

Sostenibilità del sistema sanitario: Come Innovare?

Roma, 12 novembre, 2013

“EUROPA-ITALIA: SALUTE E WELFARE NEL 3° MILLENNIO”

GRAZIA LABATE
RICERCATORE IN ECONOMIA SANITARIA YORK U.K.

A 6 ANNI DALLA CRISI ECONOMICO FINANZIARIA

- **Siamo al sesto anno dall'inizio della crisi.**
- **Sono ormai evidenti le conseguenze che questa ha prodotto e le sfide che attendono i governi e in particolare i sistemi di welfare.**
- **L'attuale fase di “austerità permanente”, si caratterizza per l'emergere di nuovi rischi e nuovi bisogni sociali, che derivano dai profondi cambiamenti economici, sociali, demografici e culturali e dall'esigenza di contenimento della spesa pubblica.**

• L'INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO NELL'UE

- **Eurostat, marzo 2013, Ue a 27:**
- **si conferma che l'Europa è caratterizzata, da bassa natalità e da un progressivo invecchiamento.**
- **Al 1° gennaio 2012, la popolazione dell'UE-27 è stata stimata in 503,7 milioni di abitanti, in crescita del 6% rispetto al 1992.**
- **La quota della popolazione anziana (*“over-65”*) sul totale è passata dal 14% al 18%.**

ALTRI DATI DI CONTESTO, SU CUI RIFLETTERE

- **La disabilità, da leggera a grave, riguarda 1 persona su 6 nell'Unione Europea.**
- **Circa 80 milioni di persone che spesso non hanno la possibilità di partecipare pienamente alla vita sociale ed economica.**
- **Il tasso di povertà relativo alle persone con disabilità è superiore del 70% alla media a causa dell'accesso limitato all'occupazione, della carenza dei sistemi di protezione sociale, oggi più di ieri stressati, dalle politiche di austerità e di contenimento della spesa pubblica, dalla scarsa e lenta crescita e da livelli elevati di disoccupazione.**
- **Oltre un terzo delle persone con più di 75 anni soffre di una disabilità parziale , oltre il 20% di una disabilità grave.**
- **Queste cifre sono inoltre destinate ad aumentare con l'invecchiamento demografico dell'UE.**

LA METAMORFOSI DELLE STRUTTURE FAMILIARI

- E' in corso una profonda metamorfosi della "struttura" delle famiglie, che subisce l'influenza di diversi fattori:**
- la riduzione del numero dei matrimoni (dal 6,3‰ del 1990 al 4,4‰ del 2012);**
- l'aumento dei divorzi (dall'1,6‰ del 1990 al 2‰ del 2009);**
- l'incremento della percentuale di bambini nati fuori dal matrimonio (dal 17% del 1990 al 40% nel 2011 I).**

I TASSI DI DIPENDENZA

Le considerazioni sulla “struttura per età” della popolazione europea si basano sull’analisi dei tassi di dipendenza, che pongono in evidenza il grado di sostegno fornito dalla fascia di popolazione attiva (15-64 anni) sia ai giovani (sotto i 15 anni) sia agli anziani (a partire dai 65 anni).

Il tasso di dipendenza dei giovani nell’UE-27 si è ridotto dal 28,5% del 1992 al 23,4% del 2012. L’unica eccezione a tale generalizzata riduzione è rappresentata dalla Danimarca (+2%). Nel 2012, tale dato è risultato compreso tra il 20% della Bulgaria e della Germania e il 32,5% dell’Irlanda (*Italia: 21,5%*).

GLI OVER 65

Il tasso di dipendenza degli “over-65”, invece, è in aumento dal 21,1% del 1992 al 26,8% del 2012 (UE-27). Il dato è in crescita in tutti gli Stati membri, ad eccezione dell'Irlanda (-0,4%);

• nel 2012 risulta compreso tra il 18% di Slovacchia, Irlanda e Cipro e il 31,6% dell'Italia.

Il tasso di dipendenza complessivo (*total age dependency ratio*) nell'UE-27 è cresciuto negli ultimi due decenni, passando dal 49,5% del 1992 al 50,2% del 2012.

• Il tasso ha oscillato, nel 2012, tra un minimo del 39,2% (Slovacchia) e un massimo del 55,5% (Francia). Per l'Italia, il dato 2012 è pari al 53,1% (contro il 44,7% del 1992).

