

Health Sustainable Innovation

Prospettive europee
dei sistemi sanitari universalistici



I quaderni di Fondazione
theBRIDGE

Health Sustainable Innovation

Prospettive europee
dei sistemi sanitari universalistici

Sommario

Interventi introduttivi

Il valore del sistema sanitario universalistico <i>Rosaria Iardino</i>	3
Prospettive per buone policy a livello europeo per la sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici <i>Sylvain Giraud</i>	7
Qualità delle prestazioni e controllo degli sprechi <i>Attilio Fontana</i>	11
Sanità regionale e rete d'offerta <i>Luigi Cajazzo</i>	13

PRIMA SEZIONE

Sistemi sanitari nazionali e sistemi integrativi: lo stato dell'arte

Una fotografia del contesto italiano <i>Domenico Lucatelli</i>	21
Le problematiche della sostenibilità sanitaria e socio-sanitaria nei Paesi UE <i>Francesco Saverio Mennini</i>	29
To Reach: lezioni da un programma di ricerca congiunto sui sistemi sanitari UE <i>Anna Ceccarelli</i>	37

SECONDA SEZIONE

Il cittadino al centro

Come garantire la vocazione universalistica dei sistemi sanitari <i>Luisa Broganzoli</i>	45
Il mondo del lavoro e fondi integrativi aziendali: rischi e opportunità <i>Elena Lattuada</i>	51

Passaggio da welfare pubblico a welfare aziendale <i>Anna Soru</i>	55
Come possiamo garantire l'universalismo? Dati sul valore aggiunto che il sistema pubblico può offrire in termini di appropriatezza ed equità nell'accesso ai servizi <i>Mara Azzi</i>	59
Come l'ingresso del II Pilastro sta impattando sulla organizzazione ed efficienza delle aziende sanitarie <i>Dario Beretta</i>	61
Il ruolo della ricerca e dell'innovazione <i>Gianluca Vago</i>	65
L'innovazione è sostenibile, proposte per gestirla <i>Francesca Patarnello</i>	69

TERZA SEZIONE

Le proposte per l'Italia: il ruolo della mutualità e della sanità integrativa

Il ruolo del secondo pilastro: tra opportunità e incertezze <i>Massimo Piermattei</i>	77
Possibili scenari futuri e modelli per l'Italia <i>Davide Croce</i>	83

QUARTA SEZIONE

Il futuro del sistema sanitario: Italia chiama Europa

Proposta di agenda politica <i>Rosaria Iardino</i>	99
Risorse per l'Esercizio Finanziario europeo 2021-2027 <i>Sandro Gozi</i>	103
Innovazione e collaborazione a livello europeo <i>Stefano Maullu</i>	109
Integrazione sanitaria per un'Europa più unita <i>Patrizia Toia</i>	113
Conclusioni	119
Appendice	123

Interventi introduttivi

Il valore del sistema sanitario universalistico

Rosaria Iardino

Presidente Fondazione the Bridge

Il sistema sanitario universalistico nel nostro Paese è un valore e tale deve rimanere.

Negli ultimi anni, in Europa, i fondi sanitari integrativi, complementari o supplementari hanno conosciuto una rapida ascesa dovuta soprattutto alle condizioni economiche degli Stati membri UE.

In Italia, la spesa sanitaria privata si è attestata nel 2017 a 39,7 miliardi di euro, rappresentando il 24,96% della spesa sanitaria totale. Dal 2008, ovvero dalla crisi economica, il sistema di spesa pubblica si è contratto (passando da + 14,8% nel quinquennio 2001-2008 a + 0,6% nel periodo 2009-2017), contro una crescita costante del 3,6% della spesa privata. Ciò ha portato a un incremento nominale della spesa sanitaria totale dal 2010 a oggi di 6,7 miliardi di euro, di cui solo il 5% finanziato dalla spesa pubblica.

Inutile negarlo: siamo in un sistema sanitario misto. A conferma del trend, si consideri che nel 2017 il numero di prestazioni *out of pocket*, ovvero pagate di tasca propria dai cittadini, per la maggior parte riferite all'acquisto di farmaci e visite specialistiche, sono state 150 milioni e hanno riguardato 2 persone su 3.

A fronte di ciò, abbiamo voluto indagare più a fondo le caratteristiche del neo sistema misto, il ruolo che ricoprirà nei prossimi anni la sanità integrativa in Italia e l'odierna situazione europea.

La sfida di fronte alla quale si trovano i *decision maker* è quella di riuscire a governare i fenomeni sopra riportati, per orientare il ruolo della sanità integrativa verso un efficientamento dell'offerta di servizi sanitari all'utenza, attraverso un'interazione con la sanità pubblica, sviluppando progetti condivisi che permettano il miglioramento o il mantenimento dell'offerta sanitaria in termini di benefici all'utente (ad esempio una maggiore accessibilità ai servizi) e la sostenibilità del sistema e del Servizio Sanitario Nazionale.

Il fatto di guidare e non subire questa evoluzione, per poterla indirizzare in un'ottica di cooperazione e convergenza con gli obiettivi del SSN, risulterà la sfida cruciale dei prossimi anni.

Data l'esiguità del dibattito sul tema a livello europeo e l'importanza che questo riveste a livello nazionale, abbiamo ritenuto opportuno proporre un'analisi mirata che toccasse, in prima istanza, lo stato dell'arte, ovvero una lettura che verta sui dati esistenti in quei Paesi che hanno già intrapreso azioni in merito e che descriva come le Istituzioni europee guardino a queste realtà.

In seconda battuta, abbiamo ritenuto importante prendere in esame quali potrebbero essere gli scenari futuri che si prospettano in altri Stati, analizzando e comparando la struttura dei loro servizi sanitari nazionali, e come vi inseriscano le assicurazioni integrative.

Infine, si è ritenuto fondamentale sottoporre le analisi e le istanze agli interlocutori istituzionali, tanto nazionali quanto europei.

Da queste premesse è nato il workshop HSI 2018 (Health Sustainable Innovation) dal titolo "Prospettive europee dei sistemi sanitari universalistici", svoltosi a Milano, presso Palazzo Giureconsulti, il 5 ottobre scorso.

È stata una giornata di confronto e molto partecipata, nel corso della quale il nutrito gruppo di relatori ha regalato numerosi spunti su cui riflettere.

Per non rischiare di perdere questa ricchezza, abbiamo deciso di pubblicare gli atti della giornata, convinti che il confronto tra i contributi di tutti gli stakeholder possa rappresentare un efficace aiuto alla *governance* della politica sanitaria.

Fondazione the Bridge ritiene, inoltre, di grande importanza organizzare momenti di condivisione e confronto che possano essere da stimolo anche per i decisori politici, poiché ci piace pensare che la politica pubblica possa essere influenzata dal basso; al contrario, invece, generalmente si fanno grandi convegni dopo che gli atti vengono votati, in momenti in cui la capacità di incidere è ormai evidentemente molto ridotta.

Per affrontare il tema, abbiamo sviluppato quattro sezioni:

1. *Sistemi sanitari nazionali e sistemi integrativi: lo stato dell'arte.* La sezione si è concentrata prima sulla fotografia del contesto italiano e poi sul confronto con quello europeo, in termini di prospettive comuni e problematiche legate alla sostenibilità.
2. *Il cittadino al centro: come garantire la vocazione universalistica dei sistemi sanitari.* Abbiamo chiesto a diversi protagonisti di evidenziare dubbi e opportunità di un sistema sanitario misto.
3. *Le proposte per l'Italia: il ruolo della mutualità e della sanità integrativa.* Il cambiamento in corso e quello necessario nel prossimo futuro sono stati analizzati partendo dalla necessità di salvaguardare ricerca e innovazione, per arrivare al ruolo del "secondo pilastro" e alla proposta di possibili scenari e modelli per il nostro Paese, senza tralasciare possibili declinazioni pratiche come, ad esempio, il legame tra legge di bilancio e garanzia di una sanità equa e sostenibile.

4. *Il futuro del sistema sanitario: Italia chiama Europa.* Nell'ultima sezione si è chiesto un confronto rispetto ai temi trattati ad alcuni europarlamentari.

Gli atti che qui presentiamo raccolgono i vari contributi secondo una successione che risponde a un criterio cronologico, tramite il quale si intende offrire una lettura il più organica possibile su un tema così complesso.

Con la speranza di rivederci a HSI 2019, auguro buona lettura.

Prospettive per buone policy a livello europeo per la sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici

Sylvain Giraud

Head of Unit - Health Systems. Directorate General for Health and Food Safety of European Commission

È un grande piacere partecipare all'incontro, anche se non in presenza ma tramite questo video da Bruxelles. Mi chiamo Sylvain Giraud e lavoro per DG Sante, il Directorate Generale per la salute e la sicurezza alimentare della Commissione europea a Bruxelles. La mia Unità si occupa dei sistemi sanitari.

Quando dico che ci occupiamo dei sistemi sanitari, naturalmente, non intendo dire che i sistemi sanitari siano regolati e organizzati da Bruxelles. Come ben sapete, l'organizzazione dei sistemi sanitari e l'assistenza sanitaria sono di competenza nazionale. A ogni modo, c'è un particolare interesse a lavorare insieme a livello europeo sui sistemi sanitari e quindi vorrei darvi un'idea di cosa sia questo lavorare insieme. Si può sintetizzare in cinque parole, cinque concetti.

Il primo è favorire lo scambio di conoscenze. In maniera molto tradizionale, la Commissione europea prova a produrre informazioni sulle situazioni dei vari Stati membri in modo standardizzato e sistematico. Ed è questo che abbiamo voluto fare riguardo ai sistemi sanitari, attraverso un ciclo di scambio di conoscenze e condivisione di informazioni che chiamiamo "The State of Health in the EU", attraverso il quale a diversi intervalli, ogni anno o ogni due anni, pubblichiamo informazioni statistiche sulla situazione della sanità pubblica in tutti gli Stati membri. In particolare pubblichiamo, ogni due anni, dei profili specifici sulla situazione di ciascuno Stato membro.

Insieme a queste specifiche informazioni sugli Stati membri, come parte dell'attività di scambio di conoscenze, la Commissione pubblica anche delle relazioni transnazionali e dei *policy paper*, analizzando le tendenze delle riforme e delle trasformazioni dei sistemi sanitari dell'Unione.

Questo quindi è il primo tipo di azione che svolgiamo, lo scambio di conoscenze.

La seconda azione a cui farò riferimento, brevemente, è la legislazione. L'attività legislativa dell'Unione in questo contesto è assai limitata. Ad ogni modo, per

far sì che il mercato interno funzioni adeguatamente, sono necessarie un certo numero di regole comuni. Sono necessarie regole comuni affinché un medicinale possa circolare all'interno dell'Unione, soprattutto in termini di obblighi regolamentari per garantire sicurezza ed efficacia. Sono necessarie regole comuni affinché i pazienti possano circolare all'interno dell'Unione e affinché i professionisti possano circolare all'interno dell'Unione. Quindi, questo è il secondo tema, la legislazione.

La terza azione ha per oggetto la cooperazione: ogni tipo di meccanismo, piattaforma, strumento o gruppo con cui riuniamo gli stakeholder e le autorità nazionali dei diversi Stati membri dell'Ue, al fine di discutere insieme del sistema decisionale. È vero che si tratta di una competenza nazionale, ma è pur sempre possibile discutere di una competenza nazionale a livello europeo. Questa è l'idea di fondo e copre tutti gli argomenti: dalle malattie rare al cancro, dall'organizzazione dell'assistenza sanitaria al controllo dell'efficacia della stessa, dalle presentazioni del sistema sanitario alle politiche riguardanti la nutrizione, etc. Gli argomenti più vari possono far parte di questa cooperazione.

La quarta delle azioni a cui mi riferisco è il finanziamento. Attraverso i fondi dell'Ue sosteniamo, o meglio l'Unione sostiene, l'elaborazione delle politiche a livello nazionale e la cooperazione transnazionale. Questo è vero per i fondi di ricerca, è vero per i fondi strutturali, è vero per i programmi che riguardano la salute. Esistono diversi fondi e molti di questi sono stanziati per la salute.

L'ultimo tipo di azione a cui vorrei fare riferimento riguarda il coordinamento economico. È forse la più controversa perché, in una certa misura, alcune persone potrebbero percepirla come una forma di ingerenza nel processo decisionale nazionale. In ogni caso, nell'Unione europea abbiamo una moneta unica, siamo un tutt'uno a livello economico, quindi è in base a una precisa logica che coordiniamo le nostre politiche macroeconomiche e socioeconomiche, in modo tale che esse convergano. E in questo contesto il sistema sanitario, che rappresenta in media il 50% della spesa pubblica nei paesi dell'Ue, non può essere escluso dal coordinamento macroeconomico. Tuttavia è importante che, quando analizziamo il sistema sanitario come parte di questi meccanismi di coordinamento macroeconomico (forse sapete che a livello europeo questo si chiama semestre europeo), dobbiamo guardare al sistema sanitario in tutte le sue dimensioni.

A livello Ue, abbiamo riassunto le tre dimensioni in tre parole: efficacia, accessibilità, resilienza.

L'efficacia è assicurarsi che il sistema sanitario offra ciò che è necessario. L'accessibilità è assicurarsi che le persone possano accedere a cure economicamente sostenibili e che queste cure possano essere coperte dalle assicurazioni sociali.

Per resilienza si intende accertarsi, trattandosi di denaro pubblico, che venga speso in modo redditizio e sostenibile per il futuro.

Quindi, questi sono stati i principi in base ai quali la Commissione ha guardato al sistema sanitario come parte dei meccanismi di coordinamento economico a livello dell'Ue.

Qualità delle prestazioni e controllo degli sprechi

Attilio Fontana

Presidente Regione Lombardia

Non ci sono dubbi che la composizione sociale stia cambiando, che l'età stia aumentando, che la cronicità sia qualcosa dalla quale non possiamo prescindere. Ecco, quindi, che la nostra riforma, la riforma che è in fase di applicazione, va proprio in questa direzione, della presa in carico, della personalizzazione della cura, con il tentativo di essere più specifici possibili nelle risposte che diamo. Allo stesso tempo non possiamo, però, prescindere dal fatto che i costi sanitari purtroppo stiano aumentando e nei Paesi più avanzati siano di gran lunga superiori all'aumento del PIL.

È chiaro che anche su questo argomento si debbano fare delle piccole grandi riflessioni; si deve cercare di fare in modo – direzione nella quale Regione sta operando - di non andare ad appesantire ulteriormente i nostri cittadini. Una delle prime decisioni prese vuole proprio lanciare un messaggio, al di là del fatto che sia stata fatta una riduzione del super ticket: il messaggio è che vogliamo mantenere la qualità delle nostre prestazioni riducendo in maniera significativa, se possibile, il costo per i nostri cittadini. Per fare questo bisogna razionalizzare, bisogna cercare di evitare sprechi e duplicazioni di prestazioni.

Credo che sia molto importante cercare di far sì che ci sia una struttura gestita in modo ottimale, anche a livello di organizzazione. Ritengo che non ci si possa più permettere alcun tipo di spreco, alcun tipo di costo non dovuto. Questo è un obiettivo che Regione Lombardia vuole perseguire e che stiamo cercando di portare avanti con il nostro Direttore Generale, il quale dovrà accompagnarci in questo cambiamento sociale epocale.

Ce la mettiamo tutta, speriamo di riuscire a farcela; sono certo che incontri come quello di oggi possano produrre spunti, consigli e valutazioni che ci possono aiutare a prendere le decisioni migliori, partendo dal presupposto che l'assistenza universalistica è un grande traguardo raggiunto ed è soprattutto una scelta di civiltà dalla quale non vogliamo prescindere minimamente, pur con tutti gli aggiustamenti e le razionalizzazioni del caso.

Credo che l'Italia sia uno dei pochi Paesi che può vantare questo tipo di assistenza e che Regione Lombardia, all'interno del nostro Paese, sia la Regione che più di altre riesce a dare delle buone risposte. Andiamo avanti in questa direzione e grazie per i vostri contributi.

Sanità regionale e rete d'offerta

Luigi Cajazzo

Direttore generale Welfare Regione Lombardia

Raccolgo l'appello introduttivo di Rosaria Iardino, che è quello della collaborazione, della condivisione del governo di un sistema. Riflettevo ieri sera sul fatto che l'evento di oggi cade nel 40° anniversario dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, una grande conquista per il nostro Paese. La Legge 833/78 costituisce uno degli esempi più virtuosi di legislazione europea in materia sanitaria. Si tratta di una legge che ogni tanto dimentichiamo, che compie 40 anni, ma che ha in sé dei concetti che sono attualissimi, basti pensare che nei suoi primi articoli, definendo i compiti delle strutture sanitarie, il Legislatore dice che “*queste hanno il compito di prevenire, mantenere e curare la salute*”: è un'accezione così olistica del concetto di salute che supera l'approccio verticale sulla malattia. Sembra quasi una norma che precorre i tempi e che annuncia quello che stiamo cercando di fare in Regione Lombardia da qualche tempo.

Volendo riassumere un po' un percorso difficile, irto, ma nel quale crediamo fortemente, noi ci stiamo spostando da un Sistema Sanitario diciamo *disease oriented*, cioè basato sulla patologia, a un sistema *patient oriented*, ovvero focalizzato sulla presa in carico del paziente. Vorremmo, però, arrivare a un modello, per così dire, *person oriented*, in cui è la persona, oltre alla sua malattia, a essere presa in carico. Si tratta di un obiettivo ambizioso, ma è un obiettivo che dobbiamo tutti perseguire ad ogni livello. Ed è uno degli obiettivi, quasi nascosti, che la Legge n. 833 contiene nei suoi primi articoli.

A proposito di questa legge, prendendo in considerazione anche il video di Sylvain Giraud di DG Sante nel quale si enunciavano i capisaldi su cui le politiche sanitarie devono fondarsi a livello europeo, mi viene spontaneo pensare al conflitto che crea il Legislatore all'interno della legislazione stessa. L'Italia è un Paese per così dire strano, nel senso che il diritto alla salute è un diritto fondamentale, previsto dall'art. 32 della Costituzione, un diritto assolutamente irrinunciabile e indiscutibile, dotato di una forza precettiva molto forte; abbiamo la Legge 833 che lo ribadisce e quindi abbiamo un Legislatore che quando deve garantire il diritto alla salute lo fa molto bene ed è seguito dalla Magistratura, perché abbiamo delle sentenze che

impongono prestazioni magari non previste nei singoli sistemi. È però in fase gestionale, quando il Legislatore interviene a regolare l'erogazione delle prestazioni, che nascono problemi e malintesi.

Qui abbiamo esempi eclatanti. Abbiamo norme che impediscono al Sistema Sanitario di svilupparsi sotto il profilo delle risorse umane, con vincoli che pongono dei paletti insormontabili, anche alle Regioni come la nostra in equilibrio di bilancio, con l'obbligo di una riduzione entro il 2020 dell'1,4% rispetto al 2004. Abbiamo vincoli sulla spesa per gli investimenti, abbiamo una legislazione che prevede l'accentramento dei bandi per le specialità e per gli specializzandi che sono assolutamente insufficienti rispetto alle esigenze del Sistema. E ne potrei raccontare tante altre, come sanno bene i miei colleghi che vivono tutti i giorni queste contraddizioni nella gestione degli ospedali. Non possiamo crogiolarci dietro al fatto che non possiamo assumere, che non possiamo fare investimenti ma, anzi, dobbiamo assolutamente reagire e utilizzare tutto quello che abbiamo. Regione Lombardia sta cercando in questo momento di reagire e garantire l'eccellenza.

Il Sistema è in un momento difficile, è inutile nasconderselo. Qualcuno scriveva qualche giorno fa *“Siamo in mezzo al guado”*; da un lato abbiamo la “tempesta che ci sovrasta”, caratterizzata dalle tecnologie che avanzano, le quali sono assolutamente sempre più performanti, ma anche sempre più costose. Abbiamo la “tempesta” delle nuove domande di salute che avanzano, la “tempesta” di un cittadino che è sempre più consapevole del suo diritto fondamentale alla salute e che chiede risposte in tempi brevi. A fronte di questo però abbiamo l’“acqua alta” che ci fa affondare: abbiamo le norme sui vincoli, sulla spesa, sul personale, abbiamo una burocrazia che spesso uccide i sistemi e che fa sì che per comprare un macchinario un ospedale pubblico impieghi un anno o peggio un anno e mezzo. A fronte di tutto questo, però, è chiaro che dobbiamo governare il Sistema, non possiamo farci sovrastare.

Che cosa stiamo facendo in Regione Lombardia in questo momento? Innanzitutto, stiamo cercando di affrontare la questione più importante: la domanda di salute.

Ci troviamo di fronte a uno scenario, quello che i tecnici chiamano “stratificazione della popolazione”, che ci fa dire che il 70% delle nostre risorse sono assorbite dai pazienti cronici, pazienti che hanno condizioni di malattia irreversibili, che ne condizionano più o meno pesantemente l'esistenza. A fronte di ciò, è chiaro che il sistema va assolutamente governato, per due motivi precisi: il primo, garantire le risposte, il secondo, garantire la sostenibilità.

Mi impressionava vedere l'altro giorno dei dati sulle liste d'attesa e scoprire che la metà delle prestazioni per le quali Regione Lombardia fatica a stare nei tempi sono prestazioni di pazienti cronici. Questo vuol dire che la programmazione di tali prestazioni aiuterebbe in larga misura il sistema a rispondere nei tempi adeguati. La

risposta a questa domanda di salute è assolutamente necessaria; alcuni rispondono “possiamo farcela”, io preferisco rispondere “dobbiamo farcela”, perché riuscirci è assolutamente necessario.

L'altra tematica su cui stiamo lavorando attentamente è quella della rete d'offerta. Regione Lombardia aveva cercato di precorrere i tempi sul Decreto Ministeriale n. 70 con una delibera già nel 2013. Questa fu, però, annullata dal TAR e il Consiglio di Stato l'ha riportata alla luce nel 2018.

Apprendo una parentesi, spero davvero che, nell'ottica della collaborazione, tutti gli attori in causa abbandonino la volontà di ricorrere al TAR; nel rispetto totale della Magistratura, credo che la sanità debba essere fatta negli ospedali, negli ambulatori dei medici di medicina generale e non nei TAR.

Tornando al discorso, il tema della rete d'offerta è un altro dei punti che dobbiamo assolutamente presidiare. Il Piano Regionale di Sviluppo contiene questo obiettivo, con una duplice valenza: non solo garantire la sostenibilità, ma anche garantire maggiore qualità, perché i medici che sono in sala sanno benissimo che standard e volumi sono anche garanzia di appropriatezza clinica.

Altro tema che, secondo me, è la conseguenza di un sistema un po' ingessato, è quello dell'autonomia differenziata. Siamo impegnati in tavoli tecnici con il Ministero dei rapporti con le Regioni e con il Ministero della Salute per portare a compimento questo progetto, nato nella precedente Legislatura, a cui ora il Presidente Fontana sta dando un forte impulso e che l'assessore Gallera sta seguendo in prima persona. Il tema dell'autonomia differenziata non è un semplice capriccio di Regione Lombardia, ma è una necessità di fronte a un sistema che da un lato sta evolvendo, e quindi viene visto come un punto di riferimento, ma al quale, dall'altro lato, non corrisponde una Legislazione adeguata, proprio per il malinteso a cui accennavo prima: da una parte il diritto alla salute deve essere garantito in maniera eccellente, dall'altra, a livello regolatorio, ci sono contraddizioni che al giorno d'oggi non sono più possibili.

Abbiamo domandato al Governo maggiore autonomia nell'utilizzo delle risorse per il personale per i beni e i servizi e, quindi, per gli investimenti. Per esperienza personale, io parto dal concetto che in sanità, per risparmiare, bisogna investire. Non possiamo agire secondo la logica del taglio: in sanità la logica del taglio è pericolosissima e spesso produce maggiori spese. Ciò non vuol dire sprecare, perché ovviamente occorre razionalizzare la spesa e bisogna affrontare tutto con metodo, ma il taglio indifferenziato non si addice alla sanità. Così come non si addice agli ospedali avere dei riferimenti normativi che siano gli stessi delle altre Amministrazioni Pubbliche, come ad esempio il Comune o la scuola, perché fare salute ha delle esigenze specifiche. Ho il sogno di un corpo normativo “ad hoc” da quando ho cominciato a lavorare in sanità, poiché nel corso degli anni ho visto veramente

difficoltà applicative di regole che non si addicevano a un apparato dedito a rispondere alla domanda di salute.

Ciò che abbiamo chiesto è dunque una maggiore autonomia sulla *governance* delle aziende, perché ci chiediamo se sia ancora attuale la *governance* prevista dal Decreto Legislativo 502/92 in un sistema come il nostro, che ha separato nettamente le funzioni di programmazione e controllo da quelle di erogazione e che ha delle connotazioni peculiari.

Abbiamo poi chiesto maggiore autonomia sulle Borse per i medici di medicina generale, su cui anche l'assessore Gallera ha ottenuto in Commissione Salute dei grandi risultati. Abbiamo avuto 152 posti in più, che adesso però comporteranno degli oneri non indifferenti, visto che ci sarà un concorso il prossimo 17 dicembre con correzione dei compiti entro il 24 dello stesso mese e ci saranno difficoltà anche a reperire commissari per la loro correzione. Ecco, questa è un'altra delle cose strane che accadono.

Abbiamo chiesto maggiore autonomia per gli specializzandi, abbiamo chiesto maggiore autonomia sulla tariffazione, perché ci domandiamo se abbia ancora senso una tariffazione per prestazioni o se non si possa andare verso una concezione di tariffazione che risponda a un bisogno di salute complessivo del paziente.

Sono tutti aspetti che, a mio parere, incidono molto e rispondono anche alla domanda di sostenibilità a cui si faceva riferimento nell'introduzione di oggi.

Altro tema, secondo me importante, è quello dell'apporto del privato, un apporto assolutamente fondamentale. In Regione Lombardia abbiamo un sistema caratterizzato da una sussidiarietà orizzontale molto forte, per cui il 45% dell'offerta sanitaria è un'offerta privata, fortemente qualificata, che dà un contributo importante. Si tratta, però, di un contributo che in questo momento richiede sempre più il ruolo di holding da parte di Regione, ovvero un ruolo di governo forte, che non vuol dire togliere prerogative a nessuno, ma vuol dire garantire quel coordinamento e quelle sinergie che servono a rispondere meglio ai bisogni di salute.

Credo che ci stiamo riuscendo; stiamo lavorando molto anche con le associazioni della ospitalità privata, in questo senso, perché tutti, sia privati sia pubblici, rispondiamo a un bisogno pubblico. Quindi, alla fine, la natura giuridica di chi eroga le prestazioni va quasi a perdersi in questo grande mare del bisogno pubblico. Il bisogno è pubblico, al di là di chi eroga le prestazioni e, quindi, dobbiamo tutti lavorare per governare insieme questo sistema.

È un momento importante, sulla cronicità abbiamo tessuto dei rapporti con gli Ordini dei Medici e stiamo per approvare un documento che speriamo veda la condivisione di tutti.

Ci stiamo apprestando, finalmente, a firmare il contratto con gli erogatori per la presa in carico dei pazienti cronici, ma si tratta di un momento - al di là di questi

specifici temi - in cui davvero il mio appello, o meglio l'appello della Regione, è quello a una forte condivisione e a una forte collaborazione. Mai come in questo momento, a mio parere, c'è bisogno di sinergia e di condivisioni.

Dobbiamo abbandonare la contrapposizione e abbracciare invece la collaborazione; in Regione abbiamo istituito tavoli di ogni tipo e il dialogo è davvero costante con tutte le componenti, perché l'obiettivo che ci accomuna è quello di dare risposte migliori alla domanda di salute.

Rispetto agli interessantissimi spunti sull'apporto delle risorse private e delle assicurazioni, sappiamo tutti che la spesa *out of pocket* cresce in Italia, mentre la spesa sanitaria pubblica è costante; abbiamo un 6,9% di spesa sanitaria rispetto al PIL che è una delle percentuali più basse d'Europa, per non parlare poi delle spese sulla ricerca, che sono assolutamente imbarazzanti per il nostro Paese.

Io sono convinto che da questo momento di riflessione arriveranno degli spunti importanti, che trasmetterò anche all'Assessore Gallera. Davvero, vi auguro buon lavoro e vi auguro una giornata ricca di approfondimenti e di crescita. Grazie.

PRIMA SEZIONE

**Sistemi sanitari nazionali
e sistemi integrativi: lo stato dell'arte**

Una fotografia del contesto italiano

Domenico Lucatelli

Presidente Focus PA - Patient Access

Non esiste una sola fotografia del sistema italiano, ma ne esistono molteplici a seconda dei parametri utilizzati dagli istituti di valutazione.

Ad esempio, l'OMS ci definisce il secondo Servizio Sanitario Nazionale al mondo e Bloomberg il quarto, mentre l'OCSE ci pone al ventesimo relativamente al dato riguardo la percezione dello stato di salute e l'Euro Health Consumer Index ci posiziona ventiduesimi.

Questo dato è secondo me molto vicino alla realtà, perché tiene conto di tutte le differenze regionali che, con il passare del tempo, si stanno sempre più polarizzando. L'azione degli attori in gioco dovrà in futuro essere sempre più incentrata sul recuperare questa differenza.

Per comprendere che direzione sta prendendo il Sistema Sanitario Nazionale è necessario porre l'accento su sei aspetti fondamentali: normativo, del finanziamento e dunque della spesa, delle attività produttive, della mobilità, del partenariato e del secondo pilastro.

Per quanto riguarda l'aspetto normativo, si parla molto di "aziendalizzazione", ma una vera e propria azienda deve avere delle regole proprie perché non si può procedere alla gara per una TAC o una risonanza utilizzando gli strumenti e il procedimento adoperati per le costruzioni di edifici, come il Codice degli Appalti.

Per quanto riguarda finanziamento e spesa, l'Italia non sta incrementando l'investimento come in altri Paesi europei, rendendo difficile l'accesso alle nuove tecnologie. Inoltre, la spesa in relazione al PIL rischia di scendere, nel 2020, sotto la soglia del 6,4% indicata dall'OMS, con un impatto sempre maggiore sui cittadini e un sempre maggiore apporto del settore privato. Il nostro Sistema Sanitario, seppure possa ancora essere definito come assistenzialistico e universalistico, è ormai un sistema ibrido.

Ciò è ancora più evidente esaminando i dati relativi alla sfera della produzione. Quando si parla di Sistema Sanitario, non si possono dimenticare i dati sulla mobilità, "attiva" in tutte le regioni del Centro-Nord, dalla Toscana in su, e "passiva" in quelle del Centro-Sud, soprattutto se in piano di rientro.

Il partenariato tra pubblico e privato è molto diffuso, nella realizzazione di opere strutturali, nella contrattualistica, in cui le Amministrazioni stipulano convenzioni tra loro, e nel partenariato istituzionalizzato, in cui un soggetto terzo opera una determinata azione. Se i vantaggi di questi partenariati appaiono infiniti, non bisogna però dimenticare le criticità.

Infine, il tema del secondo pilastro ci impone di riflettere sulle varie tipologie di assicurazioni esistenti e sulle potenzialità di un sistema che in futuro ci vedrà tutti coinvolti.

La sfida per il futuro è decidere che cosa possiamo finanziare con il nostro Servizio Sanitario e comprendere dov'è il limite tra ciò che vogliamo fare e ciò che possiamo fare in modo da perseguire non solo l'equità della salute, ma anche l'equità della sanità.

Dal momento che i diversi istituti stranieri giudicano e valutano il Sistema Sanitario Nazionale in maniera completamente difforme, sulla base di logiche diverse, non esiste una sola fotografia del sistema italiano, ma ne esistono molteplici.

L'OMS, con dati del 1997, abbastanza datati ma ribaditi anche nel 2015, ci definisce il secondo Servizio Sanitario Nazionale al mondo. Questo è un dato che può far pensare che il nostro sistema sia eccellente, ma nella realtà questa fotografia, almeno secondo il mio parere, non rispecchia realmente la situazione odierna.

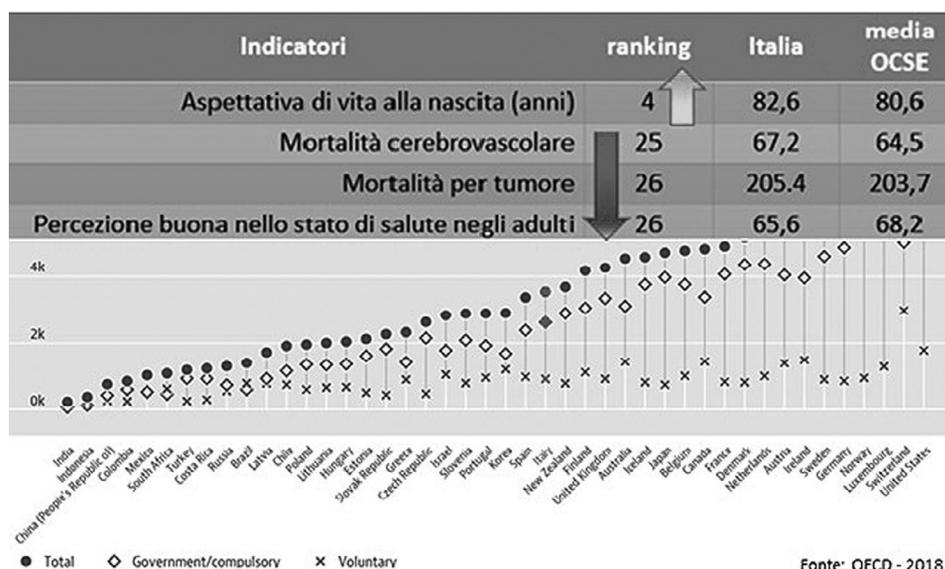
Una fotografia diversa la offre Bloomberg, che mette in luce il tema dell'efficienza ma, così facendo, dà vita a un differenziale per così dire positivo, ovvero sovrastima i servizi offerti. Anche secondo questo Istituto, dunque, la nostra posizione è molto alta, tanto da porci al quarto posto nel mondo con una discesa, però, rispetto alla precedente misurazione che ci poneva al secondo posto.

L'OCSE fa invece una valutazione multidimensionale che tende a non stilare una classifica, ma segnala la posizione dei diversi sistemi sanitari tra di loro, in funzione di indicatori precisi, cosicché per la prima volta possiamo verificare il nostro stato di salute attraverso degli specifici indicatori.

Si nota che la posizione che ricopriamo non è più quella che, con gergo calcistico, potremmo definire "da Champions League", perché ci pone intorno alla ventesima/ventiduesima posizione. Siamo al quarto posto per quanto riguarda le aspettative di vita alla nascita, ma se andiamo a vedere il dato riguardo la percezione che si ha sullo stato di salute, scendiamo alla ventesima posizione.

Questa lettura, però, dovrebbe essere sicuramente corretta in qualche punto, perché se si analizza il dato sull'accesso alle cure, per esempio, si registrano da un lato tempi molto buoni per determinate patologie e dall'altro un'incidenza della spesa *out of pocket* molto elevata.

Si nota però la mancanza di alcuni dati, come quello relativo alla copertura assicurativa e al cosiddetto *no show*: il dato cioè che mostra come un cittadino con limitate risorse economiche non compra i farmaci o non soddisfa tutti gli altri bisogni di salute. Questo sommerso dovrebbe invece essere analizzato con maggiore attenzione.



Indicatori di accesso alle cure	Indicatori	ranking	Italia	media OCSE
	Tempi – giorni -di attesa per cataratta	2	49,7	127,8
	Tempi – giorni -di attesa per protesi d'anca	4	79,3	159,2
	Rinuncia a visite mediche per ragioni economiche	6	4,8	10,5
	% Popolazione coperta dai servizi essenziali	8	100	n.d.
	Incidenza della spesa out of pocket sui consumi totali delle famiglie	20	3,4	3

Indicatori non ancora disponibili

- Copertura assicurativa privata
- Trend della copertura assicurativa privata
- Rinuncia a farmaci per ragioni economiche
- Bisogni di salute non soddisfatti per ragioni economiche

Ancora più importante è il dato sulle prestazioni, che mostra come da un lato abbiamo un alto tasso di occupazione di posti letto per acuti e dall'altro la degenza media più lunga d'Europa. Le differenze sulla degenza media sono sicuramente marginali, perché parliamo di oscillazioni nei primi 20 Paesi da 5,6 a 7,8 giorni, differenza che può sembrare marginale ma che, se tradotta in problemi di sostenibilità e di valori economici, è sicuramente estremamente rilevante.

Interessante è anche notare che abbiamo tantissimi strumenti, tra cui risonanze magnetiche e Tac, che ci fanno posizionare a un livello molto alto, ma occorrereb-

be scendere nel dettaglio e analizzare quanto lavorano gli strumenti, come e dove. Anche in questo caso, dunque, si tratta di un dato che dovrebbe essere letto con maggiore attenzione.

Anche la fotografia fatta dall'Euro Health Consumer Index, ribadita nel 2017, ci posiziona ventiduesimi. Questo è un dato secondo me molto vicino alla realtà, perché si tratta di un'analisi che tiene conto di tutte le differenze regionali. Possiamo infatti continuare ad affermare che il nostro sia un sistema universalistico, uguale dal nord al sud, ma la realtà ci insegna che così non è.

Il sistema sanitario italiano procede su due velocità e queste, con il passare del tempo, si stanno sempre più polarizzando; avremo, quindi, una struttura del nord che distanzierà sempre di più quella del sud e l'azione degli attori in gioco, a mio parere, dovrà essere sempre più incentrata sul recuperare questa differenza.

Questo tipo di analisi è poi la prima che mette al centro il paziente, perché mostra la percezione reale che i pazienti hanno rispetto ai servizi assistenziali di cui hanno bisogno. In realtà, poiché parlare di paziente significa parlare di una persona che è già inserita nel sistema, si dovrebbe iniziare a parlare più correttamente di cittadino, concetto ben differente, perché si prende in considerazione il fatto che tutti debbano puntare ad avere un sistema sanitario migliore perché tutti potrebbero diventare pazienti.

