

In tutti i Paesi europei, durante la seconda metà del ventesimo secolo, si è assistito per molti anni ad un costante aumento della spesa sanitaria come rapporto percentuale sul PIL. Il settore sanitario ha assorbito ma continuerà ad assorbire - oggi in modo sempre più controllato - una consistente quantità di risorse dovuta all'aumento della domanda (invecchiamento della popolazione e nuove esigenze collegate ad un quadro epidemiologico, demografico e sociale in rapida trasformazione) e al costo dell'offerta (innovazione tecnologica).

In questi ultimi anni la spesa sanitaria ha invece subito un forte rallentamento per le politiche di austerità adottate dai paesi ma, ancora oggi, mediamente incide per il 10,5 per cento sul PIL dei paesi europei e per il 8,7 per cento sul PIL dell'Italia.

I modelli previsionali di medio lungo periodo (si veda il Documento di Economia e Finanza 2015) inoltre prevedono ancora un suo incremento dovuto ad una crescente domanda non solo quantitativa ma anche qualitativa. Nonostante gli sforzi politici sostenuti per arrestare questa tendenza, la congiuntura macroeconomica e la crisi economica, che dal 2008 grava sui Paesi, indicano chiaramente che la gestione politica della spesa sanitaria - non solo in Italia - rimane una priorità ineludibile.

Oltre ai fattori sopra evidenziati, esistono ampie prove - sia a livello macro che micro - che vi è una **diffusa inefficienza nel processo di trasformazione delle risorse in risultati di salute, con la conseguenza di generare spreco economico ed eccessiva crescita della spesa sanitaria**. Cosicché, appare evidente che riducendo le inefficienze si possono ottenere risparmi sostanziali e destinare le risorse liberate per aumentare l'accesso alle cure e la qualità delle stesse.

Guadagni potenziali di efficienza possono ancora essere raggiunti in tutti i sistemi sanitari europei. In media, nell'Unione europea, la speranza di vita alla nascita potrebbe essere aumentata del 2,3% o di 1,8 anni (1,2 anni a 65 anni) quando ci si sposta dalle attuali posizioni alla soglia che rappresenta la frontiera dell'efficienza ottimale.

E' anche vero che, se ci sono ancora i margini di un recupero sull'efficienza e sulla produttività dei fattori, questi non sono sufficienti per contrastare gli effetti dell'insostenibile differenziale fra spesa sociale-sanitaria e PIL: gli stati membri devono pertanto essere in grado di attrezzarsi e **adottare una migliore governance della nuova domanda emergente.**

Questo è il risultato che viene confermato da una **recente ricerca intitolata *Efficiency estimate of the health care system***, finanziata dalla Commissione europea (J. Medeiros e C. Schwierz in *Economic Papers* n. 549, giugno 2015). In particolare, il lavoro si propone di valutare l'efficienza dei sistemi di assistenza sanitaria in tutti i paesi dell'Unione europea, utilizzando un serie di modelli con diverse combinazioni di variabili in input (spesa pro capite per la salute, ingressi in ospedali, degenze medie e alcune variabili ambientali) e in output (aspettativa di vita, aspettativa di vita in buona salute e indice di mortalità) in quanto la relazione tra input, output (intermedi) e risultati di salute è complessa.

L'applicazione ai sistemi sanitari del concetto di efficienza tecnica (massimizzazione di output per un dato livello di input o minimizzazione di input per un dato livello di output) è impegnativa e solleva numerosi problemi teorici e pratici: ad esempio valutare se le dimissioni ospedaliere vanno considerate output finali o intermedi, in quanto non necessariamente queste hanno un impatto immediato sul miglioramento dei risultati della salute.

Inoltre, output e input spesso non vengono adeguatamente misurati, sia in termini di quantità che di qualità; i risultati di salute molte volte sono fortemente correlati agli stili di vita, attuali e passati, nonché a fattori ambientali al di fuori del controllo immediato del sistema sanitario.

I risultati ottenuti in questo studio sono in linea con precedenti ricerche empiriche. Studi precedenti dell'Unione europea (*Joint Report on Health Systems*, 2010 e *Fiscal sustainability challenges*, 2014) riportano esempi concreti, riferiti a ciascun Paese, di potenziali inefficienze elencandone i possibili rimedi.

La combinazione non ottimale tra i finanziamenti pubblici e privati, lo squilibrio di competenze del personale, la non ottimale integrazione dei servizi per le cure sanitarie primarie e ospedaliere, l'uso inappropriato e non necessario di cure specialistiche e ospedaliere, l'esiguo numero di interventi chirurgici al giorno e la bassa concentrazione dei servizi ospedalieri, le carenze nella gestione generale dei sistemi sanitari e nelle competenze manageriali, l'insufficiente raccolta di dati di dettaglio e l'uso limitato delle tecnologie per migliorare il processo decisionale, un'inadeguata promozione della salute e prevenzione delle malattie, rappresentano tutti esempi di inefficienze.

