



Servizio attività e rapporti istituzionali  
Studi e ricerche

## Focus Sanità Italia. Dati, soluzioni, propositi.

(alla luce delle pubblicazioni Crea “13° Rapporto Sanità: Il cambiamento della Sanità in Italia fra transizione e deriva del sistema”, dicembre 2017 e Banca d'Italia, “La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro”, Occasional Papers n. 427, marzo 2018)

Nel presente focus si fa riferimento alle risultanze del 13° Rapporto Crea (Consorzio per la ricerca economica applicata in Sanità) sulla Sanità italiana in generale e della recente pubblicazione della Banca d'Italia, che analizza la situazione finanziaria e i servizi sanitari nelle regioni obbligate, a causa del proprio deficit finanziario, ad adottare dei piani di rientro in ambito sanitario.

Ne indichiamo di seguito alcuni punti ritenuti focali, allo scopo di fornire una fotografia del sistema sanitario, quale base per la definizione di future politiche sanitarie.

Si premette di seguito un breve excursus normativo sul Sistema sanitario nazionale.

### SANITA' ITALIA - Breve excursus normativo

- ✓ **L. 23 dicembre 1978 n. 833 – Istituzione Servizio sanitario nazionale**, tutela la salute, diritto fondamentale dell'individuo e della collettività, e mira a superare gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese;
- ✓ **L. 30 dicembre del 1992, n. 502 e L. 7 dicembre 1993, n. 517**, introduce nel sistema il concetto della compatibilità tra volumi di prestazioni e risorse finanziarie disponibili, attraverso l'aziendalizzazione delle articolazioni territoriali (ASL);
- ✓ **L. 19 giugno 1999, n. 229** introduce i “Lea”, livelli essenziali e uniformi di assistenza, che devono essere garantiti dal servizio sanitario a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket;
- ✓ **L. cost n. 3/2001 Riforma Titolo V Costituzione**, stabilisce che il potere legislativo in materia di sanità è concorrente tra Stato e regioni: allo Stato il compito di stabilire il quadro normativo generale, alle regioni quello di legiferare sul proprio territorio, per attuare le linee guida del Governo centrale;
- ✓ **D. lgs. n. 56/2000 – Federalismo fiscale**, indica le fonti di finanziamento dei servizi sanitari regionali: Iva, Irpef, fondo di perequazione. L'ammontare del finanziamento dei lea è stabilito dallo Stato, gli eventuali deficit di bilancio sono posti a carico della fiscalità regionale.
- ✓ **L. Finanziaria 2005 e Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005**: prevede forme di affiancamento alle regioni che sottoscrivano col Governo centrale accordi contenenti Piani di Rientro (PdR) per ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione.
- ✓ **L. Finanziaria 2007** disciplina i PdR: la loro sottoscrizione rappresenta un obbligo nel caso di disavanzi superiori a una specifica soglia del finanziamento complessivo (inizialmente 7%). Hanno durata triennale, ma se al termine del triennio non vengono raggiunti gli obiettivi previsti nel Piano stesso, possono essere prorogati per un ulteriore triennio. Se lo scostamento rispetto agli obiettivi fissati si mantiene significativo, la legge prevede il commissariamento della Regione.



Le regioni in celeste sono quelle in Piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria e in grigio le regioni che lo hanno concluso o non più affiancate dai Ministeri. ([salute.gov.it](http://salute.gov.it))

- **La qualità della vita in Italia non è più ottimale.** L'Italia risulta uno dei Paesi più longevi al mondo, tuttavia, se l'aspettativa di vita alla nascita è di 85 anni per le donne e 80,6 per gli uomini, **la speranza di vita in buona salute dopo i 65 anni è di 7,8 anni** per gli uomini e 7,5 per le donne, a fronte di una **media europea di 9,4 anni** per entrambi i sessi.

- **Il nuovo divario Nord-Sud (su aspettativa di vita e spese sanitarie).** Chi vive nel Nord ha una speranza di vita alla nascita di circa un anno maggiore rispetto a chi risiede al Sud.