Come visto le possibili fotografie sono tante, occorre sceglierne una e soprattutto considerare perché si sceglie quel tipo di fotografia.

Ora, per discutere delle caratteristiche del Servizio Sanitario Nazionale, vorrei porre l'accento su sei aspetti fondamentali: sull'aspetto normativo, l'aspetto del finanziamento e dunque della spesa, l'aspetto delle attività produttive, della mobilità, del partenariato e quindi del secondo pilastro, in maniera estremamente rapida.

Per quanto riguarda l'aspetto normativo, il dott. Cajazzo ha già fatto riferimento alle varie disposizioni in materia che partono dall'art. 32 della Costituzione per arrivare al D.M. 70/2015. Secondo il mio parere, è da 40 anni che parliamo di concetti che solo se venissero davvero applicati consentirebbero di migliorare percettibilmente la performance a livello nazionale.

Si parla molto anche di "aziendalizzazione", ma una vera e propria azienda deve avere delle regole proprie e sono d'accordo con il dott. Cajazzo che dovrebbe esserci uno scorporo normativo perché, ad esempio, non si può procedere alla gara per una TAC o una risonanza utilizzando gli strumenti e il procedimento adoperati per le costruzioni di edifici, come il Codice degli Appalti.

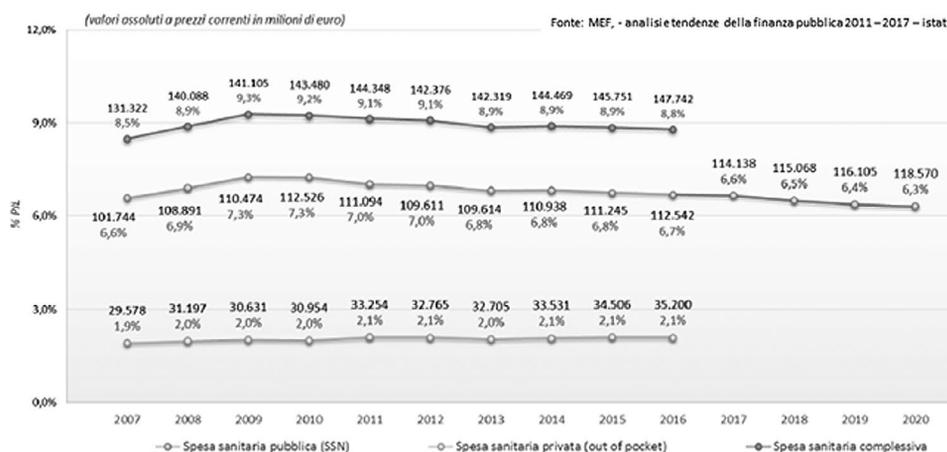
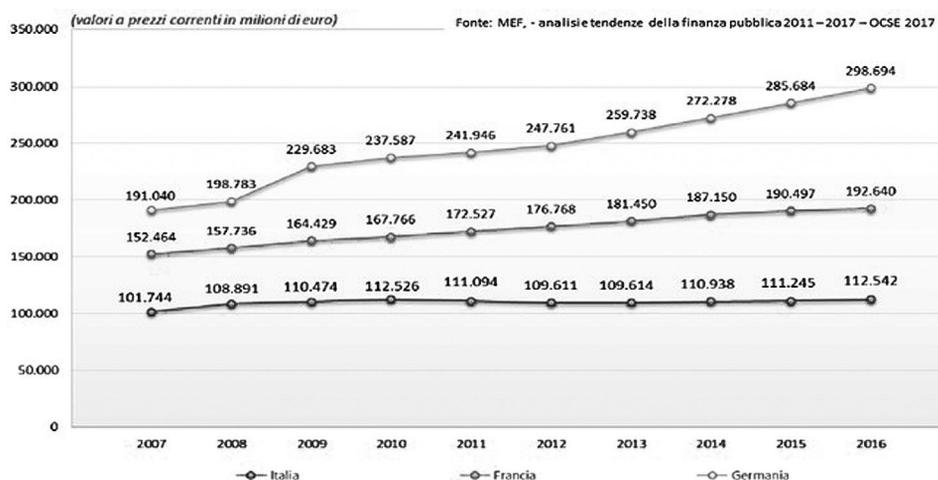
Dal 1999 si parla molto anche di governo clinico e di distretto, ma quest'ultimo concetto appare ancora come una chimera, ovvero di difficile interpretazione.

Per quanto riguarda il D.M. 70/2015, credo che sia stata un'opera estremamente interessante sulla carta, a cui è mancata però la successiva azione di governo, che

avrebbe dovuto misurare le differenze implementative rispetto al Decreto e adottare le misure per correggerlo; per esempio, ritengo che si sarebbe dovuto trattare in maniera più corretta il tema degli standard minimi o dei banchi d'utenza.

Entrando nel merito del secondo tema, devo precisare che molte volte io stesso faccio confusione tra finanziamento e spesa e anche tra costo e prezzo. Iniziamo allora a chiarire i concetti.

Se osserviamo il grafico, che mette a confronto Italia, Francia e Germania, vediamo che in Italia i soldi investiti in cura e assistenza al cittadino appaiono costanti, diversamente dagli altri Paesi: questo ci dice, tra l'altro, che nel nostro mercato la possibilità per i professionisti sanitari di utilizzare nuove tecnologie sia assai complicata.



Se si analizza anche il rapporto col PIL, visti i valori in calo (6,9%, 6,8%, 6,7%), possiamo prevedere che arriveremo nel 2020 al 6,3% circa, un valore se pur di poco al di sotto di quello minimo definito dall'OMS del 6,4%. In questo scenario, è difficile pensare di poter "performare" come secondi al Giappone o, a livello europeo, essere quarti allo stesso livello della Francia.

Ancora più preoccupante è il modo in cui questi dati impattano sul cittadino, dal momento che si stima che ognuno di noi spenda circa 1000 euro, di cui il 44% destinato ai farmaci, il 19% ad assistenza specialistica e il 5% ad assistenza per disabili. Questa è la spesa che viene sostenuta direttamente da noi, cui si aggiunge la spesa sanitaria finanziata dal Servizio Sanitario Nazionale, che si attesta all'81%, e il 19% derivante da redditi privati.

Quindi, è vero che il nostro Sistema Sanitario può essere definito come assistenzialistico e universalistico, ma è ormai un sistema reso ibrido dal privato.

Passiamo ora al discorso della produzione; gli enti produttori, ovvero gli erogatori della sanità, differiscono tra loro per la natura giuridica, per le finalità che perseguono e per le regole a cui sottostanno, ma se parliamo di prestazioni vediamo che la quasi metà di esse ricadono sul pubblico e l'altra metà sul privato. Se da queste togliamo i beni di consumo sanitari, ovvero i farmaci, i *medical device* o i beni intermedi per la produzione, si passa dal 63% al 37%.

Il nostro sistema è pubblico, ma l'apporto del privato esiste e si tratta di una realtà più concreta se si cambia prospettiva e si leggono i dati nella sfera della produzione e non più solamente del finanziamento.

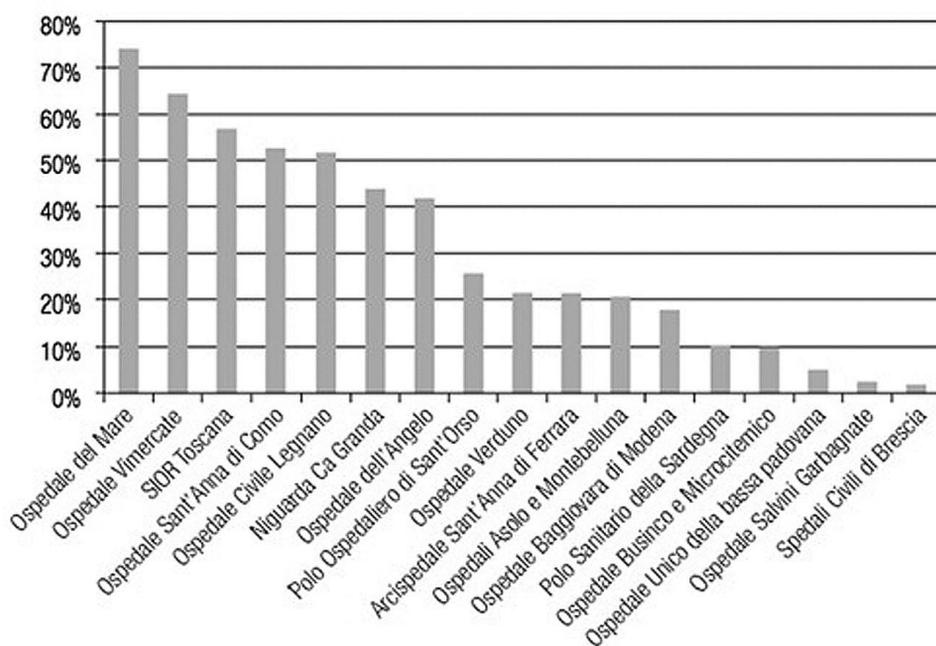
Sottolineo sempre che nella differenza tra pubblico e privato c'è un dato a mio parere importante: il pubblico possiede il 100% delle politiche di prevenzione, mentre la medicina di base è portata avanti dal privato, poiché un medico di medicina generale è un privato che stipula un contratto di natura pubblico-privata con lo Stato. Forse questo è un tema che dovrà essere approfondito, soprattutto per giungere a una visione comune in materia.

Altro dato interessante è quello della mobilità. Più o meno dal 1998 ad oggi si parla di 750.000 ricoveri e il dato annuale sembra restare costante nel tempo. Un aspetto importante su cui riflettere è il tasso di ospedalizzazione, prestando particolare attenzione all'impatto dei ricoveri acuti e al tipo di degenze, che appare in costante crescita.

Se avessimo il tempo di "spacchettare" i dati per Regioni, si comprenderebbe come la mobilità attiva è propria di tutte le regioni del Centro-Nord, dalla Toscana in su, mentre la mobilità passiva è propria delle regioni del Centro-Sud, soprattutto di quelle in piano di rientro. Quando si parla di un unico Sistema Sanitario, perciò, deve essere chiaro che ne esistono di diversi e il dato sulla mobilità ci è di grande aiuto in questo.

Il partenariato tra pubblico e privato è molto diffuso in sanità, per esempio nella realizzazione di opere strutturali, ovvero la costruzione di ospedali, o nell'implementazione di beni come la piastra dei servizi chirurgici o dei servizi diagnostici. Altri due aspetti da sottolineare sono la contrattualistica, in cui le Amministrazioni stipulano convenzioni tra loro, e il partenariato istituzionalizzato in cui esiste un soggetto terzo, organismo o soggetto giuridico distinto, che opera una determinata azione.

Nella slide successiva sono riportate tutte le maggiori azioni di partenariato pubblico-privato che hanno portato alla costruzione di ospedali.



L'istogramma riporta la differenza percentuale tra il prezzo finito e l'offerta aggiudicata: casi come quello dell'Ospedale del Mare, in cui questa differenza raggiunge il 73%, ci deve imporre una riflessione normativa su come questo partenariato viene strutturato. I vantaggi finanziari sono infiniti: gli investimenti del privato offrono la possibilità di un *cash flow* molto alto, di una maggiore efficienza e di un migliore controllo della spesa pubblica; altrettanti vantaggi si hanno sui tempi di realizzazione, che sono inferiori, e sulla riduzione dell'indebitamento pubblico, perché si carica una struttura ibridata con il privato. I vantaggi si notano anche dal punto di vista della qualità, grazie alla possibilità di ricorrere a progetti personalizzati e di affidarsi a un *know-how* di qualità superiore.

Altrettanto grandi sono però le criticità in cui si può incorrere in questo tipo di partenariato. Il rischio d'impresa del privato che opera in questa maniera è altissimo, l'indebitamento cui vanno incontro molte strutture private e molte associazioni temporanee di impresa fa sì che, da una parte, aumentino notevolmente i costi, e dall'altra si riduca l'efficienza di questo sistema. Dal momento che gli istituti finanziari sovvenzionano questo tipo di opere soltanto dopo la fase dell'aggiudicazione, tutti i costi che si sostengono per raggiungere questo obiettivo non sono finanziabili.

Un altro tema pregnante è quello del dialogo tecnico. Esiste il nuovo Codice degli Appalti che prevede l'istituto del dialogo competitivo, cioè il fatto di poter chiarire tra il portatore di interesse e l'ente appaltante che cosa deve essere fatto. Nella realtà sappiamo che è il mondo anglosassone ad essere incline al dialogo competitivo, estremamente difficile invece nel nostro ordinamento.

Passando al secondo pilastro, occorre riflettere sulle varie tipologie di assicurazioni esistenti. In molti casi le assicurazioni tendono ad aumentare il numero delle prestazioni, in altri coprono tutto quello che il pubblico non copre. Si tratta di un argomento ancora controverso, sulle cui potenzialità ci sarebbe bisogno di riflettere e che nel futuro ci vedrà tutti coinvolti.

In Italia, oggi, le persone sopra i 50 anni con copertura assicurativa sono una entità marginale, il 5% su media nazionale, percentuale che sale nel Nord-Est, seguito a poca distanza dal Nord-Ovest, per scendere all'1% nel Sud e nel Centro Italia.

Personalmente, mi azzardo a dire che la nostra sfida per il futuro è decidere che cosa possiamo finanziare con il nostro Servizio Sanitario. Esiste una differenza tra quello che possiamo fare e quello che vogliamo fare e soprattutto una differenza su come vogliamo finanziare.

Ancora, credo che vada fatto un salto in avanti su determinati punti ai quali si presta sempre poca attenzione. Per esempio, si deve passare dal concetto di prestazione a quello di presa in carico, si deve favorire l'interazione tra professionisti e tra setting assistenziali. Credo che i professionisti del domani debbano essere formati tenendo fortemente in considerazione questa necessità.

Ancora, si dovrebbe pensare l'organizzazione dei centri ospedalieri immaginando ospedali più piccoli, ma estremamente specializzati e non aspecifici. Si dovrebbe, quindi, prospettare un coordinamento tra i diversi ospedali e la condivisione di un'unica vision.

Concludo, credo che si debba perseguire l'equità della salute, che significa raggiungere il più alto grado possibile di benessere fisico, ma anche l'equità della sanità, che significa invece avere le risorse allocate in modo efficiente, perché così tutti i servizi erogati possono essere erogati in funzioni reali, ovvero necessità.

Le problematiche della sostenibilità sanitaria e socio-sanitaria nei Paesi UE

Francesco Saverio Mennini

Professore di Economia Sanitaria ed Economia Politica – Research Director Economic Evaluation and HTA (EEHTA) CEIS, Facoltà Di Economia, Università degli Studi di Tor Vergata, Roma – Membro del Comitato Scientifico di Fondazione the Bridge

Per parlare di sostenibilità sanitaria e socio-sanitaria è necessario partire da alcune premesse: prima di tutto che eliminare lo spreco significa allocare in maniera efficiente risorse precedentemente male utilizzate, poi che investire nel sistema salute significa non solo garantire accesso alle migliori cure ai cittadini, ma anche creare valore economico per il Paese grazie agli investimenti che ne conseguono.

L'Italia è il Paese europeo che, soprattutto negli ultimi anni, ha registrato l'andamento più rallentato rispetto ai principali Paesi EU e, per quanto riguarda la spesa sanitaria totale pro capite, presenta un valore percentuale inferiore agli altri Paesi, Grecia esclusa (dati OCSE).

Siamo, quindi, un Paese attanagliato dalla paura di spendere troppo, senza tenere in considerazione i benefici derivanti da un utilizzo corretto delle tecnologie più innovative.

La salute e l'assistenza sanitaria sono influenzate, però, da una serie di pressioni esogene al sistema sanitario: gli stili di vita, la genetica o il DNA di ognuno di noi. Considerando la salute un bene collettivo, i Paesi UE tendono a intervenire sugli stili di vita e cercare di migliorarli, a vedere quali sono quelli che influenzano maggiormente lo stato di salute della popolazione a livello generale, con le differenze che caratterizzano ogni Paese. Le disposizioni messe in atto dai vari Paesi europei e dai sistemi sanitari si basano sul concetto di solidarietà e di inclusività, concetti che debbono rimanere.

La nascita di un Sistema Sanitario Europeo, auspicato da molti, non sembra possa considerarsi all'orizzonte. La difficoltà a introdurlo nasce dal fatto che esistono grandi differenze nei sistemi di finanziamento, nella quota di spesa che ogni Paese è disponibile a destinare all'assistenza sanitaria e nel modello organizzativo e normativo che caratterizza ogni singolo Paese.

Sicuramente però l'Unione europea potrebbe sviluppare strategie comuni e soprattutto far sì che i Paesi europei condividano il concetto che la salute e la sanità non sono un costo, piuttosto un'“opportunità”, perché consentono di guarire le persone e di portare ricchezza all'interno del Paese.

Tra gli strumenti che ci possono permettere di perseguire queste strade e raggiungere obiettivi non solo nazionali ma anche a livello europeo, l'Health Technology Assessment (HTA) consente di valutare strettamente la singola

tecnologia, i percorsi di cura e i modelli organizzativi. La proposta di regolamentazione avanzata sull'utilizzo dell'HTA per quanto riguarda le tecnologie sanitarie, consentirà agli Stati membri di collaborare su quattro settori:

1. valutazioni cliniche congiunte incentrate sulle tecnologie sanitarie più innovative, dall'impatto potenzialmente più significativo sui pazienti;
2. consultazioni scientifiche congiunte grazie alle quali gli sviluppatori possono chiedere la consulenza delle autorità di valutazione delle tecnologie sanitarie;
3. individuazione delle tecnologie sanitarie emergenti al fine di riconoscere precocemente le tecnologie promettenti;
4. proseguimento della cooperazione volontaria in altri settori.

Prima di approfondire l'analisi relativa alla sostenibilità nei Paesi Eu, è importante partire dalle parole del Governatore Fontana relative agli sprechi. Io tendo sempre a sottolineare e a chiarire, da un punto di vista della teoria economica generale, che eliminare lo spreco, come giustamente sottolineato dal Governatore, non vuol dire necessariamente che ci siano risorse aggiuntive per il sistema. Significa che possiamo allocare in maniera efficiente risorse precedentemente male utilizzate.

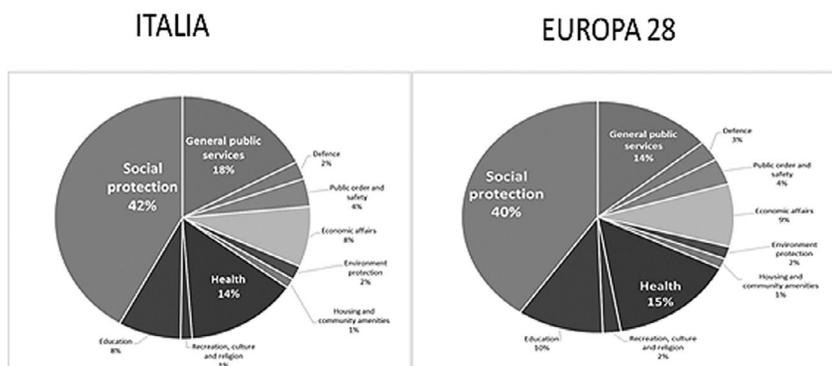
Un'ulteriore considerazione iniziale, riprendendo il discorso del Dottor Cajazzo, è relativa agli investimenti. La sanità deve essere vista come un investimento e non come un costo. Investire nel sistema salute significa garantire accesso alle migliori cure ai cittadini, ma anche creare valore economico per il Paese grazie agli investimenti che ne conseguono. A fronte, infatti, di un'attuale 9% circa di spesa sanitaria totale sul PIL, il mercato della salute nel suo complesso contribuisce per circa il 12-13%, a seconda degli anni, al PIL stesso. Si riscontra, quindi, un delta positivo.

Per quanto attiene alle problematiche della sostenibilità sociosanitaria nei Paesi EU, è importante effettuare una visione d'insieme. Dall'analisi dei dati emerge come, nell'Europa dei 28 Paesi, il 40% della spesa è riferito alla *social protection*, il 15% a *health* e poi abbiamo tutte le altre voci che messe insieme rappresentano il restante 45%. L'Italia è caratterizzata da una situazione molto simile.

Il dato riferito alla *social protection* suggerisce che, nel momento in cui andiamo ad affrontare la tematica salute, è quindi necessaria una visione globale del sistema di welfare senza focalizzare l'attenzione esclusivamente al comparto (silos) sanità. Nella realtà (in particolare quella italiana), la spesa sulla protezione sociale, che è strettamente correlata anche con i livelli di salute delle persone, viene molto spesso trascurata (in particolare i costi indiretti e quelli relativi all'*informal care*) senza rendersi conto che è una voce che impatta enormemente sulla spesa pubblica. Noi ci focalizziamo solo sulla spesa sanitaria e non sulla spesa sociale, la spesa assistenziale e la spesa previdenziale.

Perché importante una visione d'insieme...

• **Suddivisione spesa pubblica 2014 (Spesa totale = € 826,6 miliardi)**



Fonte: Eurostat <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

È importante, quindi, avere una visione d'insieme e non focalizzarsi sul silos della spesa sanitaria, tanto a livello macro, quanto anche a livello micro; lo stesso errore spesso si commette quando si analizza, a livello micro, la spesa sanitaria, focalizzando l'attenzione esclusivamente sulla spesa farmaceutica, sulla spesa dei dispositivi medici e altro, separatamente.

Ma quali sono le determinanti della spesa sanitaria?

Innanzitutto l'invecchiamento, anche se un recente studio¹ mette in discussione che sia proprio l'invecchiamento della popolazione a determinare la grande crescita della spesa sanitaria o, per meglio dire, è da discutere che siano gli anziani le persone che costano di più. A costare di più è ogni paziente negli ultimi mesi della sua vita; un quarantenne negli ultimi sei mesi della sua vita costa certamente di più, sia come intensità di assistenza sanitaria sia per il fatto che genera anche una maggiore perdita di produttività, pensioni di reversibilità ai familiari e altro. Genera, quindi, tanti altri costi dal punto di vista sociale e del sistema di welfare.

In secondo luogo, l'innovazione terapeutica. Oggi il paziente, il cittadino, vuole un'assistenza di qualità, vuole poter disporre di tecnologie e interventi qualitativamente elevati. L'aumentata qualità determina un incremento dei costi nel breve periodo, quale conseguenza dell'investimento iniziale necessario per acquistare tecnologie efficaci, caratterizzate da prezzi più elevati. Se sono tecnologie efficaci,

¹ *The Seven Myths of Health and Health Care*, P Zweifel, Pharmacoeconomics: Open Access, 2017.

tuttavia, nel medio/lungo periodo dovrebbero permettere una riduzione dei costi, tanto diretti sanitari che indiretti, oltre, naturalmente, a migliorare il livello di salute dei pazienti. Un esempio fra tutti è quello relativo all'HCV.

Un recente studio² ha dimostrato come gli eventi clinici evitati hanno permesso di ottenere un recupero degli investimenti iniziali per l'acquisto dei DAA stimati in 6,4 anni. In termini economici, questo vuol dire che la scelta sostenuta dal SSN per il trattamento dei pazienti con HCV non rappresenta solo una scelta altamente costo efficace, ma che determina un recupero totale dell'investimento e potrebbe garantire addirittura dei risparmi nel medio/lungo periodo. Quindi, è vero che con l'innovazione nel breve periodo posso avere l'impressione di spendere molto di più, di avere un incremento dei costi, ma poi nel medio/lungo periodo vedo gli effetti positivi di questo investimento. È di pochi giorni fa la notizia, ad esempio, che in Australia hanno pubblicato dati che dimostrano come, nel giro di dieci anni, si riuscirà ad eliminare l'HPV.

È, dunque, importante non focalizzarsi, dal punto di vista economico, sul breve periodo. Questo è un aspetto fondamentale.

Qual è la situazione nel nostro Paese in termini di spesa? In un confronto globale, il nostro Paese si colloca in una posizione intermedia. L'Italia non spende più degli altri: non stiamo spendendo tantissimo e in realtà non abbiamo mai speso tanto nella sanità.

Andando a vedere l'andamento negli anni della spesa sanitaria sul PIL, l'Italia è il Paese che, soprattutto negli ultimi anni, ha registrato un andamento più rallentato rispetto ai principali Paesi EU. Un dato ancora più interessante è quello relativo alla spesa sanitaria pro capite. Come spesa sanitaria totale pro capite l'Italia ha un valore percentuale inferiore agli altri Paesi, Grecia esclusa (dati OCSE).

Gli altri Paesi tendono, soprattutto negli ultimi dieci anni, a investire nella sanità. Andando a vedere la variazione media annua della spesa sanitaria totale pro capite nei paesi OCSE, si nota come l'Italia negli anni sia la nazione che, dopo una crescita importante tra il 1995 e il 2000, ha poi avuto una crescita minore.

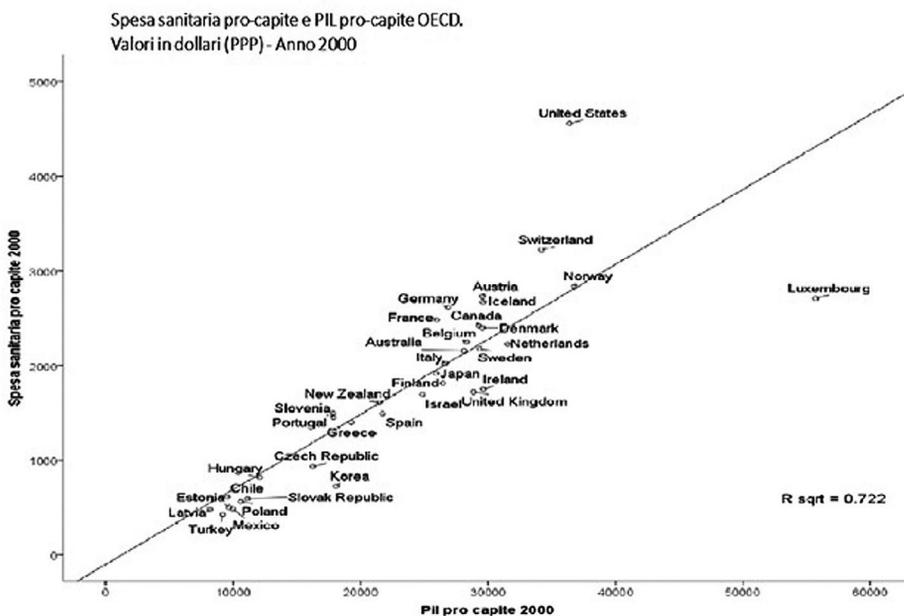
Siamo, quindi, un Paese attanagliato dalla paura di spendere troppo, senza tenere in considerazione i benefici derivanti da un utilizzo corretto delle tecnologie efficaci. Analizzando i dati, infatti, si evince che non spendiamo troppo, tanto a livello nominale che a livello reale. A livello reale i dati sono ancora più bassi rispetto a quelli che vediamo a livello nominale. Al livello dei Paesi europei, tra il '90 e il '92

² "Economic Consequences of Investing in Anti-HCV Antiviral Treatment from the Italian NHS Perspective: A Real-World-Based Analysis of PITER Data", A Marcellusi, R Viti, L A. Kondili, S Rosato, S Vella, F S Mennini on behalf of PITER Collaborating. *PharmacoEconomics*, 2018.

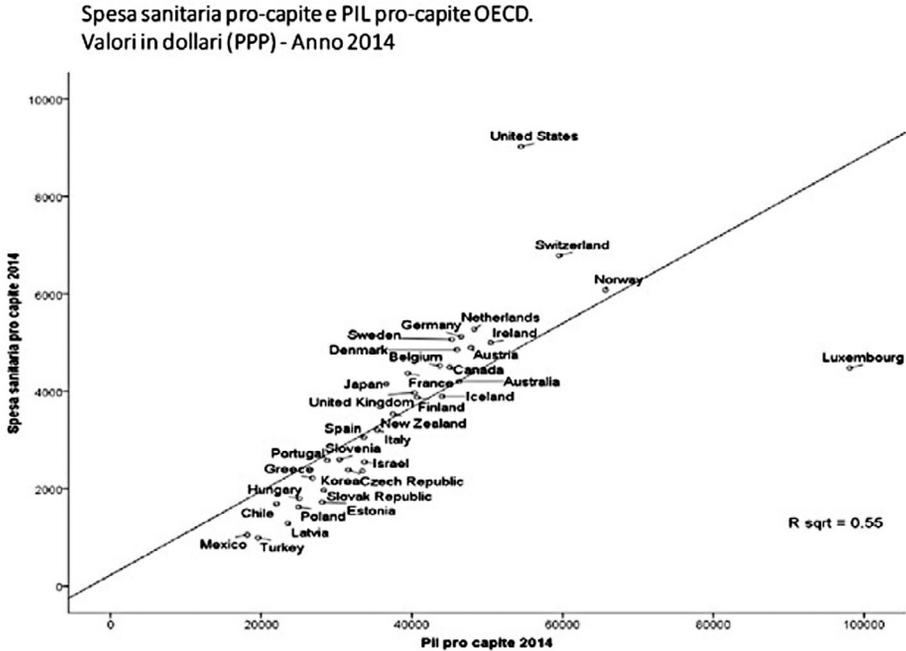
la spesa sanitaria è in media cresciuta meno velocemente di quanto poi è avvenuto nel decennio successivo. Possiamo anche osservare (dati OCSE) che i Paesi partiti da un livello di spesa più basso hanno subito un incremento di spesa maggiore. Perché? Perché si sono resi conto che, rimanendo su di un livello di investimento basso, non sarebbero riusciti a garantire i livelli essenziali di assistenza che permettono di migliorare il livello di salute dei cittadini, accompagnato da un impatto positivo sul sistema economico nel suo complesso.

L'Italia, come precedentemente sottolineato, ha registrato una crescita di spesa inferiore a quanto sarebbe stato presumibile: il finanziamento in termini reali ha subito un decremento dal 2008 al 2014. Quindi, in realtà, si registra un decremento per quanto riguarda il finanziamento reale dell'assistenza sanitaria.

Un dato molto interessante è quello relativo al confronto tra spesa sanitaria pro capite e il PIL pro capite. Si tratta di un indicatore che in economia viene considerato molto significativo, in quanto ci aiuta a comprendere se si sta spendendo quanto ci si può permettere di spendere.



Analizzando due periodi temporali significativi (2000 e 2014) ci rendiamo conto di come l'Italia abbia speso meno di quanto poteva permettersi di spendere. Nel 2000, infatti, l'Italia era posizionata leggermente al di sopra della retta di regressione, mentre nel 2014 era posizionata leggermente al di sotto.



È interessante notare come i principali Paesi EU (UK, Olanda, Svezia e Svizzera), che nel 2000 si attestavano più in basso di noi, nel 2014 sono posizionati ben al di sopra della retta di regressione, seguendo un trend di maggiori investimenti nel settore dell'assistenza sanitaria. Questo significa che i Paesi europei hanno incrementato l'investimento in sanità.

Vediamo ora la composizione della spesa sanitaria dei Paesi OCSE.

La spesa sanitaria, anche a livello europeo, è prevalentemente finanziata da risorse pubbliche, nella media fra il 73 e 75%. Nei paesi col Sistema Sanitario Nazionale pubblico, questa percentuale è evidentemente superiore. Va considerato che la quota pubblica di spesa sanitaria non è trascurabile neppure nei Paesi con sistemi cosiddetti privatistici, come ad esempio gli Stati Uniti.

La salute e l'assistenza sanitaria sono influenzate, però, da una serie di pressioni esogene al sistema sanitario: gli stili di vita, la genetica o il DNA di ognuno di noi. Considerando la salute un bene collettivo, i Paesi UE tendono a intervenire sugli stili di vita e cercare di migliorarli, a vedere quali sono quelli che influenzano maggiormente lo stato di salute della popolazione a livello generale, con le differenze che caratterizzano ogni Paese. Una strategia molto importante.

Conseguentemente, le disposizioni messe in atto dai vari Paesi europei e dai sistemi sanitari si basano sul concetto di solidarietà e di inclusività, concetti che debbono rimanere. La solidarietà si deve declinare sia nella fruizione dell'assistenza

sia nel finanziamento del sistema. Il SSN in Italia è caratterizzato da un solidarismo pieno nella fruizione dell'assistenza sanitaria e dal punto di vista finanziario, in quanto la fiscalità generale fa sì che chi ha di più contribuisce per chi ha di meno, consentendo a tutti di accedere agli stessi servizi sanitari. Anche se poi non è sempre così, questo è il concetto che sta dietro al solidarismo.

Ancora, rispetto al tema di un Sistema Sanitario Europeo, auspicato da molti, non sembra possa considerarsi all'orizzonte. La difficoltà a introdurlo nasce dal fatto, come alcune analisi svolte recentemente³ hanno messo in evidenza, che esistono grandi differenze nei sistemi di finanziamento, nella quota di spesa che ogni Paese è disponibile a destinare all'assistenza sanitaria e nel modello organizzativo e normativo che caratterizza ogni singolo Paese.

Ho sentito poi parlare molto, negli ultimi 2-3 anni, di *joint procurement* della sanità. Innanzitutto, è importante sottolineare che il *joint procurement* non è l'acquisto centralizzato, come molti pensano.

Rispetto poi alla possibilità di introdurre il *cross border joint procurement*, una riflessione svolta da alcuni economisti a livello europeo ha evidenziato come a oggi non sia attuabile, tranne per interventi di prevenzione dovuti a pandemie o epidemie, in quanto esistono forti differenze di spesa, di finanziamento e di assetto normativo di ogni singolo Paese. Bisognerebbe, quindi, prima rivedere e armonizzare gli assetti normativi. Sicuramente però l'Unione europea potrebbe sviluppare strategie in grado di affrontare questo tema e soprattutto dovrebbe far sì che i Paesi europei condividessero un concetto importante che è stato ripreso soprattutto dal dottor Cajazzo, cioè che la salute e la sanità non sono un costo.

Dal concetto di costo bisogna quindi andare verso il concetto di investimento. Alcuni Paesi lo stanno iniziando a capire, noi siamo ancora in forte ritardo, tanto che parliamo sempre del costo della sanità, non parliamo mai dell'opportunità della sanità. Se non la vogliamo chiamare investimento, possiamo però considerarla un'"opportunità" sotto almeno due punti di vista: il primo è che guariamo le persone, il secondo è che possiamo portare ricchezza all'interno del Paese e anche questo è un aspetto importante. Per fare questo dobbiamo, tuttavia, vedere quali sono gli strumenti che ci possono permettere di perseguire queste strade e raggiungere obiettivi non solo nazionali ma anche a livello europeo.

L'*Health Technology Assessment* (HTA) è uno strumento importante da questo punto di vista, non solo per valutare strettamente la singola tecnologia ma anche

³ "Joint Procurement and the EU perspective", Mennini F.S., Dimitri N., Gitto L., Lichere F. and Piga G., in *Law and Economics of Public Procurement reforms*, Edited by Piga G and Tatrai T, Routledge Taylor and Francis Group. 2017.

per valutare i percorsi di cura e i modelli organizzativi. A livello europeo lo hanno compreso bene e hanno pubblicato una proposta di regolamentazione, che ancora deve essere approvata, sull'utilizzo dell'HTA, per quanto riguarda le tecnologie sanitarie.

Una volta approvato questo documento, gli Stati membri potranno utilizzare strumenti, metodologie e procedure comuni in materia di HTA in tutta l'Unione europea collaborando su quattro settori:

1. valutazioni cliniche congiunte incentrate sulle tecnologie sanitarie più innovative, dall'impatto potenzialmente più significativo sui pazienti;
2. consultazioni scientifiche congiunte grazie alle quali gli sviluppatori possono chiedere la consulenza delle autorità di valutazione delle tecnologie sanitarie;
3. individuazione delle tecnologie sanitarie emergenti al fine di riconoscere precocemente le tecnologie promettenti;
4. proseguimento della cooperazione volontaria in altri settori.

A questo proposito giustamente il dottor Lucatelli parlava del dialogo competitivo, anche a proposito delle consultazioni scientifiche; ricordo che anche nel nuovo Codice degli Appalti si fa riferimento preciso e specifico al dialogo diretto tra azienda e decisore. Anche le consultazioni scientifiche a livello europeo devono prevedere questo, individuare le tecnologie sanitarie emergenti e, allo stesso tempo, individuare anche le tecnologie sanitarie che ormai non servono più. Il disinvestimento rappresenta, quindi, un percorso virtuoso che può garantire un accesso accelerato delle nuove tecnologie efficaci, accompagnato dall'abbandono di quelle ormai obsolete o caratterizzate da una minore efficacia. In questo modo si garantisce l'ingresso di nuove tecnologie più efficaci e dall'altra parte evitiamo una serie di sprechi e il proseguimento della cooperazione volontaria in altri settori.

A livello europeo, sempre seguendo quanto scritto all'interno della proposta, si afferma che le decisioni sul prezzo del rimborso delle tecnologie debbano spettare ai singoli Paesi, perché devono garantirsi questa loro sovranità.

To-Reach: lezioni da un programma di ricerca congiunto sui sistemi sanitari UE

Anna Ceccarelli

Segreteria Scientifica di Presidenza, Team di coordinamento del Progetto To-Reach,
Istituto Superiore di Sanità, Roma

“To-Reach” è un’azione di coordinamento e di supporto (Coordination and Support Action – CSA) finanziata dal Programma di ricerca Europeo Horizon 2020 e coordinata dall’Istituto Superiore di Sanità.

L’obiettivo del progetto, iniziato a dicembre 2016 e frutto della collaborazione di 28 enti di ricerca e agenzie governative di 15 Stati membri dell’Unione europea e di cinque Paesi extraeuropei (tra cui Canada, Stati Uniti e Israele), è di preparare un programma europeo congiunto di ricerca volto a produrre evidenze per sostenere i servizi e sistemi sanitari nel diventare più resilienti, efficaci, equi, accessibili, sostenibili e completi. In particolare, “To-Reach” mira a preparare un’agenda strategica di ricerca sui sistemi sanitari che identifichi, da un lato, nuove soluzioni in grado di rispondere alle sfide crescenti dei sistemi sanitari e, dall’altro, le condizioni e i fattori necessari affinché una soluzione efficace in un determinato contesto possa essere adottata in altri contesti, consentendo pertanto di comprendere la trasferibilità e la scalabilità di un’innovazione.