L'ALTRA FACCIATA DELLA LONGEVITA'

- Nel 2060 la popolazione totale sarà poco più numerosa (517 milioni, contro 502 milioni nel 2010), ma molto più anziana: secondo le proiezioni, il 30% degli europei avrà almeno 65 anni.
- Da un lato, che più persone vivano più a lungo è una grande conquista, dall'altro ciò pone gravi problemi alle economie e ai sistemi di protezione sociale dei paesi europei.
- L'altra faccia della medaglia è infatti che ci saranno meno persone in età lavorativa: la quota della popolazione tra i 15 e i 64 anni di età scenderà dal 67% al 56%.

LE POSSIBILI CONSEGUENZE SULLA SPESA PUBBLICA

- Questo vuol dire che, all'incirca, invece di 4 persone in età lavorativa per ogni pensionato ce ne sarebbero solo 2.**
- Ci si aspetta che questi cambiamenti demografici avranno conseguenze per le finanze pubbliche nell'UE.**
- Sulla base delle politiche attuali, si prevede che la spesa pubblica "direttamente" legata all'età (pensioni, sanità e assistenza a lungo termine) crescerà di 4,1 punti percentuali del PIL tra il 2010 e il 2060, ossia dal 25% al 29% circa del PIL.**

LE POLITICHE ADOTTATE O DA ADOTTARE CONTANO

- **La sola spesa per le pensioni dovrebbe salire dall'11,3% a quasi il 13% del PIL entro il 2060.**
- **La situazione è molto diversa da un paese all'altro, sia per le riforme delle pensioni, recentemente adottate, sia per le misure vigenti per la LTC, sia per i diversi processi di efficientizzazione e di qualità dei SSN, ed infine per le politiche di inclusione e per la famiglia, per quelle di avviamento al lavoro per i giovani e per i disoccupati di lungo periodo.**
- **In conclusione, la relazione conferma che per affrontare le sfide dell'invecchiamento demografico è necessario agire con determinazione, qui ed ora, avendo una visione integrata delle politiche e degli impatti di medio e lungo periodo.**

NON MANCANO ANALISI APPROFONDITE SUI SISTEMI DI WELFARE IN EUROPA ED IN ITALIA

- **Ne voglio citare alcune, le più recenti: anni 2012-2013**
- **Commissione Dilnot in U.K. In preparazione della riforma dell'Health and Social care Act entrata in vigore dall'aprile 2013 e che sarà portata a compimento nel 2017.**
- **Il report dell'IRDES in Francia sull'evoluzione dei sistemi di protezione sociale in rapporto all'invecchiamento della popolazione.**
- **L'Ageing Report 2012: proiezioni economiche e di bilancio per i 27 Stati membri dell'Unione europea (2010-2060) della Commissione economico-sociale della UE.**
- **La ricerca CERGAS BOCCONI del maggio 2013 sull'analisi comparativa dei sistemi di welfare di Francia, Inghilterra Germania, Italia.**

I TRATTI COMUNI

- **Tutte convergono sulla necessità di rendere più efficienti e razionali gli attuali sistemi di protezione sociale:**
- **passare dalle logiche frammentate di sussidi e benefici monetari a logiche che privilegino servizi possibilmente domiciliari alla persona.**
- **costruire forme di “ credito universale” soprattutto per la LTC.**
- **sostegno delle forme di cash and care per le famiglie.**
- **emersione del bandato dal lavoro nero.**
- **coinvolgimento delle più svariate forme di mutualità e sussidiarietà a complemento delle forme di copertura pubblica per la costruzione di un welfare dei diritti e delle responsabilità.**

SISTEMI SANITARI EUROPEI: RENDERLI PIÙ RESILIENTI DI FRONTE ALLA CRISI: GASTEIN 2-4 OTTOBRE 2013

- **La resilienza è stata al centro delle discussioni del 16 ° European Health Forum Gastein (EHFG), che si è tenuto la prima settimana di ottobre a Bad Hofgastein.**
- **La crisi economica e i programmi di austerità hanno avuto un grave impatto sui bilanci della sanità e sulle condizioni generali di salute.**
- **Lo sviluppo sociale e la crescita saranno messi a rischio se i programmi di austerità continueranno a rappresentare un pericolo per i sistemi sanitari, ha avvertito il professor Helmut Brand, presidente della EHFG. Per questo motivo, la politica sanitaria deve essere orientata verso la promozione di resilienza e innovazione.**

RESILIENZA

- **In ingegneria, la resilienza è la capacità di un materiale di resistere alle sollecitazioni, quindi un materiale con bassa resilienza presenta un comportamento fragile.**
- **Questo concetto, poco conosciuto e poco utilizzato nel linguaggio comune, è stato studiato e declinato anche dal punto di vista economico - sociale in maniera molto efficace.**
- **La resilienza è intesa come capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici; capacità quindi di ricostruire superando gli eventi avversi e costruendo opportunità positive.**

PERCHE' USARE QUESTO TERMINE?

