

Tavola Rotonda. Tendenze demografiche e nuove povertà
Villasimius (CA), 9 ottobre 2019

La spesa sociale di interesse sanitario

Nino Cartabellotta
Fondazione GIMBE

Disclosure

- La Fondazione GIMBE, di cui sono Presidente, eroga attività di formazione e coaching su alcuni temi trattati dalla mia relazione
- Per la presente relazione non ho ricevuto alcun compenso
- Nessun altro conflitto da dichiarare



SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it

2019



4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

Presentato a Roma, 11 giugno 2019
Sala Capitolare, Chiostro del Convento
di Santa Maria sopra Minerva
Senato della Repubblica



#salviamoSSN

Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN



Report Osservatorio GIMBE 1/2019
La sanità integrativa



Gennaio 2019

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale

Report Osservatorio GIMBE 2/2019
**Trasferimenti di valore 2017
dall'industria farmaceutica a
operatori e organizzazioni sanitarie**



Febbraio 2019

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale

Report Osservatorio GIMBE 3/2019
**Vaccinazioni in età pediatrica:
impatto dell'obbligo sulle
coperture vaccinali in Italia**



Marzo 2019

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale

Report Osservatorio GIMBE 4/2019
**Tempi di attesa: trasparenza
di Regioni e Aziende sanitarie**



Maggio 2019

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale

Report Osservatorio GIMBE n. 5/2019
Ticket 2018



Luglio 2019

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale

Report Osservatorio GIMBE 6/2019
**La mobilità sanitaria
interregionale nel 2017**



Luglio 2019

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale

Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019
**Il definanziamento 2010-2019
del Servizio Sanitario Nazionale**



Settembre 2019

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale

76° CONGRESSO NAZIONALE FIMMG-METIS



"Prossimità e organizzazione delle cure: la Medicina Generale di domani tra demografia e cronicità"

7-12 ottobre 2019

Tanka Village

Villasimius (CA)

Report Osservatorio GIMBE n. 8/2019

La spesa sociale di interesse sanitario nel 2017



Ottobre 2019

www.gimbe.org/spesa-sociale-2017

Cronicità e invecchiamento: spesa sfiora i 42 miliardi. Gimbe: “Troppa frammentazione, serve un servizio socio-sanitario nazionale”

Il report analizza la spesa sociale di interesse sanitario che nel 2017 sfiora i 42 miliardi di euro. “Considerato che l’impatto complessivo della spesa delle famiglie per la long-term care supera i 12 miliardi, oltre il sommerso, per una gestione ottimale di cronicità, multimorbidità e invecchiamento della popolazione è indispensabile rivedere le modalità di finanziamento, organizzazione, erogazione e monitoraggio dell’assistenza socio-sanitaria con l’obiettivo di definire, nel medio termine, un fabbisogno socio-sanitario nazionale”. [IL REPORT](#)



09 OTT - “Le attuali modalità di finanziamento, organizzazione, erogazione e monitoraggio dell’assistenza socio-sanitaria sono inadeguate e che per la gestione di invecchiamento, cronicità e multimorbidità è indispensabile gettare presto le basi per un servizio socio-sanitario nazionale, al fine di pervenire nel medio termine un fabbisogno socio-sanitario nazionale”. È quanto rileva la Fondazione GIMBE in un report presentato oggi al 76° Congresso Nazionale FIMMG-METIS nella sessione “Tendenze demografiche e nuove povertà” che analizza la spesa sociale di interesse sanitario, in larga parte riconducibile al grande contenitore della long term care (LTC) e stimata per il 2017 in quasi € 42 miliardi.

