

Universalità del sistema sanitario italiano e invecchiamento demografico. Il futuro è sostenibile?

Nicola Giannelli

RPS

L'universalismo dei servizi sanitari è messo in discussione a causa della lievitazione annuale della spesa superiore alla crescita del Pil. I fattori della crescita sono numerosi e complessi. Uno dei principali è l'invecchiamento della popolazione. Non sono tanto i costi dovuti all'allungamento della vita individuale a doverci impensierire, quanto la crescente quota di popolazione anziana rispetto al totale della popolazione. In Italia la popolazione in età lavorativa ha bassi livelli di occupazione soprattutto femminile e in particolare nel Mezzogiorno. Il mantenimento dell'universalismo sanitario richiede quindi politiche strutturali

di incremento della partecipazione al lavoro. Prevenzione sanitaria e sociale senza eccessi di medicalizzazione, riorganizzazione dei servizi primari, uso virtuoso delle nuove tecnologie ed economie di scala possono aiutare a contenere i costi e salvare l'universalità. Ma per mettere in campo oggi le scelte che serviranno domani serve uno sguardo lungo. La competizione politica è invece dominata dal breve periodo e la comunicazione è orientata alle emozioni più che ai ragionamenti. L'invecchiamento dell'elettorato tende inoltre a far prevalere le istanze degli anziani sulle prospettive dei giovani.

1. La rivoluzione universalista del sistema sanitario

L'universalismo del sistema sanitario è una invenzione del sistema politico britannico, nata come ricompensa per l'enorme fatica che la popolazione ha dovuto sopportare durante la seconda guerra mondiale.

Il Rapporto Beveridge, portato dal governo conservatore di Churchill al Parlamento britannico nel 1942, dice «Ora che la guerra sta abolendo i punti di riferimento tradizionali, c'è la possibilità di usare l'esperienza in campo aperto. Un momento rivoluzionario della storia è il tempo di rivoluzioni, non di fare rattoppi [...] Un sistema sanitario nazionale esaustivo si assicurerà che per ogni cittadino sia disponibile

qualunque trattamento medico di cui necessita¹». La rivoluzione di Beveridge consiste nella trasformazione delle prestazioni da servizi connessi allo status di professionista di ogni persona o di altre persone considerate a suo carico, a servizi dovuti in base allo status di cittadino, vale a dire diritti sociali.

L'Universalismo sanitario britannico è basato su tre principi (Talbot-Smith e Pollock, 2006):

- 1) uguale capacità di rispondere a tutti i bisogni dei cittadini;
- 2) garanzia di uniforme livello di servizi sul territorio nazionale;
- 3) gratuità del servizio.

Con la riforma del 1975 l'Italia ha aderito a questo approccio e nel 1999 ha introdotto il Livelli essenziali di assistenza (Lea) per ridurre le disuguaglianze e il divario territoriale. In una classifica sul monitoraggio dei Lea dell'anno 2013 tra la prima regione (Toscana) e l'ultima (Puglia) il punteggio calava da 214 a 134 (Ministero della Salute, 2015), dimostrando così che il nostro paese non ottempera neanche al primo e al secondo principio (uguaglianza e uniformità). In ambito odontoiatrico, fisioterapico, psicologico-psichiatrico, dell'assistenza domiciliare, della cura delle malattie croniche, ci sono molti servizi che il cittadino è costretto a comprare perchè nella sua area territoriale non sono offerti, o sono scarsi o non sono di qualità accettabile. A questa carenza si aggiunge una componente importante di bisogno farmaceutico che non è coperta dal sistema sanitario. Poi sono stati introdotti i ticket sia come forma di compartecipazione alle spese che di disincentivo al consumo sanitario. Perciò anche il primo e il terzo principio in Italia sono traballanti.

Ricorda Giarelli (2014) che secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) solo il 20% della popolazione mondiale è servita da sistemi universali mentre ogni anno 150 milioni di persone subiscono catastrofi economiche o serio impoverimento per pagare spese sanitarie impreviste. «Metà delle bancarotte individuali negli Usa sono dovute a debiti per assistenza sanitaria» (Callahan, 2009). Secondo l'Oms l'universalismo è molto minacciato quando la spesa *out of pocket*, cioè quella privata non assicurativa, supera il 20% del totale. L'Italia ha una spesa privata fatturata del 22% e all'interno di questa la spesa *out pocket* è dell'87%, la percentuale maggiore tra i paesi europei simili (Banca mondiale, 2014). Se poi si considerasse anche il pagamento a nero la soglia del 20% verrebbe probabilmente superata.

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

Il modello di riferimento può essere pubblico come in Italia o mutualistico come in Germania e Giappone, «ma alla fine molto dipende poi dal grado di compartecipazione alla spesa (*ticket*) richiesto ai cittadini e da quante cure piuttosto costose come quelle dentistiche o oculistiche risultino effettivamente coperte dal servizio pubblico» (Giarelli, 2014, p. 355).

