nel proprio territorio o non ci sono oppure valutano di qualità inadeguata.

Tecnicamente la mobilità sanitaria è stata un grande perequatore poiché ha spostato flussi di domanda, allentando la pressione qualiquantitativa sulle sanità considerate meno buone dai propri cittadini.

Ovviamente anche la mobilità sanitaria, soprattutto se obbligata, opera come un pericoloso moltiplicatore di disparità, sia perché chi deve spostarsi ha una condizione più penosa dei cittadini che possono beneficiare della sanità della propria regione, sia perché ci sono cittadini che non possono affrontare i costi degli spostamenti e quindi rientrano poi nell'area del rimpianto, cioè di coloro che sono convinti che se avessero avuto più soldi avrebbero potuto beneficiare della sanità di altre regioni, di più alto livello.

Il dato dei *fuggiaschi* ha una fortissima connotazione territoriale ed oscilla tra l'8,8% del Nord-Ovest e più del 16% del Sud-Isole.

Il ricorso alla sanità di un'altra regione espone comunque a spese sanitarie di tasca propria più alte, oltre che a spese di integrazione ineludibili, come ad esempio quelle legate a trasporto, vitto e alloggio: pur limitandosi alle spese sanitarie in senso stretto, il 57% delle persone che si sono rivolte alla sanità di un'altra regione ha avuto difficoltà nel fronteggiarle.

E' evidente a questo stadio che le dinamiche divaricanti tra le sanità regionali sono anche esito della stagione devolutiva che non ha attivato alcun virtuoso meccanismo di competizione *verso l'alto e verso il meglio* tra i Servizi sanitari dei vari territori, e anzi ha messo ancor più in rilievo l'esistenza di coperture diversificate, con un ampliamento delle distanze regionali.

In Italia oggi ci sono 21 servizi sanitari diversificati, che mostrano quanto velleitario sia stato ogni tentativo di trasferire in modo tecnico e neutrale una presunta modellistica di governance e organizzazione sanitaria più efficiente e/o meno costosa da un contesto regionale all'altro; né le forzature sulla omogeneità dei costi delle prestazioni né quella sugli obblighi sui vincoli di bilancio con i processi di ristrutturazione imposti con i piani di rientro sono stati origine di meccanismi perequativi della qualità.

Nelle regioni in cui la sanità ha qualità più bassa si registra sempre più una dinamica di ulteriore peggioramento, con un più forte desiderio dei cittadini di tali regioni di fuggire altrove per avere accesso alla buona sanità.