

Cambiamenti demografici e sistema sanitario: stato attuale e scenari di sviluppo del secondo pilastro

Roma 29 ottobre 2012

Isabella Mastrobuono

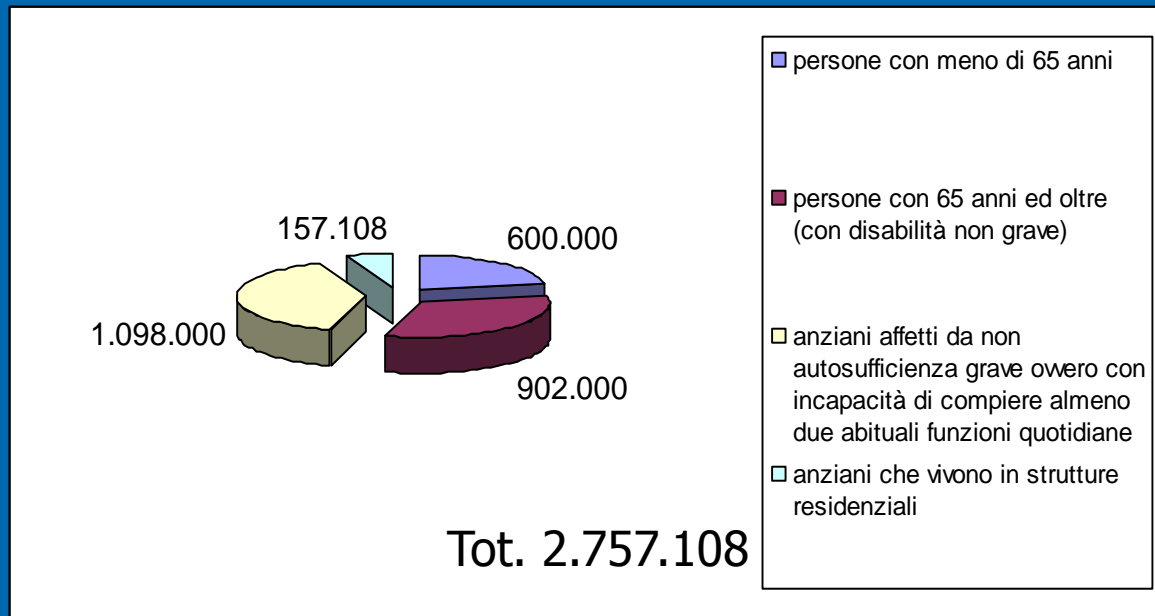
POPOLAZIONE ULTRASESSANTACINQUENNE IN ITALIA (ANNI 2001-2026 E 2026-2051 – VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

Regioni	Valori assoluti (in migliaia)			Incremento assoluto medio annuo (in migliaia)		Tasso % di incremento medio annuo	
	2001	2026*	2051*	2001-2026	2026-2051	2001-2026	2026-2051
Piemonte	843	1.157	1.290	12,6	5,3	1,5	0,5
Valle d'Aosta	21	33	40	0,5	0,3	2,3	0,8
Lombardia	1.544	2.482	3.039	37,5	22,3	2,4	0,9
Trentino A.A.	151	254	337	4,1	3,3	2,7	1,3
Veneto	779	1.256	1.584	19,1	13,1	2,4	1,0
Friuli V.G.	240	330	374	3,6	1,8	1,5	0,5
Liguria	381	439	448	2,3	0,4	0,6	0,1
Emilia Rom.	845	1.158	1.423	12,5	10,6	1,5	0,9
Toscana	744	978	1.132	9,4	6,2	1,3	0,6
Umbria	178	236	286	2,3	2,0	1,3	0,8
Marche	303	419	518	4,6	4,0	1,5	0,9
Lazio	864	1.348	1.612	19,4	10,6	2,2	0,8
Abruzzo	244	340	417	3,8	3,1	1,6	0,9
Molise	64	83	96	0,8	0,5	1,2	0,6
Campania	764	1.249	1.594	19,4	13,8	2,5	1,1
Puglia	601	959	1.162	14,3	8,1	2,4	0,8
Basilicata	105	141	165	1,4	1,0	1,4	0,7
Calabria	323	461	538	5,5	3,1	1,7	0,7
Sicilia	793	1.105	1.274	12,5	6,8	1,6	0,6
Sardegna	246	412	480	6,6	2,7	2,7	0,7
Italia	10.033	14.840	17.809	192,3	118,8	1,9	0,8

* Stime

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat (Censimento della popolazione 2001).
Pubblicato su ASI, 17.6.2004, n. 25.

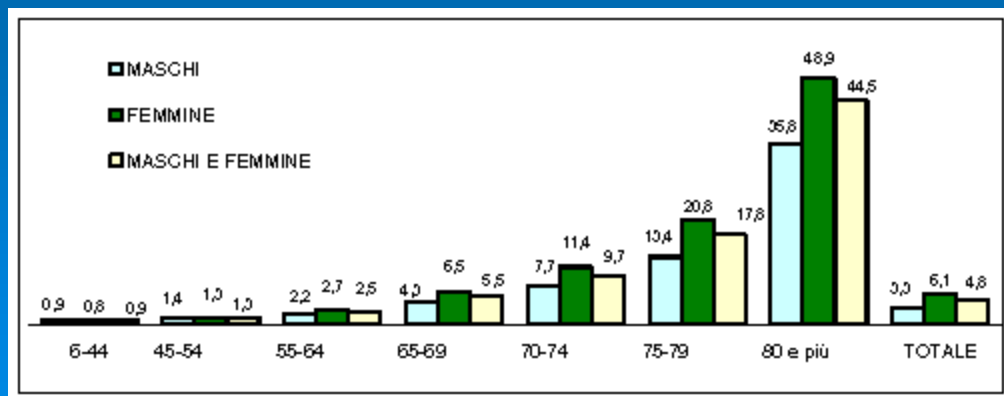
La disabilità in Italia (Istat 2007)



dati ISTAT:

- 1) non considerano la popolazione con meno di 6 anni;
- 2) non considerano le persone ospiti dei presidi residenziali;
- 3) sottostimano alcune disabilità che non possono essere rilevate dallo strumento di rilevazione, soprattutto per quanto riguarda le disabilità mentali.

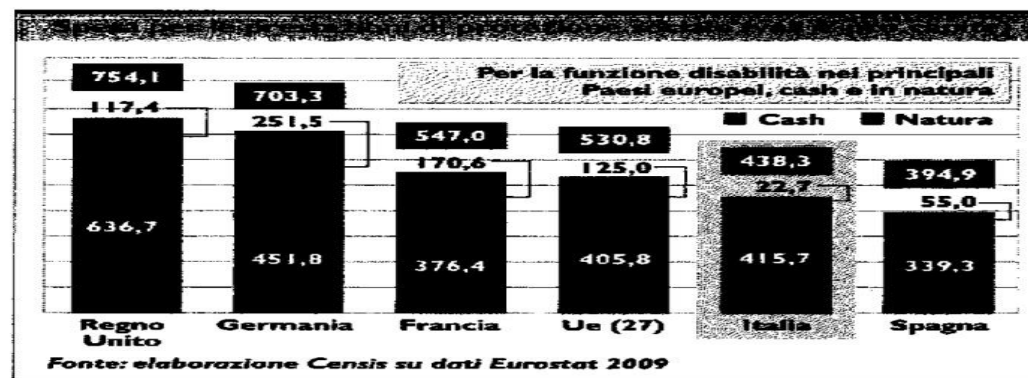
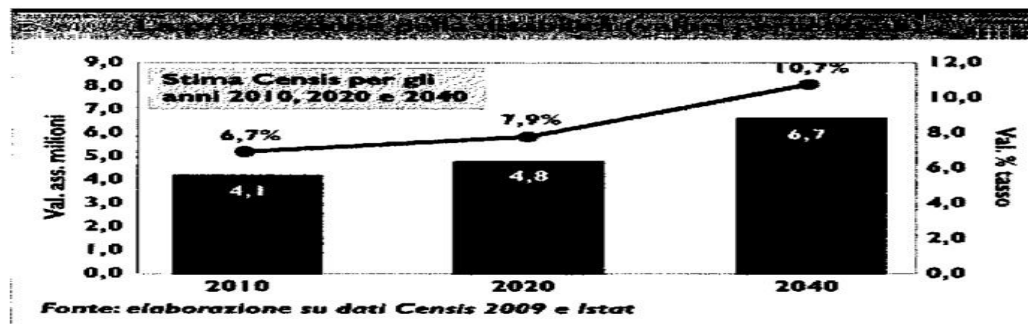
Persone di 6 anni e più disabili per classi di età e sesso. Anno 2005 (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)



Panoramica sui modelli di offerta dei servizi assistenziali per la disabilità.

