



**Università Commerciale
Luigi Bocconi**

CERGAS
Centre for Research on Health
and Social Care Management

Convegno SIRTS-HESTAFTA
*Sistemi sociali e sistemi familiari
tra crisi e sviluppo. L'approccio
sistemico alle povertà*



IL WELFARE IN ITALIA: IDENTIKIT E PROSPETTIVE

Alberto Ricci
CERGAS Bocconi

Milano, 17.10.2015



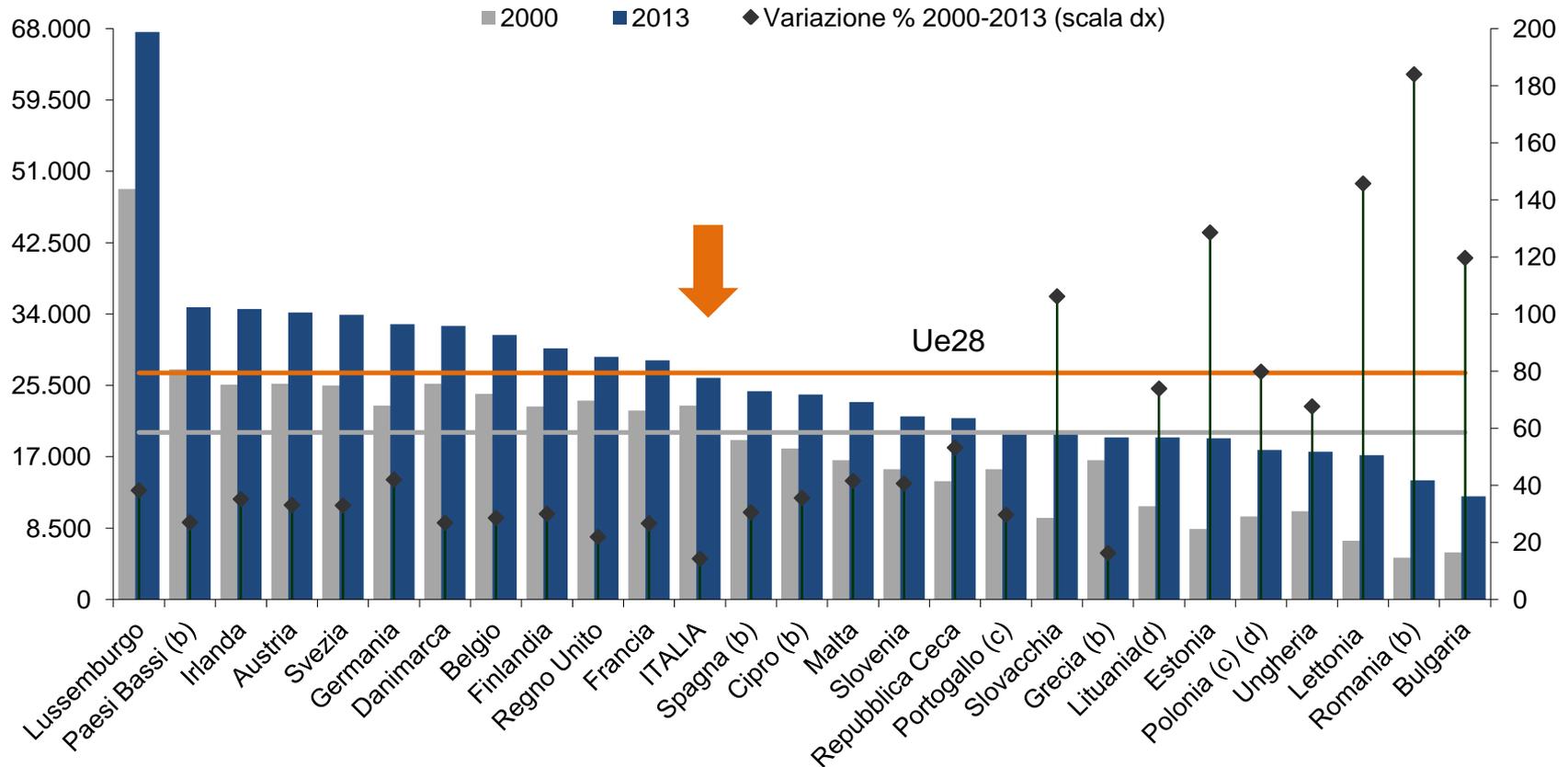
Agenda

- Dinamiche macroeconomiche
- Dinamiche della spesa sociale
- Dinamiche demografiche
- Temi prioritari
 - ✓ Cronicità
 - ✓ Fragilità
 - ✓ Equità d'accesso
- Proposte e prospettive
- Conclusioni



Dinamiche macroeconomiche

PIL pro-capite nei paesi UE, € PPP (2000; 2013)