Al fine di identificare le priorità di ricerca attuali e future, propedeutiche alla preparazione dell’agenda strategica, è stata effettuata una mappatura e un’analisi dei documenti di policy e strategici predisposti a livello nazionale e dall’Unione europea, sono state svolte delle tavole rotonde di consultazione nazionale degli stakeholder nei Paesi partecipanti a “To-Reach” ed è stata realizzata una consultazione online degli stakeholder a livello internazionale. Per quanto riguarda specificatamente quest’ultima attività, i risultati preliminari mostrano che i 588 rispondenti provengono da 40 Paesi (l’Italia, in termini di numero di rispondenti, è in quarta posizione), sono prevalentemente dei ricercatori o degli esperti di ricerca sui servizi sanitari (50% dei rispondenti) e hanno oltre 20 anni di esperienza. Per quanto riguarda le tematiche oggetto di attività di ricerca futura, dalla consultazione sono emerse in maniera preponderante l’integrazione dell’assistenza, l’accesso all’assistenza, il finanziamento e la sostenibilità dei sistemi sanitari e le attività di prevenzione e di promozione della salute.

Queste attività hanno consentito di identificare un certo numero di tematiche che sono state raggruppate in uno schema che comprende quattro priorità di ricerca chiave interconnesse tra loro, di cui due – l’integrazione dei servizi e tra servizi e l’assistenza centrata sui bisogni del paziente e della popolazione – fanno riferimento a delle tematiche di carattere generale, mentre le altre due

si riferiscono a specifici setting assistenziali e funzioni dei sistemi sanitari (così come definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità) che devono essere migliorati. In particolare, l'assistenza centrata sui bisogni dei pazienti e della popolazione risulta essere la priorità più importante per gli anni a venire e fa riferimento alla necessità di orientare maggiormente l'assistenza verso i bisogni del paziente e al loro maggiore coinvolgimento nelle cure. Un'assistenza centrata sui bisogni dei pazienti e della popolazione non può prescindere dall'integrazione tra setting assistenziali e con gli altri servizi alla persona, tematica identificata come altrettanto importante per gli anni a venire. A sua volta l'integrazione dei servizi richiede un cambiamento dei tradizionali settori sanitari. Infatti, almeno quattro settori necessitano un miglioramento e/o un ripensamento: la long-term care, l'assistenza ospedaliera, i servizi di assistenza mentale, la primary care. Molti dei temi di ricerca identificati sono fortemente intrecciati tra loro e indicano vari elementi e dimensioni che dovrebbero essere presi in considerazione quando si affronta un particolare argomento di ricerca. L'agenda strategica di ricerca sarà finalizzata entro la fine del 2018.

“To-Reach” è un'azione di coordinamento e di supporto finanziata dal programma di ricerca europeo “Horizon 2020” e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, in particolare dal professor Walter Ricciardi. Il Consorzio vede la partecipazione di 28 partner provenienti da 20 Paesi, di cui 15 sono Stati membri dell'Unione europea e cinque sono Paesi extra Ue tra cui Israele, Stati Uniti, Canada e Svizzera. Dei 28 partner, 16 sono enti governativi e agenzie di finanziamento, 9 sono istituzioni di ricerca internazionali e 3 partners sono attori di livello europeo.

L'obiettivo del progetto “To-Reach” è quello di preparare un programma europeo congiunto di ricerca volto a produrre evidenze per sostenere i Servizi e i Sistemi sanitari nel diventare più resilienti, efficaci, equi, accessibili, sostenibili e completi, obiettivo proprio anche dell'Unione europea per quanto riguarda i sistemi sanitari, come sottolineato da Sylvain Giraud nel suo messaggio iniziale.

Come detto prima, “To-Reach” è un'azione di coordinamento e di supporto, non è un progetto di ricerca, non fa ricerca di base, ma è incentrato sulla definizione chiara di ciò che deve essere fatto in termini del futuro programma di ricerca sui sistemi sanitari.

Anticipo che nel futuro Programma di ricerca europeo, che dovrebbe partire nel 2021, per la prima volta verranno dedicate delle risorse alla ricerca sui sistemi sanitari.

Per supportare l'Unione europea nella predisposizione di questo futuro programma congiunto di ricerca sui servizi e sistemi sanitari, “To-Reach” sta lavorando a un'agenda strategica di ricerca che mira a sostenere le decisioni basate sull'evidenza, focalizzandosi su quei temi che domineranno le agende politiche nei prossimi anni, così come sull'analisi delle condizioni e dei fattori necessari affinché

una soluzione funzionante in un determinato contesto produca risultati anche in altri, consentendo quindi la trasferibilità, la capacità di assorbimento e la scalabilità dell'innovazione.

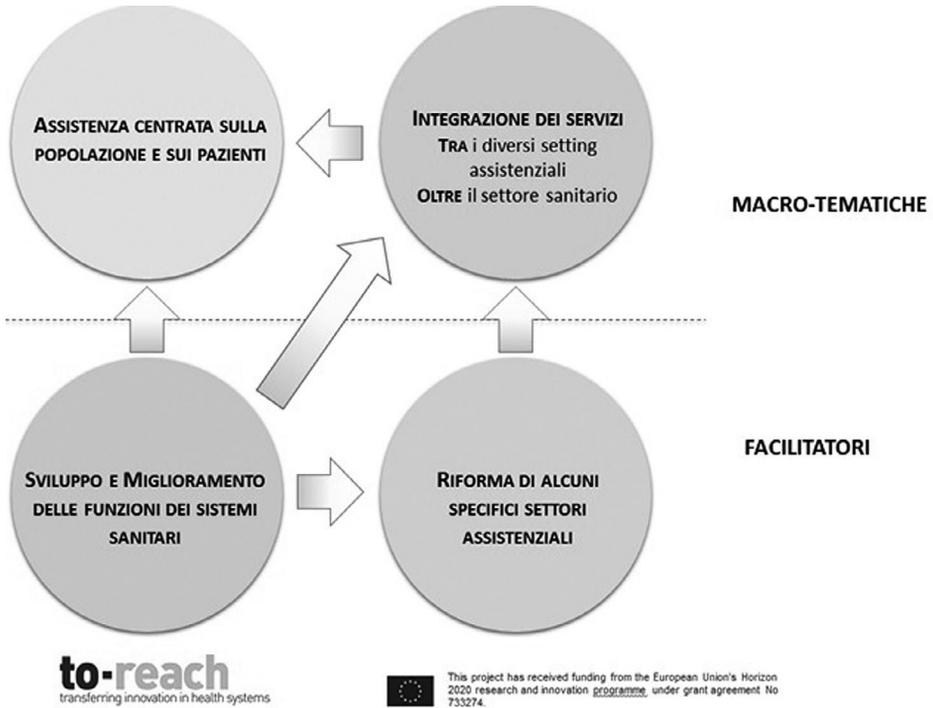
Non è obiettivo del progetto “To-Reach”, né tantomeno del futuro programma di ricerca congiunto, andare a modificare l'organizzazione dei sistemi sanitari in Europa o andare a creare un unico Sistema Sanitario uguale per tutti i Paesi membri.

Le priorità di ricerca contenute nell'agenda strategica sono state individuate mediante quattro macro attività: per l'istituzione di una mappatura dei documenti strategici e di policy di carattere nazionale ed internazionale è stata svolta una consultazione nazionale degli stakeholder in tutti i Paesi partner del progetto – in particolare in Italia la consultazione si è svolta lo scorso 7 maggio presso l'Istituto Superiore di Sanità e ha visto la partecipazione di 50 esperti – e, a fine maggio, è stata lanciata una consultazione on-line degli stakeholder a livello internazionale. Inoltre, “To-Reach” ha ritenuto opportuno confrontarsi con iniziative europee simili; in particolare, fino ad oggi, è avvenuto con il Consorzio IC PerMed che è il Consorzio Internazionale per la Medicina Personalizzata.

Per quanto riguarda la consultazione online, hanno risposto 588 persone, comprendo buona parte dei Paesi europei. L'Italia si è assestata al quarto posto, in base al numero di persone che hanno risposto. A rispondere sono stati in prevalenza ricercatori o esperti nel campo della ricerca in ambito sanitario, oltre a clinici e manager sanitari. In prevalenza, i rispondenti avevano un'esperienza ventennale alle spalle.

In merito agli argomenti di ricerca che i rispondenti hanno sottolineato maggiormente, si è registrato come primo in classifica il tema dell'integrazione dell'assistenza, poi l'accesso alle cure, la sostenibilità e il finanziamento dei sistemi sanitari, la prevenzione e l'attività di promozione della salute.

Tutte le quattro attività di identificazione delle future priorità di ricerca hanno permesso di identificare una serie di temi che sono stati raggruppati in un *framework* che contiene quattro priorità di ricerca “chiave” interconnesse tra di loro: mentre le prime due, nella parte alta del grafico - che sono appunto l'assistenza centrata sulla popolazione e sui pazienti e l'integrazione dei servizi - sono delle priorità che fanno riferimento a delle tematiche di *policy*, e quindi a delle macro tematiche, quelle nella parte inferiore del grafico riguardano il miglioramento delle funzioni dei Sistemi Sanitari e la riforma di alcuni specifici *setting* assistenziali e sono considerate facilitatori nell'implementazione delle due priorità di ricerca della parte superiore del grafico.



Per quanto riguarda l'assistenza centrata su paziente e popolazione, possiamo affermare che sia stata identificata come la priorità di ricerca più importante per i prossimi anni. Questa macro tematica di ricerca fa riferimento, in particolare, alla necessità di orientare maggiormente l'assistenza verso i bisogni del paziente e di coinvolgere maggiormente i pazienti nei processi assistenziali. Per poter essere implementata in maniera corretta, l'assistenza centrata sul paziente e sulla popolazione necessita di una corretta integrazione dei servizi che è stata identificata come seconda tematica più importante da affrontare negli anni a venire.

Quando si parla di integrazione dei servizi, non solo si fa riferimento all'integrazione tra diversi *setting* assistenziali, ma anche alla sanità in rapporto con altri settori, ad esempio l'integrazione dell'assistenza sanitaria sociale e la *community care*.

Per essere a sua volta sviluppata, l'integrazione dei servizi richiede il cambiamento di alcuni settori assistenziali tradizionali e in particolar modo la riforma di quattro specifici *setting* assistenziali: lo sviluppo della *long-term care* - che ancora oggi stenta a decollare e a essere correttamente gestita, lo sviluppo dell'assistenza ospedaliera, il rafforzamento dell'assistenza primaria - anche questa stenta ancora a decollare almeno in Italia - e il miglioramento dei servizi di salute mentale.

Infine, allo scopo di consentire la corretta implementazione delle tre precedenti priorità di ricerca, è necessario lo sviluppo e il miglioramento delle funzioni dei sistemi sanitari.

Questa priorità strategica prescinde da settori specifici, riguardando in particolare tematiche come la forza lavoro del Servizio Sanitario Nazionale, le tecnologie della comunicazione e dell'informazione, i sistemi di misurazione della qualità, il finanziamento del sistema sanitario e infine la *governance* del sistema.

La prima bozza di agenda strategica contenente dati preliminari è stata inviata in Commissione; nei prossimi mesi verrà migliorata e contiamo di finalizzarla per il mese di dicembre. A tale scopo nei prossimi mesi completeremo la mappatura delle priorità e la raffineremo. Gli stakeholder saranno coinvolti, continueranno a essere coinvolti e cercheremo di coinvolgerne sempre di più per essere sicuri che l'Agenda strategica di ricerca che vogliamo proporre sia allineata con le aspettative del maggior numero di stakeholder.

SECONDA SEZIONE

Il cittadino al centro

Come garantire la vocazione universalistica dei sistemi sanitari

Luisa Brogonzoli

Centro Studi Formazione The Bridge

Mentre il nostro sistema sanitario è stato considerato eccellente per molti anni e ancora oggi è valutato molto bene, noi diciamo che il sistema non funziona e ci interroghiamo su quali siano i modi per garantirne la tenuta.

I problemi da considerare sono diversi.

Innanzitutto stiamo investendo meno, ma bisogna sottolineare che non sempre, dove si è investito di più, le cose vanno meglio. Si dice poi che l'out of pocket cresce clamorosamente, ma un'analisi più attenta ci dice che in Italia è cambiato il trend del consumo dei servizi e dei prodotti sanitari: siamo uno dei Paesi in cui si comprano più prodotti farmaceutici, che poi si buttano perché arrivano a scadenza, e dove si fa un altissimo numero di visite di controllo non strettamente necessarie. Bisognerebbe dunque inserire nuovi parametri di valutazione per aiutarci a leggere meglio la spesa privata e l'out of pocket. E, ancora, quando si parla di prevenzione, uno degli aspetti da considerare dovrebbe essere quello di rieducare il cittadino a un rapporto corretto sia con il Sistema Sanitario, sia con il medico.

Il sistema sanitario universalistico che stiamo difendendo, così com'è oggi, andrebbe un po' ripensato, perché non è più in grado di garantire completamente ciò per cui è nato. Esiste un'asimmetria tra i bisogni e le prestazioni, oltre che rispetto alla modalità d'accesso, sia da un punto di vista territoriale sia reddituale. Uno dei dati più allarmanti è relativo all'altissimo numero di persone che ha dovuto cambiare tenore di vita per poter accedere ai servizi o per l'acquisto di farmaci, e quello di chi si è dovuto trasferire da una regione all'altra per ricevere cure adeguate.

Nelle regioni del Nord il sistema è considerato eccellente, ma nel Centro, Sud e Isole il sentimento di fiducia nel Sistema Sanitario Regionale sta venendo a mancare.

I cittadini non credono più che la politica possa intervenire per un miglioramento, ma è necessario un forte intervento dei decisori politici per la riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale.

Un effetto positivo lo avrebbe sicuramente l'ingresso del secondo pilastro, che garantirebbe la tutela di moltissimi lavoratori grazie all'inserimento di forme assicurative nei contratti collettivi nazionali. Rimarrebbero però esclusi il mondo dei liberi professionisti, la larghissima fascia dei poor-worker e i disoccupati.

È dunque assolutamente necessario normare l'ingresso del secondo pilastro, affinché la solidarietà sanitaria che contraddistingue il nostro sistema sia tutelata,

mentre in questo momento non ci sono norme chiare che definiscono che tipo di sistema misto vogliamo avere.

A questi, bisogna aggiungere altri temi, come quello dei pazienti cronici, che spendono il 12,14% del reddito familiare in cure private senza ritorno da parte di assicurazioni e fondi; della scelta di chi eroga il servizio; delle modalità di selezione delle prestazioni da erogare.

Diversi sono dunque gli aspetti che destano preoccupazione e che devono essere discussi da tutti gli stakeholder in campo, e conseguentemente normati, perché possano diventare non solo uno strumento di miglioramento, ma anche una garanzia per lo stesso mantenimento del sistema universalistico.

Il compito che mi è stato dato non è quello di trarre conclusioni, ma di concentrarmi su ciò che abbiamo rilevato essere le maggiori preoccupazioni che sembrano affliggere gli stakeholder con cui ci siamo confrontati. Che cosa che ci preoccupa più di tutto? Su quali fronti?

Allora, io sono partita dicendo: stiamo parlando del Sistema Sanitario Nazionale, elemento che viene riconosciuto come eccelleste anche a livello internazionale. L'Italia è famosa nel mondo per un po' di cose, come "La dolce vita", la moda, il mangiare e bere sono sacri e per molto tempo anche il nostro sistema sanitario, a livello mondiale, è stato messo sotto la lente d'ingrandimento ed è stato considerato eccellente; ancora adesso se ne scrive molto bene e invece noi siamo qua dire: il sistema non funziona.

Su diversi aspetti, quali la moda e l'enogastronomia, stiamo investendo tanto come Paese, per garantire che il nostro *made in Italy* continui a funzionare e che venga salvaguardato. Mi sembra invece che ci sia meno attenzione verso ciò che riguarda il Sistema Sanitario, soprattutto dal punto di vista di un coordinato sistemico e globale, che tiri le fila coinvolgendo tutti gli stakeholder.

Indubbiamente stiamo investendo meno; bisogna però sottolineare che non sempre, dov'è stato investito di più, anche rispetto al rapporto tra gli investimenti e la crescita del PIL, le cose stanno andando in maniera diversa. Le liste d'attesa in Svezia, per esempio, non sono inferiori alle liste d'attesa in Italia, quindi bisogna chiedersi: questo è l'unico elemento su cui farsi delle domande? Non credo.

Una cosa che spesso non viene sottolineata è che in Italia è cambiato il trend del consumo dei servizi e dei prodotti sanitari. Quando si dice che l'*out of pocket* cresce clamorosamente, bisognerebbe fare un'analisi più attenta delle voci che lo compongono e andare a vedere cosa c'è in quell'*out of pocket* e qual è il nostro approccio nei confronti dei prodotti e dei servizi. L'Italia è uno dei Paesi in cui si comprano più prodotti farmaceutici, che poi si buttano perché arrivano a scadenza, tendenza incentivata dalla possibilità di comprare farmaci anche al supermercato; oppure, quante volte si vanno a fare delle visite di controllo o si richiedono altri

tipi di prestazioni al privato perché si ritiene si averne bisogno, “anche Google me lo ha anche confermato”?

Bisognerebbe dunque inserire nuovi parametri di valutazione per aiutarci a leggere meglio la spesa privata e l'*out of pocket*.

E, ancora, quando si parla di prevenzione, uno degli aspetti da considerare dovrebbe essere quello di rieducare il cittadino a un rapporto corretto sia con il Sistema Sanitario, sia con il medico, che spesso passa in secondo piano rispetto alle informazioni che il paziente trova su Internet.

Mi immago un'ipotetica città del futuro e provo a pensare come potrebbe essere il Sistema Sanitario mantenendo i parametri attuali, e ipotizzo due scenari: il primo in cui vige un universalismo pubblico difeso in maniera totale, a volte con anche un po' di ipocrisia; il secondo che vede la presenza del secondo pilastro, ma esattamente come sta avvenendo adesso, cioè in maniera molto poco governata.

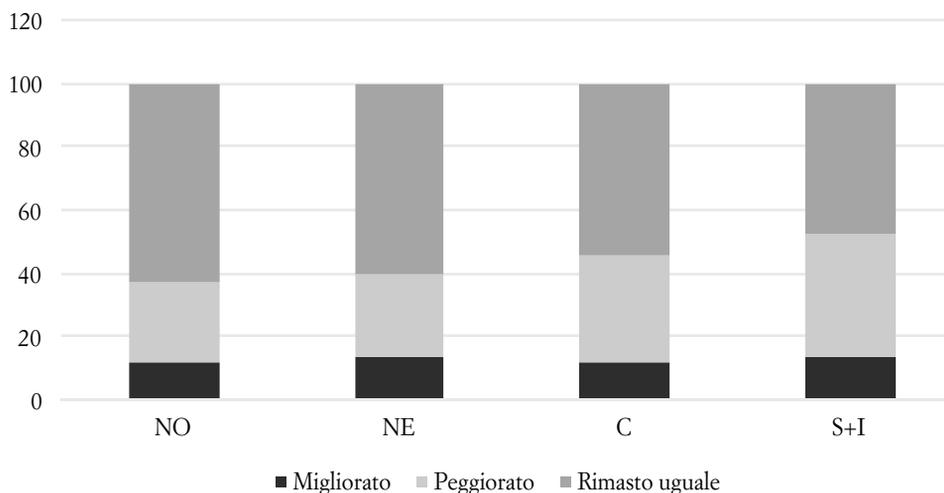
Cominciamo a considerare il nostro sistema universalistico, che spesso difendiamo in maniera indiscriminata: dobbiamo ammettere che è già un sistema non più in grado di garantire completamente ciò per cui è nato. L'asimmetria tra i bisogni e le prestazioni credo esista, l'asimmetria tra la modalità d'accesso sia territoriale sia reddituale esiste; ora, siccome il nostro sistema è basato sul sistema di *welfare*, si sta garantendo quello che è il principio fondante del *welfare* stesso?

Si parla spesso di “solidarietà”, ma questa parola adesso è perlopiù legata a situazioni di grave violazione di diritti, all'attività delle associazioni di volontariato eccetera. In realtà, il nostro Sistema Sanitario e la nostra Costituzione sono basati sul concetto di solidarietà tra cittadini, sia dal punto di vista territoriale sia dal punto di vista reddituale; è un concetto che dovrebbe essere riutilizzato in maniera appropriata. Pensando alle sperequazioni, ad esempio, uno dei dati che ho trovato più allarmanti nella lettura della situazione attuale è che il numero di persone che ha dovuto cambiare tenore di vita per poter accedere ai servizi o per l'acquisto di farmaci è molto elevato. Ancor peggio il dato relativo alla necessità di trasferirsi da una regione all'altra per ricevere cure adeguate.

Il sistema sanitario universalistico che stiamo difendendo, così com'è oggi, andrebbe dunque un po' ripensato. Indubbiamente è un sistema che agli italiani piace, perché garantisce a tutti di accedere ai servizi, però negli ultimi anni questo sentimento si sta modificando profondamente, soprattutto in relazione alle Regioni di appartenenza: in Lombardia, per esempio, il sistema è considerato eccellente, così come in Veneto, ma se andiamo a vedere Centro, Sud e Isole, il sentimento di fiducia nel Sistema Sanitario Regionale sta venendo a mancare.

Leggendo i dati frutto di una ricerca del Censis del 2017, quindi dati freschi, rispetto a quella che si ritiene sia la performance del Sistema Sanitario Regionale, in pochi dicono che è migliorato e nella maggior parte dei casi si afferma che è

rimasto uguale, ma se si vanno a vedere le ultime due colonnine, che rappresentano Centro e Sud e Isole, emerge che le performance registrate sono addirittura peggiorate.



Sempre da questa ricerca emerge anche un sentimento di rabbia, di fastidio, cioè la maggior parte delle persone a cui è stata fatta l'intervista l'anno scorso è rancorosa nei confronti del servizio sanitario pubblico e, quello che è peggio, questo fastidio sta innescando una sorta di guerra dei poveri tra i cittadini stessi, per cui chi fuma non dovrebbe accedere al servizio nel caso abbia un tumore, le associazioni di pazienti si danno battaglia in base al numero di casi e di diffusione delle patologie e così via. Anche a livello di dibattito, quindi, si sta scatenando una diatriba inutile e ingiusta; questo è assolutamente ciò che non deve succedere, perché è quello che sta distruggendo il sistema universalistico, indipendentemente da chi siano gli attori che finanziano e che danno le prestazioni.

Infine, i cittadini non credono più che la politica possa intervenire per un miglioramento; al contrario, è necessario un forte intervento dei decisori politici perché prendano una posizione nel riorganizzare il nostro Sistema; indipendentemente da chi sono gli attori, andrebbe regolato l'intervento privato che può dare le risposte, così com'è stato fatto negli altri Paesi europei in cui l'universalismo probabilmente, in questo momento, è più rispettato che in Italia.

Proviamo a cambiare scenario e a considerare cosa accadrebbe, nell'immaginifica città del futuro cui accennavo prima, di un sistema con la presenza non governata di fondi integrativi e assicurazioni sanitarie.

L'aspetto positivo di un ingresso massiccio del secondo pilastro porterebbe, in prima battuta, al fatto che moltissimi lavoratori sarebbero maggiormente tutelati poiché, grazie all'inserimento di queste forme assicurative nei contratti collettivi nazionali, sarebbe garantito un maggior accesso alle cure e un maggior accesso alla diagnostica, a servizi e tecnologie più avanzate.

Cos'è quindi che fa paura? A me per esempio fa paura perché non sono una dipendente e quindi penso a tutto il mondo dei liberi professionisti, ma ancora più forte è la preoccupazione per la larghissima fascia dei *poor-worker*, che comunque sono milioni di persone che, a fine mese, ci arrivano a malapena; cosa succederà a queste persone? Infine, ci sono i disoccupati, per cui le cose andrebbero peggio ancora.

È dunque assolutamente necessario normare l'ingresso del secondo pilastro, affinché la solidarietà sanitaria che contraddistingue il nostro sistema venga tutelata e ritorni a far parte del circuito, mentre in questo momento non ci sono norme chiare che definiscono che tipo di sistema misto vogliamo avere.

Altro tema è quello dei pazienti cronici, che fortunatamente sono sempre di più, segno che si riescono a curare meglio le persone. In questo momento però, in Italia, il 12,14% del reddito familiare dei pazienti cronici va in cure private e non c'è ritorno da parte di coperture di assicurazioni e fondi.

Altro punto preoccupante è la scelta di chi eroga il servizio: non essendoci normativa, in questo momento la maggior parte dei fondi di assicurazione si rivolgono a centri di fornitura privati, ma con quali regole? E con quali regole contrattano l'acquisto dei servizi? Anche questa questione deve quindi essere normata.

Su quali basi poi vengono selezionate le prestazioni da erogare? Spesso le assicurazioni offrono pacchetti uguali in tutto il territorio nazionale, mentre nella realtà a livello regionale le esigenze di cura sono diverse, come mostrano i dati epidemiologici.

Al momento dunque sono diversi gli aspetti che possono preoccupare, ma se saranno discussi da tutti gli stakeholder in campo e conseguentemente normati potrebbero diventare non solo uno strumento di miglioramento, ma anche una garanzia per lo stesso mantenimento del sistema universalistico.

La grande opportunità in questo momento è definire quali sono i campi di lavoro, come condividere informazioni e come condividere la scelta dei servizi su cui ragionare, concentrandoci magari separatamente su pubblico e privato, senza duplicare non solo i servizi, ma anche la raccolta e l'analisi di dati e informazioni.

Il mondo del lavoro e fondi integrativi aziendali: rischi e opportunità

Elena Lattuada

Segretario Generale CGIL Lombardia

In Italia esistono circa 250 fondi integrativi bilaterali che sono frutto di contrattazione tra le parti all'interno dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro. Molti di essi sono anche aperti ai familiari dei lavoratori e quindi la loro sfera di applicazione va oltre il confine esclusivo del mondo del lavoro dipendente. Da considerare è il fatto che non si tratta di fondi a capitalizzazione, così come avviene per il fondo di pensione integrativa, perché l'accesso o la prestazione non dipendono da quanto il soggetto versa, ma sono regolati da un nomenclatore.

Una volta costituito il fondo, la trattativa tra i soggetti che lo compongono e tra coloro che lo gestiscono, per la grande maggioranza assicurazioni, è molto accesa. Infatti, la definizione del nomenclatore, e quindi del guadagno o del mancato guadagno, non è questione di poco conto, così come il numero dei sottoscrittori.

L'interrogativo che emerge fortemente in questa fase riguarda il modo in cui cambiano le richieste rispetto al bisogno di sanità e di integrazione di servizi. Si tratta inoltre di sistemi che non hanno nessun livello di controllo da parte di un'authority pubblica, necessaria non solo per verificare l'utilizzo delle risorse, ma anche per evidenziare quale sia il rapporto tra le risorse poste all'interno dei fondi integrativi, i bisogni e le necessità.

È inoltre necessario considerare che più grandi sono i fondi meglio rispondono e meglio possono ricomprendere anche figure appartenenti al mondo del lavoro non dipendente, grande categoria escluse insieme a quella di coloro che fuoriescono dal mercato del lavoro.

Noi, come organizzazioni sindacali unitarie, abbiamo presentato alla Giunta e all'Assessore alla Sanità una piattaforma che è la prosecuzione di un accordo precedente.

Abbiamo condiviso la valutazione del Libro Bianco di Maroni e abbiamo fatto una proposta denominata "copertura mutualistica universale", che riguarda le prestazioni che non sono coperte e la possibilità di integrazione tra i fondi di previdenza, laddove esistono, con una partecipazione dei singoli o degli aggregati di natura mutualistica, che possa prevedere non una sovrapposizione delle prestazioni già oggi erogate, ma prestazioni aggiuntive. Sono proprio queste prestazioni a costituire un pezzo della spesa in carico alle famiglie, su cui oggi si fa fatica a rispondere e su cui si costruiscono i rancori e le divisioni.

Questa proposta potrebbe anche colmare, o almeno parzialmente colmare, il gap con chi può garantirsi forme di assistenza sanitaria individuale, aiutando a costruire un sistema con qualche elemento di solidarietà in più.

In Italia esistono circa 250 fondi integrativi bilaterali che sono frutto di contrattazione e pattuizione tra le parti all'interno dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro. Essi sono stati sostenuti, in modo particolare negli ultimi anni, in ragione di una fiscalità di vantaggio che apportava benefici economici per entrambe le parti: per il sistema delle imprese e per i lavoratori. Non da ultimo, rappresentano un costo contrattuale, quello che i sindacalisti e i datori di lavoro chiamano la quadra al momento del rinnovo di un contratto.

Ovviamente, questi fondi sono frutto non solo di un accordo e di una contrattazione, ma derivano da una sorta di compartecipazione, più o meno uguale, tra datori di lavoro e lavoratori. Molti di essi sono anche aperti ai familiari dei lavoratori e quindi, da questo punto di vista, la sfera di applicazione va oltre il confine esclusivo del mondo del lavoro dipendente. Non per forza tutti i beneficiari sono lavoratori dipendenti, ma sicuramente esiste nell'accesso a queste prestazioni, all'utilizzo dei fondi, un perimetro che è dato dall'applicazione dei contratti ad essi rivolti.

Bisogna considerare che non si tratta di fondi a capitalizzazione, così come avviene per il fondo di pensione integrativa, l'accesso o la prestazione non dipendono cioè da quanto il soggetto versa, ma sono regolati da un nomenclatore.

Una volta costituito il fondo, la trattativa tra i soggetti che lo compongono e tra coloro che lo gestiscono, per la grande maggioranza assicurazioni, è molto accesa. Infatti, la definizione del nomenclatore, e quindi del guadagno o del mancato guadagno, non è questione di poco conto, così come il numero dei sottoscrittori.

È anche chiaro ed evidente, a proposito di solidarietà interna, che è un sistema che pur riguardando un pezzo non irrilevante di popolazione italiana, presenta comunque al suo interno delle differenze. Potremmo dire che si tratta di un sistema antico, perché risale agli anni Settanta, con i primi fondi di sanità integrativa aziendale che progressivamente si sono trasformati: ormai assistiamo non dico alla cancellazione dei fondi aziendali, ma al fatto che sicuramente molti di loro rientrano all'interno dei fondi contrattuali.

L'interrogativo che emerge fortemente in questa fase riguarda il modo in cui cambia la dinamica della richiesta rispetto al bisogno di sanità e di integrazione di servizi. La sfera, ne cito una, della non autosufficienza e dei sistemi di welfare, non solo dei sistemi sanitari ma anche di accudimento, è un tema che riguarda anche i

fondi sanitari integrativi, su cui però è difficile oggi immaginare una risposta che sia generalizzata e generalizzabile.

Sono sistemi che non hanno nessun livello di controllo da parte di un'authority pubblica. Noi chiediamo, lo dico in modo esplicito, che così come avviene per i fondi di previdenza complementare, anche per questi fondi ci siano un controllo e un'authority. Questo non solo perché l'authority potrebbe verificare l'utilizzo delle risorse, ma anche perché avere un'authority significherebbe provare a fare esattamente ciò di cui stiamo discutendo qui, cioè evidenziare quale sia il rapporto esistente tra le risorse poste all'interno di questi fondi integrativi e i bisogni e le necessità.

Il secondo tema annoso lo propongo cosciente di avere un pezzo di responsabilità. In questo settore è sicuramente necessario produrre una semplificazione, una riduzione, perché più grandi sono i fondi meglio rispondono e meglio possono ricomprendere anche quelle figure esterne al mondo del lavoro dipendente, che comunque hanno attinenza o hanno un'attività legata a quei settori e che potrebbero, di conseguenza, entrare nel sistema.

Terzo: c'è un tema che riguarda la convenzionabilità, in un sistema che appare come parallelo al sistema pubblico, nel senso che mediamente quello che accade è che la convenzionabilità dei fondi è legata soprattutto al sistema privato, dopodiché siamo in Lombardia e sappiamo perfettamente come funziona il rapporto pubblico/privato. Credo che però si ponga, a proposito di difesa dei sistemi universali, la necessità di ragionare anche su questa convenzionabilità e su come questo possa determinare un incremento di domanda che potrebbe ricadere anche sul sistema pubblico.

Quarto, ed è un tema che abbiamo iniziato a porre anche a livello regionale, si potrebbe immaginare la possibilità di avere una convenzione di natura regionale, almeno per quello che riguarda Regione Lombardia.

Da ultimo è chiaro che in questo sistema ci sono due grandi categorie escluse, mi permetto di chiamarle così. Una è la categoria dei lavoratori non dipendenti, la seconda comprende coloro che fuoriescono dal mercato del lavoro e che sono, chiamiamoli così, anziani; al di là della cronaca di questi giorni rispetto all'età in cui si andrà in pensione, esiste il problema che queste persone, nel momento in cui escono dal sistema, non hanno più una copertura di quel tipo. Da questo punto di vista noi, come organizzazioni sindacali unitarie, abbiamo presentato alla Giunta e all'Assessore alla Sanità una piattaforma che è la prosecuzione di un accordo precedente. Abbiamo condiviso la valutazione del Libro Bianco di Maroni, anche se nel corso del tempo si è un po' perso lo spirito con cui il Libro Bianco era stato costruito, ma attualmente abbiamo fatto una proposta denomi-

nata “copertura mutualistica universale”, che riguarda proprio le prestazioni che non sono coperte.

Quando parlo di copertura mutualistica universale, ovviamente sto parlando anche della possibilità di integrazione, di correlazione tra i fondi di previdenza, laddove esistono, con una partecipazione dei singoli o degli aggregati ma di natura mutualistica, che possa prevedere non una sovrapposizione delle prestazioni già oggi erogate, ma prestazioni aggiuntive. Sono proprio queste prestazioni a costituire un pezzo della spesa in carico alle famiglie, su cui oggi si fa fatica a rispondere e su cui si costruiscono i rancori e le divisioni.

Questa proposta potrebbe anche colmare, o almeno parzialmente colmare, il gap con chi può garantirsi forme di assistenza sanitaria individuale, aiutando a costruire un sistema con qualche elemento di solidarietà in più.

Passaggio da welfare pubblico a welfare aziendale

Anna Soru

Presidente Acta in Rete

La mia tesi è che si dovrebbe andare verso un welfare più pubblico e svincolato dall'azienda.

Una tesi che si basa su tre considerazioni:

1. aumentano i *contingent work*, termine con cui si indica un lavoro che mira al completamento di uno specifico compito, in genere di breve durata e spesso autonomo;
2. il modello di welfare pubblico, legato al lavoro dipendente, è destinato a escludere sempre più lavoratori;
3. il welfare privato non agisce per compensare i divari, per includere chi resta escluso dal welfare pubblico, ma al contrario rende più ampia l'esclusione.

L'aumento del *contingent work* è in gran parte legato all'azione delle tecnologie, che riducono i costi di transazione e favoriscono l'esternalizzazione di molte attività e che determinano una frammentazione e fluidità dei lavori, anche nei processi di produzione tradizionali.

Il nostro modello di welfare pubblico è legato al lavoro dipendente: se escludiamo (per ora) alcuni ambiti rilevanti come l'istruzione e la sanità, il modello di welfare è lavoristico. Nelle situazioni di assenza dal lavoro, siano esse legate a malattia, maternità e disoccupazione, la tutela è piena solo per i dipendenti. L'aumento dei *contingent work* significa più fluidità, più passaggi da un tipo di lavoro a un altro e più rapporti di lavoro per lo stesso lavoratore. Il modello attuale, organizzato a compartimenti stagni, è sempre più inadeguato.

Per evidenziare le carenze del sistema attuale consideriamo, a titolo di esempio, la situazione più tutelata: la maternità, che teoricamente dovrebbe spettare a tutte le lavoratrici.

Nella realtà molte lavoratrici non vi accedono, ad esempio:

- ex dipendente che diventa autonoma o resta disoccupata;
- autonoma che versa in più casse, ma in nessuna raggiunge il minimo contributivo;
- autonoma che ha guadagnato troppo poco nell'anno precedente (per disoccupazione o perché ha avuto un altro bimbo).

In altre situazioni le donne vi accedono solo se riescono a programmare la gravidanza e cogliere l'attimo fuggente di un periodo tutelato. Ad esempio, sono sempre più frequenti le donne che fanno in modo di avere una gravidanza durante una supplenza, se insegnanti, o durante la scuola di specializzazione, se medici.

In caso di malattia o infortunio e soprattutto di disoccupazione, il divario tra dipendenti e non dipendenti è molto più ampio.

Il welfare privato va nella direzione sbagliata: con la grande crisi del 2007-8 e con il ridursi dell'intervento dello stato sociale si è iniziata a vedere con favore la crescita del welfare aziendale e si è cominciato a investire in questa direzione, con un apporto pubblico consistente: 483 milioni di euro nel 2016, 520 milioni di euro per il 2017 e il 2018.

Si tratta tuttavia di un welfare che, per definizione, è legato solo al lavoro dipendente. Con la fiscalità generale si agevola lo sviluppo di tutele e servizi a vantaggio di coloro che già sono i più protetti dal welfare pubblico, mentre si riducono gli spazi coperti dal pubblico nelle aree dei servizi sociali (sanità, istruzione, servizi per l'infanzia, disabilità).

In definitiva, è un intervento che invece di colmare i divari tra i lavoratori, contribuisce ad ampliarli, perché somma le diseguaglianze del welfare pubblico con quelle del welfare privato.

Per spiegare le mie preoccupazioni, parto riassumendo il nostro sistema di welfare.

