



21° Rapporto Sanità

L'insostenibile staticità dell'intervento pubblico (in Sanità e oltre)

Executive Summary

A cura di

Barbara Polistena, Daniela d'Angela, Federico Spandonaro

con il patrocinio di:



DIPARTIMENTO DI
ECONOMIA E FINANZA



L'insostenibile staticità dell'intervento pubblico (in Sanità e oltre)

Polistena B.¹, d'Angela D.¹, Spandonaro F.²

Il 21° Rapporto Sanità presenta una disamina dell'evoluzione delle politiche sanitarie nell'ultimo anno, replicando la struttura consolidatasi negli ultimi anni: l'analisi inizia affrontando alcuni temi "trasversali" (contesto socio-economico, finanziamento, spesa, esiti e reti), per poi approfondire le politiche nelle singole aree assistenziali.

L'*Executive summary* utilizza le evidenze contenute nelle monografie che compongono i capitoli del Rapporto (a cui si rimanda per gli approfondimenti), al fine di elaborare una narrazione coerente dell'evoluzione della Sanità in Italia, focalizzando l'attenzione sugli elementi di politica sanitaria ritenuti più rilevanti; utilizzando un approccio all'analisi strettamente quantitativo, oltre che evidenziando le criticità più importanti del sistema di tutela della salute nazionale, ci si propone di fornire qualche suggerimento per un loro auspicabile superamento, mantenendo fermo l'obiettivo finale che rimane quello di ribadire l'importanza del principio della tutela pubblica della salute.

Una "particolarità" del 21° Rapporto, che riteniamo importante sottolineare, è rappresentata dal fatto che molti dei suoi capitoli condividono il tentativo di prolungare retrospettivamente l'orizzonte delle analisi, con l'obiettivo di giungere ad una valutazione dell'impatto che l'instaurazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha avuto sulla tutela della Salute della popolazione.

Si è addivenuti all'adozione di questo approccio considerando le conclusioni del 20° Rapporto, intitolato "Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio", e il dibattito sviluppatosi

durante l'ultimo anno.

Infatti, nel 20° Rapporto avevamo sostenuto la tesi che fosse ormai giunto il momento di operare un cambio di paradigma. In altre parole, che fosse insufficiente operare ulteriori "manutenzioni" (per quanto "straordinarie") del servizio, e quindi giusto promuovere una "trasformazione" del SSN, per mantenerlo sostenibile ed efficace.

Alla prova dei fatti, le politiche sanitarie del 2025 non sembrerebbero avere sposato quella tesi: si è, piuttosto, proseguito con "manutenzioni", più o meno incisive e più o meno efficaci (si veda, a mero titolo di esempio, la questione delle Liste di Attesa): ma senza mettere mano ad una revisione significativa del paradigma di Servizio.

In qualche modo sembra abbiano prevalso quelle che l'ultimo Rapporto OASI della Università Bocconi definisce "narrazioni consolatorie", per le ragioni brillantemente spiegate nell'*Executive summary* del Rapporto (*La sanità italiana: narrazioni consolatorie, criticità governabili e una doppia agenda manageriale*, Longo F. e Ricci A., 2025): narrazioni che tendono a giustificare il mantenimento dello status quo.

Appare peraltro evidente che, in carenza di una indicazione politica che vada nel senso di una volontà di trasformazione, un cambio di paradigma non possa avvenire per impulso delle Istituzioni deputate alla gestione della Sanità pubblica.

Ma l'indicazione non si è evidentemente manifestata: anzi il dibattito politico è rimasto confinato alle "schermaglie tattiche" che, ancora una volta, riteniamo si poggino su "narrazioni consolatorie".

A parziale giustificazione della mancata presa

¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

² Università degli Studi di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanità

d'atto della Politica dell'esistenza di crescenti difficoltà del SSN nel mantenere le sue "promesse" va, in primo luogo, certamente segnalata l'apparente contraddizione esistente fra indicatori di salute e *Performance* del Servizio: le prime eccellenti nei confronti internazionali e in continuo miglioramento; le seconde depauperate dall'incapacità di risolvere alcuni nodi critici del sistema.

Non stupisce, quindi, che nel dibattito sulla politica sanitaria si siano contrapposti pareri (anch'essi "politici") discordi sulla reale esigenza di una trasformazione: anzi, sembra prevalere un consenso sull'idea che una "trasformazione" non serva o, peggio, che sia un modo surrettizio per "affossare" il SSN.

In altri termini, sembrano essersi costituite due "fazioni" (in senso lato) che, per semplicità e "immediatezza" possiamo "battezzare" dei "trasformatori" e dei "manutentori".

Le due "fazioni", in buona sostanza, condividono che i principi della L. n. 833/1978 siano ancora validi e debbano essere salvaguardati; ma, mentre i "trasformatori" ritengono che alcuni di questi principi vadano riletti e adeguati ai mutamenti della Società (e altri debbano essere aggiunti *ex novo*), i "manutentori" ritengono che questo non sia necessario, ed anzi sia "pericoloso" perché potrebbe portare alla privatizzazione del sistema.

In qualche modo, i "manutentori" ritengono che i problemi del SSN siano da ascrivere ad aspetti legati a scelte di politica sanitaria (e non solo sanitaria) sbagliate e/o insufficienti: questa tesi è spesso appoggiata su quella che vede il SSN ampiamente sotto-finanziato, o vittima di politiche (il Federalismo fra quelle più citate) che ne hanno minato l'efficienza e l'efficacia; un'altra tesi, spesso richiamata, vuole che sia in atto una strisciante "privatizzazione" del Servizio, responsabile dei problemi che il SSN incontra quotidianamente.

Sebbene il dibattito sia per ora rimasto confinato nelle sale dei convegni, essendo stati fra i promotori dell'idea che fosse necessaria una "trasformazione", ci è parso opportuno verificare più da vicino quegli aspetti che vengono più frequentemente opposti alla tesi della necessità di una "trasformazione".

Le assunzioni da cui siamo partiti per sviluppare

le analisi sono essenzialmente tre:

- 1) una ragione essenziale e fondante dell'intervento pubblico in Sanità è il perseguitamento dell'Equità
- 2) un'ulteriore condizione è la capacità del SSN di essere realmente efficiente e, quindi, capace di massimizzare il "rendimento" dell'investimento pubblico
- 3) infine, che il SSN sia effettivamente capace di tutelare la salute, soddisfacendo i reali bisogni della popolazione.

Il punto elencato per terzo, lo è per ragioni legate allo sviluppo della narrativa, rimanendo comunque il primo da un punto di vista logico, nella misura in cui non avrebbe senso il perseguitamento dell'efficacia e dell'efficienza a fronte di una offerta di servizi considerati inefficaci da parte della popolazione.

In definitiva, le (principali) domande di ricerca che ci si è fatti nel 21° Rapporto Sanità sono:

- Il SSN ha riposto e risponde ai bisogni della popolazione?
- Il SSN ha mantenuto le sue promesse e perseguito l'Equità?
- Il SSN ha migliorato (o almeno mantenuto) i suoi livelli di Efficienza?

Le tre domande principali di ricerca generano, a loro volta, una serie di ulteriori quesiti:

- È in atto una privatizzazione del sistema?
- Il federalismo ha "minato" lo spirito della L. n. 833/1978?
- Il sistema può essere finanziato adeguatamente?
- Come si concilia l'esigenza di una trasformazione con l'osservazione di buoni esiti aggregati di salute?
- Il SSN è preparato ad affrontare rischi sanitari emergenti (pandemie, cambiamenti demografici, nuovi bisogni)?

A seguire si prova a fornire, quindi, una sintesi di quale evidenza emerge dalle analisi raccolte nel Rapporto, singolarmente per ognuna delle domande elencate: lasciando, come anticipato, l'aspetto dei bisogni alla fine per esigenze di narrazione.

Equità

Il 21° Rapporto Sanità ha ricostruito la dinamica di vari indicatori dei livelli di Equità del sistema, analizzando tutto il periodo dalla istituzione del SSN (L. n. 833/78) ad oggi: in particolare, la quota di famiglie che sostengono spese sanitarie direttamente, l'incidenza della spesa sanitaria sostenuta privatamente su quella per i consumi, l'incidenza dell'impoverimento a causa di spese sanitarie, la quota di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche e la quota di famiglie che sperimentano un disagio economico causato dalle spese sanitarie.

Le dinamiche di lungo periodo hanno evidenziato un *trend* distopico rispetto a quelle che sembrerebbe dover essere in base a "leggitive" aspettative per l'impatto generato dall'istituzione di un servizio pubblico universalistico, fondato su principi di equità di accesso.

