

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of blue. The background is a dark blue gradient with faint, light blue text related to healthcare and economics, such as 'valutazione', 'risorse', 'innovazione', 'integrazione', 'SSN', 'generalismo', 'economicità', 'regioni', 'effettività', 'economico', 'performance', 'accesso', and 'appropriatezza'.

Introduzione

**Il cambiamento della Sanità in Italia
fra Transizione e Deriva del sistema**

Executive Summary

*The change of Italian healthcare system between
Transition and Leeway*

INTRODUZIONE

Il cambiamento della Sanità in Italia fra Transizione e Deriva del sistema

Federico Spandonaro – *Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”*,
Presidente C.R.E.A. Sanità

1. Premessa

Tentando di contestualizzare le principali evidenze del Rapporto 2017, inserendole nel dibattito di politica sanitaria, si è ricorsi alla lettura della stampa di settore per cogliere gli elementi emergenti del dibattito.

La prima notizia degna di nota è che, mentre viene approvato in via definitiva il riparto alle Regioni dei Fondi per la Sanità 2017, queste ultime scendono “sul piede di guerra” paventando una crescita del Fondo 2018 inferiore al miliardo atteso, ritenuto condizione minima per garantire la sostenibilità dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR).

Paradossalmente, la novità è che apparentemente non c'è nulla di nuovo, trattandosi della normale (e forse un po' vetusta) dialettica fra livelli di Governo, evidentemente condizionata dai diversi mandati istituzionali e dalle condizioni economiche generali.

Una analisi più attenta, semmai, conferma un dato ormai evidente: il convitato di pietra della politica sanitaria rimane la finanza pubblica, che condiziona le risorse in ultima istanza disponibili per il *Welfare*.

Le risorse disponibili rimangono, infatti, poche e inferiori ai livelli che si osservano nei Paesi appartenenti al nostro contesto economico e culturale; e, principalmente, non si intravedono prospettive di un loro ampliamento a breve termine. I tempi della crescita economica continua e dell'allargamento delle protezioni sociali pubbliche sembrano, se non tramontati, almeno temporaneamente accantonati: e la Sanità non può prescindere.

La seconda “notizia” che la stampa riporta, è riassumibile in un crescente coro di “sdegno” per la “mancanza di Sanità” nella Legge di bilancio.

Quel che colpisce, e sembra davvero una reale novità, è che la Sanità sia sostanzialmente assente in una Legge di bilancio che si situa ormai a ridosso di una consultazione elettorale. La “rivoluzione” sembra essere

la perdita di *appealing* politico della Sanità, che è una ulteriore conferma del fatto che il vincolo essenziale è quello della finanza pubblica, essendo tramontata (e tutto sommato si spera lo sia definitivamente) l'epoca della cosiddetta “finanza allegra”, spesso funzionale a interessi elettorali.

Per quanto comprensibile il disappunto di chi si aspettava nuovi investimenti (per il rinnovo dei contratti in primis), il fatto che non ci siano “tagli” e che la Sanità non sia più terreno appetibile per “manovre elettorali”, potrebbe quindi essere interpretato come il classico “bicchiere mezzo pieno”.

In definitiva, leggendo le notizie rilanciate dalla stampa di settore, la politica sanitaria, ma anche il contesto in cui essa si muove, sembra caratterizzata da una sostanziale immobilità, che si trascina ormai da almeno un decennio.

Le analisi raccolte nel Rapporto dicono, invece, che l'immobilità è solo apparente: la Sanità sta cambiando e potremmo forse sintetizzare il tutto dicendo che “tutto sta cambiando, perché nulla cambi”.

In altri termini i cambiamenti in corso sembrano funzionali al mantenimento dello status quo: e la naturale domanda di ricerca, a cui il Rapporto 2017 cerca di dare una risposta, è se questa operazione sia efficace e, principalmente, desiderabile.

In altri termini, ci si chiede se il cambiamento strisciante in atto sia classificabile come una Transizione del SSN o piuttosto una sua Deriva, ovvero se chi è al timone stia governando il cambiamento con un obiettivo definito, o stia fermo in una posizione di mera presa d'atto dell'evoluzione spontaneamente in corso.

Ripercorrendo la storia del SSN, ricordiamo che esso ha avuto un importante intervento di riforma dopo i suoi primi 10 anni di vita, e un secondo dopo altri (circa) 10 con il Federalismo. Dopo questi avvenimenti, e sono ormai passati quasi venti anni, pur essendosi susseguiti

interventi di “manutenzione” più o meno importanti, nulla di quanto è stato deciso ha avuto un afflato veramente riformatore.

Al perché non si sia sentita la necessità di un “ammodernamento” del sistema può essere data diversa risposta, a seconda dell’ottica assunta: senza pretesa di esaustività, un argomento è certamente la forte resilienza dimostrata dal sistema agli impatti esogeni, per lo più di origine economica, che portano a ritenerlo solido nelle sue fondamenta e quindi nella sua funzione; un altro, più tattico, è che il SSN, da causa dei disequilibri della finanza pubblica, per la prima volta è stato riconosciuto come la parte finanziariamente più virtuosa del processo di *spending review* e, come tale, un fattore di successo nel perseguimento del risanamento finanziario della Pubblica Amministrazione; un terzo, possibile, argomento è la sbandierata difesa dell’Universalismo, di cui il SSN italiano è da molti considerato l’ormai ultimo baluardo in Europa, e come tale da proteggere così come è, oltre ogni ragionevole dubbio.

Indipendentemente, però, dall’esplicitazione di una condivisa volontà politica di ammodernamento del sistema, quest’ultimo sta, nel frattempo, radicalmente “cambiando pelle”. In particolare, sebbene sembri essere scarsa la percezione dei cambiamenti che stanno intervenendo, analizzando l’andamento del finanziamento e della spesa, ci torna l’immagine di un SSN che ha, in pochi anni, completamente rivisto il suo “posizionamento” strategico.

2. Finanziamento e spesa

Per quanto premesso, iniziamo l’analisi dal finanziamento pubblico, che è fondamentale nella misura in cui determina la natura stessa del SSN: numeri alla mano, il nostro sistema, pur da molti considerato l’ultimo baluardo dell’Universalismo, di fatto copre una quota sempre minore del complesso del consumo sanitario dei cittadini.

Il risanamento finanziario che si è realizzato negli ultimi anni, è costato il netto distacco della quota di finanziamento pubblico della Sanità dal livello dei Paesi dell’Europa occidentale (EU-OCC che convenzionalmente nel Rapporto individuiamo con il nucleo storico

della comunità europea), e un progressivo avvicinamento alle quote tipiche dei Paesi “nuovi” entranti, dell’Europa orientale (EU-OR).

La Figura 1 riporta la quota di finanziamento pubblico della Sanità in Italia, evidenziando come sia ormai decisamente più vicina ai livelli EU-OR che a quelli EU-OCC: infatti, è pari al 75,0% della spesa sanitaria corrente in Italia, contro il 78,8% di EU-OCC e il 72,3% di EU-OR.

Va sempre ricordato che la prima ragione dell’intervento pubblico in Sanità rimane l’equità, che è condizione necessaria per garantire l’Universalismo, qualora lo si declini, correttamente, in termini di pari opportunità di accesso all’assistenza, ovvero di garanzia di poter accedere indipendentemente dalle proprie condizioni economiche individuali.

Garantire alle fasce più deboli l’accesso ai servizi sanitari, ci sembra che rimanga l’essenza del principio di tutela costituzionale della Salute, e quindi dell’Universalismo: la sua effettiva implementazione correla (a meno di Società ricchissime dove nessuno, o pochi, hanno limiti economici di accesso ai servizi) con il passaggio da un sistema basato sulla spesa privata individuale (cosiddetta *Out of Pocket* - OOP), ad uno basato sulla spesa pubblica.

Di fronte, e malgrado, alla crisi, la quota di copertura dei sistemi sanitari pubblici, in media, non è arretrata, né nell’EU-OCC, né in EU-OR, svolgendo la loro funzione di protezione sociale: fa eccezione l’Italia dove, ormai da alcuni anni (Figura 1), si assiste ad una inversione di tendenza, ovvero ad un arretramento della quota pubblica ed ad una conseguente crescita della quota di spesa, che ha (ri)raggiunto il 25% del totale: un valore, ad oggi, decisamente superiore a quello medio EU.

L’altro cambiamento epocale realizzatosi nell’ultimo decennio riguarda il livello complessivo di spesa sanitaria.

Come abbiamo più volte sottolineato nelle precedenti edizioni del Rapporto, il livello di spesa sanitaria dell’Italia è sempre stato inferiore alla media EU-OCC: la novità sta nel fatto che negli ultimi anni si sia portato su livelli per certi versi inspiegabili.

La spesa sanitaria italiana è, a seconda del dato utilizzato (a parità di potere di acquisto o meno), fra il 25,3% e il 31,2% inferiore a quello medio degli altri Paesi dell’Europa occidentale (EU-14, come definita con-

Figura 1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente

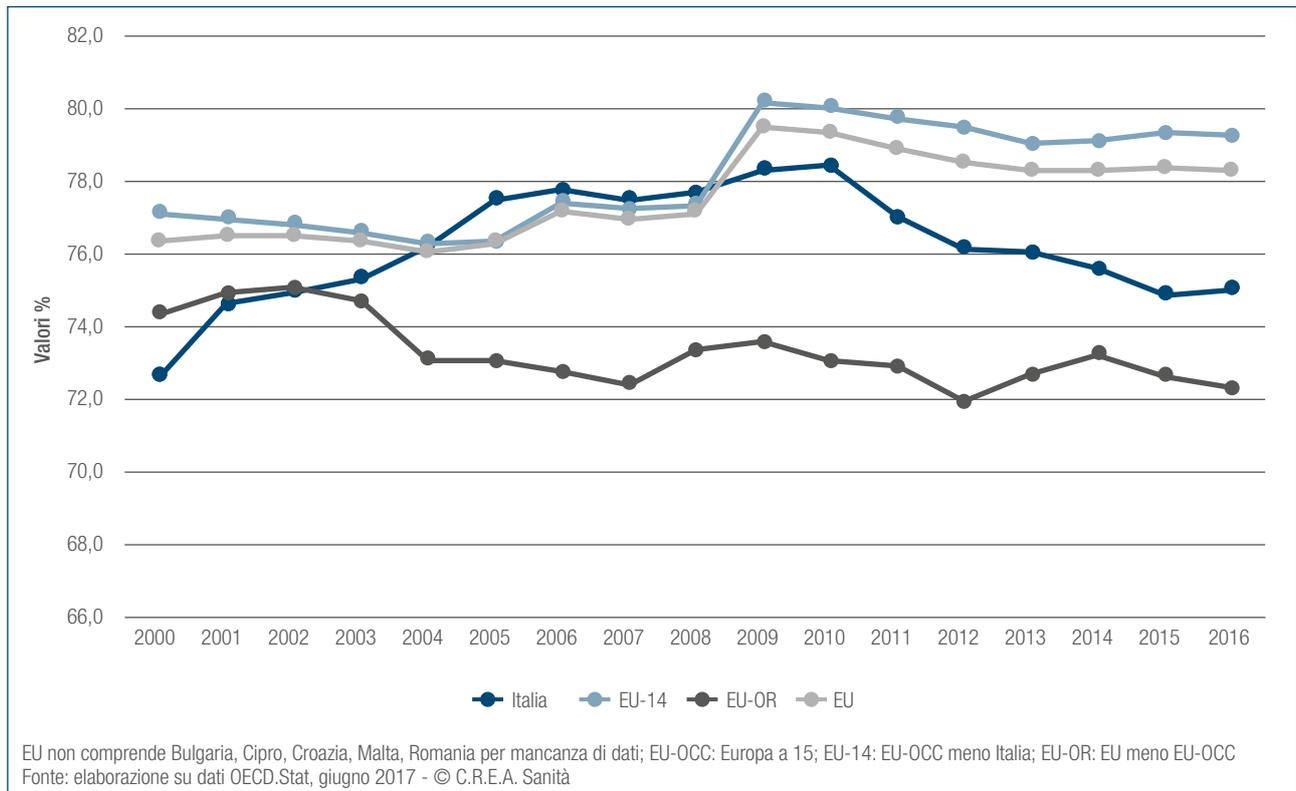
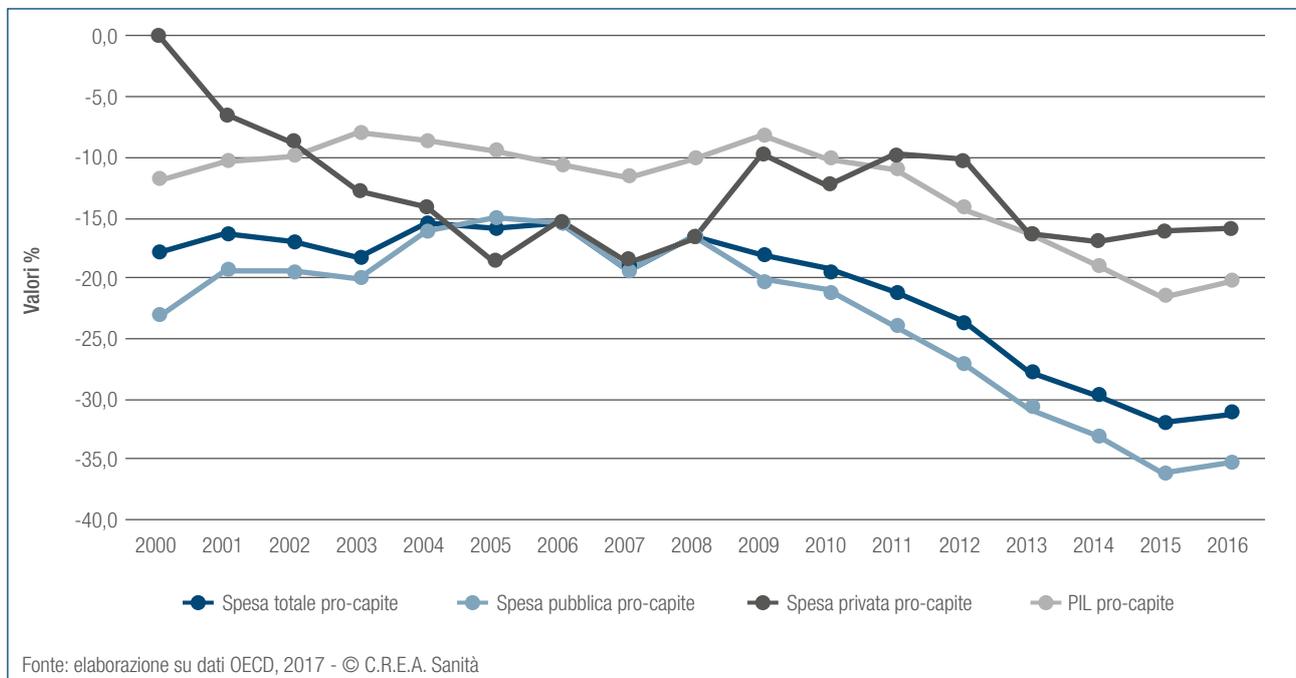


Figura 2. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro capite in €. Gap Italia vs EU-14



venzialmente nel Rapporto); anche in questo caso andiamo avvicinandoci sempre più al livello dei Paesi dell'EU-OR (Figura 2).

Il gap di spesa pubblica arriva ad essere pari al 35,2%, risultando peraltro coerente con le scelte di finanza pubblica nazionali, che implicano una progressiva

riduzione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL, come attesta la Legge di bilancio, che ha previsto per il 2017 un'incidenza della spesa su PIL pari al 6,7%, che scende al 6,5% nel 2018 e si riduce ulteriormente nel 2019 e 2020 per fermarsi al 6,4%.

Si noti che anche la residua disponibilità a pagare dei cittadini rimane bassa rispetto ad altri Paesi EU, essendo inferiore a quella di EU-OCC del 16,0%: sebbene non si debba dimenticare che anche il PIL pro-capite è inferiore del 20,4%.

In altri termini, per la Sanità in Italia si spende pochissimo rispetto ai Paesi EU-OCC, e relativamente meno nel pubblico che nel privato (nel primo caso il *gap* è quasi il doppio), con il risultato di un arretramento (sempre rispetto agli altri Paesi) della quota di servizi economicamente intermediata dal SSN.

In definitiva, i numeri dicono che la spesa pubblica italiana è bassa sia in quota che anche in livello: i due fattori, messi insieme, lasciano presagire che se lo scopo era quello di mantenere lo status quo, inteso come universalismo di accesso, non è detto che l'evoluzione in corso sia quella desiderabile.

3. Le conseguenze

L'analisi e la conoscenza dei fenomeni sono alla base della costruzione della consapevolezza che dovrebbe guidare le decisioni di politica sanitaria, e la loro carenza segna il labile confine fra avere un sistema in Transizione ovvero alla Deriva: risulta quindi essenziale comprendere le conseguenze dei fenomeni descritti nel paragrafo precedente.

Iniziamo con il dire che dimensione e velocità dei cambiamenti intervenuti nei macro dati esposti in precedenza possono certamente stupire: se non altro, come anticipato, colpisce il fatto che un cambiamento di rotta di siffatta portata si sia realizzato mentre, ufficialmente, si sbandiera la difesa della natura Universalistica del sistema.

Lo stupore appare, invero, ingenuo: quello a cui assistiamo è nulla più che la chiara ed evidente dimostrazione che la priorità del Paese (e quindi della finanza pubblica) è la crescita, e non il *Welfare* e la coesione sociale: proposizione certamente legittima e che con-

ferma il nostro essere "strategicamente" accomunati più ai Paesi EU-OR, che non a quelli dell'Europa "ricca".

In termini pragmatici, il tema essenziale è allora capire quale sia effettivamente l'impatto sull'Universalismo derivante dal fatto che una quota, sempre più rilevante, del consumo sanitario (altrettanto universalmente ritenuto meritorio) sia lasciata alle capacità economiche delle singole famiglie.

La domanda è lecita e opportuna perché, almeno in teoria, maggiore è la quota di spesa pubblica e maggiore è la probabilità che si realizzi una elevata equità orizzontale del sistema: estremizzando, sempre in teoria, se la spesa OOP fosse nulla, avremmo la garanzia che nessuno dovrebbe avere subito barriere di accesso.

Questa lettura teorica non considera, però, la genesi delle risorse pubbliche e neppure le istanze di equità verticale.

Iniziando da queste ultime, gli argomenti sarebbero molteplici, ma ci limitiamo a osservare che, in un mondo in cui l'evidenza dice che una quota estremamente rilevante delle patologie, e dei costi connessi, discende non dal caso o dalla sfortuna, bensì da comportamenti a rischio, un accesso Universale e totalmente gratuito diventa sinonimo di un "accesso indiscriminato", pertanto sospettabile di incentivare la persistenza di comportamenti non salutari; e persino di aggiungere l'inefficienza, nella misura in cui mette tali comportamenti scorretti ingiustamente a carico della solidarietà sociale.

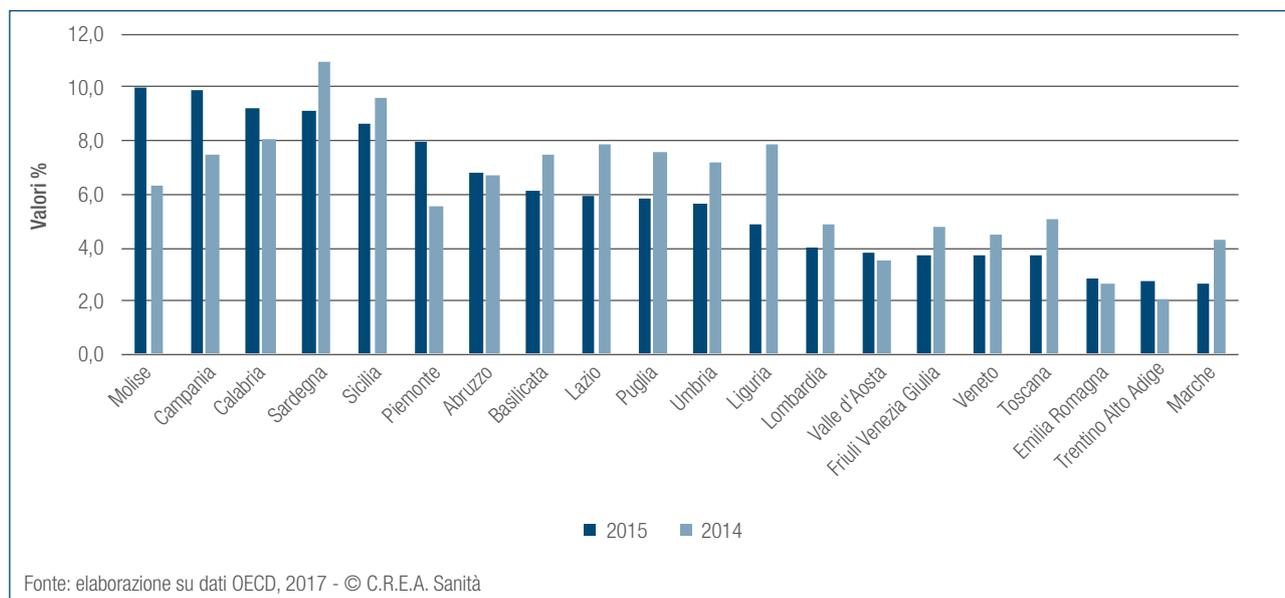
Sulla stessa linea di pensiero, a fronte di una ampia evidenza sui rischi di consumo inappropriato delle risorse in Sanità, sembra contraddittorio incentivare senza limiti il consumo rendendolo gratuito.

In altri termini, non sembra poter far parte del concetto di "tutela della Salute" la gratuità del servizio pubblico: ma per quanto ci sembri questione evidente, sul tema aleggia e persiste un pericoloso equivoco, che continua a confondere l'Universalismo con la gratuità.

Nella nostra visione (e oggi i prerequisiti del ragionamento è doveroso che siano esplicitati), condizione necessaria per l'Universalismo non è l'uguaglianza, in qualche modo garantita dall'accesso gratuito, quanto la garanzia di "non esclusione".

Ovviamente si potrebbe discutere a lungo su quali siano i servizi su cui applicare il principio di "non esclusione", come anche di quale sia la massima soglia di

Figura 3. Quota di disagio economico



impatto economico da considerare quale “indice di esclusione”: per esigenze di brevità tralasciamo questo approfondimento e pragmaticamente chiediamoci se in Italia il problema esista, ovvero se qualcuno rischi davvero l’“esclusione”.

La misura del fenomeno, per quanto anticipato, è evidentemente difficile: non di meno il Rapporto, pur con la massima umiltà, si esercita da anni con la questione; con i caveat del caso, la diagnosi consolidatasi nel tempo è che persiste una quota rilevante di disagio (economico) associato alle spese sanitarie, che coinvolge approssimativamente il 5,7% dei nuclei familiari, e aumenta soprattutto nel Sud del Paese (8,4% delle famiglie), seguito dal Centro (4,8%) e dal Nord (4,4%).