Di contro, la letteratura empirica documenta che il miglioramento delle cure ambulatoriali e

primarie, il crescente uso di farmaci generici e l'eliminazione dei ricoveri inutili o eccessivamente lunghi contribuiscono a ridurre, o per lo meno a contenere, i costosi ricoveri ospedalieri e più in generale i costi totali, senza incidere sulla qualità delle cure.

Significative inefficienze nell'uso delle risorse sono state riscontrate in base alla variabile geografica, sia tra i diversi paesi che in diverse aree al loro interno. L'eccessiva variabilità territoriale solleva interrogativi sulla qualità, equità ed efficienza dell'allocazione delle risorse e del loro uso. Tuttavia, non esiste alcuna prova oggettiva del fatto che cure inutili vengono effettuate in aree ad alta attività o, al contrario, che le esigenze rimangono insoddisfatte nelle regioni a più bassa attività.

Sicuramente appare abbastanza chiaro che i sistemi sanitari non soddisfano - in generale - le aspettative degli utenti e le variazioni geografiche riscontrate sono troppo grandi per essere spiegate unicamente da esigenze e/o preferenze del paziente.

Secondo uno studio della Commissione europea del 2013 (*Study on Corruption in the Healthcare Sector*), **le frodi e la corruzione nei sistemi sanitari sono un'altra significativa fonte di sprechi** che sottraggono risorse preziose alla tutela della salute: presente in tutti gli Stati membri dell'Unione europea, la natura della corruzione e la prevalenza delle sue tipologie differiscono da Paese a Paese.

Infine, l'evidenza empirica sull'efficienza rivela una correlazione positiva con un *policy mix* ottimale tra la medicina preventiva e quella curativa. È universalmente riconosciuto che **gli stili di vita, il fumo, l'obesità, una dieta sbagliata e la mancanza di attività fisica hanno un impatto significativo sui risultati di salute, aumentando la domanda di servizi sanitari.** Le principali malattie croniche spesso possono essere evitate attraverso semplici cambiamenti nello stile di vita.

Le politiche di prevenzione consentono di vivere più lungamente ma con malattie croniche: non è certo quindi che, in termini netti, i risparmi sui costi associati a migliori risultati superano i possibili maggiori costi associati alle malattie croniche e degenerative legate ad un'età più avanzata.

In passato, l'aumento della spesa è sempre stato accompagnato da un miglioramento delle condizioni sanitarie. Tuttavia, il grado di miglioramento dei risultati sanitari varia notevolmente da un paese all'altro: paesi che hanno una spesa sanitaria maggiore non necessariamente ottengono migliori risultati in termini di risultati di salute. Ne sono un esempio, la Spagna e l'Italia che registrano l'aspettativa di vita più alta a livello europeo (rispettivamente 82,6 e 82,4 anni), ma sono entrambi paesi che si collocano in posizione mediana rispetto agli altri paesi dell'unione europea per spesa sanitaria. Al contrario, Belgio e Danimarca sebbene abbiano una spesa sanitaria molto al di sopra della media europea, raggiungono livelli intermedi in termini di risultati di salute.

L'evidenza empirica suggerisce un rapporto non lineare tra la spesa sanitaria e i risultati di salute che possono essere influenzati da altri fattori al di fuori del controllo dei sistemi sanitari, quali modelli storici di spesa rispetto alle altre politiche di welfare, variabili socio-economiche, comportamenti e stili di vita e fattori ambientali. Pertanto, qualsiasi tentativo metodologico di stimare l'efficienza della spesa sanitaria deve tener conto di una vasta gamma di variabili rilevanti nel funzionamento dei sistemi sanitari per ottenere comunque stime parziali ed non totalmente attendibili, per mancanza di dati.

Incrementi di efficienza possono quindi essere ottenuti o aumentando i risultati di salute e mantenendo gli input ai livelli attuali (modello *output oriented*) o diminuendo gli input ma mantenendo risultati di salute ai livelli attuali (modello *input oriented*). La ricerca conclude che per i paesi con l'aspettativa di vita pari o superiore a 80 anni di età, il modello *input oriented* sembra essere il criterio più rilevante, a causa dei bassi rendimenti - in termini di anni aggiuntivi di aspettativa di vita - che può essere ottenuto aumentando l'uso delle risorse. **Tra i Paesi con un'elevata aspettativa di vita, l'aumento della spesa sanitaria pro-capite finisce per avere solo effetti marginali sui risultati di salute.**

Anche se varia in modo significativo da un paese all'altro, i risultati della ricerca suggeriscono che **complessivamente i guadagni di efficienza potrebbero essere potenzialmente enormi e fonte di notevoli risparmi** sia per gli Stati che per i contribuenti: potrebbero tradursi in una riduzione della spesa sanitaria pubblica dello 0,5% del tasso di crescita annuo sul PIL e, nel lungo termine, portare all'arresto del suo aumento.

In tempo di forte crisi e di delicate trasformazioni economiche e sociali, come quello attuale, appare più forte il richiamo a ridurre gli sprechi e le inefficienze per continuare a garantire a tutte le persone l'accessibilità alle cure e alla tutela della salute.

Gabriella Viale

Scuola di dottorato in Formazione della persona e mercato del lavoro

ADAPT, Università degli Studi di Bergamo

@VialeGabry

Scarica il pdf 