- **In questo momento storico, segnato da una delle più profonde crisi economiche e finanziarie, l'individuazione della sofferenza di persone, imprese, soggetti pubblici e privati è indispensabile per favorire i processi di resilienza individuale e collettiva con l'obiettivo di ridurre la vulnerabilità della popolazione potenzialmente a rischio e di restituire scenari di riconoscimento.**
- **All'interno dei contesti in cui viviamo, quindi, un obiettivo preciso e ottimale è quello di divenire comunità resilienti, ovvero pensare alla comunità come organismo che sviluppa azioni intenzionali volte a rafforzare la capacità personale e collettiva dei suoi membri e delle sue istituzioni per influenzare positivamente il corso di un cambiamento sociale ed economico.**
- **La resilienza è dunque ricerca di un rinnovato equilibrio.**

16 ° FORUM PER LA SALUTE GASTEIN

2-4 OTTOBRE 2013

- **Superare l'inerzia, la rigidità e l'opposizione all'innovazione sono problemi centrali per i sistemi sanitari di molti paesi europei secondo l'economista Prof. Uwe Reinhardt.**
- **Essi non possono rimanere refrattari al cambiamento, devono riconsiderarsi per rimanere universali ed accessibili.**
- **Ricerca soluzioni innovative e radicali per ridistribuire privilegi economici nel settore sanitario, per superare disuguaglianze nella malattia e nell'accesso.**
- **Ciò riguarda le innovazioni nel finanziamento e nella gestione.**
- **Adeguati incentivi e sanzioni perché a fianco dei giusti diritti cresca la cultura della responsabilità personale.**
- **Più prevenzione verso stili di vita corretti e diagnosi precoci possono contribuire a diminuire il carico delle patologie croniche e degenerative.**

SANITÀ COME INVESTIMENTO

La sanità come investimento è questione vitale per la prosperità sociale ed economica.

Paola Testori Coggi, direttore generale della Sanità della Commissione europea e Direzione dei consumatori, ha affermato che "Investire nella Salute" vuol dire rendere i sistemi sanitari sostenibili, come chiave per la creazione di crescita e nel contempo rispondere alle sfide della crisi economica e al cambiamento demografico.

Investimenti intelligenti in salute, anche grazie alle applicazioni di ICT, consentono alle persone di condurre una vita produttiva e attiva e contemporaneamente svolgere un ruolo significativo nella lotta alla povertà.

RIDURRE GLI ONERI PSICOSOCIALI derivanti dalle malattie alcool correlate, dal sovrappeso e dall'obesità e dal diabete è problema fondamentale dentro la crisi e post crisi.

I Paesi dell'OCSE hanno 83 milioni di persone che soffrono di diabete, entro il 2030 questa cifra salirà a 100 milioni. Gli esperti della sanità europea a Gastein hanno criticato il fatto che gli enormi effetti psicosociali della malattia sui diabetici e le loro famiglie sono in gran parte sottovalutate.

COLMARE IL DIVARIO TRA CONOSCENZE SCIENTIFICHE E POLITICHE SANITARIE

• **Gli esperti riuniti presso lo European Health Forum Gastein hanno identificato la scarsa integrazione dei risultati della ricerca nelle politiche per la salute, come una delle ragioni principali, per la debole performance dei sistemi sanitari pubblici.**

▪

• **I delegati hanno discusso una serie di approcci teorici e presentato alcune iniziative concrete, basate sull'appropriatezza e l'evidenza scientifica, che dovrebbero essere alla base per evitare la medicina difensiva e l'inappropriatezza soprattutto nell'abuso delle prestazioni di TAC e RMN.**

OBIETTIVI PER LA LONG TERM CARE

- .Ricondurre il rischio di bisogno di cure di lunga durata a normale rischio della vita e dell'invecchiamento.
- .Protezione dell'individuo dai costi catastrofici(governare l'enorme massa di spesa out of pocket).
- .Evitare che persone indipendenti per tutto l'arco della vita debbano ricorrere al solo e scarso aiuto economico dello Stato per far fronte a cure necessarie in età anziana.
- .Riequilibrio dei servizi LTC verso forme di assistenza domiciliare piuttosto che ricorrere a forme residenziali più costose.
- .Sostenibilità: rinnovata governance dei sistemi sanitari basati sulla ricerca del mix migliore tra spesa pubblica e privata.