Sebbene rispetto all’anno precedente si sia assistito ad una riduzione del fenomeno, il miglioramento ha interessato soprattutto le Regioni del Centro (da 6,5% a 4,8%) e del Nord (da 4,6% a 4,4%), mentre nel Sud è sensibilmente aumentato passando dall’8,3% all’8,4%.

Si conferma che il disagio ha a che fare essenzialmente con l’aspetto geografico, rimanendo un problema (sempre più) tipico del meridione (Figura 3).

Tralasciamo l’approfondimento della “questione meridionale” in Sanità, essendo stata ripetutamente oggetto delle analisi dei precedenti Rapporti: ci limitiamo a ribadire che l’incapacità di risolverla rimane la lampante dimostrazione del fallimento del disegno universalistico

della Legge di istituzione del SSN, e quindi della necessità di nuovi approcci.

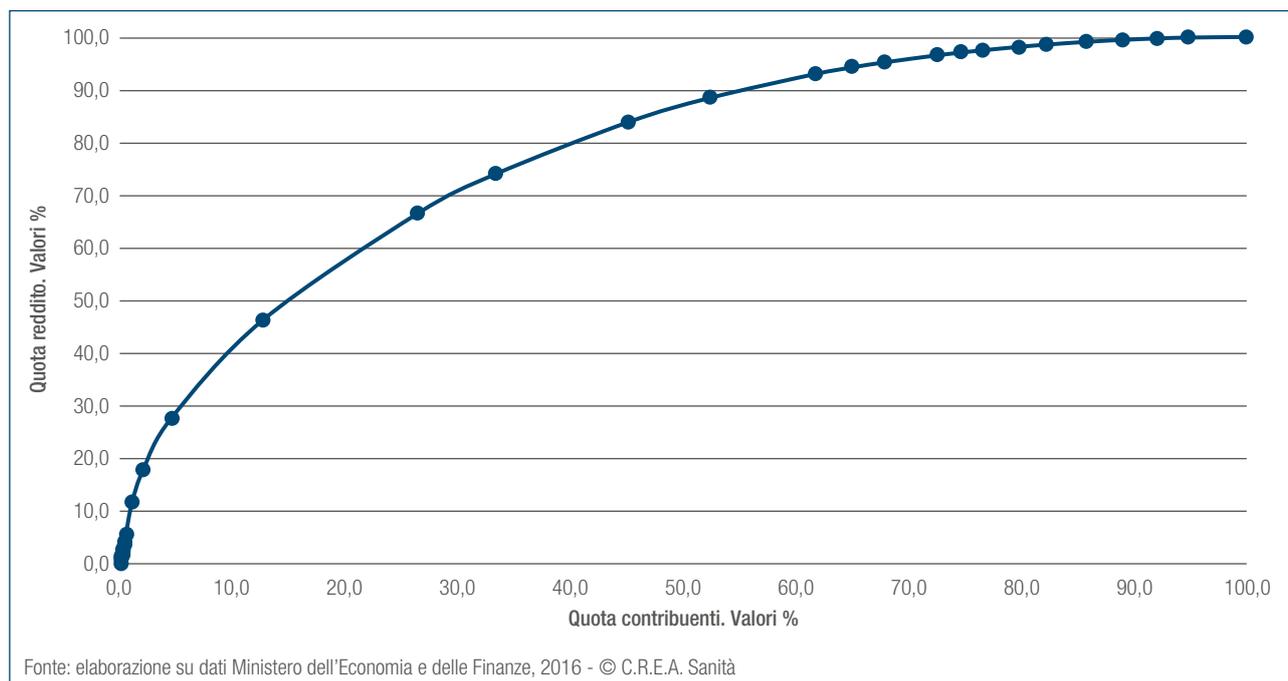
Osserviamo, invece, che la persistenza del fenomeno indica che, al netto di problemi di efficienza dei trasferimenti perequativi, specialmente di quelli “geografici”, su cui torneremo nel seguito, per contrastare l’esclusione sarebbe opportuno aumentare la redistribuzione e, quindi, la quota di spesa sanitaria pubblica: ma questa opzione si scontra con la, altrettanto lapalissiana, evidenza che la pressione fiscale in Italia è già troppo elevata e concentrata, rendendo dubbia l’opportunità della soluzione senza una revisione complessiva del sistema di finanziamento.

Per onestà intellettuale e per completezza, dichiarando la nostra carenza di informazione sulle dimensioni dell’esclusione negli altri Paesi, vogliamo riconoscere al SSN italiano il beneficio della presunzione di “innocenza”, immaginando che i livelli di esclusione non siano peggiori che negli altri Paesi.

Preso atto che, come precedentemente riportato, la spesa pubblica italiana è inferiore sia in livello che in quota rispetto agli altri Paesi europei, perché questo accada è necessario che la quota di spesa privata sia fortemente concentrata sui più abbienti e, quindi, siano sufficientemente salvaguardati i cittadini con basso reddito.

Va da sé che questa opzione implica però l’accettazione di un sistema basato su di un livello di redi-

Figura 4. Concentrazione IRPEF



stribuzione molto forte, presumibilmente maggiore che negli altri Paesi dove la pressione fiscale è minore e più omogenea.

La domanda successiva è se tale livello di redistribuzione sia da considerare il frutto di una scelta consapevole o meno: la risposta implica, ancora una volta, un diverso giudizio sul fatto che il sistema stia sperimentando una Transizione o una semplice Deriva.

Per provare a farsi una idea, partiamo, come nostra abitudine, dai numeri; per prendere in primo luogo atto che la concentrazione del reddito, almeno quello dichiarato, in Italia è molto elevata: basti considerare che il 50% di esso è concentrato in circa il 13% dei contribuenti (Figura 4); di conseguenza, qualora non ci fosse il fenomeno dell'evasione, in presenza di una forte sperequazione sociale, un livello di redistribuzione molto elevato sarebbe socialmente giustificato.

Ma se, come "probabile", l'evasione esiste ed è rilevante, si concretizza una situazione iniqua che vede il gruppo dei "contribuenti abbienti" ("ricchi" davvero non sono se non in una piccola percentuale) pagare il *Welfare* sia dei non abbienti, che degli "abbienti evasori".

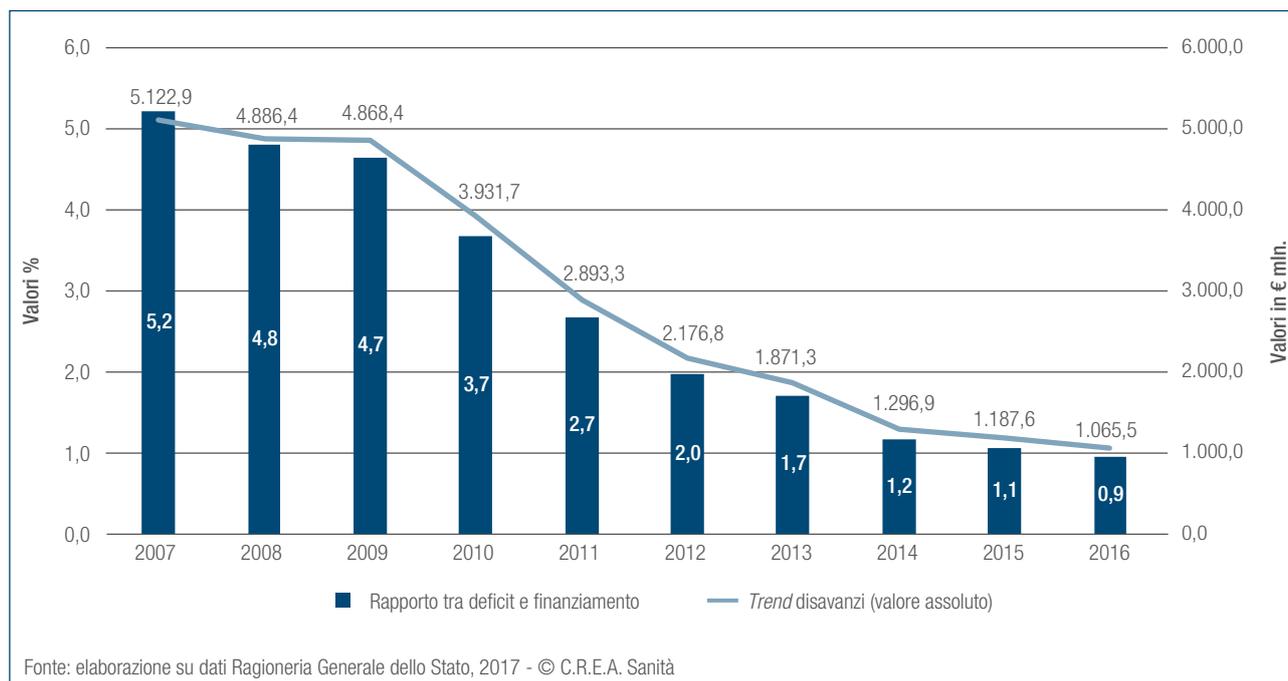
A parte l'evidente iniquità, la condizione risulta in prospettiva esplosiva per il SSN. Se consideriamo che i livelli di spesa pubblica italiana sono così bassi da far

presumere che debbano essere rivalutati, e che questo implicherebbe aumentare la pressione fiscale (a meno di recuperi di efficienza in altri settori), e che, per forza di cose, questo aumento si concentrerebbe sui soliti "noti" al fisco, è facile paventare una fortissima tensione sociale: la fascia degli "abbienti contribuenti" risulterebbe fortemente incentivata a chiedere l'*opting out*, ovvero a eludere gli obblighi di solidarietà.

Per avere una idea quantitativa del rischio e, quindi, giustificare l'affermazione, si consideri che la spesa della Pubblica Amministrazione, al netto degli interessi, delle pensioni e di altre spese non direttamente attribuibili a servizi forniti alle famiglie, è stimabile in circa € 260 mld., coperta per poco più del 40% da IVA e IRAP; volendo coprire il residuo con il gettito IRPEF, si evidenzia come i contribuenti che versano un IRPEF sufficiente a coprire l'onere equivalente (pari a circa € 7.500 per nucleo familiare), sono meno del 16%, dimostrando come sia concentrato il peso della copertura dei costi dei servizi collettivi.

Ricordando che sia la spesa privata, sia quella pubblica, sono inferiori a quella EU-OCC, a latere osserviamo che, mentre la "bassa propensione" pubblica a spendere per la Sanità è spiegabile dalle dimensioni del debito pubblico, quella privata sembra meno spiegabile,

Figura 5. Rapporto deficit su finanziamento e trend disavanzi



a meno di ritenere che le fasce povere abbiano limitate possibilità di ricorrere ai consumi privati, che quelle “abbienti contribuenti” siano gravate da una pressione fiscale che lascia loro limitate risorse disponibili, e che quelle degli “abbienti evasori” non sentano più di tanto il bisogno di spendere privatamente, perché accedono gratuitamente ai servizi pubblici.

In definitiva, i numeri sembrano dire che, o si sta minando l’Universalismo di accesso, specialmente nelle Regioni meridionali, o si sta andando verso una situazione di eccesso di solidarietà, che nasconde anch’esso una profonda iniquità.

Fra le “conseguenze” dei dati di finanziamento e spesa esposti, non possiamo evitare di parlare del risanamento finanziario e quindi della sostenibilità del sistema.

La prima, evidentissima, conseguenza è che dopo oltre 30 anni di disavanzi, quindi di disallineamento fra volontà politica (di finanziamento) e gestione del servizio (ovvero spesa), il SSN ha finalmente raggiunto un punto di sostanziale equilibrio finanziario, dimostrando di essere “macchina” complessa ma governabile.

La Figura 5 dimostra come il disavanzo, pari a € 1,1 mld. nel 2016, sia ormai inferiore all’1% del finanziamento.

Ne discende che, malgrado sia nel titolo di “tutti” i

convegni, non sembra ad oggi esistere un problema di Sostenibilità: semmai un problema di *governance* e uno di efficienza.

In via di principio, qualsiasi sistema è infatti “sostenibile”, una volta prescelto il livello di erogazione/tutela voluto, e una volta implementata una *governance*, capace di allocare e gestire in modo efficiente le risorse a disposizione.

Pur rimanendo alcune sacche di inefficienza allocativa, e quindi sprechi eliminabili, i cui risparmi dovrebbero andare a finanziare i servizi carenti, negli ultimi anni i SSR hanno tutti, diremmo senza eccezioni, migliorato la loro capacità di governo del sistema: non solo riducendo i disavanzi, ma anche colmando (almeno in parte) le più evidenti inadempienze nell’erogazione dei LEA.

Dimostrata la capacità di perseguire l’equilibrio finanziario, il tema non è più quello della Sostenibilità, quanto quello della efficienza dei livelli di servizio che permettono oggi di essere in “pareggio”.

Paradossalmente, la questione non è mai nell’agenda politica, perché implicitamente si assume l’equazione logica: livello di erogazione attuale uguale LEA; LEA uguale tutto ciò che è appropriato erogare; ergo, se si erogano i LEA in pareggio di bilancio il sistema è sostenibile e anche efficiente, erogando tutto ciò che “serve”.

Il postulato logico del ragionamento è che se i LEA attuali sono tutto ciò che “serve”, probabilmente l’eliminazione degli sprechi residui permetterebbe di rendere il sistema sostenibile ed efficiente.

Ma la questione è se i LEA attuali siano davvero tutto ciò che “serve”, ovvero se coprano tutto ciò che produce Salute e sia *value for money*, o piuttosto non siano un compromesso fra opportunità esistenti e risorse disponibili.

A seguire, la seconda questione è se, anche qualora oggi fossero “esaustivi”, potranno rimanere tali in prospettiva; ovvero se, con le risorse disponibili, potremo aggiornare i LEA per allinearli alle opportunità che l’innovazione ci offrirà.

In altri termini, la questione della Sostenibilità, come quella dell’Universalismo, sembra posta male: il problema, oggi, non è più il livello di spesa o l’efficienza, quanto la correttezza dell’investimento in Sanità, ovvero un dimensionamento di quest’ultimo capace di massimizzare la Salute prodotta, e di ottimizzare l’impatto del settore sanitario sullo sviluppo complessivo del Paese.

Il Rapporto 2017 ci restituisce tre principali linee di approfondimento, che saranno analizzate nei paragrafi seguenti, ritenute utili al fine di valutare la correttezza del dimensionamento dell’investimento in Sanità:

- la capacità attuale del sistema di produrre Salute;
- la capacità del sistema di fronteggiare l’invecchiamento;
- la capacità del sistema di “incorporare” l’innovazione.

4. La produzione di Salute

Insieme alla sobrietà, ovvero alla minore spesa rispetto agli altri Paesi europei, la dimensione che, nelle diverse valutazioni/*ranking* internazionali, più premia il SSN italiano, è l’elevata aspettativa di vita.

Come noto, l’Italia ha un’aspettativa di vita alla nascita di 85,0 anni per le donne e 80,6 per gli uomini, risultando uno dei Paesi più longevi al mondo; anche la speranza di vita residua a 65 anni (18,9 anni per gli uomini e 22,2 per le donne) è, per entrambi i generi, più elevata di un anno rispetto alla media EU (Figura 6).

Se si vive di più che negli altri Paesi, non si vive però meglio. La speranza di vita in buona salute alla nascita in Italia si attesta a 58,2 anni, e quella a 65 anni è pari a 13,7 anni per gli uomini e 14,1 per le donne, contro una media EU maggiore, e pari rispettivamente a 14,4 e 15,8 anni. Sempre a 65 anni la speranza di vita in buona salute è di 7,8 anni per gli uomini e 7,5 per le donne, a fronte di una media europea di 9,4 anni per entrambi i sessi (Figura 7).

Come già segnalato in precedenti Rapporti, rispetto alla media EU è decisamente peggiore anche la condizione degli *over 75* con patologie di lunga durata o problemi di salute: in Italia un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multi-cronico, con quote tra gli ultra ottantenni rispettivamente di 59,0% e 64,0%.

Si consideri, in particolare, che i dati esposti sono frutto di un peggioramento del dato italiano rispetto a

Figura 6. Aspettativa a 65 anni di vita residua

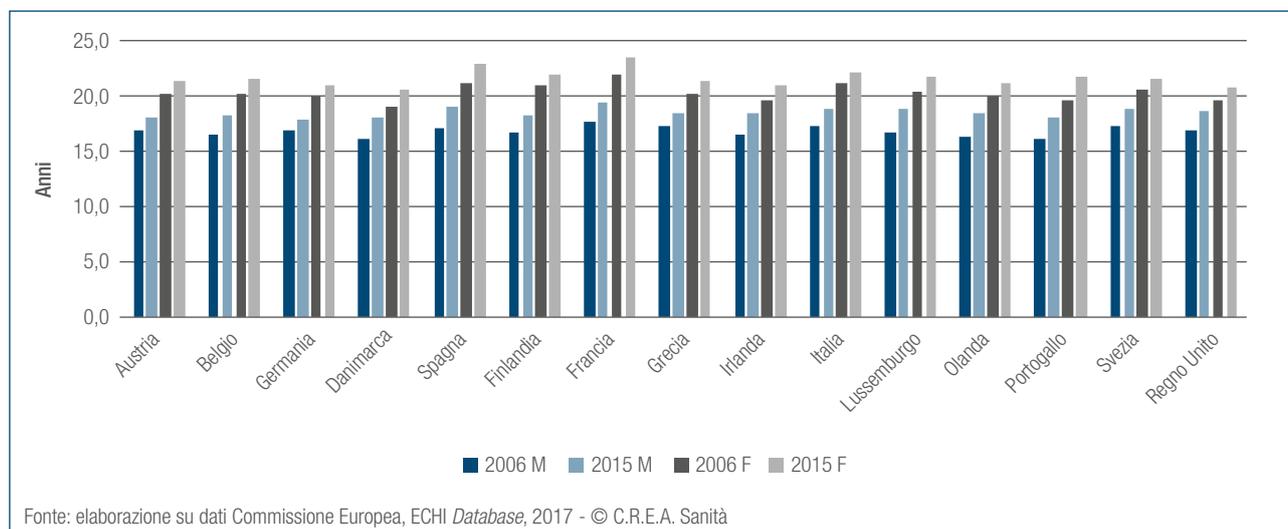
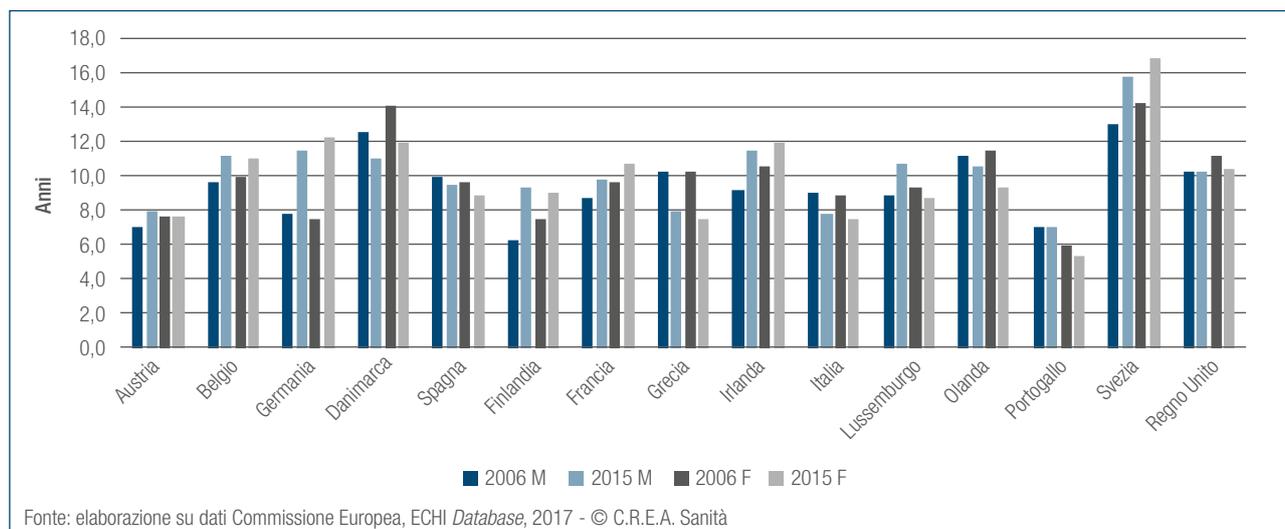


Figura 7. Aspettativa a 65 anni di vita residua in buona salute



quello EU, concretizzatosi prevalentemente nell'ultimo decennio.

A conferma del fatto che la *performance* del sistema di tutela della Salute italiano non sia eccelsa, anche dalle analisi del *Global Burden of Disease* sviluppate da un gruppo di ricerca internazionale con il coordinamento dell'*Institute of Health Metrics Evaluation* (IHME) dell'Università di Washington, per l'analisi delle quali rimandiamo al Capitolo 5, malgrado i continui incrementi nella aspettativa di vita, il sistema italiano complessivamente "performa" in modo intermedio rispetto agli altri Paesi mediterranei, in particolare Grecia e Spagna.

Questi pochi elementi sembrano sufficienti a promuovere una riflessione sulla efficienza delle scelte italiane: da una parte osserviamo che il combinato disposto della quantità e qualità di vita prodotta è, certamente, altissimo rispetto alla spesa sostenuta; dimostrando così una ottima "efficienza tecnica" del nostro sistema.

Dall'altra, dobbiamo ammettere che rispetto all'esito in termini di qualità di vita potenzialmente realizzabile (come desumibile dal confronto con gli altri Paesi) si sta evidenziando un *gap* non irrilevante e, oltre tutto, crescente.

Osservando il maggior investimento sulla Sanità operato negli altri Paesi, diviene almeno legittimo interrogarsi sulla efficienza della scelta allocativa nazionale, ovvero sulla adeguatezza dell'investimento attuale rispetto alle opportunità di produrre Salute o, almeno, minimizzare le perdite di qualità di vita per i pazienti e per i loro *caregiver*.

Tale conclusione, assume connotati ancora più inquietanti, considerando l'assenza, in Italia, di un *framework* complessivo per la gestione dell'assistenza formale per la *Long Term Care*, che di fatto è lasciata in larga misura a carico delle famiglie.

In definitiva, la capacità attuale del sistema di produrre Salute non sembra più ottimale, e questa presa d'atto dovrebbe essere la base per la definizione delle politiche sanitarie per il futuro.

5. L'invecchiamento

Ragionando, poi, in termini prospettici, l'invecchiamento è dai più considerato il maggiore elemento di criticità in termini di sostenibilità futura del SSN.