Outline

1. Premesse
2. La spesa sociale di interesse sanitario
3. Conclusioni



Outline

1. **Premesse**
2. La spesa sociale di interesse sanitario
3. Conclusioni



Spesa sanitaria

Spesa sociale di interesse sanitario

Livelli Essenziali di Assistenza

Prevenzione collettiva
e sanità pubblica

Assistenza distrettuale

Assistenza sanitaria di base,
emergenza sanitaria territoriale,
assistenza farmaceutica,
integrativa, specialistica
ambulatoriale, protesica, termale

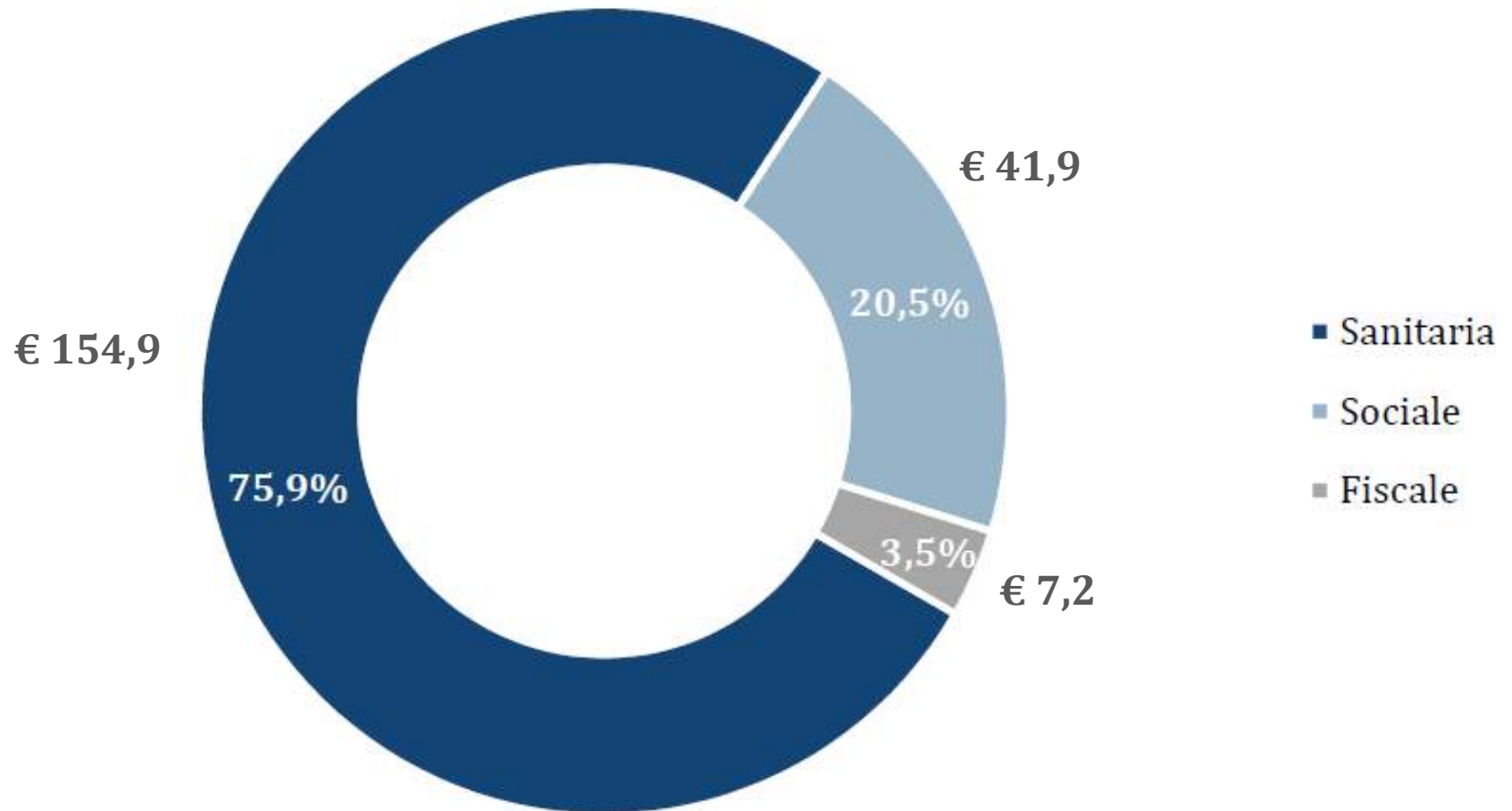
Assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale

Assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale

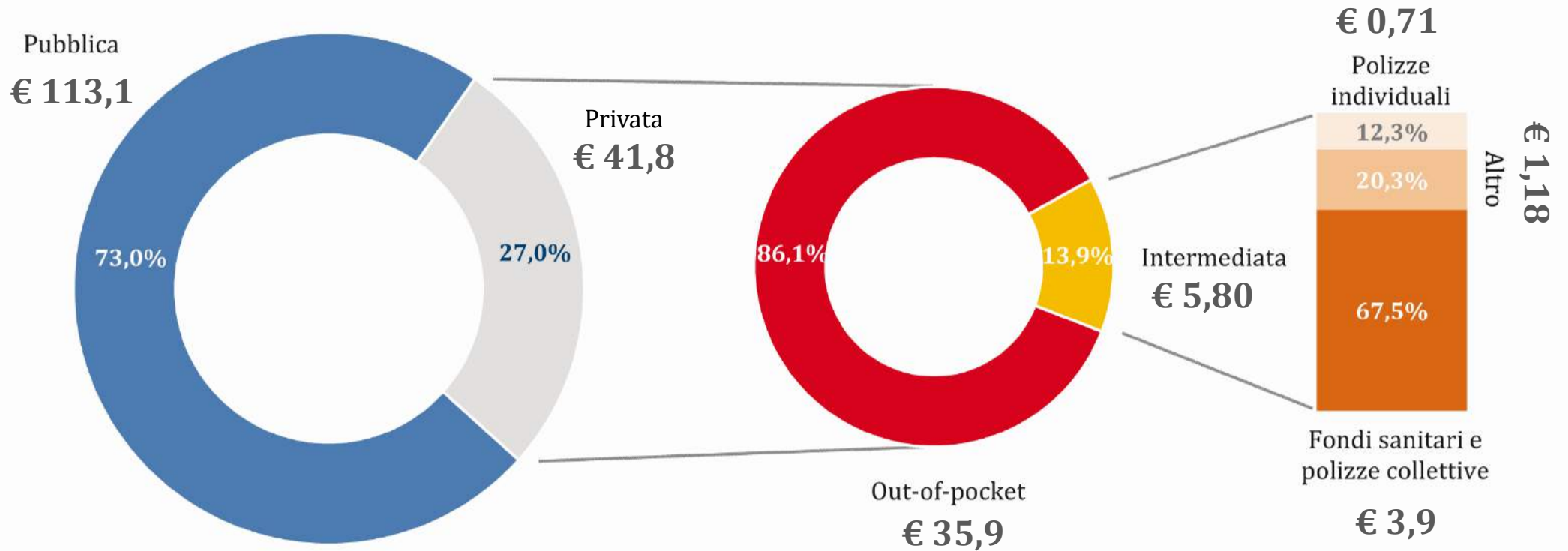
Assistenza ospedaliera

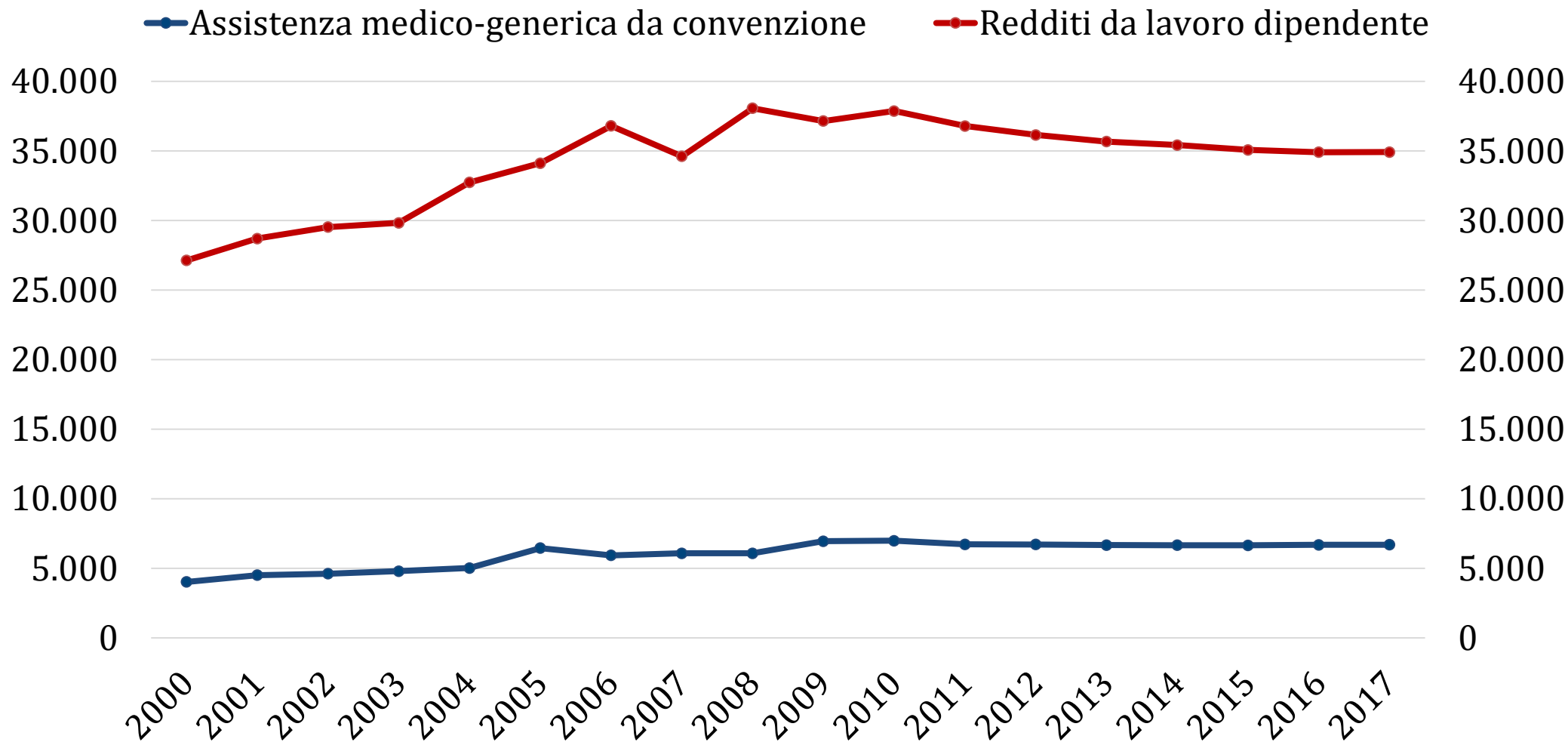
Prestazioni sociali per LTC

2017: € 204 miliardi di spesa per la salute



€ 154,9 miliardi di spesa sanitaria





*Elaborazione GIMBE da: MEF, Ragioneria Generale dello Stato
5° Rapporto sul monitoraggio della spesa sanitaria. Novembre, 2018*

2017: € 204 miliardi di spesa per la salute

Spesa	Tipologia	Importo	Totale
Sanitaria	• Pubblica	€ 113.131	€ 154.920
	• Out-of-pocket	€ 35.989	
	• Intermediata	€ 5.800	
Sociale di interesse sanitario	• Fondo nazionale non autosufficienza	€ 513	€ 41.889
	• Fondi regionali non autosufficienza	€ 435	
	• INPS	€ 27.853	
	• Comuni	€ 3.977	
	• Famiglie	€ 9.109	
Fiscale	• Spese sanitarie	€ 3.864	€ 7.225
	• Fondi sanitari integrativi	€ 3.361	
TOTALE			€ 204.034

Outline

1. Premesse
- 2. La spesa sociale di interesse sanitario**
3. Conclusioni



La spesa sociale di interesse sanitario

- Salute e qualità di vita delle persone sono condizionate, oltre che dall'assistenza sanitaria, da tutte le prestazioni sociali finalizzate a soddisfare i bisogni legati a patologie e condizioni che determinano non solo disabilità, ma anche limitazioni funzionali o parziale non-autosufficienza.
- Tali prestazioni sono in larga parte riconducibili al grande contenitore della *long term care* (LTC)