RESILIENZA VERSO LA CRESCITA E LO SVILUPPO

- **Dunque la ricerca è verso nuovi equilibri che ridefiniscano il patto sociale per un nuovo welfare.**
- **Tra le istituzioni, tra le risorse pubbliche e quelle private, tra le regole per la definizione di obiettivi e i risultati conseguiti, tra diritti e responsabilità, tra gli attori dei diversi sistemi se:**
 - **Accessibilità, Inclusione, Autonomia non vogliono rimanere affermazioni di tipo retorico e teorico.**

L'IMPATTO DELLA CRISI SULLA SALUTE DAL 2007 AD OGGI

- Analizzando i reports della regione europea dell'OMS, della commissione economico sociale della UE, della LSE, dell'OCSE, intorno agli effetti della grande crisi, soprattutto nelle aree di maggiore impatto o in quei paesi considerati PIGS: GRECIA, PORTOGALLO, SPAGNA ed in parte ITALIA si può osservare:

- un aumento delle malattie legate all'abuso di alcool, di cibi poco salubri, all'aumento di disturbi psichiatrici di tipo depressivo con conseguente abuso di psicofarmaci fino all'aumento dei suicidi a causa della perdita del lavoro e alla rinuncia alla cura a causa degli aumenti del copayments e delle restrizioni subite dai vari servizi sanitari fino alla rinuncia a curarsi o interrompere le cure come nel caso delle prestazioni odontoiatriche.

- Da noi una accurata ricerca del CENSIS del 2012 ha rivelato come circa 9.500.000 cittadini in presenza della crisi abbia rinunciato a curarsi.

DIFFERENZE NELL'ASSISTENZA SANITARIA

- **Il diritto all'assistenza sanitaria è riconosciuto in modo diverso nei 27 paesi dell'UE.**
- **Solo 10 Paesi hanno sistemi sanitari pubblici universalistici basati sulla fiscalità generale. : DANIMARCA, FINLANDIA, ISLANDA, IRLANDA, NORVEGIA, SVEZIA, REGNO UNITO, ITALIA, GRECIA, PORTOGALLO, la SPAGNA non più da aprile 2012.**
- **L'Italia è tra questi, con il Servizio sanitario nazionale (SSN).**
- **Caratteristiche principali di questo modello dovrebbero essere quelle di garantire l'assistenza sanitaria a tutti come diritto di cittadinanza e di essere finanziato dalla fiscalità generale.**
- **Ma l'anomalia del nostro paese è quella di avere un elevato tasso di evasione fiscale.**
- **Secondo stime di Bankitalia pari a 150 miliardi di euro e nel contempo una elevata spesa privata out of pocket a carico dei cittadini pari a circa 30miliardi di euro.**
- **Dunque una forte iniquità di base del sistema che poggia molto di più sulle entrate fiscali del lavoro dipendente e dei pensionati e che non riesce a sortire quell'effetto redistributivo proprio dei sistemi a carattere universalistico.**

DIFFERENZE NELL'ASSISTENZA SANITARIA

- Il servizio nazionale dovrebbe avere quindi un obiettivo essenzialmente redistributivo, garantendo ai gruppi sociali più deboli cure sanitarie in misura superiore, anche a parziale compensazione di peggiori livelli di salute determinati dai più bassi livelli socioeconomici.**
- Ma il modello del nostro SSN genera forti diseguaglianze di accesso, a sfavore dei gruppi sociali più deboli, per le prestazioni più efficaci e appropriate e una significativa differenza di efficacia degli interventi per livello socioeconomico.**
- È comunque inaccettabile che un SSN, costruito proprio per 'ridistribuire' salute, possa agire come un moltiplicatore dei differenziali di salute presenti nella popolazione.**

IN EUROPA 2 SISTEMI SANITARI IN PROFONDA TRASFORMAZIONE: INGHILTERRA E FRANCIA

- x NHS universale basato sulla fiscalità generale, riorganizza profondamente il sistema eliminando i filtri regionali ed amministrativi, afferma nei consorzi clinici di territorio una forte governance a comando professionale, il cittadino e le comunità locali con compiti di auditing e controllo democratico, le strutture ospedaliere da trust a fondazioni, erogazioni delle prestazioni in un nuovo rapporto pubblico privato.**
- x La Santé, generalizza l'assistenza complementare a tutti i cittadini con il rafforzamento delle mutuelles e l'estensione dei fondi sanitari integrativi a tutti i lavoratori. Riorganizza il territorio con i centri multidisciplinari delle cure primarie, riqualifica la rete ospedaliera in centri di eccellenza, dispone nuovi investimenti nella sanità.**

LA STRUTTURA DEL NUOVO NHS

Dal 1 ° aprile 2013, il Salute e Social Care Act 2012 è entrato in vigore.