Sul fatto, però, che l'invecchiamento sarà la causa distruttiva del sistema, si possono avanzare legittime perplessità.

In primis perché, mentre la demografia già "penalizza" l'Italia, la spesa pro-capite italiana risulta (come argomentato in precedenza) largamente inferiore a quella di Paesi decisamente più "giovani", dimostrando che la correlazione fra spesa e invecchiamento non è poi così ovvia.

L'esperienza empirica non lascia dubbi sul fatto che la spesa sanitaria cresca con l'età, accelerando in particolare in prossimità dell'età di morte: il tema è che l'età anagrafica non sembra essere prospetticamente

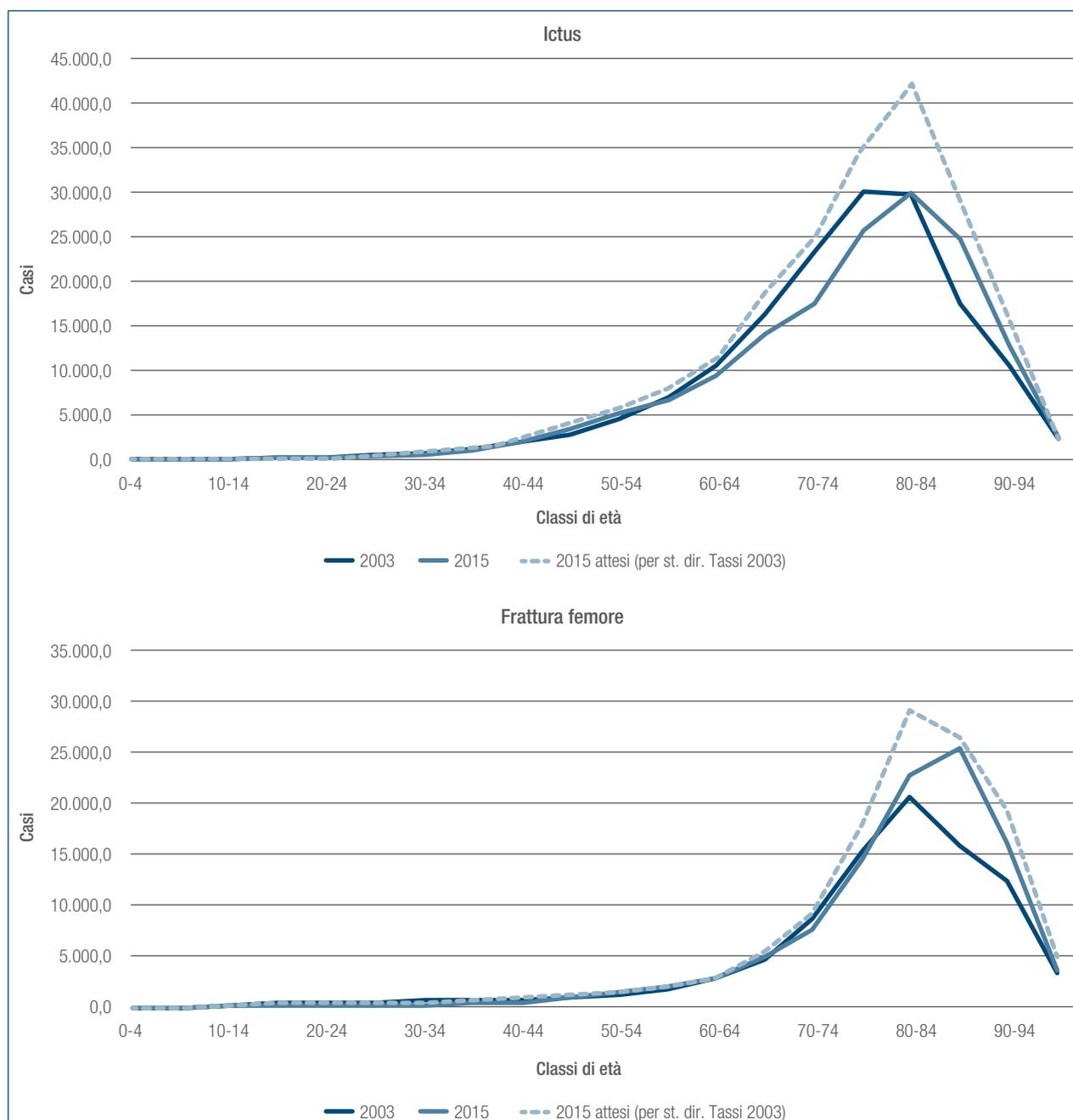
un adeguato indicatore di consumo; in altri termini, mentre lo è in condizioni statiche, ovvero in un contesto dato, in termini dinamici o comunque in contesti diversi, la relazione appare debole.

Sempre l'evidenza, porta a ritenere che un 75-enne italiano non sia necessariamente del tutto confrontabile con un 75-enne di un altro Paese e, tanto meno, con un italiano 75-enne nato 10 o più anni dopo.

A riprova di ciò, si osservino i risultati di un esercizio originale, svolto su alcune patologie di notevole impatto, contenute nel Capitolo 1 del Rapporto (Tabella 1 e Figura 8).

Considerando ad esempio gli ictus, scopriamo che dal 2003 al 2015, in Italia, i ricoveri in acuto si sono ridotti del 2,0%; il dato appare ancora più eclatante se si considera che, con i tassi di incidenza del 2003, ovvero

Figura 8. Distribuzione per classi di età dei ricoveri in acuto, per alcune patologie

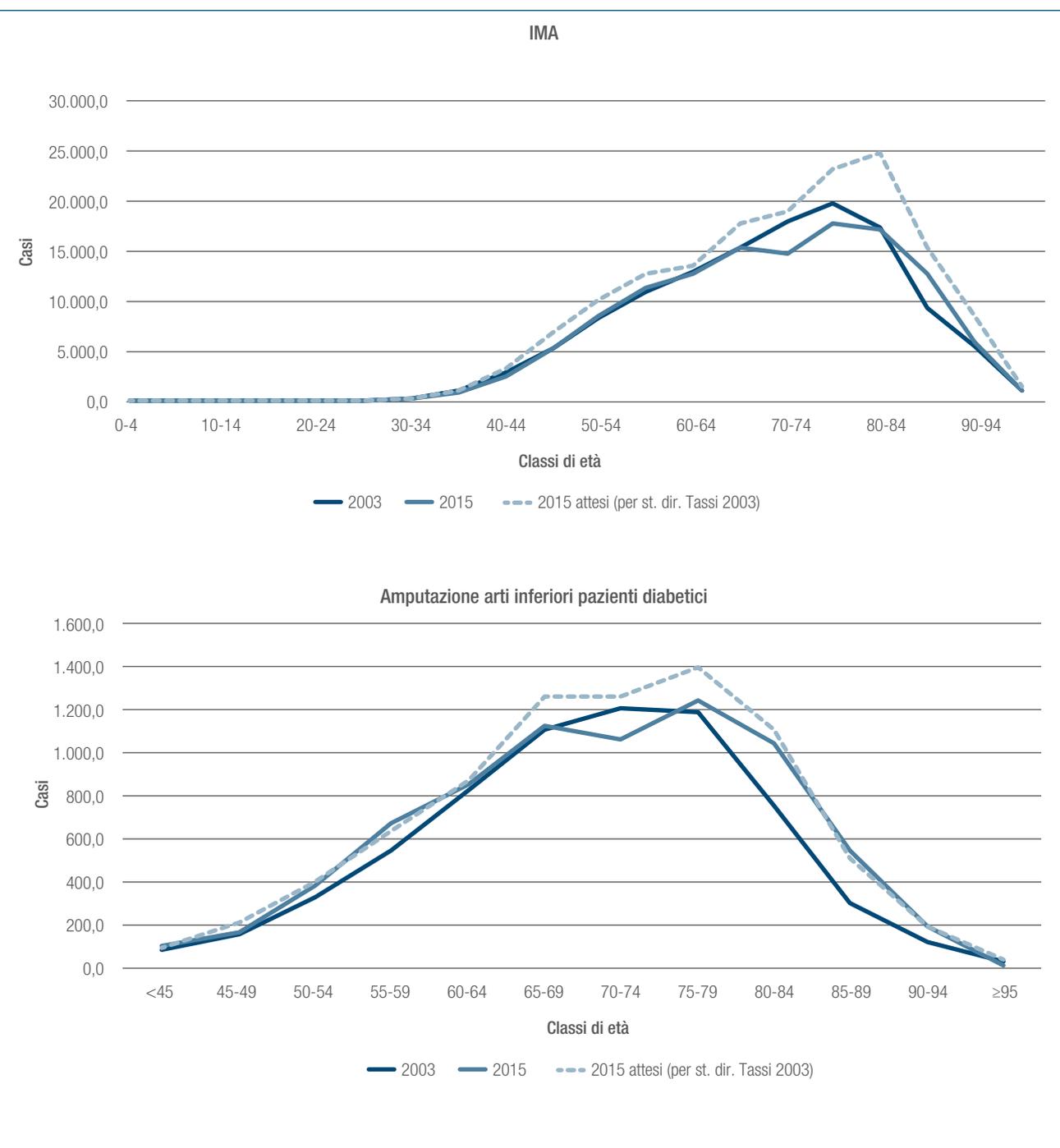


Fonte: elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute, 2016 – © C.R.E.A. Sanità

Tabella 1. Ricoveri in acuzie, per alcune patologie

Patologia	Variazione 2015/2003	Minori ricoveri rispetto agli attesi*	Variazione giornate di degenza 2015/2003	Variazione dell'età media pazienti	Variazione decessi
Ictus	-2,0%	+27,1%	-6,2%	+1,1 anni	-7,2%
Infarto acuto del miocardio (IMA)	-1,5%	+19,8%	-9,2%	+2,6 anni	-29,8%
Frattura di femore	+12,7%	+21.000 casi	-1,4%	+2,5 anni	-7,7%
Amputazioni legate a diabete	+11,0%	+550 casi	-8,9%	+0,7 anni	-7,7%

*Ricoveri 2015 attesi secondo i tassi di incidenza 2003
 Fonte: elaborazione su dati SDO (Ministero della Salute) – © C.R.E.A. Sanità



estrapolando i *trend*, e variando solo la demografia, sarebbe stato atteso un aumento del 27,1%.

Anche le giornate di degenza si riducono del 6,2%.

Sull'intera casistica, nei 12 anni considerati l'età media si sposta "in avanti" passando da 73,9 anni a 75,0 anni (+2 anni sull'età mediana), e contemporaneamente i decessi si riducono del 7,2%. In particolare, nella popolazione anziana *over 65*, che rappresenta oltre l'80% della casistica complessiva, l'incidenza si riduce passando da 12 casi a 10 casi per 1.000 abitanti.

Analogamente, per l'Infarto Miocardico Acuto, i ricoveri in acuto si riducono del 1,5%, a fronte di un aumento atteso, in base al solo invecchiamento, del 19,8%. Le giornate di degenza si riducono significativamente del -9,2%.

E anche in questo caso l'età media si sposta "in avanti", passando da 77,5 anni a 78,1 anni (+1 anno sull'età mediana), con una contemporanea riduzione dei decessi del -29,8%.

Per quanto concerne le fratture di femore, al contrario i ricoveri in acuto aumentano del 12,7%, ma a fronte di un aumento atteso che sarebbe stato di 21.000 casi in più considerando il puro invecchiamento: evidenziando, quindi, una netta diminuzione dell'incidenza (intervenuta in particolare dopo i 70 anni).

In ogni caso, le giornate di degenza si riducono comunque dell'1,4%.

Si conferma che l'età media si sposta "in avanti", passando da 77,9 a 80,4 anni (+2 anni anche sull'età mediana), e contemporaneamente i decessi si riducono del 7,7%.

Infine, come ultimo caso esemplificativo se si considerano le amputazioni degli arti inferiori associati anche ad una diagnosi di diabete mellito: i ricoveri in acuto aumentano dell'11,0%, a fronte di un aumento atteso che sarebbe stato però di 550 casi in più, riducendosi l'incidenza fra i 65 e gli 85 anni.

Ancora, le giornate di degenza si riducono del -8,9%.

E anche in questo caso l'età media si sposta "in avanti" passando da 69,9 anni a 70,6 anni (+1 anno sull'età mediana), e contemporaneamente i decessi si riducono del 7,7%.

Tutti gli esempi riportati, per quanto chiaramente non esaustivi, sembrano confermare che, già a 10 anni di distanza, le condizioni morbili della popolazione non sono più pienamente confrontabili e che l'invecchiamento è

in parte compensato dal fatto che si sposta in avanti l'epoca di insorgenza delle patologie, ma anche da una migliore organizzazione che riduce l'onere assistenziale. In tutti i casi considerati, l'incidenza dei ricoveri è risultata minore di quanto atteso in base all'invecchiamento nel frattempo intervenuto; così come le giornate di degenza risultano complessivamente essersi ridotte del 5,7%: ipotizzando un valore medio per giornata di degenza pari a € 500, per queste sole 4 patologie, dall'acuzie si sono potenzialmente liberati € 122 mln..

A livello "macro" troviamo chiara conferma di questi processi in atto: analizzando i ricoveri nell'ultimo decennio, nonché le variazioni della popolazione eleggibile, della degenza media, delle giornate di ricovero e del valore della produzione, si conferma che il sistema sta tutt'altro che sperimentando una esplosione di costi.

Fra il 2005 e il 2015 (Figura 9), la popolazione sino a 54 anni si è ridotta impercettibilmente (-0,3%), ma è fortemente aumentata quella delle fasce successive: di circa l'8% quella fra i 55 e i 75 anni, del 28% quella oltre i 75.

Malgrado l'aumento della popolazione, i ricoveri sono calati, in tutte le fasce di età: nella prima fascia, a fronte di una sostanziale invarianza della popolazione, il calo raggiunge il 34,8%; la stessa riduzione si registra fra 55 e 65 anni, ed è di poco inferiore nella fascia 66-75 (-31,3%); i ricoveri si riducono persino dopo i 75 anni, sebbene in misura minore: -7,3%.

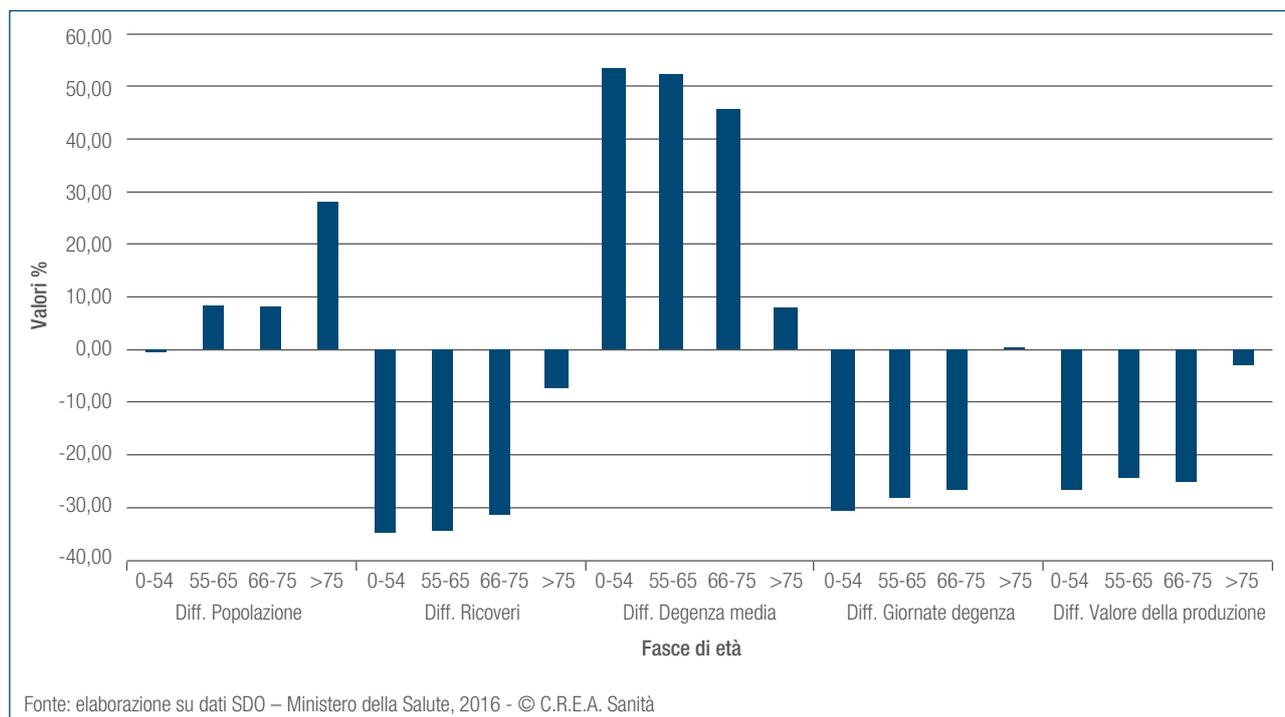
A fronte di riduzioni così marcate nel numero di ricoveri, ancor più importanti considerando il contemporaneo aumento della popolazione, le degenze medie in generale aumentano significativamente, sebbene in modo marcatamente inferiore, per i ricoveri degli *over 75*.

Osserviamo che la fascia di età "estrema" fa eccezione anche nella valutazione dell'attività ospedaliera complessiva (espressa in giornate di degenza erogate), registrando un lieve aumento dello 0,1%, a fronte di riduzioni nelle altre fasce, comprese nel *range* 26,6-30,6%.

In definitiva, ne consegue che il valore della produzione si riduce in tutte le fasce: nelle prime tre lo fa in modo molto significativo, essendo la riduzione compresa fra il 24,2%-26,4%, e anche nell'ultima segna un -2,9%.

Malgrado l'invecchiamento, e malgrado anche l'intervenuto aumento della popolazione, a livello ospedaliero si sono quindi generati ingenti risparmi potenziali.

Figura 9. Variazioni dei principali indicatori di attività ospedaliera 2015-2005



Peraltro, ricordando la sensibile crescita numerica della popolazione *over 55* anni, le riduzioni di ricoveri nelle fasce successive assumono una ancora più eclatante significatività. Notando altresì che la scarsa natalità, e l'allungamento dell'aspettativa di vita, fanno crescere in particolare la popolazione *over 75* anni.

Le dinamiche descritte sembrano, quindi, complessivamente confermare che è in atto un processo di compressione della morbidità, almeno intesa come morbidità foriera di ricorso al ricovero ospedaliero. Si sposta in avanti con l'età la probabilità di ricovero, tant'è che solo nell'ultima classe (ovviamente) non si evidenziano riduzioni più di tanto significative del numero di ricoveri e della degenza.

Due conseguenze ci sembra possano trarsi dalle analisi che precedono; la prima è che assumendo il ricorso al ricovero ospedaliero (non episodico) come un indicatore di fragilità, indirettamente si conferma che la soglia dei 65 anni per l'età anziana è ormai una mera convenzione, per lo più priva di significato: la fascia 66-75 si comporta essenzialmente come quella 55-65, mentre è solo dopo i 75 anni che si evidenzia una chiara soluzione di continuità.

Come postulato segnaliamo che, in ogni caso, l'età

che segna l'inizio dell'anzianità segue un processo evolutivo, avanzando col tempo.

La seconda conseguenza è che le analisi condotte rappresentano un punto a favore della teoria della compressione, se non della morbidità, almeno dell'assorbimento di risorse, rendendo meno cupe le previsioni sull'impatto dell'invecchiamento.

Ovviamente, questa "compressione" non è un fenomeno "naturale", quanto l'effetto della prevenzione (si vedano i casi dell'ictus e dell'IMA), ma anche delle innovazioni tecnologiche, che permettono una assistenza più efficace ed efficiente (vedi i casi di protesi ortopediche e amputazioni).

Quindi, la "sostenibilità" dell'invecchiamento è cosa possibile, ma bisogna essere consapevoli che è condizionata all'investimento in prevenzione e nell'innovazione.

6. L'innovazione

Sebbene l'innovazione sia, per lo più, considerata l'altro maggiore fattore di rischio per la Sostenibilità prospettica dei sistemi sanitari, il paragrafo precedente tende a sostenere la tesi che invecchiamento e inno-

vazione non “rompano” gli equilibri, nella misura in cui vadano di pari passo.

Il tema è, quindi, se le risorse disponibili saranno sufficienti per sostenere l'innovazione necessaria a contrastare gli oneri derivanti da un invecchiamento “sbagliato”.

La questione del finanziamento dell'innovazione è un problema non tanto economico (ovvero di efficienza), quanto finanziario.

Infatti, l'innovazione implica investimenti, che generano ritorni, e quindi risparmi, con un certo ritardo temporale; abbiamo visto nei paragrafi precedenti, che tale ritardo non è lunghissimo, considerando che si vedono effetti significativi già dopo 10 anni, ma può ugualmente risultare insostenibile nelle condizioni finanziarie in cui versa il Paese.

Sull'accesso all'innovazione pesa, prima di tutto, il persistere della politica dei silos: l'esempio dei potenziali risparmi realizzati negli ultimi anni in campo ospedaliero, ne rappresenta un chiaro esempio.

Anche in questo caso, sembra essenziale fare il punto sulla situazione attuale, rispetto all'accesso dell'innovazione.

In altri termini, al di là della recente istituzione dei fondi per l'innovazione farmaceutica, peraltro largamente discutibili perché rappresentano un “silos nel silos” e, in quanto tali, sono forieri di distorsioni, si deve capire se nel Paese vigano condizioni di equo e ragionevole accesso all'innovazione.

Del tema ci siamo già occupati in precedenti edizioni del Rapporto, ad esempio confrontando i consumi farmaceutici, in Italia e nei principali Paesi EU, dei farmaci approvati da EMA nel quinquennio precedente: ne emerse quello che battezzammo un “indizio di razionamento”, nella misura in cui, a parte i tempi di accesso notoriamente più lenti in Italia (e, per inciso, solo marginalmente attribuibili alle tempistiche di negoziazione dell'AIFA), i consumi pro-capite nazionali rimanevano largamente inferiori a quelli degli altri Paesi, malgrado una popolazione più vecchia, e anche dopo 5 anni.

Sempre prendendo a prestito l'esempio dal mondo farmaceutico, in quanto quello che permette analisi di dettaglio, rese possibili dai sistemi di rilevazione e monitoraggio che ormai sono assolutamente esaustivi, quest'anno riproponiamo il confronto ma a livello regionale (e limitato ai farmaci di nuova commercializzazione negli anni 2014-2016).

La Figura 10 ci restituisce una variabilità regionale per la spesa relativa ai farmaci di nuova commercializzazione che, per quanto non ci stupisca più, richiede con urgenza maggiori approfondimenti.

La differenza di spesa per farmaci di nuova commercializzazione, tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima, è pari a 2,6 volte, e arriva a 3,2 volte considerando il dato per popolazione standardizzata.