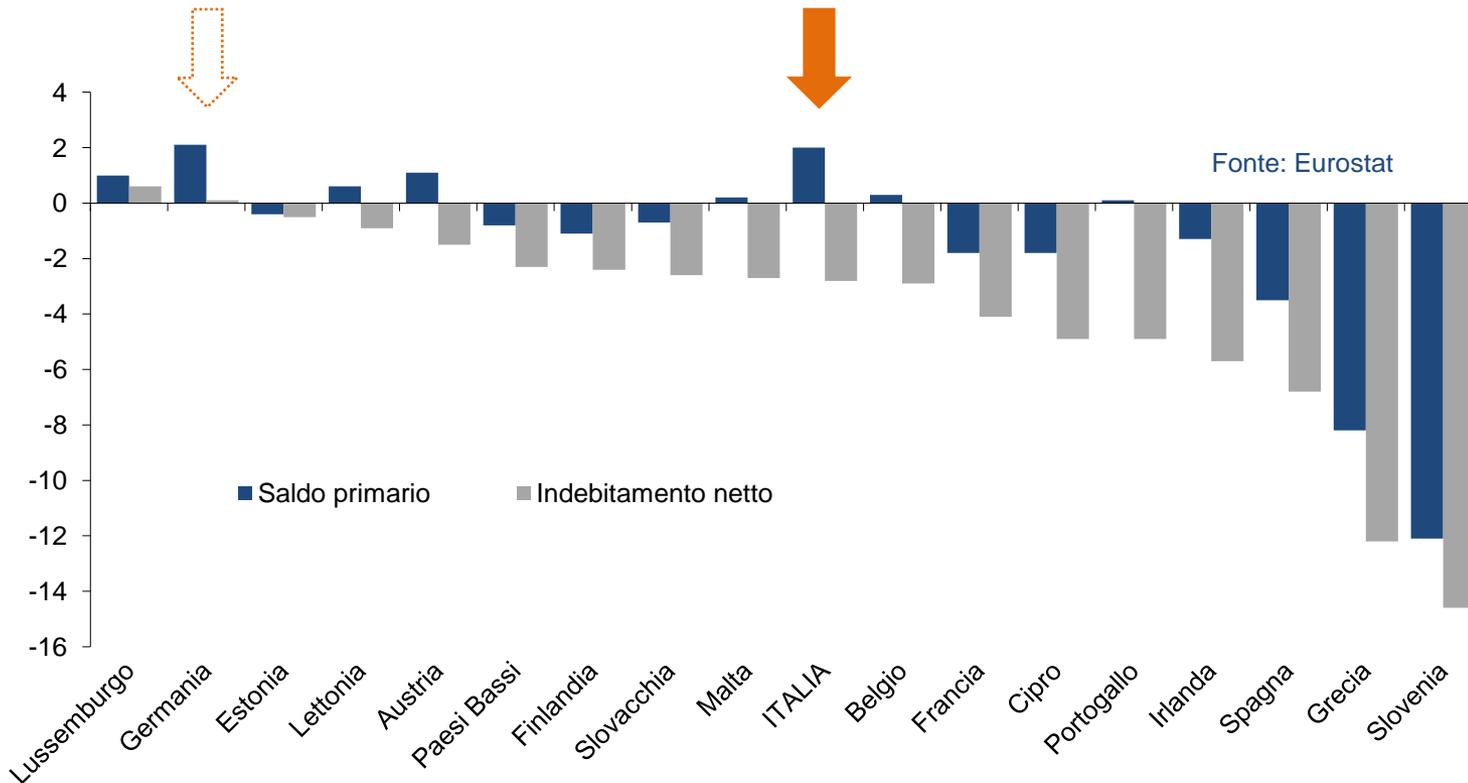


Fonte: Eurostat



Dinamiche macroeconomiche

Saldo primario (entrate meno uscite, senza considerare gli interessi) e indebitamento netto (entrate meno uscite dello Stato) (2013 – dati in % su PIL)

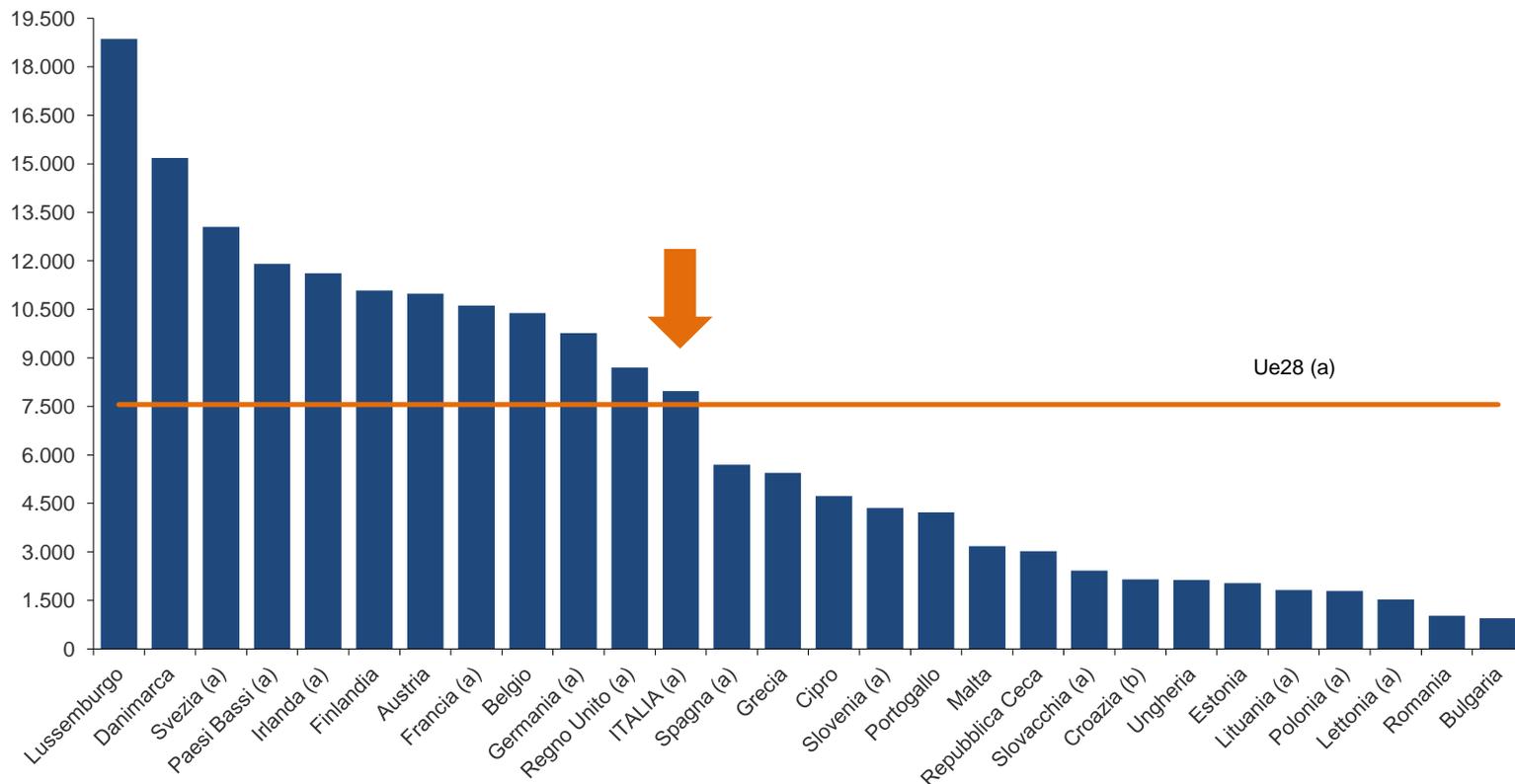


ITALIA 2013: stagnazione, pressione fiscale 43%, debito pubblico 128%, spesa per interessi 82 Mld



Dinamiche della spesa sociale

Spesa per la protezione sociale per abitante, € (2012)