Primary Care Trust (PCT) e le autorità sanitarie strategiche regionali (SHAS) sono stati aboliti.

Il NHS costituisce i gruppi clinici di cura (CCG), che sono responsabili per l'erogazione della stragrande maggioranza dei servizi del NHS. Viene loro affidato un budget complessivo di circa 65 miliardi di sterline di cui 30 destinati all'integrazione sociosanitaria.

Le autorità locali assumono la salute pubblica e l'erogazione dei servizi connessi come nuova responsabilità.

I cittadini attraverso HEALTH WATCH, l'auditing sociale ed il controllo.

Il NICE e la CQC il controllo sulla qualità delle cure.

MONITOR ha assunto il ruolo di regolatore del sistema per tutti i servizi finanziati dal NHS.

- i NHS trust sono destinati a diventare NHS Foundation, sfida da compiersi entro i prossimi anni, entro il 2016.

LA FASE APPLICATIVA ATTUALE

Sono attivi:

163 consorzi di CCG che stanno guidando con successo gruppi pathfinder (esploratori) per l'erogazione dei diversi servizi. Attualmente vi sono circa 220 gruppi che rappresentano l'87 per cento del paese, che è di 45 milioni di pazienti i cui CCG consorzi si sono impegnati a mostrare come si può ulteriormente migliorare i servizi per i loro pazienti.

Inoltre, il 90 per cento delle competenti autorità locali sono i primi esecutori delle prestazioni Salute e Benessere, portando la leadership democratica per la sanità pubblica e l'assistenza sociale a livello locale.

La tabella di marcia è quella di andare avanti con il supporto di medici, infermieri e altri operatori che lavorano nel servizio sanitario nazionale.

Ci si rende conto che la fase di transizione non è facile per la carenza di personale, per le ristrettezze finanziarie, per la capacità gestionale dei consorzi dei GP che devono acquisire competenza riorganizzativa, gestionale e finanziaria, senza cadere negli errori del passato fundholding, che scaricava i pazienti più deboli e più fragili.