La variabilità non sembra casuale: nei primi posti

Figura 10. Spesa pro-capite anno 2016 relativa ai nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2016

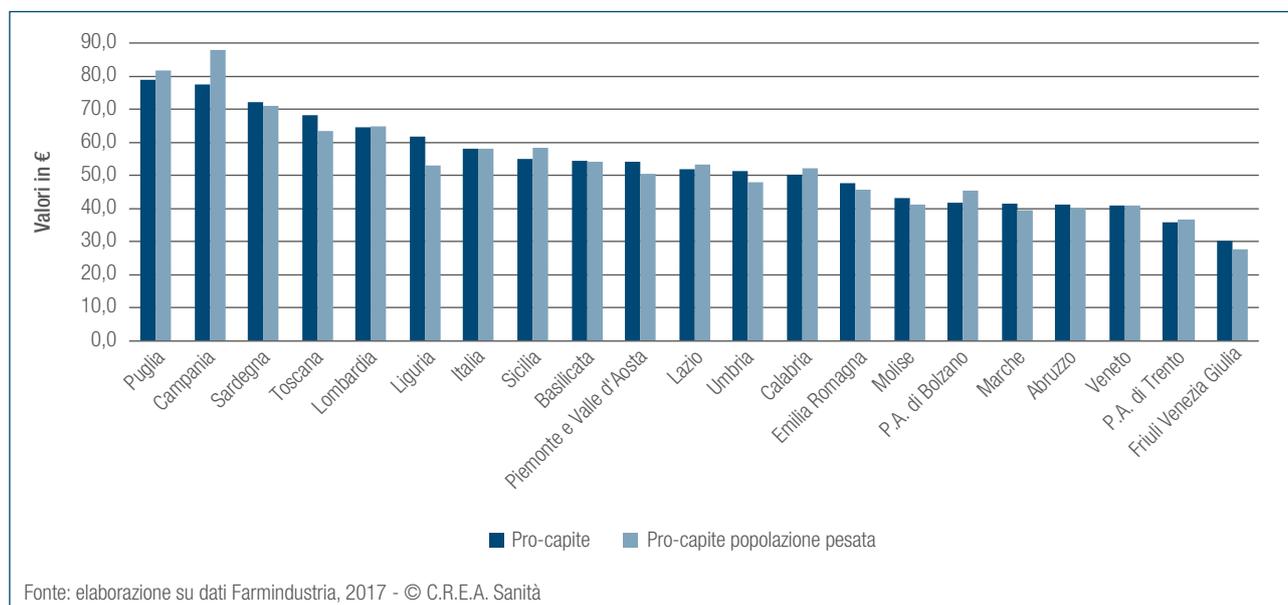
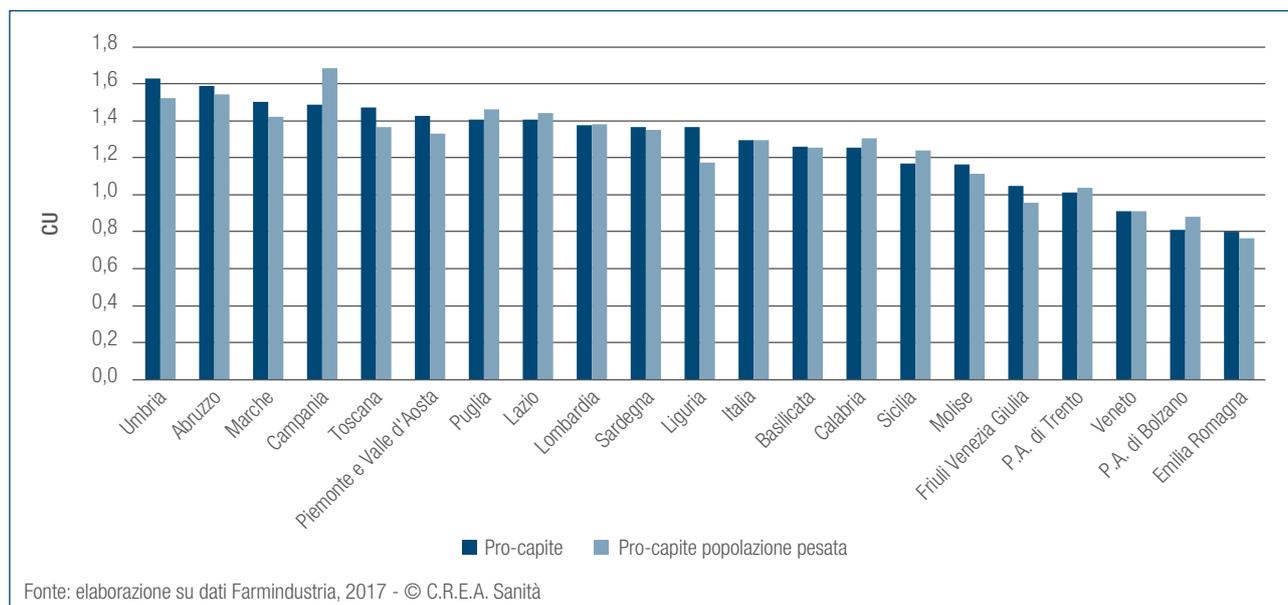


Figura 11. Unità vendute pro-capite anno 2016 relative a nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2016



troviamo Puglia, Campania e Sardegna, e negli ultimi tutto il Nord-Est.

Ovviamente le differenze di spesa sono il combinato disposto dei consumi in quantità e dei prezzi di approvvigionamento.

In effetti, osservando il dato in quantità, emerge che la variabilità si riduce, ma la differenza tra la Regione con consumi massimi e quella con consumi minimi rimane dell'ordine di 2,0 volte (Figura 11).

Sembra, quindi, relativamente facile concludere che la Puglia acquista "peggio" della Campania (e la Sardegna ancora "peggio"), così come il Veneto acquista "meglio" dell'Emilia Romagna.

Rimane, però, difficile dare un "segno" alla residua differenza nei consumi, per i quali (esclusa la P.A. di Bolzano che ha storicamente consumi farmaceutici non sovrapponibili a quelli delle altre Regioni) emerge come Veneto ed Emilia Romagna, Regioni notoriamente dotate di proprie infrastrutture di valutazione, e che sono use fornire ai clinici raccomandazioni d'uso, siano quelle che fanno ricorso, radicalmente, a meno farmaci di nuova commercializzazione.

La difficoltà risiede nel fatto che i numeri elaborati possono essere letti tanto nel senso di un razionamento messo in atto da alcune Regioni, quanto in quello di una maggiore appropriatezza d'uso: ma anche qualora si volesse (e non è a priori dato conoscerne la correttezza

dell'assunzione) sposare la seconda lettura, si evidenzerebbe un fortissimo conflitto fra istituzioni centrali (che inseriscono nei LEA) e istituzioni regionali che decidono "come" (o "come non") erogarli.

Per quanto argomentato sull'importanza del ruolo dell'innovazione (sebbene qui più modestamente si sia lavorato su tecnologie "nuove"), per contrastare l'invecchiamento e anche invertire il peggioramento relativo dei dati di qualità della vita italiani rispetto a quelli medi europei, sembra essenziale che la *governance* dell'innovazione tecnologica sia rivista, e sia fatta chiarezza sulla sua distribuzione all'interno del SSN.

Non sembra accettabile, né su un piano equitativo, né tanto meno su quello dell'efficienza, che la diffusione dell'innovazione sia *random* e, con tutta probabilità, prostrata a esigenze di equilibrio meramente finanziario.

7. Suggerimenti per le politiche sanitarie

Dai "fatti" che il Rapporto 2017 porta all'attenzione, discendono varie suggestioni per la formulazione delle politiche sanitarie; ne abbiamo scelte tre che ci sembrano prioritarie:

- come difendere l'Universalismo;

- come rendere compatibile la *governance* dell'innovazione con i vincoli economici del sistema;
- come trasformare i cambiamenti in atto in possibilità di investimento.

La salvaguardia dell'Universalismo

Come già affermato in precedenti Rapporti, pur mancando il dato (altrimenti l'evasione non sarebbe tale) è lecito affermare che a fronte delle condizioni in cui si muove la prova dei mezzi in Italia, un sistema universalistico di tipo mutualistico rischierebbe di essere più equo di uno universalistico di stampo *beveridgiano* come quello scelto nel 1978: l'Universalismo *beveridgiano*, richiede, infatti, anche "l'Universalismo fiscale", cosa che, in Italia, sembra non sia dato ottenere.

Quindi, va chiarito che il tema vero non è salvaguardare l'Universalismo, ma salvaguardare l'equità dell'Universalismo.

Conoscendo storicamente i limiti del modello *bismarkiano* applicato in una Società segnata da disparità così elevate, e quindi escludendo "a priori" un ritorno alla situazione ante 1978, sembra almeno opportuno provare a confrontarsi sui vantaggi e svantaggi dei sistemi misti, che coniugano una quota (I pilastro) a redistribuzione *beveridgiana*, con una quota (II pilastro) di tipo mutualistico.

Intanto, è opportuno perché nella apparente immobilità, il sistema sta già spontaneamente andando nella direzione di un sistema misto.

A riprova di ciò, la spesa privata è aumentata nell'ultimo quinquennio del 4,5% in linea con gli aumenti a livello EU (4,6%), raddoppiando il tasso di crescita rispetto agli anni precedenti.

Cresce anche la platea dei cittadini che stipula polizze collettive ad oggetto forme di Sanità integrativa/complementare; e non stupisce che il massimo fermento si abbia nelle fasce dei lavoratori dipendenti che, oborto collo, sono fra gli "abbienti contribuenti": di fatto, e forse senza una lucida consapevolezza di ciò, queste fasce di popolazione già stanno sperimentando un sistema misto, chiedendo (razionalmente) non più un allargamento della tutela pubblica per la popolazione, che ricadrebbe in larga misura sulle loro "spalle", quanto una commistione di solidarietà e mutualità.

In termini numerici la quota intermediata è arrivata

al 7,4% della spesa privata, di cui 6,1% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e l'1,3% alle polizze individuali.

A parte l'ovvia constatazione delle tendenze spontanee della Società italiana, l'iniezione di forme di mutualità è coerente con un livello di maggiore sussidiarietà del sistema, a sua volta foriera di una maggiore personalizzazione e quindi efficienza del servizio. Inoltre, una maggiore quota di spesa privata intermediata può contribuire indirettamente al finanziamento del I pilastro, facendo emergere quote di "nero" che certamente sono ancora presenti del settore.

A riprova di ciò la quota di detrazione fiscale delle spese sanitarie (che riduce il reale impatto sulle famiglie della spesa privata) è pari a circa € 2,6 mld. annui: nella migliore delle ipotesi circa la metà di quanto potenzialmente detraibile; in parte può trattarsi di "ignoranza" o di disinteresse alla detrazione, ma anche di una indiretta indicazione della presenza di una quota di transazioni "non ufficializzate".

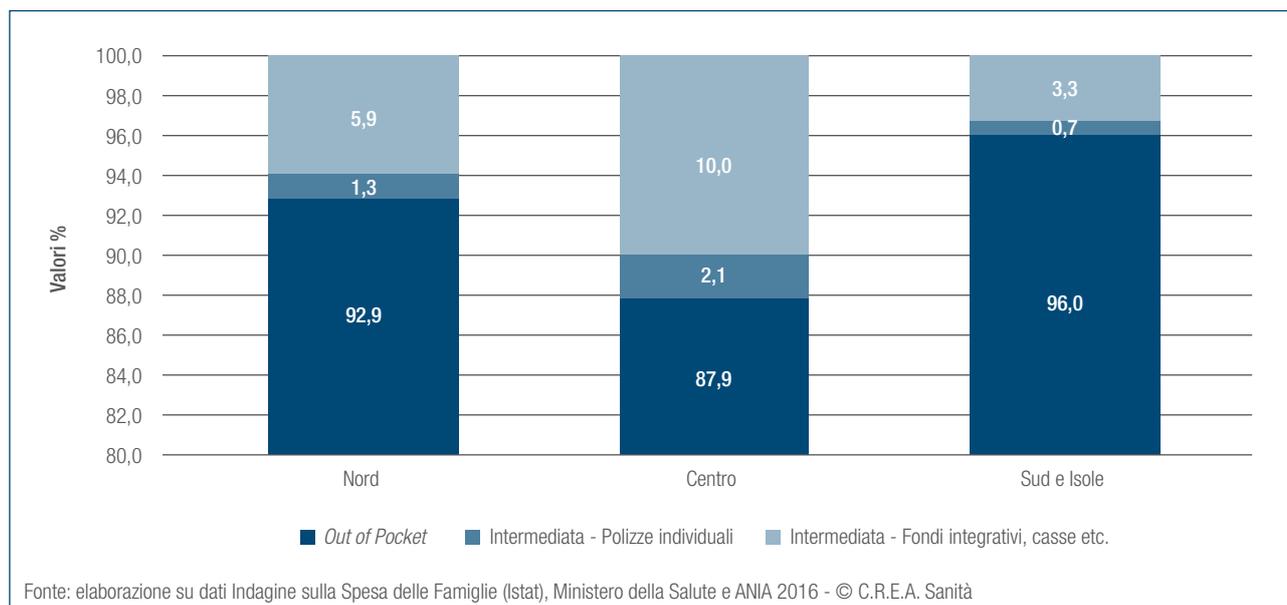
Ovviamente nella valutazione della opzione vanno soppesati anche i rischi connessi con lo sviluppo del II pilastro.

Senza pretesa di esaustività, segnaliamo il rischio che si generi una spinta verso consumi inappropriati e, anche, che il suo sviluppo sia fonte di nuove disparità.

Sull'ultimo punto segnaliamo che è già oggi evidente (Figura 12) come il Sud, per ragioni di distribuzione territoriale e tipologia delle attività economiche, stia rimanendo fuori dal processo: la componente intermediata rappresenta il 7,2% della spesa privata nel Nord (8,7% nel Nord-Ovest e 4,9% nel Nord-Est), il 12,1% nel Centro e solo il 4,0% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di potenziale iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria.

L'effetto iniquo è evidente dal fatto che la quota di famiglie che sostengono spese OOP è paradossalmente maggiore nel Sud e non tanto, o non solo, per carenze di offerta pubblica, ma perché sono meno quelle assicurate: infatti, rispetto all'anno 2014, si è registrato un aumento di spesa privata in tutte le ripartizioni, ad eccezione del Nord-Est dove meno famiglie hanno fatto ricorso alle spese OOP (il 78,2% a fronte del 79,4% dell'anno scorso); il Sud rappresenta la ripartizione geografica con la maggior quota di famiglie che è ricorsa alle spese sanitarie OOP, il 79,9%, seguita dal Centro con il 76,4% e dal Nord-Ovest con il 75,1%.

Figura 12. Composizione della spesa sanitaria privata per ripartizione geografica, anno 2016



Osserviamo, però, anche una maggiore copertura assicurativa per le famiglie che risiedono nel Nord-Est del Paese (6,2% delle famiglie), a seguire nel Centro (5,4%), e da ultimo nel Sud dove appena l'1,2% dichiara di averla.

Considerando le sole famiglie non assicurate, la quota di famiglie che sostengono spese OOP torna maggiore nel Nord-Est (83,4%), che non nel Sud e nel Centro (80,8%): a riprova, però, che il ricorso all'OOP è inversamente proporzionale alla quota di famiglie che dispongono di una copertura, direttamente proporzionale al reddito, ma anche legata alle condizioni di offerta, il tasso minore si ha nel Nord-Ovest.

In ogni caso è evidente che la mutualità non sarà per tutti, o almeno non per tutti nelle stesse dimensioni, e che quindi contenga al suo interno germi di disegualianza: questo "costo" può, però, essere largamente compensato se, grazie al suo sviluppo, emergerà una quota dell'evasione sopra richiamata, con il duplice vantaggio di restituire agli "abbienti contribuenti" una parte della redistribuzione non dovuta e di ridurre per i più poveri l'onere per accedere ai servizi del I pilastro.

Il disegno di un sistema misto richiede, però, una assoluta integrazione fra i due pilastri: per esemplificare, l'integrazione funziona bene se per i servizi si prevedono tanto una copertura differenziata da parte del I pilastro, a seconda delle possibilità economiche del percipiente,

quanto la possibilità di avere servizi differenziati per qualità: può essere il caso della scelta della camera singola, della scelta dell'*équipe* chirurgica, ovvero di alcune tecnologie a innovazione incrementale.

In un contesto come quello delineato, il II pilastro coprirebbe le quote differenziali di onere economico o i costi aggiuntivi delle innovazioni incrementali, evitando che chi paga di più debba pagare due volte il servizio; lasciando, invece, gratuito, o con una minima partecipazione, l'accesso per i meno abbienti; obbligando, infine, chi evade a pagarsi almeno le "quote aggiuntive" delle innovazioni.

Quanto accennato nei suoi contorni generali, rende evidente la necessità di affrontare senza pregiudizi ideologici la tematica, e quindi poi di governare la Transizione: ricordiamo che l'attuale Deriva, in questo campo del tutto evidente dall'assenza di scelte e discussioni, è foriera di duplicazioni (e quindi sprechi), come anche di nuove disparità geografiche.

La governance per l'innovazione

L'innovazione (da quella strettamente tecnologica a quella organizzativa) costa ma è un investimento: senza il quale non saremmo riusciti a rendere sostenibile un incremento della popolazione anziana che diventa ormai percepibile anche con il passare di pochi anni.

Lamentarsi dei costi dell'innovazione lascia il tempo

che trova; sebbene sicuramente i minori tassi di crescita a livello mondiale implicheranno a medio termine una calmierazione dei prezzi, e quindi dei profitti delle aziende che innovano in Sanità, questo non metterà comunque il Paese “in salvo”: finché i nostri tassi di crescita rimarranno sotto la media, e non saremo capaci di fare del settore una priorità industriale del Paese (va da sé che i costi assistenziali, nei Paesi dove l’innovazione viene generata, sono in parte compensati dai ritorni derivanti dai profitti), non sarà facile tenere il passo con i costi finanziari dell’innovazione.

Quindi per essa bisogna trovare risorse aggiuntive e, alle Aziende, va data a priori contezza di cosa in Italia verrà rimborsato e cosa no.

Un doppio, o triplo, livello di valutazione/negoziazione è un evidente spreco ed è anche concettualmente inaccettabile; come anche il perdurare di tetti che “creano silos”, e oltretutto solo per alcune tecnologie.

Necessita, quindi, ripensare il criterio di rimborsabilità come anche quello di innovazione: per gestire quest’ultimo, scelta obbligata con l’istituzione dei fondi per l’innovazione, si sono introdotti elementi di valutazione, quali la severità della patologia, o la significatività del beneficio, che attengono però a sfere eminentemente distributive: lasciarli alla valutazione di un organo tecnico-scientifico sembra del tutto improprio, essendo piuttosto da riportarsi a valutazioni nel campo della bio-etica. E anche la recente introduzione di criteri di valutazione del grado di evidenza sembra discutibile, nella misura in cui l’incertezza sarebbe stata tranquillamente gestibile con strumenti di tipo statistico e/o con i cosiddetti *Managed Entry Agreements*.

Di fronte all’incertezza sul grado di evidenza, sembrerebbe più opportuno rendere compartecipe l’industria del rischio, piuttosto che rischiare di ritardare l’accesso al mercato, e quindi anche della produzione di una “chiara evidenza”.

Il vero problema è che, le tecnologie del futuro, al momento dell’arrivo sul mercato, di evidenza ne avranno sempre meno; a meno di volerne dilatare i tempi di accesso al mercato, con effetti indesiderati sui costi, oltre che sui pazienti, che sperimenterebbero dilazioni eticamente inaccettabili del tempo di accesso alle opportunità terapeutiche.

Nel campo degli accessi precoci, il problema sembra

essere più etico che economico: ovvero quello dell’individuazione del livello minimo di evidenza sotto il quale non si ritiene corretto/opportuno far correre rischi alla popolazione.

L’ulteriore elemento critico sembra essere la natura essenzialmente dicotomica della decisione a cui le Agenzie nazionali sono chiamate, tanto in tema di rimborsabilità, quanto in quello del riconoscimento dell’innovazione.

Il criterio della rimborsabilità, però, dovrebbe essere quello del merito sociale, e non l’innovatività o la sua evidenza.

Prendendo spunto dall’esperienza francese, ricordiamo come in quel caso la prima decisione sia quella della meritorietà sociale delle tecnologie che arrivano sul mercato, declinata su 5 livelli.

In base alla meritorietà, le autorità decidono la quota di copertura garantita dall’assicurazione universalistica.

Ad un estremo si avranno prestazioni non appropriate, e per le quali lo “Stato” non interviene; all’altro quelle certamente appropriate, che rappresentando una priorità di Sanità pubblica, verranno rimborsate al 100%. In mezzo esistono altri tre livelli, per i quali lo Stato fa la sua parte, lasciando però una quota alla responsabilità al cittadino.

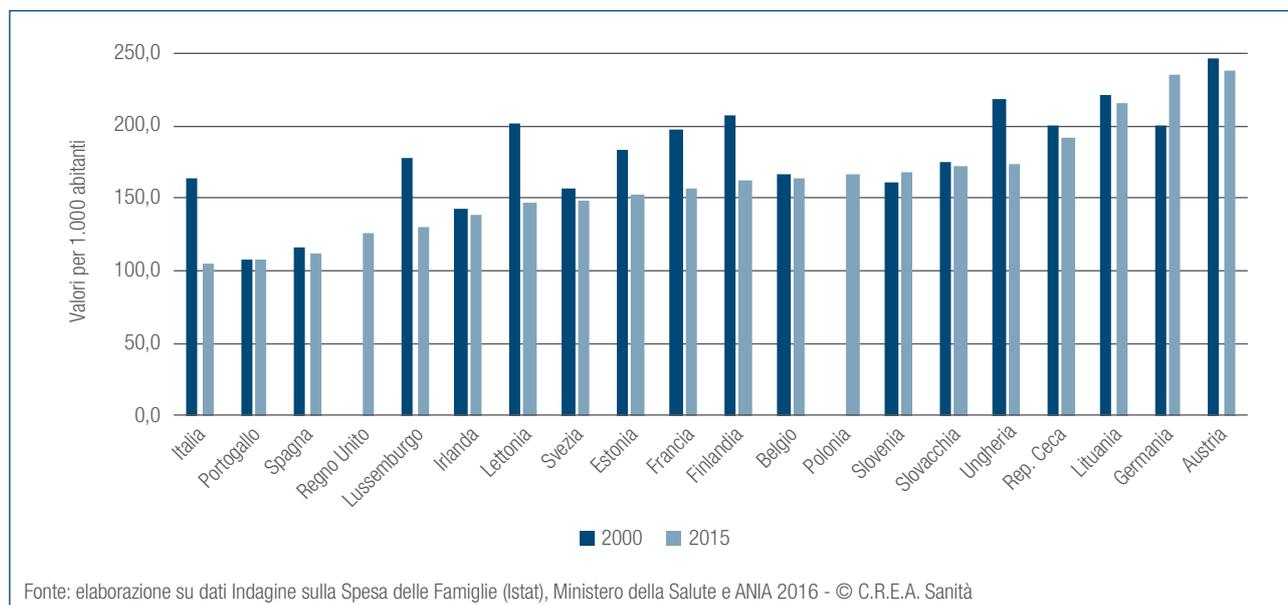
Esemplificando, bisogna decidere se sia meglio un sistema che tende a non introdurre un *wearable device* perché magari comporta zero vantaggi clinici, se non qualche beneficio per la qualità della vita del paziente, o piuttosto uno che lo introduce lasciando al cittadino che ne vorrà fare uso l’onere di sostenere la differenza di costo (o parte) rispetto alla tecnologia più vecchia.

