



UNIVERSALISMO, ASSISTENZA SANITARIA E STATO SOCIALE

Luigi Paganetto

Presidente Fondazione Economia Università di Roma Tor Vergata

Docente Scuola Nazionale Amministrazione

CAMBIAMENTO SOCIALE E WELFARE



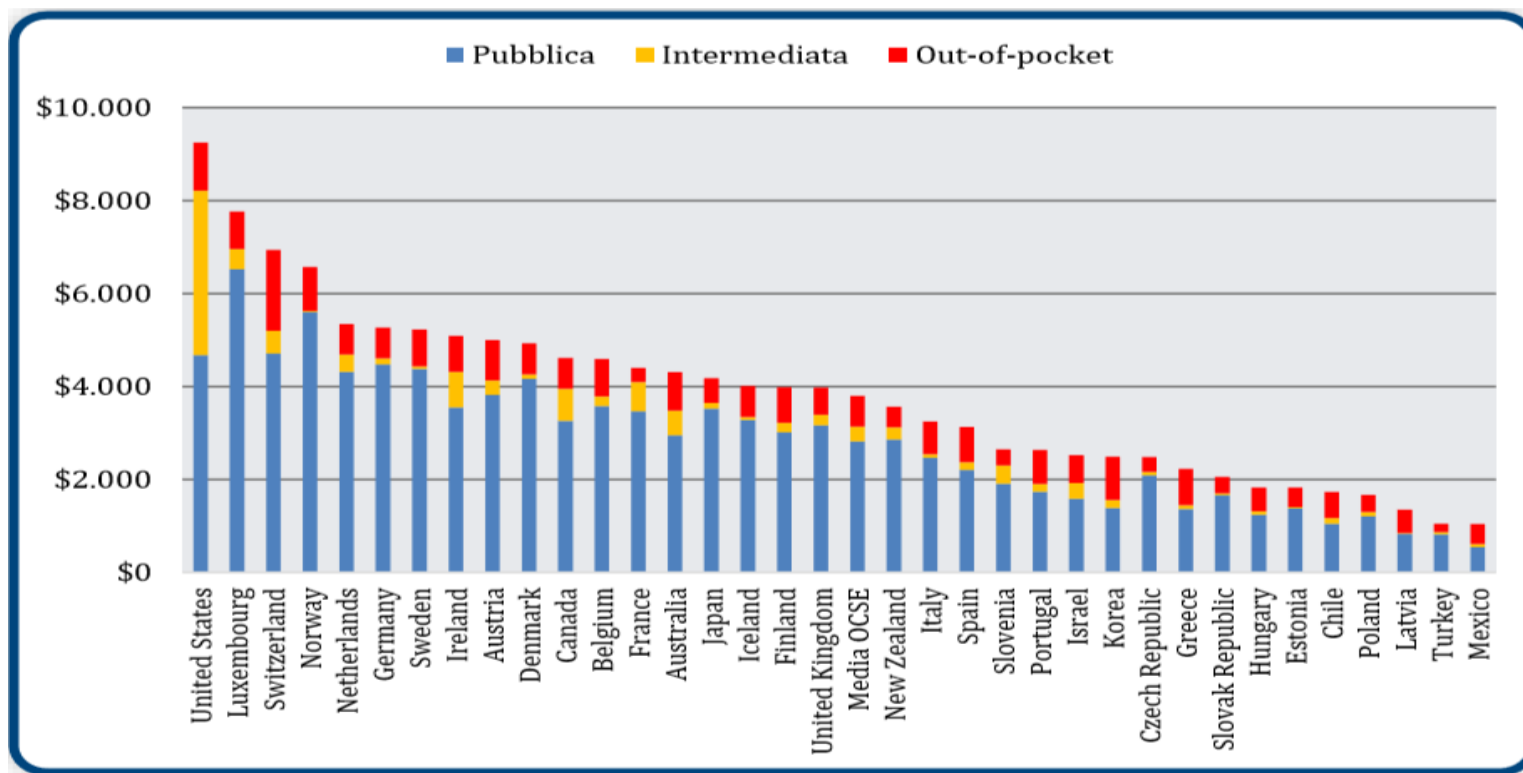
- Nella lunga fase di trasformazione che stiamo vivendo accompagnata dai postumi della crisi della nostra economia è venuta in evidenza una crescente fragilità sociale del paese.
- C'è l'esigenza di una riflessione sull'welfare che tenga conto della non autosufficienza, della povertà, dell'insufficiente maturazione dei redditi pensionistici dei giovani, degli 11 milioni di persone che, secondo il Censis, hanno rinunciato o rinviato il ricorso a prestazioni sanitarie.
- La discussione sulle vaccinazioni ha ricordato a tutti che welfare significa oltre che un insieme di regole anche valori condivisi.
- L'universalismo dell'assistenza sanitaria è il principio sotteso all'articolo 38 della Costituzione. Il trasferimento dei poteri in materia sanitaria alle Regioni ha reso peraltro evidenti le forti differenze dei modelli adottati sul territorio.
- *L'universalismo rischia, nei fatti, di essere messo in discussione in un contesto dominato da cambiamenti demografici, istituzionali (le differenze regionali) ed esigenze di innovazione tecnologica su cure e farmaci.*

