



C E N S I S

Unipol
GRUPPO



Welfare Italia 2015
Impatto e potenziale di crescita
della White Economy

**Meccanismi virtuosi di integrazione
pubblico-privato nel welfare territoriale:
domiciliarità versus ospedalizzazione**

Roma, 10 dicembre 2015

INDICE

1. La società invecchia, la domanda cambia: alla ricerca di un nuovo equilibrio	1
2. Le asimmetrie della risposta istituzionale, la molecolarità del mercato, l'acuirsi delle diseguaglianze sociali	4
3. Trovare un nuovo equilibrio nelle traiettorie di spesa: meno ospedale, più territorio	7
4. Rafforzare la domanda che si muove nel mercato privato	12

1. La società invecchia, la domanda cambia: alla ricerca di un nuovo equilibrio

Le ben note dinamiche demografiche che caratterizzano il nostro paese, ma anche con diverse intensità tutte le economie più sviluppate, sono alla base di qualunque riflessione sul futuro assetto del sistema di welfare, per le implicazioni di natura sociale ed economica che ne derivano e per le ripercussioni sulla domanda di salute e sul ricorso ai servizi sanitari.

Lo scenario è chiaro e condiviso, ma è utile ricapitolarne brevemente alcuni tratti: siamo un paese che invecchia e se da un lato si sono allungate le aspettative di vita, dall'altro già oggi ma sempre più nel prossimo futuro, ampio e pluriarticolato è il bacino dei bisogni di cura ed assistenza continuativa, dallo stato di cronicità di alcune malattie alle condizioni di non autosufficienza.

Tra soli 15 anni il numero di residenti con 65 anni ed oltre aumenterà di più di 3 milioni di persone, passando dal 21,7% del totale della popolazione nel 2015 al 26,3% del 2030. Si tratta di 16,5 milioni di anziani, di cui 5,4 milioni con 80 anni e più (tab. 1).

Tab. 1- Popolazione italiana per fasce d'età, 2015 e 2030 (*) (v.a. in milioni e val. %)

	2015		2030	
	v.a.	val. %	v.a.	val. %
0-14	8,4	13,8	7,9	12,5
15-64	39,2	64,5	38,4	61,2
65 e oltre	13,2	21,7	16,5	26,3
80 e oltre	4,0	6,5	5,4	8,6
Totale popolazione	60,8	100	62,8	100
Indice di vecchiaia	157,7		210,1	
Indice di dipendenza	55,1		63,4	

(*) I dati si riferiscono alla popolazione al 1° Gennaio

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

La natura del rapporto tra longevità e condizione di salute è ancora controversa: per un verso si afferma che l'aumento dell'aspettativa di vita comporti solo un aumento degli anni in cui ci si trova in "cattiva salute"; altri invece ritengono che, viceversa, si possa prevedere una concentrazione della morbosità nella età più avanzata, con la conseguenza di un aumento degli anni di "buona salute".

Sta di fatto che la percezione di essere in cattivo stato di salute, che ovviamente aumenta al crescere dell'età, è attualmente propria del 13,2% dei 65-74enni e del 27,1% di coloro che hanno 75 anni ed oltre, pari nel complesso a più di 2,55 milioni di persone. Mantenendo inalterato il tasso di incidenza di tale percezione sulle diverse fasce d'età, è possibile stimare che il cattivo stato di salute potrebbe riguardare nel 2030 più di 3,3 milioni di persone con almeno 65 anni, pari all'82% di tutta la popolazione in cattive condizioni di salute (tab. 2).