Nel rapporto tra spesa pubblica e privata, Levaggi e Turatti (2011) distinguono tra sostituzione e complementarità. Una spesa privata è sostitutiva quando acquista servizi che non sono offerti dalla assicurazione pubblica, ed è complementare quando integra per qualità o quantità la spesa sanitaria pubblica con acquisti sul mercato. Nel caso italiano c'è però una terza specie di spesa privata che si ha quando gli utenti sono costretti a rivolgersi allo studio privato del medico pubblico per avere poi un trattamento sanitario migliore dentro il servizio pubblico. E questa somiglia più a una spesa «estorta» che a una complementare. Il modello italiano della relazione tra pubblico e privato nei servizi pubblici al posto di una vera separazione è spesso basato sulla commistione (Giannelli, 2010). Ma anche in casi più virtuosi il confine è difficile da tracciare. Disse ad esempio Edith Schippers, allora ministra della sanità olandese: «Abbiamo un sistema misto di assicuratori privati in un contesto pubblico. Se si va troppo verso il lato privato del sistema, è un problema per le persone con malattie costose e pochi soldi. Se si va troppo verso il lato pubblico, può diventare costoso, burocratico e non abbastanza innovativo. Abbiamo una linea molto sottile tra i due opposti» (The Economist Iul, 2011, p. 14). I sistemi pubblico-privati con rimborso a prestazione tendono a far crescere il numero delle prestazioni, in particolare quelle a maggiore rimborso. Per questo, dagli Usa alla Francia, tutti i sistemi a rimborso hanno attivato strategie di contenimento della libertà del medico e del paziente di scegliere i percorsi diagnostici e terapeutici (cosiddetta *Managed Care*), provocando frustrazione in entrambe le categorie. In molti paesi, l'elevata mobilità dei pazienti ha messo in competizione i diversi servizi pubblici e anche i diversi sistemi regionali tra loro, distinguendo nell'utenza tra pazienti più informati, forti e propensi alla mobilità, e pazienti meno informati, più fragili, più legati alle prestazioni territoriali (Cappelletti, 2012). Nel Regno Unito la mobilità territoriale è alimentata dalla pubblicazione di classifiche delle performance degli enti sanitari e anche in Italia, dove la mobilità è cresciuta molto, si va verso questa direzione.

RPS

Nicola Giannelli

2. I fattori determinati della spesa sanitaria

Nell'ambito dei servizi di cura l'offerta di un buon servizio tende a generare la richiesta di un servizio migliore in un tempo successivo. Levaggi e Turatti (2011) la chiamano sindrome di Sisifo. Il caso americano dimostra che il mercato può non riuscire a dare copertura sanitaria proprio ai cittadini che ne hanno più bisogno generando un problema sociale. Nel 1965 negli Usa fu istituito il *Medicare* perché in quel paese ricco e in grande crescita quasi la metà degli ultra 65enni non aveva copertura sanitaria con cui difendersi da improvvise catastrofi. E proprio negli Usa la spesa pro capite delle assicurazioni private è cresciuta più di quella dei programmi pubblici (Giannelli, 2016). «I determinanti della spesa sanitaria pubblica sono demografici e non demografici. Quelli demografici si riferiscono in generale alla struttura per età della popolazione e l'evoluzione del suo stato di salute, mentre un driver non demografico è il reddito. La reattività della spesa sanitaria al reddito rimane una questione ancora da definire con precisione, ma indipendentemente dalla misura della elasticità rispetto al reddito, la combinazione di effetti demografici e reddito non riesce a spiegare una parte importante della crescita totale della spesa sanitaria del passato. Così, una crescita inspiegabile residua rimane. Il progresso tecnologico, i prezzi relativi, le politiche e le istituzioni sanitarie sono i candidati più probabili per spiegare questa parte rimanente» (Ocse, 2013, p. 41). Su un incremento annuo della spesa sanitaria nei paesi Ocse del 4,3% nell'ultimo decennio, l'Ocse stesso stima che l'effetto demografico abbia inciso per uno 0,5% all'anno. L'effetto crescita del reddito può essere stimato tra l'1,8 e 2,2% all'anno mentre il resto dipende dagli altri fattori. Altri studi confermano cifre del tutto analoghe (Breyer, Costa-Font e Felder, 2010).

Per l'Italia la crescita è stata del 3,1% con una stima di effetto invecchiamento dello 0,6% e solo uno 0,4% di effetto reddito dovuto alla bassa crescita economica del paese. L'Italia ha anche smentito l'ipotesi che la spesa pubblica sia sempre crescente: negli anni 2011, 2012, 2013 e 2014 è diminuita in misura rilevante (Ocse, 2015). Sono stati gli anni di maggiore decremento del Pil e dimostrano quindi la forza della correlazione già citata tra l'andamento del reddito complessivo e la spesa sanitaria.