SPESA PER LA SALUTE E DEMOGRAFIA



- Gli aspetti demografici dominano le questioni che si pongono in materia di assistenza sanitaria:
 1. L'aumento della speranza di vita, 80.6 anni per gli uomini e 85.1 per le donne e l'aumento delle capacità di cura sta modificando gli scenari sanitari;
 2. Il numero degli anziani è passato tra il 2007 e il 2016 da 12 a 15 milioni.
- In questo quadro:
 1. La spesa pubblica per la salute, che è più bassa pro-capite della media OCSE, copre una quota che negli ultimi anni è decrescente (dal 78% del 2010 al 75% del 2016), rispetto al consumo di sanità dei cittadini;
 2. Aumenta la quota di spesa privata ed in particolare quella *out of pocket*.

SPESA SANITARIA PRO-CAPITE IN OCSE



Fonte: Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025

DEMOGRAFIA E DOMANDA SANITARIA



Secondo il Rapporto Crea:

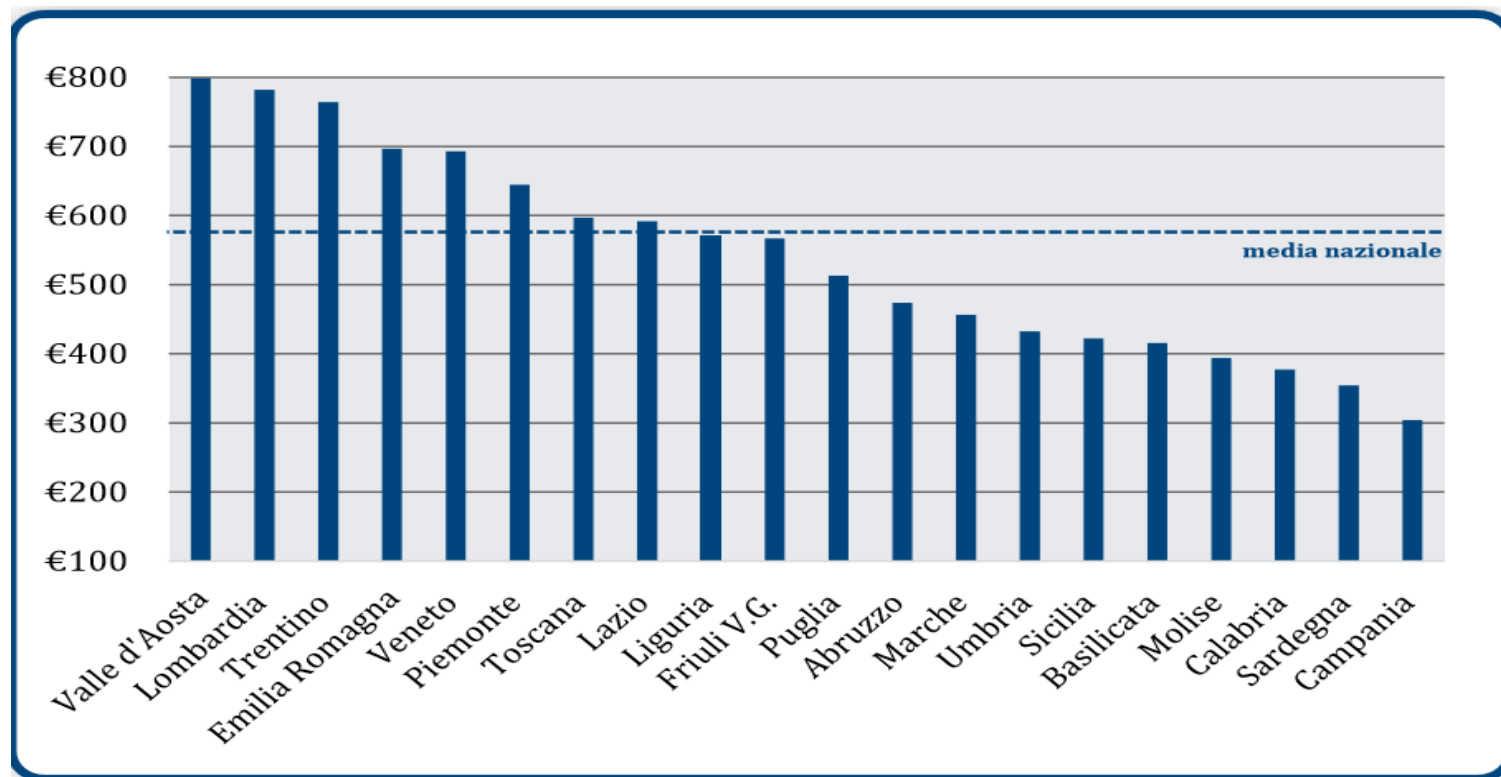
- L'aspettativa di vita in buona salute dopo i 65 anni è inferiore alla media europea (9.4 anni) e, in particolare, a quella in Danimarca e Svezia.
- È peggiore rispetto alla media EU la condizione degli over 75 anni con patologie di lunga durata: un anziano su due in Italia soffre di una malattia cronica grave o è multi cronico.
- Ciononostante la probabilità del ricovero ospedaliero, il numero dei ricoveri e la durata della degenza si sposta in età più avanzate. È una conseguenza di attività di prevenzione o di un'offerta sanitaria compressa?
- C'è un forte svantaggio, a livello territoriale, per il sud della speranza di vita a 65 anni.