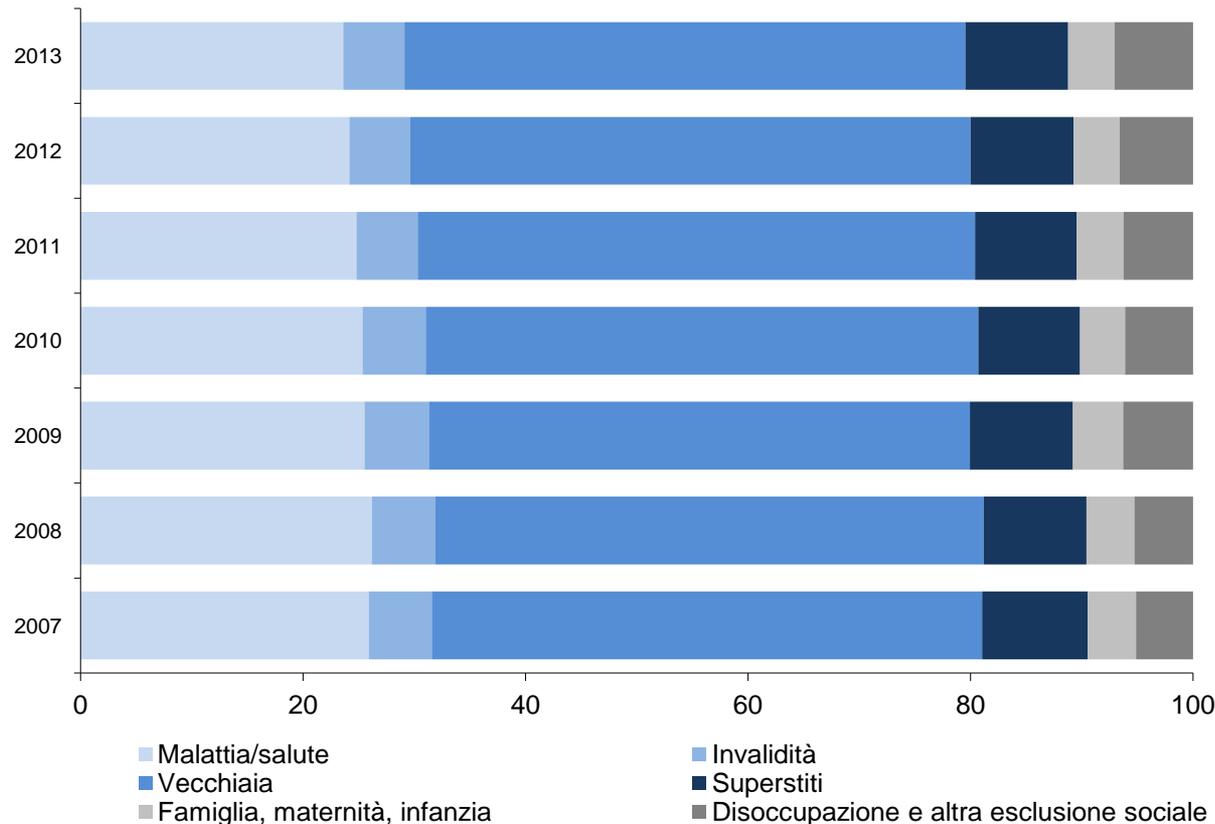


Fonte: Eurostat



Dinamiche della spesa sociale

Spesa per prestazioni sociali in Italia, per funzione, % (2007; 2013)



| FUNZIONI | 2007 | 2013 |
|---|-------|-------|
| Malattia/salute | 25,9 | 23,6 |
| Invalidità | 5,7 | 5,5 |
| Vecchiaia | 49,5 | 50,4 |
| Superstiti | 9,5 | 9,3 |
| Famiglia, maternità, infanzia | 4,4 | 4,2 |
| Disoccupazione e altra esclusione sociale | 5,1 | 7,0 |
| Totale | 100,0 | 100,0 |

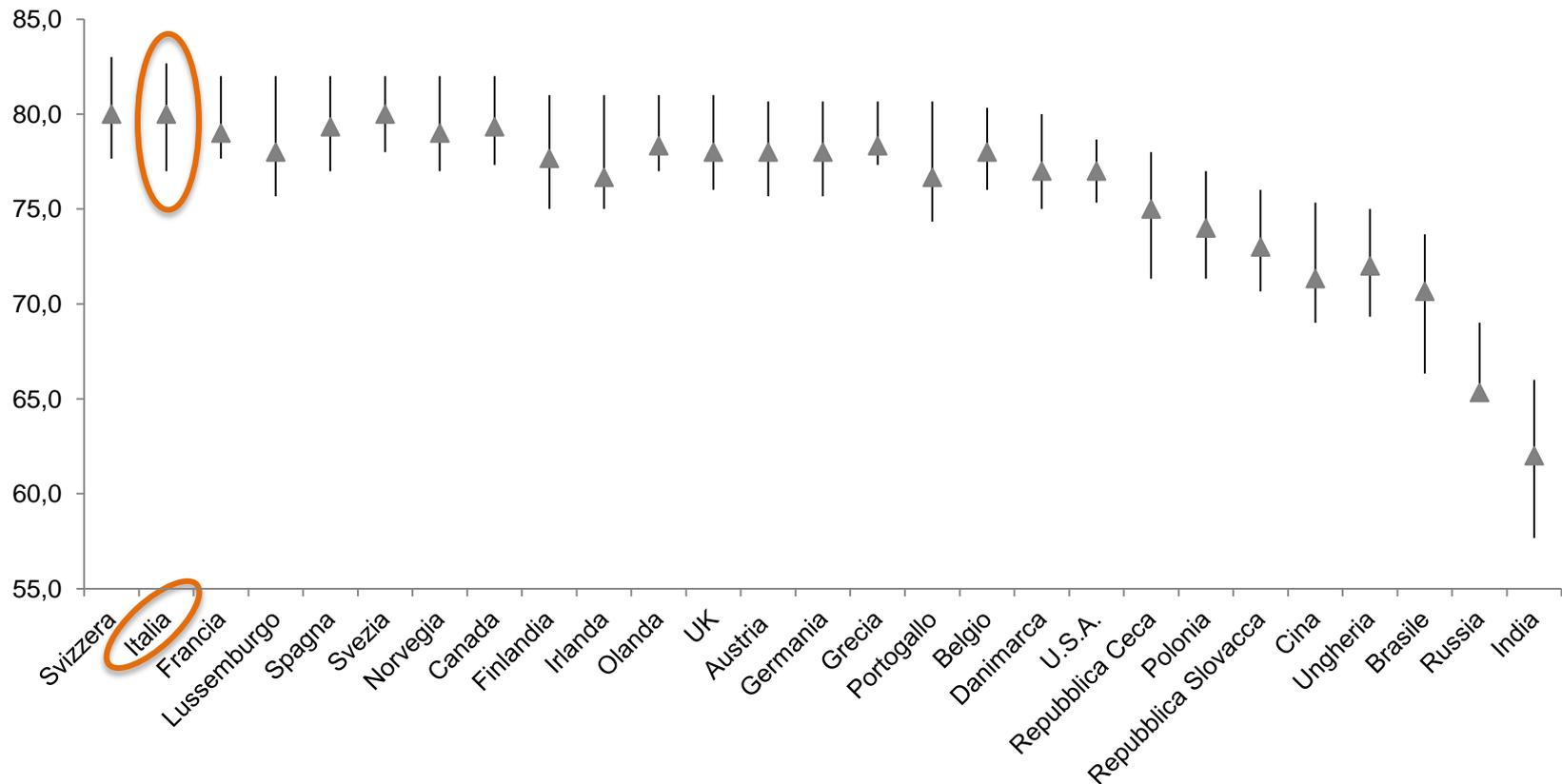
Fonte: ISTAT

ITALIA 2013: spesa per protezione sociale pari a 429 Mld, 30,3% del PIL (+4 punti rispetto a 2007, con **salute +6,5 Mld, previdenza +52,3 Mld, assistenza +3,5 Mld** (fonte OASI 2014)