Ad esempio, la quota di famiglie che hanno fatto ricorso a consumi sanitari pagandoli privatamente è aumentata di +19,2 punti percentuali (p.p.) nei quarant'anni considerati: attualmente, oltre il 70% delle famiglie italiane, sostiene spese di "tasca propria"

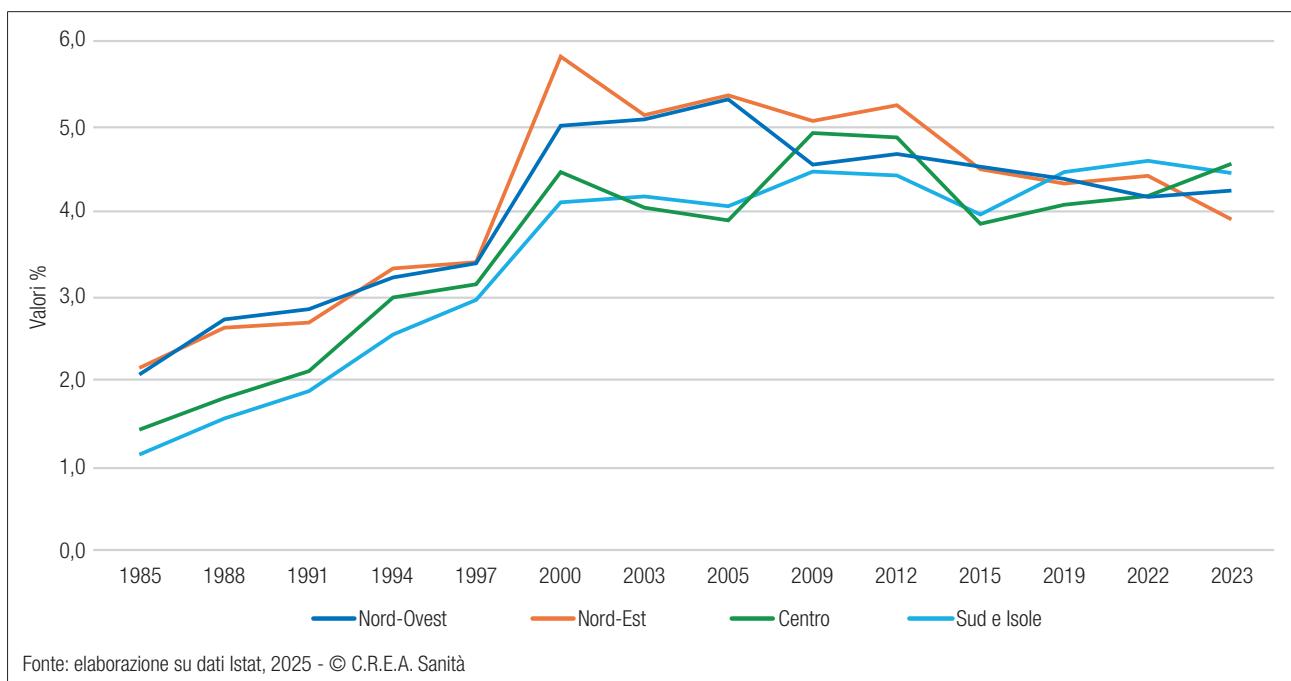
(*Out of Pocket* (OOP)).

Ciò che più rileva è, però, che l'aumento registrato si è concentrato negli anni '90 (+16,1 p.p., ovvero l'83,9% dell'aumento), in corrispondenza dell'esplodersi della prima riforma del SSN, ed è stato maggiore nella sub-popolazione economicamente più fragile: le famiglie del I quintile di consumo (quello minore) che sostengono spese sanitarie sono aumentate di +25,9 p.p., mentre quelle del V di +8,1 p.p..

Analogamente, è risultato maggiore l'aumento fra le famiglie con persona di riferimento dotata di basso livello di istruzione (+28,7 p.p.).

L'andamento è inverso alle aspettative anche da un punto di vista geografico (Figura 1.); nel 1985 ricorreva a spese sanitarie private maggiormente le famiglie residenti nel Nord-Est (62,3%), dotate di un reddito medio superiore a quello medio nazionale; nei 40 anni considerati la situazione si è ribaltata: attualmente è divenuta maggiore la quota di famiglie spendenti nelle ripartizioni del Centro (75,9%) e del Mezzogiorno (70,8%), che hanno superato quelle del Nord (68,7%).

Figura 1. Incidenza della spesa sanitaria OOP sui consumi familiari per area geografica



In termini di composizione dei consumi, osserviamo come le famiglie residenti nel Mezzogiorno acquistino più frequentemente farmaci (81,0% delle famiglie) e visite specialistiche con finalità preventiva (24,2%); nel Centro, prestazioni specialistiche e servizi di assistenza *Long Term Care* (LTC); nel Nord, invece, prevalgono le cure odontoiatriche (26,4%).

Mentre per farmaci, assistenza ospedaliera e servizi assistenziali per la LTC la quota di famiglie che spendono privatamente rimane omogenea nelle varie stratificazioni, per il dentista, la specialistica e la diagnostica, il ricorso cresce con la disponibilità economica delle famiglie: per il dentista si passa dall'8,8% delle famiglie del I quintile di consumo al 27,9% di quelle del V; per la specialistica dal 33,5% (I quintile) al 56,1% (V quintile), per gli articoli sanitari dal 10,9% al 24,0%.

Un aspetto degno di nota, e di ulteriori approfondimenti, è quello delle diverse "dinamiche" che convivono all'interno dell'acquisto di prestazioni specialistiche; infatti, l'Istat rileva separatamente le prestazioni che fanno parte di un percorso di cura e riabilitazione e quelle che invece hanno natura classificata come preventiva, e quindi presumibilmente rappresentano frequentemente un "primo contatto" con il sistema sanitario.

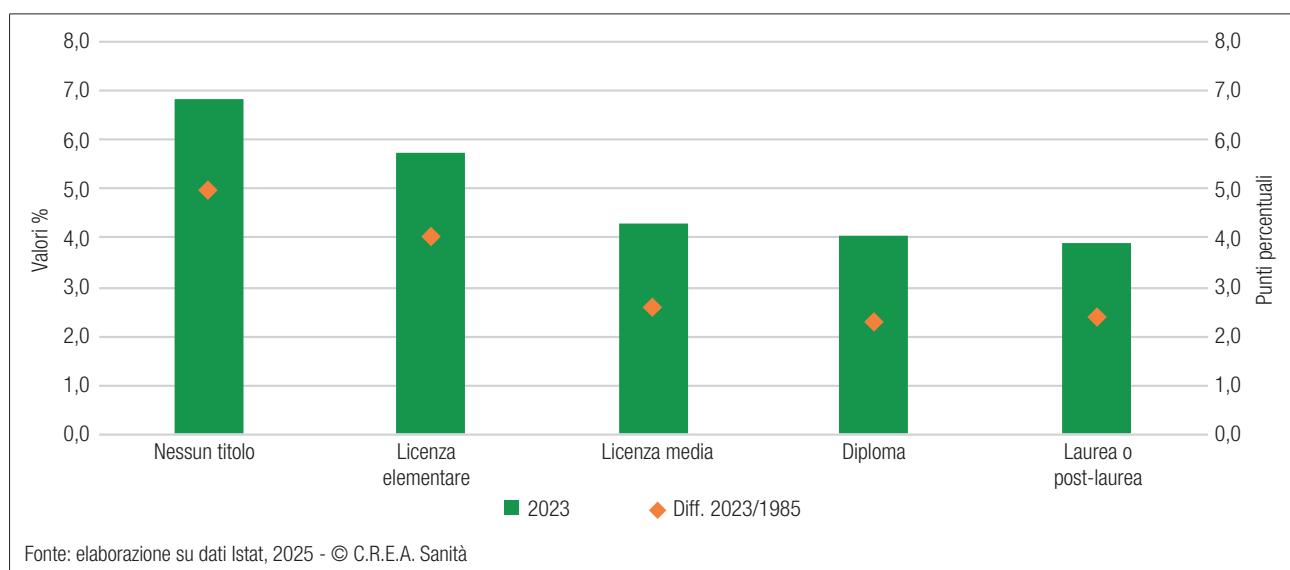
Il consumo per le prime è sostanzialmente omo-

geneo (e anche contenuto) fra le varie tipologie di profili (quintile di consumo, livello di istruzione ecc.); di contro, il ricorso a prestazioni con finalità preventiva a pagamento diretto delle famiglie, si concentra sui pazienti meno istruiti e con meno disponibilità economiche. Il fenomeno può essere interpretato come un sistema per aggirare le barriere all'accesso alle prestazioni e garantirsi un accesso "precoce" al percorso di cura: il fatto che incidano di più sulle famiglie più fragili fa paventare il rischio del permanere di una elevata iniquità di accesso.

Simili osservazioni possono farsi per i *trend* di spesa.

Negli anni è aumentato anche l'onere delle spese sanitarie private: la loro incidenza sui consumi familiari è aumentata di +2,6 p.p. negli ultimi quarant'anni, raggiungendo il 4,3%; anche in questo caso l'aumento è maggiormente a carico dei più "fragili" economicamente: +5 p.p. per le famiglie meno istruite, che oggi destinano il 6,8% dei loro consumi alle spese sanitarie (a fronte del 4,6% di quelle più ricche); +2,1 p.p. e +2,8 p.p. per le meno abbienti (I e II quintile di consumo), che oggi destinano rispettivamente il 3,0% ed il 4,0% della loro spesa ai consumi legati alla salute (Figura 2.).