Secondo gli *indicatori Istat*, i valori massimi continuano ad aversi nel Nord-est del Paese, dove gli uomini possono contare su 81,2 anni di vita media (+0,1 sul 2016) e le donne su 85,6 (invariata). Quelli minimi, invece, si ritrovano nel Mezzogiorno con 79,8 anni per gli uomini (-0,1 sul 2016) e 84,1 per le donne (-0,2). Tale differenza può essere dovuta al fatto che **le famiglie del Sud oggi spendono in media 1.200 euro in meno** di quelle del nord a livello sanitario. Se nel 1990 la spesa sanitaria era pressoché uguale nelle due aree geografiche, nel 2014 la differenza ammontava appunto a 1.200 euro (M. De Paola, *Due Italie anche nella salute*, lavoce.info, 23.02.18). Alla minore spesa privata si è accompagnata una **minore spesa pubblica**: secondo il rapporto Crea, nel 2015 fra la regione in cui si spende di più e quella dove si spende meno (rispettivamente, provincia autonoma di Bolzano e Calabria), il divario pro-capite ha superato il 50 per cento (quasi il 40 per cento per quanto concerne la spesa pubblica).

GRAFICO 1 – SPERANZA DI VITA UOMINI

Il grafico qui sotto mostra come si sia passati da un iniziale vantaggio nell'aspettativa di vita per gli uomini del Sud (linea verde) all'attuale svantaggio.

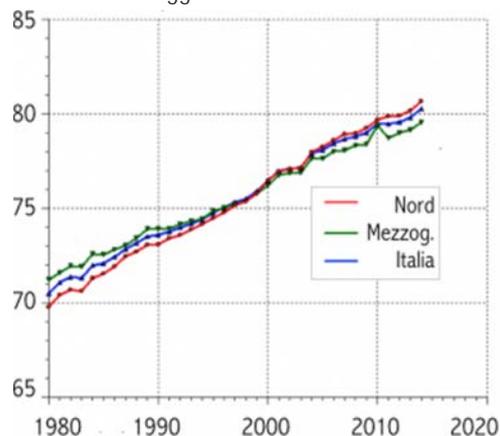


GRAFICO 2 – SPERANZA DI VITA DONNE

Per le donne, invece, il differenziale si è mantenuto pressoché costante negli ultimi anni.

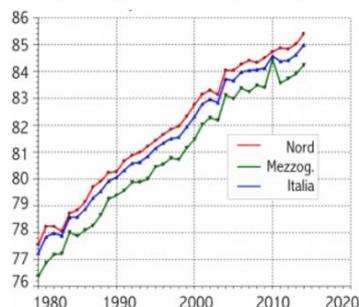
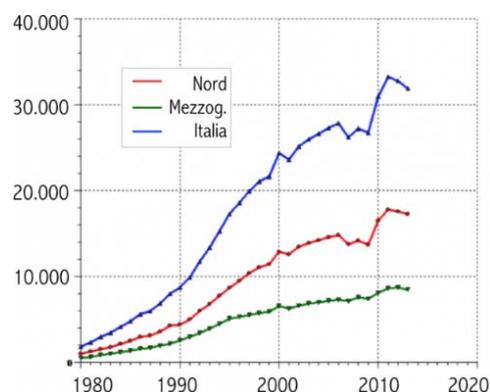


GRAFICO 3 – SPESA SANITARIA FAMIGLIE

Il grafico mostra come la spesa sanitaria delle famiglie del Nord (linea rossa) sia progressivamente aumentata a partire dagli anni Novanta rispetto a quella delle famiglie del Sud (linea verde).