Long term care

Servizi di assistenza medica, personale e di assistenza finalizzate ad alleviare il dolore e ridurre o gestire il deterioramento dello stato di salute nelle persone con un grado di non autosufficienza a lungo termine, assistendole nella loro cura personale

- aiuto per le attività quotidiane – *activities of daily living* (ADL): alimentarsi, lavarsi, vestirsi
- vivere in modo indipendente aiuto per le attività strumentali della vita quotidiana – *instrumental activities of daily living* (IADL): cucinare, fare spese e gestire le finanze

OECD Health Statistics 2019

Long term care: spesa sanitaria 2017

- Secondo i conti ISTAT-SHA ammonta a € 15.511 milioni:
 - € 11.757 milioni (75,8%) di spesa pubblica
 - € 3.618 milioni (23,3%) a carico delle famiglie
 - € 136 milioni (0,9%) di spesa intermediata

ISTAT-SHA, giugno 2018

Long term care: spesa sociale 2017

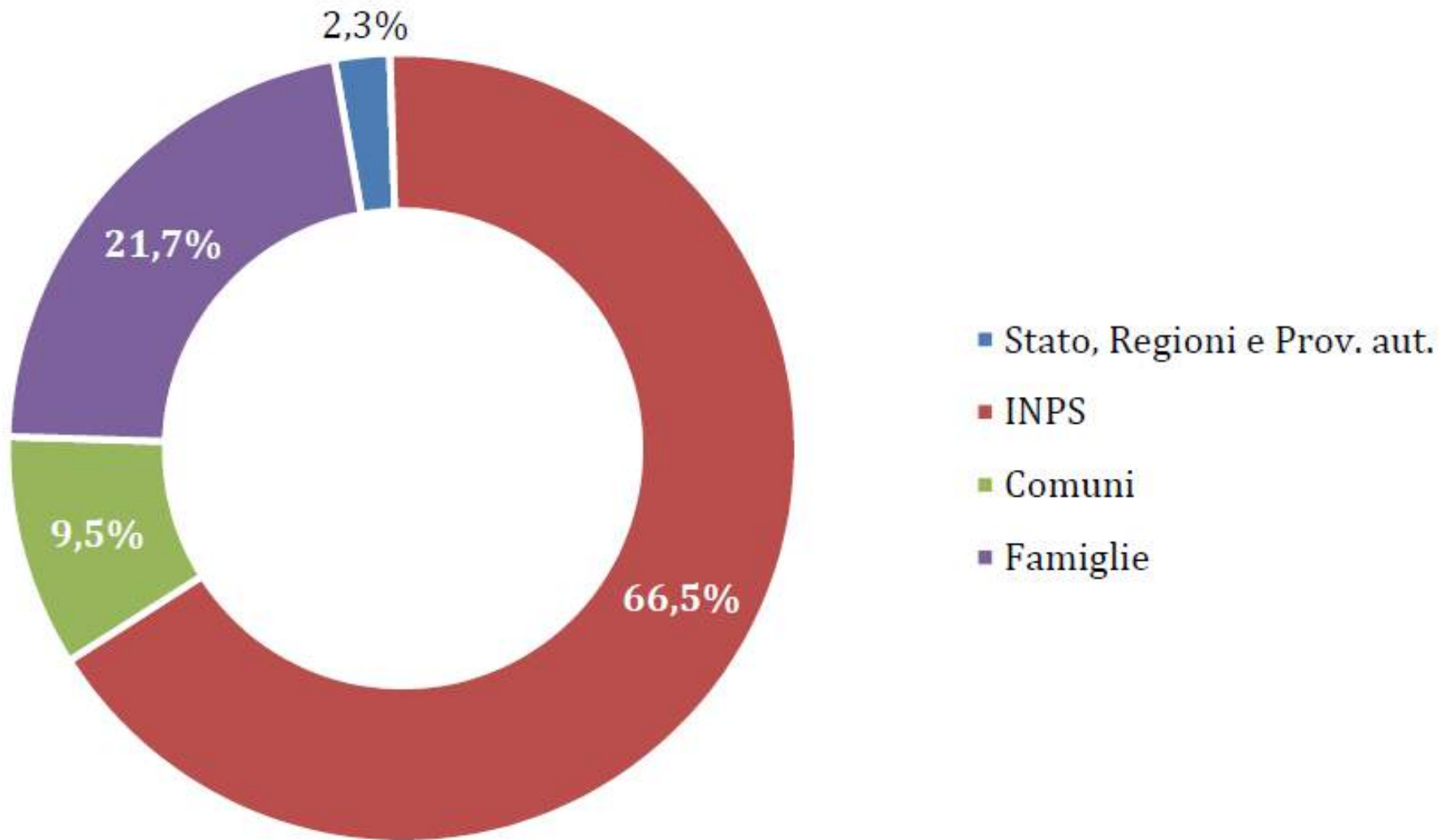


Figura 2.19. Fondo Nazionale per la non autosufficienza: trend 2007-2017 (dati in milioni)