Figura 2. Incidenza della spesa per consumi sanitari sui consumi totali



Giova osservare che, mentre nel Nord la crescita della spesa sanitaria è risultata allineata all'aumento del reddito disponibile, nel Centro e nel Mezzogiorno la spesa sanitaria è cresciuta significativamente più del reddito: un fenomeno che sembra suggellare la tesi che ritiene che le famiglie considerino la spesa sanitaria privata una "necessità/esigenza".

Il dato si conferma considerando che nei primi anni dall'istituzione del SSN, nei primi tre quintili di consumo si concentrava il 27,6% della spesa sanitaria privata; attualmente la quota è cresciuta sino ad attestarsi al 37,6% (7,2% nel I, 13,0% nel II e 17,4% nel III quintile).

Le dinamiche descritte si riverberano sugli indicatori di impoverimento e rinuncia.

Il fenomeno dell'impoverimento causato dalle spese sanitarie private è cresciuto di +1,3 p.p. rispetto all'istituzione del SSN (quando era quasi nullo); attualmente 367.528 nuclei familiari si impoveriscono; sono maggiormente coinvolte le famiglie meno abbienti e quelle con basso livello di istruzione: il 6,3% di quelle del I quintile (considerando i nuclei che sostengono spese per consumi sanitari), lo 0,5% di quelle del II e lo 0,1% di quelle del terzo; nonché il 5,5% delle famiglie con capofamiglia senza alcun titolo di studio ed il 2,7% di quelle in cui ha la licenza elementare.

In termini di composizione della famiglia, le più gravate sono quelle costituite da anziani (soli o in coppia) e le famiglie con figli (incidenza rispettivamente del 2,3% e 2,1%).

A livello geografico è il Mezzogiorno la ripartizione più colpita, con una incidenza che è circa tre volte quella registrata nel Nord e più che doppia di quella registrata nel Centro.

L'acquisto di farmaci, assistenza specialistica e il dentista sono le principali cause di impoverimento; per le famiglie con anziani sale al secondo posto l'assistenza LTC, mentre per quelle con bambini l'odontoiatria.

In particolare, la criticità di accesso all'assistenza LTC sembra interessare soprattutto le famiglie impoverite residenti nel Centro, dove, in effetti, si registra

un basso tasso di posti letto nelle residenze (3,9 ogni 1.000 abitanti); ed anche quelle meno istruite (presumibilmente più vecchie e quindi bisognose di tale forma di assistenza).

L'analisi dell'impoverimento è distorta dal fenomeno delle rinunce ai consumi: questo genera famiglie che non si impoveriscono perché non spendono, ma a fronte dei rischi consequenti ad una rinuncia al consumo sanitario.

Considerando prudenzialmente solo le famiglie che hanno dichiarato di aver ridotto i consumi sanitari per ragioni economiche fino ad annullarli, e sommandole a quelle impoverite, si stima che 1,25 mln. di famiglie (2,3 mln. dei residenti), hanno subito un "disagio economico dovuto alle spese sanitarie".

Il "disagio" colpisce maggiormente le famiglie del Mezzogiorno (6,0%) e quelle con un basso livello di istruzione (9,3% di quelle con persona di riferimento senza titolo di studio ed il 5,8% di quelle in cui è in possesso di licenza elementare).

Nell'ultimo decennio l'incidenza è aumentata di +0,6 p.p., (maggiormente nel Mezzogiorno e nel Nord-Est, +0,9 p.p.).

In rapporto ai quintili di consumo l'aumento è stato maggiore nei primi tre: rispettivamente di +1,0, +0,8 e +0,4 p.p..

Infine, è aumentato anche il fenomeno delle spese "catastrofiche" (quelle che superano il 40% della capacità di spesa mensile familiare): nello specifico di +2,1 p.p. nell'ultimo decennio, arrivando ad interessare 2,3 mln. di famiglie.

Anche in questo caso sono maggiormente esposte al fenomeno le famiglie residenti nel Mezzogiorno, seguite da quelle del Nord-Est; in particolare gli anziani, soli o in coppia, e le famiglie dei quintili di consumo centrali; la causa più frequente di "catastroficità" risultano le spese odontoiatriche, anche se nel Mezzogiorno prevalgono i farmaci, e fra gli anziani le spese per l'assistenza LTC.

Complessivamente emerge un quadro critico, sia in termini di permanenza di livelli di iniquità, sia di dinamiche, che purtroppo risultano tutt'altro che in miglioramento.

Efficientamento

L'efficienza è uno dei temi ritenuti cruciali, e quindi più richiamati, nelle politiche sanitarie finalizzate a garantire il perseguitamento della sostenibilità del sistema nel tempo.

In particolare, possiamo ricordare come la prima riforma del SSN, negli anni '90, avesse nell'efficientamento del sistema il suo focus principale; tanto che, in quegli anni, fu coniato lo *slogan* "razionalizzare per non razionare", traducibile come l'obiettivo di aumentare l'efficienza del SSN, per salvaguardarne la sostenibilità e evitare il ricorso alla riduzione delle tutele. Come è noto, all'inizio degli anni '90, constatando la formazione di continui deficit di spesa, si decise per introdurre modifiche di sistema (che semplificando possiamo riassumere con l'etichetta della "aziendalizzazione") tese a incentivarne l'efficienza.

Per contestualizzare, va segnalato che in corrispondenza della prima riforma del SSN (D.Lgs. n. 502/1992 e n. 517/1993), i livelli e i tassi di crescita della spesa pubblica erano minori di quelli registrati in media nei Paesi EU-Ante 95.

Nello specifico, fra il 1992 e il 2000 il tasso medio annuo di crescita della spesa sanitaria pubblica è risultato complessivamente del +4,4% (+0,8% in termini reali).

Nello stesso tempo la spesa privata è cresciuta del +10,7% medio annuo (+6,8% in termini reali),

quindi +6,3 p.p. rispetto al settore pubblico.

Gli andamenti descritti hanno spostato l'onere della copertura della tutela: all'inizio degli anni '90, oltre l'81% del finanziamento della spesa sanitaria era a carico del servizio pubblico, valore superiore, rispetto a quello medio dei Paesi EU-Ante 1995 (73,1%); nel 2000 la copertura era scesa al 72,6%, ed era diventata inferiore rispetto a quella media dei Paesi EU-Ante 1995 (76,5%).

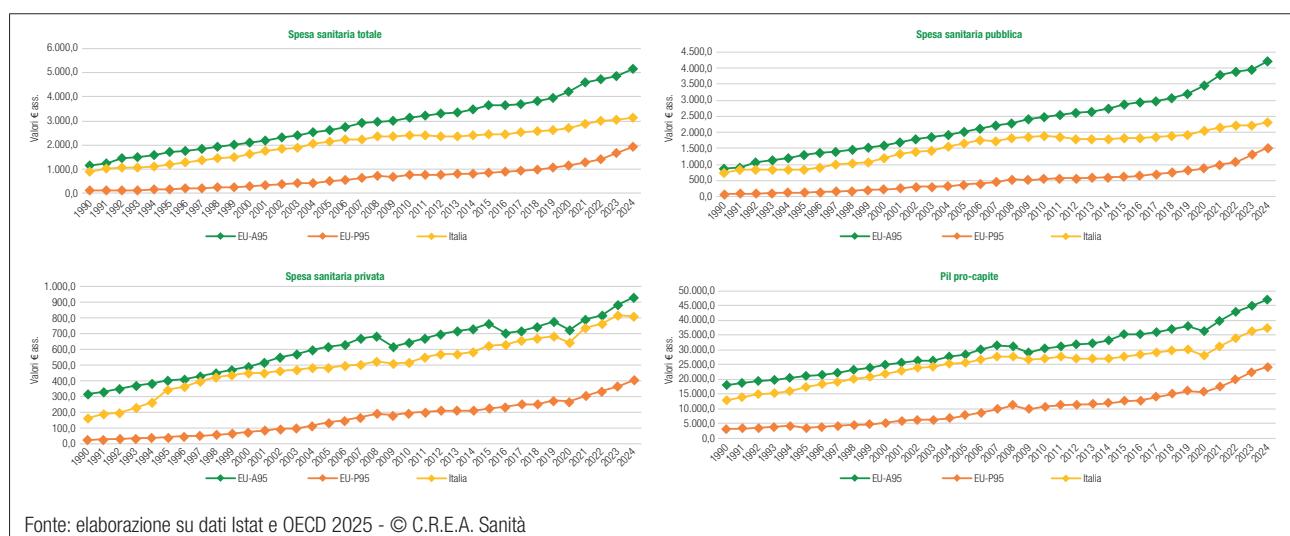
A fronte della "non tenuta" dei conti, nel 2001 il legislatore è nuovamente intervenuto, introducendo il Federalismo, finalizzato alla responsabilizzazione economico-finanziaria delle Regioni.

Dopo l'approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. n. 3/2001) la crescita della spesa pubblica si è ridotta ulteriormente al +2,7% medio annuo (+0,7% in termini reali) nel periodo 2000-2024 (Figura 3.).