TERRITORIO E SPESA SANITARIA PRIVATA



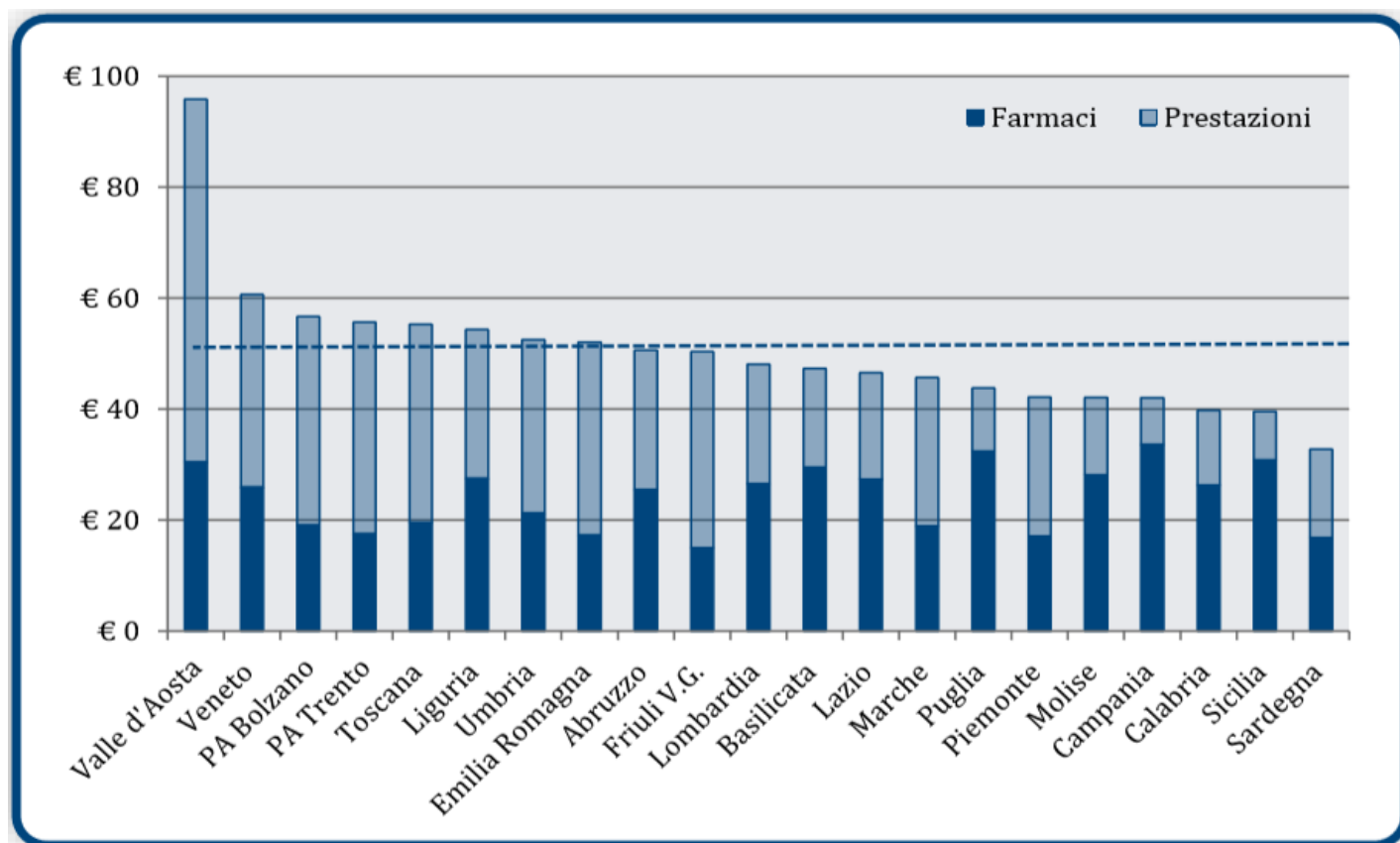
- Le differenze territoriali in materia di assistenza sanitaria spiegano un'ampia parte delle differenze della spesa privata in sanità che è mediamente di 503 euro pro-capite cui vanno aggiunti 77 euro legati a Forme sanitarie integrative.
- Liste di attesa e qualità delle cure influenzano la spesa privata con differenze significative legate al territorio. Sono 5 giorni le attese nel privato contro attese medie che vanno dagli 83 giorni del Lazio ai 33 del Nord est.
- La mobilità sanitaria, secondo il Censis, è determinata nel 56% dei casi dalla migliore qualità attesa dalle cure e solo per il 25% dai tempi di attesa.
- Sono le difficoltà economiche la ragione principale (in particolare 30% al Sud e 39% al Centro) che ha indotto 12.2 milioni di cittadini a rinunciare o rinviare le cure nel 2016 (erano 9.9 milioni nel 2012).