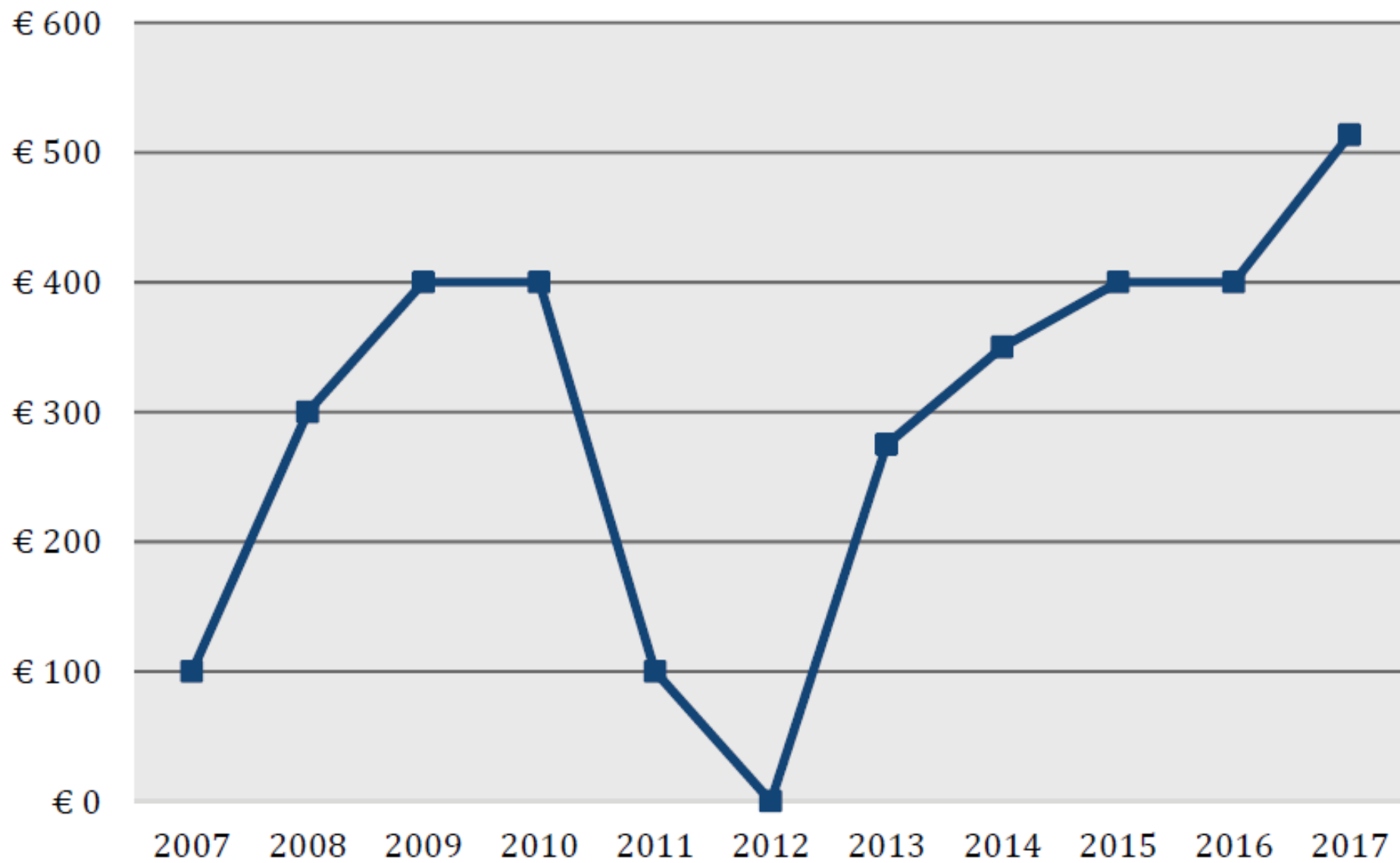


Tabella 3. Provvidenze erogate dall'INPS per finalità sociali di interesse sanitario (dati in milioni)

Categoria	Tipologia	Importo
Pensioni di invalidità previdenziale	Assegno di invalidità	€ 3.968,3
	Pensione di inabilità	€ 1.150,2
	Pensione di invalidità (ante L. 222/84)	€ 3.357,4
Prestazioni assistenziali	Indennità di accompagnamento	€ 13.802,0*
	Pensioni agli invalidi civili	€ 3.524,3
TOTALE		€ 25.802,2

* Dato da "Determinazione e relazione sul risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) 2017 della Corte dei Conti"¹⁶, anziché dato INPS di € 12.531,5 milioni.

Comuni

Le risorse erogate dai comuni nel 2017 ammontano a € 3.977 milioni (> 56% della spesa totale per servizi sociali):

- **€ 1.591 milioni in denaro:** voucher, contributi erogati per agevolazioni sui ticket o sulle rette per centri diurni, assistenza residenziale e semi-residenziale
- **€ 2.386 milioni in natura:** prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (assistenza domiciliare socio-assistenziale e assistenza domiciliare integrata) con servizi sanitari di competenza comunale.

Ragioneria Generale dello Stato. Luglio 2018

Famiglie

- **Servizi di badantato regolari: € 5.009 milioni**
- **Mancato reddito dei caregiver: € 4.100 milioni**
- **Spesa sanitaria per LTC: € 3.618 milioni**
- **Servizi di badantato irregolari (stime): € 3.492-7.082 milioni.**

Fonti varie

Erogatore	Prestazione	Valore