L' Italia ed i 4 Paesi indagati.

	Regione e subregionale (ambiti di programmazione)	Spagna (Comunidades Autónomas)	Francia (Départements)	Germania (Länder)	Regno Unito (Local Councils CASSRs)
Assetto dell'erogazione dei servizi	Regionale e subregionale (ambiti di programmazione)	Regionale (Comunidades Autónomas)	Locale (Départements)	Regionale (Länder)	Locale (Local Councils CASSRs)
Presenza di dati di attività strutturati	Sì, limitati alla parte socio-sanitaria	Parziali	Sì, parziali	Vincolati all'ente finanziatore	Sì, completi
Tratti salienti dell'organizzazione e dell'	<ul style="list-style-type: none"> Delega totale alla famiglia e servizi domiciliari in natura di livello minimo (con eccezioni in specifici territori) Presenza complessivamente ridotta e differenziata a livello qualitativo e territoriale di servizi residenziali 	<ul style="list-style-type: none"> Forte delega alla famiglia, forti differenziazioni territoriali Supporto finanziario per l'acquisto di prestazioni in natura (dal 2006 Ley de Dependencia) 	<ul style="list-style-type: none"> Forte presenza delle strutture residenziali e semiresidenziali Supporto finanziario per l'acquisto di prestazioni in natura (dal 2006 Loi Handicap - Prestation de compensation du handicap Pch) Differente linea di finanziamento per disabili adulti (<60 anni) e anziani non autosufficienti 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema assicurativo di stampo lavoristico con rete di sicurezza per chi ne è escluso (Sozialhilfe) Assicurazione obbligatoria per la non autosufficienza Altissima complessità dei meccanismi di finanziamento (problematici anche per gli utenti), differenze territoriali per le prestazioni in capo all'assistenza sociale (Sozialhilfe) 	<ul style="list-style-type: none"> Preso in carico multidimensionale da parte dell'Autorità locale, valutazione del bisogno ed erogazione di servizi in natura (pacchetti di assistenza) per lo più domiciliari, ma anche residenziali
Livello complessivo di sviluppo dell'offerta	++	++	+++	+++	++++



Osteoporosi e fratture di femore

- L'osteoporosi, congiuntamente all'invecchiamento, provoca un continuo incremento del numero assoluto di fratture (e in particolare di femore), valutabile tra l'1 ed il 3% annuo, con una maggiore frequenza nelle donne. Similmente si registra un aumento dell'incidenza di fratture vertebrali. Vari studi internazionali e nazionali hanno dimostrato che la disabilità legata a fratture osteoporotiche incide sui pazienti, in termini di immobilizzazione a letto, più delle BPCO, degli ictus, degli infarti del miocardio, delle neoplasie mammarie (Prometeo, Atlante della sanità italiana) e secondo l'OMS l'osteoporosi rappresenta un problema sanitario secondo solo alle patologie cardiovascolari)
- Le fratture di femore hanno colpito nel 2008 quasi 84.000 anziani con un incremento negli ultimi 5 anni che procede al ritmo di 13.000 casi l'anno, generando oltre 100.000 ricoveri annui. Il 67,5% di tutte le fratture femorali degli anziani si verificano oltre gli 80 anni e di queste il 16,5% riguarda gli ultranovantenni (Piscitelli 2012). Nel periodo 2000-2008 si stimano 15.000 decessi per tale patologia e 18.000 casi di invalidità permanente. In Italia si registrano annualmente 415.000 fratture da fragilità nella popolazione over 40 e 160.000 ricoveri, (incidenza più alta degli USA, 0,7% contro 0,5%). Secondo l'indagine conoscitiva del senato della repubblica (2002) circa 18.000 fratturati di femore all'anno diventano invalidi totali e permanenti con una indennità di accompagnamento che supera i 110 milioni di euro l'anno.

Voce	2002	2005
Pazienti ricoverati per frattura di femore	80.804	94.471
Costi diretti per ospedalizzazione	394.000.000	497.500.000
Costi per cure in altre istituzioni dopo la dimissione	138.592.320	162.032.800
Ulteriori costi per riabilitazione	58.093.200	67.913.600
Costi ospedalieri per riabilitazione	68.395.800	79.964.600
Costi in altre istituzioni successivi alle riabilitazioni ospedaliere	10.277.120	12.013.100
Costi per la riabilitazione domiciliare	111.955.968	145.843.200
Costi per la riabilitazione ambulatoriale entro 6 mesi dall'evento	17.905.011	20.953.000
Costi di riabilitazione successivi alla riabilitazione ambulatoriale	26.751.120	31.273.500
Costi totali di riabilitazione	431.970.539	531.986.400
Stima dei costi totali diretti	835.970.530	999.486.400
Indennità di accompagnamento		Stima 110.000.000
Totale		1.100.000

Definizione di non autosufficienza

- La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nell'incapacità totale o parziale di compiere le normali azioni della vita quotidiana ma anche nel non riuscire a fare fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale che si concretizzano in un adeguato reddito, un'abitazione con caratteristiche microclimatiche, strutturali e di accesso compatibili con l'igiene e la sicurezza dell'ambiente e dell'individuo e una rete sociale protettiva".

- Beltrametti L, Mastrobuono I, Paladini R, "L'assistenza ai non autosufficienti: aspetti di politica economica e fiscale". CNEL 2000

Confronto previsioni sul numero di non autosufficienti in Italia

Fonte	2010	2020	2030	2040	2050	Var.% 2010-2050
Isvap [2001]	2.731.419	3.267.421	3.870.998	4.493.114	4.932.164	80.6%
Beltrametti [2006]	1.740.000	2.150.000	2.540.000	2.920.000	3.200.000	83.9%

Fonte: AXA, "Protezione della persona e cambiamenti demografici: nuove frontiere e prospettive"

Fabbisogno di spesa per LTC in miliardi di euro (Beltrametti, 2006)

Scenario	2004	2010	2020	2030	2040	2050
Solo 3° livello*	1,9	2,1	2,6	3,2	3,7	4,0
Tutti i livelli*	9,2	10,4	13,0	15,4	17,7	19,5

Fonte: AXA, "Protezione della persona e cambiamenti demografici: nuove frontiere e prospettive". Anno 2008

The value of medical spending in the United States, 1960-2000

- ❖ From 1960 through 2000, the life expectancy for newborns increased by 6.97 years, lifetime medical spending adjusted for inflation increased by approximately \$ 69,000, and the cost per year of life gained was \$19,900.
- ❖ The cost increased from \$ 7,400 per year of life gained in the 1970s to \$36,300 in the 1990s.
- ❖ The average cost per year of life gained in 1960–2000 was approximately \$ 31,600 at 15 years of age, \$ 53,700 at 45 years of age, and \$ 84,700 at 65 years of age.
- ❖ At 65 years of age, costs rose more rapidly than did life expectancy: the cost per year of life gained was \$121,000 between 1980 and 1990 and \$ 145,000 between 1990 and 2000.