In Italia, abbiamo due grandi filoni: una parte di welfare è legata al cittadino e un'altra è legata al lavoro. Nella prima abbiamo il filone dell'istruzione e della sanità e, nella seconda, abbiamo tutto il welfare più legato al lavoro, ovvero quello che copre le indennità nelle situazioni di non lavoro, siano esse dovute a malattia, gravidanza o disoccupazione.

Sono due cose che funzionano in maniera piuttosto diversa e si confrontano con un mondo del lavoro che è in forte cambiamento, perché oggi parliamo di cambiamento della sanità, ma vorrei ricordare che anche il mondo del lavoro sta cambiando moltissimo, sta cambiando soprattutto per effetto delle nuove tecnologie e aumenta quello che viene chiamato *contingent work*, cioè il lavoro che non è legato in maniera stabile con le imprese e le organizzazioni.

Adesso per un'azienda non è più così importante riuscire a garantire che il lavoratore lavori in un certo luogo e in certi tempi: oggi è possibile selezionare le competenze usando elementi di valutazione che riducono quelli che sono chiamati costi di transizione ed esistono processi di scomposizione dei processi produttivi che favoriscono l'esternalizzazione di molte di queste attività. Tutto questo va nella direzione dell'esternalizzazione: una parte è venuta alla ribalta con i *rider*, che sono la punta dell'iceberg dei lavoratori della cosiddetta *gig economy*, ma è un processo molto ampio per cui il lavoro sarà sempre di più *contingent*. Questo lo dicono tutte le rilevazioni condotte a livello internazionale e non soltanto a livello italiano.

Col mercato del lavoro che va in questa direzione, noi ci troviamo ad avere un sistema di welfare che è ancora tendenzialmente legato ad un modello del lavoro di tipo fordista, cioè legato all'impresa. Faccio un esempio: consideriamo uno degli

ambiti tra i più tutelati, che è quello della maternità. La maternità è molto tutelata, molto di più per una lavoratrice dipendente, però è prevista una tutela anche per tutte le lavoratrici autonome, ognuna con una sua cassa diversa. Eppure, è sempre più frequente che ci siano donne che non sono tutelate per niente, moltissime nostre socie ci dicono di non essere riuscite ad accedere alla maternità. Perché? Faccio qualche esempio. Perché magari prima erano dipendenti e sono diventate autonome, e quindi non hanno un pregresso contributivo: è un problema di passaggio che è sempre più frequente, perché il nostro mercato del lavoro è fluido e oggi una è dipendente, domani è autonoma. Oppure perché fanno tanti lavori per cui versano sia alla Cassa dello spettacolo, sia alla Cassa della gestione separata, e in nessuna delle due raggiungono il minimo contributivo, quindi non riescono ad avere la maternità. Oppure ancora si ritrovano in una situazione per cui l'anno scorso non hanno lavorato, magari perché hanno avuto un altro figlio, quindi non hanno guadagnato. Oppure perché hanno avuto un periodo di disoccupazione e quindi non accedono all'indennità di maternità.

Allo stesso tempo ci sono situazioni in cui molte donne riescono ad accedervi perché hanno adottato delle strategie con cui cercano di cogliere l'attimo, quindi sono sempre più frequenti, per esempio, i casi di insegnanti che riescono a programmare la gravidanza sfruttando una supplenza lunga o, stando in ambito sanitario, di donne medico che programmano la gravidanza durante la scuola di specializzazione: pare che l'anno preferito sia il terzo, perché così non si bloccano all'inizio e possono arrivare.

Tutto questo aiuta a spiegare perché nascano sempre meno figli in Italia, c'è un calo della natalità nel nostro Paese superiore a quello di altri.

Dico tutto questo per evidenziare il fatto che il nostro sistema, così com'è, sia di tipo assicurativo a compartimenti stagni e sia assolutamente inadeguato ad affrontare un mondo del lavoro che cambia.

Sappiamo che abbiamo già un pezzo di welfare che non funziona e che secondo noi dovrebbe evolversi in una direzione di tipo universalistico e pensare che invece, anche dove abbiamo un sistema universalistico, si vada verso un sistema ancora più ibridato di quanto non lo sia ora ci preoccupa molto.

È una situazione preoccupante perché il welfare aziendale, anziché intervenire per colmare le differenze fra quelli che sono i più protetti e quelli che sono gli esclusi, in realtà va nella direzione di ampliare queste differenze, dato che il welfare aziendale, per sua definizione, riguarda le aziende, i lavoratori dipendenti. Ci può essere anche qualche estensione, riferita ai familiari dei lavoratori, ma si tratta di piccole parti della società. C'è tutto un pezzo del mondo del lavoro, destinato nel tempo a crescere sempre più, che non potrà essere incluso nel welfare aziendale tradizionale.

Con questo non voglio dire che rifiutiamo in toto questo modello, però bisognerebbe iniziare anche a pensare a come farvi accedere chi, al momento, non è dentro, innanzitutto cambiando le regole fiscali. Negli ultimi tre anni il welfare aziendale è stato sostenuto anche da finanziamenti della fiscalità generale, si parla di circa 500 milioni all'anno, e mi domando se sia equo che la fiscalità generale vada a potenziare un welfare che va già a vantaggio di chi è più avvantaggiato; un lavoratore autonomo non può accedervi.

I lavoratori autonomi hanno delle detrazioni fiscali ridicole, che arrivano fino a un massimo di 1300 euro circa all'anno, mentre un lavoratore dipendente può arrivare a deduzioni fiscali per un massimo, se non sbaglio, di 3600-3700 euro all'anno.

Prima di tutto, quindi, proporrei che almeno gli autonomi che hanno un certo reddito possano accedere alle stesse detrazioni che hanno i dipendenti. Questo però non basta, perché nel nostro mondo esistono i regimi agevolati; fra l'altro, se andrà in porto la nuova *flat tax*, questo regime agevolato si espanderà ulteriormente. Regime agevolato vuol dire che si paga una tassa *flat*, ma che non si ha nessun altro tipo di detrazione fiscale, neppure quelle "come cittadino", cosa che scoraggia ogni investimento personale in questa direzione. Ora è chiaro che, per chi ha un reddito abbastanza alto, il fatto che sia compensato da una *flat tax* può anche andare, ma sotto i 30.000 euro, cioè sotto il limite dell'attuale *flat tax*, parliamo di redditi molto bassi, per cui non permettere la deduzione fiscale è chiaramente un grosso problema.

In ultimo c'è il fatto che ci sono quelli che, pur avendo dei redditi, un investimento per un welfare integrativo proprio non se lo possono permettere: al di là dei disoccupati, c'è il problema dei *working poor* che non possono assolutamente accedervi.

Si può dunque iniziare a pensare di intervenire per migliorare e favorire l'accesso all'assicurazione sanitaria integrativa degli autonomi, però non può essere a scapito di alcune categorie. Questa è la nostra più grande preoccupazione: c'è tutto un mondo che ne rimarrebbe fuori e che, voglio ricordare, riguarda soprattutto le generazioni più giovani.

Come possiamo garantire l'universalismo? Dati sul valore aggiunto che il sistema pubblico può offrire in termini di appropriatezza ed equità nell'accesso ai servizi

Mara Azzi

Vicepresidente FIASO

Gli studi dei sistemi sanitari dimostrano che esiste una coesistenza di finanziamento pubblico e privato. La percentuale della compartecipazione privata oscilla tra il 15 e il 30% della spesa sanitaria totale.

L'Italia si colloca al 75% spesa pubblica 25% spesa privata. Di questo 25% c'è una modesta proporzione della parte intermediata ed una netta prevalenza di out of pocket.

Quando si parla di sistema misto ci si riferisce al fatto che si fa già ricorso al privato per garantire i servizi (es. compartecipazione alla spesa – ticket per la specialistica ambulatoriale; per i farmaci in fascia A riferiti ai non esenti o in fascia C riferiti a tutti o ai farmaci detraibili dove lo Stato compartecipa indirettamente).

Inoltre, i dati statistici ci dicono che la spesa privata per beni e servizi è una componente stabile e strutturale dei sistemi sanitari.

A tutto questo si deve aggiungere la rapida ascesa dei fondi sanitari integrativi complementari o supplementari e l'avanzamento delle assicurazioni private.

Si tratta di un fenomeno che deve farci riflettere rispetto al rischio di avere di fronte una Sanità a due velocità.

Il carattere “misto” del sistema sanitario e l'approccio che ne deriva, se non opportunamente regolato e governato, è destinato a minare uno dei principi cardine: l'equità nell'accesso alle cure e nelle tempistiche di svolgimento delle stesse. Anche in un sistema misto è necessario assicurare l'equità nell'accesso alle cure, l'omogeneità territoriale e un livello di protezione sanitaria che sia coerente con gli obiettivi che il sistema universalistico ha sempre garantito.

Per garantire tutto questo cosa si deve fare?

Fermi restando gli indirizzi di politica sanitaria che non competono al management aziendale ma che devono definire posizioni precise rispetto al rapporto pubblico/privato, rivedendo anche il principio di universalismo, è necessario che le Aziende sanitarie pubbliche intervengano nel mercato privato utilizzando gli stessi strumenti (per far questo serve anche una revisione normativa ferma da anni).

Inoltre, è utile che le Aziende Sanitarie pubbliche progettino i servizi in modo da integrare operativamente consumo pubblico e privato, con l'obiettivo di

garantire l'equità degli standard dei servizi core e aprendo un colloquio costante con gli altri soggetti che si occupano di salute nella fase programmatoria e nella fase erogativa.

Come l'ingresso del II Pilastro sta impattando sulla organizzazione ed efficienza delle aziende sanitarie

Dario Beretta

Presidente AIOP Lombardia

Il privato è per un sistema sanitario basato su due pilastri: l'universalità e la solidarietà.

L'universalità può però essere condizionata dall'accessibilità e dalla qualità delle cure, mentre la solidarietà è condizionata dai vincoli di spesa pubblica.

Per riflettere su quello che sarà del SSN, la base è il motore finanziario rappresentato dalla spesa pubblica, di cui la sanità assorbe il 13%.

È poi importante rilevare la progressiva discesa della spesa sanitaria rispetto al PIL, che dal 7,3% del 2009 è scesa al 6,7% del 2016 e potrà raggiungere il 6,3% nel 2020, sotto la soglia del 6,5% che l'OMS indica come limite di sostenibilità per i sistemi sanitari universalistici.

Attualmente la spesa per acquisto di prestazioni dai privati è contenuta (7% farmaceutica, 7% ospedaliera e 4% specialistica). A fronte di un'attività ospedaliera del 28,3% costa solo il 13,6% della intera spesa ospedaliera.

Si rendono necessari: efficientamento pubblico, che attualmente è limitato da eccessivi vincoli e dal peso della politica; ripristino del pagamento a prestazione. La spesa sanitaria privata, che è inferiore al 25% della spesa sanitaria totale, si rivolge principalmente all'acquisto di prestazioni escluse dai LEA (Odontoiatria) o presidi e farmaci con una quota esigua per le prestazioni che sono erogate anche dal SSN.

Quale futuro per il SSN?

È innegabile che la Sanità Italiana, nel suo complesso, ha sino a ora dimostrato la capacità di mantenere un discreto livello di universalità, anche se ottenuto con ricorso alla mobilità dei pazienti.

Tuttavia, la riduzione costante delle risorse deve farci chiedere quali prospettive ci siano per il futuro, condizionate dalle scelte di politica sanitaria che verranno effettuate.

Tre gli scenari possibili:

- nei prossimi anni le risorse per il SSN vengono riportate a valori di almeno il 7% del PIL e questo comporterebbe un incremento qualitativo delle prestazioni. Auspicabile ma poco realistico.
- Stabilità della spesa pubblica (6,7%): possibile galleggiamento del sistema, con livello delle prestazioni quali-quantitative come l'attuale, con esclusione di prestazioni erogabili grazie all'innovazione.

- Una consistente riduzione della spesa pubblica (6,3% del PIL), che comporterà due possibili scenari:
 - o Obbligo di interventi normativi per reperire risorse aggiuntive, nuove risorse finanziarie con incremento ticket: impopolare.
 - o Riforme con rimodulazione LEA (riduzione universalità SSN almeno per la popolazione che può sostituire la copertura con strumenti collettivi di tipo mutualistico). Necessità di consenso sociale nel mondo del lavoro da parte delle organizzazioni sindacali e datoriali, obbligatoria però una forte volontà politica riformatrice delle istituzioni.

Se non si concretizzano queste soluzioni è prevedibile un decremento progressivo della spesa pubblica senza soluzioni compensatrici, con progressiva erosione del welfare sanitario aggravata dalla disparità territoriale con queste conseguenze:

- incremento incontrollato spesa *out of pocket*;
- contrazione delle prestazioni;
- forte sofferenza sociale.

Posizione AIOP/privati: un vantaggio importante per il SSN è rappresentato da una grande rete di erogatori sanitari di diritto privato, in grado di sopprimere a un'eventuale crisi produttiva degli erogatori pubblici. L'auspicio è che i governi nazionali e regionali ne possano prendere atto e utilizzino questo importante settore della sanità.

L'utilizzo e il rafforzamento del cosiddetto secondo pilastro per garantire l'erogazione universale delle prestazioni diventa sempre più una scelta obbligata. È però necessario che una visione politica, di non breve respiro, regoli secondo criteri di efficienza ed efficacia il rapporto con la spesa pubblica.

Va preso atto che l'attuale situazione non è più sostenibile e perciò alcune prestazioni non sono più economicamente sostenibili dal SSN e devono essere finanziate alla copertura integrativa totale o parziale.

Negli anni in cui fu introdotto il Servizio Sanitario Nazionale, il diritto alla tutela della salute era correlato non all'essere cittadino italiano, com'è attualmente, ma all'essere dipendente o parente di un dipendente, chi non era dipendente aveva grandi limiti all'accesso alle cure e all'assistenza.

Noi siamo per un sistema sanitario basato su due pilastri, il primo è l'universalità, il secondo è la solidarietà: per universalità, intendo che l'accesso di tutti i cittadini alle prestazioni previste dai LEA riguardi sia la prevenzione sia la cura e la riabilitazione; la solidarietà invece è prerogativa di un Servizio Sanitario Nazionale basato sulla fiscalità generale e quindi sulla spesa pubblica. L'universalità può, alcune volte, essere condizionata dall'accessibilità e anche dalla qualità delle prestazioni, mentre la solidarietà è condizionata dai vincoli di spesa pubblica. Vi sono poi altri elementi che differenziano le diverse prestazioni e sono determinati dai vari Servizi Sanitari Regionali e dal pluralismo degli erogatori.

Per riflettere su quello che è il Servizio Sanitario Nazionale, la base di partenza è il motore finanziario. Analizzando i dati 2015, la spesa sanitaria sul totale corrisponde a circa il 13,6%. Fra l'altro è importante rilevare la progressiva e rilevante discesa della spesa sanitaria rispetto al PIL, che dal 2009 (quando era al 7,3%) è scesa attualmente al 6,7% e che, tendenzialmente, rispetto ad alcune ipotesi che sono state fatte, nel 2020 potrebbe arrivare a valori del 6,3% del PIL, un valore inferiore a quello del 6,5% indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come limite per la sostenibilità di un servizio sanitario universale.

La situazione attuale del Servizio Sanitario per quanto riguarda il finanziamento è di circa 111.000 milioni, che variano poi di anno in anno. Per quanto riguarda i privati, possiamo vedere come la spesa sia molto ridotta, perché su un totale di 111.000 milioni, la farmaceutica pesa per il 7%, sempre per il 7% l'ospedaliera e per il 4% la specialistica.

Un dato molto interessante è che, l'attività degli erogatori privati è pari al 28% delle prestazioni rapportate alle giornate di degenza, mentre la loro spesa è di poco superiore al 13,6% rispetto al totale, una netta differenza tra il numero di prestazioni erogate e il loro costo.

A questo punto si rendono necessari alcuni interventi.

Il primo è lo sviluppo di una maggiore efficienza da parte del pubblico, che attualmente è condizionato da eccessivi vincoli. Va poi reintrodotta quanto previsto dalle leggi 502/92 e 517/99 sul pagamento a prestazione, che attualmente vale solo per erogatori di diritto privato, mentre per quelli di diritto pubblico è un riferimento solo per i bilanci che vengono poi ripianati a fine anno.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria privata, come è già stato detto, rappresenta il 25% della spesa sanitaria totale, però di questa quasi il 50% (il 48%, esattamente) si riferisce all'acquisto di prestazioni che sono escluse dai LEA, soprattutto per quanto attiene l'odontoiatria e il pagamento dei ticket. Un altro 38% è per i presidi e per i farmaci e soltanto il 14% per le prestazioni che sono pagate dal Servizio Sanitario Nazionale. Questo vuol dire che, laddove il cittadino ha la possibilità di accedere alle cure tramite il Servizio Sanitario Nazionale, molto spesso non fa riferimento ad eventuali fondi o ad eventuali casse integrative.

Quale può essere il futuro per il Servizio Sanitario Nazionale? È innegabile che il servizio sanitario italiano, nel suo complesso, abbia dimostrato la sua capacità di mantenere un discreto livello di universalità. Abbiamo visto le diverse classifiche; secondo, quarto, ventesimo sono classifiche che danno un'idea di un'eccellenza, soprattutto a livello di Regione Lombardia. Attualmente, tuttavia, la situazione deve confrontarsi con una costante riduzione delle risorse e dobbiamo cercare di capire quali siano le prospettive che potrebbero esserci per il futuro.

Diciamo che ci sono tre possibili scenari.

Il primo: nei prossimi anni si incrementerà il Fondo Sanitario Nazionale riportando i valori a quelli del 2009 e 2010, quindi al 7%. Questo caso potrebbe comportare un incremento delle prestazioni ed è sicuramente auspicabile anche se poco realistico.

Il secondo scenario potrebbe essere quello che vede la spesa pubblica stabile al 6,7%, com'è oggi; ciò permetterebbe un galleggiamento del sistema, con prestazioni quantitativamente sovrapponibili a quelli attuali, ma sicuramente con l'esclusione di tutte le prestazioni più innovative.

Il terzo scenario, invece, potrebbe essere quello più preoccupante, ovvero una riduzione della spesa pubblica per arrivare a quell'ipotetico 6,3% del PIL al quale abbiamo già accennato; questo potrebbe comportare due situazioni: la prima è l'obbligo di interventi normativi per reperire risorse aggiuntive, quindi il finanziamento attraverso nuovi ticket, ma si tratterebbe di un'ipotesi abbastanza impopolare, tanto che oggi tutti i politici parlano di diminuire o abolire i ticket. L'altra ipotesi che potrebbe verificarsi è quella di una riforma del Servizio Sanitario con una rimodulazione dei LEA e la copertura di tipo mutualistico per le tipologie di assistenza non incluse. Per poter far ciò sarebbe però necessario un forte consenso del mondo del lavoro, sia da parte delle organizzazioni sindacali sia datoriali, e sarebbe anche obbligatoria una forte volontà politica riformatrice della situazione attuale.

Se non si concretizzeranno queste soluzioni si incorrerà in un progressivo decremento della spesa pubblica e, se non ci saranno soluzioni compensatorie, assisteremo a un incremento incontrollato della spesa *out of pocket* e della contrazione delle prestazioni, con una forte sofferenza sociale.

Il privato può dunque rivelarsi un'importante occasione per il Servizio Sanitario Nazionale, perché grazie alla sua capacità produttiva e alla flessibilità può mettere a disposizione prestazioni in caso di difficoltà nell'offerta di servizi da parte degli erogatori pubblici. Auspicio che, sia a livello nazionale sia a livello regionale, i nostri governanti ne prendano atto e possano utilizzare questo importante settore foriero di capacità di sviluppo ulteriori.

Il rafforzamento del cosiddetto secondo pilastro per garantire l'erogazione universale delle prestazioni diventa sempre di più una scelta obbligata, ma è necessario che ci sia una visione politica non di breve respiro che regoli i criteri di efficienza ed efficacia nel rapporto con la spesa pubblica.

Va preso atto che l'attuale situazione non è più sostenibile e, dal momento che alcune prestazioni non sono più economicamente sostenibili per il Servizio Sanitario, deve essere prevista la copertura integrativa con dei fondi assicurativi.

Il ruolo della ricerca e dell'innovazione

Gianluca Vago

Già Rettore Università degli Studi di Milano

Oggi si contano una decina di milioni di ricercatori, numero in continuo aumento che ci porta a considerare quello della ricerca un vero e proprio "mercato", con quanto di positivo e di rischioso porta con sé questa situazione, a partire dall'affidabilità e credibilità del sistema di produzione scientifica, di misurazione degli esiti, di indirizzo strategico.

Il mondo della ricerca è evoluto in maniera rapidissima ed è tuttora in corso un cambio radicale di paradigma, con un impatto imprevedibile in termini di opportunità e di costi. Ma come e quanto viene finanziata la ricerca, in Italia? Per quanto i nostri ricercatori siano ancora tra i migliori al mondo, è incontestabile il fatto che da almeno dieci anni si assiste a un progressivo sottofinanziamento del sistema della ricerca e della formazione.

Il divario rispetto ai Paesi più convinti della necessità di sostenere la ricerca come strumento fondamentale di sviluppo è ormai tale da rendere indispensabile un'inversione di tendenza, senza la quale il nostro Paese non sarà più in grado di reggere il confronto con la competizione internazionale. Un esempio è il numero di vincitori dei bandi competitivi sostenuti dallo European Research Council che, per l'entità dei finanziamenti previsti e la credibilità del processo di valutazione, rappresentano uno dei traguardi più ambiti della ricerca europea.

Non solo il numero di ricercatori italiani che vincono il premio si va riducendo, ma tra i ricercatori italiani risultati vincitori di un ERC, molti hanno vinto lavorando all'estero, mentre sono pochissimi quelli che scelgono di venire in Italia per effettuare le proprie ricerche.

Un altro fenomeno negativo, purtroppo molto marcato nel nostro Paese, è lo scarso investimento in ricerca e sviluppo del sistema privato, in particolare del sistema industriale, tanto che la percentuale di ricercatori che lavora nel settore privato in Italia è una delle più basse dell'OCSE. In Italia, abbiamo un sistema industriale che non ha la forza, la capacità o che non crede a quel ruolo di sviluppo che in molte parti del mondo è invece sostenuto con convinzione e considerato strategico per la crescita e il miglioramento della qualità della vita. Come impatta tutto questo sul sistema sanitario? Innegabile è l'impatto di spesa, perché la straordinaria velocità di evoluzione di scoperte e di tecniche non può non avere conseguenze sulla sostenibilità di sistema, non solo in termini di terapie ma anche nel campo della diagnostica.

Che fare? Prima di tutto un lavoro costante di valutazione sull'efficacia delle nuove tecnologie e delle nuove terapie, poi l'assunzione di un modello di collaborazione e coordinamento, e non di pura competizione, tra i diversi attori.

Prima di tutto un ringraziamento per l'invito alla Fondazione. Mi riesce difficile legare il tema del mio intervento con le problematiche discusse nell'incontro di oggi, della sanità integrativa; ma certo non si può negare l'impatto della ricerca sulle trasformazioni che stanno cambiando in profondità il mondo della medicina.

Vorrei iniziare dando un quadro di che cos'è il mondo della ricerca, di come si è sviluppato, dei meccanismi che lo governano, sia su scala internazionale, che in riferimento a quanto accade nel nostro Paese; anche se, occorre dirlo, ogni osservazione sulla situazione italiana va fatta tenendo presenti le differenze, sempre più nette, tra differenti aree di sviluppo, come accade per tutto il sistema dell'istruzione e della formazione. L'utilizzo di indicatori di sistema non può farci dimenticare la disomogeneità del sistema stesso; e lo dico parlando qui, a Milano, in un contesto certamente tra i più fortunati.

Assolombarda ha presentato, recentemente, i dati sulla capacità produttiva di Milano, che da sola vale il 10% del PIL nazionale. Allo stesso modo, i dati sulle attività di ricerca da un lato, e del comparto biotech dall'altro, segnalano una vitalità che pone la nostra area a livelli competitivi almeno europei.

Una prima considerazione generale riguarda le dimensioni del mondo della ricerca. Credo che in questo momento vi lavorino almeno una decina di milioni di ricercatori, con un aumento progressivo e continuo, in particolare negli ultimi decenni. Sono dimensioni che ci portano ormai a ritenere quello della ricerca un vero e proprio "mercato", con quanto di positivo e di rischioso porta con sé questa situazione.

Si pone, ad esempio, un tema non banale di affidabilità e credibilità del sistema di produzione scientifica, di misurazione degli esiti, di indirizzo strategico. Un esempio per tutti, la solidità metodologica delle sperimentazioni cliniche, i cui risultati hanno un impatto enorme sul trasferimento operativo all'interno del sistema sanitario nazionale e dei sistemi sanitari regionali.

Un secondo aspetto riguarda la rapidità con cui evolve ora la ricerca. Spesso si prende come esempio quanto di straordinario è successo nel campo della genomica, dalla scoperta del DNA ad oggi. Si è, infatti, arrivati a una vera e propria rivoluzione nel paradigma delle cure definita con il termine "medicina personalizzata", concetto che rimanda al passaggio da un'impostazione prevalentemente probabilistica della scienza medica a una predittiva, o personalizzata, cui è seguita l'introduzione di nuovi farmaci e di una diagnostica genetica impensabili fino a solo pochi anni fa. Una vera rivoluzione, un cambio radicale di paradigma, con un impatto imprevedibile in termini di opportunità e di costi.

Un terzo aspetto, allora; come e quanto viene finanziata la ricerca, in Italia?

Per quanto i risultati ottenuti dai nostri ricercatori siano ancora tra i migliori al mondo, se rapportati al finanziamento, è incontestabile il fatto che ciò che accade

in Italia da almeno dieci anni, con solo qualche minima correzione, è che qualsiasi indicatore si voglia utilizzare (i più semplici, ad esempio; numero ricercatori, entità dei finanziamenti pubblici e privati) racconta di un progressivo sottofinanziamento del sistema della ricerca e della formazione.

Ed è vero che il sistema presenta delle criticità strutturali, affrontate e solo parzialmente superate; ma il divario rispetto ai Paesi più evoluti, o anche semplicemente più convinti della necessità di sostenere la ricerca come strumento fondamentale di sviluppo, è ormai tale da rendere indispensabile una chiara inversione di tendenza, senza la quale credo che il nostro Paese non sarà più in grado, in un futuro non molto lontano, di reggere il confronto con la competizione internazionale.

Così, semplicemente, si esce dal gruppo di testa.

Un esempio soltanto, quanto accade per gli indicatori di attrattività del nostro Paese. Uno di questi, in particolare, viene citato spesso, e a ragione. È il numero di vincitori dei bandi competitivi sostenuti dallo European Research Council, che per l'entità dei finanziamenti previsti e la credibilità del processo di valutazione, rappresentano uno dei traguardi più ambiti, e più selettivi, della ricerca europea.

Negli ultimi anni, stiamo assistendo a due fenomeni negativi: da una parte, e proprio in quest'ultimo anno, il numero di ricercatori italiani che vincono il premio si riduce man mano in proporzione all'età dei ricercatori, e all'aumento dell'entità del finanziamento. Nell'ultima tornata, appena conclusa, nella fascia "senior" sono stati solo sette. La dinamica peggiore riguarda però il fatto che pur essendo stato, negli ultimi anni, molto alto e tra i primi in Europa il numero complessivo di ricercatori italiani risultati vincitori di un ERC, molti – troppi – di loro lo hanno vinto lavorando all'estero; mentre sono pochissimi quelli che scelgono l'Italia come Paese "ospitante". Che scelgono, cioè, di venire in Italia per effettuare le proprie ricerche.

In Inghilterra, ad esempio, succede esattamente il contrario: sono relativamente meno i ricercatori inglesi che vincono premi, sono tantissimi quelli che da altri Paesi europei scelgono il Regno Unito come sede di lavoro.

Certo, è il sistema nel suo complesso ad essere poco attrattivo; ma la ricerca biomedica richiede ormai una dimensione tale, in termini di infrastrutture e di massa critica, da renderci poco o nulla attrattivi.

Un altro fenomeno negativo, purtroppo molto marcato nel nostro Paese, è lo scarso investimento in ricerca e sviluppo del sistema privato, in particolare del sistema industriale. Un solo dato di sintesi, la percentuale di ricercatori che lavora nel settore privato in Italia è una delle più basse dell'OCSE. È un limite non solo nostro; in Europa, facendo un rapido confronto, la percentuale dei ricercatori che lavorano nelle imprese è poco meno del 50%. In Cina e negli Stati Uniti supera il 60%, in Giappone arriva all'80%.

In Italia, abbiamo un sistema industriale che non ha la forza, o forse la capacità, o che non crede nell'investimento nella ricerca. Credo che questo rimandi a diverse cause, alla struttura del sistema industriale, in particolare, e insieme a una sorta di diffidenza da parte dei ricercatori verso l'idea dell'applicazione industriale del lavoro di scoperta; ma anche a un atteggiamento più profondo, alla difficoltà che abbiamo nel riconoscere alla ricerca quel ruolo di sviluppo che in molte parti del mondo è invece sostenuto con convinzione e considerato strategico per la crescita e il miglioramento della qualità della vita.

Come impatta tutto questo sul sistema sanitario?

Innegabile è l'impatto di spesa: come accennavo prima, la straordinaria velocità di evoluzione di scoperte e di tecniche non può non avere conseguenze sulla sostenibilità di sistema. Ne abbiamo esperienza fin troppo chiara se guardiamo a quanto sta accadendo nel campo della terapia oncologica, a seguito dell'introduzione dei nuovi farmaci biologici. Ma lo stesso accade, e sempre di più accadrà, nel campo della diagnostica. E anche in questo caso, occorre riconoscere la necessità di un uso razionale di investimenti per ammodernare un settore, questo della diagnostica ospedaliera, che seppure con le inevitabili differenze regionali, soffre ormai per un'obsolescenza non più tollerabile.

Che fare? Una cosa che credo sia fondamentale, per l'enorme pressione che il mercato della ricerca impone sul sistema di assistenza e di cura, è un lavoro costante di valutazione sull'efficacia delle nuove tecnologie e delle nuove terapie.

Per quanto riguarda l'organizzazione del sistema sanitario, poi, resto dell'idea che la parte pubblica debba insistere su un modello di collaborazione e coordinamento, e non di pura competizione, tra i diversi attori. In sostanza, un governo dell'offerta efficace, che razionalizzi i servizi offerti, liberando risorse per investimenti e innovazione. Non sarà sufficiente se non si accompagnerà a una crescita del fondo di finanziamento; ma è doveroso farlo, anche in funzione di un miglioramento della qualità delle cure.

Come ultima cosa, vorrei menzionare un aspetto spesso sottovalutato: esiste una responsabilità del mondo della ricerca che rimanda a una corretta divulgazione del sapere. È un elemento di grande rilevanza, perché consente una migliore consapevolezza critica da parte di chi alle cure si affida e di chi le cura. Sono numerosi gli esempi di manipolazione informativa, a volte grossolanamente vergognosa, come accaduto in casi recenti che tutti voi ricordate – ultimo, Stamina, altre volte invece più nascoste, e meno semplici da individuare, ma altrettanto pericolose. I ricercatori non sono abituati a comunicare i loro studi, se non su riviste specializzate, di settore. Ma si stanno rendendo conto, sempre di più, di quanto sia invece importante allargare il loro impegno di divulgazione a difesa del diritto a sapere di tutti.

L'innovazione è sostenibile, proposte per gestirla

Francesca Patarnello

VP Market Access & Government Affairs AstraZeneca

L'innovazione e le risorse: ipotizzare di mantenere risorse costanti non è sostenibile a causa dell'invecchiamento della popolazione e del conseguente aumento del peso della cronicità.

Oltre che sulle risorse necessarie complessive, l'innovazione ha impatti sul profilo dei costi, in qualsiasi contesto. Per questo è necessario rivedere le modalità con le quali si possa (seppure in modo graduale) modificare la programmazione delle risorse evitando i "silos", in modo da avere come unico obiettivo la massimizzazione degli outcome di salute a parità di risorse impiegate. Bloccare o ritardare l'innovazione non è la risposta al tema della sostenibilità. Ad oggi l'inserimento nella pratica clinica e la disponibilità ai pazienti dei nuovi farmaci ha tempi molto lunghi e disomogenei nel Paese. In media si aspetta più di un anno per il rimborso dei farmaci e quasi due anni per completare l'accessibilità regionale e locale, cioè per rendere questi farmaci/indicazioni accessibili ai pazienti.

Proposte:

- esercizio congiunto pubblico/privato con pazienti e cittadini di Horizon Scanning e programmazione della spesa, specialmente per la cronicità;
- definizione di regole per l'accesso immediato ai farmaci innovativi o di eccezionale rilevanza, con meccanismi di aggiustamento del prezzo post rimborso;
- definizione di un sistema pubblico di indicatori sull'innovazione disponibile per i cittadini (es. numero di pazienti trattati con farmaci autorizzati in Europa da più di 6 mesi per regione).

Le regole: il mondo dell'impresa farmaceutica ha bisogno di nuove regole. Alcuni processi devono essere rapidamente ridisegnati per eliminare complessità ed iniquità, creando invece meccanismi di incentivo per sostenere l'attrattività degli investimenti in Italia. Dal punto di vista industriale l'Italia compete con altri Paesi europei considerati più affidabili in termini di regole e certamente più inclusivi nei confronti del punto di vista del settore e rischia di perdere, dopo la R&S, anche gli investimenti nelle attività che riguardano l'uso dei big data e la RWE.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, il tetto della spesa diretta è stato disegnato come incapiente dall'inizio, producendo una situazione di avanzo di risorse nella spesa convenzionata e sfondando invece in modo programmato il tetto di spesa della diretta. Questa situazione fa sì che non siano utilizzate

nemmeno le risorse già disponibili, seppure non sufficienti, destinate al farmaco, pari al 14,85% del fondo sanitario.

L'inclusione nei processi decisionali dei professionisti dei diversi settori, incluso quello farmaceutico, è necessaria per fondare la nuova politica farmaceutica e per sostenerne l'implementazione, attraendo investimenti ed evitando contenziosi legali.

Proposte:

- includere il settore industriale nel Tavolo della Farmaceutica per la discussione costruttiva della nuova politica farmaceutica.

Gli investimenti e la ricerca: è bene ricordare che l'industria del farmaco, nel suo complesso, investe ogni anno circa 1,5 miliardi di euro in R&S e ha, tra i suoi dipendenti, 6400 addetti professionisti nella R&S (la sola AstraZeneca ha investito circa 16 milioni di euro in Italia in ricerca nel 2017). L'industria del farmaco, non solo nella ricerca e sviluppo ma anche nella commercializzazione e nel campo manifatturiero, è ancora tra i pochi settori che impiegano su tutto il territorio italiano professionisti laureati e qualificati, come quelli che operano nei modernissimi siti produttivi o come gli informatori medico scientifici e gli altri professionisti del territorio che collaborano con il SSN al fine di rendere disponibili, in modo completamente controllato, le informazioni sia sulle novità terapeutiche sia sui farmaci più noti.

Oggi non esiste un vero progetto strategico di ricerca in partnership con l'industria, anzi spesso si considera la ricerca "indipendente" come l'unica strada per l'innovazione. Se pure è necessario che la ricerca pubblica sia il più possibile incentivata e che la cultura della ricerca sia introdotta già nella formazione scolastica, come accade in altri Paesi, in tutto il mondo la ricerca nasce dalla collaborazione tra diversi enti, indipendentemente dal fatto che siano pubblici o privati. Nel campo farmaceutico, la collaborazione tra pubblico e privato è alla base dei moderni processi di R&S in tutte le multinazionali. Inoltre, i nuovi modelli di ricerca più frammentati rendono molto più facile la disseminazione sul territorio delle start up, a differenza dei grandi siti di R&D con centinaia di ricercatori che caratterizzavano gli anni Ottanta e che ponevano delle forti barriere all'ingresso.

La ricerca è ricerca e la qualità della ricerca non deve dipendere dalla proprietà degli investimenti. Esistono quesiti orfani, non ricerca indipendente. La crescente ghettizzazione della ricerca industriale, non solo nel settore farmaceutico, è preoccupante e distruttiva. Fare i protocolli giusti rispetto al quesito al quale si va a rispondere, mettere insieme le esigenze di conoscenza del clinico (e quindi del paziente) e dell'azienda è un lavoro difficile ma non impossibile. E, ad ogni protocollo di studio che si firma, i principi etici della buona ricerca devono essere rispettati indipendentemente dal fatto di essere finanziati dal Ministero della Salute, della Ricerca, o da una Regione, un Ospedale, un IRCSS o una onlus.

Il settore industriale finanzia da oltre 10 anni la ricerca indipendente o non profit. Ogni anno il settore investe il 5% delle spese promozionali nel fondo della ricerca indipendente dell'AIFA, ma non siamo coinvolti né nella gestione dei bandi, né nella discussione dei risultati. Questo certamente non è incoraggiante come sistema di incentivo per gli headquarter delle multinazionali nel rappresentare il nostro Paese.

Proposte:

portare all'attenzione del MISE un esercizio di confronto con gli altri Paesi sul tema degli investimenti;
ridefinire le modalità di indirizzo e utilizzo dei fondi della ricerca indipendente;
definire in accordo con i diversi stakeholder il piano strategico per la Partnership Pubblico Privata.

Se parliamo di innovazione e sostenibilità, è prioritario programmare una revisione dell'approccio strategico alla ricerca e includere l'industria in maniera positiva e costruttiva in questo disegno. Non si tratta di parole scontate: l'industria, e non solo essa, è infatti chiamata a parlare molto più spesso di soldi e di finanza che di ricerca e sviluppo. Talvolta non è nemmeno chiaro se il contributo industriale sia ben visto in questo ambito.