Tab. 2 - Condizioni di salute della popolazione italiana per classi di età, 2013 e scenario 2030 (val. % e v.a. in migliaia)

	In cattivo stato di salute (1)			Con due malattie croniche o più (2)		
	val. % sul totale della classe di età	v.a. 2013	v.a. 2030 (3)	val. % sul totale della classe di età	v.a. 2013	v.a. 2030 (3)
fino a 17 anni	0,5	52.748	49.585	4,7	477.169	448.562
18-34 anni	1,3	147.268	144.411	14,5	1.623.450	1.591.951
35-54 anni	3,2	593.614	512.464	26,1	4.791.985	4.136.898
55-64 anni	7,4	572.118	730.873	47,1	3.637.857	4.647.314
65-74 anni	13,2	840.643	1.064.867	62,1	3.966.924	5.025.019
75 anni ed oltre	27,1	1.713.783	2.289.490	76,9	4.856.384	6.487.776
Totale	6,5	3.920.174	4.091.008	32,1	19.353.769	20.197.170

(1) Indicano le modalità "male" o "molto male" alla domanda "Come va in generale la sua salute?"

(2) Malattie croniche: asma, allergia, celiachia(intolleranza al glutine), diabete, ipertensione (pressione arteriosa alta), infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus (emorragia cerebrale, trombosi cerebrale), artrosi, artrite, osteoporosi, tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia), cefalea o emicrania ricorrente, alzheimer, demenze senili, parkinsonismo, depressione, ansietà cronica grave, disturbi del comportamento alimentare (bulimia, cirrosi epatica, malattie della tiroide, insufficienza renale cronica, bronchite cronica, enfisema, altra malattia cronica.

(3) Scenario: Hp. Incidenza inalterata sulle fasce di età (su % 2013).

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

E' proprio nelle classi d'età più avanzate che si concentrano le condizioni di cronicità di alcune malattie, cronicità che condiziona, unitamente alla loro condizione socio-economica, le modalità di rapporto con il welfare che tali cittadini si trovano a dover intrattenere. Se le serie storiche degli ultimi anni evidenziano che la quota di popolazione con malattie croniche si mantiene sostanzialmente stabile, anche da questo punto di vista il fattore anagrafico è ovviamente significativo e concorre a delineare un'utenza attuale e futura di servizi socio-sanitari dai contorni dimensionali e di fabbisogni ben chiari.

Soffermandoci solo su coloro che dichiarano di soffrire di almeno due malattie croniche, è evidente che tale condizione tende ad essere quella prevalente tra la popolazione di età avanzata, e più precisamente riguarda il 62,1% dei 65-74enni e ben il 76,9% degli ultrasettantaquattrenni. Un bacino di domanda di servizi di cura e salute specifici che si compone di 8,8 milioni di anziani (su un totale di oltre 19 milioni di individui con almeno due malattie croniche), ma che l'esercizio di stima mostra in marcata crescita, arrivando nel 2030 a superare gli 11,5 milioni di popolazione con 65 anni ed oltre: nell'arco di tempo considerato il numero di anziani con pluricronicità potrebbe dunque aumentare del 30,5%, a fronte di un incremento medio del 4,4%.

Un ulteriore fenomeno che contribuisce a delineare l'evoluzione della domanda di salute e cura ed il volume di nuova domanda non soddisfatta dall'attuale assetto del sistema di welfare socio-sanitario è quello della non autosufficienza.

Esiste una dimensione particolarmente ampia di bisogni sanitari, sociosanitari e socio assistenziali espressi da persone che hanno limitazioni funzionali più o meno gravi, che si traducono spesso in una domanda di prestazioni continuative e plurisettoriali (e che coinvolge anche l'ambito relazionale), rispetto al cui soddisfacimento oggi sono pesantemente coinvolti i relativi familiari.

I dati Istat al 2013 ci restituiscono l'immagine di un territorio in cui vivono 3,2 milioni di persone con limitazioni funzionali (il 5,5% della popolazione) e quasi tre milioni di famiglie (11,4%) che hanno un proprio familiare con tali limitazioni. Il fenomeno è particolarmente incidente nelle regioni del sud (6,9%) e nelle isole (7,0%).