Le malattie croniche e degenerative: il malato complesso

DRG prodotti negli anni 2008 – 2011 (distinti per quantità e valore) con indicazione dell'incidenza dei DRG con diagnosi di patologie croniche e degenerative individuate sulla base del **Decreto Ministeriale del 28 maggio 1999, n. 329 e sue successive modifiche.**

Anno	Tipo DRG	N° DRG totale (quantità)	Ricavo Aggregato totale (valore)	N° DRG malattie croniche-degenerative (quantità)	Percentuale sul totale	Ricavo Aggregato malattie cronico-degenerative (valore)	Percentuale sul totale
		A	B	C	D = C / A	E	F = E / B
2008	M	17.903	34.166.524	11.795	65,88%	27.143.575	79,44%
	C	8.203	40.531.221	3.719	45,34%	30.275.594	74,70%
	Totale	26.106	74.697.745	15.514	59,43%	57.419.169	76,87%
2009	M	17.055	33.826.138	11.513	67,51%	27.452.409	81,16%
	C	7.541	44.075.349	4.206	55,78%	34.735.484	78,81%
	Totale	24.596	77.901.487	15.719	63,91%	62.187.893	79,83%
2010	M	19.965	39.826.877	13.771	68,98%	33.016.571	82,90%
	C	8.978	52.079.543	4.652	51,82%	40.780.314	78,30%
	Totale	28.943	91.906.420	18.423	63,65%	73.796.885	80,30%
2011	M	18.546	37.465.882	12.626	68,08%	31.111.946	83,04%
	C	8.367	55.378.979	4.918	58,78%	45.753.882	82,62%
	Totale	26.913	92.844.861	17.544	65,19%	76.865.828	82,79%
Totale		106.558	337.350.514	67.200	63,06%	270.269.774	80,12%

Fonte: *elaborazione Mastrobuono su dati SDO PTV 2008-2011*

Tassi di ospedalizzazione per fasce d'età

Tassi di ospedalizzazione per fasce di età, tipo attività e regime di ricovero (per 1.000 abitanti) - Anno 2009

FASCE DI ETÀ	ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGODEGENZA	%	%
	Ordinari	DH	Ordinari	DH			
Meno di 1 anno	448,53	56,81	0,22	0,49	0,02		
Da 1 a 4 anni	83,30	43,20	0,44	1,10	-		
Da 5 a 14 anni	43,58	39,06	0,53	1,23	0,00		
Da 15 a 24 anni	61,06	34,85	0,78	0,60	0,06		
Da 25 a 44 anni	87,49	41,72	1,04	0,54	0,22		
Da 45 a 64 anni	103,14	61,37	4,25	1,25	0,77	4,12%	0,75%
Da 65 a 74 anni	206,16	91,23	13,93	2,25	2,90	6,76%	1,41%
75 anni e oltre	312,57	75,81	19,56	1,49	12,27	6,26%	3,93%
TOTALE	122,46	54,58	4,93	1,09	1,78	4,02%	1,45%

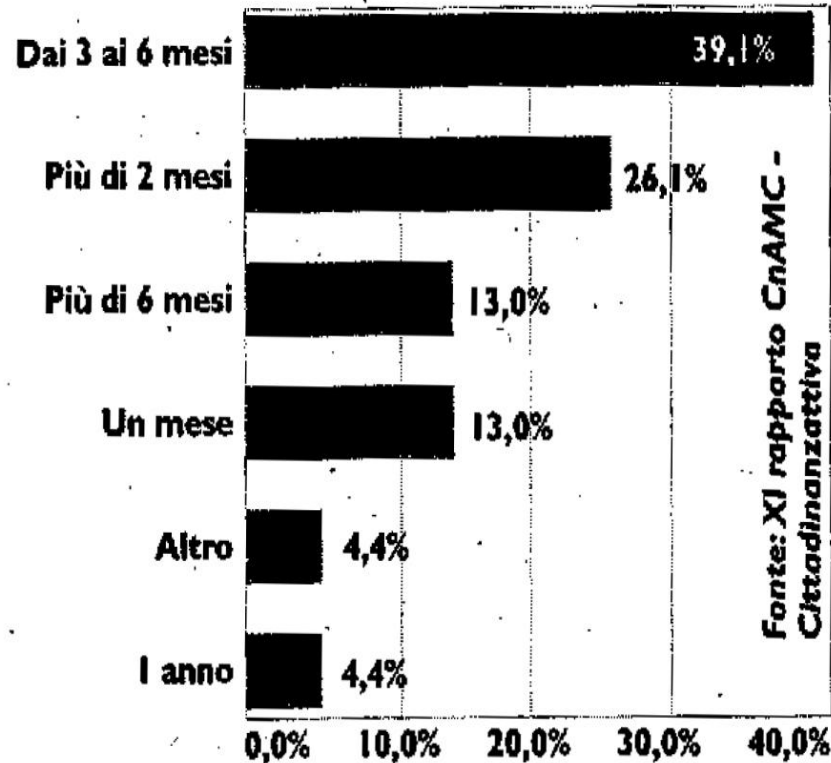
Welfare: la spesa delle famiglie. Indagine Cittadinanza attiva 2012

Spesa media annuale sostenuta dalle famiglie

Badante	8.488 €
Visite specialistiche o attività riabilitative a domicilio	3.718 €
Acquisto di protesi e ausili	944 €
Retta delle strutture residenziali e/o semiresidenziali	13.946 €
Visite specialistiche effettuate in regime privato o intramurario	855 €
Esami diagnostici effettuati in regime privato o intramurario	1.034 €
Acquisto di farmaci necessari e non rimborsati dal Ssn	1.127 €
Acquisto di parafarmaci (es. integratori alimentari, dermocosmetici, creme, pomate, lacrime artificiali eccetera)	1.297 €

Fonte: XI Rapporto CnAMC - Cittadinanza attiva

Tempi massimi d'attesa per il ricovero



REGIONE	PIL PROCAPITE 2008	QUOTA CAPITARIA 2011	SPESA SOCIALE PROCAPITE 2008	REGIONE	PIL PROCAPITE 2008	QUOTA CAPITARIA 2011	SPESA SOCIALE PROCAPITE 2008
CALABRIA	13.179	1.578,70	29,2	TOSCANA	22.066	1.801,52	130,2
MOLISE	15.948	1.864,29	40,8	LAZIO	23.805	1.709,20	134,3
CAMPANIA	12.776	1.597,85	51,1	LIGURIA	21.052	1.792,17	137,8
PUGLIA	13.233	1.644,79	55,4	PIEMONTE	21.672	1.762,63	139,1
BASILICATA	14.625	1.608,36	57,9	E.ROMAGNA	24.396	1.854,50	167,6
ABRUZZO	16.311	1.643,12	62,9	SARDEGNA	15.895	1.680,08	171,1
SICILIA	13.631	1.647,46	70,0	BOLZANO	27.169	1.682,80	209,2
UMBRIA	18.477	1.775,03	95,2	F.V. GIULIA	22.169	1.795,17	210,0
MARCHE	20.487	1.720,91	102,9	V. AOSTA	26.756	1.608,69	262,8
VENETO	30.600	1.739,63	110,4	TRENTO	24.294	1.713,00	279,9
LOMBARDIA	25.251	1.769,85	120,1				

Fondo sociale ridotto da 900 milioni a 46 milioni e azzeramento del Fondo per la non autosufficienza.

Legge 135 del 7 agosto 2012

Conversione in legge del decreto legge 95 del 6 luglio 2012

“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica ad invarianza dei servizi ai cittadini”

Art. 15 Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria

disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica con modifiche apportate con la Legge di stabilità 2012

- La riduzione del finanziamento pubblico di 900 milioni nel 2012, 1.800 milioni di euro nel 2013, 2.000 milioni di euro nel 2014 e 2.100 milioni nel 2015 per un totale di 6,8 miliardi **che si aggiungono agli 8 miliardi dell'articolo 17 della Legge 111/2011, ai 7 miliardi degli anni precedenti, al miliardo (2014) e 600 milioni (2013) della legge di stabilità 2012, per un totale di oltre 22 miliardi.**
- La riduzione **dell'importo e dei rispettivi volumi** d'acquisto delle prestazioni da soggetti privati accreditati per un valore dello 0,5% nel 2012, dell'1% nel 2013 e del 2% nel 2014.
- La prosecuzione dei Piani di rientro per un altro triennio, potendo le regioni applicare l'aumento dell'Irpef oltre i livelli massimi.
- La riduzione del tetto della farmaceutica territoriale al 13,1% nel 2012 e all'11,5% dal 2013.
- Il mantenimento del blocco del turn over del personale del SSN.
- La riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) al 3,7 posti letto per mille, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie. In totale circa 15.000 posti letto in meno (di cui almeno 7.000 pubblici). Il S.S.N. dispone di poco più di 220 mila posti letto per degenza ordinaria, di cui il 20% nelle strutture private accreditate, 22.754 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (91%) e di 8.141 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (81%). A livello nazionale sono disponibili 4,2 posti letto ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,6 ogni 1.000 abitanti.