Al calo del reddito si sono aggiunte le determinanti politiche e istituzionali. Questo decremento è stato perciò il frutto della combinazione

tra i tagli alla spesa pubblica e la minor propensione al consumo delle famiglie.

Un ulteriore fattore di crescita nei costi deriva dalla continua innovazione tecnologica e terapeutica che interessa i servizi sanitari determinando aspettative di continuo miglioramento da parte dell'utenza. Il continuo rinnovamento dell'offerta si incontra con l'aspettativa di inarrestabile progresso delle possibilità terapeutiche da parte della domanda, generando un circuito di inflazione dei costi.

2.1 Il fattore tecnologico nella spesa sanitaria

«Io credo che l'eccesso di diagnosi sia il problema principale della medicina moderna. [...] Ha portato milioni di persone a diventare pazienti non necessari, a diventare ansiosi a proposito della loro salute, a essere trattati senza necessità, a sopportare disagi e costi» (Welch, Schwartz e Woloshin, 2011, p. 180). La diagnosi precoce è diventata un totem nella medicina, specialmente nella medicina difensiva con cui i medici si proteggono da eventuali future cause giudiziarie². «Io non suggerisco di non fare alcuna diagnosi prima della comparsa dei sintomi. Sto soltanto suggerendo maggior cautela nel fare diagnosi a coloro che si sentono bene» (*ivi*, p. 181). Il libro mette in guardia dalla promozione di sempre nuove e più costose tecniche diagnostiche che inducono a trattamenti che spesso sono inutili oppure possono produrre conseguenze secondarie sulla vita dei pazienti più negative dei benefici apportati. La necessità di bilanciare i possibili benefici con gli eventuali rischi o disagi è fatta propria anche dal nostro Ministero della Salute (2012) nelle linee guida sulla appropriatezza.

Gli studi sui costi dei sistemi sanitari citano tra i fattori di crescita lo sviluppo tecnologico ma i più attenti mettono in guardia riguardo alla difficoltà di definirne con precisione i contorni e di misurarne gli effetti sugli scenari presenti e futuri (Pammolli, Riccamboni e Magazzini, 2012). È noto che l'evoluzione diagnostica e terapeutica tende a generare nuova domanda di prestazioni. Più spesso si pensa alla crescita dei costi dei macchinari o dei farmaci di nuova generazione che

² «L'incidenza percentuale dei costi della medicina difensiva sulla spesa sanitaria è del 10,5 per cento, generato da tutti i medici, pubblici e privati (farmaci 1,9 per cento, visite 1,7 per cento, esami di laboratorio 0,7 per cento, esami strumentali 0,8 per cento, ricoveri 4,6 per cento)» (Commissione parlamentare d'inchiesta, 2013, p. 178).

diventano sempre più costosi. Ma anche la manodopera, che deve essere più specializzata e aggiornata, diventa più cara. Un paese con una struttura di età e di vita media simile alla nostra, con un sistema sanitario di alto livello e di tipo pubblico-mutualistico come il Giappone, ha visto una crescita del costo dell'assistenza sanitaria tra il 1990 e il 2011 del 3,27% all'anno e gli studi governativi attribuiscono questa crescita all'invecchiamento demografico per l'1,63% e all'evoluzione tecnologica per l'1,5% (Matsuyama, 2014). «Come l'evidenza empirica suggerisce, l'investimento in tecnologie costituisce uno dei principali fattori di costo del sistema sanitario» (Przywara, 2010, p. 54). «Gli sviluppi della scienza medica, della tecnologia e delle tecniche di trattamento richiederanno ulteriori investimenti. Ma questi possono ripagare i soldi spesi in due modi: o direttamente, riducendo il costo unitario dei trattamenti, o in modo indiretto, riducendo il numero di malati cronici e quindi la spesa a loro dedicata» (*ivi*, p. 52).

2.2 I rendimenti marginali decrescenti

Ottavio Davini segnala un paradosso dei sistemi sanitari: se da un lato con la crescita del benessere le persone tendono a chiedere al sistema sanitario sempre maggior tutela e qualità, e sembrano non esserne mai soddisfatte, dall'altro i rendimenti marginali dei soldi che si spendono nei servizi sanitari sono decrescenti fino al punto che una grande spesa produce un minimo miglioramento. Così mentre la costruzione di un sistema sanitario pubblico in un paese che non ce l'ha produce enormi vantaggi per la popolazione, laddove il sistema è già sviluppato i benefici di nuove tecnologie e nuovi farmaci sono limitati a pochi casi molto gravi e spesso con vantaggi molto limitati. Siamo infatti vicini alla «massima salute oggi biologicamente ottenibile» (Davini, 2013, p. 50). L'eccesso di medicalizzazione, come già detto, può addirittura produrre effetti perversi. «Anche nei paesi occidentali si possono effettuare interventi a basso costo che producono un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute. Ciò che colpisce è che questi interventi tendono a collocarsi fuori dal pianeta sanità, rientrando nell'ambito della prevenzione spesso non sanitaria: per esempio l'uso obbligatorio del casco per i motociclisti» (*ivi*, p. 51).