Quadro demografico ed epidemiologico

Aspettativa di vita alla nascita (1990, 2000, 2012)

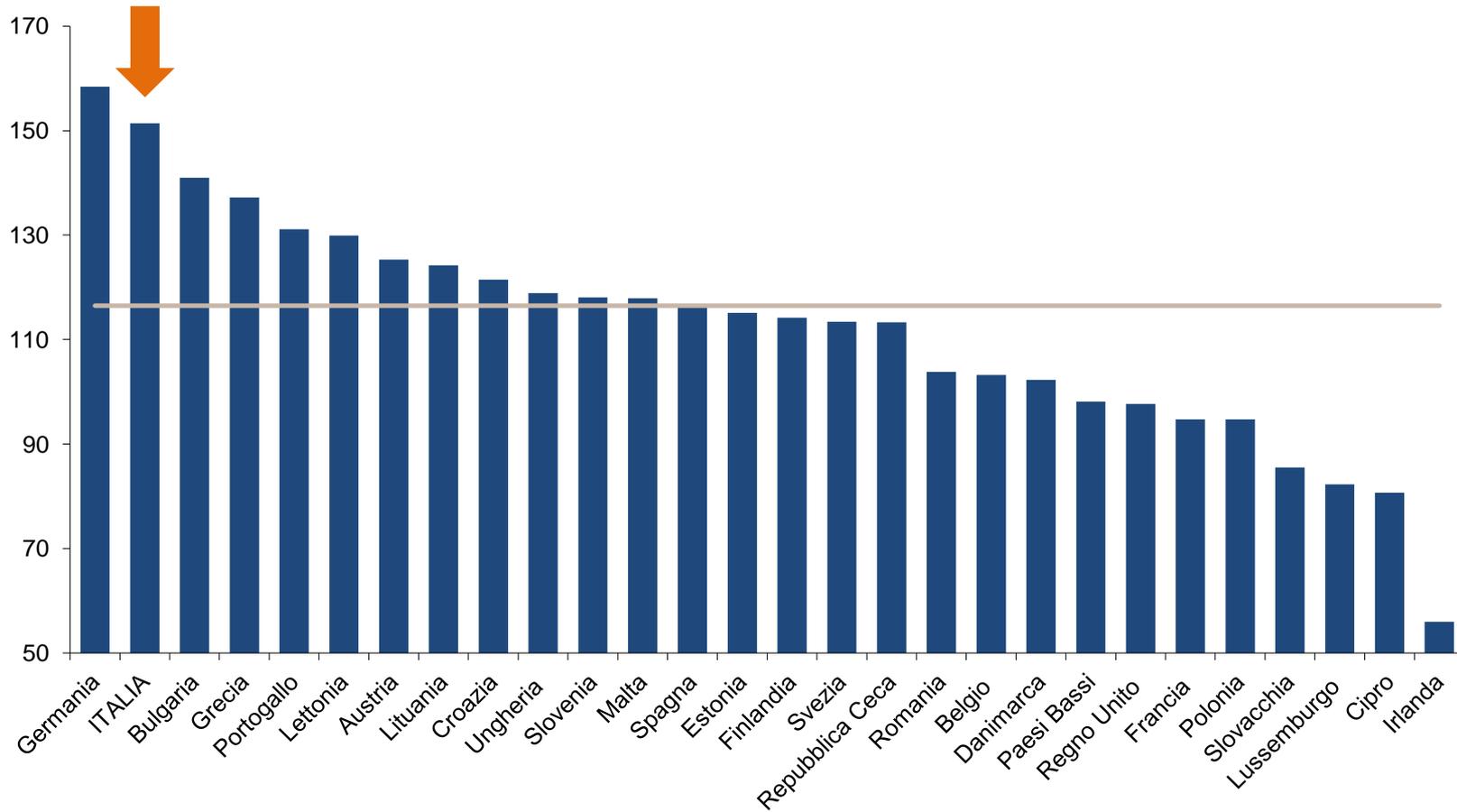


Nota: Classificazione aree geografiche secondo criteri ISTAT
Fonte: Capitolo 2 Rapporto OASI 2014 su dati WHO.



Quadro demografico ed epidemiologico

Indice di vecchiaia - rapporto tra popolazione sopra i 65 anni e sotto i 15 anni (2013)