Continua Spending review

- **La riduzione del 5% fino a dicembre 2012 degli importi e delle connesse prestazioni delle forniture per beni e servizi in essere di aziende ed enti del servizio sanitario nazionale, che sale, secondo la legge di stabilità 2012 al 10% dal 1 gennaio 2013 per tutta la durata dei contratti.**
- **Per i dispositivi medici la riduzione a livello nazionale è al 5% fino al 31 dicembre 2012 ed è posta al 4,8% nel 2013 e 4,4% nel 2014, con l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di rinegoziare i contratti ai prezzi unitari previsti dalla legge (in molti casi si tratta di prezzi di riferimento molto lontani dal valore della mediana e comunque lontani dai valori di alcuni dispositivi più innovativi) e di recedere senza oneri a carico delle stesse in caso di mancato accordo con le ditte.**

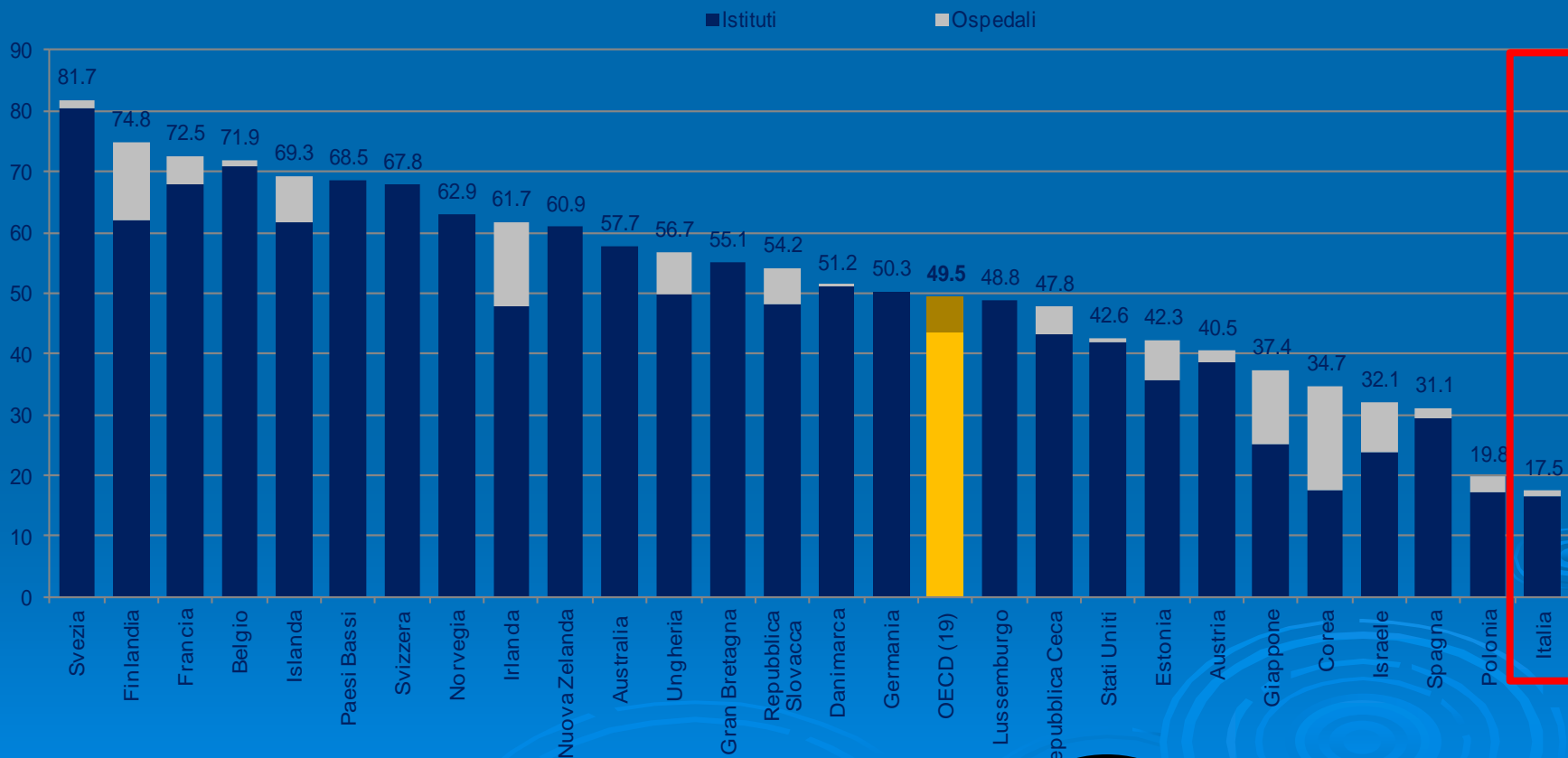
Tagli: 34 miliardi fino al 2015 – Somma delle manovre dal 2010

Tutti i tagli al fabbisogno sanitario secondo le Regioni

Norme di riferimento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2012-2015
Patto salute 2010-2012 - L. 191/2009 - Vacanza contrattuale	-	-	466	466	466	466	1.864
Legge 122/2010 - Art. 9 - Riduzione livello Ssn	-	-	1.132	1.132	1.132	1.132	4.528
Legge 122/2010 - Art. 11 - Farmaceutica	-	-	600	600	600	600	2.400
Legge 111/2011 - Reintroduzione ticket	-	-	834	834	834	834	3.336
Legge 111/2011 - Misure contenimento della spesa	-	-	-	2.500	5.450	5.450	13.400
DI 95/2012	-	-	900	1.800	2.000	2.100	6.800
Totale tagli precedenti manovre	-	-	3.932	7.332	10.482	10.582	32.328
Livello finanziamento dopo manovre	105.565,80	106.905,30	107.880	107.494	108.786	-	-
Variazione % annua rispetto al valore originale	1,69	1,27	0,91	-1,18	-2,69	-	-
Tagli DI legge di stabilità 2013	-	-	-	600	1.000	1.000	-
Totale tagli compresa legge di stabilità 2013	-	-	-	7.932	11.482	11.582	34.928

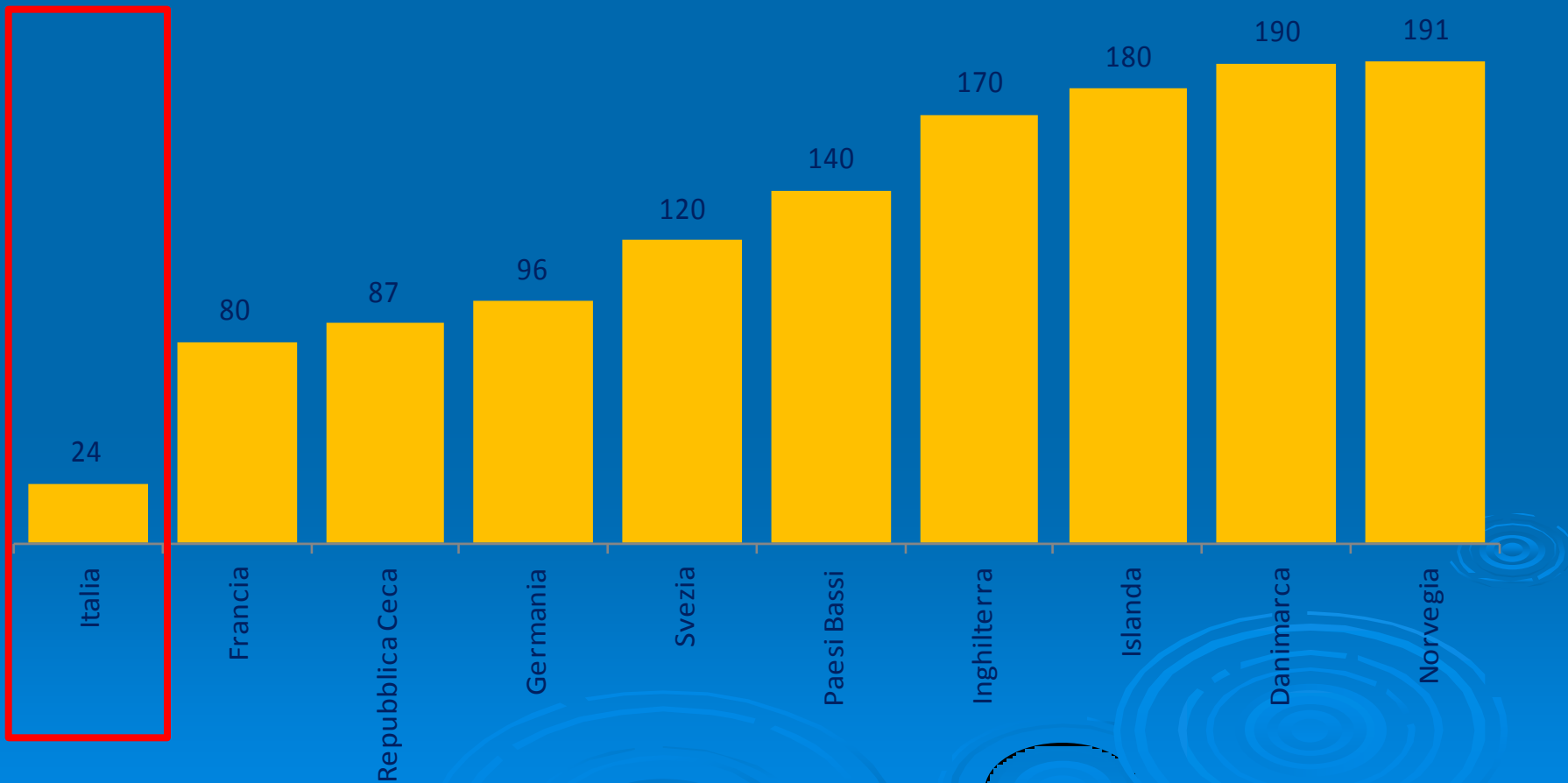
Nota: escluse manovre a carico cittadini del DI Salva Italia