Fonte: elaborazioni su dati Istat

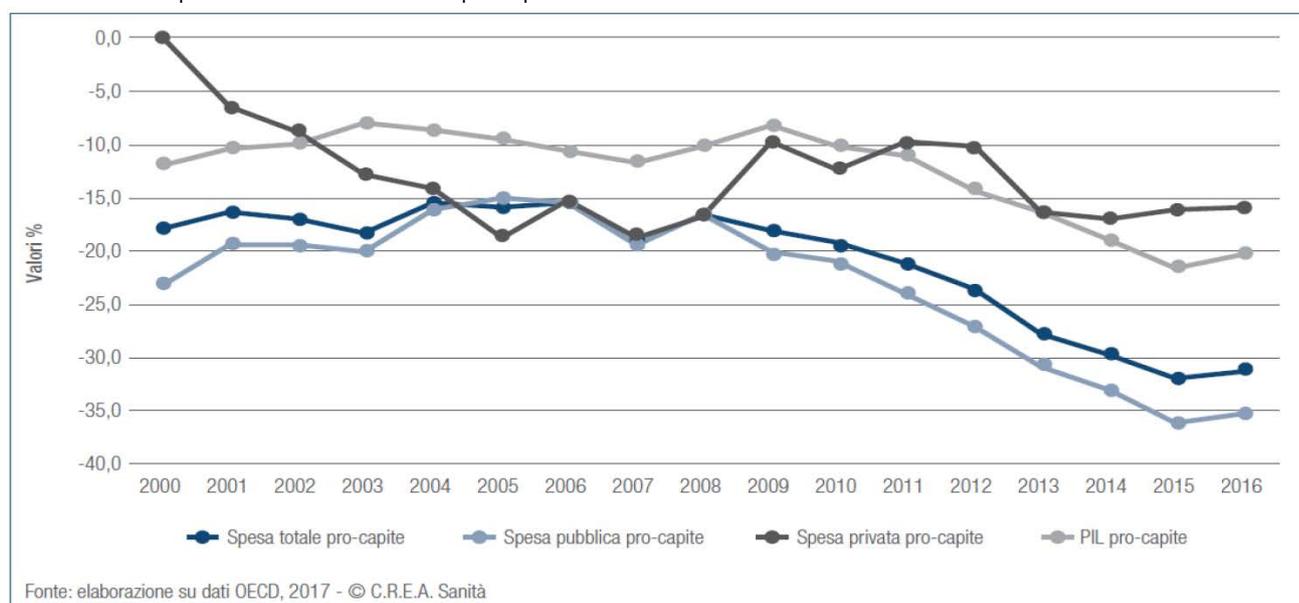
- **Il livello di finanziamento pubblico della Sanità italiana è più vicino a quello dei Paesi dell'Europa Orientale** che a quello dell'Europa Occidentale.

Nei Paesi UE il settore pubblico rappresenta la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria: nel 2016 il settore pubblico ha fatto fronte al **78,8%** della spesa sanitaria corrente in Europa occidentale; al **72,3%** in Europa orientale; al **75,0%** in Italia.

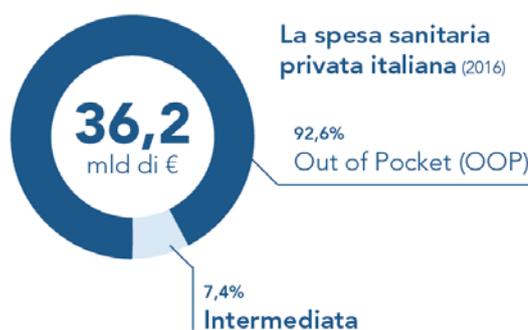


- **Spesa sanitaria italiana: grande gap rispetto all'Europa occidentale.** Nel 2016 la spesa sanitaria italiana è stata complessivamente **inferiore del 31,2%** rispetto a quella degli alti Paesi dell'Europa occidentale<sup>1</sup>. Sul fronte della spesa pubblica, il divario Italia/Europa Occidentale ha raggiunto il 35,2%, mentre per quanto riguarda la spesa privata il gap è del 16%.