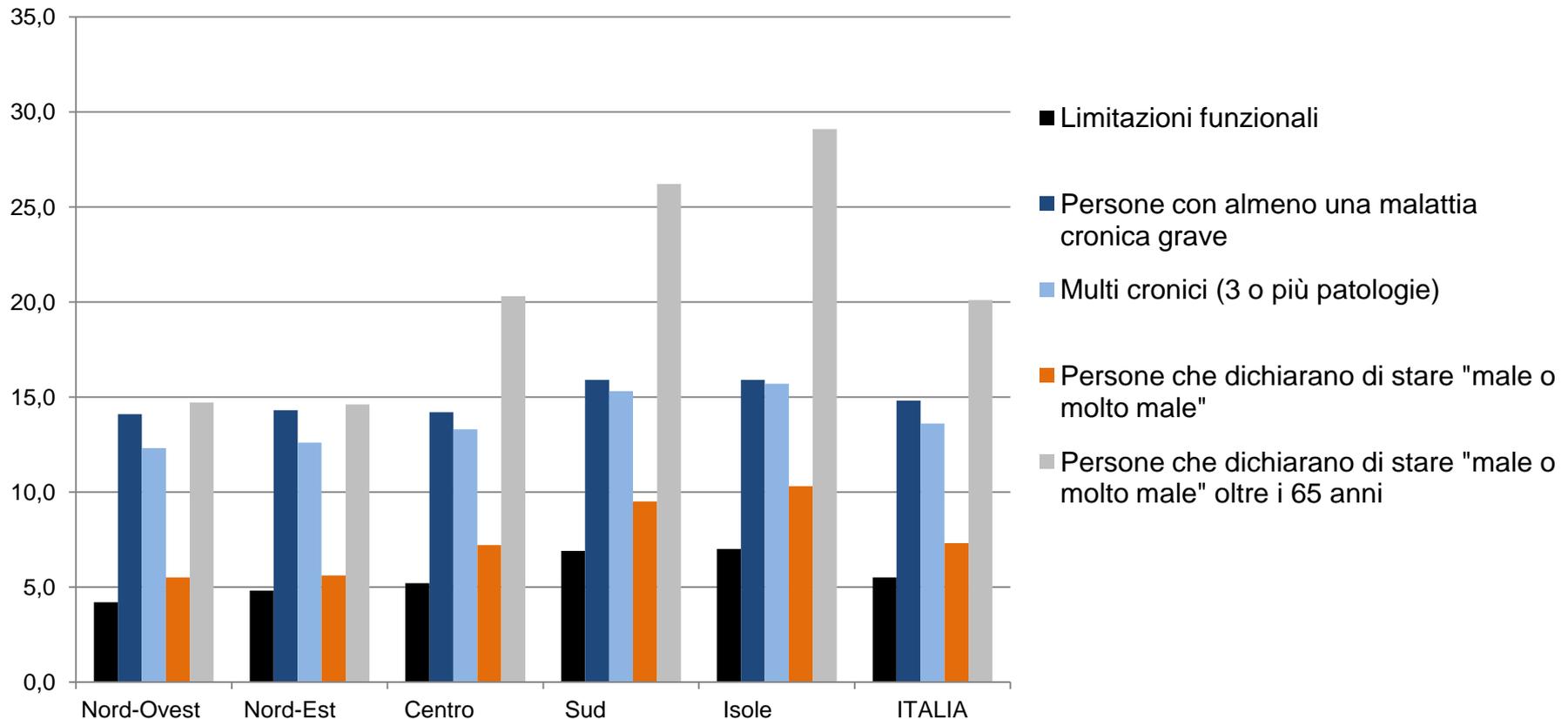
Fonte: Eurostat



Quadro demografico ed epidemiologico

Come stanno gli italiani?

Indicatori di stato di salute in percentuale alla popolazione complessiva (2013)

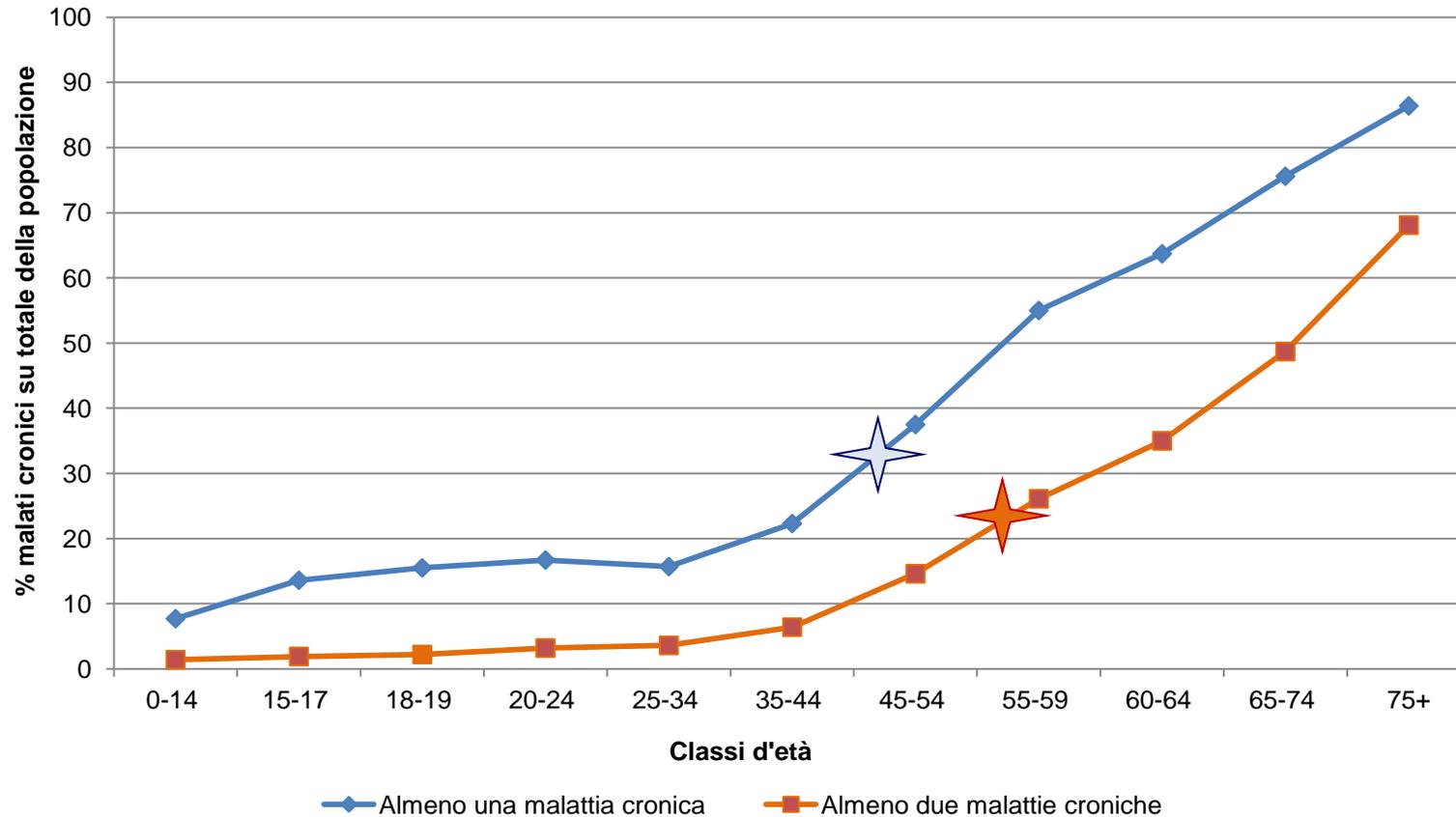


Fonte: elaborazione su dati multiscopo ISTAT



Temi prioritari - cronicità

Incidenza % delle malattie croniche per classi di età (2013)