2.3 Non è l'età di una persona bensì le condizioni del suo invecchiamento che determinano la spesa

I costi associati alla Long Term Care, e cioè all'assistenza sociosanitaria alle persone non autosufficienti e/o con malattie croniche, sono andati crescendo non tanto con l'allungamento della vita quanto con la crescita delle esigenze sulla qualità della stessa. Nei paesi Ocse dai primi anni settanta al 2010 è passata dal 3,5 al 7% del Pil arrivando ad assorbire il 16% di tutta la spesa pubblica (Ocse, 2013). Poiché le persone anziane hanno tassi molto maggiori di malattie croniche, comorbidità (pluralità di malattie) e non autosufficienza questo può far credere che l'allungamento della durata di vita media comporti un inevitabile innalzamento dei costi. In effetti la maggior quota di spesa sanitaria non è rivolta a eventi occasionali, pure gravi, che richiedono cure anche intense e spesso ospedalizzazione per disagi acuti. Essa riguarda invece la cura di lungo termine che affligge in prevalenza le persone anziane. Come spiega Raitano (2006a), però, non è il valore assoluto dell'età individuale a comportare un aumento di spesa, quanto l'approssimarsi alla fine della vita di ciascuno che spiega statisticamente l'incremento del costo dell'assistenza. «Alla luce delle considerazioni ora esposte, il profilo a "J" della spesa sanitaria pro capite per età sembra allora dipendere, più che da un effettivo incremento dei consumi da parte degli anziani, dalla concentrazione degli elevati *death costs* nelle fasce d'età avanzate, in cui il tasso di mortalità è maggiore. La correlazione fra età e spesa sanitaria si rivela pertanto, almeno in parte, spuria (è, in altri termini, inficiata dall'elevata correlazione fra età e tassi di mortalità). L'invecchiamento, incrementando l'aspettativa di vita e riducendo i tassi di mortalità, pospone allora l'insorgere dei *death costs* – verso età in cui sono, per giunta, di entità minore – e, di conseguenza, altera significativamente il profilo per età dei consumi sanitari» (Raitano, 2006b, p. 11).

Anche l'Ocse evidenzia come «quando la crescita dell'aspettativa di vita è accompagnata dalla crescita di numero eguale di anni di vita sana la spesa sanitaria è guidata dalla prossimità alla morte più che dalla lunghezza della vita» (Ocse, 2013, p. 13). Quindi, per quanto sia vero che una persona che vive più a lungo peserà più a lungo sul sistema sanitario, se si riesca contenere il numero di anni nei quali questa persona necessita di cure continuative per disagi cronici, facendo una seria prevenzione rispetto ai fattori di rischio, il peso relativo di ciascun

RPS

Nicola Giannelli

anno di aumento della vita media sul sistema sanitario può essere molto modesto.

Rispetto alla tesi *death-related cost* vi sono però osservazioni correttive. Ad esempio uno studio su casi clinici in Germania dal 1997 al 2009 sembra mostrare che un incremento dell'aspettativa di vita a 65 anni aumenta i costi sanitari a causa dell'atteggiamento dei medici di prescrivere cure più costose «o trattamenti più rischiosi sui pazienti anziani, e della propensione di questi ultimi a sottoporsi a questi trattamenti se possono attendersi di vivere più a lungo e godere più a lungo degli eventuali benefici» (Breyer, Lorenz e Niebel, 2015, p. 107).

Non bisogna però neanche trascurare i determinanti sociali dei costi di cura delle persone anziane. In Gran Bretagna gli uomini di 65 anni più socialmente deprivati hanno una aspettativa di vita di 15,4 anni, 8,5 dei quali con disabilità, mentre i meno deprivati hanno un'aspettativa di 19,4 anni (+4) dei quali 7,2 (-1) di vita con disabilità. Questa differenza cresce tra le donne: le più deprivate a 65 anni hanno un'aspettativa di vita di 18,5 anni, dei quali ben 11 con disabilità. Le anziane meno deprivate hanno una aspettativa di vita di 21,8 anni (+3,3) di cui con disabilità 9,2 (-1,8) (Foot e Humphris, 2014).