2. Le asimmetrie della risposta istituzionale, la molecolarità del mercato, l'acuirsi delle diseguaglianze sociali

Nonostante le riforme che si sono succedute negli anni il sistema sanitario nazionale, e più in generale il welfare pubblico, soffre di una marcata asimmetria tra struttura dell'offerta e traiettorie della domanda.

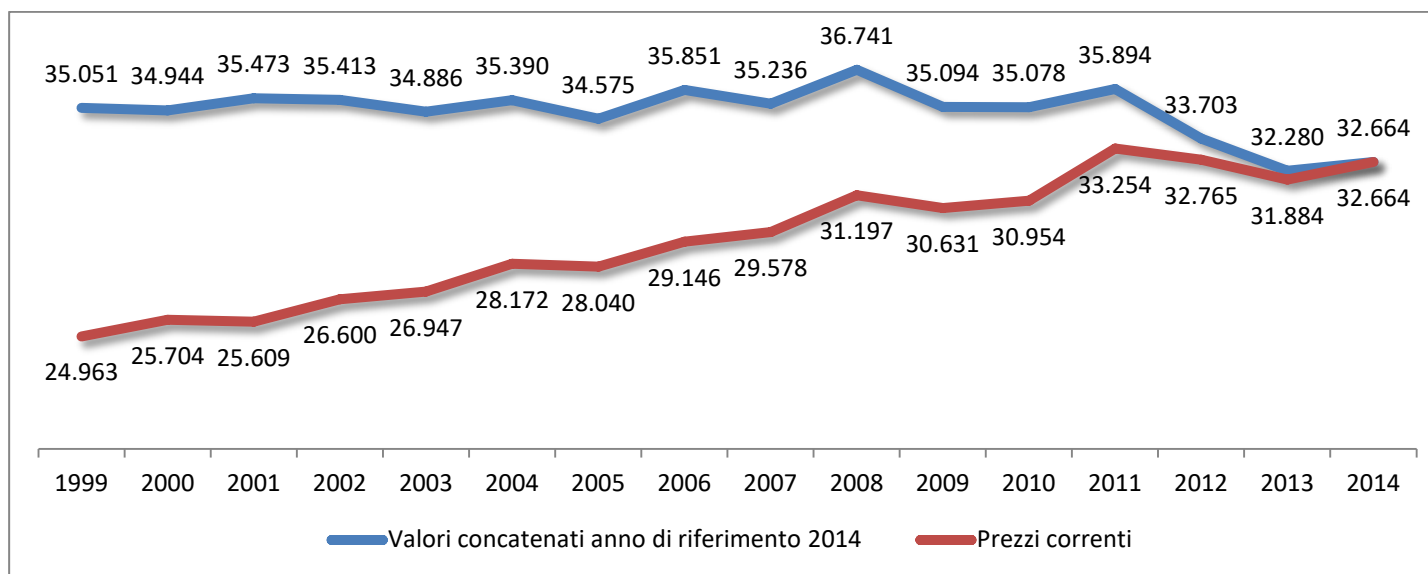
La spesa e le strutture sanitarie sono strutturate – e nonostante le inefficienze e gli aspetti suscettibili di miglioramento, funzionano bene per le acuzie ma segnano il passo di fronte ai bisogni emergenti, alla crescente domanda di personalizzazione e qualità dei servizi.

E' uno scenario complesso, in cui la necessità di contenimento della spesa non riesce a centrare l'obiettivo di promuovere un uso più razionale ed efficace delle risorse. Un welfare che vuole essere universalista non riesce più a dare tutto a tutti, ed anche l'offerta sanitaria si muove troppo lentamente verso un nuovo assetto e non può far fronte alla dinamica incrementale della domanda:

- una domanda che ha reagito in maniera individuale, spontanea, contribuendo a creare un mercato molecolare di servizi socio assistenziali e sociosanitari e che cerca nel privato risposte immediate alle proprie esigenze sanitarie;
- una domanda di prestazioni private che, in parte, si alimenta del persistente interesse degli italiani per la propria salute ed in parte si pone a compensazione della arrancante spesa sanitaria pubblica.