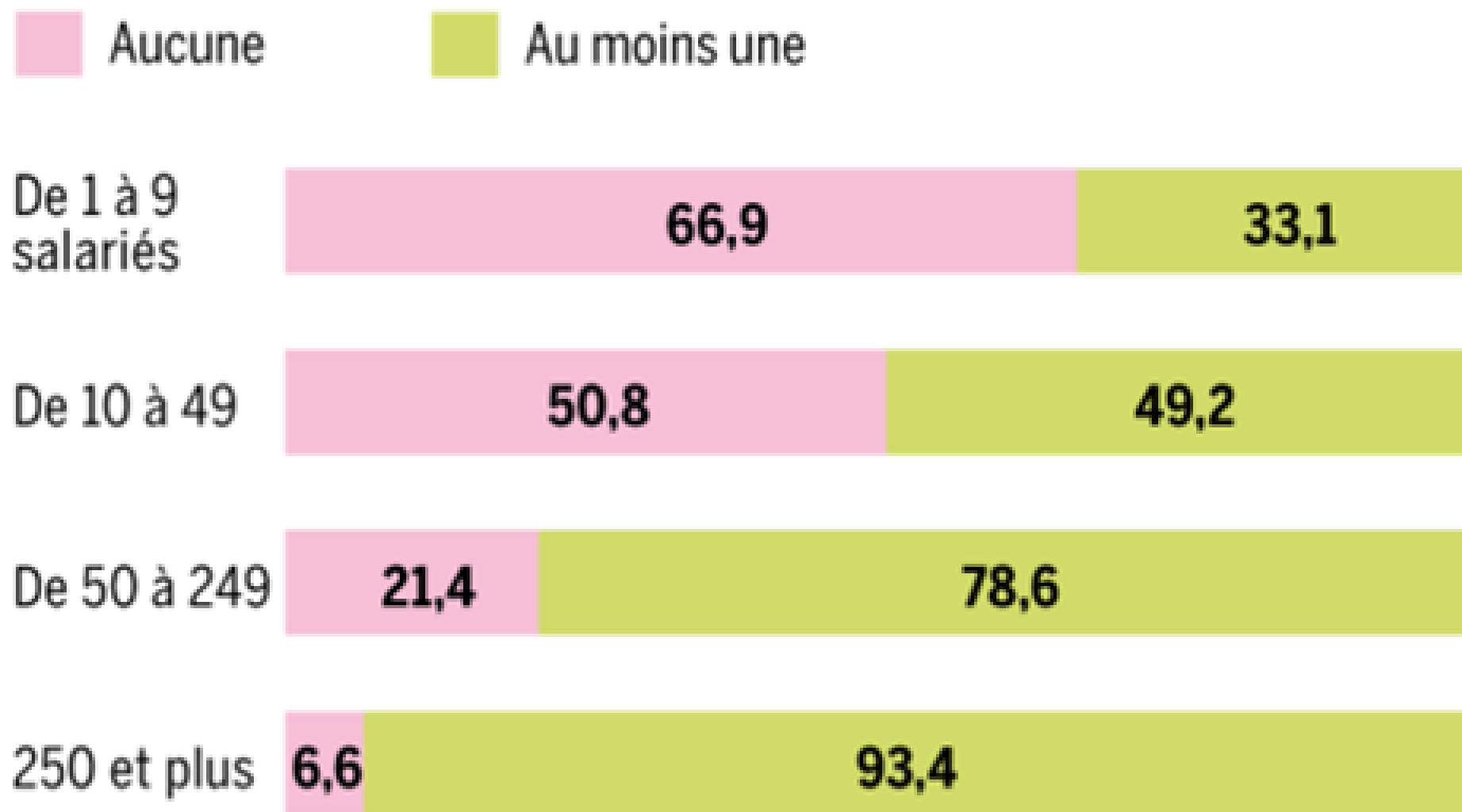
I COSTI DEL CAMBIAMENTO

- **20 miliardi di risparmi a seguito della razionalizzazione ed efficientizzazione delle strutture entro il 2017, di cui 5 miliardi devono coprire i costi di prepensionamento del personale amministrativo degli enti aboliti, la formazione gestionale e manageriale dei CCG e l'implementazione delle piattaforme informatiche di rete di tutti i servizi.**
- **I 15 miliardi residui devono essere reinvestiti nel sistema per migliorarne efficienza e qualità del NHS nel triennio.**
- **E' la scommessa di un NHS pubblico e universale a forte comando professionale, con adeguati strumenti di valutazione indipendente e a forte controllo democratico locale e dei cittadini, a costi non crescenti data la bassa e lenta crescita del paese.**

FRANCIA: ESTENSIONE DELLE COPERTURE COMPLEMENTARI

- **A partire dal 2016, i contratti collettivi dovrebbero coinvolgere circa 25 milioni di persone", prendendo in considerazione i lavoratori non coperti ad oggi, i coniugi e i figli a carico, si legge nel rapporto depositato in occasione dell'approvazione della legge 14 giugno 2013 sulla "sicurezza del lavoro" presso l'Assemblea nazionale.**
- **"i contratti collettivi sono più protettivi dei singoli contratti", secondo un rapporto pubblicato nel luglio 2013 da HCAAM (Haute conseil pour l'avenir de l'assurance maladie).**

RÉPARTITION DES ENTREPRISES QUI PROPOSENT UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ PAR NOMBRE DE SALARIÉS, en %



SOURCE : ENQUÊTE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE D'ENTREPRISE (PSCE)

- **Entro il 2014 la mutualità passerà da 36 milioni di aderenti a 40 milioni avendo promesso il governo maggiori sgravi fiscali per 4 milioni di cittadini che si iscrivono ad una SMS, inoltre entro il 2016 i fondi negoziali complementari diverranno obbligatori per tutti i lavoratori e così anche la portabilità dei diritti da azienda ad azienda**
- **L'Assemblée Nationale ed il Senato hanno recentemente approvato: L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL DU 11 JANVIER 2013, POUR UN NOUVEAU MODELE ECONOMIQUE ET SOCIAL AU SERVICE DE LA COMPETITIVITE DES ENTREPRISES ET DE LA SECURISATION DE L'EMPLOI ET DES PARCOURS PROFESSIONNELS DES SALARIES. TITRE 1 - CREER DE NOUVEAUX DROITS POUR LES SALARIES AFIN DE SECURISER LES PARCOURS PROFESSIONNELS**
 - **Article 1 - Généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé entre 2014.**
 - **Article 2 - Améliorer l'effectivité de la portabilité de la couverture santé et prévoyance pour les demandeurs d'emploi entre 2016.**

ART. 1: GENERALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA COMPLEMENTARE