GRAFICO 4 - Spesa sanitaria italiana e PIL pro-capite



- **Spesa sanitaria privata italiana: € 36,2 mld nel 2016:** € 596,7 pro-capite. Il valore pro-capite presenta una **importante variabilità regionale** con una differenza tra regione con spesa massima e regione con spesa minima del 153,2%<sup>2</sup>. Il numero di famiglie che han fatto ricorso a spese sanitarie out of pocket ha raggiunto il 77,5% (circa 20 milioni di nuclei), a fronte del 58,0% riscontrato nel 2013.



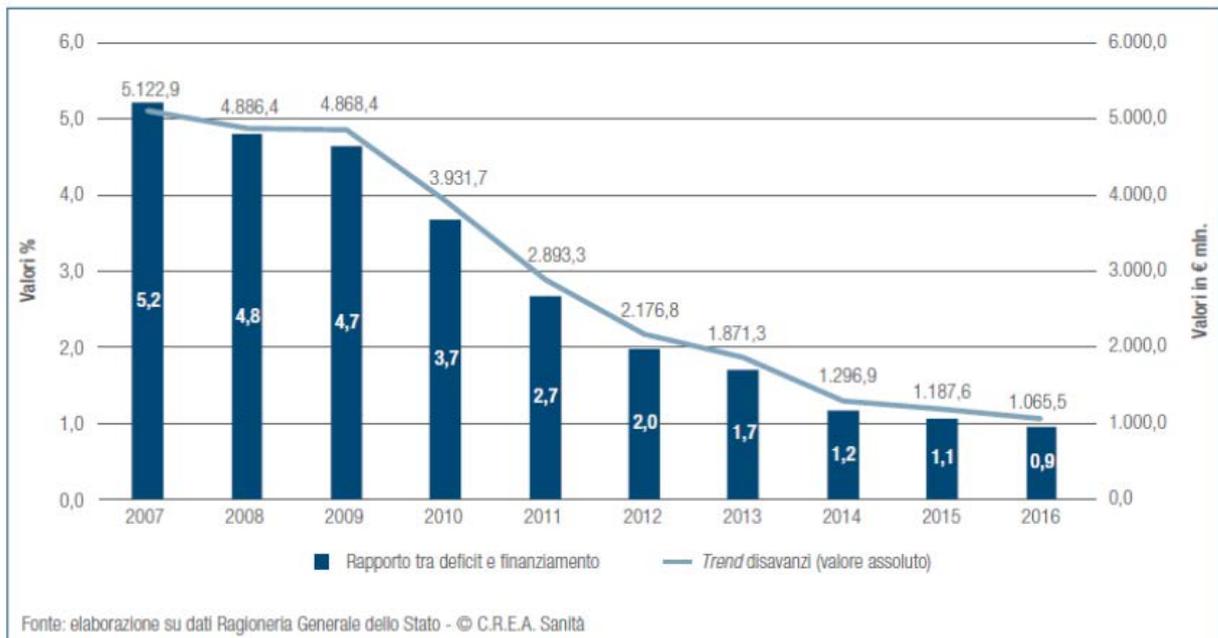
<sup>1</sup> Va sottolineato che, sebbene il gap risulti in diminuzione di 0,8 punti percentuali rispetto all'anno precedente, presenta comunque un incremento di 13,3 punti percentuali rispetto al 2000. A ben vedere, però, quest'inversione di tendenza è solo "apparente" in quanto legata alla contrazione della spesa sanitaria verificatasi sia in Grecia che nel Regno Unito; in quest'ultimo Paese la riduzione della spesa per l'assistenza sanitaria è, in effetti, dovuto alla svalutazione della Sterlina.

<sup>2</sup> In Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige si registrano rispettivamente € 827,4 e € 805,7 di spesa privata, mentre in Campania e Sardegna € 326,8 e € 361,8.

- **Miglioramento della situazione economico finanziaria in ambito sanitario.**

Secondo il rapporto Crea, a seguito degli interventi di riequilibrio si è ridotto il rapporto tra disavanzo sanitario e finanziamento della spesa. Nel 2006 il disavanzo era pari al 6,5% del finanziamento; nel 2016 allo 0,9%. Quindi, **il disavanzo si è ridotto del 79,2%** dopo l'intervento dei piani di rientro, con una diminuzione media annua del 16,0%.