La deprivazione e più in generale l'isolamento, la mancanza di una risposta al disagio, all'ansia, alla solitudine, alle condizioni di deprivazione, producono in realtà costi sanitari impropri per tutte le fasce di età. Il fenomeno della medicalizzazione del disagio sociale è particolarmente accentuato in quei sistemi di welfare che, non offrendo un vero sostegno sociale alle persone in difficoltà, favoriscono la trasformazione del disagio in richieste di cura sanitaria. In altre parole, queste persone, per cause legate alla povertà, all'isolamento, all'ansia, finiscono con sviluppare sintomi e sofferenze per i quali cercano risposte nei servizi sanitari. Secondo Bradley e Taylor (2013) una delle principali spiegazioni del paradosso americano, cioè del fatto che la spesa sanitaria negli Stati Uniti è la più alta del mondo mentre i dati relativi alla salute della popolazione sono mediocri, dipende dalla carenza dei servizi nella fase in cui i problemi hanno una prevalente natura sociale e la cura avrebbe costi individuali assai inferiori a quelli sanitari. «In qualche modo, poiché gli Stati Uniti non hanno un esteso sistema di servizi sociali, ma hanno invece implementato un esteso sistema di emergenza medica, i servizi sanitari sono *de facto* diventati un magnete di attrazione per i bisogni di cura della popolazione vulnerabile, per quanto inadeguato sia questo tipo di cura» (*ivi*, p. 60). Questa

osservazione può essere estesa anche alla realtà italiana perché i tagli lineari che hanno colpito il sistema dell'assistenza sociale producono anche da noi un effetto di sanitarizzazione di cure che potrebbero essere prevenute con minor spesa in ambito sociale. A questo si aggiunge una debolezza della medicina primaria e territoriale che riversa i pazienti sull'assistenza ospedaliera. «Il fenomeno degli accessi impropri al pronto soccorso rappresenta una “punta dell'iceberg” rispetto alla necessità di un riequilibrio di sistema e della riorganizzazione dell'assistenza primaria, soprattutto in relazione a quei pazienti che necessitano di assistenza per condizioni non urgenti e “non complesse” dal punto di vista specialistico e tecnologico. Essi andrebbero considerati all'interno di una rete assistenziale che integri le diverse professionalità della medicina del territorio» (Ministero della Salute, 2014, p. 322).

RPS

Nicola Giannelli

2.4 La sostenibilità sociale dell'invecchiamento della popolazione

Se il prolungamento della vita individuale può non comportare costi sanitari aggiuntivi, assai sensibile è invece il tema dell'invecchiamento demografico. Questo dipende dalla composizione demografica della popolazione. «Nell'ultimo mezzo secolo, dal 1961 a oggi, la popolazione under 25 è passata da oltre il 40% a meno del 25%, mentre gli over 65 sono più che raddoppiati salendo da meno del 10% a oltre il 20%. Il sorpasso dei secondi sui primi è annunciato per il 2025 circa» (Rosina, 2013, p. 9). Nel 1964 in Italia si raggiunse il massimo di oltre un milione di nascite, il cosiddetto baby boom. Sono persone che si stanno avvicinando all'età della pensione. L'anno scorso per la prima volta il numero dei nati era inferiore a mezzo milione. Le nascite sono inferiori ai morti dal 1992 e ormai l'immigrazione non è più sufficiente a bilanciare il regresso demografico. Questo fenomeno è aumentato con la crisi perché gli italiani, soprattutto giovani, hanno ripreso a emigrare per cercare lavoro. Nel 2015 contro 273 mila nuovi iscritti provenienti dall'estero, si sono registrati 145 mila residenti italiani che si sono trasferiti all'estero (erano 65 nel 2007). Il saldo di 128 mila non è sufficiente a compensare la differenza di 166 mila tra i morti e i nati (Istat, 2011). «La dinamica naturale nazionale farebbe registrare una riduzione di 11,5 milioni d'individui, come risultante della differenza tra complessive 28,5 milioni di nascite e complessivi 40 milioni di decessi» (Istat, 2011, p. 1). Solo l'immigrazione ci salverà

da un calo demografico drammatico. «Nel complesso, si prevede che nell'intervallo temporale fino al 2065 immigrino in Italia 17,9 milioni d'individui, con un intervallo di previsione compreso tra i 16,7 e i 19,3 milioni. Sul versante delle uscite, invece, si ipotizza che emigrino all'estero 5,9 milioni d'individui, con un intervallo compreso tra i 5 e i 7 milioni» (*ivi*, p. 1). Questi flussi comportano una grande trasformazione sociale che sarà difficile da gestire. «Nel periodo 2011-2065 l'incidenza della popolazione straniera sul totale passerà dall'attuale 7,5% a valori compresi tra il 22% e il 24% nel 2065, a seconda delle ipotesi» (*ibidem*).