Dal punto di vista della spesa, le eccessive semplificazioni non giovano alla riflessione, soprattutto in un momento in cui le traiettorie e la capacità di spesa sono condizionate dal negativo andamento dell'economia. Comunque, in questi anni di crisi, la spesa sanitaria privata delle famiglie ha subito una lieve flessione in termini reali ed un calo più accentuato in valori costanti, con segnali di ripresa nel 2014, attestandosi sui 32,6 miliardi di euro (fig. 1). Tra il 2007 ed il 2014, in particolare, è cresciuta molto in termini reali, ha manifestato un calo del 7,3% in prezzi costanti, ma ha mantenuto il peso, pari al 3,1%, sul totale della spesa delle famiglie.

Fig. 1 - Spesa sanitaria delle famiglie, milioni di euro correnti e costanti, 1999-2014



Tutte le indagini sui comportamenti di consumo segnalano la sostanziale tenuta delle spese sanitarie private, da un lato, ma l'acuirsi ed espandersi della diseguaglianza sociale, "tra chi può e chi non può" dall'altra, tra chi ha le risorse economiche ma anche culturali per costruirsi una propria rete di tutela e chi finisce per rimanere scoperto; tra chi, ad esempio, evita le liste d'attesa dell'offerta pubblica, ricorrendo al privato (che sempre più spesso pratica costi unitari delle prestazioni molto più sostenibili rispetto a qualche anno fa, soprattutto se messi a confronto con l'ammontare dei ticket) e chi è costretto a rinunciare alle prestazioni, a rinviarle, o ad aspettare i tempi lunghi della sanità italiana.

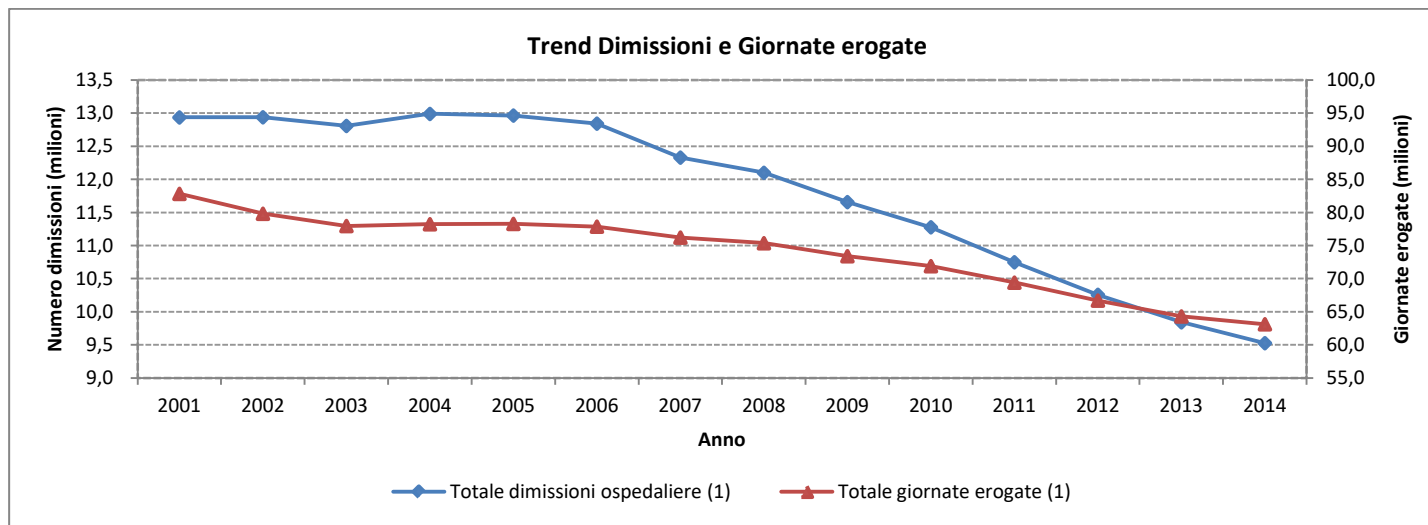
3. Trovare un nuovo equilibrio nelle traiettorie di spesa: meno ospedale, più territorio