Posti letto dedicati alla Long-Term Care negli istituti e negli ospedali, per 1.000 abitanti con età pari o superiore ai 65 anni, 2009



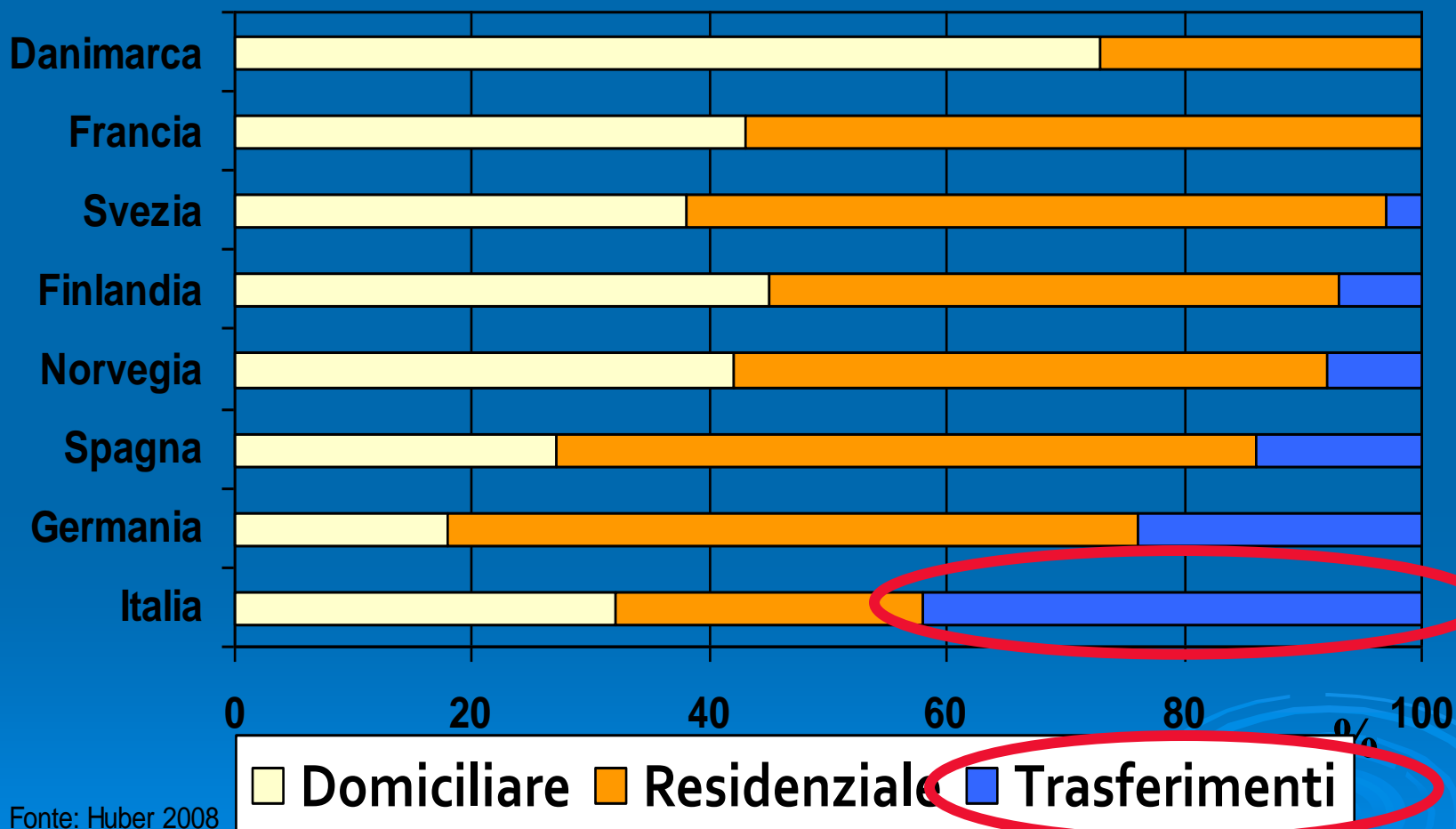
P.L. necessari 496.198 versus 242.028 presenti (Fonti: Ministero salute 2007 e Anaste 2011)

Assistenza domiciliare in Europa (assistiti a domicilio su 1.000 pazienti di età superiore ai 65 anni), 2005



526.568 assistiti nel 2010 a 22 ore medie anno (Ministero della Salute 2009)

Composizione della spesa pubblica per l'assistenza continuativa (% su spesa totale 2005)



Fonte: Huber 2008

Residenze* e assistenza domiciliare

Totale posti letto	242.028	Assistiti ADI	526.568 (22 ore/anno)
Fabbisogno	496.148	Fabbisogno	870.765 (almeno 6% con una assistenza di 8 ore a settimana)
p.l. aggiuntivi:	254.120		
Costo medio per p.l.			
€ 70.000,00			
Spesa per p.l. aggiuntivi			
€ 17,7mld			

Personale NECESSARIO:
254.000 unità

Personale NECESSARIO:
190.000 unità

Non esclusivamente RSA, sono comprese anche strutture semiresidenziali o altre tipologie di strutture

L'attività domiciliare e residenziale per gli anziani fragili da parte dei Comuni*

- Raccordo difficile tra la componente sanitaria e quella sociosanitaria per la valutazione multidimensionale del bisogno;
- Tempi di attesa lunghi per l'attivazione dell'ADI;
- Spesso l'offerta di prestazioni (variegata e non integrata) non coincide con il bisogno effettivo
- Nonostante il crescente impegno dei Comuni verso gli anziani fragili, emerge:
- Il maggior carico pesa sulle famiglia
 - una scarsa integrazione con le ASL *esiste uno scollamento tra la parte sanitaria (ASL) e quella socio-assistenziale (Comuni) nell'erogazione dei servizi alle persone anziane non autosufficienti, soprattutto per i servizi di ADI*.
 - Eterogeneità nella definizione di ADI e nelle modalità di accesso
 - Carenza di personale (in particolare l'assistente sociale) e di risorse specifiche
 - La formazione è "occasionale" e comunque di tipo tecnico (manca un approccio orientato alla relazione interpersonale con la persona anziana)

Progetto di ricerca finalizzata ex art.12 del Dlgs 502/92: La condizione dell'anziano non autosufficiente- analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive. Indagine di Federsanità ANCI – Welfaremed, 14 luglio 2005

Ricerca AGENAS marzo 2012

L'Agenas ha svolto negli anni 2010-2012 una ricerca autofinanziata sul tema la "Valutazione dell'efficacia e dell'equità di modelli organizzativi territoriali per l'accesso e la Presa In Carico di persone con bisogni sociosanitari complessi", che nasce dall'esigenza di misurare, attraverso un approccio metodologico rigoroso, alcuni aspetti della qualità del processo assistenziale di presa in carico dei soggetti anziani non autosufficienti.