Senza un progetto politico a monte, è difficile oggi trasferire nella realtà quotidiana l'innovazione. Per quanto riguarda l'industria farmaceutica, le aree di lavoro su cui potrebbe dare il suo contributo per facilitare l'ingresso dell'innovazione possono essere così sintetizzate:

1. analisi dei fabbisogni e reperimento di risorse aggiuntive: la popolazione invecchia e di conseguenza aumenta la prevalenza delle malattie croniche, come confermano i dati demografici ed epidemiologici. È necessario iniziare a programmare diversamente e in modo strutturato il fabbisogno incrementale di risorse dedicate alla salute, altrimenti lo sforzo di efficienza e risparmio sulla gestione delle risorse già disponibili non sarà sufficiente;
2. necessità di modificare il profilo dei costi: i criteri di allocazione dei budget non sembrano più adeguati all'evoluzione della spesa. Occorre, quindi, oltre a reperire più risorse, ripartirle in maniera più congrua tra soggetti diversi. Se, per quanto riguarda il settore farmaceutico, lo sfioramento del budget è ormai un problema strutturale, si potrebbero studiare nuove regole. Oggi di fatto con il *payback* l'industria finanzia una parte consistente della spesa, cioè quella relativa all'acquisto da parte degli enti dei farmaci per l'ammontare eccedente il tetto di spesa previsto (6,89% del FSN). Tuttavia, attraverso queste risorse non può contribuire a uno sviluppo del sistema e non ha assicurazioni sul fatto che le risorse restino nell'area farmaceutica. Oggi si riscontrano ancora notevoli difficoltà nell'accesso all'innovazione, se si considerano i ritardi e le disuguaglianze che portano alcuni farmaci a essere disponibili su tutto il territorio nazionale dopo più di due anni dalla loro autorizzazione europea. Potrebbero quindi essere necessarie nuove regole per semplificare l'accesso;

3. la cronicità: in un contesto generale di una popolazione sempre più “vecchia” e con l’aumento della prevalenza di molte malattie croniche e la cronicizzazione di parte dei malati oncologici, il farmaco rappresenta solo una parte marginale in termini di costi rispetto alle prestazioni da erogare. Tuttavia, spesso, le regole con le quali i farmaci per la cronicità possono essere prescritti e dispensati sono restrittive e non sono coerenti con i modelli scelti per la cronicità, che richiedono una maggiore presa in carico da parte della Medicina Generale e un rilevante sforzo nella prevenzione e nell’adesione alle cure e ai cambiamenti nello stile di vita. Senza una buona organizzazione dei percorsi, seguire un paziente e prescrivere un farmaco per il diabete rischiano di diventare due processi indipendenti in mano a diversi professionisti sanitari, con un peggioramento degli esiti di salute e aggravio di costi, senza contare gli effetti su tempi di attesa e ritardo nella presa in carico.

Ma cosa fare per il punto strutturale dell’invecchiamento della popolazione e le insufficienti risorse disponibili o, in altre parole, per la sostenibilità?

Per quanto riguarda il farmaco la prima idea è adattare il fondo sanitario nazionale ai bisogni della popolazione. Si dovrebbe cominciare a pensare che lo sfondamento della spesa farmaceutica rispetto al budget non è effetto di inappropriatelyzza o di eccesso di innovazione introdotto nella cura, ma il segnale di un budget insufficiente rispetto alle nuove esigenze. L’analisi della spesa in alcuni settori, tra cui il diabete, mostra chiaramente l’inerzia nell’utilizzare farmaci più innovativi e con effetti importanti sugli esiti a causa di un problema di accesso.

In questo contesto l’industria potrebbe essere un punto di riferimento per la gestione e costruzione di sistemi di supporto ad alcuni servizi di base per l’efficienza e l’appropriatezza, anche non legati al singolo farmaco. Se si pensa anche solo al tema della *real world evidence* (RWE) e alla capacità di monitorare il sistema, l’industria potrebbe dare un contributo e collaborare in modo programmato con il sistema.

Senza pensare in modo troppo complesso, si potrebbe ipotizzare un’azione di “finanza intelligente” e investire tutto il *payback* in grandi progetti di *real word evidence* e di *big data* per monitorare l’efficacia dei farmaci nel lungo termine e per monitorarne gli esiti? Alcuni farmaci producono impatti significativi sugli esiti: si dice, per esempio, che in media un ricovero viene ripagato in quattro anni di prestazioni farmaceutiche. Quindi, perché non investire risorse derivanti dal *payback*, facendole restare all’interno del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale per progetti che migliorino le infrastrutture e la base di evidenze?

Rispetto al “monitoraggio dell’innovazione”, sappiamo dai moltissimi studi e analisi pubblicati del crescente numero di nuove molecole. Tuttavia, si guarda ancora all’innovazione con preoccupazione, associando il frutto della R&S al termine

“esplosione”. L'opposto di quanto si fece dieci anni fa, negli Stati Uniti, quando fu introdotta l'*Innovation Path Initiative*, ovvero un'iniziativa che cercava di semplificare il processo di registrazione dei farmaci dato il preoccupante fenomeno della stagnazione della ricerca e i potenziali effetti sulla cura delle malattie.

All'epoca, il fatto che i farmaci registrati fossero in forte calo era considerato, giustamente, un problema. A tutt'oggi, invece, ci troviamo di fronte a un atteggiamento ambivalente: da una parte, si spinge affinché si aumenti la scoperta di farmaci innovativi e, dall'altra, si ritarda l'accesso ai risultati della ricerca con meccanismi di limitazione o ritardo nell'accesso ai nuovi farmaci.

Occorre un atteggiamento più strutturato e coerente su questo argomento e sarebbe opportuno affiancare una metodologia, che in realtà già esiste e prende il nome di Horizon Scanning, che sarebbe utile per alimentare la riprogrammazione del budget farmaceutico.

Dal punto di vista industriale, esiste un problema di investimento. In Italia c'è bisogno di semplicità. La ragione per la quale le aziende fanno difficoltà a investire in Italia nella ricerca e in altri settori è la nostra tendenza a essere considerati un Paese instabile e difficile da capire.

Le aziende italiane si battono per ottenere finanziamenti e investimenti per la ricerca clinica nel nostro Paese, ma continuano a esserci perplessità in merito alla nostra burocrazia. È importante sottolineare l'aspetto culturale relativo alla difficoltà di ottenere finanziamenti su progetti di investimento nel nostro Paese da parte delle filiali italiane delle multinazionali, aspetto che dovrebbe farci riflettere in merito al fatto che, molto probabilmente, occorre una semplificazione della burocrazia locale e centrale e forse una revisione del sistema regolatorio.

Anche rispetto al tema dell'*early access* del paziente ai farmaci disponibili, le differenze che intercorrono tra le regioni e i tempi di accesso sono importanti e preoccupanti. È chiaro che sia necessario del tempo per studiare e valutare appropriatamente ogni nuova molecola che entra nel nostro Paese, ma sarebbe importante avvicinare il mondo della ricerca e dei *clinical trial* al mondo del rimborso. Purtroppo, a volte, per un paziente l'accesso ai farmaci nuovi risulta più facile nel caso in cui il farmaco non sia stato ancora registrato rispetto a quando lo è già. In altre parole, un paziente potrebbe avere più speranza di essere trattato con un farmaco innovativo durante la sperimentazione che nel periodo che intercorre tra la registrazione del farmaco e l'inserimento nel prontuario della sua regione (cioè diversi anni dopo).

Infine, il tema della cronicità. Qui, la *accountability* del decision-maker ricopre un ruolo importante. Ci sono alcune responsabilità che necessariamente devono essere assunte a livello centrale, altre, invece, a livello territoriale. Deve esserci armonizzazione tra quello che si decide centralmente – ad esempio la limitazio-

ne alla prescrizione di un farmaco – e la necessità, a livello locale, di evitare perdite di tempo e peggioramenti dei tempi di accesso ai farmaci per le malattie croniche.

Le regole per la rimborsabilità e la dispensazione dei farmaci sono tematiche di competenza centrale, ma devono assolutamente essere inserite in un contesto che includa l'organizzazione dei servizi e, quindi, la sfera regionale. La gestione delle malattie croniche, quindi, deve includere un piano che sia fattibile ed eliminare gli elementi distorsivi che portano a una gestione settoriale (a silos) anziché a un avvicinamento alle richieste dei pazienti.

TERZA SEZIONE

**Le proposte per l'Italia: il ruolo della mutualità
e della sanità integrativa**

Il ruolo del secondo pilastro: tra opportunità e incertezze

Massimo Piermattei

Presidente CAMPA

In un momento in cui diverse categorie di lavoratori patiscono le riduzioni delle tutele del Servizio Pubblico e sono costrette a rinunciare alle cure mediche, la possibilità offerta dalle Mutue sanitarie integrative di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie rappresenta un grande sostegno per garantire il diritto alla salute. Siamo orgogliosi che lo strumento della mutualità sia di nuovo tornato di grande attualità e rappresenti una risposta positiva per dare aiuto alle persone.

La mutualità integrativa complementare al SSN non deve essere letta come un arretramento delle tutele dei cittadini ma, al contrario, come un passo avanti verso la costruzione del cosiddetto "secondo pilastro" dell'assistenza sanitaria, in grado di coniugare responsabilità e partecipazione, sussidiarietà, personalizzazione e flessibilità nella copertura dei nuovi bisogni. Tutti insieme questi aspetti costituiscono il "welfare mix", considerato come lo strumento funzionalmente migliore per dare risposte di salute alle persone. Il welfare contrattuale si intreccia dunque con il welfare di comunità. Solo la mutualità è aperta e in grado di declinarsi alle nuove esigenze: occorre superare gli steccati tra le categorie e aggregare risorse ed energie per affrontare le sfide delle spese crescenti in ambito socio-sanitario e i bisogni in aumento.

Le Mutue, con i loro valori fondamentali (non lucratività, democrazia, trasparenza) possono giocare un ruolo positivo nell'interesse superiore di tutti i cittadini. Le Mutue, attente ai bisogni dei Soci, utilizzano le risorse dei propri iscritti per poter garantire il corretto funzionamento e la sostenibilità, come un patrimonio da coltivare e da trasmettere alle generazioni di Soci future. Riescono ad amalgamare le esigenze dei Soci più anziani e da più tempo iscritti con quelle dei più giovani, realizzando una solidarietà intergenerazionale e intercategoriale basata sullo scambio mutualistico, costruendo una rete di relazioni positive duratura nel tempo.

Nella mission delle Mutue sanitarie integrative vi è dunque sia una funzione riparatrice (intervengono ad aiutare nelle situazioni di difficoltà e di bisogno, sopperiscono alle lacune del SSN e ai suoi razionamenti), sia anche di responsabilizzazione dei propri soci e assistiti, affinché non siano solo dei consumatori di prestazioni sanitarie e sociali, ma dei cittadini consapevoli che vogliono costruire insieme un sistema di tutele basato sulla reciprocità e la relazione.

Nel dibattito corrente si rischia di compiere l'errore di contrapporre all'universalismo del SSN il ruolo della sanità integrativa come un elemento appannaggio

solo di categorie privilegiate e gestito da compagnie assicurative. È necessario invece prendere consapevolezza del ruolo della mutualità quale corpo intermedio tra istituzioni e cittadini e soggetto del Terzo Settore. Le Mutue, in base anche all'aggiornamento normativo del 2012, ribadiscono il ruolo di soggetti senza scopo di lucro che perseguono finalità di interesse generale sulla base del principio costituzionale della sussidiarietà, attraverso lo svolgimento di attività assistenziale in ambito socio-sanitario, in modo aperto e inclusivo.

Le Mutue non intendono mettere in discussione il ruolo del SSN ma svolgono privatamente, attraverso la contribuzione volontaria o contrattuale, una funzione pubblica e aiutano a realizzare un universalismo compiuto sia per le prestazioni escluse dai livelli essenziali di assistenza, che rappresentano davvero dei bisogni scoperti (odontoiatria, assistenza socio-sanitaria, riabilitazione, non autosufficienza), sia per superare il razionamento implicito delle prestazioni o per garantire forme flessibili e personalizzate di cura e prevenzione, nonché per promuovere stili di vita sana e favorire la promozione della salute.

La circostanza che la sanità integrativa, che oggi conta circa 12 milioni di persone, sia garantita da fondi affidati in gestione a compagnie di assicurazione rappresenta un'anomalia. Il legislatore ha infatti previsto l'incentivo fiscale solo per gli enti con esclusiva finalità assistenziale, cioè Casse e Società di Mutuo Soccorso senza scopo di lucro, valorizzando la loro capacità di restituire la maggior quota di risorse ai propri iscritti. Solo la logica del non profit riesce a garantire assenza di discriminazione nei confronti dei cittadini a prescindere dall'età e dalle condizioni di salute e assistenza a vita intera.

Credo che il tema della mutualità, al di là delle ideologie, debba essere riconsegnato alla tradizione dei soggetti non profit, incluso il terzo settore, nel cui codice sono ricomprese le Società di Mutuo Soccorso. Queste ultime hanno rappresentato una prima forma di welfare, nato nell'ambito delle categorie e delle professioni, che ha visto una rinascita nel dopoguerra, a cavallo degli anni Cinquanta e Sessanta; prevalentemente si trattava di mutue rivolte alle categorie del lavoro autonomo, in quanto i dipendenti pubblici usufruivano dell'Enpdap, l'INAM.

Con la riforma sanitaria del '78, le mutue pubbliche sono state fatte confluire nel sistema universalistico e sono rimaste in piedi le forme di mutualità volontaria costituite in modo libero e spontaneo. C'è stata poi un'evoluzione, perché già a partire dal Decreto Legge 502 del '92 si è ritornati a parlare del ruolo che la sanità integrativa poteva giocare, un ruolo che ovviamente non doveva essere sostitutivo o duplicativo rispetto alle prestazioni garantite dal pubblico. Cosa è poi avvenuto? Questo, che era un fenomeno proprio dei fondi sanitari integrativi ad appannaggio di categorie tipo giornalisti (Casagit), dirigenti industriali, settori bancari e assicurazioni - quindi le categorie più tutelate e più privilegiate - è diventato invece un fenomeno a favore di tutte le categorie e di tutti i contratti collettivi nazionali. A fianco c'è il sistema mutualistico, sistema aperto, che ha sempre continuato a esistere ed essere presente.

Quando si pensa al tema dell'universalismo, ritengo che garantire delle risorse aggiuntive, pur provenienti dal risparmio privato del cittadino che volontariamente aderisce a forme di sanità integrativa, sia positivo e che non debba essere visto come uno spreco di risorse, ma come un'opportunità per garantire l'universalismo stesso.

Una volta accettato il concetto che l'universalismo non si realizza solamente attraverso la fiscalità generale, ma che esiste anche un problema di consenso rispetto all'aumento del prelievo fiscale per garantire servizi aggiuntivi, ritengo che oggi il dibattito ideologico, in qualche modo, possa essere depurato da alcuni vincoli pregiudiziali, poiché la sanità integrativa può rappresentare un'opportunità. Questa opportunità la vedo preponderante dal lato dei cittadini, in quanto le mutue sono espressione di un'organizzazione che nasce dalla società civile e fornisce risposte in chiave sussidiaria ai bisogni dei cittadini medesimi.

Il Codice del Terzo Settore ha individuato le Società di Mutuo Soccorso come soggetti che perseguono delle finalità di interesse generale, ovvero andare a integrare i bisogni e i servizi in ambito sanitario e sociale di tutta la popolazione e in una logica sussidiaria, principio regolato a livello costituzionale.

L'art. 51 del TUIR garantisce la deducibilità fiscale, prevedendo che il vantaggio fiscale sia riservato soltanto ai contributi versati a Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso che hanno un esclusivo fine assistenziale. Questo che cosa significa? Significa che negli ultimi anni si è assistito a uno stravolgimento, poiché la sanità e il mercato della sanità integrativa devono restare in ogni modo non profit: in particolare le risorse devono essere gestite, devono essere mutualizzate a vantaggio degli stessi lavoratori e degli stessi associati delle mutue e dei fondi.

Qual è il rischio? Il rischio è che con lo sviluppo esplosivo dei grandi fondi contrattuali, nati dalla volontà delle parti sociali, ma privi di competenze, i fondi sanitari siano dovuti ricorrere alla gestione dell'offerta assicurativa, riproducendone gli effetti distorsivi. Oggi, molto spesso, i fondi, non avendo capacità di autogestione, esperienza e know-how, dipendono da quelle che sono le proposte assicurative. È chiaro che l'assicuratore sia un imprenditore commerciale che persegue finalità di profitto: e quindi è giusto chiedersi se le prestazioni e i pacchetti di prevenzione offerti dai fondi siano veramente appropriati. Garantiscono prestazioni di cui gli iscritti hanno bisogno? Si tratta veramente di prestazioni che evitano delle duplicazioni rispetto all'offerta pubblica?

Il braccio di ferro tra mutua non profit e assicurazioni for profit - anche nell'Unione europea dove il dibattito è molto acceso - ha evidenziato come il sistema mutualistico, proprio perché non ha finalità di profitto, tende ad avere un rapporto più centrato sulle esigenze e i bisogni dei propri assistiti, rispetto a società assicuratrici che cercano di massimizzare i propri profitti.

Quindi, il rischio qual è? Se noi andiamo a spostare il focus e pensiamo che la sanità integrativa anziché essere appannaggio dei cittadini stessi - che possono avere sul mercato la possibilità di scegliere varie forme di integrazione sanitaria - sia solo quella derivante dalla contrattazione collettiva aziendale, per di più affidata in gestione a compagnie assicurative, il rischio è che effettivamente si vada a creare questa dicotomia tra diversi tipi di soggetti e che si avvantaggi solo la popolazione attiva tra i 25 e i 65, ovvero quella fascia di popolazione i cui bisogni in ambito sanitario e socioassistenziale sono assolutamente minoritari.

Quindi, la nostra proposta di modello gestionale di mutua no profit, caratterizzata dal principio della porta aperta, dalla democraticità, dalla trasparenza, dalla garanzia dell'assistenza a vita intera, vuole creare una sorta di ponte di solidarietà tra i fondi chiusi negoziali e tutto quel mondo rappresentato dagli "esclusi", ovvero quelle persone che non hanno copertura derivante dal rapporto di lavoro. Noi siamo in grado di garantire l'assistenza sia alle persone che non hanno un contratto di lavoro dipendente o che hanno un reddito basso o precario, perché la vera sfida, parlando anche del tema dell'innovazione sostenibile, è garantire un buon servizio e accesso a tutti. Ad esempio, se il servizio pubblico mi propone una lista d'attesa di cinque mesi per fare una visita specialistica o una Tac, io cittadino la compro sul mercato e quindi scelgo la mutua per non dover anticipare quella spesa oppure per avere il rimborso di quella spesa a prezzo calmierato.

Questa non è, secondo me, una spesa immorale: se una famiglia deve far fare una visita specialistica a un figlio o a un genitore che ha dei tempi di attesa lunghi, credo che andare a reperirla sul mercato non possa essere considerata come una spesa duplicativa, quindi come uno spreco, ma piuttosto come una risposta a un bisogno reale.

Credo che l'altro aspetto sia il ruolo di innovazione che le mutue possono svolgere per dialogare anche con le istituzioni pubbliche, per andare a costruire insieme dei percorsi che servono a non operare soltanto sul contingente, ma anche in una logica di lungo e medio periodo. Sappiamo che una delle urgenze dei prossimi vent'anni è l'invecchiamento della popolazione; so che Regione Lombardia sta facendo un ottimo lavoro per quanto riguarda la programmazione delle cronicità, che potrebbe effettivamente realizzare quelle efficienze che anche noi del sistema mutualistico vorremmo fare. Ma va da sé che nell'ambito della nostra realtà di mutue, che garantiscono assistenza a vita intera, la percentuale di persone anziane croniche è elevatissima e queste persone molto spesso si trovano a dover accedere alle prestazioni di libera professione o nel privato non per scelta, ma per necessità.

Ormai da diversi anni, la libera professione si è aperta; come Mutua CAMPA vorremmo garantire prestazioni avendo anche convenzioni con le strutture pubbliche: non vogliamo quindi esprimere una preferenza a favore del privato rispetto al

pubblico, però va da sé che le strutture sanitarie pubbliche, per una serie di motivazioni legate anche a maggiori aspetti burocratici, non riescono a essere competitive sul lato del prezzo.

In effetti noi verificiamo che le convenzioni fatte con le attività di libera professione di strutture sanitarie ospedaliere pubbliche, hanno costi notevolmente più elevati, anche del 50% rispetto al privato per quanto riguarda la parte chirurgica e del 25-30% per quanto riguarda la parte diagnostica. Quindi, quando si dice che non ci sono regole, che non si sa come i fondi stipulino le convenzioni, si ignora il fatto che in realtà i Fondi che hanno un po' di capacità operativa ed esperienza stipulano convenzioni ricercando il miglior equilibrio nel rapporto costo-beneficio.

Quello che è indubbio è che il pubblico in questo momento non è in grado di realizzare quella competitività che invece riesce a raggiungere il mercato privato. È evidente che se ho delle gravi patologie, che richiedono prestazioni molto importanti o a rischio di vita, è più opportuno rivolgersi a una struttura pubblica, che è in grado di garantire tutta la migliore dotazione tecnologica, ma tutto ciò che riguarda la diagnostica leggera o prestazioni specialistiche più routinarie potrebbe essere delegato al settore privato, più accessibile e flessibile nei tempi e nei modi di offerta.

Un altro aspetto tipico della mutualità non è quello di occuparsi solamente del rimborso della spesa medica, ma anche di promuovere degli stili di vita sani e di realizzare delle campagne di prevenzione, in affiancamento a quelle pubbliche. Le mutue sono espressione della libera iniziativa e capacità dei cittadini di auto organizzarsi e sono strumenti molto flessibili, perché sono in grado di rispondere a delle esigenze molto specifiche.

La sanità integrativa non può dunque essere assimilata alla polizza assicurativa, che anzi rappresenta una distorsione che si verifica quando un fondo sanitario, che non ha la capacità di auto-organizzarsi e di autogestirsi, sceglie di affidarsi a un gestore assicurativo. Le società di mutuo soccorso sono inclusive e si rivolgono alla popolazione con principi e valori che non sono soltanto un *claim*, ma che fanno la differenza rispetto a un fondo la cui *governance* è guidata dalla logica del broker o della compagnia assicurativa. Purtroppo, può capitare che ci si imbatta in quella che formalmente è una Cassa di Assistenza, ma che, se è stata costituita strumentalmente da una compagnia di assicurazione con una *vision* opposta alla finalità assistenziale, contiene nel suo DNA una mutazione genetica.

Spesso si parla di regolamentazione, ma si vogliono le regole per poi poterle aggirare. I bandi di gara di molti appalti pubblici e anche di molte aziende private richiamano l'articolo 51 TUIR per poter godere della deducibilità fiscale, ma di fatto vogliono che queste casse si avvalgano di compagnie di assicurazione, forse perché c'è pregiudizio, si pensa che il terzo settore sia espressione di una realtà un po' naif, basata sul buonismo, sul dilettantismo. In realtà, le mutue contribuiscono a restitui-

ire il pallino in mano ai lavoratori e ai cittadini iscritti, togliendolo a certe logiche esclusivamente lucrative. Credo che sia doveroso colmare il gap della conoscenza per quanto riguarda il ruolo della mutualità, che copre circa un milione di persone.

Un ultimo dato per comprendere la differenza tra profit o non profit. Gli enti che hanno finalità assistenziale non profit restituiscono una quota di prestazioni rispetto ai contributi raccolti, nel caso della mutua che dirigo addirittura dell'85-86%, ma mediamente le mutue della Federazione italiana mutualità arrivano al 75%. Se andiamo a vedere i dati di Fondo Est del contratto del terziario e commercio, tanto per citare un fondo che va per la maggiore, nei primi anni eravamo sui livelli del 25-30%; quindi in realtà il non profit non è soltanto un'etichetta retorica che mettiamo, ma si traduce in vantaggi concreti, tangibili e verificabili.

Ecco, noi vorremmo che la mutualità, la sanità integrativa, fosse costituita di soli soggetti che hanno effettivamente questa finalità assistenziale e questa attenzione esclusiva rispetto ai bisogni dei cittadini e delle persone e che, soprattutto, non cessino la copertura nel momento della pensione.

Possibili scenari futuri e modelli per l'Italia

Davide Croce

Direttore Centro sull'Economia e il Management in Sanità e nel sociale LIUC Business School,
Membro del Comitato Scientifico di Fondazione the Bridge

Per la valutazione e modellizzazione degli scenari di previsione appaiono essenziali cinque dimensioni: popolazione, finanziamento della spesa, adeguatezza del servizio, sviluppo delle tecnologie sanitarie e, infine, dimensione utente/cliente.

Per quanto riguarda la popolazione, le speranze di vita alla nascita, secondo l'Istat, registrano qualche leggero segno di rallentamento, ma d'altra parte veniamo da anni molto importanti in termini di guadagno di sopravvivenza.

Per quanto riguarda il tema della spesa sanitaria, si registra una tendenza alla diminuzione, anche se esiste una capacità di adattamento del Servizio ai bisogni, come dimostra il Piano nazionale cronicità, con la relativa logica di presa in carico.

Oggi stiamo vivendo una trasformazione che ci sta portando dal mondo basato sulle evidenze delle sperimentazioni scientifiche verso il mondo cosiddetto della *real world evidence*, RWE (ovvero i *big data*), ma sono due linee non in contrapposizione. Da tempo si sta sviluppando il grande mondo della RWE, che stiamo imparando poco alla volta a sfruttare, attraverso classificazioni *ex-post*, con lettura delle attività cliniche coerenti e successivi *outcome*.

Gli RCT (*randomized controlled trial*) generano un risultato quantitativo e rispondono alla domanda "se" una determinata tecnologia sanitaria funziona; il "quanto" funziona è stabilito nella pratica clinica: se il trial clinico non è risultato aderente alla realtà, posso trovare risultati nel real world migliori rispetto ai risultati degli RCT (e.g. trattamento farmacologico dell'HCV) oppure peggiori. Lo sviluppo dei RWE passa per meccanismi lontani dalla sanità tradizionale e uno sviluppo del mondo sanitario che sarà molto diverso dall'attuale, fatto anche da nuovi operatori privati, che sicuramente influenzerà il settore pubblico in alcune aree. È abbastanza semplice cogliere i segnali che sta succedendo qualcosa: Samsung entra nel mondo della produzione di farmaci, Facebook vende informazioni sullo stato di salute per eventuali coinvolgimenti nei clinical trail, Amazon si offre per la distribuzione di medical device, e così via.

Il lavoro di analisi qualitativa svolto con alcuni specialisti, al fine di individuare l'impatto su popolazione, finanziamento e altre dimensioni prioritarie, ci mostra sostanzialmente tre possibili scenari rispetto all'attecchimento delle Regioni: Regioni passive, che attendono input esterni, Regioni che potrebbero avere un attecchimento misto oppure Regioni con un attecchimento attivo nell'affrontare i temi che abbiamo individuato.

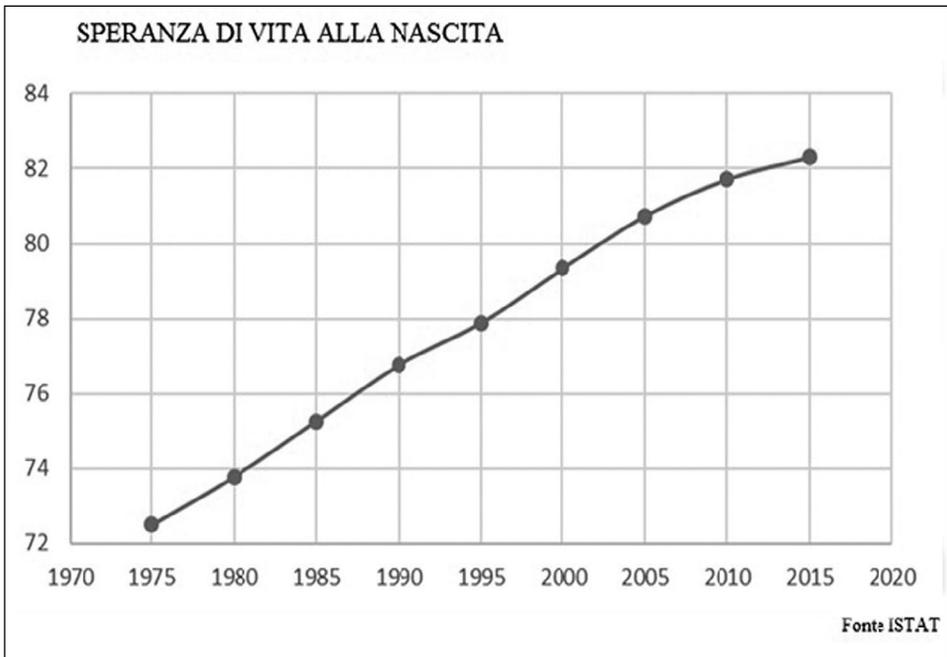
Lo scenario più probabile è quello di una graduale diminuzione dell'intervento pubblico sulle prestazioni specialistiche (diagnostica strumentale e specialistica ambulatoriale) a esclusione di quelle ad alto contenuto tecnologico.

Dal punto di vista del paziente si rischia l'incremento della disuguaglianza geografica, per reddito e per possibilità di accesso, con una richiesta di regolazione.

Sicuramente questo Paese non è in grado di incrementare le risorse del Servizio Sanitario Nazionale e quindi per essere equi dal punto di vista sociale bisogna intervenire rispetto ad alcuni elementi. Per esempio, se parte della popolazione ha la possibilità di avere la sanità integrativa, allora debbo agevolare quelle parti che non ce l'hanno con liste dedicate.

Sappiamo quanta difficoltà abbiamo nel continuare a proporre le stesse prestazioni in un mondo a finanziamento costante ma con i cittadini che premono per bisogni. Se diminuisce il personale per blocco del turn over, il primo taglio nelle aziende ospedaliere sono le visite specialistiche. D'altra parte, ambulatori e laboratori sono il classico campo di azione di assicurazioni e fondi, quindi forse l'equilibrio fra i due mondi ci potrebbe portare a dei vantaggi.

Per la valutazione e modellizzazione degli scenari di previsione, in linea di massima nel nostro mondo appaiono essenziali cinque dimensioni: la popolazione, il finanziamento della spesa, l'adeguatezza del servizio, lo sviluppo delle tecnologie sanitarie e, infine, la dimensione utente/cliente che, come ci insegnano i social network, sta diventando sempre più importante.



Per quanto riguarda la popolazione, secondo l'Istat le speranze di vita alla nascita, nella serie storica 1975/2015, registrano qualche leggero segno di rallentamento, ma d'altra parte veniamo da anni molto importanti in termini di guadagno di sopravvivenza, grazie anche alle tecnologie sanitarie, intese come know-how applicato, come per esempio i percorsi diagnostici terapeutici. Ci sono ancora delle differenze nord-sud e a livello di istruzione, ma questo ci dice qualcosa sull'adeguatezza del nostro modello.

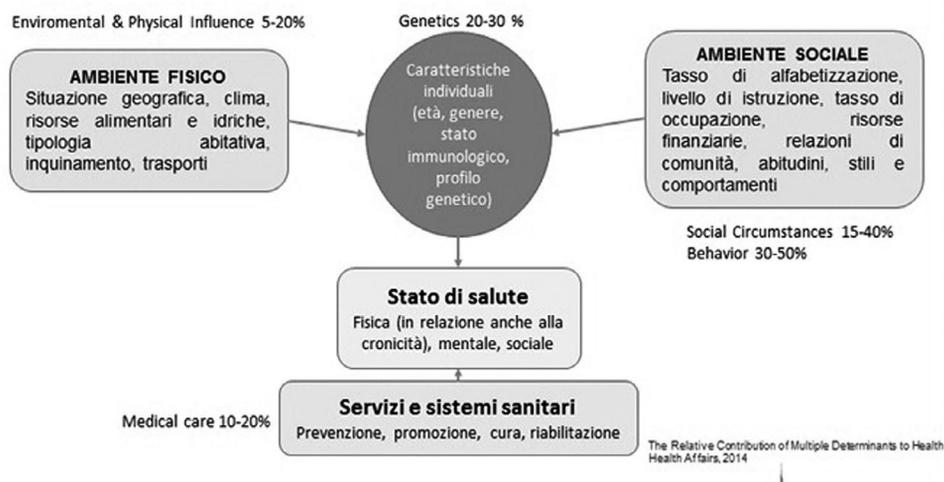
Tavola 1 -

Speranza di vita alla nascita della popolazione al Censimento 2011, per ripartizione, genere e livello di istruzione. Periodo di osservazione dei decessi 2012-2014

RIPARTIZIONE	Femmine				Maschi			
	Livello di istruzione				Livello di istruzione			
	Basso	Medio	Alto	Tutti	Basso	Medio	Alto	Tutti
Nord-ovest	84,7	85,5	86,3	85,2	79,3	81,1	82,7	80,6
Nord-est	84,9	85,5	86,2	85,3	79,6	81,3	82,6	80,7
Centro	84,8	85,3	86,1	85,2	79,6	81,1	82,5	80,8
Mezzogiorno	83,8	84,8	85,6	84,3	78,7	80,3	81,7	79,7
Italia	84,5	85,3	86,0	84,9	79,2	80,9	82,3	80,3

Fonte ISTAT

DETERMINANTI LA SALUTE

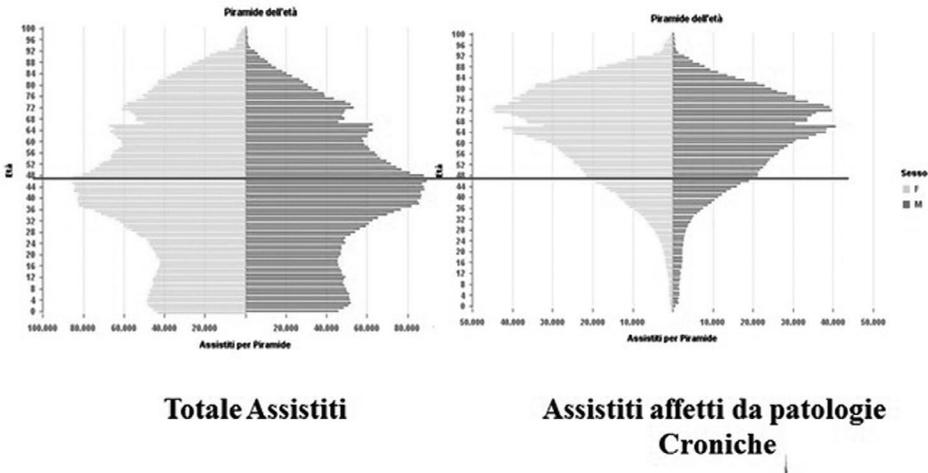


I determinanti di salute sono l'ambiente fisico e l'ambiente sociale, che comprende i comportamenti, la genetica e infine i servizi e sistemi sanitari, che pesano fra il 10 e il 20%. È il nostro comportamento a incidere in maniera preponderante sullo stato di salute: fumo, droga, alcool, obesità, quindi la discussione sullo sviluppo del nostro Servizio dovrà tener conto della prevenzione.

A causa dell'invecchiamento della popolazione, per circa vent'anni ancora si assisterà a un incremento dei tassi di cronicità. Di quanto? Del 2,84%, secondo il dato pubblicato da Regione Lombardia, che tiene conto del tasso medio sulle tre classi di cronicità.

Chi sono (Lombardia)

Per il Consiglio regionale Lombardia, 2013



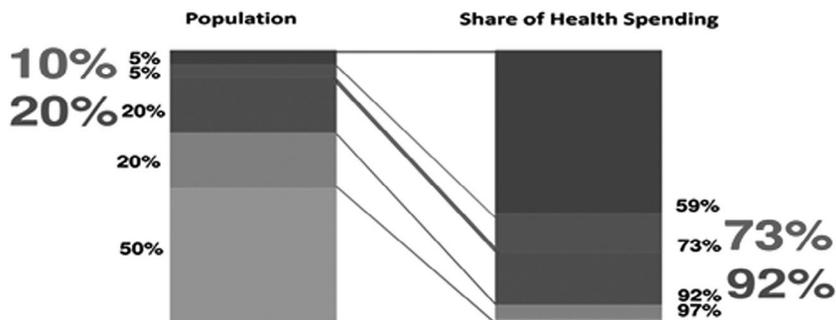
Dobbiamo tenere in considerazione che il periodo di non autosufficienza non è diminuito, ma è stato traslato nel tempo ed è tendenzialmente aumentato. A titolo di esempio, si riportano i dati della Danimarca su spesa sanitaria per popolazione.

Possiamo vedere che registrano gli stessi dati anche la Lombardia e il Veneto, che si concentrano sui pazienti cronici che alimentano il sistema.

Expenditure is highly skewed – in all countries



Denmark (2012)



Source: Institute for Fiscal Studies 2016.