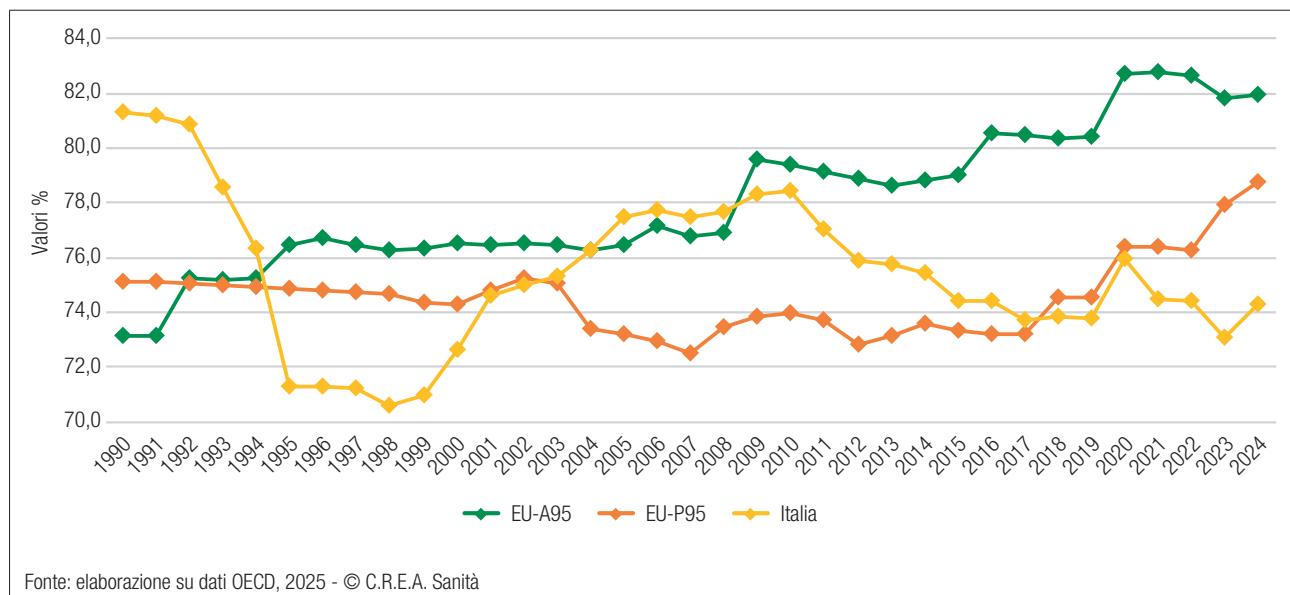
Un *trend*, peraltro, perfettamente allineato a quello della spesa privata, tanto che la quota di copertura pubblica dopo il 2000 è tornata a crescere e nel 2008 si è allineata nuovamente ai livelli medi europei.

L'intervento della crisi finanziaria del 2008-2009 ha inaugurato una nuova fase di "ritiro" della quota pubblica, che è diminuita fino al 74,3% attuale, una incidenza inferiore di -7,7 p.p. a quella dei Paesi EU-Ante 1995 (Figura 4.).

Figura 3. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite, Italia, EU-Ante 1995 e EU-Post 1995



Fonte: elaborazione su dati Istat e OECD 2025 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 4. Finanziamento pubblico della Spesa Sanitaria corrente

I dati richiamati sono quindi sintetizzabili come segue:

- malgrado le “buone intenzioni”, sembra che negli anni '90 buona parte della “razionalizzazione” è stata di fatto un “razionamento”
- gli anni '90 hanno visto una crescita rilevante degli oneri a carico delle famiglie, mentre il Federalismo non ha contribuito a trasferire oneri sulle famiglie, e anzi, sino alla crisi finanziaria, l'aveva diminuita
 - non si avvalorà, quindi, la tesi di una attuale tendenza alla privatizzazione del sistema di tutela
- il Federalismo ha messo “sotto controllo” la spesa, mantenendo e riducendo ulteriormente i tassi di crescita reale degli anni '90.

In altri termini, dal 2001 in poi, il vero *driver* di cambiamento nell'ecosistema sanitario appare essere il ristagno della crescita italiana, che ha minato tanto la crescita della spesa pubblica, sia quella della spesa privata: va ricordato che fino al 2000 il PIL italiano è cresciuto in termini reali del +2,1% medio annuo; successivamente la crescita è stata quasi nulla (+0,3%).

La carente di risorse e, quindi, la crescente competizione per l'allocazione fra le diverse funzioni

pubbliche, ha condizionato la traiettoria della spesa sanitaria pubblica, ma anche quella della spesa privata.

Il tasso medio di crescita della prima, nel periodo 2001-2024, è stato in media inferiore di -1,9 p.p. annui rispetto a quello dei Paesi EU-Ante 1995, con il risultato di accumulare uno scostamento del -44,6%.

Dopo il 2000 non si assiste più ad alcuna “compensazione” da parte delle famiglie: fenomeno che non stupisce considerando che gli italiani spendono privatamente già più di quanto atteso sulla base delle loro disponibilità economiche: la spesa sanitaria privata italiana è, infatti, più bassa del -13,0% di quella media dei Paesi EU-Ante 1995, ma a fronte di un PIL pro-capite inferiore del -20,6%.

Analizzando la spesa privata, sembra emergere come, nella Società italiana, si stia sviluppando un processo di “razionalizzazione” della stessa: a riprova, all'interno dei € 43,3 mld. di spesa privata (24,2% del totale), cresce gradualmente la quota di spesa intermediata: tra il 2019 e il 2024 è aumentata di +14,2 p.p. nel 2024, il 67,2% della componente intermediata è associata a polizze collettive e il 32,8% a polizze individuali.

Tornando alla spesa pubblica, malgrado gli scostamenti (“in difetto”) rispetto a livelli europei, e pur

potendosene stimare un sottodimensionamento (anche considerando il rispetto dei vincoli macro-economici), i margini di rifinanziamento sembrano modesti, e comunque non tali da poter raggiungere livelli "risolutivi".

Va infatti considerato che il PIL italiano (usato qui come *proxy* delle risorse disponibili) è condizionato, più che negli altri Paesi europei, dall'incidenza degli interessi sul debito pubblico, e dall'incidenza dell'economia sommersa, che non contribuisce fiscalmente a sostenere le spese pubbliche.

Di fatto, riferendosi alla relazione statistica che lega il PIL al netto degli interessi (non essendo peraltro stato possibile depurare il confronto dalle diverse incidenze del sommerso) e la spesa sanitaria (totale), il *target* di rifinanziamento ipotizzabile risulta del 12,9% (sovrastimato per le ragioni indicate); in pratica meno di € 30 mld. che, ricordando quanto argomentato sulla mancanza di propensione delle famiglie a spendere ulteriormente per la Sanità, appare evidente dovrebbero comunque essere reperite nel bilancio pubblico (Figura 5.).

Un ammontare che rimane di complessa, se non

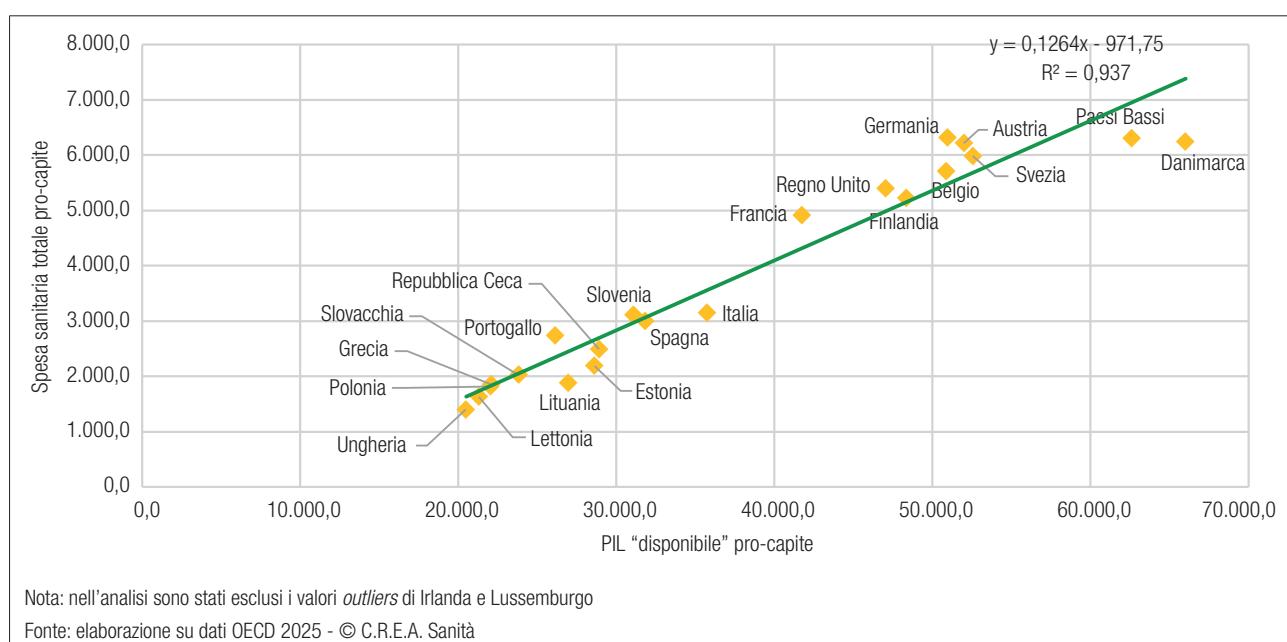
impossibile, reperibilità, anche alla luce della "competizione" di altri settori del *welfare* sottofinanziati (si veda in primo luogo l'istruzione) e le crescenti pressioni per il riarmo.