Ma per quale motivo ci dovremmo preoccupare di un eventuale calo demografico? La ragione è che quando i cambiamenti demografici sono molto rapidi comportano profondi squilibri. Un paese che arresta la sua crescita o addirittura la riduce vede una rilevante variazione del rapporto tra popolazione attiva, cioè in età da lavoro, e popolazione passiva, cioè bambini e anziani, con la differenza che nel welfare gli anziani assorbono molte più risorse dei bambini. «La popolazione in età lavorativa (15-64 anni) evidenzia, nel medio termine, una lieve riduzione, passando dall'attuale 65,7% al 62,8% nel 2026. Nel lungo termine, invece, ci si aspetta una riduzione più accentuata, fino a un minimo del 54,3% nel 2056, anno dopo il quale l'indicatore si stabilizza». Si arriva così al concetto più importante che è quello di dipendenza. «L'indice di dipendenza degli anziani (cioè il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva 15-64 anni), oggi pari al 30,9%, cresce fino a un livello del 59,7% nel 2065» (*ivi*, p. 2). E fin qui abbiamo parlato solo di dipendenza demografica ma questi scenari spiegano perché con le varie riforme pensionistiche si sia cercato di aumentare la fascia di età della popolazione attiva.

Infatti quello che conta è il rapporto tra popolazione inattiva e popolazione realmente attiva. Gli occupati in Italia erano 22,4 milioni nel 2004 e sono tornati, dopo un calo dovuto alla crisi, a 22,4 milioni secondo l'ultimo dato Istat disponibile nel luglio 2016 (Istat, 2016b). In questo arco di tempo i lavoratori a tempo pieno sono però diminuiti da 19,5 a 18,4 milioni. Dal 2004 al 2015 il numero delle pensioni Inps erogate è passato a 16,8 a 17,6 milioni nonostante l'entrata in vigore della Riforma Fornero che solo nel 2013 ha provocato una leggera decrescita e nonostante l'età media di pensionamento effettivo sia salita da 62 a 66 anni (Inps, 2015). Il totale delle prestazioni previdenziali a vario titolo erogate era di 23,2 milioni per 16,3 beneficiari (Istat,

2014). Poiché il tasso di partecipazione al lavoro, al livello nazionale, è del 56,3% contro una media Ue del 66,6% (Istat, 2016a) si comprende come il tasso di dipendenza in Italia sia assai superiore che in Germania dove si ha un invecchiamento della popolazione simile al nostro ma un tasso di occupazione del 74%.

RPS

Nicola Giannelli

3. Possibili soluzioni

Da quanto detto sopra ne consegue che prima ancora di ridurre le spese sanitarie dobbiamo pensare a come aumentare i tassi di occupazione per ridurre il rapporto di dipendenza tra popolazione inattiva e attiva. Questi tassi sono vicini alla media Ue nel Nord Italia e nel Centro, ma sono di 20 punti inferiori nel Mezzogiorno, dove la maggior quota di economia sommersa non giustifica la differenza. Se si guardano i dati Istat dal 1977 al 2012 si vede come il tasso di occupazione al Centro-Nord sia cresciuto dal 58% al 66% grazie alla crescita del tasso di occupazione femminile cresciuto dal 33% al 46% (Istat, 2013). Però nello stesso arco di tempo il tasso di occupazione è calato nel Mezzogiorno dal 49% al 44%. Perciò è soprattutto nel Sud che si dovrebbero concentrare gli sforzi, in particolare per le donne. Oltretutto un maggior tasso di occupazione femminile è di solito associato a una maggiore natalità, purché vi siano i servizi di aiuto sul territorio che a loro volta incentivano l'occupazione (Rosina, 2013). Con l'aumento delle aspettative di vita può crescere l'età del pensionamento ma bisogna sperimentare strategie di invecchiamento attivo e di affiancamento lavorativo tra vecchi e giovani.

Da un punto di vista socio-sanitario la prima risposta sembra ovvia: bisogna fare più prevenzione dei fattori di rischio, come tabagismo, alcolismo, obesità, sedentarietà, anche con disincentivi economici. Ma non dobbiamo dimenticare gli interventi contro l'isolamento e la deprivazione sociale che incidono sui costi sanitari. Un tempo l'accudimento delle persone anziane, delle loro condizioni alimentari e abitative, era integralmente devoluto alle famiglie e a politiche di sostegno familiare. Oggi una larga parte di questa risposta proviene da servizi acquistati sul mercato come si vede dall'enorme numero di badanti e altri servizi privati che gli anziani stessi o le loro famiglie pagano autonomamente o usufruendo di assegni sociali. L'assistenza è perciò diventata parte di un modello di consumo individualizzato.

Con l'inevitabile ridursi delle risorse finanziarie dovute alla riduzione del rapporto tra popolazione attiva e popolazione passiva, e con la contemporanea riduzione della dimensione media delle famiglie, si dovranno progettare e incentivare forme di co-housing che permettano alle persone anziane di condividere le spese e combattere la solitudine prestandosi assistenza reciproca. In questo nuovo ambito potranno essere attivati servizi di welfare che, senza costi proibitivi, potranno ridurre i costi individuali dell'assistenza.