A fronte di non rilevanti differenze di esito clinico, perché negare, come spesso succede, l’accesso, lasciando completamente l’onere a carico del cittadino: in fondo, anche in Italia, già ci comportiamo diversamente con i farmaci a brevetto scaduto, dove il SSN copre il solo prezzo di riferimento.

Poter graduare la quota di rimborso è anche condizione per realizzare quella integrazione fra il I e il II pilastro, che è stata oggetto del precedente paragrafo.

E, da ultimo, ma non per importanza, è anche condizione sufficiente per restituire gradi di libertà al sistema, senza i quali il rischio crescente sarà il razionamento implicito delle innovazioni.

Figura 13. Tassi di ospedalizzazione in acuzie



Dato che la quota di contributo pubblico si applica ad un bene che ha un prezzo e dato che quindi va governato anche quello (almeno secondo la tradizione italiana, come anche quella francese), allora, così come è in Francia, entra in gioco anche il beneficio rispetto all'esistente: e quindi la definizione di un prezzo legato al valore incrementale della tecnologia.

In definitiva, la prima condizione per una nuova *governance* dell'innovazione sembra essere liberarla dai vincoli dei silos, ad iniziare dai tetti per tecnologia, e anche dalla logica dicotomica tipica dei sistemi che confondono Universalismo e Gratuità.

Le risorse per gli investimenti

Quanto precede non lascia dubbi sul fatto che le risorse attuali non saranno sufficienti per aggiornare ulteriormente i livelli di servizio, ovvero ad allineare le risorse alle opportunità rese possibili dall'innovazione.

Una soluzione è ovviamente quella di negare la tecnologia, o larga parte di essa: scelta legittima ma pericolosa e in larga misura anti-storica.

L'altra è trovare risorse. E quelle attuali e convenzionali non sono sufficienti, permanendo i tassi attuali di crescita.

Quanto precede ha già segnalato che esiste ancora qualche spazio di efficientamento di tipo allocativo, più che tecnico.

Certamente qualche spreco permane, e la sua rimozione potrebbe finanziare le residue sacche di inadempienza attuali.

Più importante è l'efficientamento derivabile dalla razionalizzazione della spesa privata: la spesa "sul piatto" è complessivamente quella che conosciamo, e somma alle risorse pubbliche un altro (rilevante) quarto di spesa privata: continuare a farla essere, essenzialmente, una duplicazione di costo per coloro che la sostengono, è certamente inefficiente.

Inoltre, come sopra argomentato, un sistema misto ben integrato potrebbe essere più equo, ma anche generare qualche risorsa aggiuntiva recuperando un po' di inefficienze sul lato dell'evasione fiscale.

Esiste poi un "tesoretto potenziale", rappresentato dai risparmi che già si sono realizzati nell'ultimo decennio, per effetto della de-ospedalizzazione.

Avere oggi i tassi di ricovero in acuzie più bassi in EU (Figura 13), comporta in via di principio, un risparmio notevole: siamo riusciti a gestire la popolazione anziana, pur aumentata significativamente, senza aggravare i costi (anzi con piccoli risparmi), recuperando dai ricoveri dei più giovani, evitati perché a vario titolo inappropriati, in 10 anni un ragguardevole risparmio, stimato in € 7,2 mld., di cui € 5,6 mld. fra il 2005 e il 2010, e altri € 1,6 mld. fra il 2005 e il 2015.

Purtroppo le politiche di offerta non bastano a ren-

dere efficiente un sistema, come si dimostra dal fatto che il sistema è risultato sprovvisto di una politica per liberare effettivamente quelle risorse: a fronte di un risparmio potenziale di oltre il 20%, e malgrado anni di limitazione, quando non di blocco, delle assunzioni, il personale ospedaliero è però diminuito del 14,6% nel caso dei medici e odontoiatri e del 10,8% in quello degli infermieri.

Il fatto che la riduzione del personale risulti inferiore all'atteso e in particolare pari fra un terzo e un quarto della riduzione delle giornate di degenza, conferma l'inerzia delle strutture ospedaliere pubbliche nel realizzare cambiamenti, come anche l'incapacità del sistema di liberare risorse.

E, oltre tutto, senza usufruire di potenziali benefici sulla qualità dell'assistenza: essendo, infatti, complessivamente calata più l'attività che il personale, si sarebbe potuto immaginare un beneficio assistenziale per i ricoverati, cosa che probabilmente è stata vanificata dalle diseconomie di scala, dal disallineamento qualitativo fra fabbisogni e organico effettivo, nonché dall'invecchiamento del personale.

In pratica la de-ospedalizzazione ha in sostanza generato un eccesso di offerta inutilizzata, piuttosto che risparmi: non liberando risorse che sarebbero state quanto meno necessarie per finanziarie i servizi di assistenza primaria e la LTC.

Questo fallimento ci porta al terzo approccio, che è anche quello più naturale assumere dopo avere efficientato (almeno in larga misura) i costi: ovvero aumentare i ricavi utilizzando al massimo le capacità produttive del sistema.

Molti dei nostri stabilimenti ospedalieri lavorano utilizzando non completamente le proprie capacità produttive: sarebbe il caso di censirle e "metterle a reddito", se non altro offrendo servizi aggiuntivi alla popolazione italiana e specialmente a quella straniera che sempre di più si sposta alla ricerca di cure con un buon rapporto prezzo qualità, che il Paese è assolutamente capace di offrire.

Infine ricordiamo, tornando alla politica dei silos, che un altro "pezzo di tesoretto" è nascosto nei risparmi, non ancora quantificati, realizzatisi nel settore pubblico per effetto della riduzione del numero di disabilità e invalidità che le nuove tecnologie hanno la capacità di generare.

8. Riflessioni finali

Volendo definire con una battuta il sistema sanitario italiano nel suo complesso, pubblico e privato, potremmo dire che è sobrio e resiliente.

Ma sta "cambiando pelle" e se l'obiettivo delle politiche sanitarie è quello dichiarato, ovvero salvare l'Universalismo, sembra più alla Deriva, che non in una fase di Transizione.

In mancanza di una chiara percezione che l'Universalismo è salvo, ma non più l'equità su cui dovrebbe fondarsi, manca una inequivocabile visione di quale debba essere l'approdo: e questo spiega perché non si può trattare di una Transizione (verso dove?) quanto di una Deriva spontanea.

Ma le derive sono pericolose e quindi una decisione va presa, anche in considerazione del fatto che sono passati quasi 20 anni dalle ultime riforme, e che i capitoli "efficienza" (*leit motiv* degli interventi degli anni '90) e "risanamento finanziario" (del Federalismo) sono in buona sostanza chiusi.

Il problema si è spostato sul livello di sviluppo del settore, ovvero sull'adeguatezza dell'investimento in qualità di vita, ancor più che in Salute.

Produciamo meno qualità di vita di altri Paesi, sebbene ad un costo inferiore: va deciso se l'efficienza tecnica che ne deriva, giustifica (magari sul piano del dare priorità alla crescita) l'inefficienza allocativa.

Negli ultimi 20 anni tutto è cambiato (basta vedere i numeri che descrivono la Sanità italiana) e ci siamo cullati nella speranza che questo volesse dire non dover cambiare le regole del sistema.

Il rischio di non vedere le conseguenze finali dei cambiamenti in atto, e quindi di non elaborare per tempo un disegno evolutivo, è che vinca una tendenza a bollare ogni innovazione come inutile, quando esistono evidenze che siamo in grado di far fronte all'invecchiamento solo perché siamo stati sin qui capaci di investire in prevenzione e innovazione.

La *governance* dell'innovazione è quindi il punto centrale, intorno al quale costruire le nuove regole di sistema, magari accettando la lezione che spontaneamente il sistema ci offre e che va verso un certo "sincretismo religioso", mettendo insieme il meglio dei vari modelli che ad oggi conosciamo.

EXECUTIVE SUMMARY

The change of Italian healthcare system between Transition and Leeway

Federico Spandonaro – *University of Rome Tor Vergata*
President, C.R.E.A. Sanità

1. Background

With a view to place the main evidence of the 2017 Report in the right context, thus including it in the health policy debate, we have analyzed the specialized press to seize the emerging aspects of this debate.

The first remarkable news is that at a time when the allocation of the 2017 Health Fund to the Regions is finally adopted, the Regions are “on the warpath” and ready to pounce since they fear an increase of the 2018 Fund lower than the expected billion of increase, which is considered to be a prerequisite for ensuring the sustainability of the Regional Health Systems (SSR).

Paradoxically, the novelty is that apparently there is nothing new, since this falls within the usual (and possibly somehow old-fashioned) dialectic between government levels, obviously influenced by the different institutional terms of office and the general economic conditions.

A more careful analysis confirms a clear fact: the “stone guest” of health policy is still public finance, which ultimately affects the resources available for Welfare.

In fact, there are few resources available, even fewer than those in the countries having a similar economic and cultural context - and, most of all, they are not expected to increase in the short term. Gone are the days of continued economic growth and the expansion of public social protection - at least temporarily - and the Health System cannot ignore it.

The second “news” reported by the press can be summarized in growing “outrage” for the “lack of interest for healthcare” in the Budget Law.

What is striking - and really seems to be a real novelty - is that healthcare is basically absent in a Budget Law which is drawn up in a phase so close to elections. The “revolution” seems to be the healthcare loss of political appeal, which reaffirms the fact that the es-

sential constraint is public finances, since the era of the so-called “profligant finance” - often functional to the electoral interest - has come to an end (and we hope definitively).

While we can understand the disappointment of those who expected new investment (first and foremost for renewing employees contracts), the fact that there are no “cuts” and that healthcare is no longer attractive for “electoral manoeuvres” could hence be interpreted as positive and lead us “to see the glass as half full”.

Ultimately, considering the news reported by the specialized press, the health policy, as well as the context in which it operates, seems to be characterized by substantial immobility, which has been dragging on for at least a decade.

The analyses made in the Report, however, maintain that immobility is only apparent: the health system is changing and we could possibly summarize everything by stating “everything is changing, so that everything can stay the same”.

In other words, ongoing changes seem to be functional to keep the status quo and the natural question to which the 2017 Report tries to provide a response is whether this exercise is effective and, above all, desirable.

In other words, we wonder whether the creeping change underway can be considered a Transition of the National Health System (SSN) or rather its Leeway, that is to say whether the leaders are governing the change with a specifically set target or have a mere wait-and-see attitude, thus only acknowledging the spontaneous evolution in progress.

Looking back at the story of the National Health System, we recall that it was reformed significantly after its first decade of life and, at a later stage, after approximately other 10 years as a result of devolution. After these reforms - and almost twenty years have elapsed - although more or less significant “maintenance” inter-

ventions have been made, nothing has been decided with truly reforming intentions.

Different answers - depending on the perspective chosen - can be given to the question why the need for “modernizing” the system was not felt: without claiming to be exhaustive, a reason is certainly the strong resilience shown by the system to exogenous impacts - mainly economic ones - which leads us to consider it sound in its foundations and hence in its function. Another more tactical reason is that - due to the public finance imbalances - for the first time the National Health System has been recognized as the most virtuous part of the spending review process and, as such, as a success factor in pursuing the Public Administration’s financial recovery. A third possible reason is the heralded defense of Universalism. The Italian Health System is considered to be the last bulwark in Europe - hence to be protected as such beyond any reasonable doubt.

Nevertheless, regardless of the existence of a shared political will to modernize the system, in the meantime it is radically “shedding its skin”. In particular, although there seems to be little awareness of the changes underway, when analyzing the funding and spending trends we realize that, over few years, the National Health System has revised its strategic “positioning” completely.

2. Funding and spending

Considering the above, we can start to analyze public funding which is fundamental insofar as it determines the very nature of the National Health System: data and statistics show that the Italian system, which is largely considered the last bulwark of Universalism, actually covers an ever smaller share of citizens’ total healthcare consumption.

The financial recovery which has occurred over the last few years has led to the clear reduction of the share of public health funding compared to the level of Western European countries (EU-West which, by convention, in the Report is identified with the historical core of the European Community) and to a progressive approximation to the typical shares of the “new” Eastern European entrants (EU-East).

Figure 1 shows the share of public health funding in Italy, thus highlighting how it is now closer to EU-East than to EU-West levels: in fact, it is equal to 75% of Italy’s current health expenditure, as against 78.8% of EU-West and 72.3% of EU-East.

It should always be recalled that the first reason for public intervention in the Health sector is still equity, which is a prerequisite for ensuring Universalism, provided it is properly expressed in terms of equal access to care or guarantee of access irrespective of one’s own individual economic conditions.

We think that ensuring access to health services to the weakest walks of society is the essence of the principle of constitutional protection of healthcare and hence of Universalism: except for the case of very rich societies where no one, or few people, have economic constraints of access to services, its actual implementation is related to the shift from a system based on individual private expenditure (the so-called Out of Pocket (OOP) expenditure) to a system based on public expenditure.

In spite of the crisis, on average the share of funding of public health systems has not decreased in the EU-West or in the EU-East, thus performing their function of social protection: the exception is Italy, where for some years (Figure 1) we have been witnessing a reversal of the trend, i.e. a decline in the share of public funding and a related growth in the OOP spending share, which has (re-) reached 25% of the total - a value which is currently much higher than the EU average.

The other fundamental change occurred over the last decade regards the overall health expenditure level.

As we have repeatedly pointed out in the previous Reports, Italy’s health expenditure level has always been lower than the EU-West average: the novelty lies in the fact that in recent years it has come to somehow inexplicable levels.

According to the data used (with the same purchasing power or not), Italy’s health expenditure is 25.3%-31.2% lower than the average of the other Western European countries (EU-14, as conventionally defined in the Report) - also in this case we are ever more approaching the EU-East level (Figure 2).

The public expenditure gap reaches 35.2% that is consistent with national public finance choices, which

Figure 1. Public funding of current health expenditure

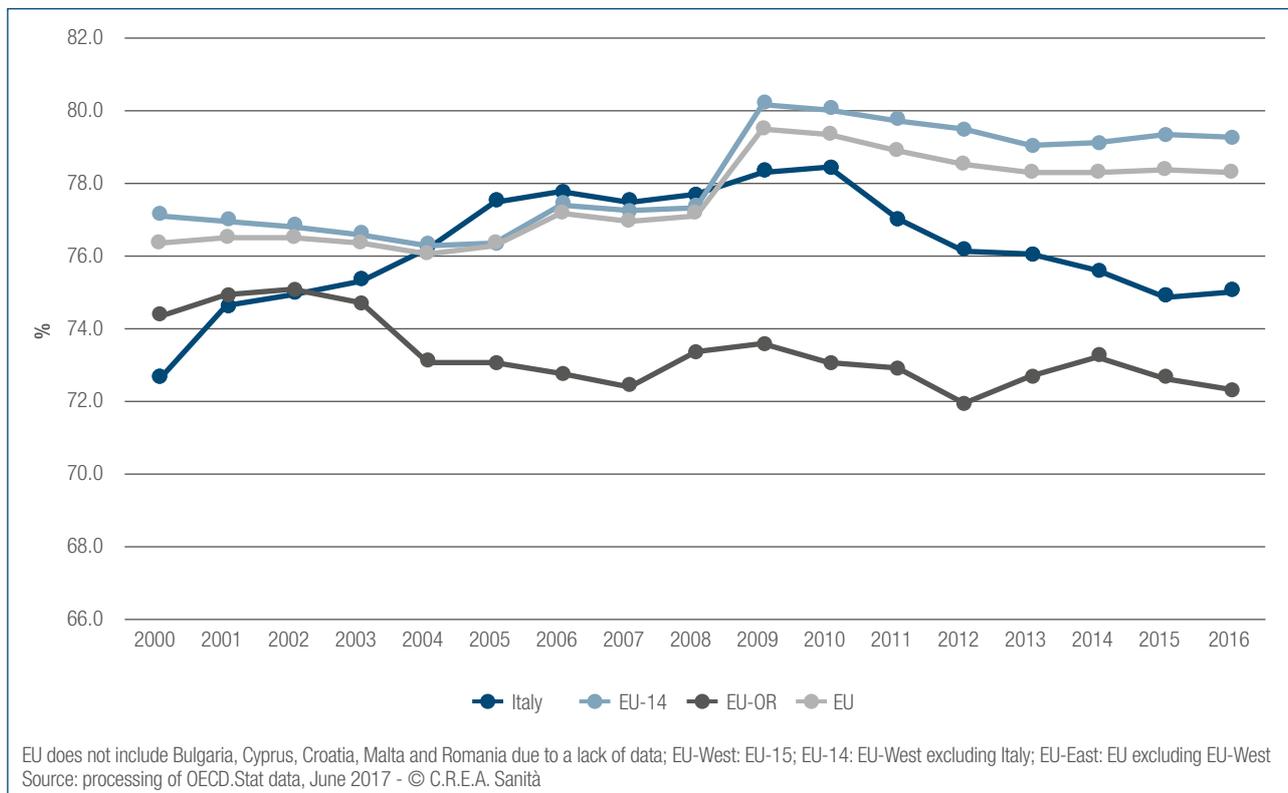
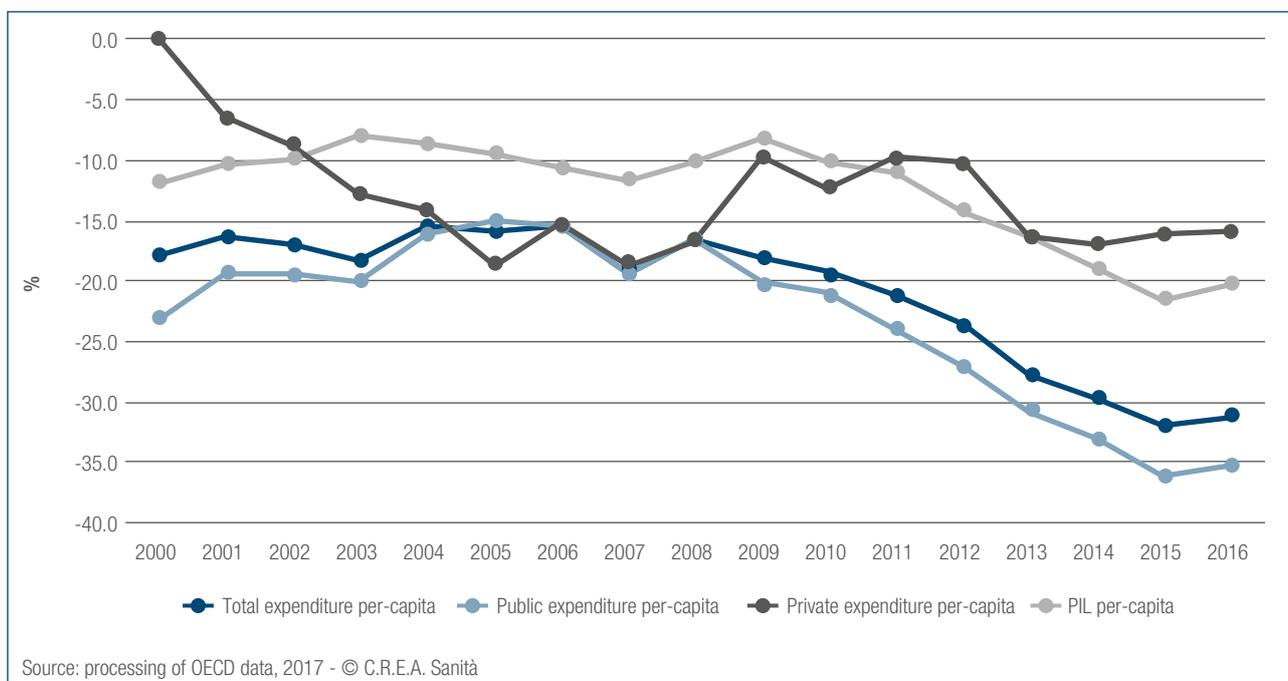


Figure 2. Total current private and public expenditure and per-capita GDP in €. Gap Italy vs EU-14



imply a gradual reduction in the public health spending incidence on the GDP - as evidenced by the Budget Law which, for 2017, has envisaged a 6.7% incidence

of expenditure on the GDP, that is expected to fall to 6.5% in 2018 and further down to 6.4% in 2019 and 2020.

It should also be noted that the citizens' residual willingness to pay remains low compared to other EU countries. It is 16% lower than the EU-West, although it should not be forgotten that also the per-capita GDP is 20.4% lower.

In other words, Italy spends very little in healthcare compared to the EU-West and relatively less in the public than in the private sector (in the former case the gap is almost double), thus resulting in a decrease (as against the other countries) of the share of services economically brokered by the National Health System.

In short, data and statistics show that the Italian public expenditure is low both in terms of share and in terms of level: both factors put together suggest that if the purpose was to maintain the status quo, seen as universal access, it is not said that the current evolution is the one desirable.

3. Consequences

The analysis and knowledge of phenomena are the basis for raising the awareness that should orient and guide health policy decisions. Their lack marks the blurred boundary between a system in transition and a system experiencing a Leeway: it is therefore essential to understand the consequences of the phenomena described in the previous paragraph.

Let us start by stating that the size and fast pace of the changes in the macro-data shown above can surely be surprising. As already stated, it is striking that such a change of course has been made while officially flaunting the defense of the universalistic nature of the system.

This astonishment is, indeed, naive: what we are witnessing is nothing more than the clear and obvious demonstration that Italy's (and hence public finance's) priority is growth and not Welfare and social cohesion: this is certainly a legitimate aim, which confirms Italy's being "strategically" more similar to the EU-East than to the "rich" West European countries.

Hence, in pragmatic terms, the key issue is to understand what the impact on universalism actually is, due to the fact that an ever greater share of healthcare expenditure (equally considered universally commend-

able) is left to the economic abilities of individual families.

The issue is legitimate and appropriate because, at least in theory, the higher the share of public expenditure, the higher the likelihood of achieving a high horizontal equity of the system: again in theory and working on extreme assumptions, if the OOP expenditure were zero, we would have the guarantee that no one should face access barriers.