- **Le parti convengono, entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore del presente accordo di consentire ai dipendenti che non hanno un'assicurazione complementare, di accedere o ad una già esistente nell'azienda o di farsene una volontariamente a loro scelta a seconda delle preferenze verso qualsivoglia agenzia di assicurazione.**
- **Le parti dopo 2 anni si incontreranno per la verifica che tutti i lavoratori abbiano ricevuto la copertura complementare, se verificano che meno del 90% ha un'assicurazione complementare, le aziende devono provvedere entro 2 anni alla copertura totale dei lavoratori.**
- **Il costo dell'assicurazione complementare è per il 50% a carico dell'azienda e per il 50% a carico del lavoratore e gode della completa defiscalizzazione da parte dello stato.**

ART. 2: MIGLIORARE L'EFFICACIA DELLA PORTABILITÀ DELLA COPERTURA SANITARIA

- Portabilità

▪portabilità della copertura sanitaria e delle pensioni ai sensi dell'articolo 14 dell'accordo nazionale 11 gennaio 2008, come modificato dall'emendamento n ° 3 del 18 maggio 2009, i firmatari concordano un periodo di un anno dopo l'entrata in vigore del presente accordo, affinché i settori professionali e le imprese possano implementare un sistema di pooling per mantenere le garanzie di finanziamento e coprire ulteriori costi di assistenza sanitaria, aumentato a due anni per attuare la messa in comune di finanziamento per sostenere le garanzie di portabilità del diritto dei lavoratori.

LA RIFORMA DELLA SANITA' FRANCESE: LEGGE DI STABILITÀ 2014

- **Obiettivi nel triennio**
- **Raggiungimento di 300 case della salute per una lotta più efficace contro i deserti medici e le zone rurali sprovviste, mettendo le cure primarie e i team multidisciplinari "al centro" del sistema sanitario.**
- **Generalizzazione della copertura complementare cercando di "stabilizzare" la quota di spesa per l'assistenza sanitaria obbligatoria.**
- **Generalizzazione del terzo pagante per le consultazioni mediche, soprattutto per l'odontoiatria, l'oculistica e le protesi uditive.**
- **Riorganizzazione della rete ospedaliera privilegiando le reti di eccellenza.**
- **Investimenti per il triennio per 4, 7 miliardi attraverso la BEI e la CDP francese.**

L'ITALIA NON SPENDE DI PIÙ RISPETTO AI PAESI EUROPEI

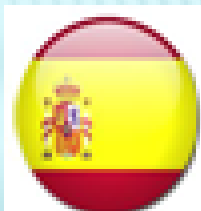
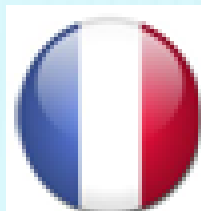
- x **Ma ciò che la condiziona è la bassa crescita;**
- x **Una sostenuta evasione fiscale**
- x **L'invecchiamento della popolazione con un tasso che la vede seconda solo alla Germania;**
- x **Un elevato tasso di disoccupazione**

l'indice di vecchiaia(rapporto tra la popolazione di 65 anni ed oltre e la popolazione fino a 14 anni) è passato da 116,6 nel 1995 a 144,5 nel 2012. Questa tendenza continuerà anche nei prossimi anni e secondo stime ISTAT sarà pari a 205,3 nel 2030 a 256,3 nel 2050

Cresce anche l'indice di dipendenza(misurato dal rapporto % fra la popolazione in età non attiva, 0-14 anni e 65 e più, e quella in età attiva, 15- 64 anni, che passa dal 45,5% del 1995 al 52,3 del 2011, per salire nel 2050 a 84,7.

Fonte ISTAT noi Italia 2012

SPEA 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>	3214	2945	2196	2279	2504
Spesa sanitaria pubblica <i>pro-capite</i>	2469	2267	1735	1677	2083
Spesa sanitaria totale (% PIL)	11,6%	11,6%	9,1	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%	2,0	2,5%	1,9

ITALIA: I TAGLI CHE HANNO MESSO E METTONO A RISCHIO LA TENUTA DEL SSN

• *Circa 31 miliardi e 400 milioni di euro, dal 2010 al 2015 era l'ammontare complessivo dei tagli alla sanità, per effetto combinato delle manovre finanziarie del precedente governo, del Salva Italia, della spending review e della legge di stabilità 2013.*

• Fonte relazione generale della Corte dei Conti 2013

• Attualmente è stato scongiurato il taglio di 2 miliardi al fondo sanitario 2014 che doveva attuarsi con l'inasprimento dei tickets, per cui il FSN dovrebbe salire da 107, 9 miliardi previsti a 109, 9 miliardi nel 2014, tagli per complessivi 2 miliardi e 550 milioni per la rideterminazione dei tetti di spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera e per la riduzione dei tetti per l'acquisto da privati di prestazioni specialistiche ed ospedaliere.