Peraltro, anche trovando le risorse per il rifinanziamento, rimarrebbero irrisolti numerosi problemi; senza pretesa di esaustività:

- in carenza di crescita il differenziale si riaccumulerebbe velocemente
- la spesa rimarrebbe comunque inferiore (a titolo di esempio) del -27,8% rispetto a Paesi come la Francia e del -43,9% rispetto alla Germania
- sulla base delle stime pubblicate nelle precedenti edizioni del Rapporto Sanità, non basterebbero neppure a riallineare organico e retribuzioni dei professionisti sanitari impegnati nel SSN.

Va aggiunto che, in prospettiva, la principale criticità sembra essere quella dello scostamento fra crescita italiana e tassi di crescita della spesa dovuti alle tecnologie sanitarie.

Figura 5. Spesa sanitaria totale vs PIL netto interessi



A riprova di ciò, basti ricordare come il tasso medio annuo di crescita della spesa farmaceutica totale nell'ultimo decennio sia stato del +3,6%, e stia accelerando vistosamente (+4,1% nell'ultimo quinquennio): tanto che la quota di spesa sanitaria pubblica assorbita dal settore è aumentata di +3,1 p.p. negli ultimi 10 anni. Questo malgrado i tentativi di contenimento della stessa, peraltro arrivati ad un punto limite: stimiamo uno sforamento del tetto della farmaceutica pubblica di € 4,1 mld. per il 2025 e di € 6,5 mld. per il 2026.

D'altra parte, appare impossibile assumere una attitudine di "rinuncia alla tecnologia", anche in considerazione dell'osservazione che larga parte dell'efficientamento è in ultima istanza riconducibile all'innovazione (ivi compresa quella organizzativa): una conferma di ciò, per quanto indiretta, la troviamo nella riduzione delle degenze medie in campo chirurgico (-3,9% in media nell'ultimo decennio), che assumono ancor più valore considerando come l'invecchiamento si riflette sull'aumento delle degenze nei ricoveri "medici" (+15,5%); ma anche nel progressivo aumento dell'età di insorgenza delle patologie acute, a dimostrazione dell'efficacia delle maggiori opportunità terapeutiche (e in primo luogo della prevenzione secondaria).

Nell'insieme, anche sul lato dell'efficientamento i risultati non appaiono scevri di criticità: la "razionalizzazione" non sembra avere evitato un razionamento, peraltro implicito e, proprio per questo, potenzialmente generatore di iniquità e inefficienze.

Bisogni

Equità ed efficienza rappresentano condizioni necessarie per massimizzare il benessere sociale, ma non sufficienti: evidentemente non avrebbero alcun senso qualora il SSN non facesse realmente fronte ai bisogni della popolazione.

Da questo punto di vista, non ci si può esimere dal ricordare come la strutturazione dell'offerta del SSN sia stata pensata in un mondo del tutto diverso dall'attuale:

- gli anziani (over 75) che nel 1982 erano il 4,7% della popolazione (2,7 mln.), ora sono il 12,6% (7,4 mln.)

- nel 2014 morivano ogni anno 691.000 persone; in un decennio sono aumentate di 27.000 unità
- peraltro, nascevano 509.000 bambini, che ora non arrivano a 370.000 (-37,3%)
- di contro, i disabili sono invece rimasti costanti malgrado l'invecchiamento
- i multirronici che, nel 1980, erano il 40,7% della popolazione (23 mln.), ora sono il 41,6% (+1,5 mln.)
- i non autosufficienti che, nel 2016, erano il 3,3% della popolazione (2,0 mln.), sono oggi stimati essere il 3,7% (2,2 mln.), con una crescita di circa il +10% in meno di dieci anni.

Il quadro descritto appare evocativo di un significativo aumento dei bisogni dovuto all'invecchiamento, ma anche alla crescita delle opportunità diagnostiche e terapeutiche che, almeno in alcuni ambiti, sopravanzano persino l'impatto derivante dalle modificazioni demografiche.

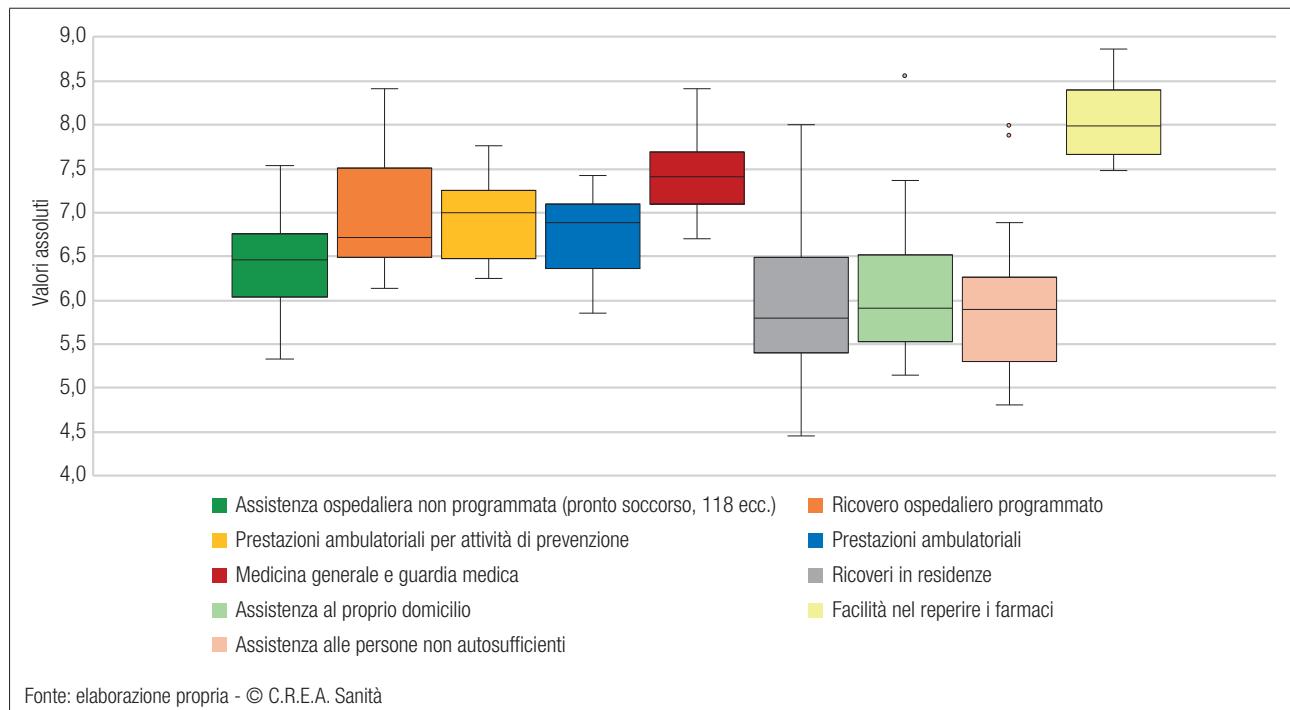
Non di meno, l'innovazione tecnologica ha permesso di contrastare significativamente la crescita della domanda: ricordiamo il dato sopra richiamato sulla disabilità, rimasta nel tempo sostanzialmente costante, certamente anche grazie alla migliore efficacia delle terapie; una indicazione analoga è offerta anche dall'aumento degli anni di vita in buona salute attesi (+0,8 anni), e possiamo aggiungere alla lista anche l'epocale riduzione dei ricoveri chirurgici (-18,8% negli ultimi 10 anni).

Per quanto efficace, la tecnologia non ha potuto annullare completamente gli effetti della demografia: ma il cambiamento più rilevante non è quello quantitativo, quanto quello qualitativo, legato alle modificazioni della natura dei bisogni, e quindi della domanda che generano.

Da questo punto di vista, altri elementi di cambiamento sociale vanno richiamati; senza pretesa di esaustività:

- le famiglie monopersonali che erano il 31,1% nel 2015, ora sono il 36,2% (9,5 mln.)
- le famiglie monopersonali di over 65 che erano il 14,8% nel 2015, ora sono il 16,9%
- i laureati, che nel 2015 erano il 17,6% della popolazione (25-64 anni) ora sono il 22,3%.

Figura 6. Indice di soddisfazione, per area assistenziale



In definitiva, appare evidente che si debba considerare il combinato disposto dei fattori demografici e sociali, e questo porta a riconoscere due cambiamenti fondamentali:

- la crescita di bisogni “ibridi”, ovvero allo stesso tempo sanitari e sociali
- il progressivo scostamento fra bisogni (clnicamente intesi) e domanda.

La centralità di questi due aspetti in una prospettiva evolutiva del SSN sembra essere confermata dai risultati di una indagine promossa da C.R.E.A. Sanità per raccogliere alcune PREMs (*Patient Reported Experience Measures*), intervistando un campione rappresentativo della popolazione italiana.