Stato	<ul style="list-style-type: none"> Fondo nazionale per la non autosufficienza 	€ 513,6
Regioni e Prov. aut	<ul style="list-style-type: none"> Fondi regionali per la non autosufficienza 	€ 435,5*
INPS	<ul style="list-style-type: none"> Pensioni di invalidità previdenziale 	€ 8.475,9
	<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni assistenziali 	€ 17.326,3
	<ul style="list-style-type: none"> Permessi retribuiti (L. 104/1992) 	€ 2.051,2 [§]
Comuni	<ul style="list-style-type: none"> In denaro 	€ 1.591,0
	<ul style="list-style-type: none"> In natura 	€ 2.386,0
Famiglie (diretta)	<ul style="list-style-type: none"> Servizi di badantato regolari[#] 	€ 5.009,0 [§]
Famiglie (indiretta)	<ul style="list-style-type: none"> Mancato reddito caregiver 	€ 4.100,0 [§]
Totale		€ 41.888,5

*Spesa relativa solo al fondo per la non autosufficienza della Regione Emilia Romagna.

[§]Stime

[#]Per le badanti irregolari la stima è compresa tra € 3.492 e € 7.082 milioni.

Outline

1. Premesse
2. La spesa sociale di interesse sanitario
- 3. Conclusioni**



Conclusioni

- Assistenza sanitaria caratterizzata da un sistema di prestazioni quasi esclusivamente in natura
- Spesa sociale di interesse sanitari (LTC) per la quasi totalità maggior rappresentata da erogazioni in denaro:
 - senza vincolo di destinazione
 - non sottoposte a verifica oggettiva
 - sfuggono a qualsiasi meccanismo di governance pubblica
 - Impossibile stimare il *value for money*