SPESA SANITARIA PRIVATA NELLE REGIONI ITALIANE



Fonte: Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER REGIONI



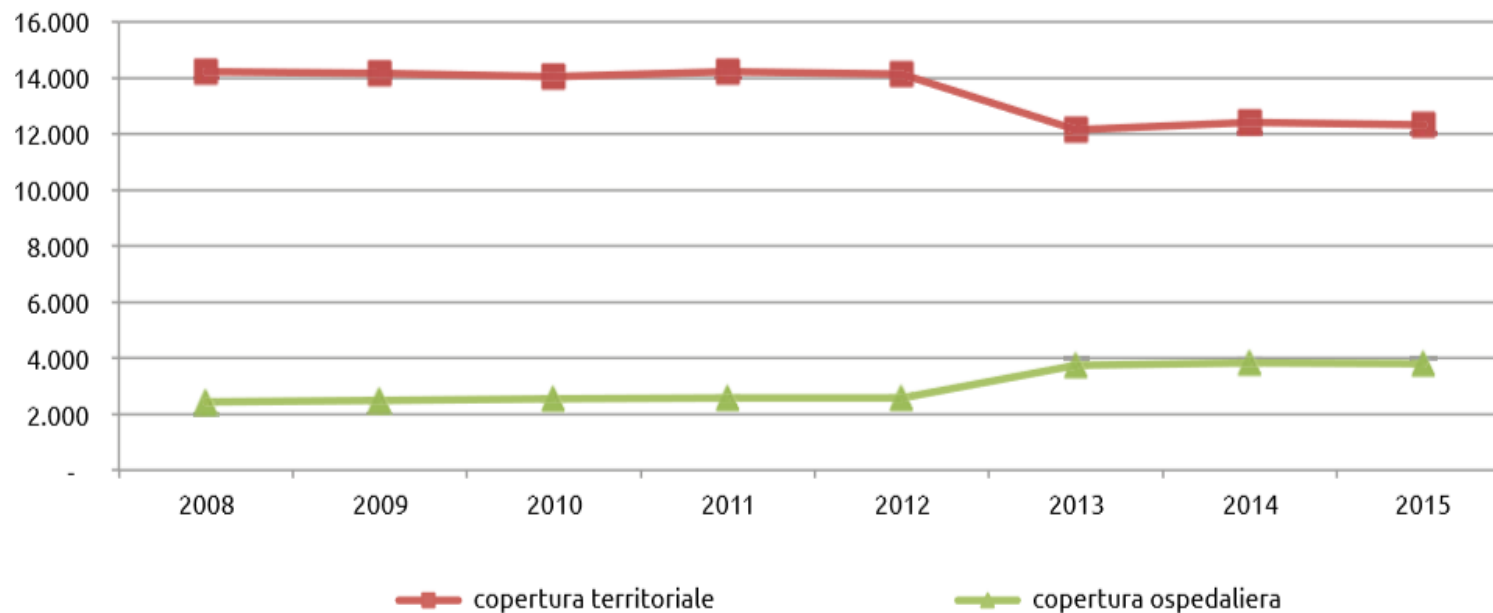
Fonte: Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025

LA SPESA FARMACEUTICA



- Nell'ultimo decennio la spesa per beni e servizi sanitari e la spesa farmaceutica ospedaliera hanno mostrato un aumento significativo, mentre si è ridotto l'ammontare della spesa farmaceutica convenzionata. La spesa farmaceutica ospedaliera in particolare, è aumentata tra il 2008 e il 2015 di 2.8 miliardi arrivando a 6.2 miliardi. La spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera risulta sotto finanziata anche in confronto ai principali paesi europei.
- Serve una tassa di scopo come quella proposta da Aiom di aumentare il prezzo di vendita delle sigarette di un centesimo a sigaretta?

COPERTURA SPESA FARMACEUTICA



Fonte: Elaborazioni I-Com su dati Ministero della Salute e AIFA

DEFINANZIAMENTO PUBBLICO E OFFERTA SANITARIA



- In presenza di una sostanziale riduzione del finanziamento pubblico per la sanità ci sono diverse possibilità di intervento:
 1. Una rimodulazione dei LEA legata ad una attenta valutazione dei «ritorni in salute» degli interventi ammessi.
 2. La valutazione dei casi di sotto-sovradimensionamento dell'offerta sanitaria.
 3. Il coordinamento dell'assistenza tra ospedale, cure intermedie, cure a domicilio, riabilitazione e servizi sociali.
 4. Un forte intervento in attività di prevenzione.