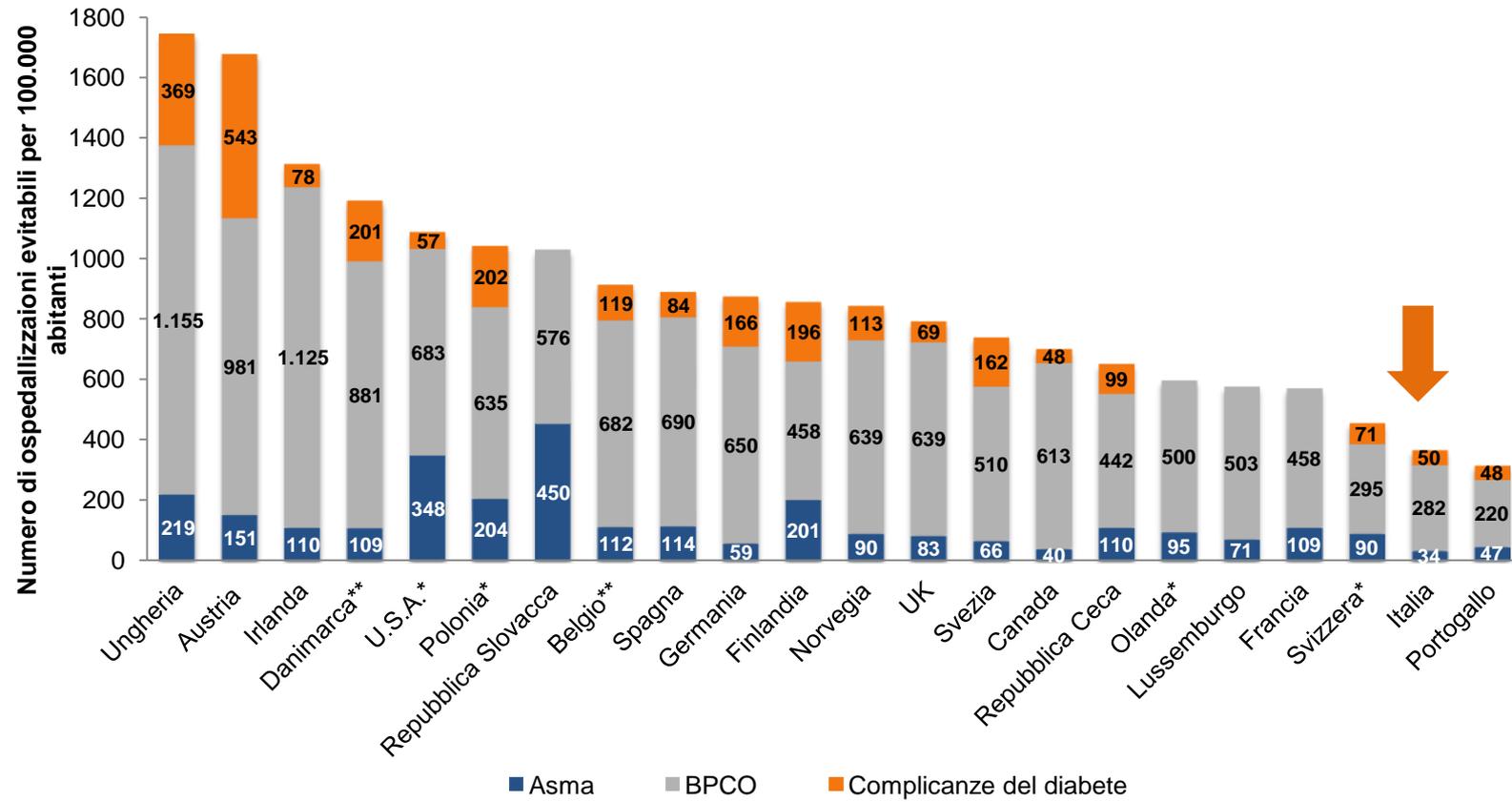


Fonte: elaborazione su dati ISTAT



Temi prioritari - cronicità

Proxy di accessibilità dei servizi territoriali – Ospedalizzazioni evitabili per 100.000 ab. (2011)



Note: * 2009; ** 2010. Non sono disponibili i dati per complicanze da diabete per i seguenti Paesi: Rep. Slovacca, Olanda, Lussemburgo e Francia.
Fonte: Capitolo 2 Rapporto OASI 2014, elaborazioni su dati Eurostat



Temi prioritari - cronicità

- Il 72% degli anziani over 65 (circa 6 mln) dovrebbe assumere oltre cinque medicinali al giorno, 1,3 milioni di anziani arrivano a 10 medicinali prescritti.
- Al 25% dei pazienti vengono prescritti inutilmente antidepressivi e a due su tre gastroprotettori senza una vera utilità; però, a uno su tre non viene dato un antitrombotico che sarebbe necessario per prevenire l'ictus cerebrale.
- Il 20% dei pazienti torna in ospedale nel giro di tre mesi dal primo ricovero.
- **Un taglio ragionato e appropriato alle poli-terapie negli anziani, prescrivendo solo i medicinali realmente necessari, ridurrebbe i ricoveri del 10-15% risparmiando il 30-40% sulle terapie per gli over 65, che oggi sfiorano i 16 miliardi di euro e drenano il 70% della spesa sanitaria nazionale per i farmaci.**

Fonte: SIMI (Società Italiana di Medicina Interna) – registro REPOSI – Marzo 2015



Esigenza di migliorare la presa in carico, individuando soggetti responsabili e percorsi ad hoc

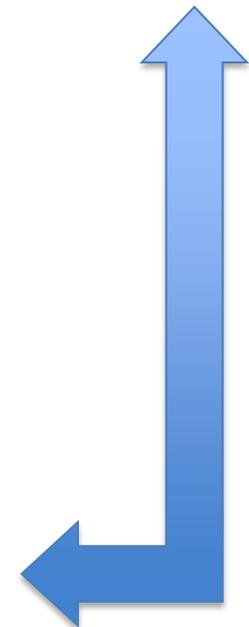


Temi prioritari - fragilità

Stima della popolazione >65 non autosufficiente beneficiaria di almeno un intervento LTC in quattro paesi e stima della spesa pubblica annua per assistito.

| | Germania | Regno Unito | Francia | Italia |
|--|----------|-------------|----------|----------|
| % >65 n.a. presi in carico nel sistema | 61,12% | 70,4% | 49,19% | 97,57% |
| Spesa media annua per assistito | € 30.340 | € 28.458 | € 25.475 | € 12.157 |

| Servizi | | Totale posti | Tasso di copertura bisogno |
|------------------------------|----------------------|----------------|----------------------------|
| Servizi Residenziali: | Totale: | 70.993 | 19,3% |
| | -Rsa | 57.483 | 15,6% |
| | -Rsa (posti privati) | 3.023 | 0,8% |
| | -Centri Diurni (CD) | 10.487 | 2,9% |
| Servizi Domiciliari: | Totale: | 94.078 | 25,5% |
| | -ADI | 72.000 | 19,5% |
| | -SAD | 22.078 | 6,00% |
| Totale copertura | | 165.071 | 44,8% |





Temi prioritari - fragilità

Articolazione della spesa pubblica e di compartecipazione dei cittadini per LTC in regione Lombardia (2014)



Spesa per interventi socio-sanitari LTC:

2.037 € per
anziano (>65)
residente

11.451 € per anziano
(>65) non
autosufficiente

26%

Spesa per i servizi
gestiti da attori pubblici
(Quota sosia, ADI/SAD,
FNPS)



28%

Risorse previdenziali
INPS che i cittadini
decidono come allocare
in modo del tutto
autonomo