La spesa privata delle famiglie destinata alla sanità costituisce ormai una quota rilevante della spesa sanitaria complessiva: i 32,6 miliardi sborsati dalle famiglie si aggiungono ai 110,3 miliardi di spesa pubblica, e rappresentano il 22,8% del totale. Se le istituzioni pubbliche sostengono una spesa sanitaria di quasi 1.815 euro procapite, ogni cittadino aggiunge più di 500 euro annue. Come mettere a valore questo consistente volume di risorse pubbliche e private, evitando che la contrapposizione pubblico-privato acuisca le diseguaglianze di accesso alle prestazioni sanitarie? Come innescare un'integrazione virtuosa pubblico-privato, a livello programmatico, operativo, economico che restituisca il senso di una "buona sanità per tutti"?

Un primo aspetto su cui intervenire è sicuramente la revisione della matrice d'offerta, agendo sulla leva della territorializzazione ed integrazione delle prestazioni di welfare socio sanitario, per rispondere all'evoluzione della domanda di salute e cura, riducendo le disparità territoriali sulle performance e sulla qualità delle prestazioni (processo che in parte e molto faticosamente è stato avviato), ma anche differenziando in base alle esigenze del singolo territorio. I dati di riferimento in proposito sono molteplici ed eloquenti:

- il trend degli indicatori di ospedalizzazione è costantemente decrescente, in termini di numero di posti letto, ricoveri e giornate erogate (fig. 2);
- la percezione di un peggioramento dell'offerta sanitaria pubblica è in aumento e la dimensione territoriale continua ad essere un fattore di diseguaglianza nelle opportunità di accesso alle prestazioni, tanto che sono stati 354.000 gli italiani che nel 2014 sono stati ricoverati in una regione diversa da quella di residenza;
- lo sviluppo del welfare territoriale procede a rilento, ed anche le esperienze positive di integrazione pubblico-privato non fanno ancora "sistema". Tutta la galassia del *long term care*, come già sottolineato, è affidata sostanzialmente alla scelta e alle possibilità delle famiglie.

Fig. 2 - Numero dimissioni e giornate erogate, 2001-2014 (v.a. in milioni)



Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero della salute – SDO

I casi trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) in un decennio sono cresciuti in maniera significativa, superando i 633.000 individui raggiunti, di cui l'83,6% anziani (tab. 3). In media però per ogni caso trattato sono impegnate solo 22 ore annue (tra medici, infermieri, terapisti della riabilitazione e altri operatori).

Per quanto riguarda gli anziani, la quota di presa in carico è più che raddoppiata, passando da circa 19 anziani su 1000 anziani residenti a quasi 42 su 1.000. Ma le differenze regionali sono marcate, il tasso di copertura oscilla tra i 117 anziani su 1.000 dell'Emilia Romagna, ai 4 della Valle D'Aosta. La focalizzazione sul tasso di copertura degli anziani con problematiche di funzionalità, disabilità, autosufficienza permette di eliminare le distorsioni dovute a condizioni di salute differenti nei diversi territori (tab. 4), ma le divaricazioni territoriali appaiono comunque significative, con un nord est che sembrerebbe svolgere un ruolo pionieristico e di stimolo, sfiorando tassi di copertura del servizio del 50% e le altre aree del paese in cui il dato oscilla tra i 20-28% del centro-nord e il 10-13% delle aree meridionali.

Senza entrare nel dettaglio dei dati, un discorso analogo è quello relativo alla residenzialità extraospedaliera: bassi tassi di copertura dei bisogni e differenziazioni regionali, cui si aggiunge la tradizionale diffidenza degli italiani verso tali tipi di strutture.