LA PREVENZIONE: UNA QUESTIONE CENTRALE

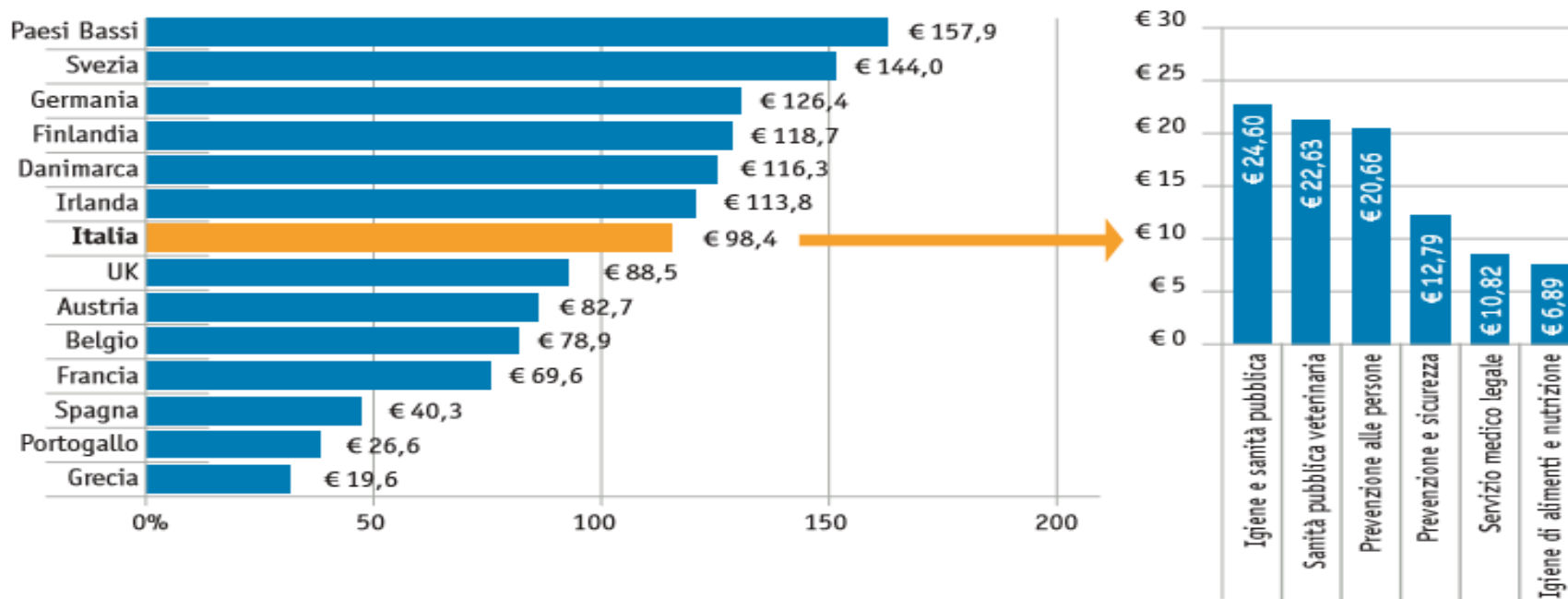


- L'Ocse stima che in Eu alla prevenzione in media viene dedicato solo il 3% del budget sanità (1% in Italia, che si colloca dietro Messico, Turchia e Corea).
- Ci sono forti differenze territoriali e solo 10 Regioni raggiungono gli 85 euro pro-capite previste dal LEA per la prevenzione.
- Secondo il Rapporto MEV le morti evitabili con cure appropriate o prevenzione sono il 17.5% del totale. Le Regioni che tutelano meglio i propri cittadini sono quelle del Nord-Est, Marche e Toscana.