Alla ricerca hanno partecipato le Regioni Lombardia, Veneto e Toscana, l'Agenzia Regionale di Sanità Toscana, l'Università Cattolica del Sacro Cuore e l'Università di Cassino.

Nel periodo di osservazione sono stati identificati 7.759 record nei flussi FAR e SIAD, corrispondenti a 7.237 persone prese in carico di età ≥ 65 anni residenti nelle realtà locali coinvolte. Il 47% dei soggetti ha una età ≥ 85 anni ed il 65% circa sono donne.

La ricerca dell'Agenas si è fondata su uno studio osservazionale retrospettivo di coorte riguardante tre Aziende Sanitarie Locali e due Società della Salute appartenenti a 3 Regioni italiane, con una metodologia innovativa che ha permesso l'utilizzo e la lettura congiunta dei dati relativi al periodo 1 luglio 2010 – 30 giugno 2011, derivanti dai flussi informativi del NSIS riguardanti l'assistenza ospedaliera, l'ADI, l'assistenza residenziale e semiresidenziale, seguendo concetti, metodologia e indicatori che bene si inquadrano nell'analoga iniziativa in corso negli Stati Uniti.

I risultati ottenuti sono importanti, perché inducono a riflettere sui ritardi accumulati in alcuni settori del SSN, e su ciò che è ormai indifferibile realizzare per renderlo più efficace, centrato sui bisogni delle persone espressi nelle singole comunità e capace di sostenere l'effetto del progresso scientifico e sociale.

Entrando nel dettaglio, destano perplessità i seguenti riscontri:

1) Le notevoli diversità rilevate negli ambiti geografici oggetto della ricerca, sono comprensibili negli Stati Uniti, non a caso definiti un "non sistema" per la estrema eterogeneità di un gran numero di committenti e di erogatori, ma questa non dovrebbe essere la caratteristica di un SSN.

2) Il dato riguardante gli accessi mensili degli infermieri nell'ADI, confermerebbe il dato ufficiale che attribuisce a ciascun assistito nell'anno solo 25 ore di assistenza, in grande maggioranza svolta da infermieri, un dato impossibile da paragonare rispetto ad altri Paesi industrializzati.

3) Degli assistiti nei servizi residenziali, in un anno di presa in carico vengono ricoverati in ospedale il 3,8% nel Veneto (DM 0,8 giorni), il 4,5% in Toscana (DM 1 giorno), il 15,3% in Lombardia (DM 2,5 giorni).

4) Tra gli assistiti a domicilio, nel periodo considerato sono stati ricoverati in Toscana il 25% (DM 3,8 giorni), in Lombardia il 35,5% (DM 13,5 giorni), in Veneto il 50% (DM 7,5 giorni).

5) Gli assistiti a domicilio, considerando gli accessi con codice triage bianco o verde, hanno effettuato accessi impropri al PS nel 21,6% dei casi in Lombardia, nel 23,1% nel Veneto e nel 48,7% in Toscana.

6) La percentuale di persone istituzionalizzate prese in carico in strutture residenziali per dementi è stata 1,4 in Lombardia, 3,4 in Toscana, 25 nel Veneto, così dimostrando che questo grande problema clinico, assistenziale e, soprattutto, sociale e familiare, è bel lungi dall'essere affrontato in modo accettabile.

A tale riguardo, occorre aggiungere che la ricerca Agenas, avendo come obiettivo "la presa in carico di persone con bisogni socio-sanitari complessi" dovrebbe essere estesa a tutti i soggetti tutelati dalla legge n°18 del 3 Marzo 2009 «Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità».

Allo stato attuale, in Italia poco o nulla si conosce dei problemi che vanno ponendo, e con caratteristiche particolari, le persone di età inferiore ai 65 anni, benché risulti che esse pesano per circa il 33% sui costi della long-term care.

Spesa sanitaria – Benchmark

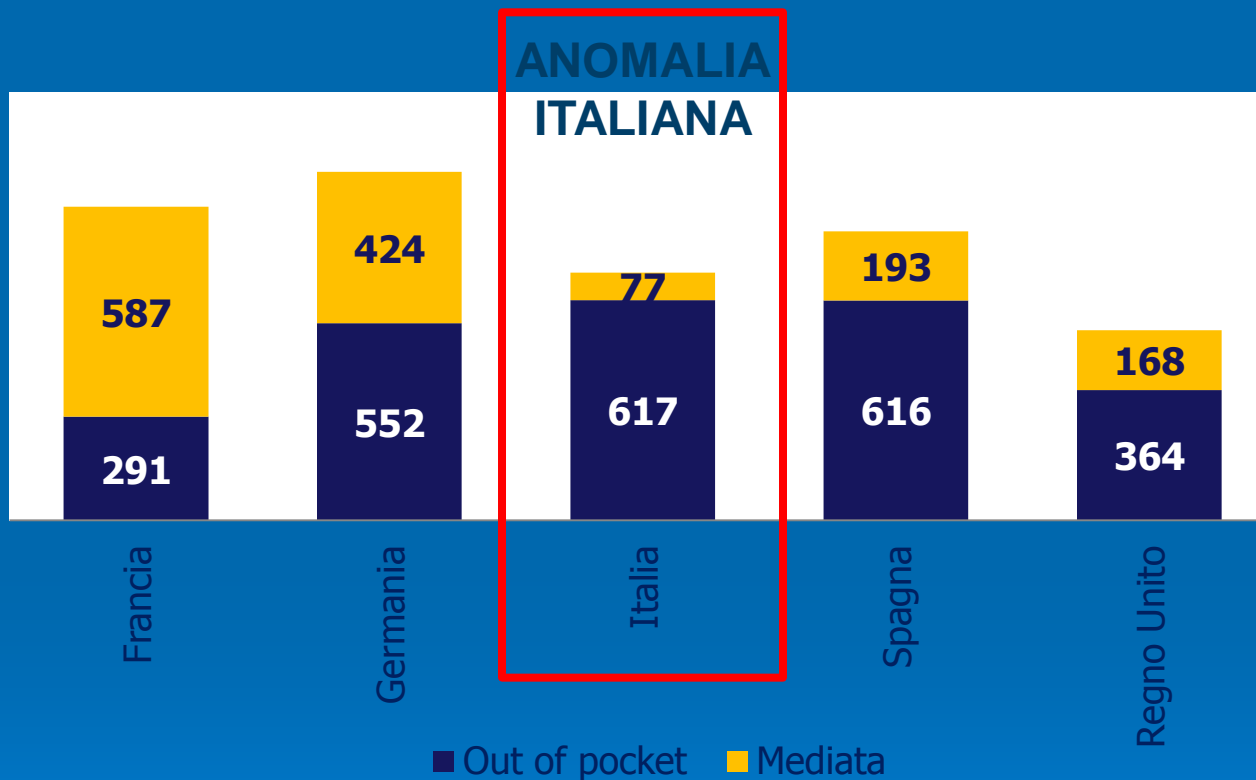


Indicatori *	Germania	Francia	Italia	Spagna	Regno Unito
Popolazione	81.751.602	65.048.412	60.626.442	46.152.926	62.498.612
PIL	2.570.800	1.996.583	1.580.220	1.073.383	1.746.962
PIL pro-capite	31.446	30.694	26.065	23.257	27.952
Anziani over 65 anni (% della popolazione)	20,6%	16,7%	20,3%	17,1%	16,7%
Spesa sanitaria totale (milioni Euro)	298.213	231.604	140.060	103.045	171.202
Spesa sanitaria <i>pro-capite</i> (Dollari PPP)	4.338	3.974	2.964	3.076	3.379
Spesa sanitaria pubblica <i>pro-capite</i> (Dollari PPP)	3.332	3.060	2.342	2.264	2.811
Spesa sanitaria totale (% PIL)	11,6%	11,6%	8,9%	9,6%	9,8%
Spesa sanitaria pubblica (% PIL)	8,9%	8,9%	7,1%	7,1%	8,2%
Spesa sanitaria privata (% PIL)	2,7%	2,7%	1,8%	2,5%	1,6%

*Dati riferiti al 2011 o all'ultimo anno disponibile.