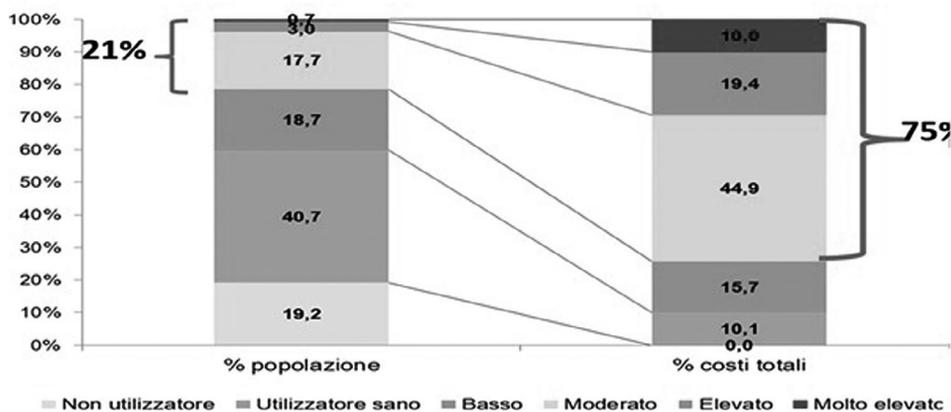
26 October 2017

Resource allocation to purchasers/ regions

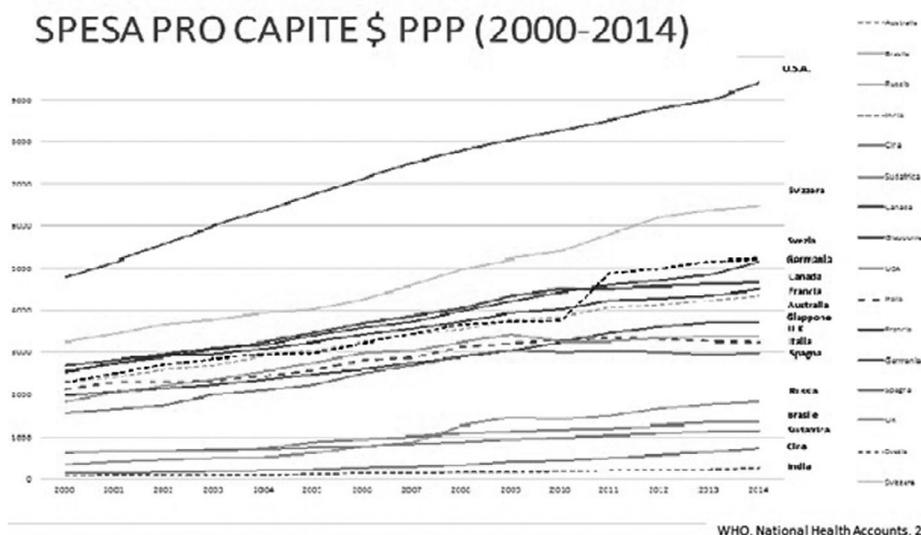
4



Numeri in Veneto (D.Mantovan)



Per quanto riguarda il tema della spesa sanitaria, si registra una tendenza alla diminuzione; dai dati WHO, diapositiva che segue, si evince che la spesa totale pro capite in Spagna e Italia, a parità di potere di acquisto, sta subendo un decremento in valore assoluto anche rispetto agli altri Paesi industrializzati.

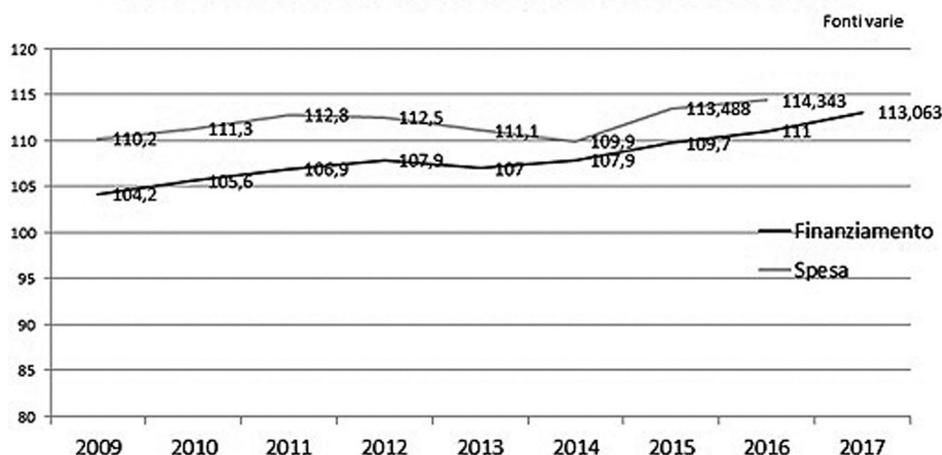


La tavola che segue riporta il dato numerico.

	PUBBLICA				PRIVATA				Fonte: WHO, National Health Accounts, 2013, rielaborazione CREMS	
	Spesa sanitaria totale come % del PIL		Spesa sanitaria pubblica come % spesa totale		Spesa sanitaria out-of-pocket come % spesa totale		Spesa sanitaria assicurata come % spesa totale		Spesa procapite in \$ a PPP	
	2000	2014	2000	2014	2000	2014	2000	2014	2000	2014
Australia	8,08%	9,42%	66,84%	67,04%	19,78%	18,82%	13,38%	14,14%	2.298	4.357
Brasile	7,03%	8,32%	40,30%	46,04%	37,95%	25,47%	21,75%	28,49%	633	1.318
Russia	5,42%	7,07%	59,88%	52,20%	29,97%	45,85%	10,15%	1,95%	370	1.835
India	4,26%	4,69%	26,09%	30,04%	67,86%	62,42%	6,05%	7,54%	85	267
Cina	4,60%	5,55%	38,28%	55,79%	58,98%	31,99%	2,74%	12,22%	133	730
Sudafrica	8,07%	8,80%	40,79%	48,24%	13,68%	6,49%	45,53%	45,27%	622	1.148
Canada	8,67%	10,45%	70,35%	70,93%	15,91%	13,60%	13,74%	15,47%	2.540	4.640
Giappone	7,53%	10,23%	80,81%	83,59%	15,61%	13,91%	3,58%	2,50%	1.973	3.726
USA	13,07%	17,14%	43,26%	48,30%	14,80%	11,05%	41,94%	40,65%	4.788	9.402
Italia	7,91%	9,25%	72,09%	75,61%	25,34%	21,19%	2,57%	3,20%	2.110	3.238
Francia	9,77%	11,54%	79,38%	78,21%	7,10%	6,34%	13,52%	15,45%	2.554	4.508
Germania	10,10%	11,30%	79,17%	76,99%	11,83%	13,20%	9,00%	9,81%	2.692	5.182
Spagna	7,21%	9,03%	71,62%	70,88%	23,58%	24,00%	4,80%	5,12%	1.546	2.965
UK	6,94%	9,12%	79,58%	83,14%	10,99%	9,73%	9,43%	7,13%	1.833	3.376
Svezia	8,18%	11,93%	84,89%	84,03%	13,77%	14,06%	1,34%	1,91%	2.290	5.218
Svizzera	9,91%	11,66%	55,43%	66,00%	32,98%	26,80%	11,59%	7,20%	3.231	6.468

Nel nostro Paese la spesa si sta avvicinando al finanziamento, soprattutto per l'azione del Ministero dell'Economia e Finanza nelle Regioni in piano di rientro.

Finanziamento e costi del SSN anni 2009-2017

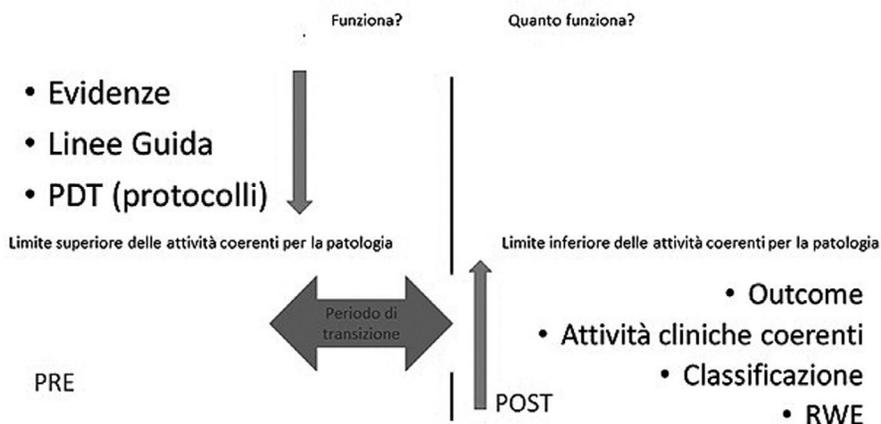


Esiste una capacità di adattamento del Servizio ai bisogni: cito il Piano nazionale cronicità, con la relativa logica di presa in carico, i livelli di giudizio sui ricoveri e sull'adeguatezza per quanto riguarda il servizio specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, e infine una lettura *over all* dell'*outcome*.

Il vero problema riguarda l'applicazione delle riforme in Lombardia e nelle altre regioni (e.g. Veneto) nella presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche.

Una chiave di lettura del cambiamento in essere nel nostro mondo è riportata nella diapositiva che segue.

Evidenze Vs. Real World Evidence



Oggi stiamo vivendo una trasformazione che ci sta portando dal mondo basato sulle evidenze delle sperimentazioni scientifiche verso il mondo detto della *real world evidence*, RWE (ovvero i *big data*), ma sono due linee non in contrapposizione. Il mondo della medicina specialistica (che tanto ha portato in scoperte alla medicina) sta a sinistra della diapositiva con gli studi clinici, gli RCT, che ci portano a dimostrare le evidenze scientifiche, alle quali poi seguono le Linee Guida (a vario livello) e infine l'applicazione locale delle Linee Guida, vale a dire i percorsi diagnostico terapeutici (PDT), che possono o meno contenere dei Protocolli.

Da tempo sta sviluppandosi il grande mondo della RWE, che stiamo imparando poco alla volta a sfruttare, attraverso classificazioni ex-post, con lettura delle attività cliniche coerenti e successivi *outcome*, che è il vero scopo di tutta l'attività del SSN (e non l'*output*).

Il mondo classico della medicina specialistica mi porge il limite superiore di qualsiasi percorso clinico: lo sforzo degli specialisti è teso a individuare lo scibile complessivo, in quanto si deve cautelare rispetto a molte variabili che si possono presentare nel mondo reale con tutti i casi particolari. Il risultato è un lungo "elenco di attività", con le sue derive e a volte inapplicabilità pratiche. Dalla parte destra, il *real world evidence* invece legge classificazioni che portano di solito ad un limite inferiore: il paziente non è perfettamente aderente, tuttavia può avere ottimi *outcome*. Quest'ultima affermazione ci pone di fronte al grande passo futuro della medicina: se ottengo *outcome* a fronte di percorsi non perfetti forse sono proprio questi percorsi non perfetti da perseguire nella pratica.

La verità è che anche se gli RCT (*randomized controlled trial*) generano un risultato quantitativo, però su una classe di popolazione che è selezionata dal protocollo clinico, in realtà rispondono alla domanda "se" una determinata tecnologia sanitaria funziona. Infatti, il "quanto" funziona viene stabilito nella pratica clinica ed è esemplificabile nella classica frase del medico specialista: "Vediamo quando lo proverò sulla mia popolazione". Infatti, se il trial clinico non è risultato aderente alla realtà, si possono avere risultati migliori nel *real world* rispetto a quelli degli RCT (e.g. trattamento farmacologico dell'HCV) oppure peggiori.

Spostarsi da sinistra a destra, cioè riferirsi alla popolazione reale, mi permette di accorgermi di quanto funziona. Insomma, usare i *big data* è la strada del futuro per portare gli RCT verso la misura ex-post.

Tuttavia, nella presa in carico, pretendere che i medici specialisti immersi nel mondo a sinistra ragionino nel mondo a destra è utopistico e probabilmente controproducente. I RWE sono il regno dei MMG e degli internisti e a loro lasciamo gli strumenti di lettura.

Lo sviluppo dei RWE passa per meccanismi lontani dalla sanità tradizionale: ad esempio da gennaio 2018 la release del software dell'iPhone contiene il pacchetto

“Sanità”, mostrandoci uno sviluppo del mondo sanitario che sarà molto diverso dall'attuale, fatto anche da nuovi operatori privati e che sicuramente influenzerà il settore pubblico in alcuni passaggi. È abbastanza semplice cogliere i segnali del fatto che sta succedendo qualcosa: Samsung entra nel mondo della produzione di farmaci, Facebook vende informazioni sullo stato di salute per eventuali coinvolgimenti nei *clinical trail*, Amazon si offre per la distribuzione di *medical device* e così via.

Infine, il mondo a sinistra ci sta portando verso uno sviluppo tecnologico impensabile, ovvero la medicina di precisione e la medicina personalizzata.

Mostriamo dopo tutte queste chiacchiere il lavoro di analisi svolto, ovvero la matrice di impatto sui trend: è una qualitativa realizzata con alcuni specialisti, al fine di individuare l'impatto su popolazione, finanziamento e le altre dimensioni prioritarie.

Matrice di impatto sui trends

	Popolazione	Finanziamento e spesa	Adeguatezza del servizio	Sviluppo tecnologie sanitarie	Utente/cliente
Popolazione	-				
Finanziamento e spesa	Negativo	-			
Adeguatezza del servizio	Negativo	Negativo-Neutro-Positivo	-		
Sviluppo tecnologie sanitarie	Positivo	Negativo-Neutro	Neutro-Positivo	-	
Utente/cliente	Neutro	Negativo	Negativo	Positivo	-

Apparentemente il risultato è negativo e ci mostra sostanzialmente tre risultati di scenario rispetto all'atteggiamento delle Regioni, in Italia titolari dei Servizi Sanitari. Potremmo avere tre atteggiamenti: Regioni passive, che attendono input esterni, Regioni che potrebbero avere un atteggiamento misto oppure Regioni con un atteggiamento attivo nell'affrontare i temi che abbiamo individuato prima.

Sostanzialmente ogni novità tecnologica chiede un cambio organizzativo e spesso i risultati sono negativi da questo punto di vista: è successo nella cura dell'HIV, oggi ci sta succedendo nell'immunoncologia e domani sulla medicina di precisione.

Con dieci operatori abbiamo poi eseguito la pesatura tramite un MCDA (*Multi Criteria Decision Analysis*). Il metodo prevede prima la pesatura dell'importanza delle dimensioni, dopodiché si entra nella fase del giudizio. Lo schema permette di decidere in modo rigoroso il risultato in presenza di numerosi indicatori.

I nostri operatori hanno dato un giudizio complessivo negativo, 0,466, che tuttavia è vicino al limite dello 0,5 (indifferenza).

MCDCA Multi Criteria Decision Analysis

- Indagine attraverso 10 operatori;
- Pesatura delle dimensioni;
- Valori: 0 molto negativo, 0,25 negativo, 0,5 neutro, 0,75 positivo, 1 molto positivo

Risultati

- Pesatura

Popolazione	0,15
Finanziamento e spesa	0,26
Adeguatezza del servizio	0,17
Sviluppo tecnologie sanitarie	0,21
Utente/cliente	0,21
TOTALE	1,00

MCDCA Multi Criteria Decision Analysis

- Valori: 0 molto negativo, 0,25 negativo, 0,5 neutro, 0,75 positivo, 1 molto positivo

Risultati

	scenario 1	scenario 2	scenario 3
Popolazione	0,15	0,072833	0,072833
Finanziamento e spesa	0,26	0	0,065
Adeguatezza del servizio	0,17	0,079167	0,083333
Sviluppo tecnologie sanitarie	0,21	0,114667	0,146667
Utente/cliente	0,21	0,098167	0,098167
TOTALE	1,00	0,364833	0,434

Quindi qual è lo scenario più probabile secondo l'indagine qualitativa svolta?

Graduale diminuzione dell'intervento pubblico sulle prestazioni specialistiche (diagnostica strumentale e specialistica ambulatoriale) a esclusione di quelle ad alto contenuto tecnologico. Incremento complessivo del consumo delle prestazioni sanitarie con particolare riferimento alla diagnostica strumentale, alla specialistica ambulatoriale da parte del cittadino, che rappresenta comunque un bisogno.

Si evidenzia anche la difficoltà del Servizio Sanitario nell'implemento di una maggiore efficienza, che inevitabilmente scivola verso una diminuzione del livello di servizi, anche a causa del cronico eccesso della rete di offerta. Troppi punti di offerta sanitaria, causati da una lunga storia di comunità che si autorganizzavano anche trovando benefattori locali (ad esempio i nostri padiglioni hanno il nome dei benefattori).

Scenario probabile (SSN)

- **Graduale diminuzione dell'intervento pubblico sulle prestazioni specialistiche, ad esclusione di quelle ad alto contenuto tecnologico;**
- **Incremento del consumo di prestazioni sanitarie, con particolare riferimento alla diagnostica strumentale ed alla specialistica ambulatoriale;**
- **Difficoltà del servizio all'incremento dell'efficienza per mancato adeguamento della rete di offerta (eccessiva) e silos di spesa (budget);**
- **Crescita dell'intervento centrale sull'offerta (e.g. DM 70/15, L.208/15);**
- **Difficoltà nell'inserimento delle nuove tecnologie con innalzamento delle barriere all'ingresso e sul prezzo di rimborso.**

Abbiamo poi una previsione di crescita dell'intervento centrale sull'offerta sanitaria delle Regioni, d'altra parte è l'unica cosa che MEF e MiSal possono fare. Hanno avviato questo percorso con la Legge di Stabilità 2016, che peraltro aveva alcuni elementi qualitativi.

Verranno poi innalzate barriere all'inserimento delle nuove tecnologie, anche abbassando il prezzo del rimborso.

Scenario probabile (legislativo e paziente)

- Trasferimento di produzione verso la quota non rimborsabile per le prestazioni specialistiche;
- Inserimento graduale delle prestazioni integrative a supporto di quanto sopra;
- Valore delle prestazioni specialistiche circa 15 miliardi di €;
- Inserimento del mondo dell'assistenza sanitaria privata anche nelle prestazioni di livello tecnico più elevato;
- Rischio di inversione del rapporto output/outcome;
- Incremento della dis-equità geografica e per reddito;
- Richiesta di regolazione.

Dal punto di vista del paziente si è avuto un trasferimento di produzione verso la quota non rimborsabile per prestazioni specialistiche: intermediato o meno dai fondi integrativi oppure pagati direttamente con *out of pocket*. Probabile l'inserimento graduale delle prestazioni integrative a supporto di quanto sopra: teniamo conto che il valore delle prestazioni specialistiche rimborsato dal Servizio Sanitario in Italia è di circa 15 miliardi di €, perciò un leggero spostamento rappresenta un valore monetario importante. Si rischia l'incremento della disegualità geografica per reddito e per possibilità di accesso, con una richiesta di regolazione.

Qual è lo scenario quindi probabile? Sicuramente questo Paese non è in grado di incrementare le risorse sul Servizio Sanitario Nazionale, quindi per essere equi dal punto di vista sociale bisogna intervenire rispetto ad alcuni temi relativi all'accesso e alle barriere. Se, per esempio, parte della popolazione ha la possibilità di avere la sanità integrativa, allora debbo agevolare quelle parti che non ce l'hanno con liste dedicate. Il rischio oggi è di diventare disegui, perché chi è in grado di accedere alla sanità integrativa e poi ha anche la possibilità di ritornare per la prestazione al SSN ottiene due prestazioni, magari impedendo agli altri di accedervi.

Questo è attualmente l'elemento più importante di equità, non dobbiamo chiudere gli occhi, tutti sanno quanta difficoltà abbiamo nel continuare a proporre le stesse prestazioni in un mondo a finanziamento costante ma con i cittadini che premono per bisogni. Se diminuisce il personale per blocco del turn over, cosa che sta

avvenendo più o meno nel nostro Servizio, il primo taglio nelle aziende ospedaliere sono semplicemente le visite specialistiche, perché i primari tendono a mantenere il livello di ricoveri rinunciando agli ambulatori. D'altra parte, abbiamo detto che gli ambulatori e i laboratori sono il classico campo di azione di assicurazioni e fondi e quindi, forse, l'equilibrio fra i due mondi potrebbe portare dei vantaggi. Insisto però sul fatto che sarà necessario regolare l'equilibrio fra i cittadini che oscillano tra queste due entità, pubblico servizio e assicurazioni/fondi.

QUARTA SEZIONE

Il futuro del sistema sanitario: Italia chiama Europa

Proposta di agenda politica

Rosaria Iardino

Presidente Fondazione the Bridge

Quando parliamo di universalismo, il punto cardine è diversificare il concetto di sanità uguale per tutti da quello di sanità uguale per tutti i lavoratori. Incentrare il mantenimento in equilibrio del SSN su strumenti di sanità integrativa legati all'attività professionale comporta dei rischi perché, in un modello che è già misto, lavoratori e disoccupati rischiano di restare fuori dal sistema. Questo non solo non è etico, ma controproducente, considerando anche i costi indiretti di un malato e la sua mancanza di capacità lavorativa e di creare reddito.

Le marcate differenze esistenti tra i Paesi europei rende impossibile la creazione di un Sistema Sanitario comune, ma il tema della salute deve rientrare nell'Agenda Europea, magari attraverso l'istituzione di tavoli formali nei quali si parli di una visione comune di Welfare State in Europa e di sanità. Sarebbe molto importante avere uno scambio tra Stati membri a priori su determinati temi, in modo da poter proporre soluzioni prima delle votazioni. A quanto ci risulta non esiste al momento nulla di simile, ma solo delle agenzie, finanziate dall'Unione europea, esterne alla politica.

L'Italia si trova già oggi, malgrado le critiche, in un sistema sanitario misto, ma questo sistema deve avere delle regole, perché ciò che non è regolato crea distorsioni. Per questo motivo è necessario adottare una nuova forma di governance in materia sanitaria e declinarla nel suo rapporto con le nuove forme assistenzialistiche.

Lo Stato, che ha il dovere di tutelare i cittadini, ha il dovere anche di aiutare i comparti industriali, ma devono esserci delle regole molto chiare che riguardano anche il pubblico, in modo da tenere insieme il valore dell'universalismo e la necessità di una sanità privata.

Quando parliamo di universalismo, il punto cardine è diversificare il concetto di sanità uguale per tutti, da quello di una sanità uguale per tutti i lavoratori.

Incentrare il mantenimento in equilibrio del SSN su strumenti di sanità integrativa legati all'attività professionale, come abbiamo visto, comporta dei rischi. D'altra parte, l'articolo 32 della Costituzione Italiana assicura il sostegno e le cure anche alle persone indigenti e questo valore deve essere sempre tutelato. A esso seguono le altre scelte politiche, come ad esempio quella del 1977 di creare il Sistema Sani-

tario Nazionale e, successivamente, nel 2001, la decisione di modificare il Titolo V e concedere alle Regioni la materia concorrente, creando così il Servizio Sanitario Regionale. Non solo. Partendo dal principio che lo Stato ha l'obbligo di prendere in carico le persone indigenti e dall'orientamento secondo cui i lavoratori pagano una parte di sanità, dobbiamo chiederci se proprio tutti i lavoratori siano sullo stesso piano. La risposta è no; per i lavoratori atipici la situazione non è così e dal sistema restano fuori anche i disoccupati.

Questo significa che, in un modello che oggettivamente è già misto, si sta lasciando indietro una fetta importante di popolazione; tutto ciò, oltre a non essere etico, non è proprio possibile per la produttività del Paese.

Quando gli esperti del settore analizzano la spesa dello Stato e l'investimento sanitario, considerando anche i costi indiretti di un malato e la sua mancanza di capacità lavorativa e di creare reddito, si rende evidente la necessità di fare chiarezza sulla tematica dei lavoratori e l'inclinazione del sistema misto di lasciare indietro qualcuno.

All'interno della questione su come garantire ai cittadini l'equità di accesso alle cure, un tema oggi dibattuto è come poter far rientrare questo argomento nell'Agenda Europea. Da più parti si invoca un sistema di sanità europea, considerato in grado di meglio tutelare le fasce deboli della nostra popolazione. Anche oggi questo tema è stato toccato e la riflessione mi sembra che possa essere sintetizzata in due concetti.

Il primo è che non è possibile e utile invocare una sanità unica in Europa, perché ogni Paese ha adottato modelli diversi, ha storie pregresse differenti e ha una propria propensione a investire quote del PIL diverse in sanità: l'Italia, per esempio, investe poco in salute, ma ha un sistema sanitario molto solido. Far convergere sistemi così diversi sarebbe complicatissimo e non privo di rischi.

Inoltre, oggi, rispetto alla salute, l'Europa ha situazioni così distanti tra loro che è difficile pensare al nostro SSN a favore di un sistema ibrido che rischierebbe di farci tornare indietro, invece di promuovere nuovi diritti.

Porre le basi per una politica sanitaria europea non è possibile, questo va detto con chiarezza, anche perché nel videomessaggio di introduzione si rischiava di percepire che questa ipotesi potesse realizzarsi. Quando si parla di informazione corretta si deve anche rendere chiaro ciò che non può essere fatto.

Pur evitando ogni suggestione europeista in materia sanitaria, tuttavia, credo fortemente che nell'Agenda Europea il tema del benessere dei cittadini europei debba essere maggiormente presente.

Gli italiani sono arrabbiati poiché vedono l'Europa solo come mercato finanziario e ciò accade perché i lavori che l'Unione conduce sul tema del welfare non

vengono comunicati e il cittadino non riesce a comprendere che la tutela del suo benessere è vista in Europa come una priorità.

Da una piccola ricerca che abbiamo portato avanti non ci risulta che, a parte le associazioni private europee che si trovano in network, esistano dei tavoli formali nei quali si parla di una visione comune di Welfare State in Europa e di sanità. Abbiamo delle agenzie, finanziate dall'Unione europea, che trattano questi temi, ma che sono esterne alla politica.

Vorremmo chiedere ai Parlamentari europei di riportare maggiormente negli Stati membri quello che viene legiferato in Europa in tempi utili. Ormai quasi il 70% di quello che gli Stati membri ricevono è l'elaborazione di quello che viene fatto presso il Parlamento europeo e presso la Commissione europea; sarebbe davvero importante avere uno scambio tra Stati membri a priori su determinati temi, non portando solo problemi, ma provando anche a portare delle soluzioni.

Per contribuire a un maggiore interscambio con l'Europa, Fondazione the Bridge vorrebbe divenire un interlocutore in grado di rappresentare, perché presenti al suo interno, associazioni dei pazienti, clinici, industrie, ospedali pubblici e privati accreditati, tutti con la stessa dignità.

Riflettendo su quanto è avvenuto oggi, due punti mi paiono rilevanti: la necessità di un confronto tra i vari stakeholder e la definizione del ruolo dei pazienti.

Il grande assente a questo incontro è il cittadino, non perché non volessimo invitarlo, ma perché abbiamo ritenuto ci fosse la necessità di dialogare con la gente partendo da un'idea già chiara. Sono però presenti le associazioni di pazienti, perché riteniamo siano tra gli attori principali nel comprendere la complessità del garantire le cure a tutti. Soprattutto le associazioni devono saper ragionare in maniera compatta su temi così complessi, avendo la capacità di muovere critiche ove necessario, ma evitando di discutere tra loro su quale patologia possa avere la precedenza rispetto a un'altra.

Ho sentito varie persone criticare il fatto che io parli di sistema sanitario misto, ma ritengo che per il bene del sistema occorra essere onesti e razionali, perciò mi assumo la responsabilità di affermare che l'Italia si trova già oggi in un sistema sanitario misto. Questo sistema deve, però, avere delle regole, e qui si prospetta la possibilità di uniformità di regolamentazione del modello assicurativo, perché ciò che non è regolato crea distorsioni.

Il punto di vista di ognuno di questi stakeholder può arricchire o meno una visione da trasferire al politico, il che non significa influenzare, ma informare correttamente.

Fondazione the Bridge auspica anche la possibilità di creare maggiori momenti di incontro di condivisione di buone pratiche, ma questo è un aspetto da lasciare

allo spirito un po' individuale della passione degli addetti ai lavori, quello di far circolare le informazioni.

Io credo che chi ci rappresenta debba creare dei momenti di condivisione, non “post” ma “pre”; mi piace pensare che si possano “influenzare” le politiche pubbliche o le politiche europee con una discussione prima che l’atto venga votato. Invece, generalmente, si fanno grandi convegni dopo che gli atti vengono votati, in momenti in cui la capacità di incidere è ormai evidentemente molto ridotta.

Infine, la proposta di agenda di Fondazione per l’Italia.

È evidente che noi abbiamo un grande problema: dobbiamo prendere coscienza e consapevolezza di dove sia, in questo momento, la sanità pubblica. Dobbiamo assolutamente adottare una nuova forma di *governance* in materia sanitaria e declinarla nel suo rapporto con le nuove forme assistenzialistiche private, concetto che non si pone in contrasto né con le assicurazioni private, né con le mutue, né con i fondi. Proprio perché lo Stato ha il dovere di tutelare i cittadini, ha il dovere anche di aiutare i comparti industriali, ma devono esserci delle regole molto chiare che non riguardano solo il privato ma anche il pubblico.

Il sistema sanitario universalistico nel nostro Paese è un valore e tale deve rimanere. Senza falsa ipocrisia, tuttavia, va preso atto che ci troviamo in un sistema misto ed essere in un sistema misto non vuol dire necessariamente non essere in un sistema universalistico.

Il grande tema è identificare strategie di sistema che consentano di governare al meglio il passaggio ad un modello misto regolamentato, in grado di tenere insieme il valore dell’universalismo e la necessità di una sanità privata.

Risorse per l'Esercizio Finanziario europeo 2021-2027

Sandro Gozi

Già Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei Ministri in Europa

La necessità di riflettere sui diversi aspetti dell'integrazione europea è condivisa da molti Paesi dell'Unione, non solo dall'Italia, e questa necessità di riflessione coinvolge anche un settore frammentato e diviso come quello sanitario. Tre sono i fattori alla base del successo dell'Europa, tutti molto rilevanti rispetto alla materia della sanità. Il primo è la cooperazione: legislativa, tra sistemi imprenditoriali, tra sistemi normativi, tra Stati; il secondo è la competizione, che stimola a far sempre meglio; il terzo è la solidarietà, che unisce. Tra le ragioni alla base delle odierne divisioni europee si contano la poca cooperazione e la poca solidarietà, che negli ultimi dieci anni hanno portato a un'Unione più debole e più divisa.

L'evoluzione tecnologica impone di regolare realtà assolutamente nuove e alcuni temi riguardano la sanità, relativamente alla libera circolazione dei servizi, dei cittadini e dei lavoratori e all'assenza di una regolamentazione uniforme.

Nella debolezza delle competenze dell'Unione europea in materia di sanità, credo che porre il tema dell'uniformità, dal punto di vista politico, possa essere utile quantomeno per favorire dei processi di convergenza normativa, come abbiamo fatto anche in altri settori in cui l'Unione europea aveva delle competenze non forti.

Due questioni sembrano comuni a molti, se non tutti, i Paesi membri dell'Unione europea: l'assenza di regole comuni in uno spazio di libero mercato e di libera circolazione e la crescente spesa sanitaria privata. Nella prossima legislatura europea si dovrà quindi valutare quali possano essere le possibilità reali di avviare dei processi di convergenza regolatorio-normativa.

Il settore sanitario, ad alta innovazione tecnologica e digitale, è sempre più costoso e abbiamo un costante aumento della domanda di servizi e prestazioni. Questi dati, basta leggere i rapporti dell'OCSE, sono comuni in molti Paesi occidentali e sicuramente sono comuni alla stragrande maggioranza dei paesi membri dell'Unione europea. Ma quando si parla di sanità, non si parla solo di spesa, si parla di un potenziale fattore di successo tecnologico, di produzione, di sicurezza dei lavoratori, di rendimento, tema fondamentale perché la sanità rientri all'interno di alcune strategie di crescita, di innovazione e anche di sviluppo del mercato interno.

Com'è possibile costruire questo percorso? Spingere le Istituzioni europee ad adottare le clausole orizzontali che si trovano nei trattati per la tutela del

consumatore, per la tutela dell'ambiente, costituisce un approccio orizzontale per favorire vari aspetti legati alla sanità.

Per essere incisivi, efficaci e influenti bisogna essere totalmente all'inizio del processo e lo si può fare attraverso le consultazioni di stakeholder e lo scambio di buone prassi: il Fondo sociale europeo plus contiene un aspetto legato alla sanità, tutto da negoziare, il nuovo Programma Horizon, è un altro programma nel quale vedere quanto si potrà dedicare alla ricerca e all'innovazione nel campo della sanità.

Questi temi andranno approfonditi con coloro che rappresenteranno l'Italia e gli italiani al Parlamento europeo, ma certamente c'è un terreno favorevole in Europa.

Dobbiamo vedere come sia possibile, e in che misura, costruire agende europee su alcuni dei temi che abbiamo affrontato. Partiamo dal tema della necessità di riflettere sui molti aspetti dell'integrazione europea, necessità condivisa da molte forze politiche dell'Unione e non solo dall'Italia, per ragionare su un'Europa a misura dei suoi cittadini. In un settore frammentato e diviso come quello sanitario, occorre meditare su come poter rifondare un'Unione europea maggiormente a misura degli europei, che possa essere in grado di offrire protezione. Credo che il proposito per tutti coloro che si candideranno a rappresentare le varie forze politiche alle elezioni del 2019 debba essere la possibilità di ricostruire un'Europa che moltiplichi le protezioni e le sicurezze e regoli le nuove realtà.

Una delle ragioni della crisi dell'Europa oggi è che ha dimenticato questo fattore fondamentale e il successo dell'Europa - e parlo di successo nonostante questi dieci anni di crisi - si è basato su tre fattori, che sono tutti e tre molto rilevanti rispetto alla materia della sanità.

Il primo fattore è la cooperazione che rafforza la cooperazione legislativa, la cooperazione tra sistemi imprenditoriali, la cooperazione tra sistemi normativi, la cooperazione tra Stati; il secondo fattore è la competizione che stimola e uno dei successi nel mercato unico, anche in settori legati alla sanità, è certamente stato lo stimolo determinato dalla competizione. Il terzo elemento è la solidarietà che unisce. Una delle ragioni delle odierne divisioni europee è che negli ultimi dieci anni ci sono state poca cooperazione e poca solidarietà, fatto che ha portato oggi a un'Unione più debole e più divisa.

Qual è uno dei temi fondamentali dal punto di vista del mercato unico? Io mi sono occupato per vent'anni di mercato unico e me ne sono occupato per l'Italia quattro anni e mezzo. Innanzitutto è vero che il mercato unico è chiamato a regolare delle realtà completamente nuove, per via dell'importante evoluzione tecnologica che ci sta investendo, e credo che, dal punto di vista del mercato dei servizi e del mercato digitale, ci siano due temi dai quali partire per affrontare

l'argomento sanità. La prima questione riguarda la libera circolazione dei servizi, dei cittadini (che sono anche pazienti) e dei lavoratori, la seconda è l'assenza di una regolamentazione uniforme: bisogna dunque porsi degli obiettivi e ci si deve fermare a fare un'analisi.

Nella debolezza delle competenze dell'Unione europea in materia di sanità, credo che porre il tema dell'uniformità, dal punto di vista politico, possa essere utile quantomeno per favorire dei processi di convergenza normativa su temi come i Sistemi Sanitari Nazionali, i Fondi strutturali integrativi, le mutue, le polizze assicurative, come abbiamo fatto anche in altri settori in cui l'Unione europea aveva delle competenze non forti.

Una delle ragioni per cui, poi, dobbiamo valutare nella prossima legislatura europea quali potranno essere le possibilità reali di avviare dei processi di convergenza regolatorio-normativa, è determinata dal fatto che anche in questo caso c'è un altissimo rischio di distorsioni. Se le distorsioni sono un altissimo rischio a livello nazionale, figuriamoci in un mercato libero, ma non regolato a livello continentale. Quindi, secondo me, il tema regolatorio, almeno in un processo di convergenza, deve essere al centro di una possibile agenda europea, in un momento in cui si pone con sempre più forza il tema della sostenibilità della sanità pubblica.

In Italia ci confrontiamo con questo tema dal 2012. A livello europeo, anche grazie al lavoro di Parlamentari europei come Patrizia Toia, non limitato agli aspetti macroeconomici o finanziari, ma progressivamente aperto alla dimensione sociale, sono entrati il tema della sanità, il tema della sostenibilità, il tema della valutazione della spesa pubblica in materia sanitaria e il modo di valutarli nei loro vari aspetti. A mio modo di vedere, è un altro tassello di questa agenda per l'Europa che è anche regolatoria, ma non deve essere solo regolatoria.

Poi è evidente che dobbiamo partire, nell'interlocuzione con le istituzioni europee, con i nostri partner di altri Paesi, da altre tendenze e da altri dati che sono comuni. L'Europa invecchia dappertutto, si registra un progressivo invecchiamento delle popolazioni - solo la Francia riesce a fare un po' meglio - e c'è innovazione. Il settore sanitario è ad alta innovazione tecnologica e digitale, è sempre più costoso e abbiamo un costante aumento della domanda di servizi e prestazioni. Questi dati, basta leggere i rapporti dell'OCSE, sono comuni in molti Paesi occidentali e sicuramente sono comuni alla stragrande maggioranza dei paesi membri dell'Unione europea.

Allora, com'è possibile costruire un percorso comune? Ho già detto che esiste una complessa ripartizione di competenze, credo che però occorra innanzitutto verificare se sia possibile avviare un processo di sanità europea, come abbiamo fatto in materia di istruzione o di ricerca; d'altra parte non abbiamo competenze in materia di università, ma il Processo di Bologna ha portato una buona parte di uniformità e

una grandissima convergenza delle università nella valutazione degli studenti. Tutto il sistema dei crediti, le innovazioni che abbiamo inserito nelle università europee sono non il risultato di interventi legislativi a livello europeo, ma il risultato di processi che sono nati fuori dal quadro dell'Unione europea e che poi l'Unione ha fatto propri. Il Processo di Bologna è lampante dal punto di vista della possibilità, in assenza di competenze forti, esclusive o concorrenti, di come possiamo orientare la società europea, in settori fondamentali per i cittadini - l'istruzione come la sanità - verso obiettivi comuni, verso una maggiore compatibilità, verso una maggiore convergenza, verso una maggiore comprensione reciproca delle diverse realtà.

Un approccio orizzontale per favorire gli aspetti legati alla sanità è spingere le Istituzioni europee ad adottare quelle clausole orizzontali che si trovano nei trattati per la tutela del consumatore, per la tutela dell'ambiente.

Un altro obiettivo su cui certamente si può lavorare è incrementare il cosiddetto "*Health in all policies*", la sanità in tutte le politiche, che consiste nel procedere a una valutazione di impatto dal punto di vista sanitario delle politiche proposte, tenendo anche conto della diversità dei sistemi sanitari a livello nazionale.

Nel corso di questo incontro si è parlato di consultazioni e Bruxelles è la patria delle consultazioni degli *stakeholder*. Questa è forse la prima cosa che, nella prossima legislatura, si dovrà chiedere alla nuova Commissione europea e al nuovo Parlamento europeo, perché se c'è una buona prassi che abbiamo importato in Italia dall'Europa è quella delle consultazioni *ex ante*. Lo dico sempre sia ai miei colleghi di Governo sia ai miei studenti: "Per incidere sui processi europei dovete parlare con la Commissione europea quando una proposta, un'iniziativa, una direttiva è ancora negli occhi del capo unità, non del commissario, del capoufficio". È evidente che per essere incisivi, efficaci e influenti bisogna essere totalmente all'inizio del processo.