SPESA PRO-CAPITE IN PREVENZIONE

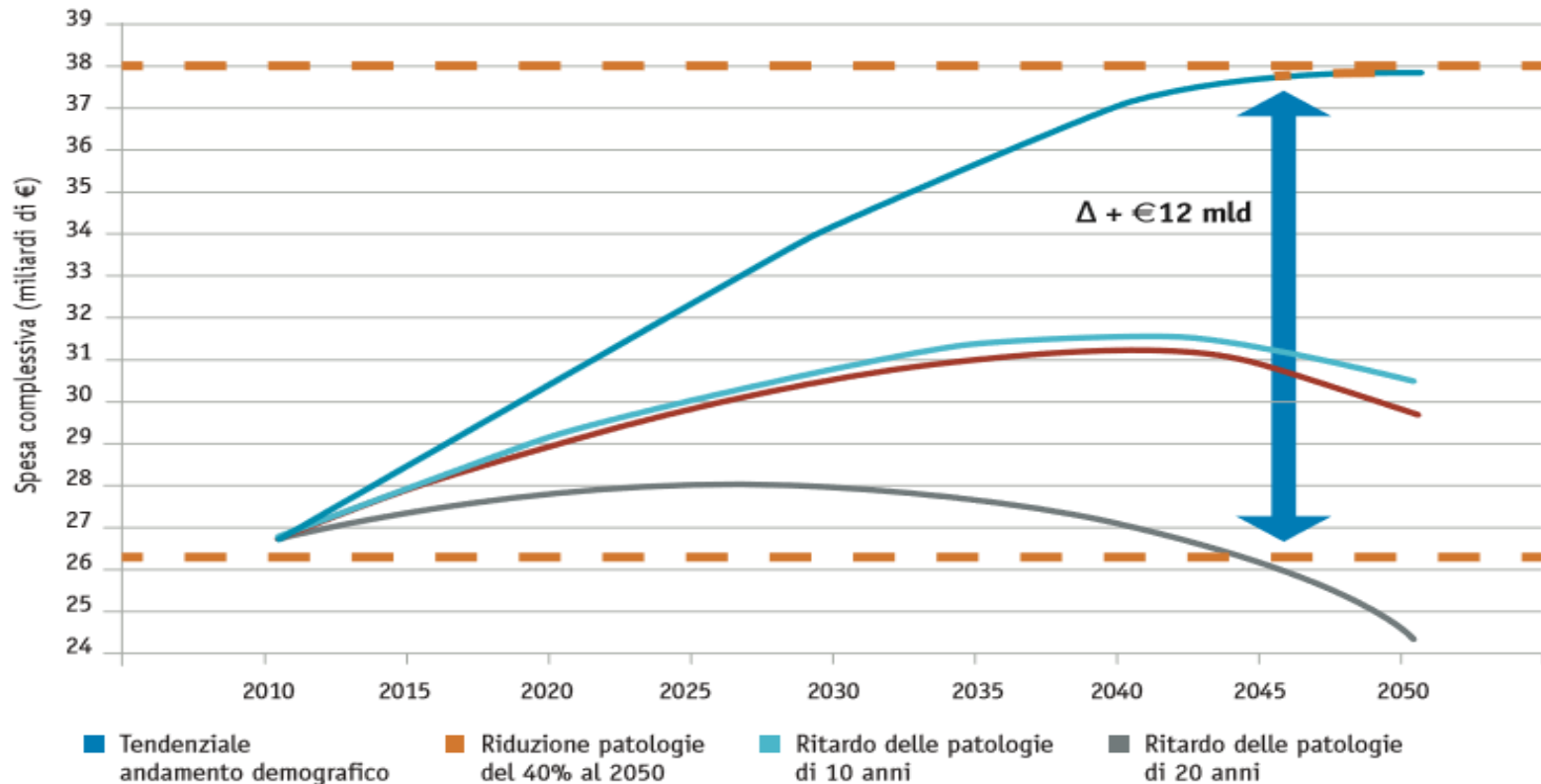


Spesa pro capite in prevenzione nei paesi eu-14, 2014



Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati OECD, 2016

SPESE DI PREVENZIONE E SOSTENIBILITÀ



Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati HS - SiSSI

L'INNOVAZIONE: QUESTIONE CENTRALE IN SANITÀ



- Il governo dell'innovazione in sanità esige l'adozione di strumenti di valutazione legati al modello *dell'Health Technology Assessment* (HTA) che definiscano i percorsi di cura e di recepimento dell'innovazione. L'HTA può aiutare il policy maker nel superare la logica dei silos, creando un sistema di vasi comunicanti e consentendo l'allocazione delle risorse in base alle evidenze di impatto riscontrate dalle valutazioni.
- Per la governance farmaceutica c'è da chiedersi se i PDT (Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali) dal momento che contemplano la prescrizione di farmaci utili alla cura del paziente, possano rappresentare una sorta di evoluzione/superamento dei Prontuari Terapeutici Ospedalieri Regionali (P.T.O.R).