	Public expenditure on health, /capita, US\$ purchasing power parity	Italy vs. ... (\$ PPP)	Italy vs. ... (%)	GDP real growth 2010-2017	Public expenditure on health, /capita, US\$ purchasing power parity	Italy vs. ... (\$ PPP)	Italy vs. ... (%)
	2010	2010	2010		2017	2017	2017
France	3061	-702	-22,9%	11,4%	3410	-1001	-29,4%
Germany	3331	-972	-29,2%	10,7%	3687	-1278	-34,7%
Italy	2359	0	0,0%	2,1%	2409	0	0,0%
Spain	2265	94	4,1%	5,5%	2389	19	0,8%
United Kingdom	2819	-460	-16,3%	15,1%	3244	-835	-25,7%
	Total expenditure on health, /capita, US\$ purchasing power parity	Italy vs. ... (\$ PPP)	Italy vs. ... (%)	GDP real growth 2010-2017	Total expenditure on health, /capita, US\$ purchasing power parity	Italy vs. ... (\$ PPP)	Italy vs. ... (%)
	2010	2010	2010		2017	2017	2017
France	3974	-1010	-25,4%	11,4%	4428	-1401	-31,6%
Germany	4338	-1374	-31,7%	10,7%	4801	-1774	-37,0%
Italy	2964	0	0,0%	2,1%	3027	0	0,0%
Spain	3076	-112	-3,6%	5,5%	3245	-218	-6,7%
United Kingdom	3433	-469	-13,7%	15,1%	3950	-923	-23,4%

Breakdown spesa privata pro-capite in alcuni Paesi OECD (in \$ PPP), 2009



La scomposizione della spesa privata sanitaria rivela come in Italia vi sia un forte squilibrio fra pagamenti *out-of-pocket* e pagamenti mediati da fondi e polizze assicurative.

Casse, Fondi e Società di mutuo soccorso

“Organizzazioni prevalentemente private, variamente denominate, che raccolgono, su base volontaria, risparmio dei singoli cittadini o di gruppi di cittadini o risparmio di tipo contrattuale a livello nazionale, regionale o locale, per fornire prestazioni sanitarie e sociosanitarie che integrano quelle assicurate dal Servizio sanitario Nazionale e dal Sistema di protezione sociale, per finalità non orientate al profitto”.

Mastrobuono I, Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C. Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza. Roma:Il Pensiero Scientifico Editore, 1999

Modificata maggio 2012

STATO ATTUALE

anni	iscritti	assistiti	fonti indagine
1998	657.962	1.436.208	Mastrobuono
2003	980.865	2.179.363	Pfizer
2004	3.570.000	4.900.000	Università di Padova
2007	5.983.000	10.341.210	Labate-Tardiola
2008	6.396.700	10.341.210	Labate

L'anagrafe dei fondi istituita presso il Ministero della salute nel 2010 ha rilevato 293 fondi a fine 2011, di cui 254 con attestato per accedere alle agevolazioni fiscali previste dalla normativa: dichiarati 3,300.000 adesioni. L'83% dei 293 fondi iscritti ha esclusivo fine assistenziale, il 17% è costituito da fondi DOC. L'11% è costituito da fondi aperti, l'89% da fondi chiusi categoriali. Il numero degli iscritti è stato dichiarato solo dal 69% dei fondi (201 in tutto) per un totale di 3.367.000 persone su una stima di 5 milioni di aderenti.



Fondi integrativi

Normativa di riferimento

- ◆ *Art. 46 della legge 833/78 (la mutualità volontaria è libera);*
- ◆ *Art.9 del D.Lgs. 502/92 (forme differenziate per particolari tipologie di prestazioni)*
- ◆ *Art. 9 del D.Lgs 517/93 (fondi finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle garantite dal SSN)*
- ◆ *Art.9 della legge 229/99 (fondi doc)*
- ◆ *Piano sanitario 1998-2000, dove, tra gli adempimenti prioritari, è prevista la "Disciplina delle forme integrative di assistenza in rapporto ai livelli essenziali di assistenza";*
- ◆ *D.Lgs 41/2000 (aspetti fiscali)*
- ◆ *Legge 30 dicembre 2007 (finanziaria 2008) 3615,20 Euro*
- ◆ *Decreto 31 marzo 2008*
- ◆ *Decreto 27 ottobre 2009*

Responsabilità Sociale d'impresa

Welfare contrattuale

CCNL chimico-farmaceutico 18 dicembre 2009

- RS L'impegno di tutti i soggetti coinvolti nell'impresa, ciascuno in relazione al proprio ruolo, ad integrare i temi sociali, etici ed ambientali nelle proprie attività e nei rapporti interni ed esterni, operando responsabilmente, con la consapevolezza dei propri diritti e doveri.
- WC E' il risultato di scelte di responsabilità sociale condivise finalizzate a dare risposte a esigenze dei lavoratori e dei loro familiari in ambiti che hanno rilevanza sociale.
- Ambiti: vita lavorativa e personale, diversamente abili, giovani ed anziani, misure a sostegno del reddito, occupazione, pari opportunità, salute e previdenza, sicurezza ed ambiente, supporti allo studio.
- I servizi di welfare aziendale si collocano in un contesto di defiscalizzazione in cui è possibile trasferire al dipendente o familiare l'intero valore di mercato del bene /servizio, senza l'aggravio di tasse e contributi né per l'azienda né per il lavoratore 31

PSN 1998-2000

“Tutte le esperienze internazionali fin qui disponibili dimostrano che la definizione dei livelli di assistenza è un obiettivo socialmente e tecnicamente molto complesso, nonché in continuo divenire, in quanto deve tenere conto del progresso scientifico e della innovazione tecnologica che influenzano le valutazioni di efficacia e di appropriatezza delle prestazioni. IL Piano sanitario nazionale 1998-2000 indica, pertanto, i principi ed i criteri generali, rinviando alla elaborazione di specifiche linee di indirizzo le specifiche definizioni operative relative ai diversi settori di attività”.

*Legge 15 giugno 2002 n. 112
(trasformazione in legge del decreto legge 15 aprile 2002, n. 63)
Art. 4bis, comma 10*

Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento
dei livelli essenziali di assistenza, opera dal 2004 al 2007

- Difficoltà di definire le singole prestazioni e le relative tariffe
- Carenza di flussi informativi adeguati in vari settori: ambulatoriale e distrettuale (soprattutto Assistenza domiciliare- SIAD e residenziale- FAR)

“ La compartecipazione alla spesa”

Farmaceutica	987.543/1.200.000
Specialistica	3.848.910.000
Pronto soccorso	59.638.000
totale	4.896.091.000

Chirurgia ambulatoriale complessa	233.836.736
APA medici	139.600.796
Ticket 10 euro sui primi 6 gg. di ricovero	711.621.020
Totale	5.981.149.852

Da considerare che i ticket aggiuntivi valgono 1 miliardo di euro rispetto ai 2 previsti dalla normativa per rientrare dal deficit sanità

Mastrobuono I, Labate G. L'evoluzione della compartecipazione alla spesa sanitaria in Europa: possibili scenari evolutivi e proposte di riorganizzazione in Italia. Il ruolo delle forme integrative di assistenza. Il Sole 24 ore 21-27 febbraio 2012, pubblicato su Igiene e sanità pubblica, 2012; 68: 155-230

Le tipologie di assistenza sanitaria e le risorse finanziarie

- *La riduzione dell'offerta nell'ambito delle specifiche funzioni nelle quali si articolano le tipologie essenziali di assistenza e/o la loro conversione in altre funzioni,*
- *la partecipazione alle spese da parte degli assistiti,*
- *la inclusione (liste positive) e la esclusione (liste negative) della fruizione di determinate prestazioni da parte di talune categorie di assistiti,*
- *la limitazione temporale della fruizione di talune prestazioni nel corso dell'anno,*
- *la erogazione in forma indiretta di talune prestazioni e del relativo regime di rimborso,*
- *la totale esclusione dei servizi, dell'attività e delle prestazioni relative all'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, in regime di ricovero ordinario e a ciclo diurno.*



Proposte

1) Garantire, attraverso i fondi e la mutualità, il collegamento dei settori sanitario e sociale/sociosanitario

Il settore della specialistica ambulatoriale "volano"

- costruire pacchetti prestazionali per nucleo familiare esteso (che includa anche il familiare non autosufficiente), garantendo per i sottoscrittori più giovani le prestazioni sanitarie (per esempio le prestazioni specialistiche ambulatoriali) e per i loro familiari con rischio di non autosufficienza le prestazioni sociali e sociosanitarie;
- costituire un "paniere dinamico" delle prestazioni, attività e servizi erogabili con i fondi, che sia in grado di raccogliere quelle stesse prestazioni che in base ai vari indicatori/parametri definiti dal legislatore dovessero risultare esclusi dal SSN.