Vi sono poi le politiche organizzative che possono contemperare il risparmio e il miglioramento del servizio. Invece di orientare la spesa sugli ospedali si dovrebbe rafforzare la cura primaria, coinvolgendo maggiormente i medici di famiglia, e rafforzando quelle forme di assistenza ambulatoriale, domiciliare, in day hospital, che evitano il ricorso non necessario alla costosa degenza ospedaliera assistendo il paziente nel suo ambiente di vita. Ridurre gli eccessi di medicalizzazione e di medicina difensiva potrà liberare risorse e persino migliorare le condizioni di salute. Sono tutte strategie già note e in parte già praticate nelle regioni più innovative (Ministero della Salute, 2014).

Infine c'è la possibilità di usare le tecnologie in maniera oculata per evitare la iperdiagnostica e per prevenire in modo ragionevole. In questo caso sono gli interessi economici dell'industria sanitaria che devono essere ricondotti all'interesse pubblico, ma c'è anche un problema culturale dell'utenza.

Il sistema sanitario è attualmente il settore produttivo più tecnologicamente avanzato dei servizi e perciò grandi guadagni di produttività e di qualità dei servizi stessi si possono ottenere con le economie di scala che derivano dalla specializzazione e concentrazione in grandi centri. Ma le reti cliniche, le reti informatiche, i *clouds*, la digitalizzazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche, già oggi forniscono i mezzi per dividersi il lavoro anche senza contiguità fisica, accedere a competenze specifiche e banche dati, trasmettere analisi e diagnosi in tempi reali, collaborare a distanza (Wachter, 2015). Queste innovazioni sarebbero particolarmente utili nelle aree meno popolate, nelle quali l'inurbazione giovanile lascia una popolazione particolarmente invecchiata che però non può beneficiare dei rendimenti di scala dei grandi centri sanitari.

Il fattore comune di ogni strategia orientata a salvare il welfare è la capacità di perseguire gli obiettivi in una prospettiva di medio-lungo periodo. Al contrario fino ad oggi i meccanismi del consenso politico, specialmente del Sud Italia, hanno alimentato più le politiche di di-

pendenza che quelle di autonomia (Trigilia, 2012). Più in generale, e non solo in Italia, la politica è sempre più orientata a ottenere risultati di consenso a breve termine e poco interessata a programmare attività che daranno frutti in tempi lontani e incerti. Questo è tanto più vero quanto più il mercato elettorale si fa fluido, incerto, instabile e la comunicazione è alimentata più dagli slogan che dalle argomentazioni. La contendibilità delle arene di consenso richiede politiche visibili nel breve periodo. Mentre la costruzione di un nuovo ospedale dona visibilità e permette un riscontro immediato da parte degli elettori, la prevenzione di malattie che si potrebbero verificare in futuro non è percepibile né nel presente né nel futuro da parte di coloro che avrebbero potuto manifestare queste malattie ma non le hanno sviluppate.

Un secondo ostacolo alla costruzione di politiche per il futuro è strutturale. «L'invecchiamento esercita un'influenza sulla scala di priorità politiche relative alle esigenze connesse all'età» (Breyer, Costa-Font e Felder, 2010, p. 687). In una società nella quale le persone anziane o vicine a esserlo sono più numerose di quelle giovani e il loro voto è più facilmente catturabile con politiche a breve ritorno di consenso, mentre il voto dei giovani dipende da molti altri fattori relativi alla loro sfera cognitiva, è assai facile che i leader politici, anche quando sono loro stessi giovani, ricerchino il consenso tra le persone meno giovani. Easterbrook nota come in mancanza di correttivi: «La politica finirebbe per essere dominata dai vecchi che si assegnerebbero servizi e sussidi pagati dai giovani» (Easterbrook, 2014, p. 38).

Riferimenti bibliografici

- Banca Mondiale, *World Bank Out-of-pocket Health Expenditure (% of Private Expenditure on Health)*, disponibile all'indirizzo internet: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.ZS>.
- Bradley E.H e Taylor L.A., 2013, *The American Health care Paradox. Why Spending More is Getting Us Less*, Public Affairs, New York.
- Breyer F., Costa-Font J. e Felder S., 2010, *Aging, Health and Health Care*, «Oxford Review of Economic Policy», vol. 24, n. 4, pp. 674-690.
- Breyer F., Lorenz N. e Niebel T., 2015, *Health Care Expenditures and Longevity: is there a Eubie Blake effect?*, «The European Journal of Health Economics», vol. 16, n. 1, pp. 95-112.
- Cappelletti P., 2012, *Il futuro della sanità: sostenibilità finanziaria e scenari evolutivi*, «Rivista Italiana di Medicina di Laboratorio», n. 2, pp. 63-70.