Tab. 3- Casi trattati in assistenza domiciliare integrata, 2012 e 2010 (v.a. e val. %)

Regione	2010	2012	diff. v.a. 2012-2010	x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	di cui Pazienti Terminali (%)	Pazienti Terminali per 1.000 residenti
Piemonte	28.409	28.375	-34	649	76,3	20,8	14,3	0,9
Valle D`Aosta	192	219	27	171	49,8	3,9	28,3	0,5
Lombardia	99.140	92.297	-6.843	942	86,7	38,7	8,4	0,8
Prov. Auton. Bolzano	712	732	20	144	54,1	4,2	39,8	0,6
Prov. Auton. Trento	5094	5.158	64	973	71,2	34,5	18,0	1,7
Veneto	64.536	67.649	3.113	1.386	81,8	54,2	10,1	1,4
Friuli Venezia Giulia	22.462	24.943	2.481	2.041	73,2	61,4	4,4	0,9
Liguria	16.535	17.500	965	1.118	88,3	35,7	7,8	0,9
Emilia Romagna	126.033	130.637	4.604	2.984	90,5	117,4	1,4	0,4
Toscana	26.413	22.309	-4.104	604	78,3	19,6	16,5	1,0
Umbria	18.283	12.823	-5.460	1.447	85,0	51,7	9,9	1,4
Marche	15.466	14.764	-702	956	71,5	29,6	15,0	1,4
Lazio	59.571	53.895	-5.676	970	85,9	40,2	9,1	0,9
Abruzzo	17.101	17.899	798	1.364	78,5	48,5	15,5	2,1
Molise	2.934	3.008	74	960	81,6	34,8	7,6	0,7
Campania	27.729	37.121	9.392	643	79,6	30,2	13,7	0,9
Puglia	17.185	21.482	4.297	530	79,4	21,6	15,8	0,8
Basilicata	6.953	7.535	582	1.308	85,9	53,9	14,0	1,8
Calabria	12.648	14.550	1.902	743	81,7	31,1	13,8	1,0
Sicilia	18.882	43.313	24.431	866	80,3	36,0	12,1	1,0
Sardegna	10.873	17.568	6.695	1.071	87,0	45,2	8,8	0,9
Italia	597.151	633.777	36.626	1.062	83,6	41,9	9,1	1,0

Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero della Salute

Tab. 4 - Persone anziane (64 ed oltre) che usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare integrata (*), per alcune caratteristiche e regione di residenza. Anno 2013 (val. per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Regioni	Persone con limitazioni funzionali	Con disabilità gravi	Non autosufficienti
Piemonte	13,4	14,4	17,8
Valle d'Aosta	2,5	2,6	3,0
Liguria	23,2	24,7	29,1
Lombardia	26,0	28,5	31,9
Trentino - Alto Adige	14,1	15,9	17,6
Veneto	30,7	33,7	38,0
Friuli-Venezia Giulia	34,8	37,0	41,2
Emilia-Romagna	54,2	57,7	67,3
Toscana	12,9	13,9	17,8
Umbria	30,9	32,5	37,0
Marche	17,1	18,3	20,4
Lazio	26,2	29,2	32,5
Abruzzo	22,4	24,9	25,7
Molise	16,1	17,2	21,4
Campania	10,0	11,1	12,0
Puglia	7,5	8,1	8,7
Basilicata	30,2	36,7	38,8
Calabria	12,3	13,4	15,4
Sicilia	8,3	8,9	10,0
Sardegna	15,5	16,5	19,2
Nord-Ovest	22,0	23,9	27,6
Nord-Est	40,2	43,5	49,7
Centro	21,0	22,9	26,7
Sud	11,6	12,7	13,8
Isole	10,1	10,8	12,2
Italia	20,9	22,7	25,8

(*) Dato di fonte Ministero della Salute ottenuto a partire dall'ultimo dato diffuso nel rapporto sulle attività gestionali e d economico delle Asl, relativo al 2011; la stima è stata ottenuta considerando l'ipotesi che l'indice di presa in carico (casi trattati per 1.000 residenti) sia rimasto inalterato tra il 2011e il 2013.