Conclusioni

- Le attuali modalità di finanziamento, organizzazione, erogazione e monitoraggio dell'assistenza socio-sanitaria sono inadeguate
- Per la gestione di invecchiamento, cronicità e multimorbidità è indispensabile gettare presto le basi per un servizio socio-sanitario nazionale, al fine di pervenire nel medio termine un fabbisogno socio-sanitario nazionale

CONSENSUS STUDY REPORT

**INTEGRATING
SOCIAL CARE
INTO THE
DELIVERY OF
HEALTH CARE**

**MOVING UPSTREAM
TO IMPROVE THE
NATION'S HEALTH**



No health care without social care



The social context of an individual, a crucial substrate for health, has been neglected in the US health-care system. A report published on Sept 25, 2019, by the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine—*Integrating Social Care into the Delivery of Health Care: Moving Upstream to Improve the Nation's Health*—outlines the case for bringing social care within the realm of clinical practice.

Harmful social determinants of health, or so-called social risks, include economic instability, lack of education, low community cohesion, insufficient access to health care, and unsafe neighbourhoods. Social care considers how risks can be mitigated through health-care delivery, such as helping patients with transport, or using telehealth to reduce in-person visits. Integration would entail a massive overhaul of the US system, primarily through flexible state-level spending on Medicaid and Medicare, which cover Americans in greatest need. The report underscores the need for well trained, interprofessional teams, innovations in information technology, and new financing models.

The shift towards accountable care organisations, linking reimbursement with health metrics and cost reductions, is key, as are partnerships among community agencies.

There are salient, often undrawn, parallels between global health and the American health-care system. Global health experts stress the need to move beyond strictly vertical programmes and instead invest more heavily in underlying health systems. In the discussion of how to improve the US system, that message has often been elided. Regardless of the setting, the disproportional experience of social risks by people of lower socioeconomic status undermines the benefits of otherwise effective health care. Health system strength is paramount to any particular intervention.

Looking upstream to address social risks to improve health will require going against the current. Social risk factors maintain great chasms in health outcomes in the US, and the coupling of social care and health care is the only means by which meaningful and durable improvements can be made. ■ *The Lancet*

Piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale



METTERE LA SALUTE AL CENTRO DI TUTTE LE DECISIONI POLITICHE non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali




AUMENTARE LE CAPACITÀ DI INDIRIZZO E VERIFICA DELLO STATO SULLE REGIONI nel rispetto delle loro autonomie




RILANCIARE IL FINANZIAMENTO PUBBLICO PER LA SANITÀ ed evitare continue revisioni al ribasso



RIDEFINIRE I CRITERI DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA ed eliminare il superticket



RIDISEGNARE IL PERIMETRO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia



COSTRUIRE UN SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE, perché i bisogni sociali condizionano la salute e il benessere delle persone



LANCIARE UN PIANO NAZIONALE PER RIDURRE SPRECHI E INEFFICIENZE e reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni



AVVIARE UN RIORDINO LEGISLATIVO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA per evitare derive consumistiche e di privatizzazione



REGOLAMENTARE L'INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO e la libera professione secondo i reali bisogni di salute



FINANZIARE RICERCA CLINICA E ORGANIZZATIVA con almeno l'1% del fabbisogno sanitario nazionale



RILANCIARE POLITICHE E INVESTIMENTI PER IL PERSONALE e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari



PROMUOVERE L'INFORMAZIONE ISTITUZIONALE per contrastare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e favorire decisioni informate





COSTRUIRE UN SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE, perché i bisogni sociali condizionano la salute e il benessere delle persone

Raccomandazioni

- Integrare l'assistenza sociale nell'erogazione dell'assistenza sanitaria può migliorare gli esiti di salute e preparare il SSN alle ardue sfide che lo attendono
- Integrare l'assistenza sociale nell'erogazione di quella sanitaria richiede potenziamento e adeguata formazione delle risorse umane, tecnologie informatiche innovative e nuovi modelli di finanziamento
- Decisori politici, responsabili della programmazione sanitaria, professionisti sanitari, in particolare i MMG, e operatori sociali hanno un ruolo chiave nell'integrazione dell'assistenza sociale con quella sanitaria

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it