Fondamentale sarà quindi analizzare le risorse che l'Europa sta negoziando nel nuovo Esercizio Finanziario 2021-2027. C'è un Fondo sociale europeo plus, che contiene un aspetto legato alla sanità, tutto da negoziare: i negoziati sono in corso, ma certamente al suo interno uno degli elementi importanti sarà il tema dei diritti e dell'assistenza ai cittadini, in un'ottica in cui la sanità costituisce anche un fattore per migliorare la forza lavoro e il capitale umano, oltre che uno dei settori ad altissima innovazione tecnologica.

Oltre al Fondo sociale europeo, dal punto di vista della sfida dell'innovazione tecnologica digitale, certamente è da prendere in considerazione il nuovo Programma Horizon, e verificare quanto si potrà dedicare alla ricerca e all'innovazione nel campo della sanità.

Quindi, a mio modo di vedere, si tratterà di approfondire questi temi con coloro che rappresenteranno l'Italia e gli italiani al Parlamento europeo, ma certamente c'è

un terreno favorevole in Europa per discutere di un cambiamento nell'approccio. Io ho imparato che, quando si parla di sanità, non si parla solo di spesa, si parla di un potenziale fattore di successo tecnologico, si parla di un fattore essenziale della produzione, si parla di sicurezza dei lavoratori, si parla anche di rendimento utile per la società.

Queste sono tutte questioni tecniche che andranno presentate agli interlocutori e le interlocutrici che troverete a Bruxelles: dalla possibilità di definire e misurare il rendimento in materia di sanità dipende la possibilità di farla entrare all'interno di alcune strategie di crescita, di innovazione e anche di sviluppo del mercato interno. Strettamente correlati, ci sono l'Health Technology Assessment e l'*iHealth*, quindi tutto il tema della prevenzione dei rischi, della gestione dei network, della libera circolazione. Quest'ultimo argomento non riguarda solo la tessera sanitaria o il turismo sanitario, ma la libera circolazione, nel momento in cui si parla non solo di pazienti ma anche di lavoratori, con il problema delle minacce sanitarie transfrontaliere e, quindi, certamente il tema della prevenzione. La dimensione transnazionale dei temi che si pongono oggi è una delle chiavi di successo per avere ascolto a livello europeo.

Credo che ci sia molto lavoro da fare e, da esperto di questioni europee, lo trovo anche appassionante, perché l'Europa ha sempre costruito nuovi cantieri. Penso che attraverso il dialogo e la consultazione, attraverso lo scambio di idee competenti e attraverso la consapevolezza che ognuno di noi ha il suo ruolo, ma che insieme, giocando di squadra, si possano raggiungere gli obiettivi, credo che possa essere un obiettivo che si dovrà pretendere da coloro che rappresenteranno l'Italia nel 2019 al Parlamento europeo.

Innovazione e collaborazione a livello europeo

Stefano Maullu

Membro del Parlamento europeo, FI Membro del Parlamento europeo, M5S

Bloomberg sostiene che, a livello europeo, la sanità italiana sia estremamente competitiva. Per la mia esperienza in Regione Lombardia come Consigliere Regionale, inoltre, ritengo che l'efficienza della Regione in questo settore sia assolutamente nota, anche rispetto a un confronto internazionale. Mediamente però la spesa sanitaria italiana è inferiore rispetto alla media OCSE di circa 400 dollari per abitante e per quanto riguarda le risorse per il welfare l'Italia è il fanalino di coda a livello europeo. Ciononostante, otteniamo ottimi risultati, anche se c'è un grande differenziale tra nord e sud dell'Italia e una mobilità interregionale in assoluta crescita.

Per riuscire ad affrontare le grandi sfide dei prossimi anni, come l'avanzamento dell'età media e l'aumento delle patologie croniche, bisognerà impedire che la spesa sanitaria subisca tagli. Altra tendenza da contrastare è l'*out of pocket* dei cittadini, che in questo modo cercano di contrastare le lentezze nella prenotazione delle prestazioni.

Il pubblico è una grandissima risorsa e va salvaguardato, vanno tutelati gli IRCCS che costituiscono punte d'avanguardia e bisogna offrire un'attenzione adeguata per i 13 milioni di non autosufficienti.

A livello europeo, occorre lavorare sulle centrali acquisto e sulla valorizzazione del middle management nei ruoli direzionali, inoltre bisogna riuscire a sfruttare i grandi fondi europei, Horizon 2020 e il nuovo FSE, attraverso un lavoro congiunto con i grandi centri di ricerca europei e attraverso un rapporto virtuoso tra sistemi sanitari, università e case farmaceutiche.

A livello europeo la sanità italiana è estremamente competitiva e questo non lo dico certamente io, lo dice Bloomberg rispetto a questi decenni in cui la sanità pubblica è entrata prepotentemente nella nostra vita, lo dice rispetto al livello di assistenza e lo dice anche rispetto alla struttura di medici e paramedici che, nonostante i tagli riproposti di anno in anno, garantisce un servizio di assoluta qualità. In particolare, per quanto riguarda la mia esperienza in Regione Lombardia come Consigliere Regionale, credo che l'efficienza della Regione in questo settore sia assolutamente nota, anche rispetto a un confronto internazionale.

In Italia, però, si spendono in media 3400 dollari per abitante, rispetto alla media OCSE di 4000 dollari, abbiamo risorse per il welfare che sono il 20% in meno rispetto alla Gran Bretagna, il 30% in meno rispetto alla Germania, il 40% in meno rispetto alla Francia e le risorse per la prevenzione sono un po' il fanalino di coda a livello europeo.

Complessivamente però otteniamo ottimi risultati, anche se c'è un grande differenziale tra nord e sud dell'Italia, una mobilità interregionale in assoluta crescita per quanto riguarda patologie specialistiche, penso banalmente al Besta o all'Istituto dei Tumori che raccolgono pazienti di tutta Italia con questa sorta di migrazione che sposta le persone da una parte all'altra della penisola.

Cosa fare? Certamente si può evitare che la spesa sanitaria pubblica venga diminuita, rispetto alle grandi sfide come l'età media che avanza e le patologie croniche che aumentano, ma anche per contrastare sostanzialmente una tendenza che mi pare assolutamente evidente: ormai i cittadini tendono a mettere mano al portafoglio per poter ottenere in maniera molto più rapida quello che normalmente il Servizio Sanitario pubblico non riesce a offrirgli in termini di tempistica. È assolutamente evidente che la salute è una priorità per la quale si fanno sacrifici; i consumi per la spesa privata continuano a oscillare attorno ai 39 miliardi, con una crescita del 5% all'anno, e questo dà il senso di quanto questo trend sia costante, ma soprattutto di quanto diventi interessante per i grandi gruppi privati investire in sanità.

Personalmente credo che il pubblico vada salvaguardato, è una grandissima risorsa, esistono punte di avanguardia nel nostro Paese e gli IRCCS vanno senza ombra di dubbio tutelati e, per questo, la sanità necessita di più risorse. Anche perché non esiste un'attenzione adeguata per i 13 milioni di persone che non sono autosufficienti, bacino d'utenza difficile e delicato, ai quali bisogna dedicare investimenti specifici, anche perché il 61% di questi 13 milioni sono anziani e quindi persone con acuzie, come vengono normalmente definite in sanità.

Il punto di vista europeo credo l'abbia bene affrontato l'on. Toia, con la quale il rapporto è ottimo, e debbo dire che dal punto di vista operativo la delegazione italiana al Parlamento europeo non fa differenze partitiche quando si tratta di lavorare per obiettivi di sistema che servono al Paese.

Credo che da questo punto di vista occorra lavorare sulle centrali d'acquisto, obiettivo importante per abbassare il costo, sull'importanza del *middle management* nei ruoli direzionali, che a mio parere è una delle funzioni operative più delicate insieme all'ingegneria medica. Credo nei progetti che possono mobilitare i grandi fondi europei: lo strumento per eccellenza è Horizon 2020, sul quale occorre fare un lavoro transfrontaliero, in sinergia con i grandi centri di ricerca europei e innescando un rapporto virtuoso tra sistemi sanitari, università e case farmaceutiche. Non dobbiamo poi dimenticarci dei 433 milioni di euro previsti nel nuovo FSE.

Tutto ciò è necessario perché la ricerca sia accompagnata dall'operatività sul campo e quindi anche la progettazione sia fatta seguendo le metodiche che l'Unione europea premia in maniera rilevante: la tendenza all'innovazione e la possibilità di dar vita a sinergie con diversi Paesi dell'Unione, superando quindi la modalità in cui un Paese si propone in termini di sfida con gli altri per l'utilizzo dei fondi.

Integrazione sanitaria per un'Europa più unita

Patrizia Toia

Membro del Parlamento europeo

Le iniziative di confronto sul tema della salute e dell'organizzazione dei sistemi sanitari sono molto importanti perché il Parlamento europeo possa contribuire a formulare le nuove regole in stretta armonia con le esigenze di cittadini, imprese e portatori di interesse.

Anche se la sanità non è una politica di stretta competenza dell'Unione europea, il quadro è talmente disomogeneo anche dal punto di vista della diagnostica essenziale per le malattie che dovrebbero essere le patologie al centro delle nostre priorità, che davvero richiede con urgenza un intervento a livello comunitario. L'impegno delle Istituzioni europee è forte e la salute ha trovato significativo spazio nell'ambito del programma Horizon 2020, attualmente in corso, e continuerà ad averlo anche nel futuro programma Horizon Europe. Essa costituisce uno dei poli tematici del II Pilastro dedicato alle "Sfide globali e competitività industriale". La proposta della Commissione può essere migliorata, soprattutto perché non sottolinea a sufficienza il tema della riabilitazione, dei bambini, delle scienze della vita.

Il II Pilastro non esaurisce le possibilità di ricerca e innovazione nel campo della salute; vi è infatti il I Pilastro dedicato alla "Scienza aperta" con il Consiglio Europeo della Ricerca e le azioni Marie Curie nei quali grande attenzione è posta alla ricerca in ambito sanitario e farmacologico.

Il Parlamento europeo ha chiesto a Carlos Moedas, Commissario per la Ricerca, Scienza e Innovazione, di insistere maggiormente sul tema della salute e il Commissario ha proposto di avviare missioni con ambiziosi obiettivi che avranno ricadute positive sulla società europea. È un'occasione importante per proporre e sviluppare almeno una missione attinente alla salute e sarà l'occasione per sviluppare le capacità tecnologiche e di innovazione della sanità e consolidare l'alleanza tra operatori del settore sanitario e operatori dell'industria.

Le risorse che può mettere in campo l'Unione europea non sono certo infinite ma sono importanti. Per Horizon Europe si tratta di quasi 100 miliardi di euro in base alla proposta della Commissione, 120 miliardi in base agli emendamenti del Parlamento europeo.

In questa alleanza che si vuole prefigurare tra ricercatori, operatori del sistema sanitario, imprese, decisori e tutti coloro chiamati ad esercitare una responsabilità, un ruolo importante nella visione europea è quello dei pazienti e delle Associazioni dei pazienti. Noi riteniamo che siano essenziali, non solo come destinatari di servizi e politiche, ma anche come protagonisti attivi. Essi

non solo possono ma devono essere incoraggiati a dare il loro contributo alla “scienza aperta” e alla “scienza con e per la società”, quest’ultima concretizzata da progetti che mirano a indagare proprio questo aspetto, perché riteniamo che il ruolo del paziente, delle famiglie e delle associazioni debba essere il più attivo e riconosciuto possibile.

Stamattina, insieme a un funzionario europeo, illustravo ad alcuni rappresentanti di piccole e medie imprese tutte le opportunità offerte dai nuovi programmi COSME e InvestEU: è fondamentale che dell’Europa non si parli solo male e che piuttosto si cominci a capire quali opportunità concrete può offrire, in un’attività di “avvicinamento” che avverto come mio compito. Si tratta di un ascolto e di un confronto utili a far maturare idee e posizioni che sono il risultato non solo del nostro pensiero, ma di quello di coloro che ci hanno investito del compito di Deputati e che consideriamo opportuno condividere.

E dunque considero importanti, non lo dico formalmente, l’occasione di questo convegno e l’attività della Fondazione the Bridge, degli osservatori e delle realtà che cercano di fare un’analisi comparata dei nostri sistemi sanitari, così da offrire anche ai decisori politici indicazioni su come migliorare complessivamente tutta questa realtà così importante per i cittadini europei. Occorre imparare dai sistemi più evoluti e in generale da quelli che hanno trovato buone soluzioni, così che l’Europa sia “positivamente contagiosa” fra le realtà dei diversi Paesi che la compongono. Anche laddove non c’è una direttiva che interviene perché il diritto europeo non ha assunto quella responsabilità, c’è comunque una spinta che porta spesso attraverso processi di convergenza, di uniformità, a prefigurare in qualche modo delle linee comuni di lavoro, anche dove non sono cogenti.

Quindi queste iniziative di confronto sul tema della salute e dell’organizzazione dei sistemi sanitari sono molto importanti e, se lo vorrete, potremo organizzare un momento di riflessione anche presso il Parlamento europeo. Stamattina avete discusso del progetto “The Reach”, di cui abbiamo fatto una presentazione anche in Parlamento a gennaio di quest’anno. Voglio dunque assicurare da parte mia la massima disponibilità per dare continuità a questo confronto, oggi magari rapido, ma che potrà dare anche degli utili spunti al mio lavoro.

Come diceva Sandro Gozi, tutti noi ci rendiamo conto che questo è un momento cruciale per l’Unione europea; cruciale in senso negativo, perché ci sono molte spinte alla disgregazione. Se dessimo seguito a questo atteggiamento allora sì che al posto di confrontarci e di cercare di migliorare ci richiuderemmo ciascuno nei nostri angusti ambiti e faremmo il possibile, ma in una chiave molto chiusa. Al contempo è anche un momento cruciale, perché in questi mesi stiamo decidendo l’impostazione di tutte le politiche europee dei prossimi anni e in particolare del periodo

2021-2027. Il Parlamento europeo lavora con un buon anticipo per preparare tutta la legislazione e la programmazione, che poi entrerà in vigore col nuovo bilancio pluriennale e tutti i relativi fondi e programmi: il programma Horizon Europe, che continuerà migliorando Horizon 2020; il programma Digital Europe; i Fondi regionali per la politica di coesione, per lo sviluppo territoriale, per lo sviluppo delle Regioni, che pure intervengono nei settori che hanno ricadute sui sistemi sanitari e sulla vita dei cittadini sotto questo profilo. Non ultime le politiche per le imprese che interessano il settore farmacologico e quello della strumentazione sanitaria e tutta quella parte di industria, che in Italia è anche molto qualificata, che opera per i sistemi sanitari.

Dunque siamo in un momento in cui anche il vostro apporto è determinante perché il Parlamento europeo possa contribuire a formulare le nuove regole in stretta armonia con le esigenze di cittadini, imprese e portatori di interesse.

Tra tante difficoltà e minacce c'è anche tanto lavoro positivo che si sta impostando e che però ha bisogno davvero di una grande partecipazione, di un grande apporto, anche per correggere cose sbagliate che abbiamo fatto o per focalizzarle meglio, o per reindirizzare la via, per dare forma alle politiche dell'Europa di domani. Dobbiamo impostare sin da ora tutto il quadro normativo perché quando sarà dato avvio alla nuova legislatura, la macchina amministrativa europea possa avviarsi prontamente.

Come sapete, la sanità non è una politica di stretta competenza dell'Unione europea, ma vi è una spinta da parte della società civile a che i sistemi sanitari si migliorino comparandosi. La società civile, al di là di singoli episodi, si è europeizzata di fatto e si guarda intorno, vede cosa succede negli altri Paesi: ormai è un fatto condiviso che si debbano avere livelli minimi essenziali di assistenza. Dovremmo far sì che siano progressivamente stabiliti degli standard di base anche a livello europeo così da superare le enormi difformità, come avete già ben illustrato prima del mio intervento. Si tratta di una difformità a me ben presente. Di recente una collega francese molto attiva sul tema della salute ha organizzato un momento di lavoro dedicato alla presentazione dei risultati di una ricerca comparata che raffrontava la diffusione e la qualità dei sistemi diagnostici finalizzati alla prevenzione delle malattie cancerogene. Risultati impressionanti e inaspettati, poiché vi è un significativo divario tra l'Italia e persino alcuni Paesi con un'economia forte e avanzata. C'è un quadro, lo accenno soltanto perché non ho la pretesa di insegnarvelo, talmente disomogeneo anche dal punto di vista della diagnostica essenziale per le malattie che dovrebbero essere le patologie al centro delle nostre priorità, che davvero richiede con urgenza un intervento a livello europeo.

A superare questa difformità saranno i processi di una convergenza che man mano diventa spontanea e saranno gli input che darà il Consiglio alla Commissione

perché proceda: un'Europa che non tiene conto di quello che va migliorato davvero non può far altro che zoppicare.

Io sono un'inguaribile ottimista: fino a pochi anni fa, ad esempio, non c'era una politica energetica europea. Ancor prima che formalmente diventasse parte del Trattato di Lisbona, la spinta per una politica comune per l'energia è arrivata a causa delle difficoltà di approvvigionamento dovute alla guerra tra Russia e Ucraina. In seno al Consiglio europeo, il quale riunisce i Capi di Stato e di governo, in genere così refrattari a mettere insieme le forze e a fare un'Europa più unita, è nata l'idea di una politica energetica europea che in seguito ha fatto passi da gigante dal punto di vista legislativo e delle infrastrutture. Tutto è nato dalla constatazione di un bisogno di un intervento europeo in quel settore.

Quindi, io credo che dovremmo spingere molto anche rispetto a una maggior integrazione nel settore della salute. Voi siete fondamentali affinché la politica sanitaria dell'Unione europea evolva anche sul piano regolamentare e partano azioni forti a supporto del rafforzamento dei sistemi sanitari degli Stati membri in un'ottica universalistica. Universalismo significa diverse declinazioni del rapporto tra pubblico e privato e maggior efficienza ed efficacia dei sistemi: la comparazione dà una spinta molto forte a ridurre il grado di disomogeneità e del conseguente effetto di sfiducia reciproca e di allentamento di quel vincolo di unità.

Costitutivi dell'idea di Europa sono lo stato di diritto, il libero mercato, ma anche lo stato sociale e il welfare, declinato diversamente rispetto alle varie priorità, ma ogni Paese europeo ha in sé la concezione che c'è uno stato di diritto e non solo uno stato di libera economia. Quindi potremmo lavorare di più su questo e ricerche scientifiche che portino avanti una comparazione dei sistemi possono dare una mano. In parallelo, certamente, ci vuole una spinta politica del Consiglio e anche il Parlamento può spingere di più in questo senso.

Di questo dare forma e sostanza alle nuove politiche, desidero sottolineare almeno qualche aspetto. Anzitutto il tema del pilastro sociale al quale faceva riferimento Sandro Gozi e sul quale ha molto spinto il Gruppo dei Socialisti e Democratici europei, al quale appartengo, e che sarà uno dei grandi temi della prossima legislatura europea. Parlare di pilastro sociale non significa solo fare riferimento alla disoccupazione, al lavoro per i giovani o alla *Child Guarantee*, che è una nostra priorità, cioè cominciare a pensare ai diritti dei bambini, alle loro privazioni educative, sanitarie e persino nutritive. Parlare di pilastro sociale significa anche diritto alla salute, come garantirlo e svilupparlo. L'impegno delle Istituzioni europee è forte: la dichiarazione sul pilastro europeo dei diritti sociali è stata sottoscritta congiuntamente dal Parlamento europeo, dal Consiglio e dalla Commissione durante il vertice sociale per l'occupazione equa e la crescita, che si è tenuto il 17 novembre 2017 a Göteborg. Si tratta di un primo importante passo

verso la creazione di una “Unione sociale”, dove la parola sociale comprende la salute.

Il secondo aspetto che voglio sottolineare è relativo all'agenda della ricerca e innovazione. La salute ha trovato significativo spazio nell'ambito del programma Horizon 2020, attualmente in corso, e continuerà ad averlo anche nel futuro programma Horizon Europe. Essa costituisce uno dei poli tematici del II Pilastro dedicato alle “Sfide globali e competitività industriale”. La proposta della Commissione può essere migliorata - non solo in termini di ampliamento della dotazione finanziaria, aspetto peraltro non secondario - soprattutto perché non sottolinea a sufficienza alcuni aspetti che giudico importanti, mi riferisco al tema della riabilitazione, dei bambini, delle scienze della vita. Il II Pilastro non esaurisce le possibilità di ricerca e innovazione nel campo della salute; vi è infatti il I Pilastro dedicato alla “Scienza aperta” con il Consiglio Europeo della Ricerca e le azioni Marie Curie nei quali grande attenzione è posta alla ricerca in ambito sanitario e farmacologico. Vorrei tornare a sottolineare l'importanza del contributo dei portatori di interesse, dei ricercatori, dei professionisti il cui contributo è fondamentale nella definizione delle priorità e dei temi dei programmi specifici e di lavoro che accompagnano il Regolamento Horizon Europe.

Sono convinta che dobbiamo insistere maggiormente sul tema della salute, il Parlamento europeo lo ha chiesto a Carlos Moedas, Commissario per la Ricerca, Scienza e Innovazione. Il Commissario ha proposto di avviare missioni con ambiziosi obiettivi che avranno ricadute positive sulla società europea. È un'occasione importante per proporre e sviluppare almeno una missione attinente alla salute. Sarà anche l'occasione per sviluppare la capacità tecnologica e di innovazione della sanità e consolidare l'alleanza tra operatori del settore sanitario e operatori dell'industria.

Come Parlamento europeo approfondiremo il tema sanitario sotto tutti i profili utili. Penso, ad esempio, al tema della digitalizzazione, che è sviluppato dal programma Digital Europe, volutamente tenuto separato da Mariya Gabriel, Commissaria per l'Economia e la società digitali, così da assicurargli una specificità. Il programma prevede cinque obiettivi specifici, uno dei quali dedicato alla digitalizzazione dell'industria e uno all'e-government e alla Pubblica Amministrazione. Anche questo programma mi sembra alquanto importante e invito caldamente a dare un contributo di proposte e di richiesta di modifiche a me o ai colleghi della Commissione Industria, Energia e Ricerca del Parlamento europeo. Il relatore appartiene al mio Gruppo politico e la relazione con lui è ottima e privilegiata.

I tempi per l'approvazione dei programmi ai quali ho finora fatto riferimento sono strettissimi, perché la volontà di tutte le istituzioni europee è di chiudere questo lavoro entro il termine della legislatura, ovvero i prossimi mesi. Il Parlamento

sta facendo la sua parte e a breve voterà le proposte legislative che saranno poi negoziate con il Consiglio.

Le risorse che può mettere in campo l'Unione europea non sono certo infinite ma sono importanti. Per Horizon Europe si tratta di quasi 100 miliardi di euro in base alla proposta della Commissione, 120 miliardi in base agli emendamenti del Parlamento europeo. Abbiamo il dovere di non sprecare i soldi e quindi chi ha buone idee, buona capacità professionale, deve partecipare e dare un contributo.

Un'ultima annotazione, se mi permettete. In questa alleanza che si vuole prefigurare tra ricercatori, operatori del sistema sanitario, imprese, decisori e tutti coloro chiamati ad esercitare una responsabilità, un ruolo importante nella visione europea, ma penso anche nella vostra, è quello dei pazienti e delle Associazioni dei pazienti. Noi riteniamo che siano essenziali, non solo come destinatari di servizi e politiche, ma anche come protagonisti attivi. Essi non solo possono ma devono essere incoraggiati a dare il loro contributo alla "scienza aperta" e alla "scienza con e per la società", quest'ultima concretizzata da progetti che mirano a indagare proprio questo aspetto, perché riteniamo che il ruolo del paziente, delle famiglie e delle associazioni debba essere il più attivo e riconosciuto possibile.

Quindi, permettetemi di caldeggiare il vostro contributo a dare forma alla legislazione e alle politiche europee, senza lasciare che siano altri a dare una direzione magari non utile. Bisogna agire ora. Aggiungo che nello staff della Rappresentanza italiana a Bruxelles c'è un delegato del Governo italiano, un rappresentante proprio che cura tutto il tema della ricerca, molto attivo, attento e disponibilissimo. Egli segue passo passo il lavoro della Commissione europea, quando ad esempio prepara il Piano di lavoro della ricerca e definisce il quadro e le priorità delle call e dell'erogazione dei finanziamenti.

Ecco, quindi, il mio intervento non vuole che assicurare una disponibilità che mi sento di dire, per quanto riguarda il Gruppo dei Socialisti e Democratici, è molto ampia. Grazie.

Conclusioni

Nel provare a fare una sintesi di quanto emerso nella giornata di lavoro, riteniamo opportuno per prima cosa precisare la posizione politica di Fondazione the Bridge rispetto ai possibili scenari di modifica del nostro SSN.

Da un punto di vista etico e politico, Fondazione è a favore di un sistema sanitario rivolto a tutti, indipendentemente dalla possibilità del singolo di contribuire al suo mantenimento: sarebbe un'ottima cosa se il SSN fosse in grado di essere universalistico, equo, solidale e finanziato con la fiscalità pubblica. La Costituzione sul punto è chiara e a essa bisogna rifarsi quando si ragiona sull'evoluzione del nostro SSN. La decisione di Fondazione di proporre un momento di riflessione sui possibili scenari futuri e sulle interazioni possibili tra pubblico e privato in sanità non nasce, quindi, dal desiderio di abbandonare il sistema universalistico a favore di un diverso sistema, ma dalla constatazione che oggi in Italia il sistema sanitario è di fatto già misto, con un peso del privato che non avrebbe senso ignorare, e che il pubblico da solo non è più in grado di rispondere al bisogno di salute del Paese.

La proposta di ragionare insieme sui possibili scenari futuri nasce dunque da un'analisi dei dati di realtà, che rendono evidente come nel tempo tutta una serie di modifiche siano intervenute a modificare lo scenario della sanità, con un pubblico in sofferenza e un privato che sta assumendo sempre più una funzione suppletiva, senza alcuna strategia regolatoria pubblica e talvolta senza alcun controllo da parte delle Istituzioni preposte. D'atra parte, proprio la necessità di analizzare la situazione per quella che è, non cadendo nella tentazione di assumere una posizione ideologica, fa sì che Fondazione non sia contro il sistema misto, ma cerchi di trovare un equilibrio tra i diversi sistemi che possa al meglio assicurare quell'universalismo verso cui il SSN deve tendere.

A partire da questa presa di posizione netta, da una scelta di campo definitiva, cercheremo di evidenziare alcuni elementi emersi dalle presentazioni e dal dibattito che riteniamo vadano ripresi e approfonditi.

Per chiarezza espositiva desideriamo evidenziare come, quando si affronta il tema del sistema sanitario misto, si tenda a sovrapporre due aspetti tra loro strettamente connessi ma logicamente distinti: il finanziamento e l'erogazione. Un sistema di erogazione privato è da sempre presente nel nostro SSN e ha convissuto con

il servizio pubblico per decine di anni, oggi il problema si sta invece spostando sul finanziamento della sanità, attraverso contratti collettivi che prevedono quote di contribuzione aggiuntive a fronte di prestazioni sanitarie dedicate, oppure la costituzione di Fondi Sanitari regolati in completa autonomia. Richiamando gli elementi di complessità emersi risulterà evidente come esistano criticità in entrambi gli ambiti.

Il primo, su cui tutti concordano, è che la salute è un bene collettivo, garantito e da presidiare, per tutti. Può sembrare una considerazione scontata, ma non lo è se consideriamo il rischio che una progressiva privatizzazione della sanità possa portare indietro di quarant'anni il calendario, verso un sistema sanitario basato sulle mutue e sulle assicurazioni, entrambi sistemi legati essenzialmente al mondo del lavoro. Durante la giornata di confronto il tema della mancanza di garanzie per chi non ha un lavoro stabile è emerso con grande chiarezza: le grandi aziende, il pubblico, le medie imprese, le associazioni di categoria hanno sviluppato, e sono orientate a sviluppare sempre più, sistemi di protezione sanitaria aggiuntiva, mentre per chi il lavoro non ce l'ha, o ha un contratto a termine o semplicemente è un lavoratore autonomo, questa possibilità non esiste. Non solo, in assenza di regole chiare esiste anche il rischio che la copertura assicurativa venga a mancare al momento del pensionamento, all'entrata nella fase della vita in cui ce ne sarebbe più bisogno.

Secondo elemento di criticità emerso: il privato e il pubblico oggi gravitano tutti su uno stesso sistema di offerta che presenta strozzature. Il sistema pubblico si dà regole proprie, di erogazione e di finanziamento, diverse da quelle del privato, che nasce proprio sulla scorta delle difficoltà di accesso ai servizi sanitari pubblici. Se però il privato indirizza i propri assistiti a strutture pubbliche o accreditate è evidente come per il singolo cittadino sia un vantaggio, ma per il sistema di erogazione nel suo complesso no. Non solo, l'esistenza di logiche di pagamento differenti tra pubblico e privato comporta possibili squilibri, che possono essere risolti solo con un'azione congiunta di tutti soggetti coinvolti, pubblici e privati, questi ultimi peraltro caratterizzati da specificità che li differenziano fortemente tra loro.

Terzo aspetto emerso con chiarezza: la cronicità è il tema di oggi e la criticità di domani. Alcune Regioni più virtuose stanno organizzando i propri servizi tenendo conto delle indicazioni del Piano Nazionale della Cronicità del 2016 e nel fare ciò devono necessariamente prevedere un sistema che coinvolga anche le strutture private. È essenziale in questa fase che si definiscano regole chiare su tre punti principali:

- la continuità della cura;
- la prevenzione;
- l'assistenza.

Il primo punto è essenziale per una visione di lungo periodo: posto che il sistema diventi misto, e che gran parte delle soluzioni di sanità integrativa siano legate al mondo del lavoro, è essenziale che vengano definite regole certe rispetto ai lavoratori pensionati.

Una quota molto importante della spesa sanitaria riguarda gli anziani ed è una percentuale destinata a crescere: si stima che oggi il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia speso per la gestione delle malattie croniche e che queste, anche a causa di motivi demografici, nel 2020 rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. Nella regione europea dell'OMS, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono oggi l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo¹. In questa situazione lasciare alla libera iniziativa del sistema sanitario integrativo la regolamentazione dell'equilibrio tra la fase della vita lavorativa, con alti contributi e scarso ricorso alle cure, e quella della terza età, con una situazione opposta, potrebbe essere rischioso.

Anche la prevenzione è un tema importante da approfondire. In una logica di medio/lungo periodo, il privato potrebbe svolgere un'essenziale funzione di supporto del pubblico nella prevenzione di malattie che possono essere fortemente ridimensionate attraverso la diagnosi precoce o l'assunzione di determinati stili o abitudini di vita. Oggi il pubblico investe pochissimo in prevenzione, pagando il conto con costose cure specialistiche che si sarebbero potute evitare: il privato è più attento e spesso interviene con iniziative di prevenzione tra i propri associati. Il problema è capire se e in che misura i due sistemi possano integrarsi. Si deve infatti considerare che lasciare solo al privato la prevenzione sarebbe eticamente impensabile, poiché si verrebbe a legittimare un sistema in cui alcuni potrebbero prendersi cura di sé per tempo e altri verrebbero curati solo al momento dell'urgenza, ma sarebbe altrettanto iniquo impedire a chi, potendoselo permettere, ha deciso di investire nella propria salute. Le iniziative sulla prevenzione sono comunque opportune, sia proposte dal pubblico che dal privato, ma per integrare le logiche sarebbe necessaria una maggiore condivisione, una regia comune. Anche in questo caso i problemi assumono una diversa connotazione se visti dal lato dell'erogazione del servizio o da quello del finanziamento.

Rispetto all'erogazione della prestazione sanitaria integrativa a valenza preventiva, i detrattori del sistema misto sollevano il problema degli esami inutili chiesti solo perché coperti da assicurazione. Il problema certo esiste e ha molto a che vedere con quell'appesantimento delle strutture di offerta cui abbiamo fatto cenno, ma certo

¹ Piano Nazionale della Cronicità, Ministero della Salute, 2016.

non riguarda solo la sanità integrativa: esiste un problema di medicina difensiva che pesa enormemente sulla sanità, così come lo status di liberi professionisti accreditati dei MMG incide sulla loro disponibilità a contrastare le richieste di esami poco utili dei loro pazienti, ed infine Intenet con le sue diagnosi democratiche non aiuta una gestione oculata delle risorse sanitarie. Poiché la prevenzione è uno degli aspetti critici nella convivenza tra pubblico e privato, una riflessione importante dovrebbe riguardare alcune iniziative di screening che il privato offre ai suoi associati, qualche volta giudicate poco utili e con ricadute anche sul sistema pubblico.

Dal punto di vista del finanziamento, invece, il problema assume un'altra valenza. Poiché sempre più spesso la sanità integrativa non è gestita dal singolo ma da associazioni imprenditoriali o sindacali, in una logica di grandi numeri, comportando di fatto per il lavoratore un ulteriore onere aggiuntivo per avere servizi sanitari in caso di bisogno, è lecito chiedersi quale debba essere la funzione regolatoria dello Stato come elemento di equilibrio del sistema sanitario nel suo complesso.

L'ultimo elemento da considerare è l'integrazione tra sanità e assistenza. Parlare oggi di salute con esclusivo riferimento alla sanità è limitante: con una popolazione sempre più anziana, la salute intesa come assenza di malattia deve misurarsi con il problema della non autosufficienza dovuta all'età, con la solitudine, con la necessità di residenzialità, con una disponibilità economica sempre più limitata. In altri Paesi il problema delle assicurazioni per la non autosufficienza è stato da tempo affrontato, mentre nel nostro Paese ci troviamo ancora davanti a un sistema sanitario che non si interfaccia con quello assistenziale. L'integrazione socio-sanitaria, al pari della prevenzione, è uno dei pilastri su cui ogni sistema sanitario deve basarsi: il pubblico da questo punto di vista non fa quasi nulla e in questo caso anche il privato non sembra avere una visione di lungo periodo.

Questi problemi, ma altri ne esistono e si verranno a creare, indicano con evidenza come il sistema sanitario misto necessiti di una regolamentazione complessiva, frutto di una negoziazione tra i diversi *stakeholder*, che consenta di sviluppare sinergie dove oggi c'è sovrapposizione, di garantire la libertà di scelta del singolo ma di mantenere un'effettiva protezione sanitaria della collettività, di evitare squilibri sia nel sistema pubblico che in quello privato.

L'idea di Fondazione the Bridge è che questo intervento regolatorio non possa essere più rimandato e che quindi debba divenire una priorità per il legislatore.

Noi, proprio sulla possibilità di individuare possibili modelli partendo dal confronto delle parti, concentreremo l'attenzione nel 2019.

Appendice

Centro Studi Fondazione the Bridge

Per chiarire i termini

È importante tenere separati l'aspetto dell'erogazione e quello del finanziamento, parlando di sanità e di sistema misto.

SISTEMA BEVERIDGE

Sistema sanitario a orientamento pubblico e fortemente centralizzato nel quale la Salute viene garantita dallo Stato mediante il principio universalistico di accesso alle cure finanziato dalla fiscalità generale.

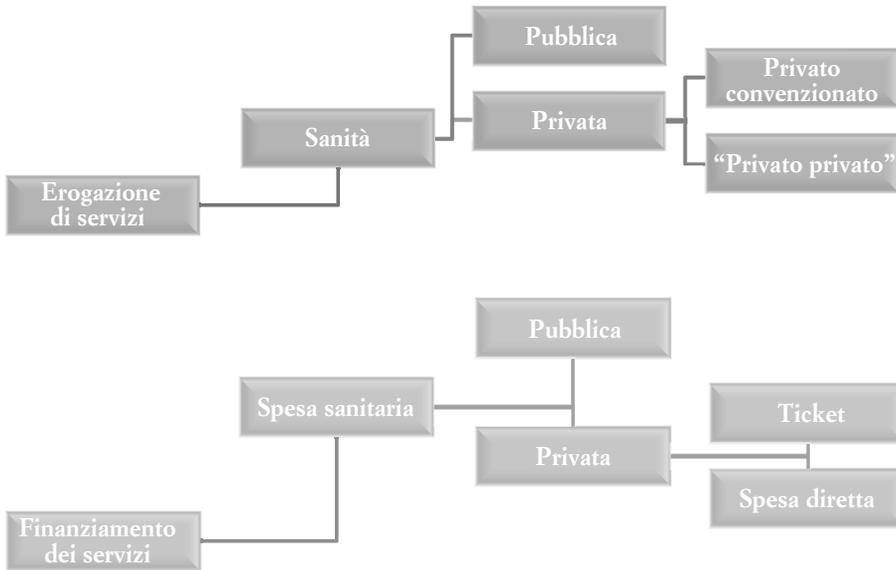
SISTEMA BISMARCK

Sistema sanitario fondato su una struttura decentralizzata, di tipo mutualistico-assicurativo e di orientamento privato, nella quale il bene Salute viene riconosciuto come diritto dei cittadini e viene garantito dallo Stato nei limiti della copertura assicurativa sociale.

SISTEMA MISTO

Ibridazione del sistema pubblico con il privato. Riguarda il campo del finanziamento, della produzione dei servizi sanitari e di erogazione delle cure e prevede che il percorso di cura dei cittadini attraverso le prestazioni sanitarie del SSN, vengano affiancate e integrate con prestazioni sanitarie private "out of pocket".

CARATTERISTICHE DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO



Sanità integrativa

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano è stato istituito nel 1978 con la Legge 23/12/1978 n.878 fondandosi su principio universalistico della cura, ovvero prevedendo l'erogazione di prestazioni mediche gratuite a tutti. È lo stesso SSN a prevedere, però, la possibilità in capo al cittadino di integrare le prestazioni di cui è destinatario con forme di sanità integrative: fondi sanitari, compagnie di assicurazione e enti, casse e società di assistenza e società di mutuo soccorso.