Dalla survey emerge come la soddisfazione dei cittadini sia significativamente maggiore per i servizi legati all'assistenza farmaceutica e alla medicina di famiglia; di contro, significativamente peggiore per l'assistenza domiciliare, residenziale e ai soggetti non autosufficienti. Mentre le altre aree di assistenza indagate, quali ospedaliera e specialistica, rimangono in una “via di mezzo” (Figura 6.).

Il dato raccolto conferma l'insufficienza della ri-

sposta del SSN nei confronti dei più fragili, che oggi sono i soggetti che, a causa dell'età (e quindi i problemi di salute), ma anche della deprivazione, perdono in tutto o in parte la loro autosufficienza: una quota di popolazione crescente, che non richiede tanto cure ospedaliere e specialistiche, quanto una assistenza “ibrida”, sanitaria e sociale, capace in primo luogo di salvaguardarne la qualità di vita.

Con eccezioni marginali, la disaffezione dei cittadini per i servizi di questo tipo appare del tutto generale a livello geografico, confermando che si tratta di una diffusa emergenza sociale.

La carenza del SSN su questo versante appare spiegabile, osservando come, negli anni '80, con una popolazione più giovane, dotata di una minore aspettativa di vita e anche minori opportunità terapeutiche, la prevalenza dei bisogni era legata alle acuzie: ed a queste il Servizio ha risposto, tanto che la soddisfazione della popolazione, pur non ottimale, per l'assistenza ospedaliera e specialistica rimane più o meno allineata alla sufficienza.

La soddisfazione rimane “appena” sufficiente, in larga misura a causa di carenze di offerta: dimostra-

te indirettamente dalla “lunghezza” delle liste di attesa, e dalla conseguente quota di spesa OOP delle famiglie, che ha ormai superato il 25% del totale.

Una conferma dell'esistenza di barriere all'accesso ci sembra anche essere fornita dal citato utilizzo della spesa privata OOP per acquistare prestazioni “preventive”, interpretabile (si veda il Capitolo 5f sull'Equità) come un *escamotage* per accelerare l'accesso ai percorsi di cura.

In ogni caso, malgrado le difficoltà, le famiglie italiane sembrano, comunque avere imparato a supplire alle carenze di offerta, adottando una attitudine che possiamo definire del “fai da te”.

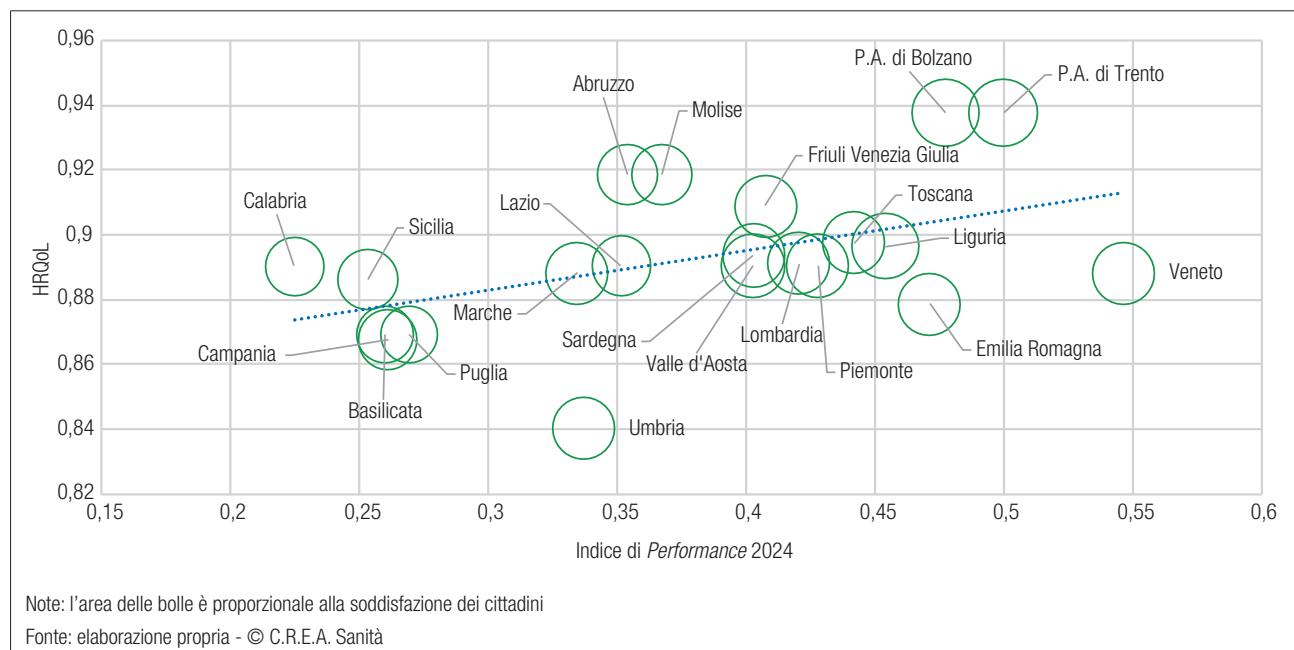
Per conferma, a titolo esemplificativo, citiamo i risultati di una *survey* a cui hanno risposto 585 donne operate al seno (Indagine C.R.E.A. Sanità per ANDOS): quasi il 90% delle pazienti riesce ad effettuare gli esami di *follow-up* nei tempi previsti; ma di queste meno della metà ha avuto gli esami prenotati dalla struttura che le ha in carico; le altre hanno “fatto da sole” e, quindi, non stupisce che due terzi lamenti difficoltà nella prenotazione delle prestazioni, dovute alle lunghe liste d'attesa (46,2% delle risposte); il

27% lamenta la necessità di dover ricorrere al privato per la difficoltà di prenotare nel pubblico; od anche l'impossibilità di effettuare le prenotazioni in Centri vicini alla propria residenza (14,0%), la difficoltà nella comunicazione con i Centri (9,9%) ed, infine, la necessità di prenotare gli esami con largo anticipo (2,9%).

In sintesi, l'obiettivo di cura si raggiunge, ma grazie ad una quota rilevante di “autogestione” (il “fai da te”) delle pazienti.

La virtuosa capacità delle famiglie italiane di utilizzare un approccio “fai da te” per la gestione della propria salute va sottolineata, anche perché, molto probabilmente, è uno dei fattori che maggiormente determina il mantenimento di eccellenti indicatori aggregati di salute in Italia, insieme alla constatazione che i servizi sanitari possono incidere sulla salute solo per il 10-20%, un impatto nettamente inferiore rispetto a quello esercitato dagli stili di vita, dai comportamenti individuali, dai fattori socio-economici e da quelli ambientali (si veda anche il Capitolo 4d sulla necessità di sviluppare l'approccio *One Health* a livello nazionale).

Figura 7. Indice di Performance, qualità della vita correlata alla salute (HRQoL) e soddisfazione dei cittadini



A conferma, ricordiamo che nella citata *survey*, C.R.E.A. Sanità ha anche raccolto la *Health Related Quality of Life* delle popolazioni regionali (utilizzando l'EuroQol-5D-5L) e le risposte hanno evidenziato come la percezione della qualità della vita non dipenda solo dalle *Performance* dei Sistemi Sanitari Regionali: ad esempio, Calabria e Veneto, pur ottenendo valori estremi ed opposti in termini di *Performance* nella tutela della salute, registrano una qualità di vita percepita pressoché sovrapponibile (Figura 7.).

Ovviamente, il "fai da te" ha un costo, anche economico, ben rappresentato dal fatto che il 38% delle donne intervistate è andata incontro a problemi di "tossicità finanziaria" (si veda Capitolo 15b), malgrado sia residente in un Paese dotato di un Servizio Sanitario pubblico universalistico.

Ma il "fai da te" non è sufficiente dove la carenza di offerta supera il limite: ed è il caso dell'assistenza residenziale e domiciliare.

Con l'invecchiamento e l'aumento dell'aspettativa di vita è cresciuto il bisogno legato alla cronicità, ma il SSN non è riuscito a cambiare paradigma: la medicina di iniziativa e la presa in carico rimangono attivate a "macchia di leopardo" sul territorio nazionale.

La destinazione delle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) al territorio vorrebbe essere la scelta risolutiva per cambiare paradigma in tema di risposta del Servizio ai problemi legati alla cronicità. Ma, mentre si attende riscontro oggettivo sull'impatto degli investimenti fatti, va rilevato che ancora forniscono in prevalenza risposte ai bisogni di diagnosi specialistica (magari di primo livello) e di cure intermedie, senza affrontare in profondità il tema dell'"ibridazione" dei bisogni: i problemi di salute si spostano infatti sempre più avanti nell'età, e si "misichiano" con quelli legati alla non autosufficienza, quest'ultimi "aggravati" dalle modifiche sociali, in primis la riduzione delle occasioni di supporto familiare.

In queste condizioni, appare evidente che, in carenza di una sistematica e reale integrazione dei servizi sanitari e sociali, il SSN risponderà sempre meno ai reali bisogni della popolazione, costringendo le famiglie a provvedere autonomamente: giova ricordare come, già ora, le spese per gli anziani e la non autosufficienza siano fra le prime cause di impo-

verimento dei cittadini (l'assistenza LTC rappresenta la seconda voce di spesa, dopo i farmaci, delle famiglie con anziani impoveriti) e siano in mano al "fai da te" delle famiglie che arruolano un esercito di badanti non professionalizzate (e, per la metà dei casi, non regolarizzate).

