

WELFARE

UNA SANITÀ DA RIFONDARE

di Giacomo Corvi



CRESCONO LE INEFFICIENZE DEL SSN IN ITALIA. E AUMENTANO LE PERSONE CHE SI RIVOLGONO A STRUTTURE PRIVATE PER LE CURE MEDICHE. IL RAPPORTO DI CENSIS E RBM ASSICURAZIONE SALUTE FOTOGRAFA TUTTE LE DIFFICOLTÀ DEL SISTEMA, PROPONENDO UNA SOLUZIONE: ISTITUIRE UN PILASTRO COMPLEMENTARE OBBLIGATORIO

Liste di attesa sempre più lunghe, rincaro di farmaci e ticket sanitari, sprechi e inefficienze che si accavallano. Fino ad arrivare a episodi eclatanti, come il recente caso dell'anziana paziente assediata dalle formiche in una corsia dell'ospedale San Paolo di Napoli. Sono i tanti i sintomi del malessere che sta attraversando il sistema sanitario nazionale in Italia. Con il risultato che, come si legge nel rapporto curato da **Censis** e **Rbm Assicurazione Salute**, oltre 13 milioni di persone sono state, di fatto, espulse dalla sanità pubblica.

Presentata in occasione del *Welfare Day*, che si è tenuto a Roma agli inizi di maggio, la ricerca fotografa tutte le difficoltà di un sistema che appare ormai incapace di sostenersi sulle proprie gambe. Parlare di rischio crack, in questo caso, non appare affatto fuori luogo: secondo le stime del rapporto, nei prossimi dieci anni saranno necessari dai 20 ai 30 miliardi di euro per mantenere gli attuali standard di assistenza. Numeri, questi ultimi, che evidenziano la necessità di un cambio di passo nella gestione della sanità nel nostro Paese.

ASPETTANDO LA VISITA

L'allungamento dei tempi di attesa è forse il segnale più chiaro delle inefficienze che stanno attraversando il settore. Per una visita oculistica ci vogliono 87 giorni, per una colonscopia ben 93 giorni: per una mammografia si arriva all'incredibile cifra di 122 giorni, con punte di 142 giorni al Sud e nelle Isole.

Cresce anche la *mobilità sanitaria*, con oltre sei milioni di persone che, solo nello scorso anno, sono state costrette a spostarsi in un'altra regione per ricevere le cure mediche necessarie. Giusto per avere un'idea, nel 2016 il fenomeno ha alimentato un mercato da 4,3

miliardi di euro. Soluzioni di ripiego, buone soltanto come palliativo momentaneo. E che, non da ultimo, rischiano di esacerbare una situazione già precaria. Il rapporto evidenzia, infatti, come il 57% dei cosiddetti *pendolari della sanità* abbia avuto serie difficoltà a fronteggiare le spese necessarie.

COSTRETTI A FAR DA SÉ

In questo contesto, non sorprende che un numero crescente di persone veda il ricorso alla sanità privata come una scelta obbligata. Nel 2016, secondo la ricerca, ben 31,6 milioni di italiani (il 52% della popolazione) si sono infatti rivolti a strutture private per evitare le lunghe attese previste nel sistema pubblico. La scelta ha alimentato un flusso di 35,2 miliardi di euro: praticamente, una tassa aggiuntiva di 580 euro pro capite. Valori in crescita, che hanno segnato un +4,2% nel periodo 2013-2016: nello stesso arco temporale, la spesa per consumi si è limitata a un più contenuto +3,4%. Una tendenza che pare destinata a durare ancora a lungo, visto che, secondo le stime del rapporto, da qui a dieci anni, per evitare il crack del settore sanitario pubblico, la cifra finirà per superare i 1.000 euro a testa.

E aumentano anche i costi della compartecipazione sanitaria: i ticket e i farmaci hanno segnato incrementi, rispettivamente, del 6,1% e del 162,2% sul 2007.

ADDIO UNIVERSALISMO?