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

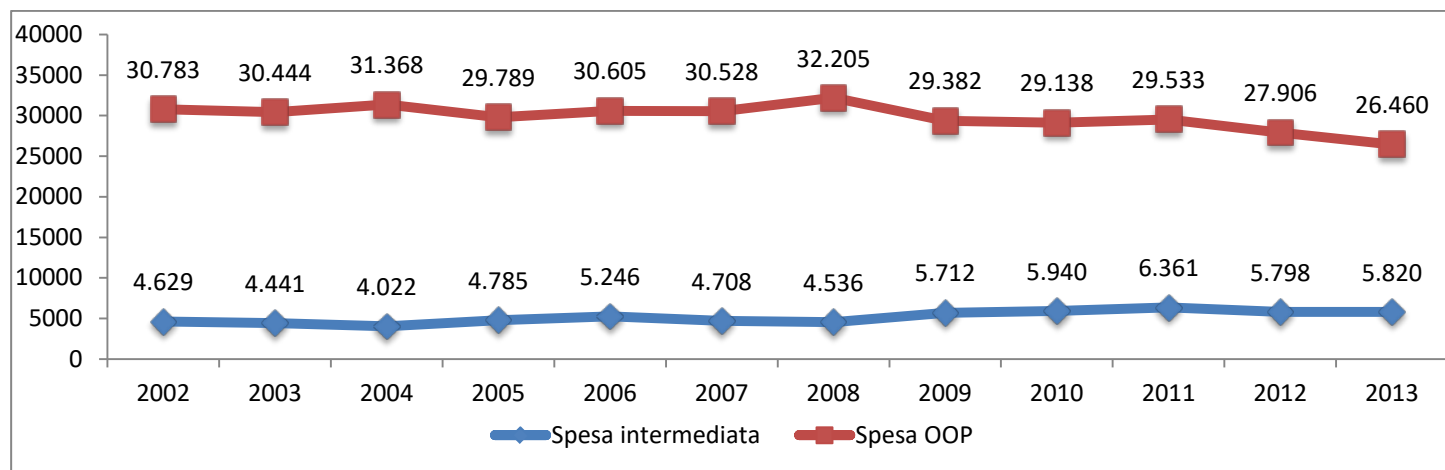
4. Rafforzare la domanda che si muove nel mercato privato

Il migliore utilizzo delle risorse pubbliche e private destinate alla sanità deve passare anche per un rafforzamento della forza delle famiglie sul mercato privato. Oggi come si è visto le famiglie italiane hanno creato, in maniera spontanea, un mercato privato della sanità che fa leva su circa 32 miliardi di euro, cui si aggiungono i circa 9 miliardi di euro che vengono spesi per le badanti, una componente essenziale del “fai da te” della *long term care* all’italiana. I mercati molecolari sono anch’essi asimmetrici e finiscono per penalizzare il potere contrattuale delle famiglie; diventa dunque basilare individuare la strada per accorpare le risorse della domanda uscendo da quella individualizzazione del rischio che porta le famiglie a sostenere costi elevati per la salute e per l’assistenza, facendo sì che invece i mercati privati dello scambio di prestazioni diventino una componente strutturata e governata di una sanità multi pilastro.

La palestra elettiva è proprio quella della *long term care*, per quanto si è detto dello scenario demografico del prossimo futuro, del timore che provoca negli italiani la prospettiva di perdere la propria autosufficienza (al secondo posto tra le paure, dopo la malattia vera e propria), perché la non autosufficienza è sempre più avvertita come il vero spartiacque tra adultità ed anzianità, perché domina la propensione alla domiciliarità come soluzione ottimale, al confronto con servizi residenziali o semiresidenziali che soffrono di “cattiva reputazione”, quali parcheggi per vecchi e non luoghi di servizio e cura.