46%

spesa privata per
compartecipazioni,
servizi privati

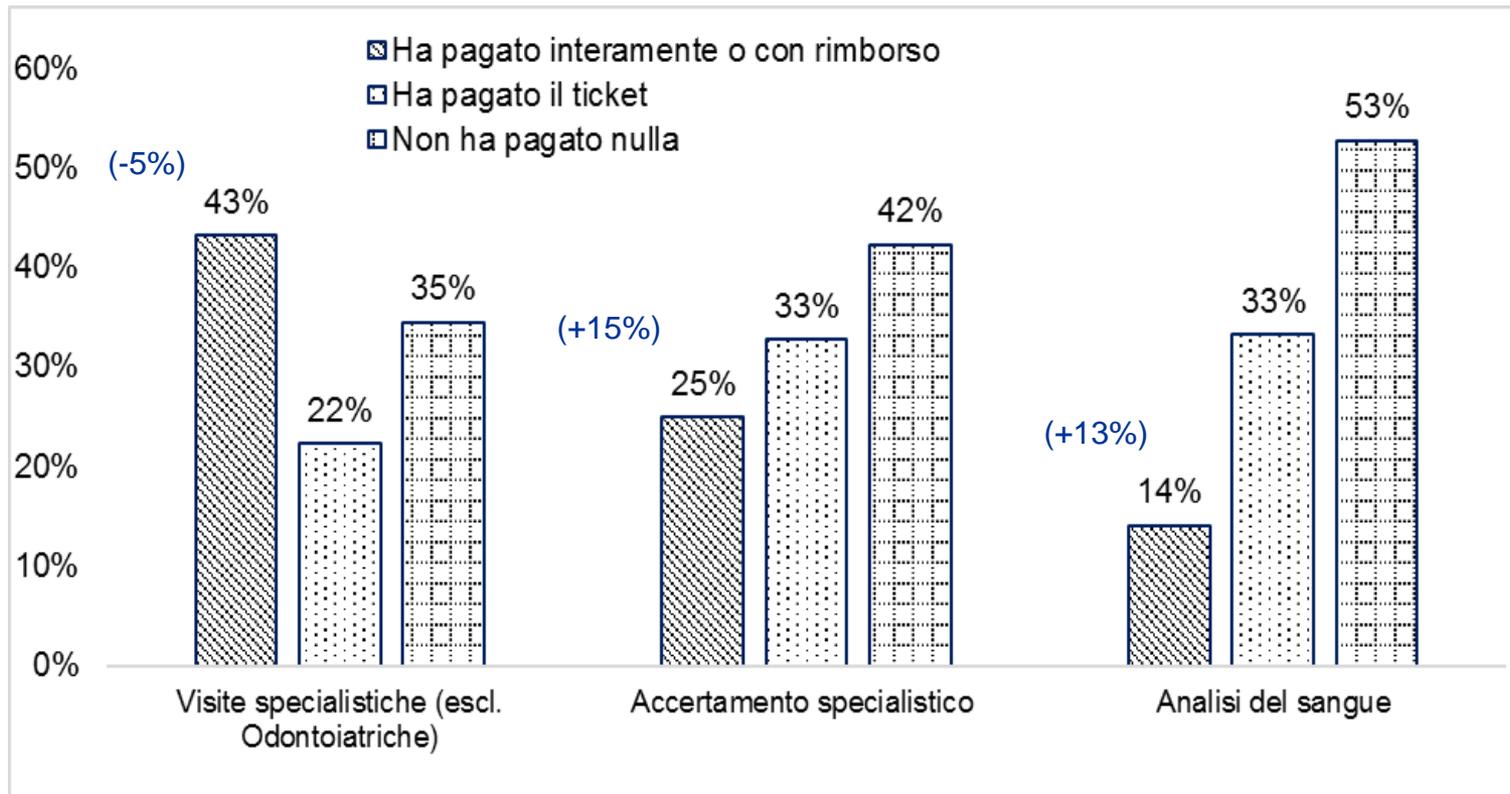


Necessario uno sforzo per giungere a una governance più organica del sistema, senza sacrificare eccessivamente la flessibilità.



Temi prioritari – accesso ed equità

Modalità di spesa per ultima visita specialistica (escluse le odontoiatriche), accertamento specialistico, analisi del sangue (2013)



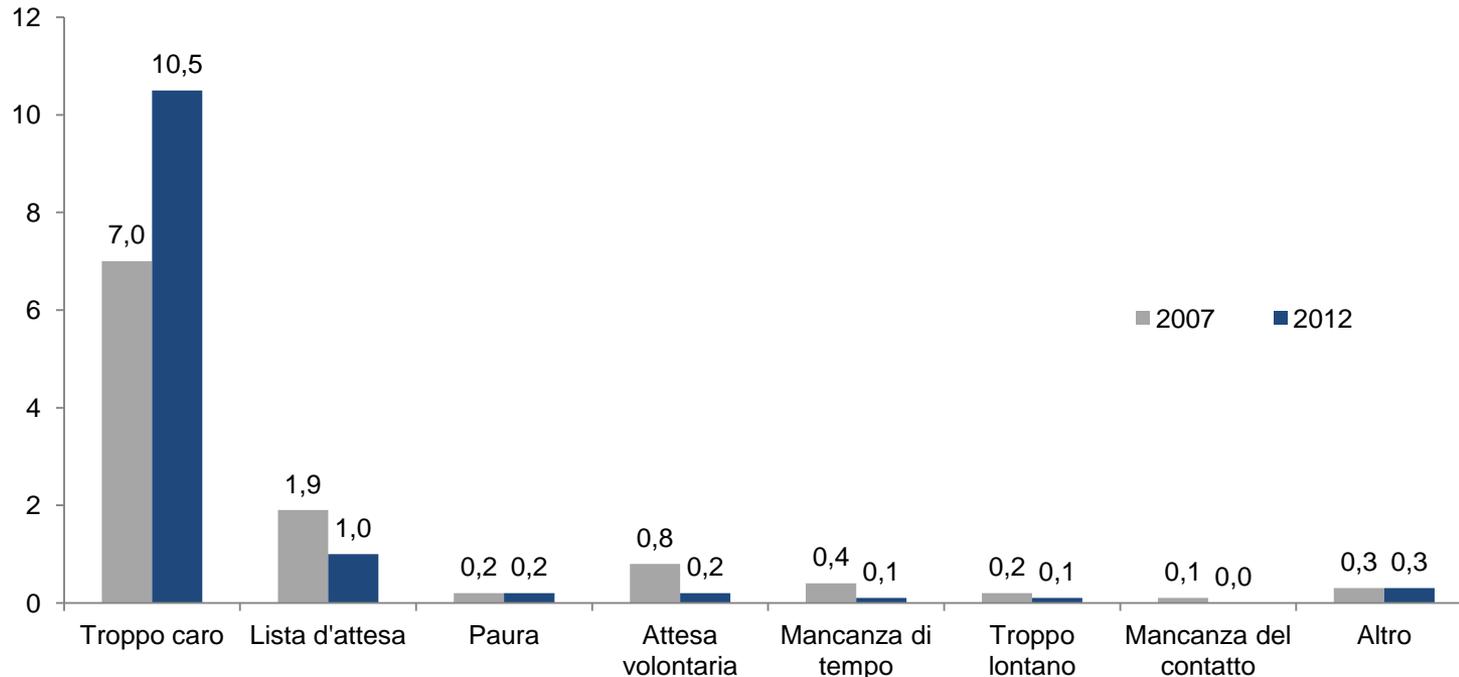
Nota: la parentesi riporta la variazione rispetto al 2011 in termini di spesa (spesa privata).