This theoretical interpretation, however, does not consider the genesis of public resources and even the demands for vertical equity.

Starting with the latter, the arguments would be manifold. Nevertheless we confine ourselves to noting that, in a world where evidence shows that an extremely significant share of diseases and related costs are not due to chance or misfortune, but to risky behaviors, a universal and totally free access becomes synonymous with "indiscriminate access" - hence suspected of encouraging the persistence of unhealthy behaviours and even of adding iniquity to inefficiency, insofar as it makes the burden of these unfair behaviours unjustly be borne by social solidarity.

Along the same line of thought, faced with a great deal of evidence on the risks of inappropriate consumption of resources in the health sector, it seems contradictory to encourage unlimited consumption by making it free.

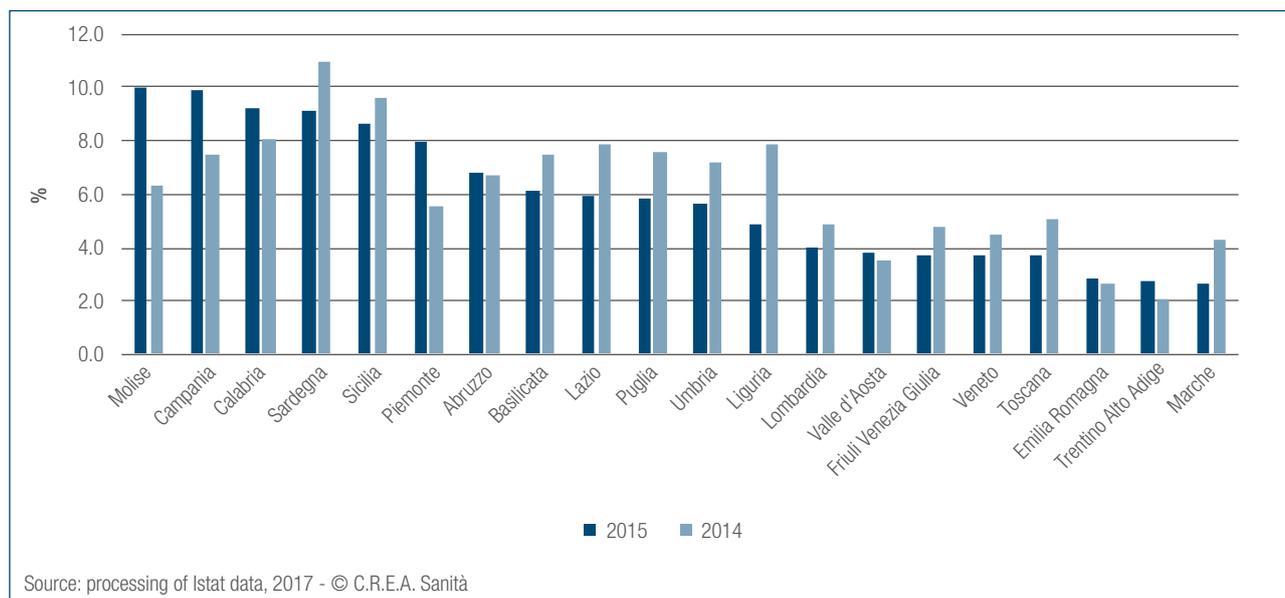
In other words, free public services do not seem to be part of the concept of "health protection". However, although it seems to be obvious, a dangerous misunderstanding is still looming large on the issue, which keeps on confusing universalism with free services.

In our view (and it is currently rightful to explain the preliminary assumptions), the prerequisite for universalism is not equality - which is somehow ensured by free access - but rather the guarantee of "non-exclusion".

We could obviously long discuss the services on which to apply the principle of "non-exclusion", as well as the maximum economic impact threshold to be considered as "exclusion index": for the sake of conciseness, we do not delve into this issue and we pragmatically wonder whether the problem exists in Italy or if someone really runs the risk of "exclusion".

Considering the above, it is obviously hard to mea-

Figure 3. Share of household experiencing economic hardship



sure the magnitude of the phenomenon. However, the Report has been dealing with the issue for years. Giving the specific caveats of the case, the diagnosis emerged over time is that there is still significant (economic) hardship associated with healthcare costs, which involves approximately 5.7% of households and is rising mainly in the South of Italy (8.4% of households) followed by the Centre of Italy (4.8%) and the North of Italy (4.4%).

Although compared to the previous year we witnessed a reduction in the phenomenon, the improvement has affected mainly the regions in the Centre of Italy (from 6.5 to 4.8%) and in the North (from 4.6% to 4.4%), while it has increased significantly in the South (from 8.3% to 8.4%).

It is confirmed that hardship has to do essentially with the geographical location, considering that it is a problem (ever more) typical of the South of Italy (Figure 3).

We do not delve into the “Southern issue” in the health sector as we have repeatedly analyzed it in the previous Reports: we confine ourselves to reaffirming that the inability to solve it is still clear demonstration of the failure of the universalistic design of the Law establishing the National Health System and hence of the need for new approaches.

We note, however, that the persistence of the phenomenon shows that - apart from the problems of the efficiency of equalization transfers, especially the “geo-

graphical” ones, we will analyze at a later stage - with a view to combating exclusion, it would be appropriate to increase redistribution and hence the share of public health expenditure. This option, however, is in conflict with the equally self-evident fact that the tax burden in Italy is already too high and concentrated, thus calling into question the advisability of the solution without an overall revision of the funding system.

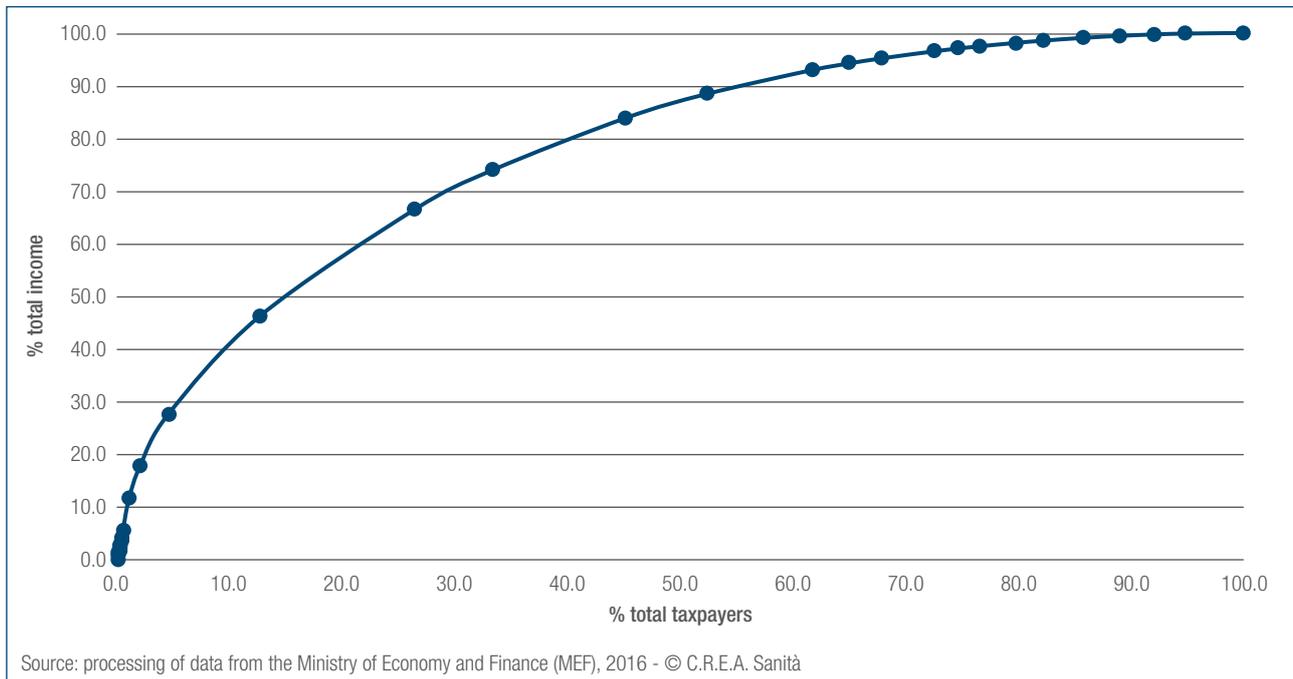
For the sake of clarity and completeness, stating our lack of information on the size of exclusion in other countries, we want to give to the Italian Health System the benefit of the presumption of “innocence”, thus assuming that the exclusion levels are not worse than in the other countries.

Bearing in mind that, as previously reported, Italian public expenditure is lower both in terms of level and in terms of share than in the other European countries, for this to happen the private expenditure share must be highly concentrated on the most affluent people and hence the rights of the low-income citizens must be sufficiently safeguarded.

It goes without saying, however, that this option implies the acceptance of a system based on a very strong redistribution level, presumably higher than in the other countries where the tax burden is lower and more homogeneous.

The next question is whether this redistribution level

Figure 4. Concentration of personal income tax (IRPEF)



is to be considered the result of a conscious choice or not: once again the answer implies a different judgment on the fact that the system is experiencing a Transition or a mere Leeway.

With a view to answering this question, let us start from data and statistics. They show that in Italy the concentration of income, at least the one regularly stated, is very high: suffice to consider that 50% of it is concentrated in the hands of approximately 13% of taxpayers (Figure 4). Hence, if there were no tax evasion, faced with great social inequality, a very high level of redistribution would be socially justified.

Nevertheless, if - as "probable" - high tax evasion exists, there is an unjust situation in which the group of "wealthy taxpayers" (indeed, only a small percentage of them is really "rich") pays for the Welfare of both the non-affluent people and the "wealthy tax evaders".

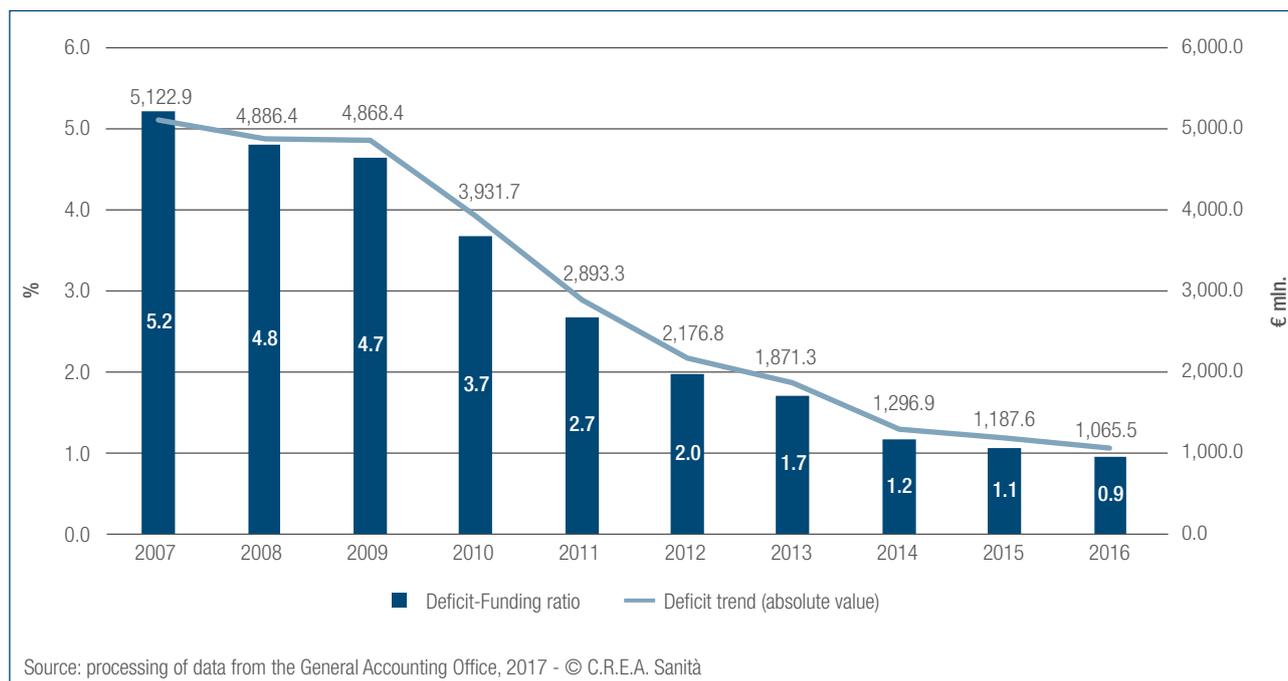
Apart from the obvious injustice, the situation may become explosive for the future of the National Health System. If we consider that the levels of Italian public expenditure are so low that it is assumed they should be increased and that this would imply raising the tax burden (unless efficiency is recovered in other sectors) - and the burden of this increase would necessarily fall on the usual taxpayers known to the tax authorities - it

can easily be feared that social tension can mount: the group of "wealthy taxpayers" would be strongly encouraged to ask for opting out, namely to circumvent the solidarity obligations.

With a view to quantifying the risk and hence justifying this assessment, let us consider that the Public Administration spending, net of interest, pensions and other expenses not directly attributable to services provided to households, is estimated at approximately 260 billion euro, of which just over 40% is covered by VAT and IRAP (the regional tax on productive activities). If we want to cover the residual 60% with the revenues from the personal income tax (IRPEF), it should be noted that the taxpayers who pay a personal income tax (IRPEF) sufficient to cover the equivalent burden (approximately 7,500 euro per household) are fewer than 16%. This demonstrates that the burden of bearing the costs for collective services is highly concentrated.

While recalling that both private and public expenditure are lower than the EU-West spending, it should be noted that, while the reason for the public "low propensity" to spend on healthcare can be found in the public debt size, the private "low propensity" seems to be harder to explain, unless we consider that the poor walks of society have scarce possibilities to resort to

Figure 5. Deficit-funding ratio and deficit trends



private consumption; that the “wealthy taxpayers” are so burdened by taxes that they are left with limited resources available and that the “wealthy tax evaders” no longer feel the need to spend privately because they have free access to public services.

Ultimately, data and statistics seem to show that we are either undermining the principle of Universal Access, especially in the Southern Regions, or we are heading for excessive solidarity - a situation also hiding profound injustice.

Considering the “consequences” of the above stated funding and spending data, we cannot avoid talking about financial recovery and sustainability of the system.

The first evident consequence is that after over 30 years of deficits and misalignment between political will (funding) and healthcare management (expenditure), the National Health System has finally reached a point of basic financial equilibrium, thus proving it is a complex, but manageable “apparatus”.

Figure 5 shows that the deficit amounting to 1.1 billion euro in 2016 is now lower than 1% of funding.

Hence, although there is much talk about the sustainability of the system, we think that currently there seems not to be such a problem, but rather an issue of governance and efficiency.

In fact, in principle, any system is “sustainable” once the desired level of supply/protection is chosen and once a governance system capable of allocating and managing the resources available efficiently is implemented.

Although some pockets of allocative inefficiency persist - and hence waste of resources that can be eliminated, thus saving money that should fund the poor-quality services - in recent years all Regional Health Systems have improved their ability to govern the system - not only by reducing deficits, but also bridging (at least partially) the most evident gaps in the provision of basic healthcare levels (LEA).

Once proved the ability to pursue financial equilibrium, the issue is no longer sustainability, but rather the efficiency of service levels which currently allow to “break even”.

Paradoxically the issue is never included in the political agenda, because implicitly the following logical equation is assumed: the current level of provision is equal to LEA and LEA is everything is appropriate to provide - hence if LEAs are supplied in a condition of balanced budget, the system is sustainable and also efficient since it supplies everything “is needed”.

The logical assumption underlying this reasoning is

that if the current LEAs are all that is needed, probably removing the residual waste of resources would make the system sustainable and efficient.

The issue, however, is whether the current LEAs are really all that is needed, namely whether they cover all that produces health and is value for money, or they are rather a trade-off between existing opportunities and resources available.

A second issue is whether - working on the assumption they are currently “exhaustive and comprehensive” - they can remain so in the future, that is to say whether we will be in a position to update LEAs with the resources available, so as to align them with the opportunities opened up by innovation.

In other words, the issue of Sustainability, as well as the issue of Universalism, seems to be ill-placed: currently the problem is no longer the level of expenditure or efficiency, but rather the appropriateness of investment in healthcare, that is sizing it so that it can maximize the health produced and optimize the impact of the health sector on the overall development of the country.

The 2017 Report identifies three main issues that will be analysed in-depth in the following paragraphs, since they are useful to assess the appropriateness and adequacy of investment in Healthcare:

- the current ability of the system to produce health;
- the ability of the system to cope with the aging of population;
- the ability of the system to “incorporate” innovation.

4. The production of health

Along with lower expenditure than the other European countries, higher life expectancy is the factor which is considered more positive in the various international ratings/rankings of the Italian National Health System.

As is well-known, Italy has a life expectancy at birth of 85.0 years for women and 80.6 for men, thus resulting one of the countries in the world where people live longer. Also the residual life expectancy at 65 years (18.9 for men and 22.2 for women) is one year higher than the EU average (Figure 6).

The fact of living longer than in the other countries, does not necessarily mean you live better. Healthy life expectancy (HLE) at birth in Italy is 58.2 years and the one at 65 is 13.7 years for men and 14.1 for women, as against a higher EU average of 14.4 and 15.8 years respectively. At 65 years, life expectancy without activity limitation or disability is 7.8 years for men and 7.5 for women, as against a European average of 9.4 years for both genders (Figure 7).

As already mentioned in previous Reports, also the conditions of the over 75 with long-term illnesses or health problems is increasing more than in the EU average: in Italy, an elderly person out of two suffers from at least one severe chronic illness or has multiple chronic diseases, with shares of the over 80 population equal to 59% and 64% respectively.

It is worth noting, in particular, that the above stated

Figure 6. Life expectancy at age 65

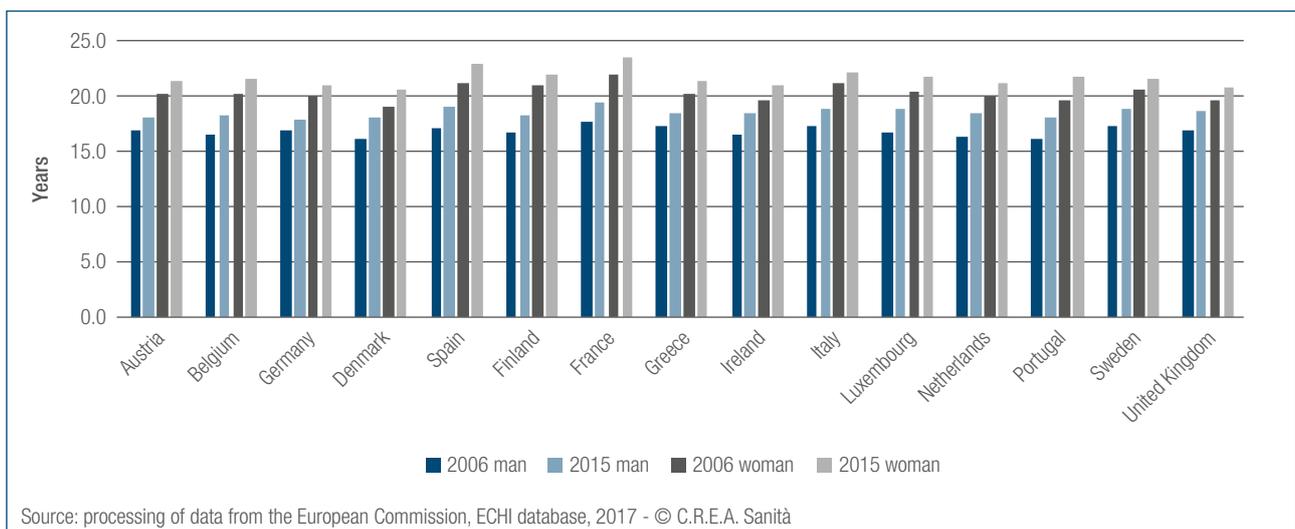
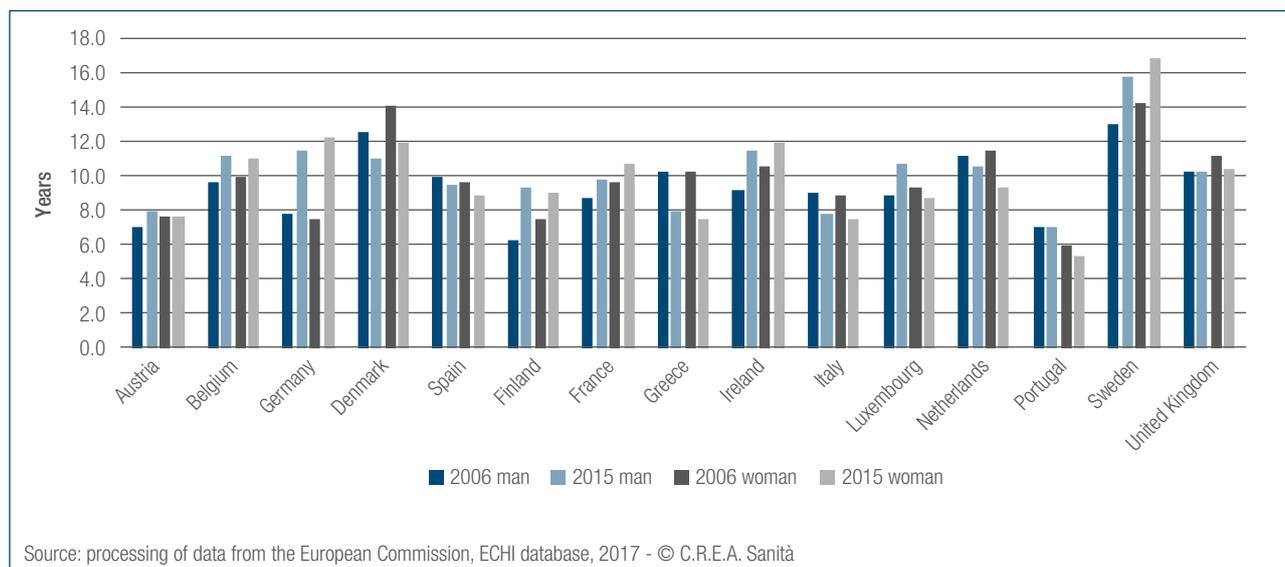


Figure 7. Life expectancy in good health at age 65



data and statistics are the result of a deterioration in the Italian situation compared to the EU, which has mainly occurred in the last decade.

The fact that the performance of the Italian health-care system is not excellent is further demonstrated by the analyses of the Global Burden of Disease made by an international research group coordinated by the Institute of Health Metrics Evaluation (IHME) at the University of Washington (see Chapter 5 below) showing that, despite the ongoing increases in life expectancy, the whole performance of the Italian system ranks in an intermediate position compared to the other Mediterranean countries, particularly Greece and Spain.