Non tutti, tuttavia, sono in grado di far fronte alle cure mediche. L'onere della spesa è quello più rilevante, con 12,2 milioni di persone che, nel 2017 (+10,9% rispetto all'anno precedente), hanno rinunciato o rinviato una prestazione sanitaria per ragioni economiche. Le fasce di popolazione più colpite sono anche quel-

UN APPELLO AL GOVERNO

Al Welfare Day era presente anche **Davide Faraone**, sottosegretario al ministero della Salute. E proprio a lui, e quindi all'intera squadra di Governo, si è rivolto **Marco Vecchietti**, consigliere delegato di Rbm Assicurazione Salute, per chiedere un generale ripensamento dell'attuale sistema sanitario. "È giunto il momento - ha commentato - di scrivere nuove regole che possano preservare i fondamentali del nostro sistema sanitario, garantendo una risposta sicura per la nostra salute e per quella delle future generazioni".

le più deboli: donne, malati cronici, individui a basso reddito e non autosufficienti. Ben 13 milioni di persone hanno avuto difficoltà a sostenere le spese sanitarie. Altri 7,8 milioni sono stati costretti a utilizzare tutti i propri risparmi, o a indebitarsi presso amici, parenti e istituti di credito. Fenomeno allarmante è quello dei cosiddetti *saluteimpoveriti*, con cui si identifica quell'esercito di 1,8 milioni di persone che sono entrate nell'area della povertà per far fronte alle cure mediche necessarie: le spese sanitarie entrano pertanto, a pieno titolo, tra le nuove cause di povertà.

In questo contesto, l'universalismo del settore si trasforma in un paravento di facciata dietro cui si alimenta una crescente disuguaglianza nell'accesso alle cure sanitarie. Negli ultimi dieci anni, la capacità assistenziale del sistema sanitario nazionale è passata dal 92% al 77% della popolazione.

ANCORA POCHI ASSICURATI

In Italia, il mercato della sanità integrativa è un territorio ancora inesplorato. La penetrazione delle polizze sanitarie resta ancora molto bassa. Soltanto il 20% della popolazione è infatti coperta da una qualche for-

ma di sanità integrativa, prevista dal proprio contratto di lavoro o stipulata individualmente in agenzia: nel 2016, si contavano solo sette milioni di titolari di polizze assicurative.

I livelli restano, pertanto, bassissimi. La spesa per la sanità integrativa si traduce in un mero esborso di 77 euro pro capite. Il settore copre quasi cinque miliardi della spesa sanitaria privata, pari a un contenuto 13,8% del totale.

Eppure, le prospettive di crescita ci sono. Anche perché, evidenzia il rapporto, per incrementare il tasso di copertura basterebbe un piccolo sforzo in più. Per assicurare il 55% della spesa sanitaria privata, sarebbe necessario poco meno di un euro al giorno: se si volesse arrivare al 59%, l'esborso arriverebbe ad appena 1,40 euro giornalieri.

LE BEST PRACTICE DALL'ESTERO

Se l'assicurazione sanitaria resta poco diffusa in Italia, nel resto d'Europa si viaggia su livelli decisamente più alti. In Germania, per esempio, il tasso di penetrazione raggiunge il 33%: in Francia si arriva alla quasi totalità della popolazione, con il 97,5%. Raggiungere dimensioni di questo genere, oltre ad alleggerire il carico sulle spalle dello Stato, potrebbe contribuire a rafforzare le fondamenta su cui poggia il sistema pubblico.

In quest'ottica, le conclusioni del rapporto sembrano caldeggiare l'adozione del modello francese. Invasivo, ma comunque auspicabile, il sistema prevede l'adozione di un secondo pilastro complementare per tutti i cittadini: se applicata in Italia, secondo il rapporto, la soluzione consentirebbe di liberare circa 22 miliardi di euro all'anno per il settore pubblico e, allo stesso tempo, conterrebbe la spesa sanitaria privata a 4,3 miliardi di euro annui.