GRAFICO 5- Rapporto deficit su finanziamento spesa sanitaria e trend dei disavanzi



- Se i risultati che il legislatore intendeva conseguire coi PdR sono stati in generale realizzati solo sotto il profilo dell'equilibrio economico-finanziario, **nelle regioni in PdR rimangono ancora problematiche strutturali e ampi divari qualitativi:**

- Sono diminuiti i posti letto disponibili negli ospedali (soprattutto strutture pubbliche), ma è mancata un'adeguata riorganizzazione dell'offerta sanitaria che sviluppasse ambiti assistenziali alternativi a quello ospedaliero;
- il personale sanitario si è ridotto in misura rilevante e risulta significativamente inferiore rispetto alle altre regioni, soprattutto nei ruoli infermieristico e tecnico. I vincoli posti alle assunzioni hanno portato inoltre all'innalzamento dell'età media;
- gli indicatori di esito, che rilevano la qualità delle prestazioni nelle singole strutture ospedaliere, evidenziano come, dietro al dato medio dei LEA, sia presente una grande variabilità nella qualità dei servizi offerti, in parte collegata all'elevata diffusione di strutture di piccole dimensioni;
- le ricadute sulla qualità percepita da parte dei pazienti sono significative, contribuendo ad alimentare una crescente mobilità sanitaria passiva dalle regioni in PdR verso le altre. Per tali regioni ciò ha sostanziali implicazioni di carattere finanziario in quanto una quota non marginale di risorse deve essere impiegata per coprire il saldo negativo della mobilità, e vi sono anche effetti non trascurabili sui livelli di domanda e sui i tempi di attesa nelle regioni non in PdR.

GRAFICO 6 - Mobilità ospedaliera tra regioni con e senza piano di rientro (valori percentuali)

VOCI	2007	2010	2012	2014	2015
<b>Regioni in Piano di rientro (1)</b>					
Indice di attrazione (2)	2,1	1,7	1,7	1,8	1,9
Indice di fuga (3)	4,7	4,8	5,0	5,5	5,9
Saldo di mobilità (4)	-2,7	-3,3	-3,5	-3,9	-4,3
<b>Altre Regioni</b>					
Indice di attrazione (2)	3,7	4,9	5,0	5,2	5,4
Indice di fuga (3)	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Saldo di mobilità (4)	2,0	3,2	3,3	3,6	3,8

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute, *Rapporti annuali sull'attività di recupero ospedaliero*.

(1) Nel 2007: Abruzzo, Campania, Calabria, Liguria, Lazio, Sicilia e Sardegna; dal 2010: Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Piemonte, Puglia e Sicilia. – (2) Quota di ricoveri, in regime ordinario e day hospital, nelle strutture del gruppo di regioni considerato riferita a pazienti provenienti da regioni appartenenti all'altro gruppo (mobilità attiva). – (3) Quota di pazienti residenti nel gruppo di regioni considerato rivoltisi a strutture di regioni dell'altro gruppo (mobilità passiva). – (4) Differenza tra la mobilità attiva e passiva in rapporto al totale dei ricoveri registrati nel gruppo di regioni considerato.

## Fonti

- *13° Rapporto Sanità: Il cambiamento della Sanità in Italia fra transizione e deriva del sistema*, Università degli Studi "Tor Vergata", Roma, 14 dicembre 2017 (Si veda anche: Executive Summary del Prof. Spandonaro; Schede stampa con i punti salienti; Infografiche)
- *La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro*, Banca d'Italia, Occasional Papers n. 427, marzo 2018;
- *Due Italie anche nella salute*, *lavoce.info*, 23.02.18, Maria De Paola, lavoce.info
- *Indicatori demografici, Stime per l'anno 2017*, Statistiche Report, , 8 febbraio 2018
- *Le disuguaglianze di salute in Italia* Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore