



**WELFARE,**  
**ITALIA** | LABORATORIO  
PER LE **NUOVE**  
POLITICHE **SOCIALI**

# WELFARE ITALIA FORUM 2019

Palazzo Venezia, Roma  
martedì 3 e mercoledì 4 dicembre 2019

## PRESENTAZIONE DI WALTER RICCIARDI

**#WIF2019**

---

**Unipol**  
GRUPPO



**The European House**  
**Ambrosetti**

# La sostenibilità dei sistemi sanitari europei

**I sistemi sanitari europei devono essere riorganizzati e la sostenibilità rappresenta una scelta prioritaria per guidare nuove politiche, piani e programmi**



---

**Prevenzione e  
intervento precoce**

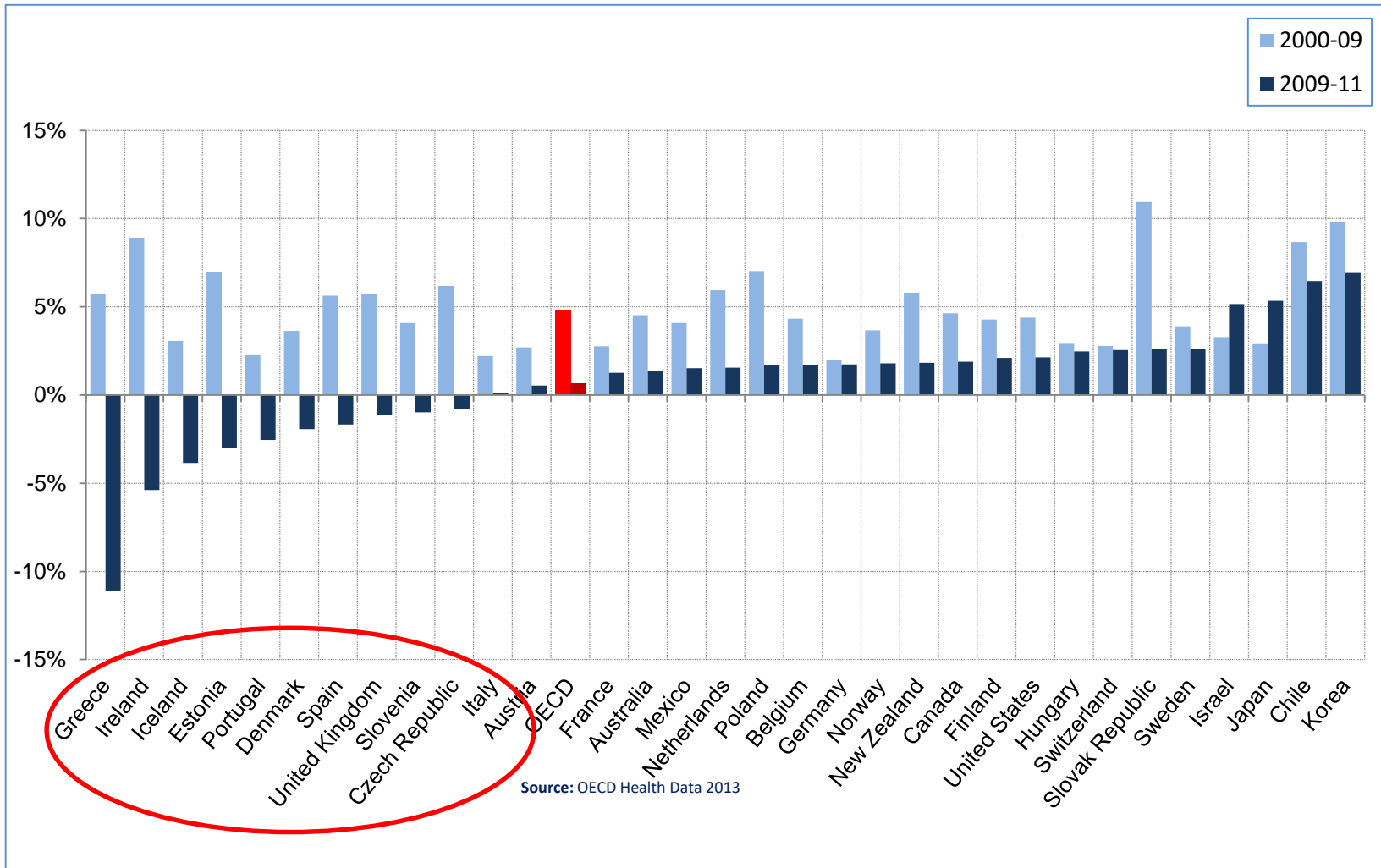
**Empowerment e  
responsabilizzazione dei  
cittadini**

**Riorganizzazione  
dell'erogazione delle  
prestazioni sanitarie**

---

# Spesa sanitaria

Average annual growth in health spending in real terms



## **Conseguenze per il settore sanitario:**

- Blocco del turnover e dei salari per il personale
- Diminuzione dei servizi pubblici

**Incremento delle responsabilità  
finanziarie individuali  
(out of pocket)**

# Spagna

Copertura sanitaria da universale a basata sull'impiego lavorativo

BMJ

BMJ 2012;344:e0213 doi: 10.1136/bmj.e0213 (Published 8 May 2012)

Page 1 of 1

LETTERS

ASSAULT ON UNIVERSALISM

## Beginning of the end for Spain's national health system

Sergio Minué-Lorenzo *senior lecturer*, José Francisco García Gutiérrez *senior lecturer*, Juan José Mercader-Casas *senior lecturer*

Andalusian School of Public Health, Campus Universitario de Cartuja, 18080 Granada, Spain

Il nuovo regio decreto legge 16/2012 ha modificato sostanzialmente il diritto degli individui di ricevere assistenza sanitaria in Spagna. Non si è più «il cittadino», bensì «l'assicurato»

# Spagna, Portogallo, Irlanda

Riduzione dei servizi sanitari e del  
numero dei posti letto

Co-partecipazione al pagamento  
dei farmaci per i pensionati

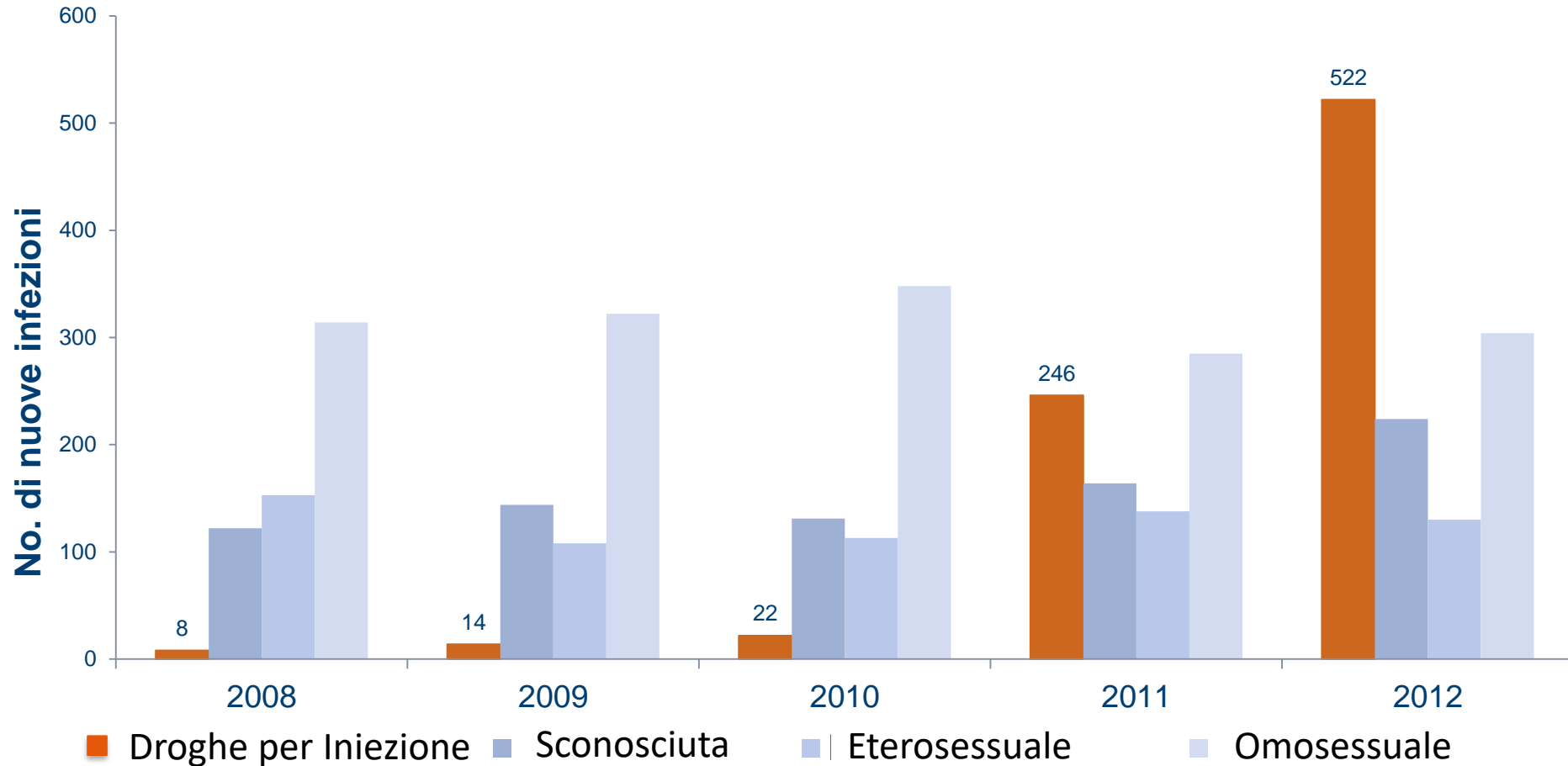
Aumento della spesa privata

# Grecia – Effetti diretti dell'austerità

- **Costi sostenuti dai pazienti**
  - Erosione della copertura sanitaria
  - Notevole aumento della spesa dei cittadini
  - Farmaci prima a pagamento poi indisponibili
- **Aumento** significativo di bisogni di salute non soddisfatti
- **Aumento**
  - Malattie infettive: HIV e malaria
  - Liste d'attesa

# Effetti sulla salute: gruppi vulnerabili

## Casi di infezione da HIV per tipologia di trasmissione





# Grecia

## Effetti indiretti dell'austerità sulla salute

- **Salute mentale:**
  - Aumento di 2,5 volte della depressione maggiore (2008-11)
  - Aumento del 36% del rischio suicidario (2009-11)
  - Aumento del 45% dei suicidi (2007-11)
- **Salute del bambino:**
  - Nutrizione inadeguata
  - Aumento del 19% dei bambini con basso peso alla nascita (2008-10)
  - Aumento del 21% dei bambini nati morti (2008-11)
  - Aumento del 38% della mortalità infantile (2008-10)

# Nel Regno Unito

dal 2010 riduzione di 16.7 miliardi di sterline

- 2015 il più grande incremento di mortalità
- Record nelle chiamate al 111
- Tutti i sistemi di ambulanze sotto target
- Aumento delle liste d'attesa (anche per i MMG)
- Record di cancellazione di interventi per motivi non clinici
- Record nei ritardi nei trasferimenti per carenza di posti letto
- Record di assenteismo e impossibilità di riempire i vuoti del personale per mancanza di domande
- Migrazione sanitaria dal Nord dell'Inghilterra verso la Scozia
- Morti di fame negli ospedali inglesi
- Morti di freddo a casa
- 120.000 morti evitabili
- Diminuzione dell'aspettativa di vita per il terzo anno consecutivo

# Italia

Tagli di oltre € 37 miliardi

€ 25 miliardi nel 2010-2015

€ 12 miliardi nel 2015-2019

Il DEF 2019 ha ridotto progressivamente il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% nel 2019-2020 al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022

Aumento della spesa sanitaria privata (1,8 mld in più nell'ultimo anno) che arriva a 39,7 miliardi.

Fonte MEF – Ragioneria Generale dello Stato,

# Strutture

le strutture pubbliche si sono ridotte di 216 unità, mentre quelle private sono aumentate di 1062

- 91 ospedali (60 pubblici e 31 privati),

- 401 strutture di specialistica ambulatoriale (299 nel pubblico e 102 nel privato)

per l'assistenza territoriale semiresidenziale si registra -31 nel pubblico e +330 nel privato;

nel settore dell'assistenza territoriale residenziale -122 pubbliche e +96 private;

per l'assistenza riabilitativa – 1 pubblica e + 96 private.

il pubblico ha perso il 6,39% di strutture e il privato ne ha guadagnato l'8,84. In valori assoluti il pubblico conta in tutto 11.412 strutture sanitarie e il privato 15.621.

# Personale

Dal 2010, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha perso 40.000 dipendenti a causa di pensionamento o emigrazione.

Il personale sanitario è invecchiato (l'età media supera i 50 anni).

Nei prossimi 10 anni

mancheranno 22.000 medici di medicina generale (33.000 in pensione e solo 11.000 new entry)

mancheranno 47.284 medici del Servizio Sanitario Nazionale per pensionamento

Fonte FNOMCEO, 2019 *Infermieri*

attualmente ne mancano 53.000.

Il rapporto con i medici invece di essere di uno a tre come indicato a livello internazionale, crolla a volte fino a sfiorare la parità (1:1), non garantendo un adeguato impegno assistenziale.

Fonte, ISTAT, 2018

# Liste d'attesa

- visite specialistiche (39%)
  - interventi di chirurgia (30%)
  - esami diagnostici (20,8%)
  - chemioterapia e radioterapia (10% con un aumento del 100% rispetto all'anno precedente).
- 
- 15 mesi per una cataratta
  - 13 mesi per una mammografia
  - 12 mesi per una risonanza magnetica
- 
- 10 mesi tac e protesi d'anca
  - 9 mesi ecodoppler
  - 10 mesi visite neurologiche
  - 9 mesi visite cardiologiche
  - 8 mesi visite oncologiche

# *Medicina generale*

- I più poveri accedono agevolmente solo al medico di medicina generale ed all'emergenza.
- Il ricorso al medico di medicina generale aumenta soprattutto tra le persone in cattive condizioni di salute ed economicamente svantaggiate, in quanto tendono ad usufruire di un servizio che non richiede loro spese di compartecipazione
- I trend attuali ci indicano che nei prossimi anni ci saranno 14 milioni di persone che si troveranno senza medico di base oppure con un'assistenza sanitaria insufficiente.

# *Odontoiatria*

- Essendo sostanzialmente esclusivamente privata, la crisi economica e l'elevato costo delle cure stanno allontanando la popolazione dalle terapie odontoiatriche, spingendo molti italiani, costretti a fare a meno delle cure odontoiatriche standard, a ricorrere ad alternative *low cost*, soprattutto nei Paesi dell'Europa dell'Est o a rinunciare alle cure.
- Per contro, molti studi specialisti odontoiatrici stanno progressivamente chiudendo o cercando soluzioni alternative, come l'aggregazione in cooperative di grandi dimensioni per limitare le spese e poter continuare ad offrire i propri servizi a prezzi concorrenziali.



# *Medicina specialistica*

- Il ricorso ai servizi dei medici specialisti, dove il pagamento del ticket o del super-ticket influisce sulla scelta, è oggi sempre più condizionato dalla disponibilità economica e, in questo contesto, sempre più cittadini rinunciano alle cure, più al Sud (14.7%) e Isole (15.5%), rispetto a Centro (11.3%), Nord-Ovest (7.5%) e Nord-Est (9.5%)
- La quota più alta di persone che rinuncia ad almeno una delle prestazioni considerate si riscontra tra i disoccupati (21,4%).
-

# A fronte di questa emergenza quali sono le misure presenti in finanziaria

- **Fabbisogno sanitario nazionale (FSN) standard 2020-2022.**
- aumento € 2 miliardi nel 2020 e € 1,5 miliardi nel 2021.

**Eliminazione del superticket.** Dal 1° settembre 2020

**Programma di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico.**

Aumenta di € 2 miliardi il fondo per il programma pluriennale

**Apparecchiature sanitarie dei medici di medicina generale.** € 235,8 milioni del fondo saranno destinati ad apparecchiature sanitarie per erogare prestazioni di competenza dei medici di medicina generale.

**Rinnovi contrattuali 2019-2021.** L'art. 13 incrementa le risorse a carico dello Stato da destinare alla contrattazione collettiva nazionale per il triennio 2019-2021 con incrementi retributivi (1,3% nel 2019, 1,9% nel 2020, 3,5% dal 2021) per il personale della Pubblica Amministrazione ma, per il personale dipendente e convenzionato del SSN gli oneri rimangono a carico dei bilanci delle relative amministrazioni ed enti.

**Sostanzialmente non esistono risorse dedicate per i rinnovi contrattuali del personale sanitario e le Regioni dovranno reperirle dal FSN.**