• Si prevedono però riduzioni sul personale di 540 milioni per il 2015 e 610 milioni nel 2016 , per effetto della manovra sul pubblico impiego.

• Alla fine dei conti, dal 2010 al 2016 sulla sanità hanno inciso tagli per 27 miliardi e 600 milioni di euro.

ITALIA-EUROPA PATTI DI STABILITÀ 2010-2016

- **Italia 27 miliardi e 600 milioni, più della Grecia (25 miliardi di euro di tagli alla sanità) della Spagna (22 miliardi), persino dell'Inghilterra (20 miliardi di sterline), nonostante il nostro quadro macroeconomico sia decisamente migliore dei PIGS.**
- **Sono a rischio, anche tenendo conto delle misure di efficientizzazione del sistema, i livelli essenziali di assistenza, di antica memoria (2001).**
- **Il nuovo patto per la salute 2013-2015 sembra pregiudicato dalla mancanza di determinazione dei fabbisogni sanitari e di conseguenza dei nuovi LEA, necessari a garantire, nella transizione dei processi di ottimizzazione ed efficientizzazione, servizi e prestazioni ai cittadini.**
- **I costi standard sono tutti da definire e le regioni benchmark dovrebbero definirli nel nuovo patto per la salute.**
- **Nessun investimento è previsto nel triennio.**

IL PATTO PER LA SALUTE COME REINGENERING DEL SISTEMA

- **Ridare forza alla Governance Nazionale per la ridefinizione dei LEA e dei LIVEAS per garantirli in tutte le regioni, comprese quelle in piano di rientro, secondo appropriatezza ed evidenze scientifiche.**
- **Rivedere l'attuale sistema di compartecipazione, superando il doppio binario reddito - patologie, tranne che per le malattie rare, adottando il nuovo criterio messo a punto con il nuovo ISEE.**

- **Determinare il fabbisogno sanitario e sociosanitario, da cui far derivare i costi standard del sistema entro un periodo di riallineamento ragionevole per le regioni in piano di rientro.**
- **Indicare un Master Plan di voci, tempi e metodi, per la rimozione degli sprechi e le efficientizzazioni organizzative, con cui conseguire maggiori risparmi da reinvestire nel sistema, adottando soluzioni di ICT interoperabili ed interfacciate per un efficace controllo dei costi.**

- **Rivedere il titolo V della Costituzione per rimuovere dalla legislazione concorrente materie di valenza generale che riguardano la fruibilità omogenea su tutto il territorio nazionale del diritto alla salute, si pensi alla politica del farmaco.**
- **Tracciare una nuova governance di sistema con tutti gli stakeholders: soggetti pubblici, privati, non profit, rappresentanze dei cittadini delle organizzazioni sociali, per costruire un'ossatura robusta dei pilastri di sostegno del SSN, secondo una vision regolativa, che tenga conto di punti di equilibrio tra domanda ed offerta, spesa pubblica e privata, soprattutto in funzione del paradigma longevità - malattie neurodegenerative.**

SUPERARE LA VISIONE PATTIZIA A 2 E LA LOGICA DELLA TENZONE PER UNA GOVERNANCE PARTECIPATA E DEMOCRATICA

- **FABBISOGNO STANDARD
FARMACI e DISPOSITIVI
OSPEDALI
PROFESSIONI
CURE PRIMARIE
UNIVERSITA' e RICERCA SANITARIA
EDILIZIA SANITARIA
MOBILITA' E TARIFFE
INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**
- **Mancano 2 soggetti protagonisti: i professionisti della salute e i cittadini utenti**

IL PATTO PER LA SALUTE DEVE METTERE AL CENTRO LA VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITÀ

- Non vi può essere nessuna efficace ed efficiente riorganizzazione del sistema sanitario se le risorse umane non divengono l'artefice del processo.**
- Ciò riguarda qualunque struttura, servizio o ambito operativo, in cui personale qualificato si impegna, con l'uso di adeguate attrezzature e risorse, a soddisfare i bisogni presentati dai cittadini che hanno bisogno di prestazioni e servizi del SSN.**

PATTO PER LA SALUTE 2014

- **Dal dialogo fra stato e regioni alla costruzione di un nuovo patto sociale universale ed inclusivo.**
- **. Abbiamo bisogno di creare misure che vadano oltre il PIL, ed economie che vadano al di là del supermercato globale, per ringiovanire la ricchezza reale.**
- **Dobbiamo tener presente che la vera valuta della vita è la qualità della vita stessa.**

▪ ***Grazie per l'attenzione***