Il fattore principale di debolezza è che oggi la spesa sanitaria privata "out of pocket" rappresenta la quota predominante del totale della spesa delle famiglie per la sanità, mentre viceversa quella intermediata cresce sostanzialmente in maniera costante ma molto lentamente (fig. 3).

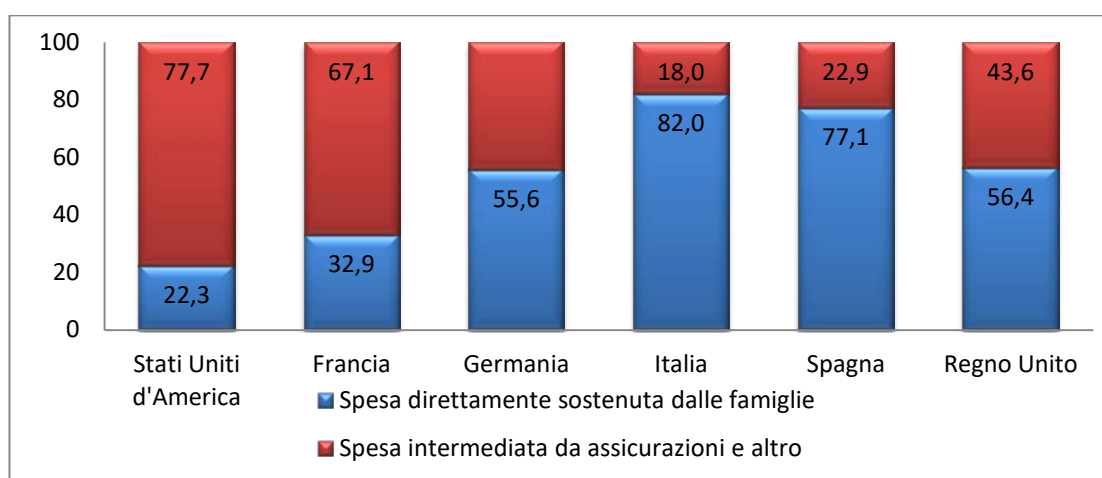
Fig. 3 - Spesa sanitaria privata "out of pocket" (OOP) e intermediata in termini reali (anno di riferimento 2014), 2002-2013



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

I margini di manovra, nel confronto con la situazione nei principali paesi occidentali, a prescindere dai diversi assetti dei diversi sistemi sanitari nazionali, sono ampi. Come evidenziato nella figura seguente, non considerando lo scenario statunitense determinato da logiche e politiche estranee al tradizionale welfare state europeo, la spesa intermediata nei paesi europei considerati oscilla dal 22,9% della Spagna al 67,1% della Francia.

Fig. 4 - Distribuzione percentuale della spesa sanitaria privata in base alla modalità di pagamento, 2013



Fonte: elaborazione Censis su dati OMS

Alla luce dello scenario brevemente tratteggiato finora, quali meccanismi virtuosi di integrazione pubblico-privato possono essere tratteggiati, anche a partire dalle puntuali esperienze pur esistenti nei nostri territori?

Il Servizio Nazionale è chiamato ad individuare “chi fa cosa”, stabilendo livelli essenziali di prestazioni sanitarie e socio assistenziali e definendo la matrice di servizi e prestazioni per dare continuità assistenziale sul territorio.

La sanità integrativa, per rispondere efficacemente ai nuovi e crescenti bisogni deve caratterizzarsi per una marcata territorializzazione, deve essere aperta e tarata sulle famiglie e su piani di intervento e cura personalizzati e modulabili in base all’evoluzione dello stato di salute della persona?

In che modo gli strumenti assicurativi di tipo integrativo o altri strumenti simili possono contribuire a far sì che la spesa delle famiglie per la sanità e per l'assistenza socio-sanitaria passi dall'essere "compensativa" ed "emergenziale" e dunque dominata dal mercato a "preventiva" e "determinante" il mercato stesso?