- Callahan D., 2009, *Taming the Beloved Beast. How Technology Costs are Destroying Our Health Care System*, Princeton University Press, Princeton.
- Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, 2013, *Relazione conclusiva*, Camera dei deputati, Roma.
- Davini O., 2013, *Il prezzo della salute. Per un sistema sanitario sostenibile nel terzo millennio*, Nutrimenti, Roma.
- Easterbrook G., 2014, *Vivere cent'anni. La vita media si allunga e la società cambia in modo sorprendente*, «Internazionale», n. 1082, 19 dicembre.
- Foot O.D. e Humphris C.R., 2014, *Making our Health and Care System fit for Aging*, The King's Fund, Londra.
- Giannelli N., 2010, *Né stato né mercato. La depubblicizzazione dei servizi locali in Italia*, «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche», n. 2, pp.115-143.
- Giannelli N., 2016, *I sistemi sanitari di Stati Uniti, Germania e Regno Unito: mercato redistribuzione e reciprocità*, «Amministrare», n. 1, pp.147-176.
- Giarelli G., 2014, *La copertura sanitaria universale fra retorica e realtà: una prospettiva universale*, «Politiche sociali», n. 3, pp. 353-372.
- Gnetti C., 2015, *Gli amoralisti. Welfare, società e salute di fronte alla sfida dell'invecchiamento*, Ediesse, Roma.
- Inps, 2015, *Pensioni vigenti all'1.1.2015 e liquidate nel 2014 erogate dall'Inps*, Inps, Roma.
- Istat, 2011, *Il futuro demografico del paese*, Istat, Roma.
- Istat, 2013, *Occupati e disoccupati. Dati ricostruiti dal 1977*, Istat, Roma.
- Istat, 2015, *Pensioni e pensionati in Italia, dati 2014*, Istat, Roma.
- Istat, 2016a, *La popolazione in Italia, nuove stime per l'anno 2015*, Istat, Roma.
- Istat, 2016b, *L'Italia nel 2016*, Istat, Roma.
- Levaggi R e Turatti G., 2011, *Spesa sanitaria pubblica o privata: sostituti o complementi?*, in De Vincenti C., Finocchi Ghersi R. e Tardiola A., *La Sanità in Italia*, Astrid, Bologna.
- Matsuyama Y., 2014, *Aging and the Health care System in Japan*, «Bruegel Working Paper», disponibile all'indirizzo internet: <http://bruegel.org/>.
- Ministero della Salute, 2012, *Manuale di formazione per il governo clinico. Appropriatezza*, Roma.
- Ministero della Salute, 2014, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013*, Roma.
- Ministero della Salute, 2015, *Adempimento «mantenimento dell'erogazione dei LEA» attraverso gli indicatori della griglia LEA*, Roma.
- Ocse, 2013, *A rejection method for public health and long term care expenditures*, «ECO/WKP», n. 40, Parigi.
- Ocse, 2015, *Uno sguardo sulla sanità 2015; come si posiziona l'Italia?*, disponibile all'indirizzo internet: www.oecd.org/italy/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-ITALY-In-Italian.pdf.

- Pammolli F., Riccamboni M. e Magazzini L., 2012, *The Sustainability of Health Care System*, «European Journal of Health Economy», n. 13, pp.623-634.
- Przywara B., 2010, *Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results*, Economic Papers of the European Commission, Bruxelles.
- Raitano M., 2006a, *The Impact of Death-Related Cost on Health Care Expenditures*, «ENEPRI Research Report», n. 17, disponibile al sito internet: www.enepri.org.
- Raitano M., 2006b, *Invecchiamento e crescita dei consumi sanitari*, «Rivista della scuola superiore dell'economia e delle finanze», disponibile all'indirizzo internet: www.rivista.ssef.it/www.rivista.ssef.it/site4d12-2.html?page=20060301080332395&edition=2006-02-01.
- Rapporto Beveridge al Parlamento, 1942, punto 427, Londra, 1° dicembre.
- Rosina A., 2013, *L'Italia che non cresce. Gli alibi di un paese immobile*, Laterza, Bari.
- Talbot-Smith A. e Allyson P., 2006, *The New NHS. A Guide*, Routledge, Londra e New York.
- The Economist Intelligence Unit Limited, 2011, *The Future of Health Care in Europe*, The Economist, Londra.
- Trigilia C., 2012, *Non c'è Nord senza Sud*, il Mulino, Bologna.
- Wachter R., 2015, *The Digital Doctor. Hope, Hype, and Harm at the Dawn of Medicine's Computer Age*, Mc Graw Hill, New York.
- Welch H.G, Schwartz L.M. e Woloshin S., 2011, *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Healthy*, Beacon Press, Boston.

RPS

Nicola Giannelli