Esempio pragmatico di solidarietà generazionale e di responsabilizzazione della collettività.

Segue...

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

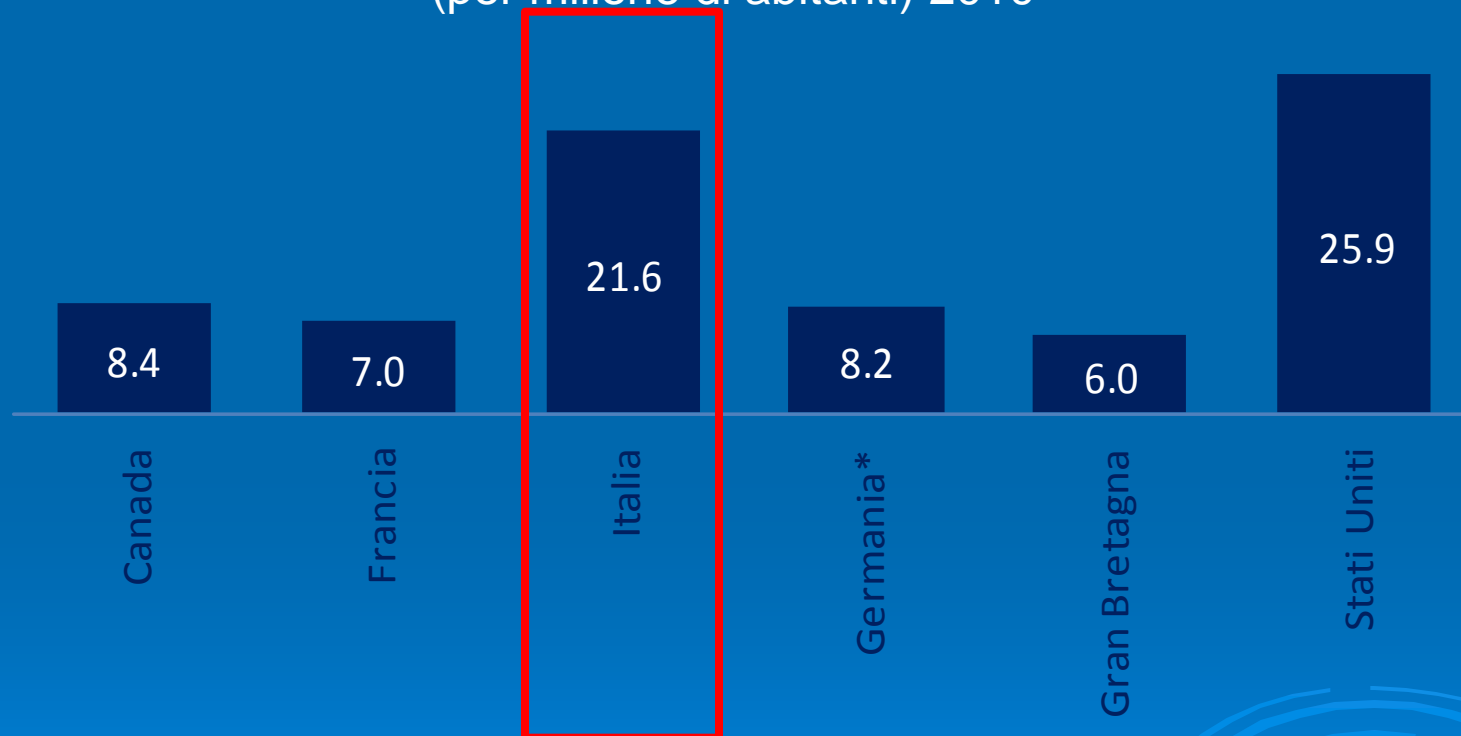
Valore 12 miliardi di euro al 2008

Globalmente, nel 2008 sono state erogate:

- **1.036.724.426** prestazioni di laboratorio (analisi chimico-cliniche e microbiologiche)
- 72.807.646 prestazioni di medicina fisica e riabilitativa
- **5.381.387** prestazioni odontoiatriche e di chirurgia maxillo
- 51.058.041 prestazioni ricomprese nel termine “altro”
- **63.305.772** prestazioni di diagnostica per immagini e medicina nucleare
- 4.177.047 prestazioni di radioterapia
- **102.261.603** visite specialistiche

Le inappropriately e inefficienza del SSN (3/5)

Apparecchiature per Risonanza Magnetica, (per milione di abitanti) 2010



* Dato aggiornato al 2007

Fonte: Rielaborazione The European House-Ambrosetti su dati OECD, 2012



Proposte (segue)

a) Inserire i fondi e la mutualità nelle politiche di contrattazione sindacale, nazionale, a livello di comparto, e a livello di contrattazione integrativa/aziendale.

b) Sviluppare un nuovo concetto di accreditamento, intendendo con esso l'insieme dei requisiti di qualità necessari affinché sia data garanzia ai cittadini dei più elevati livelli qualitativi delle prestazioni da parte degli erogatori, permettendo loro di attrarre sia le risorse provenienti dal SSN sia quelle dei fondi/mutue/assicurazioni.

c) Favorire l'integrazione e la collaborazione tra i fondi, la mutualità e le realtà istituzionali del territorio (Regioni, Comuni, ASL ed altri enti territoriali ed i soggetti che operano nel mondo del no profit), anche attraverso la costituzione di Osservatori Regionali e l'introduzione di modelli sperimentali differenziati per aree geografiche .

Segue...

2) Introdurre, almeno in una prima fase, meccanismi di copertura del rischio distinti sulla base del livello di disabilità/non autosufficienza, destinando per esempio i fondi/mutue/polizze assicurative alla tutela contro il rischio di non autosufficienza di grado lieve/moderato e le risorse pubbliche a vario titolo erogate (Fondo nazionale, fondi regionali e/o comunali etc) per sostenere i cittadini in condizioni di non autosufficienza grave.

3) Completare il quadro normativo per dare ai fondi ed alla mutualità un assetto definitivo e coerente con gli obiettivi prefissati

(Regolamento di funzionamento dei fondi, la vigilanza, l'affidamento in gestione, le prestazioni e gli aspetti fiscali)

Proposte (segue)

- 4) Individuare modalità informative atte a promuovere i fondi integrativi e la mutualità ed a garantire alla collettività conoscenza e trasparenza. L'obiettivo deve essere quello di favorire la crescita di una "cultura" dei fondi, attraverso iniziative atte a sensibilizzare ed a responsabilizzare sul tema tanto i cittadini quanto le istituzioni.

Deliberazione della giunta regionale del Trentino Alto Adige n. 199 del 12 ottobre 2012
Affidamento alla società Pensplan Centrum s.p.a. di un incarico relativo alla creazione di
un sistema organico di fondi sanitari integrativi contrattuali e/o non contrattuali.

Creazione di un fondo sanitario integrativo su base regionale (Pensplan MED) per:

- Promuovere e sviluppare piani di assistenza integrativa su base regionale e provinciale
 - Elaborazione delle linee guida per un nomenclatore comune
 - Rappresentanza dei fondi nei confronti delle Autorità di vigilanza
 - Istituire fondi sanitari integrativi
 - Raccogliere le adesioni
 - Monitorare la qualità dei servizi
 - Incassare i contributi dei beneficiari
-
- **GARANZIA DI CONTINUITA' NELLA COPERTURA DEI SOGGETTI ANCHE NELL'EVENTUALITA' DI USCITA TEMPORANEA O PERMANENTE DAL MONDO DEL LAVORO**

La bancarotta del PIL

- E' sufficiente il PIL come indicatore di ricchezza di un Paese? Oppure si dovrebbero trovare modalità oggettive per verificare la capacità del sistema di rispondere ai bisogni dei cittadini e di offrire loro delle opportunità? A ben vedere la libertà politica e religiosa non è correlata al PIL, come dimostra il caso cinese, e neppure lo sono la salute e l'istruzione.
- Intervista a Martha Nussbaum 2012 Filosofia del diritto all'Università di Chicago, maggio 2012 (Corriere della sera)