Fondi sanitari

Il Decreto legislativo n.502/1992 ha introdotto nell'Ordinamento italiano la categoria dei fondi sanitari, indicati come "fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale" (art. 9 c.2 D.Lgs 502/92), il cui articolo 1 c.1 definisce finalizzati "a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi".

Compagnie di assicurazioni o assicurazioni sanitarie

Un'assicurazione sanitaria è un'assicurazione che rientra nella categoria delle assicurazioni non obbligatorie. Nella terminologia specialistica e legale, un'assicu-

razione sanitaria può essere definita con termini diversi: assicurazione malattia, assicurazione medica, polizza medica, polizza salute.

Enti, casse e società di assistenza e società di mutuo soccorso

Fondi sanitari con caratteristiche diverse da quelle previste dal D.Lgs n. 502/1992 che erogano qualsiasi tipo di prestazione sanitaria, anche quelle che ricadono nei «livelli essenziali di assistenza» garantiti dal SSN.

Seconda norma di riferimento è il D-Lgs n.229/1999, modificato dai successivi D.P.C.M. 31 marzo 2008 e D.M. 27 ottobre 2009. I fondi sanitari si dividono in :

- **Fondi DOC**

Fondi esclusivamente integrativi del SSN, il cui campo di azione è limitato alle sole prestazioni socio sanitarie e socio assistenziali. Il loro regime fiscale corrisponde all'attuale deducibilità e ai contributi versati entro la soglia annua di 3.615,20 ex art.10 del TIUR. Perciò, i contributi versati per questi fondi godono sempre del beneficio fiscale a prescindere dalla tipologie reddituale prodotta dal soggetto e dalle modalità di adesione al fondo stesso.

Tuttavia, i fondi DOC non appaiono largamente attrattivi per i cittadini poiché di fatto, se si escludono le prestazioni odontoiatriche, non assicurano le principali prestazioni che rientrano nella Spesa Sanitaria. Attualmente, tutti i fondi DOC sono istituiti da compagnie di assicurazione o, comunque, ricorrono al mercato assicurativo;

- **Fondi NON DOC**

Vd. Enti, casse e società di assistenza e società di mutuo soccorso, costituiscono anche tutti i fondi sanitari istituiti dalla Contrattazione Collettiva Nazionale. Il loro beneficio fiscale è equiparato a quello dei fondi DOC a patto che i NON DOC dimostrino di destinare almeno il 20% delle prestazioni a cure odontoiatriche e/o coperture sociosanitarie e/o socio assistenziali.

Spesa “Out of Pocket”

Rappresenta la spesa a carico del singolo cittadino per le prestazioni sanitarie. La spesa sanitaria privata si divide in acquisto di servizi e beni e questi ultimi costituiscono la maggioranza (es. farmaci e occhiali), mentre, per quanto riguarda i servizi, si fa riferimento in larga misura alle cure odontoiatriche, specialistiche e diagnostiche.

Il ricorso alla spesa “out of pocket” trova la sua causa prevalentemente nel problema della scarsa accessibilità al SSN, ad esempio le lunghe liste di attesa o i vari problemi organizzativi e ha costituito, negli ultimi anni, una caratteristica fissa nei budget delle famiglie italiane. In tale categoria, rientrano anche i “*ticket*”, ovvero le quote di compartecipazione del cittadino alla spesa pubblica.

Fonti normative

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502 “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n.229 “*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*”
- Decreto Ministero della Salute 31 marzo 2008 – Decreto Turco
- Decreto Ministeriale 27 ottobre 2009 – Decreto Sacconi

DETTAGLIO SPESA SANITARIA

Spesa sanitaria totale 2017

Nel 2017, la spesa sanitaria totale ha ammontato a 154,04 miliardi di euro, di cui 114,138 miliardi sono coperti dalla spesa pubblica e 39,9 miliardi da spesa privata.

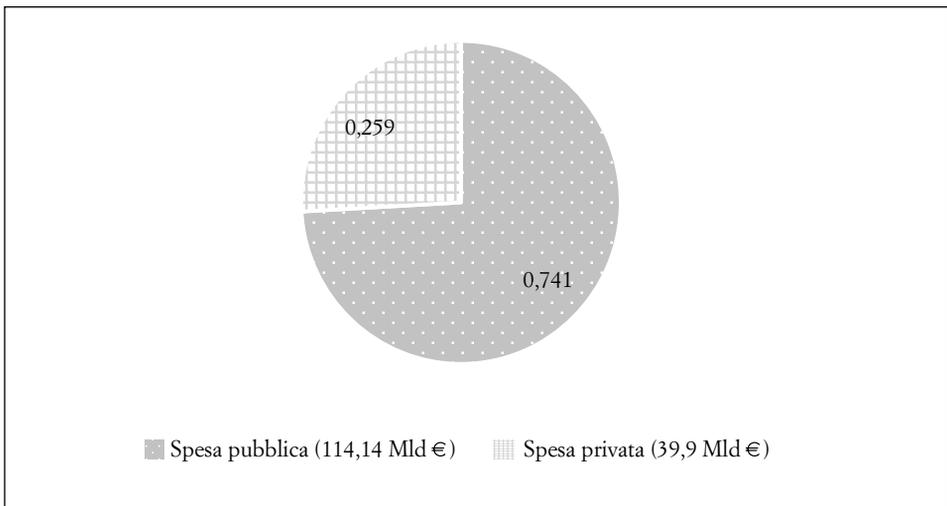


Figura 1. Spesa sanitaria 2017. Elaborazione Fondazione The Bridge su dati CENSIS 2018

Incremento nominale della spesa sanitaria totale (2010 - 2017)

6,7 miliardi di euro

Dal 2010 al 2017, la spesa sanitaria è aumentata di 6,7 miliardi di euro; 6,4 miliardi provengono dalla spesa privata, mentre 336 milioni da quella pubblica.

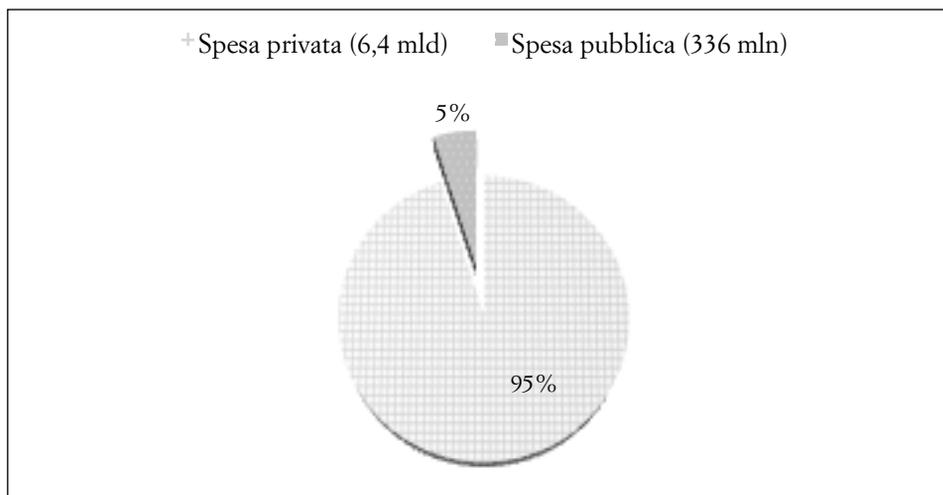


Figura 2. Incremento nominale della spesa sanitaria totale (2010 – 2017). Elaborazione Fondazione The Bridge su dati CENSIS 2018

Quote della spesa sanitaria totale 2010-2017

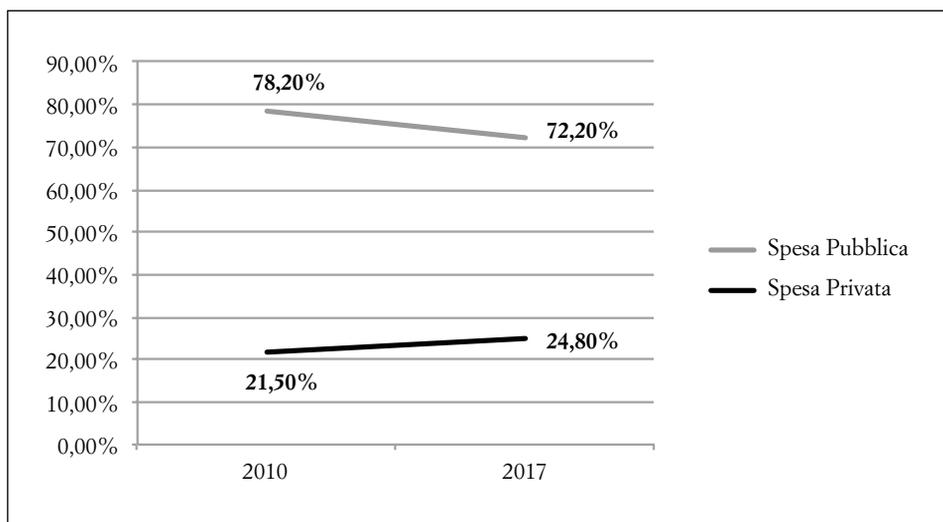


Figura 3. Quote della spesa sanitaria totale (2010-2017). Elaborazione Fondazione The Bridge su dati CENSIS 2018

Tasso di crescita della spesa (2001-2017)

Il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica è in costante diminuzione, accentuata dalla crisi economica che ha investito il nostro Paese. Al contrario, il tasso di crescita della spesa privata è rimasto costante in tutto il periodo considerato. Si

tenga tuttavia presente che la spesa delle famiglie, pur sfiorando i 40 miliardi di , è rimasta stabile al 18% sia nel periodo della crisi (dal 2009 al 2016), sia in quello pre-crisi.

Dunque, è diminuito sì l'investimento pubblico, ma non si ritiene corretto lanciare allarmi e inutili timori per quanto attiene all'investimento privato da parte delle famiglie.

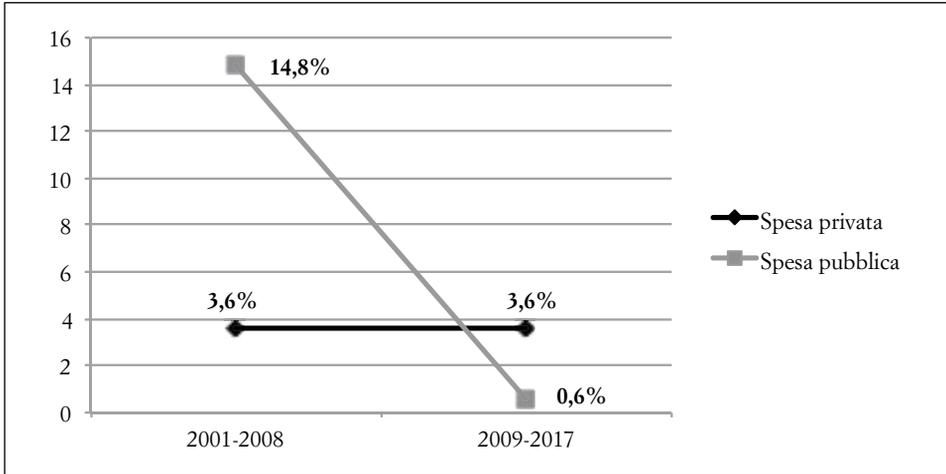


Figura 4. Tasso di crescita della spesa sanitaria. Elaborazione Fondazione The Bridge su dati CENSIS 2018

Finanziamento della spesa sanitaria per regione 2016

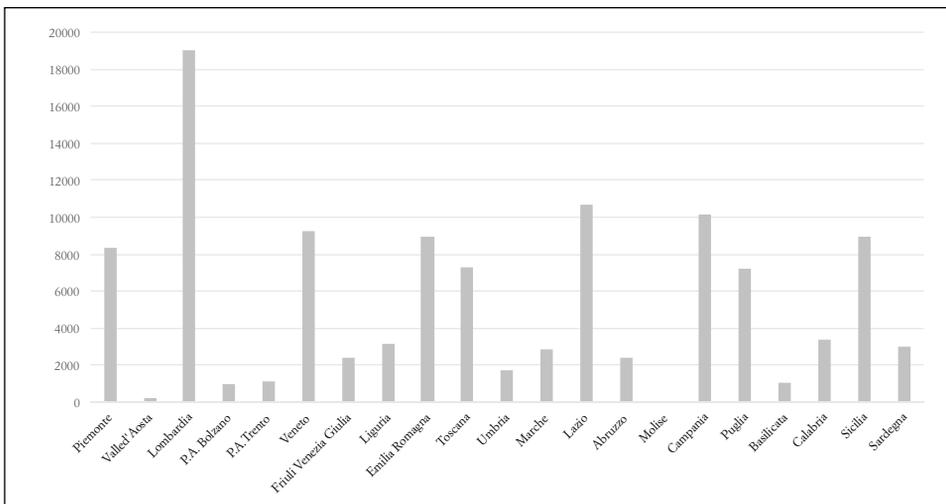


Figura 5. Il finanziamento della spesa sanitaria a livello regionale. Elaborazione Fondazione The Bridge su dati MEF 2017

Rapporto spesa sanitaria pubblica e PIL

	Valore spesa sanitaria pubblica (mld €)	Valore PIL (mld €)	Rapporto PIL/Spesa sanitaria pubblica
2015	112.408,00	1.661.480	6.7
2017	114.789,00	1.768.109	6.6

Tabella 1. Elaborazione Fondazione The Bridge su dati INNOGEA 2017 e OCSE 2018

Rapporto spesa sanitaria pubblica e PIL - Italia/EU15¹

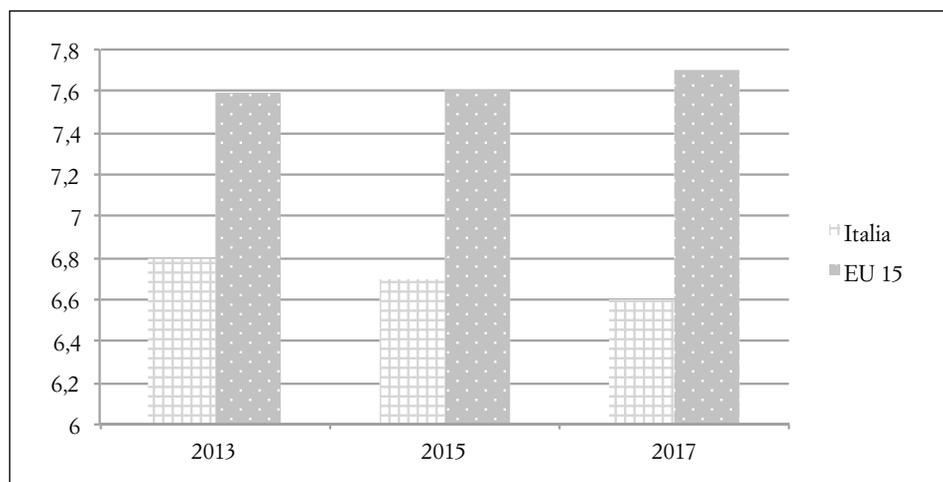


Figura 6. Rapporto spesa sanitaria pubblica e PIL in Europa. Elaborazione Fondazione The Bridge su dati OCSE 2018

Si è scelto di utilizzare come definizione di “EU15” lo studio “Euro Health Consumer Index” 2017 della Health Consumer Powerhouse e i primi 15 Paesi che, secondo tale ricerca, hanno registrato le migliori performance dei propri sistemi sanitari nel 2016.

¹ EU15: Paesi Bassi, Svizzera, Danimarca, Norvegia, Lussemburgo, Finlandia, Germania, Belgio, Islanda, Francia, Austria, Svezia, Slovacchia, Portogallo, Gran Bretagna.

Indici performance sanitarie 2016

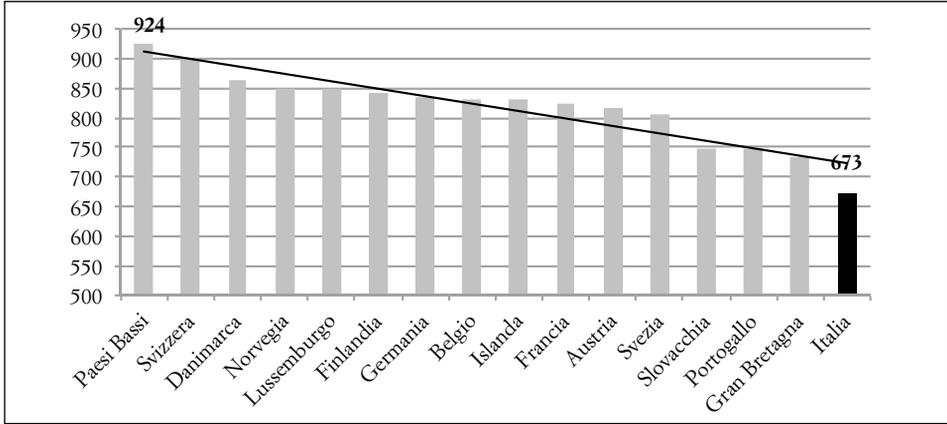


Figura 7. Indici di performance sanitarie in UE 15. Elaborazione Fondazione The Bridge su dati HEALTH CONSUMER POWERHOUSE 2017

Spesa sanitaria privata – Spesa “Out of pocket”

È stata sostenuta da 2 italiani su 3 (44,1 milioni di persone) per un totale di 39,9 miliardi di euro.

Spesa sanitaria privata 2017

La spesa sanitaria privata si è attestata nel 2017 a 39,9 miliardi di euro.

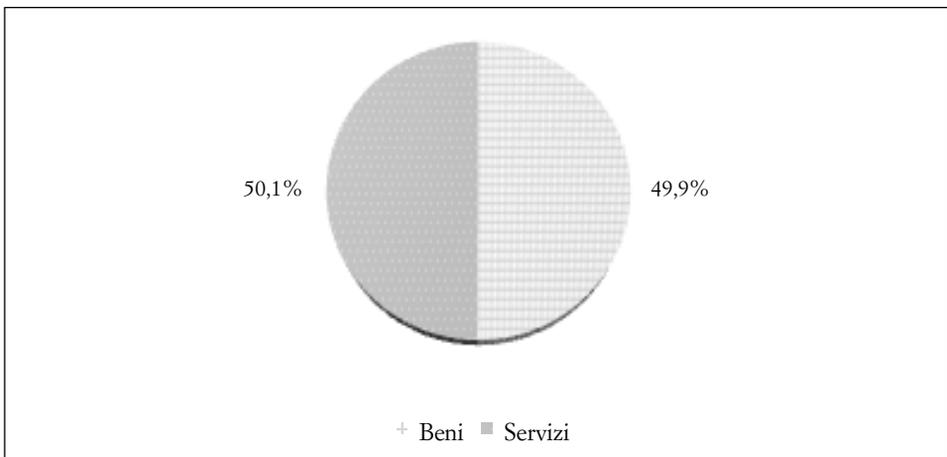


Figura 8. La spesa sanitaria privata in Italia nel 2017 in miliardi di euro. Elaborazione Fondazione The Bridge su dati ISTAT

Utenti della spesa sanitaria privata 2017

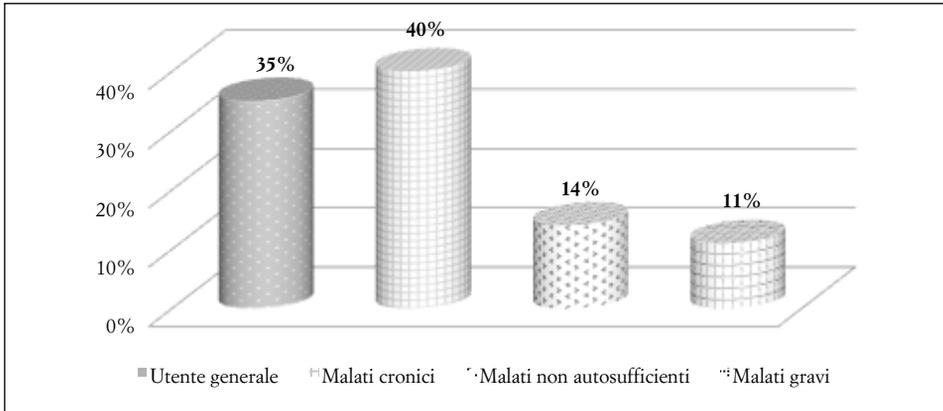


Figura 9. La spesa sanitaria privata in Italia nel 2017: gli utenti. Elaborazione Fondazione The Bridge su dati CENSIS 2018

Soggetti della spesa sanitaria privata 2017 per genere

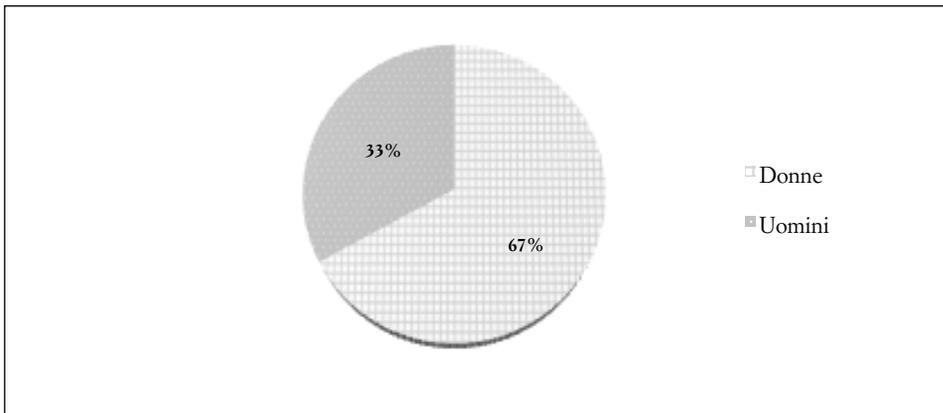


Figura 10. La spesa sanitaria privata in Italia nel 2017: analisi per genere. Elaborazione Fondazione The Bridge su dati CENSIS 2018

Composizione spesa sanitaria privata per l'acquisto di SERVIZI

Si ricorda che i servizi costituiscono il 49,9% della spesa privata.

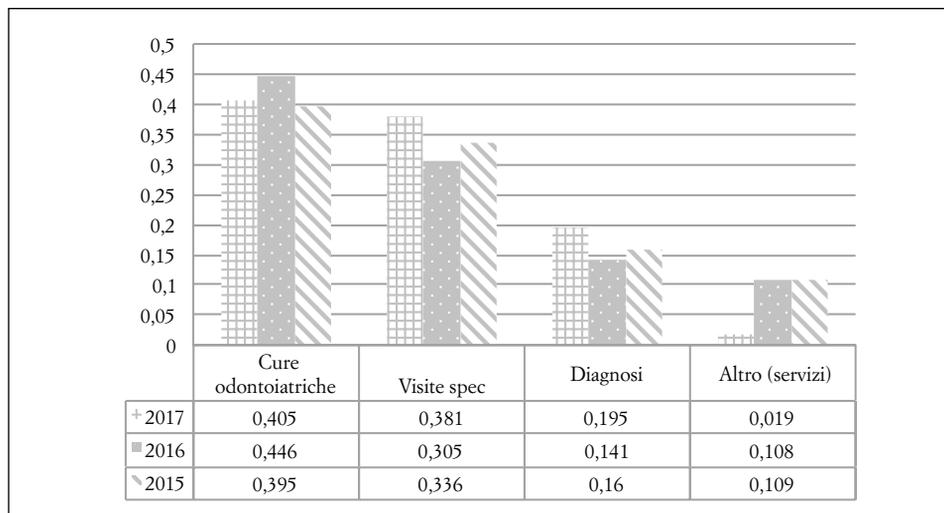


Figura 11. Spesa privata per acquisto di servizi. Elaborazione Fondazione The Bridge su dati CENSIS 2018

Composizione spesa sanitaria privata per l'acquisto di BENI

Si ricorda che i beni costituiscono il 50,1% della spesa privata.

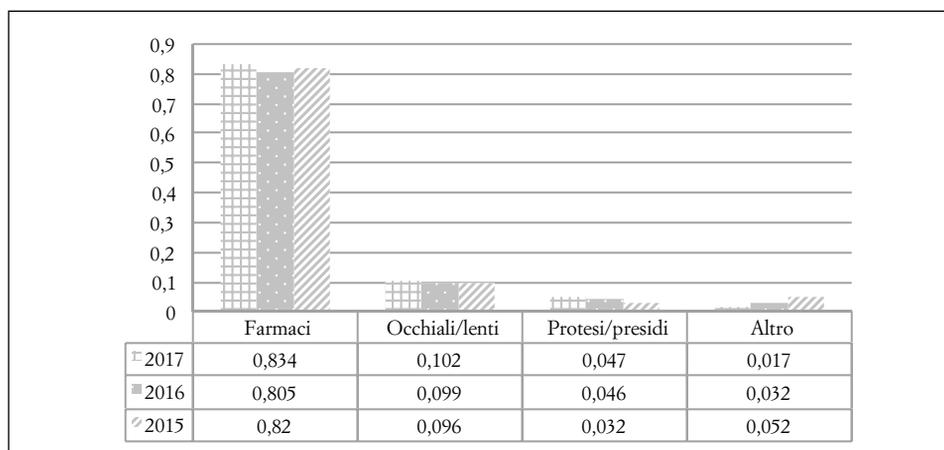


Figura 12. Spesa privata per beni. Elaborazione Fondazione The Bridge su dati CENSIS 2018

Note

1. Le spese per cure extraospedaliere raggiungono il computo più alto di quote dell'intera spesa sanitaria privata;

2. Si stima che il 50% dei cittadini italiani sia ricorso a forme di spesa sanitaria privata a causa della scarsa accessibilità;
3. La spesa attribuibile ai ticket sanitari ammonta a 3,3 miliardi.

Una lettura più in dettaglio dell'out of pocket

In generale si può osservare che

- il 72% degli italiani ha acquistato farmaci per una media di 380 euro;
- il 62% visite specialistiche con una frequenza del 55% per un costo medio di 200 euro per le visite e di 115 euro per gli esami;
- il 55% visite diagnostiche;
- il 38% cure odontoiatriche, le quali risultano maggiormente costose per un ammontare medio di 551 euro;
- il 17% lenti e occhiali e l'8% protesi e presidi. Il costo medio per lenti, occhiali, protesi e presidi è di 200 euro e la loro frequenza è assai più moderata: 17% per i primi due e 8,5% per i secondi.

La cifra degli italiani indebitati per le proprie cure è di 11 milioni: Il 57% per prestazioni sanitarie quali accertamenti di alta specializzazione, terapie e visite specialistiche, mentre il 43% per prestazioni odontoiatriche.

La spesa "out of pocket" incide di più sui redditi bassi: Il 47% degli italiani ha tagliato altri consumi per pagare le spese sanitarie; 2,8 milioni di cittadini italiani hanno venduto immobili o liquidato investimenti mobiliari; oltre 3 milioni (ex classe media), a causa delle spese sanitarie, hanno problemi economici e, di questi, oltre i 2,5 milioni si sono visti costretti a rinunciare ad analisi, cure odontoiatriche e visite specialistiche.

Per comprendere al meglio la composizione della spesa privata – e, dunque, il reale peso a carico dei cittadini – è opportuno fare un'analisi più approfondita delle voci che compongono i quasi 40 miliardi di euro a cui ammonta l'out of pocket relativo al 2017.

Composizione spesa sanitaria privata 2017

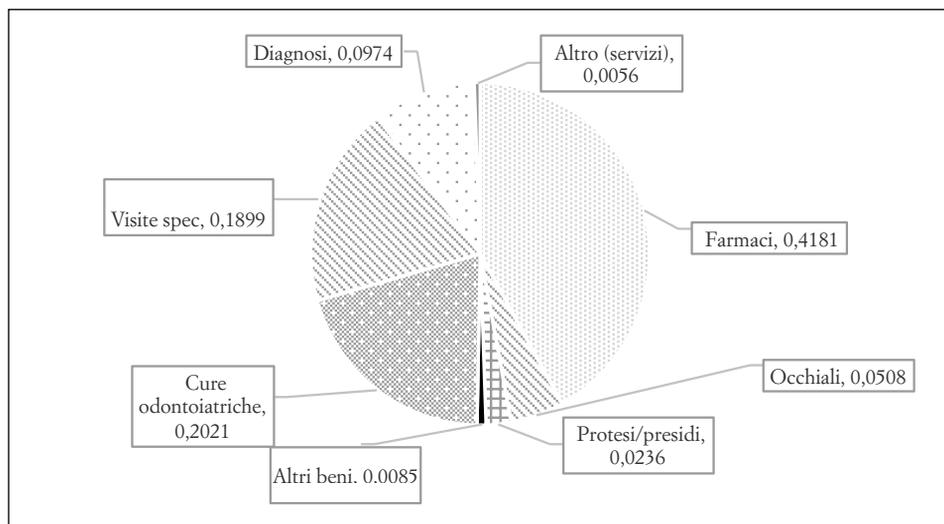


Figura 13. Composizione spesa privata per acquisto di beni e servizi nel 2017. Elaborazione Fondazione The Bridge su dati ISTAT

L'out of pocket è suddivisibile per servizi e prestazioni imputabili 19,9 miliardi di euro (49,9%) beni imputabili 20,0 miliardi di euro (50,1%).

Servizi e prestazioni	Spesa (in miliardi di euro)	Note
Cure odontoiatriche	8,5	non incluse nei LEA
Visite specialistiche	7,5	di cui 1,3 includono ticket
Esami diagnostici	3,8	duplice lettura: si stima che il 50% dei cittadini italiani sia ricorso a forme di spesa sanitaria privata a causa della scarsa accessibilità e delle lunghe lista d'attesa si stima che la percentuale di inappropriately sia alta e variabile dal 30 al 50%, come sottolineato da diversi studi internazionali [OCSE, Eurostat, OMS, 2017; Commissione Europea, 2017].
Altri servizi	0,4	Riguardano principalmente le cure ospedaliere, di cui poco meno della metà per l'assistenza long care.

Beni	Spesa (in miliardi di euro)
Farmaci	16,59
Occhiali e lenti	2
Protesi	0,9
Altri beni	0,3

Attenzione particolare va prestata ai **farmaci**, che rappresentano il 41,8% dell'out of pocket, per un importo di circa 16,6 miliardi di euro ovvero più dell'80% dell'acquisto dei beni [Federfarma, 2018]².

Nel 2017 la spesa farmaceutica “pura” totale (ossia ad esclusione della parte afferente all'omeopatia, parafarmacia, integratori e nutrizionali), pubblica e privata, è stata pari a 29,8 miliardi di euro, di cui il 75% rimborsato dal SSN.

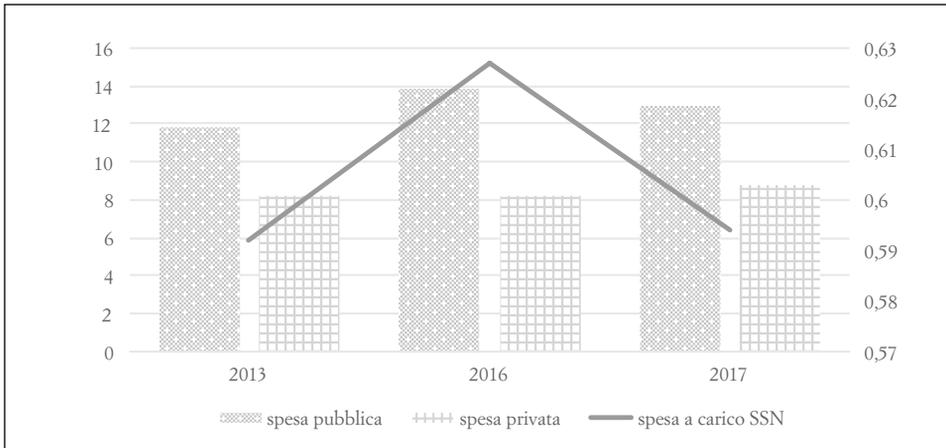
Dunque, la sola spesa medica farmaceutica pura imputabile all'acquisto privato è stata di 13,35 miliardi di euro, in media, per ogni cittadino italiano, la spesa ammonta a circa 492 euro.

Limitandoci alla spesa territoriale, la spesa a carico dei cittadini, comprendente la spesa per compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto erogato al paziente e il prezzo di riferimento), per i medicinali di classe A acquistati privatamente e quella dei farmaci di classe C, ha registrato un aumento del +7,1% rispetto al 2016. A influire sulla variazione è stato l'aumento della spesa per i medicinali di automedicazione (+12,4%) e per i medicinali di Classe C con ricetta (+8,8%), mentre rimane pressoché stabile la spesa per l'acquisto privato di medicinali di fascia A (+0,6%) e la compartecipazione del cittadino (+0,6%).

La spesa per compartecipazione è stata pari a 1.549 milioni di euro, corrispondente a circa 25,60 euro pro capite.

In altri termini, nel complesso nell'ultimo quinquennio è aumentata la spesa a carico dei cittadini, ma proporzionalmente al trend generale della spesa farmaceutica.

² La statistica diffusa in termini di spesa farmaceutica non è univoca e sempre coincidente: dati Osmed, Federfarma, Istat riferiti allo stesso anno, indicano valori di spesa differenti. A motivo di ciò si sceglie di riferire l'analisi attingendo ai valori Osmed e di fare riferimento alle stime di Federfarma e Istat per la ricostruzione dello scenario.



Più in generale, il totale della spesa pubblica riferibile al comparto farmaceutico territoriale è composto come segue:

- 1,3 miliardi per l'acquisto di farmaci di fascia A, ovvero gratuiti o dietro pagamento di ticket solo ed esclusivamente dietro prestazione medica, ma che i cittadini possono acquistare anche per propria volontà;
- 1,6 rappresenta la compartecipazione dell'acquisto di farmaci, di cui 1 miliardo per la scelta di acquistare farmaci brand al posto degli equivalenti;
- 2,9 per l'acquisto di farmaci Classe C con ricetta³;
- 2,8 per farmaci di fascia C non erogati dal SSN e totalmente a carico del cittadino, vendibili anche senza ricetta medica) e per l'acquisto di prodotti di automedicazione⁴;
- 4 miliardi sono destinati a prodotti notificati e integratori, di cui 380 mila euro per prodotti omeopatici ed erboristici e 390 milioni per prodotti nutrizionali;
- 1,5 miliardi per parafarmaci.

³ Nel 2017 la spesa per farmaci in classe C con ricetta è aumentata dell'8,8% principalmente per un incremento delle quantità (+8,5%), mentre i prezzi e l'effetto mix sono rimasti stabili. Il paracetamolo, con 143 milioni di euro, è il principio attivo con la spesa più elevata e rappresenta il 5,0% del totale. Le benzodiazepine sono la categoria a maggior acquisto, rappresentando il 18% della spesa e il 26% delle DDD della classe C con ricetta.

Al secondo posto con una spesa totale di 255 milioni di euro si trovano i farmaci usati nella disfunzione erettile; i contraccettivi orali sono la terza categoria a maggior acquisto (250 milioni di euro), con un consumo stabile negli ultimi quattro anni, pur segnalando notevoli aumenti di consumo per progestinici (+24,7%) e contraccettivi di emergenza (+24,5%).

⁴ Tra i farmaci di automedicazione, al primo posto si trova un farmaco antistaminico di seconda generazione (627 milioni di euro, in aumento del +10% rispetto al 2016) che rappresenta da solo un quinto del totale della spesa dei farmaci di automedicazione, seguito da due farmaci antiinfiammatori non steroidei.

Si osservi infine che nelle diverse Regioni la spesa out-of-pocket è proporzionale al reddito pro-capite e alla qualità dell'offerta pubblica: in altre parole, le famiglie spendono di più nelle Regioni del nord dove l'offerta dei servizi sanitari pubblici è adeguata, mentre quelle del sud si attestano tutte sotto la media, nonostante una qualità peggiore dei servizi.

Dunque, la situazione della spesa privata è complessa e in forte aumento, ma la quota dell'out of pocket di quasi 40 miliardi di euro, alla luce di quanto detto sopra va ridotta a circa 33.

Questa stima scaturisce sia dall'analisi fatta in merito all'acquisto dei farmaci, sia dalla considerazione dell'inappropriatezza dell'acquisto di esami e visite specialistiche.

Dunque, la situazione della spesa privata è complessa e in forte aumento, ma la quota dell'out of pocket di quasi 40 miliardi di euro necessiterebbe di maggiore approfondimento. Abbiamo, infatti, indagato i dati di farmaci e prestazioni inappropriate e da qui si evince come l'out of pocket necessiti di essere ridimensionato e analizzato nel dettaglio, soprattutto per quanto concerne farmaci e prestazioni.

Spesa privata	39.9 mld
inappropriatezza esami e visite (30%)	4,26
inappropriatezza farmaci (10%)	0,13 (fascia A)+0,28 (per farmaci di fascia C senza ricetta medica e automedicazione,
farmaci non rispondenti alla stretta necessità (40%)	1,6 miliardi prodotti notificati e integratori 0,6 miliardi per parafarmaci
Totale	33,03 miliardi di

A fronte di ciò si sottolinea, comunque, che l'ultimo rapporto dell'OCSE (Health at a Glance Europe 2018) evidenzia che in Italia la spesa per sanità è tra le più basse a livello europeo (3.391 dollari vs la media Ocse di 4.003 dollari), sia considerando la sola spesa pubblica, sia anche quella privata; analizzando la spesa sanitaria a parità di potere d'acquisto, l'Italia scende ancor di più rispetto alla media OCSE.

La buona notizia è che, nonostante ciò, dai dati emergono ottimi risultati di salute nel nostro Paese, con un'aspettativa di vita tra le più alte e stili di vita tra i migliori dell'area UE.

Fondazione

theBRIDGE



SCIENZA
TRA CLINICA
E SOCIETÀ

Via R. Lambruschini 36 - 20156 Milano

Tel. 02 36565535 – 346 2369802

<http://www.fondazionethebridge.it/>