These few data and statistics seem sufficient to promote an analysis on the efficiency of the Italian choices: on the one hand, we note that the combination of the quantity and quality of life produced is certainly very high considering the level of expenditure, thus demonstrating an excellent “technical efficiency” of the Italian system.

On the other hand, we must admit that a significant and even growing gap is being recorded compared to the outcome in terms of quality of life potentially achievable (as shown by the comparison with the other countries).

Considering the greater investment in healthcare made by the other countries, it is at least rightful to question the efficiency of the national fund allocation

choices or the adequacy of the current investment with regard to the opportunities for producing health or, at least, minimizing the loss of quality of life for patients and for their caregivers.

These conclusion are even more alarming, given the absence in Italy of a comprehensive framework for managing formal care in Long Term Care, the burden of which basically rest on families.

Finally the current ability of the system to produce health does no longer seem to be optimal and this awareness should be the basis for defining the future healthcare policies.

5. The aging of population

The aging of population is considered to be the most problematic aspect in terms of future sustainability of the National Health System.

However, we may legitimately doubt of the fact that aging will be the cause destroying the system.

Firstly, because demographics already “penalizes” Italy. As already explained above, Italy’s per-capita expenditure is much lower than the one in “younger” countries, thus proving that the correlation between expenditure and aging is not so obvious.

Practical experience leaves no doubt on the fact that health expenditure increases with age and steps

up its pace particularly when the age of death comes closer: the issue is that age does not seem to be a prospectively adequate indicator of consumption. In other words, while it is so under static conditions or in a given context, it is less so in dynamic terms or in different contexts.

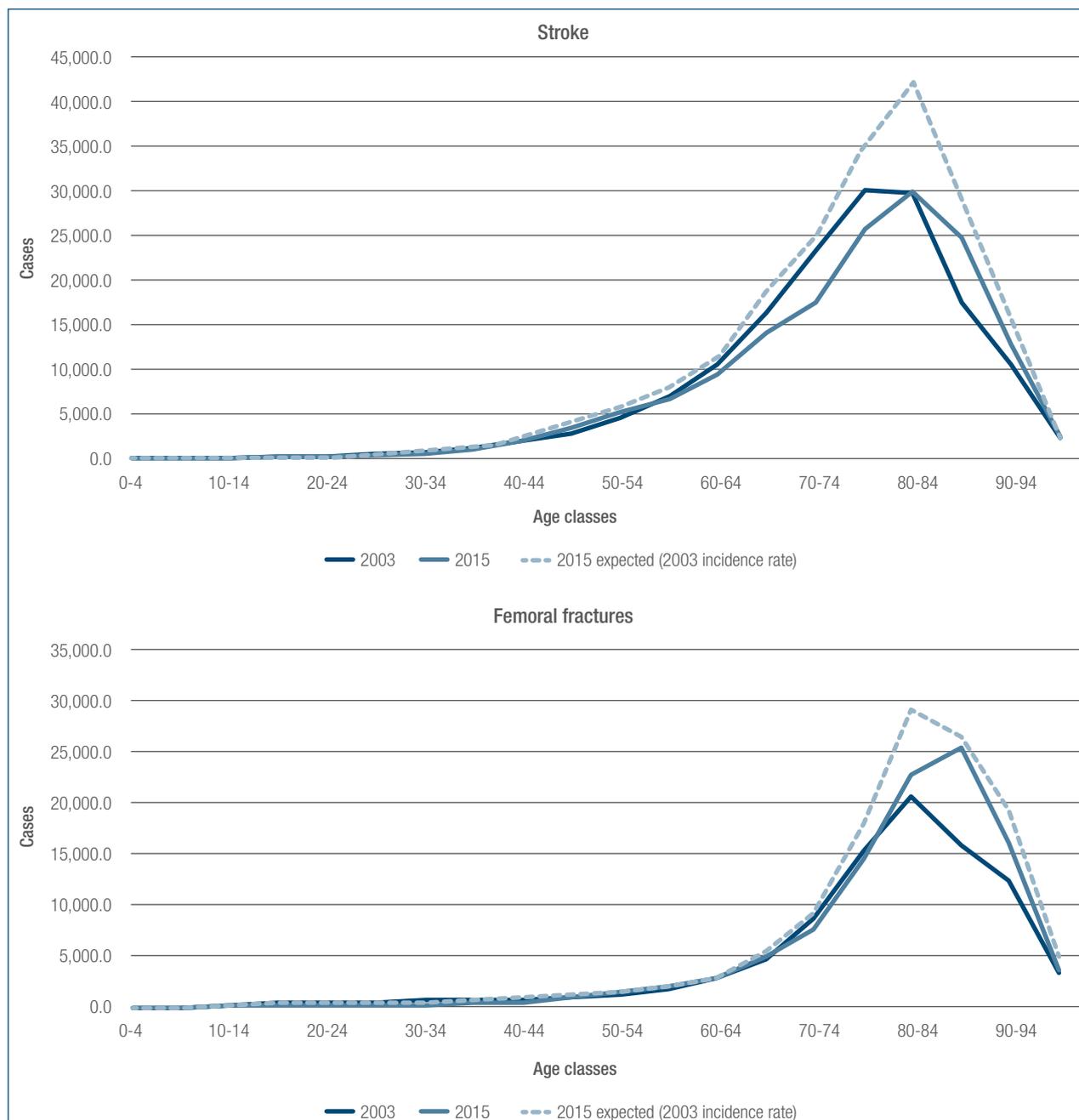
Evidence suggests that a 75-year old Italian is not necessarily fully comparable with a 75-year old citizen

of another country and, much less so, with a 75-year old Italian born ten or more years later.

This is evidenced by the results of an original exercise made on some of the most severe diseases included in Chapter 1 of the Report (Table 1 and Figure 8).

Considering, for example, strokes, we find that from 2003 to 2015 acute-care hospitalizations (ACH) in Italy decreased by 2%. Said percentage is even more

Figure 8. Acute care admission by age classes (selected disease)



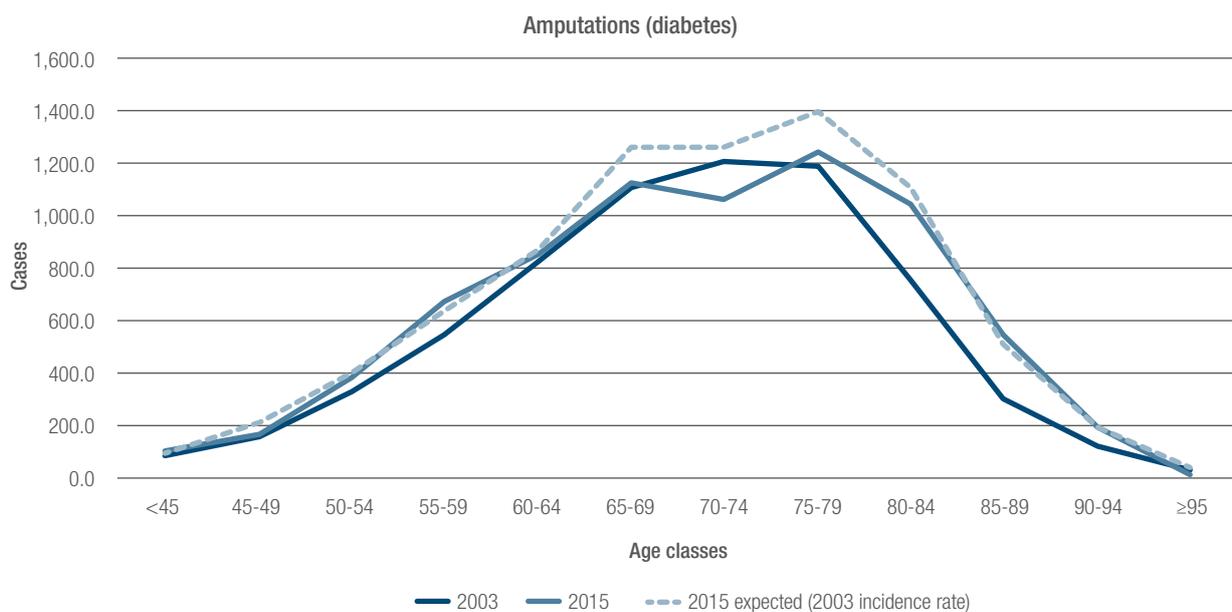
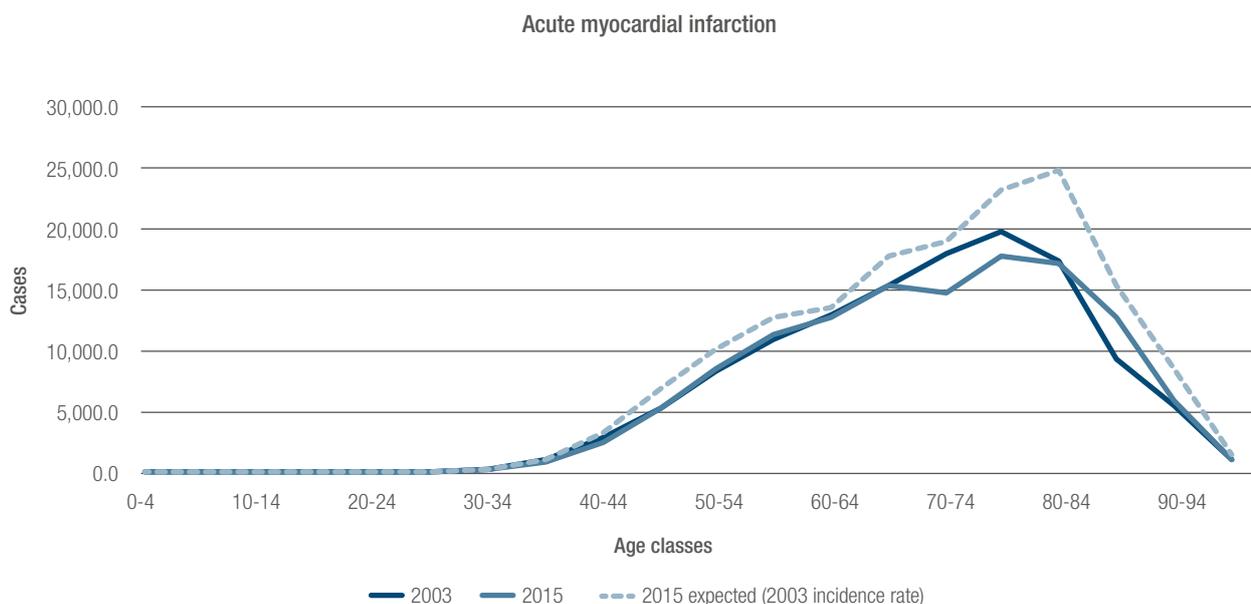
Source: processing of data SDO - Ministry of Health, 2016 – © C.R.E.A. Sanità

Table 1. Acute care admission (selected diseases)

Disease	2015/2003 Variation	Admission rate reduction versus admission expected*	Variation days 2015/2003	Variation patients average age	Dies variation
Stroke	-2.0%	+27.1%	-6.2%	+ 1.1 years	-7.2%
Acute myocardial infarction	-1.5%	+19.8%	-9.2%	+ 2.6 years	-29.8%
Femoral fractures	+12.7%	+21,000 cases	-1.4%	+ 2.5 years	-7.7%
Amputations (diabetes)	+11.0%	+550 cases	-8.9%	+0.7 years	-7.7%

* 2015 expected admission using 2003 incidence rate

Source: processing of Ministry of Health SDO database, 2016 – © C.R.E.A. Sanità



striking if we consider that, with the 2003 incidence rates - namely extrapolating trends and varying only demographics - a 27.1% increase would have been expected.

Also hospital days decreased by 6.2%.

On the whole, in the 12 years considered, the average age increased from 73.9 to 75,0 years (+2 years as against the median age) and, at the same time, deaths decreased by 7.2%. In the over 65 population, in particular, accounting for over 80% of all cases, the incidence decreased from 12 to 10 cases per 1,000 inhabitants.

Similarly, in the case of Acute Myocardial Infarction, acute-care hospitalizations decreased by 1.5%, compared to an expected 19.8% increase based on aging alone. The hospital days decreased significantly by 9.2%.

In this case, too, the average age rose from 77.5 to 78.1 years (+1 year as against the median age), with a simultaneous 29.8% reduction in deaths.

Conversely, with specific reference to femoral fractures, acute-care hospitalizations increased by 12.7%, but as against an expected increase which would have been equal to 21,000 more cases, considering aging alone, thus showing a sharp decrease in incidence (occurred after 70 years of age, in particular).

The hospital days, however, decreased by 1.4%.

The average age increased from 83 to 85 years (+2 years as against the median age) and, at the same time, deaths fell by 7.7%.

Finally, considering lower limb amputations associated with a diagnosis of diabetes mellitus, acute-care hospitalizations increased by 11.0%, as against an expected increase that would be of 550 more cases, as a result of the reduced incidence between 65 and 85 years of age.

The hospital days fell by 8.9%.

In this case, too, the average age rose from 69.9 to 70.6 years (+1 year as against the median age) and, at the same time, deaths fell by 7.7%.

All the examples made, although clearly not exhaustive, seem to confirm that, even after 10 years, the morbid conditions of the population are no longer fully comparable and that aging is partly offset by the fact that the onset of diseases occurs later, but also by a better organization reducing the care burden. In all the

cases considered, the incidence of hospitalizations was lower than expected due to the aging occurred in the meantime. Also the hospital days decreased overall by 5.7%: assuming an average value of 500 euro for each hospital day, 122 million euros were potentially released only for these 4 severe illnesses.

At "macro-level" there is clear confirmation of these processes underway: the analysis of hospitalizations over the last decade, as well as the changes in the eligible population, the average length of hospitalization, the number of hospital days and the production value all show that the system is not experiencing an explosion of costs.

Between 2005 and 2015 (Figure 9), the population aged until 54 has slightly declined (-0.3%), but the population of the following age groups increased significantly: by approximately 8% in the group between 55 and 75 years of age and by 28% in the over 75 group.

Despite population growth, hospitalizations dropped in all age groups: in the first age group, faced with the same amount of population, the decrease was equal to 34.8%; the same reduction was recorded in the age group between 55 and 65 years and was slightly lower in the 66-75 age group (-31.3%). Hospitalizations decreased even after the age of 75, though to a lesser extent (-7.3%).

Faced with such significant reductions in the number of hospitalizations, even more important considering the concurrent population increase, generally the average length of hospitalizations increased significantly, albeit markedly less in the case of the over 75 people.

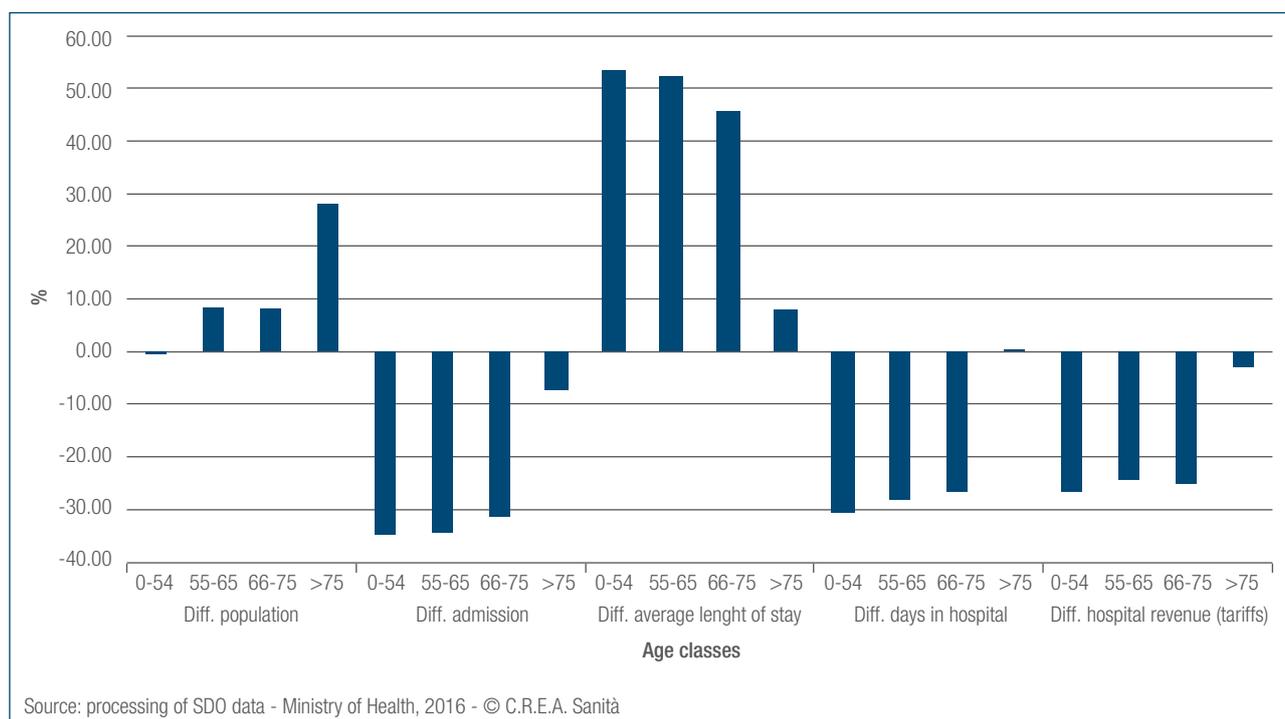
It should be noted that the "extreme" age group is an exception also in the evaluation of the overall hospital activity (expressed in hospital days), with a 0.1% slight increase as against reductions in the other age groups ranging from 26.6 to 30.6%.

Hence the value of production decreased in all age groups: significantly in the first three groups, within a 24.2-26.4% range; in the last group the decline was 2.9%.

Despite aging and population growth, hospitals have generated considerable potential savings.

Moreover, recalling the substantial growth of the over 55 population, the reduction of hospitalizations in the subsequent age groups are even more significant.

Figure 9. Changes in the main indicators of hospital activity 2015-2005



It should also be noted that the low birth rate and longer life expectancy make the over 75 population grow particularly.

Hence the trends described seem to confirm overall that a process of morbidity reduction is in progress, at least seen as morbidity liable to produce hospitalizations. Hospitalizations are likely to rise as age increases, so much so that (obviously) only in the last age group there are no significant reductions in the number of hospitalizations and hospital stays.

Hence two conclusions can be drawn from the previous analyses; firstly, assuming that resorting to (non-sporadic) hospitalization is an indicator of fragility, we indirectly confirm that the threshold of 65 years of age for elderly people is now a mere convention, mostly meaningless: the 66-75 age group behaves essentially as the 55-65 age group, while only after the age of 75 the situation changes.

It is worth recalling, however, that the beginning of old age occurs ever later as time goes by.

Secondly, the analyses made corroborate the theory of reduction, if not of morbidity, at least of the use of resources, thus making the forecasts on the impact of aging less gloomy.

Obviously, this “reduction” is not a “natural” phenomenon, but the result of prevention (see the cases of stroke and acute myocardial infarction), but also of technological innovations, which allow more effective and efficient healthcare (see the cases of orthopedic prostheses and amputations).

Therefore the “sustainability” of aging is possible, but we must be aware that it is affected by investment in prevention and innovation.

6. Innovation

Although innovation is mostly considered the other major risk factor for the future sustainability of health systems, the previous paragraph tends to maintain that aging and innovation do not “disrupt” the balances insofar as they go hand in hand.

Hence the issue is whether the resources available will be enough to support the innovation needed to cope with the burden of “bad” aging.

The issue of funding innovation is not so much an economic problem (namely a problem of efficiency), but rather a financial one.

In fact, innovation implies investment which generates returns, and hence savings, with some time-lag. As seen in the previous paragraphs, said time-lag is not very long, considering that significant effects can be seen as early as after 10 years, but it may anyway be unsustainable considering the financial conditions in which Italy is floundering.

Access to innovation is first and foremost affected by the persisting silos policy: the example of the potential savings made in recent years in the hospital sector is a case in point.

Even in this case, it seems essential to take stock of the current situation with regard to access to innovation.

In other words, regardless of the recent creation of funds for pharmaceutical innovation, which are largely questionable because they represent a “silos in silos” and, as such, they are liable to create distortion, we must understand whether there are fair and reasonable conditions of access to innovation in Italy.

We have already dealt with this issue in previous Reports, for example by comparing the consumption of the EMA-approved drugs over the previous five years in Italy and in the main EU Member States. What emerged was what we can call a “rationale for rationing” to the extent to which - apart from the notoriously slower access time in Italy (and, incidentally, only marginal-

ly attributable to the AIFA negotiations) - the national per-capita consumption was still much lower than in the other countries even after 5 years, and despite an older population.

Using once again the example of the pharmaceutical sector, as it allows for detailed analyses - made possible thanks to the detection and monitoring systems that are now fully exhaustive and comprehensive - this year we propose again a comparison, albeit at Italian regional level (focusing only on the new drugs marketed in the 2014-2016 period).

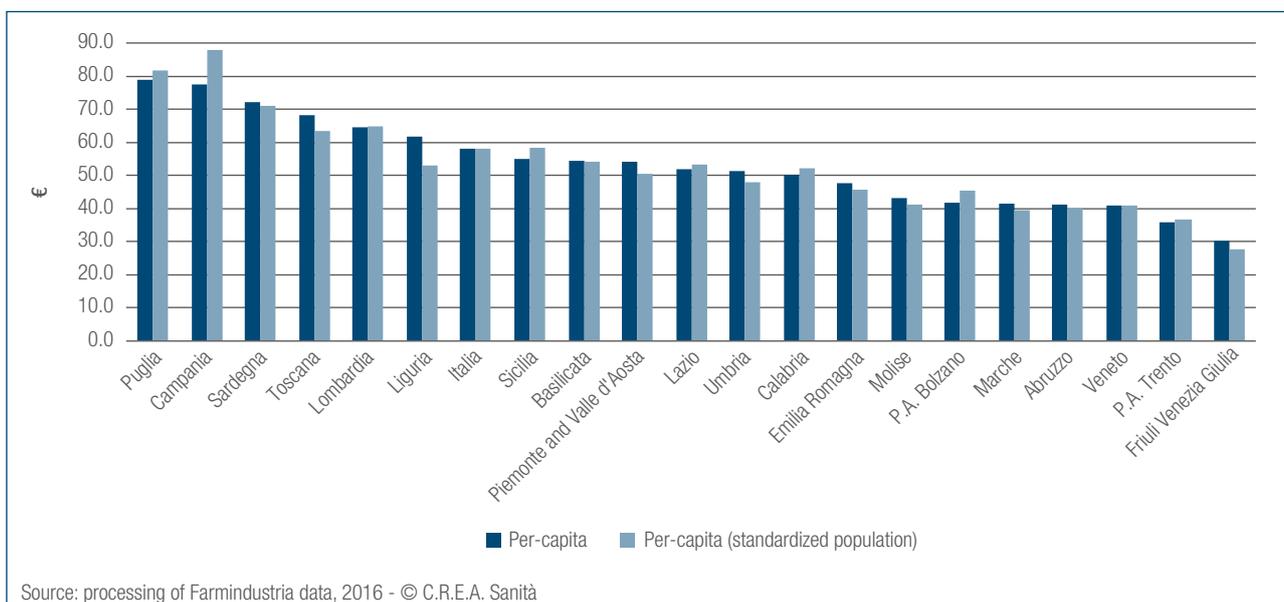
Figure 10 shows regional differences with reference to the expenditure for newly-marketed drugs which, although no longer surprising for us, urgently require more in-depth analyses.