Se l'aspetto della modifica dei bisogni è certamente di grande rilevanza, non lo è da meno quello dello scostamento fra bisogni e domanda, che porta al tema del suo governo.

La domanda è fatta anche di aspettative oltre che di oggettivi bisogni di salute: appare evocativo della modifica nelle aspettative della popolazione il fatto che i servizi che ottengono maggiori livelli di soddisfazione siano quelli in cui "spontaneamente" si sono modificate le modalità del servizio: la medicina di famiglia è quella in cui più si ricorre a contatti a distanza, come anche la farmaceutica, grazie alla pandemia che ha spinto all'adozione della ricetta dematerializzata.

Il gradimento è coerente tanto con l'osservazione di una popolazione sempre più avvezza a utilizzare strumenti digitali, anche in età anziana, quando all'esigenza di minimizzare gli spostamenti in età anziana.

Rileva altresì che oltre al ben noto problema delle liste di attesa, fra le ragioni di insoddisfazione per i servizi, circa metà del campione intervistato, specialmente i rispondenti più giovani, abbiano segnalato le attese negli studi medici: l'aspettativa, quindi, non si limita alla risposta clinica, comprendendo anche le modalità di erogazione della prestazione: fenomeno collegabile in via di principio anche alla crescita dei livelli di scolarizzazione e alla partecipazione al mondo del lavoro.

La maggiore istruzione, come ampiamente dimostrato in letteratura, è anche correlata all'incremento della domanda di prestazioni specialistiche: oggi rappresentano la terza voce di spesa dopo ospedaliera e farmaceutica, e sarebbero la seconda considerando l'odontoiatria extra-SSN: la crescita della domanda (ormai tornata sui livelli pre-pandemia anche nel SSN) pone però problemi in termini di rischio di inappropriatezza: al di là del carente utilizzo dei dati amministrativi per il suo controllo e valutazione

(peraltro aggravato dalla mancanza di integrazione dei flussi informativi con la quota rilevante di prestazioni usufruite fuori dal perimetro del SSN), va sottolineato la necessità di ripensare e ridefinire i confini del concetto di appropriatezza.

Infatti, il SSN è rimasto fermo ad una declinazione utilizzabile nel *setting* delle acuzie: ma la definizione dell'appropriatezza nel caso della cronicità è complessa e molto meno "oggettivabile"; a titolo di esempio, si può citare il tema della decisione sulla frequenza dei controlli di *follow-up*, ma anche la decisione sulla modalità (in presenza o a distanza) di erogazione delle prestazioni; ancor più complesso è definire l'appropriatezza delle prestazioni sociali, per le quali siamo ancora lontani da avere una consolidata definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, e quindi della quantificazione dell'estensione e intensità dell'assistenza riconosciuta ai cittadini.

Lo sviluppo dei Percorsi Preventivi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali (estesi al sociale) e l'utilizzo diffuso del Piano Assistenziale Individualizzato potrebbero rappresentare un modo per governare la domanda, ma richiedono un investimento per allineare in modo trasparente risorse di sistema e promesse fatte alla popolazione: in altri termini, vanno ripensati i principi che definiscono l'accesso ai diritti garantiti, adattandoli al mutato bisogno della domanda.

In conclusione, la Società cambia, la domanda anche e la sua interpretazione diviene sempre più complessa: il SSN non può permettersi di rimanere fermo alla declinazione dei bisogni fatta oltre 40 anni fa, in un mondo che non esiste più.

Riflessioni finali

Le evidenze raccolte nel 21° Rapporto Sanità confermano l'esigenza di un "ripensamento" sostanziale dell'intervento pubblico in Sanità, già anticipata nelle riflessioni finali del rapporto 2024.

In ultima istanza, riteniamo che non sia certamente sostanziale la definizione del citato "ripensamento", ovvero che sia una "trasformazione" o "manutenzione" (per quanto certamente "straordinaria").

Di contro, è certamente rilevante che, magari

anche grazie alle analisi quantitative fornite da vari Centri di ricerca, venga presa in considerazione l'esigenza di aprire un dibattito "costituente" sulle prospettive future del Servizio pubblico.

Se mai ce ne fosse bisogno, i dati elaborati ricordano come la Società italiana dei tempi in cui è stato istituito il SSN fosse profondamente diversa da quella attuale, come anche il quadro epidemiologico da fronteggiare.

È acclarato come la popolazione sia rapidamente invecchiata, i supporti familiari si siano indeboliti, i livelli medi di istruzione siano aumentati... ma i cambiamenti più profondi in campo sanitario sono stati quelli legati all'innovazione tecnologica: nell'ultimo mezzo secolo si è passati da una Sanità quasi primordiale, ad una super specializzata e tecnologica; le opportunità di terapia sono cresciute esponenzialmente, e con loro le aspettative della popolazione.

Come argomentato nelle pagine precedenti, dedicate alla sintesi del Rapporto, siamo passati da un contesto in cui l'obiettivo era in fondo la ("semplice") risposta ad un bisogno clinico precisamente individuabile, tipicamente acuto, ad uno in cui l'obiettivo è la risposta ("complessa") alle aspettative della popolazione; aspettative sempre più legate ad un concetto olistico di benessere, ovvero al perseguitamento di attese riferite alla qualità (forse più che alla quantità) della vita.

Di fronte a cambiamenti così rilevanti, sembra evidente che non sia eludibile interrogarsi su come la risposta pubblica debba essere ripensata.

La riflessione sembra bloccata da un "punto di frizione" individuabile nel rischio, paventato da alcuni, che l'eventuale revisione dei principi assunti al tempo dell'istituzione del SSN sia foriera di una retrocessione della tutela pubblica; o, per essere più esplicativi, che il tema dell'ammodernamento possa essere utilizzato per "smontare" surrettiziamente la tutela pubblica.

A scanso di equivoci, va propedeuticamente ribadito che l'obiettivo delle analisi elaborate nel Rapporto è stato quello di fornire elementi utili a mantenere efficace, efficiente ed equo l'intervento pubblico in Sanità, nella convinzione che la tutela (e promozione) della salute, nonché la protezione dei cittadini

dai rischi economici legati alla malattia, anche al di là del dettato costituzionale, sia un elemento discriminante in termini di civiltà e giustizia sociale.

Ciò non di meno, evidenze quantitative alla mano, l'arroccamento su posizioni che non vogliono prendere in considerazione cambiamenti del sistema, se non marginali, appare logicamente insostenibile.

Per provare a superare l'*empasse*, si è ritenuto opportuno esercitarsi nel ragionare sui principi che non dovrebbero essere messi in discussione, quelli che potrebbero avere bisogno di un aggiornamento, e quelli che, per effetto delle nuove caratteristiche della Società, sarebbe ragionevole inserire ex novo.

Iniziando dai primi, ribadiamo che il principio dell'Universalismo, della Globalità della presa in carico, dell'Equità di accesso rimangono fondamenta indiscutibili dell'intervento pubblico, come anche i criteri dell'appropriatezza e dell'efficienza.

Le analisi contenute nel Rapporto sembrano indicare che sia però necessario aggiornarli, chiarendone in alcuni casi i contenuti.

Quella che abbiamo definito l'*“ibridazione”* dei bisogni, richiede una estensione del principio di globalità: fra la prevenzione e il fine vita va trovato un riconoscimento esplicito ai bisogni sociali, al diritto al mantenimento della possibilità di una partecipazione sociale anche in condizioni di non piena autosufficienza; quindi non un arretramento dell'intervento pubblico, semmai un avanzamento, verso un sistema non *“integrato”* ex post di tutele, bensì originalmente sia sociale che sanitario: in altri termini una risposta pubblica complessiva, per quei bisogni che sono soddisfabili con prestazioni in natura.

Superare la logica dell'integrazione (ex post) appare opportuno quanto meno alla luce dei deludenti risultati sinora raggiunti (come ampiamente argomentato nelle pagine precedenti); ma anche alla luce dell'enorme divario sia di risorse allocate nei due settori, sia di capacità professionali (e quindi di risposta ai bisogni) che permane fra Sanità (dove le Aziende Sanitarie Locali hanno sviluppato una organizzazione, e maturato una esperienza e competenza indiscutibili) e Sociale (dove i Comuni dispongono di risorse irrisorie e quasi nulle competenze specifiche).

Superare la logica dell'*“integrazione”* richiede una modifica di principio, perché non è materia di interventi *“minori”*: basti pensare alle difficoltà che si incontreranno per riunificare le risorse disponibili nel sistema per la non autosufficienza e sancire l'estensione del perimetro di intervento del SSN.

Anche il principio di appropriatezza, su cui si basa la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), appare meritorio di un aggiornamento. Come anticipato, pensare all'intervento pubblico in termini di risposta a bisogni (per lo più interpretati come strettamente clinici) è ormai improponibile: in una Società che persegue un benessere olistico, è necessario passare dalla risposta al bisogno a quella della soddisfazione della domanda, purché socialmente meritoria. Ne segue la necessità di una capacità di governo della domanda, che però rimane impossibile senza un approfondimento di come si declini l'appropriatezza nei *“setting”* *“non acuti”*.