Fonte: elaborazioni OCPS su dati ISTAT



Temi prioritari – accesso ed equità

Copertura ed equità - % di popolazione che dichiara bisogni sanitari non soddisfatti:
dettaglio Italia, primo quintile di reddito (2007 e 2012)



Fonte: Capitolo
2 Rapporto
OASI 2014,
elaborazioni su
dati Eurostat

Anche il SSN universalistico sulla carta lascia spazio ad aree a potenziale rischio di iniquità e *undertreatment*



Proposte e prospettive

- Difficile immaginare tassi positivi di crescita reale del finanziamento pubblico
- Domanda di servizi sanitari in crescita per effetto
 - dell'incremento della popolazione nelle coorti anziane
 - di offerta potenziale di nuove tecnologie e servizi (determinata dai sistemi e dai consumatori più ricchi)
 - di possibili riconfigurazioni del mix di consumo delle famiglie (più attenzione ai servizi alla persona)
- Possibili recuperi di efficienza della spesa pubblica ma spesso esagerata nel dibattito (la riduzione della spesa può anche esitare in riduzioni di efficienza)
- Per mantenere un sistema sanitario (complessivo) di qualità sono necessarie risorse finanziarie aggiuntive che, presumibilmente, non possono che arrivare dal privato
 - Potenziamento del settore assicurativo?
 - Ampliamento area a pagamento?
 - Aumento delle compartecipazioni?



Proposte e prospettive

POTENZIAMENTO DEL SETTORE ASSICURATIVO?

- Dall'istituzione del SSN grandi attese ma crescita non sufficiente a farne un attore fondamentale: limitato sviluppo della spesa privata intermediata.
- Difficile uno scenario futuro sostanzialmente diverso
 - Costi e inefficienze delle assicurazioni sanitarie
 - Difficile sviluppare il mercato senza una più puntuale definizione delle garanzie offerte dal sistema pubblico
 - Comunque rimane il tema dell'assicurabilità di molti servizi scoperti o eventualmente da escludere dalla copertura del SSN
- Il vero gap sul fronte assicurativo riguarda la *long-term care* dove una copertura pubblica sarebbe auspicabile: qui si riscontra lo scostamento più grave tra domanda e offerta, con effetti pesanti sulle famiglie (specialmente sulle donne).



Proposte e prospettive

AMPLIAMENTO AREA A PAGAMENTO?

- Forse spazi per la definizione di una copertura più limitata, riprendendo con coraggio il tema dei LEA e/o di una gestione strategica dell'*extramoenia*
- Occorrono risorse per riconfigurare l'offerta in base al quadro epidemiologico
 - Necessario il potenziamento dell'offerta di servizi di comunità e di istituzionalizzazione a bassa intensità di assistenza sanitaria (interessanti modelli elaborati a livello regionale: CReG, Case delle Salute, CCM "toscano", ecc).
 - Fisiologico intreccio tra assistenza sanitaria, socio sanitaria e socio-assistenziale, che oggi si riflette in una frammentazione ancora troppo forte dei soggetti finanziatori, erogatori e dei percorsi di accesso. La forte componente monetaria favorisce un consumo flessibile ma aumenta la frammentazione.
- Occorre garantire risorse per lo sviluppo tecnologico e delle competenze umane
- Il rischio maggiore dello scorporo di classi di prestazioni dai LEA è un impoverimento generalizzato dell'offerta (con riduzione implicita della copertura e della qualità dei servizi)



Proposte e prospettive

AUMENTO COMPARTECIPAZIONI?

- Le compartecipazioni si scaricano su una gamma ristretta di servizi (specialistica esterna e farmaceutica) e su una quota ridotta dei cittadini (i non esenti) senza limiti alla spesa complessiva
 - Problemi di equità (esenti verso non esenti)
 - Spostamento sul finanziamento privato
 - Mancato utilizzo delle compartecipazioni come strumento di moderazione dei consumi
- Ampliare le compartecipazioni ospedaliere (ad es. per costi alberghieri)
- Rivedere il sistema di esenzioni per allargare la compartecipazione, graduare il carico di spesa e concentrare le esenzioni sui cittadini veramente più deboli
- Proteggere da eccessivi costi con la creazione di massimali di spesa per anno, eventualmente articolati per fasce di reddito
- Introdurre forme di compartecipazione *value-based* (su specifici servizi/device in base al loro costo e al rapporto costo-beneficio)?



Proposte e prospettive

RIFLESSIONI SUL SISTEMA DELL'OFFERTA

“Il privato è più efficiente quindi in situazioni di austerità va favorito sul pubblico”

- Spostamenti risorse sul privato lasciano costi fissi nel pubblico
- L'efficienza è scomponibile logicamente in a) maggiore produttività fisica dei fattori produttivi (ad es. aumenta il prodotto per ora lavorata) b) minori prezzi dei fattori (semplicemente si pagano meno i fattori produttivi (F. Longo); Diversa desiderabilità di queste due forme di recupero di efficienza
- Efficienza ma anche efficacia, equità, appropriatezza, offerta di beni pubblici e con significativi effetti esterni

“L'offerta privata è variabile e quindi target facile per tagli della spesa pubblica”

- La domanda non soddisfatta dal privato si riverserebbe sul pubblico
- Si perderebbe la ricchezza di un sistema misto, competenze, attitudini imprenditoriali e nelle dinamiche istituzionali
- Da un punto di vista sociale anche il privato crea qualità, occupazione e benessere



Conclusioni

- A latere di ogni considerazioni, le politiche fiscali e di welfare dovrebbero sostenere la natalità e le famiglie con figli e/o particolari carichi (es. disabilità), passando dalla logica “individualistico/redistributiva” ad una “familiare/generativa” (Zamagni)
 - La maturazione e la stabilità dei percorsi familiari crea esternalità positive (impatto demografico, ricadute educative) e migliora la produzione di beni relazionali, di cura e assicurativi a “consumo domestico”, un po’ come l’irrobustimento dei percorsi professionali migliora le capacità di produzione di beni esterni e di reddito.
- Il modello italiano di sanità non è in crisi strutturale, almeno rispetto alla situazione economica generale, mentre il socio-sanitario patisce una forte frammentazione.
- Sul lato del finanziamento occorre riconoscere i vincoli della finanza pubblica e avere il coraggio di interventi per aumentare il finanziamento del SSN.
- I temi più urgenti sono il finanziamento della long-term care e la ridefinizione di modelli di offerta che gestiscano meglio la cronicità, multimorbilità e il coordinamento tra assistenza sanitaria e sociale.
- Occorre potenziare le capacità di governo dei sistemi a livello regionale e nazionale, il principale deficit attuale, promuovendo logiche di governo «premiali» che valorizzino la performance degli erogatori pubblici e privati.