In definitiva, vanno identificate regole nuove per identificare la meritorietà, dove l'intensità assistenziale e le modalità di erogazione possono essere variate in funzione delle caratteristiche del richiedente, oltre che della patologia.

Si aggiunga che fra le ragioni di insoddisfazione dei cittadini cresce quella dell'aspetto delle modalità di erogazione, un aspetto dell'assistenza largamente negletto nelle norme che reggono il SSN: infatti, il servizio è stato costruito sull'assunzione che l'equità di accesso sia ottenibile garantendo una adeguata offerta, tanto che si definisce il SSN come un *“insieme di servizi”*.

Ma il dimensionamento dell'offerta non garantisce l'Equità negli esiti e la domanda aggiuntiva è se fra gli esiti non ci debbano essere anche elementi legati alla soddisfazione delle aspettative, evidentemente soggettive, dei cittadini.

Il dibattito sulle aspettative non si è mai sviluppato, rimanendo al più limitato al problema delle liste di attesa, trattate come un problema di offerta, quando sono invece per lo più legate al governo della domanda; ma, andando oltre, oltre al diritto di avere una prestazione in tempi ragionevoli, il cittadino italiano forse avrebbe diritto a non perdere inutilmente ore di lavoro (o tempo libero) a causa di attese le-

gate a inadeguata organizzazione dei servizi; a raggiungere un servizio anche se non è in grado di farlo con i mezzi propri o in autonomia; come anche al diritto alla contestualità fra prescrizione pubblica e prenotazione delle prestazioni (in tempi ragionevoli, nonché luoghi a distanza anch'essa ragionevole dal domicilio).

In una ottica di benessere collettivo, il sistema dei principi dell'intervento pubblico sembra quindi carente dell'affermazione dell'impegno a minimizzare gli esiti della malattia (in senso lato) sulla vita (anch'essa in senso lato) del paziente e della sua famiglia.

Altrettanto carente appare l'attenzione all'impatto dell'intervento pubblico sullo sviluppo economico.

Oggi, pur lentamente, avanza la consapevolezza dell'importanza dell'approccio *"One Health"* (come argomentato nel Rapporto mancante ancora di una *governance* nazionale consolidata); ma, ancor di più, manca consapevolezza sugli effetti delle politiche sanitarie sullo sviluppo economico: sembra che la "lezione" della pandemia non abbia lasciato eredità su questo aspetto.

In una realtà economica in cui i tassi di crescita dei costi delle tecnologie surclassano quelli dell'economia nel suo complesso, non porsi il problema dell'integrazione fra politiche "assistenziali" e "industriali" appare del tutto miope, tanto da rischiare la generazione di condizioni di razionamento nell'accesso all'innovazione.

Il tema assolutamente più "delicato" da affrontare rimane, però, quello del razionamento implicito delle prestazioni: molte delle revisioni/integrazioni dei principi proposte, in ultima istanza spingono verso una espansione dei costi, a fronte di risorse che rimangono insufficienti (a meno di un rilancio della crescita economica del Paese): in altri termini pongono un problema di sostenibilità.

Come più volte argomentato nelle precedenti edizioni del Rapporto, il tema della sostenibilità non è questione di ammontare di risorse, quanto di coerenza fra "promesse" e risorse.

Le analisi svolte in questa 21° edizione del Rapporto evidenziano come, sin dalla sua istituzione, il SSN non sia stato nei fatti capace di gestire il citato

rapporto fra "promesse" e risorse: le seconde sono probabilmente cresciute quanto reso possibile con gli asfittici tassi di crescita dell'economia italiana; parallelamente le "promesse" si sono espansse senza coerenza evidente con le disponibilità effettive.

Malgrado una narrazione che per decenni è stata prona all'idea che l'equilibrio fra i due termini della questione si potesse trovare recuperando (... miliardi di € in...) efficienza, di fatto i dati disponibili ci dicono che si è per lo più fatto ricorso a razionamenti impliciti.

Ma ciò che più rileva è che le analisi quantitative restituiscono un quadro in cui i razionamenti sono stati largamente iniqui, colpendo i cittadini più fragili, vuoi economicamente, vuoi per livelli di istruzione, vuoi socialmente (struttura familiare).

La ricostruzione dei dati sull'Equità e sull'Efficienza del SSN, elaborata sin dalla sua istituzione, non sembra lasciare adito a dubbi sul sostanziale disattendimento delle aspettative originarie in termini di Equità ed Efficienza.

Le analisi supportano anche una visione che "smonta" alcuni "falsi miti"; fra questi quello di una "strisciante privatizzazione del sistema e quello di una "anarchia organizzativa" dovuta al Federalismo; piuttosto, le analisi quantitative dicono che l'arretramento della copertura pubblica si è concentrato negli anni '90, in corrispondenza della prima riforma del SSN: malgrado lo *slogan* in voga in quegli anni ("razionalizzare per non razionare"), sembra che si sia ricorso significativamente al razionamento (implicito).

Di contro, il Federalismo ha invece inizialmente ri-aumentato la copertura pubblica, anche se poi sembra aver dovuto soccombere a fronte delle crisi finanziarie e alla stagnazione dell'economia italiana; anche le disparità geografiche, mai colmate, sembrano avere origini ben più antiche del Federalismo, avendo convissuto con tutti gli interventi apportati in 40 e più anni di SSN.

In definitiva, il sistema è certamente "sopravvissuto" continuando a svolgere la sua funzione erogativa, ma grazie ai razionamenti impliciti: una strategia evidentemente contraria allo spirito solidaristico che dovrebbe caratterizzare l'intervento pubblico.

Il mantenimento anche di livelli elevati negli esiti

aggregati, che spesso porta a concludere con una acritica promozione del SSN, è di fatto collegabile con interessanti elementi di dinamica sociale: si sta, infatti, sviluppando il “fai da te” delle famiglie, testimoniato dal crescente ricorso a prestazioni a pagamento, specialmente delle fasce di popolazione che incontrano maggiori barriere all’accesso (basti vedere il maggiore ricorso delle famiglie più fragili alle prestazioni classificate come preventive, che ipotizziamo sia un modo per garantirsi un accesso rapido al percorso pubblico). Ed insieme al “fai da te”, appare interessante notare come sembra svilupparsi una razionalizzazione della spesa privata, dimostrata dalla crescita continua della sua quota intermediata.

Alla luce dei fenomeni descritti, si può concludere che il principio dell’Equità di accesso, non solo non ha sinora affatto trovato realizzazione, ma in presenza di opportunità di crescita limitata delle risorse, non può neppure essere declinato in termini di “uguaglianza”, come pure sarebbe previsto nella L. n. 833/1978.

Abbiamo argomentato le ragioni per cui le risorse per la Sanità, con i tassi di crescita attuali, non presentano margini di ampliamento risolutivi, vuoi per la sproporzione fra la crescita dei costi e quella delle risorse, peraltro depauperate da un forte debito pubblico e da una quota rilevante di economia sommersa; vuoi anche per effetto della crescente competizione di altri settori di spesa pubblica sottofinanziata (in primis l’istruzione).

Quindi un chiarimento sul contenuto essenziale che si vuole dare all’Equità di accesso non può essere ulteriormente procrastinato, tanto meno adducendo l’illusione che basti ridurre le liste di attesa o efficientare ancora il Servizio per mettere tutto “in

ordine”.

Non può esserlo per evitare la continuazione del fenomeno del razionamento implicito, questo sì, operato in modo anarchico: basti pensare come già oggi partecipazioni ed esenzioni siano declinate in modo difforme a livello regionale, con esiti estremamente variabili, come è reso evidente anche dai differenziali di spesa privata.

Ovviamente operare un razionamento esplicito è operazione socialmente difficile, ma certamente più giusta che la scelta di non prendere decisioni.

A fronte del rischio di lasciare insoddisfatti i bisogni della popolazione più fragile (ad esempio si pensi alle terapie costose, come quelle oncologiche o per i malati rari, ma anche l’assistenza per la non autosufficienza ecc.) sarebbe opportuno avere il coraggio di esplicitare le priorità dell’intervento: per essere esplicativi, ad esempio escludendo dai LEA le terapie nel caso impattino limitatamente sul bilancio familiare. La declinazione data di Equità ci sembra complessivamente quella preferibile: malgrado le ben note difficoltà legate alla non credibilità del sistema fiscale italiano in tema di dimostrazione dei mezzi reali delle famiglie, e ovviamente corredandolo dei meccanismi necessari per proteggere fragilità specifiche, o eventualmente anche utilizzandolo insieme ad altri criteri (ad es. quello di estrapolare dai LEA alcuni *setting* assistenziali, ovvero le patologie meno severe).

In ogni caso, le analisi quantitative possono fornire elementi di riflessione, ma non possono sostituirsi alle scelte politiche: speriamo, quindi, di avere semplicemente contributo, con questa 21° edizione del Rapporto Sanità, a stimolare un dibattito; e che questo possa portare l’intervento pubblico fuori dalle secche di una ormai insostenibile staticità.