The difference in expenditure for new-marketed drugs between the region recording the highest expenditure rate and the region recording the lowest expenditure rate, is 2.6 times as much - and even 3.2 times as much considering the data for standardized population.

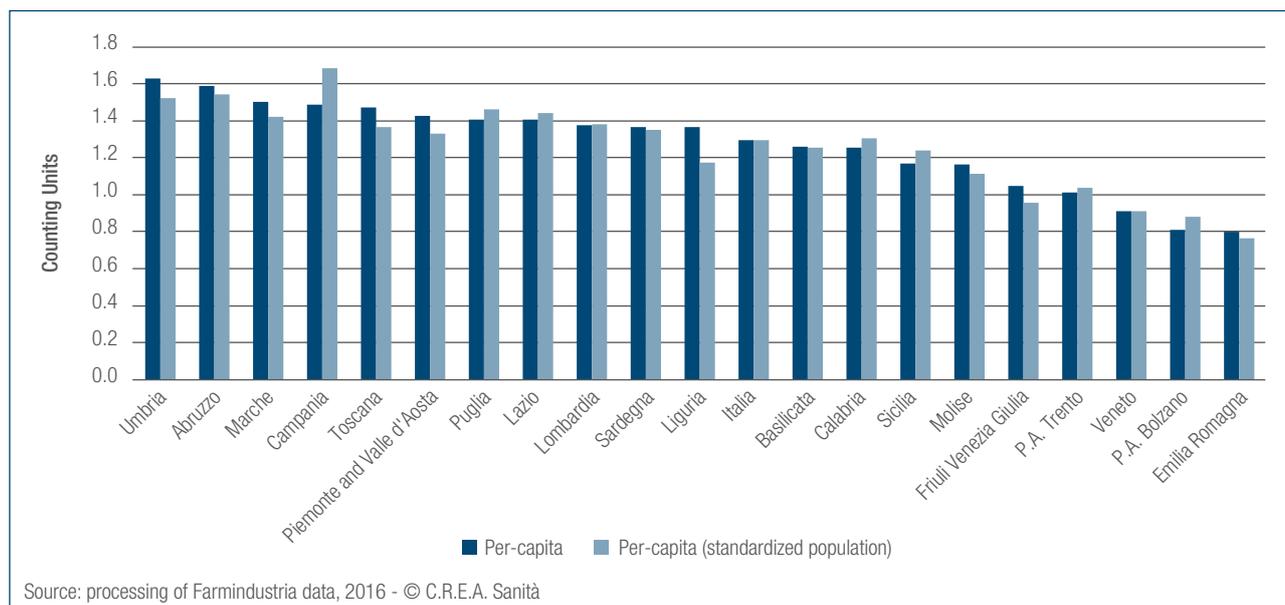
The differences do not seem to be recorded by chance: Puglia, Campania and Sardegna rank in the first positions, while the whole North-East region is in the last positions.

Obviously, the differences in expenditure are the result of the combined effect of quantitative consumption and supply prices.

Figure 10. Per-capita expenditure in 2016 for the new drugs marketed in the 2014-2016 period



Source: processing of Farmindustria data, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Figure 11. Units of new drugs marketed in the 2014-2016 period sold per-capita in 2016

In fact, quantitative data shows that differences decrease, but the difference between the Region recording the highest consumption rate and the Region recording the lowest consumption rate is still 2 times as much (Figure 11).

Hence it seems relatively easy to draw the conclusion that Puglia buys at “worse” conditions than Campania (and Sardegna even “worse”) and that Veneto buys at “better” conditions than Emilia Romagna.

However, it is still hard to quantify the residual difference in consumption, for which (except for the Autonomous Province of Bolzano, which traditionally records a pharmaceutical consumption which is not comparable with that of the other Italian Regions) emerges that Veneto and Emilia Romagna - Regions which are known to be equipped with their own evaluation infrastructure and are used to provide recommendations for use to clinicians - are the Regions which radically resort less to new-marketed drugs.

The difficulty lies in the fact that data and statistics can be interpreted both in the sense of a rationing put in place by some Regions as well as in the sense of greater appropriateness for use: but even if we wished to support the second interpretation (and we cannot preliminary be sure of its accuracy and correctness), there would be a very strong conflict between central institutions (which include them in LEAs) and regional

institutions that decide “how” (or “how not”) to supply them.

Considering the importance of the role played by innovation (although, more modestly, we have here worked on “new” technologies) to cope with aging and also reverse the trend of the comparative deterioration of Italian quality-of-life data compared to the European average data, it seems essential to revise the governance of technological innovation and clarify its distribution within the National Health System.

It is not acceptable - either on an equitable basis or on an efficiency basis - that the spread of innovation takes place randomly and, in all likelihood, is slave to purely financial equilibrium needs.

7. Suggestions for health policies

The “stylized facts” reported in the 2017 Report leads us to make various suggestions for developing health policies. We have selected three of them which, in our opinion, seem to be a priority:

- how to defend Universalism;
- how to make the innovation governance consistent with the economic constraints of the system;
- how to turn the changes underway into investment opportunities.

The protection of Universalism

As already stated in previous Reports, although we obviously have no accurate data on tax evasion, we can legitimately say that, faced with the conditions prevailing in Italy for means testing, a mutualist universalistic system would be fairer than a Beveridge-style universalistic system like the one chosen in 1978: in fact, the Beveridge-style Universalism also requires “tax Universalism”, which seems impossible to be obtained in Italy.

Therefore it should be clarified that the real issue does not lie in protecting Universalism, but in protecting the equity of Universalism.

Considering that we all know the traditional limits of the Bismarckian model applied to a society characterized by such a great differences and inequalities - thus a priori excluding a return to the pre-1978 situation - it seems at least advisable to try to compare the advantages and disadvantages of the mixed systems combining a component (first pillar) based on a Beveridge-style redistribution and a mutualist component (second pillar).

It is advisable because, in its apparent immobilism, the system is already spontaneously going in the direction of a mixed system.

This is evidenced by the fact that, over the last five years, private expenditure has increased by 4.5%, in line with the 4.6% increases at EU level, thus doubling its growth rate compared to the previous years.

There is also a rise in the number of citizens entering into collective schemes for supplementary/complementary healthcare and it is not surprising that they are mainly employees who reluctantly fall within the class of “wealthy taxpayers”: in fact, and probably without being clearly aware of this, these walks of population are already experiencing a mixed system, by (rationally) asking no longer for an extension of public protection - a burden which would fall to a large extent on their “shoulders” - but rather a mix of solidarity and mutuality.

In quantitative terms, the share of second and third pillar instruments reached 7.4% of private expenditure, of which collective schemes (Funds) account for 6.1% and individual policies for 1.3%.

Apart from the obvious acknowledgement of the spontaneous tendencies prevailing in the Italian society, the injection of forms of mutuality is consistent with a

higher level of subsidiarity in the system which, in turn, may lead to greater personalization and hence efficiency of services. In addition, a larger share of private expenditure for the second pillar instruments may indirectly contribute to funding the first pillar, thus making evasion come to the surface and regularising the “undeclared” work and activities that are certainly still present in the sector.

Obviously, while assessing this option, the risks associated with the development of the second pillar must also be considered.

By way of example, we can point out the risk of generating a drive towards inappropriate consumption. There is also the risk that its development may lead to new disparities.

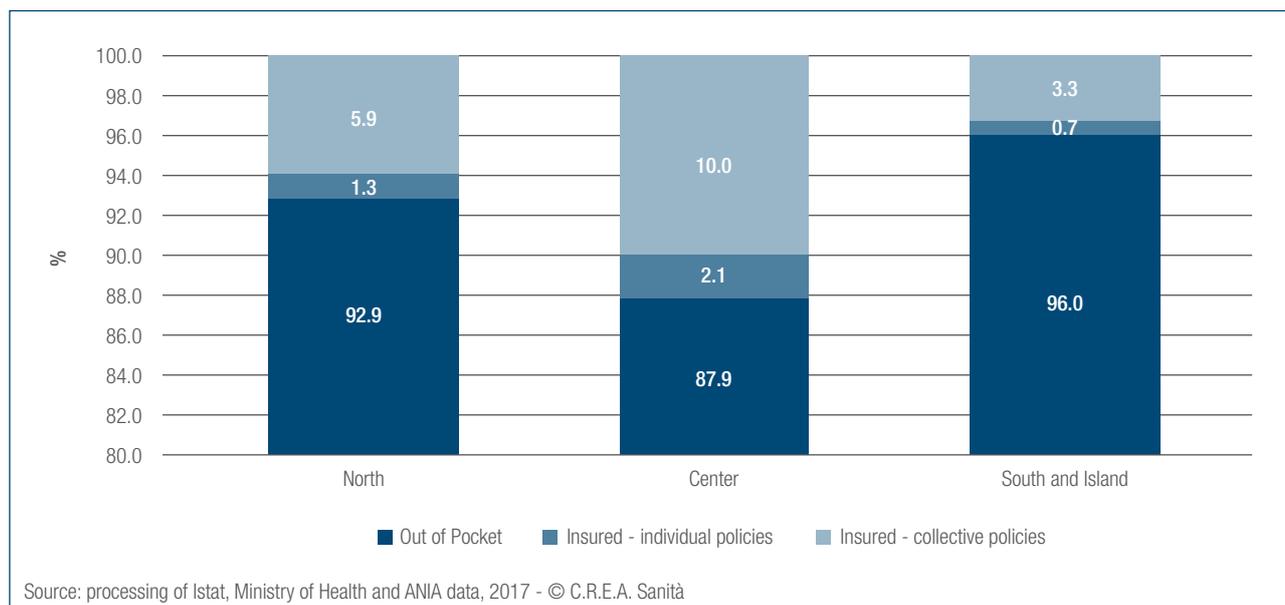
As to the latter risk, it is worth noting that currently Southern Italy is already marginalized in this process for reasons of territorial distribution and type of economic activities (Figure 12): the share of second and third pillar instruments accounts for 7.1% of private expenditure in the North (8.7% in the North-Western region and 4.9% in the North-Eastern region), 12.1% in Central Italy and a mere 4% in the South and in the Islands, thus adding new forms of potential inequality in the distribution of healthcare expenditure.

The unequal effect is evidenced by the fact that the share of households bearing Out of Pocket expenses (OOP) is paradoxically higher in the South and not so much due to public supply shortcomings, but rather because the insured ones are fewer: in fact, compared to 2014, private expenditure has risen in all areas, with the exception of the North-East where fewer families resorted to OOP expenditure (78.2% as against 79.4% last year). The South of Italy is the region with the largest share of households bearing OOP health expenditures, namely 79.9%, followed by Central Italy (76.4%) and the North-West (75.1%).

However there is also greater coverage for the families living in the North-East region (6.2% of households), followed by Central Italy (5.4%) and the South (just 1.2%).

Taking in consideration only non insured households, the share of those not sustaining OOP expenditures is higher in the North-East (83,4%), than in the South and in the Centre (80,8%): it confirms that OOP spending is inversely proportional to the share of households with

Figure 12. Private expenditure composition – Geographic breakdown, year 2016



an illness coverage, and directly proportional to income, but also influenced by supply.

It is evident, however, that mutuality will not be for everyone, or at least not for everyone to the same extent - hence it contains seeds of inequality. This “cost”, however, can be largely offset if - thanks to its development - a share of the above-mentioned evasion will come to the surface, with the dual advantage of returning to the “wealthy taxpayers” a share of the redistribution not due and reducing the burden for accessing the first pillar services resting on the poorest walks of society.

However, the design of a mixed system requires absolute integration between the two pillars: for example integration works well if we envisage for the services both a differentiated coverage by the first pillar - depending on the beneficiaries’ economic means - and the possibility of having services differentiated by quality: it may be the case of choosing a single room, the surgical team or some incremental innovation technologies.

In such a context, the second pillar would bear the differential cost burden or the additional costs of incremental innovation, thus avoiding that those who pay for the services shall pay them twice, while enabling the poorest people to have access to services for free or in exchange for a minimum fee. Finally, tax evaders will be forced to pay at least for their “additional” costs for accessing incremental innovation.

Considering the above, there is a clear need to tackle the issue without ideological bias and preconceived ideas, as well as the need to govern the Transition: it is worth recalling that the current Leeway - epitomised, in this field, by the lack of choices and discussions - may lead to duplication (and hence waste of resources), as well as new geographical differences and inequalities.

Governance for innovation

Innovation (ranging from the strictly technological to the organizational one) has a cost, but it is an investment without which we would not have been able to sustain an increase in the elderly population that now becomes perceivable even with the elapsing of few years.

Complaining about the innovation costs is a waste of time. Although, in the medium term, the lower world growth rates will surely entail a reduction in prices and hence in the profit of the companies innovating in healthcare, this will not “rescue” the country anyway: as long as Italy’s growth rates remain below average and we are not able to make the sector an industrial priority of the country (it goes without saying that the Welfare costs in the countries where innovation is generated are partially offset by returns provided by profits), it will not be easy to keep up with the financial costs of innovation.

Therefore, additional resources must be found for innovation and companies must preliminary know what will be funded or not in Italy.

A double or triple level of evaluation/negotiation is a clear waste of resources and is also conceptually unacceptable, as well as the persistence of ceilings that “create silos” and only for some technologies.

Hence the criterion of reimbursability and the criterion of innovation need to be rethought. With a view to managing the latter - a mandatory choice with the creation of funds for innovation - evaluation indicators have been introduced such as the severity of the disease or the significance of the benefit which, however, pertain to strictly distributive spheres: leaving them to the evaluation of a technical-scientific body seems to be totally inappropriate, since they should rather be evaluated on the basis of bioethics. Also the recent introduction of criteria to assess the degree of evidence seems to be questionable, insofar as uncertainty would have been easily managed with statistical tools and/or the so-called Managed Entry Agreements.

Faced with the uncertainty on the degree of evidence, it would be more appropriate to make the industry share the risk, rather than running the risk of delaying access to market, as well as the production of “clear evidence”.

The real problem lies in the fact that, when they arrive on the market, the technologies of the future will have ever less evidence - unless we want to extend their time of access to market, with undesired effects on costs, as well as on patients, who would experience ethically unacceptable delays in having access to therapeutic opportunities.

With reference to early access, the problem seems to be more ethical than economic, namely the identification of the minimum level of evidence under which it is deemed no longer appropriate/advisable to make the population running risks.

The other problematic factor seems to be the essentially dichotomous nature of the decisions that the national Agencies are called upon to take, both in terms of reimbursability and in terms of recognition of innovation.

The criterion of reimbursability, however, should be that of social meritoriousness, not innovativeness or its evidence.

Taking inspiration from the French experience, it is worth recalling that, in that case, the first decision is that of the social meritoriousness of the technologies coming on the market, expressed at 5 levels.

The authorities decide the share of coverage guaranteed by universalistic insurance on the basis of meritoriousness.

At one extreme there will be non-appropriate services for which the “State” does not set in, while at the other extreme there will certainly be the appropriate ones, which will be fully reimbursed since they are a public health priority. There are three other levels in the middle, for which the State plays its role, though leaving a share of responsibility to citizens.

We need to decide whether it is better to have a system tending not to introduce a wearable device because it may entail no clear clinical benefits, if not some ones for the patient’s quality of life, or rather a system introducing it for the citizen who wants to use it, leaving to him the burden of supporting the cost difference (or part of it) compared to the older technology.

Faced with unimportant differences in clinical outcomes, why should we deny access - as often happens - thus fully leaving the burden on citizens? Basically, also in Italy, we already behave differently with the drugs whose patents have expired, for which the National Health System covers only the reference price.

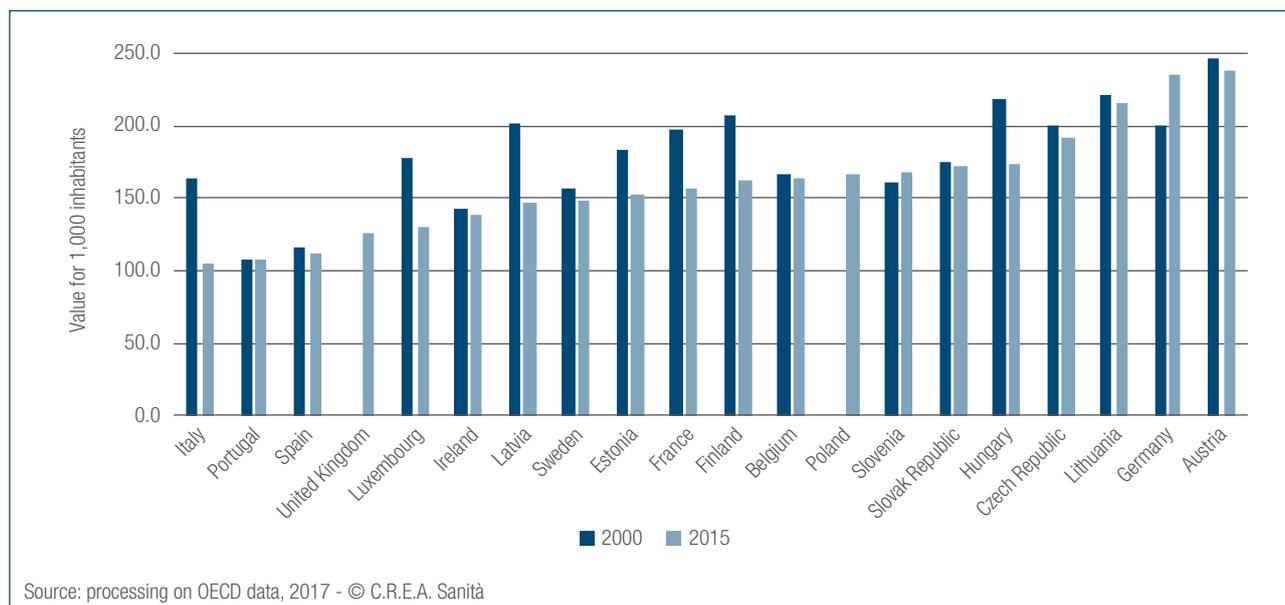
Having the possibility of grading the reimbursement share is also a prerequisite for achieving integration between the first and the second pillar, which has been analysed in the previous paragraph.

Last but not least, it is also a prerequisite for giving back degree of freedom to the system, without which the growing risk will be the implicit rationing of innovations.

Considering that the share of public contribution is applied to an item having a price and hence that also that item must be governed (at least according to the Italian tradition, as well as the French one), as in France the benefit compared to the existing one comes into play - hence the definition of a price linked to the incremental value of technology.

Ultimately, the first condition for a new governance of innovation seems to be freeing it from the constraints of silos, starting from the ceilings for technology, and

Figure 13. Hospitalization rate (acute care)



also from the dichotomous logic typical of the systems confusing Universalism with services provided for free.

Resources for investment

Considering the above, there is no doubt that the current resources will be not sufficient to further update the service levels, namely to align resources with the opportunities opened up by innovation.

A solution is obviously to deny technology or much of it: a legitimate but dangerous choice, which is largely anti-historical.

The other solution is to find resources. Considering the present growth rates, the current and conventional ones are not enough.

Considering the above, there is still some room for increasing efficiency at allocation rather than at technical level.

Certainly some waste of resources persist and removing it could fund the current residual pockets of rights not recognized.

Increasing efficiency by rationalizing private expenditure is even more important: the overall expenditure "under discussion" is the one we know, and it adds to public resources another (significant) quarter of private expenditure. Continuing to make it essentially be a duplication of cost for those who bear it, is certainly inefficient.

Furthermore, as maintained above, a well-integrated

mixed system could be fairer, but also generate some additional resources by recovering some of the inefficiencies on the tax evasion side.

There is also a "potential treasure trove", represented by the savings already made over the past decade due to de-hospitalization.

In principle, the fact of having the lowest acute-care hospitalization rates in the EU (Figure 13) entails remarkable savings: we have succeeded in managing the elderly population, although significantly increased, without raising costs (indeed, even with small savings), by recovering resources from the hospitalizations of younger people - avoided because inappropriate for various reasons. Hence, over a decade, considerable savings - estimated at 7.2 billion euro - have been made, of which 5.6 billion euro between 2005 and 2010 and additional 1.6 billion euro between 2005 and 2015.

Unfortunately supply policies are not enough to make a system efficient, as evidenced by the fact that the system had not a policy to actually free up those resources: in spite of potential savings of over 20%, and despite years of limits, if not block, to hirings, hospital staff has decreased by 14.6% in the case of doctors and dentists and by 10.8% in case of nurses.

The fact that the staff reduction has been lower than expected - and, in particular, ranging between one third and one quarter of the reduction in hospital days - reaf-

firms the inertia of public hospitals in making changes, as well as the inability of the system to free up resources.

Furthermore, no potential benefits have been recorded in terms of healthcare quality: in fact, considering that the overall activity has decreased more than staff, a healthcare benefit could have been expected for the hospitalized patients. This has probably not been the case due to diseconomies of scale, ranging from the qualitative mismatch between needed and actual staff and the staff aging.

In practice de-hospitalization has basically generated an excess of unused supply rather than savings, thus not releasing resources that would have been at least necessary to fund primary care services and Long Term Care (LTC).

This failure leads us to the third approach, which is also the most natural one after having increased efficiency by reducing costs (at least to a large extent), namely increasing revenues by maximizing the productive abilities of the system.

Many of our hospitals operate by not fully exploiting their productive potential: we should list them and “make them profitable”, at least by offering additional services to the Italian population and especially to the foreigners who are increasingly moving in the search for cost-effective care services that Italy is absolutely capable of supplying.

Finally, reverting to the silos policy, it should be recalled that another share of the “treasure trove” is hidden in the savings - not yet quantified - made in the public sector due to the reduction in the number of disabilities and invalidities that new technologies can generate.

8. Final considerations

If we were to define the Italian health system as a whole - both public and private - we could say it is sober and resilient.

But it is “shedding its skin” and, if the stated aim of health policies is to rescue Universalism, it seems experiencing more a Leeway than a Transition.

In the absence of a clear perception that Universalism is safe - but no longer the equity on which it should be based - there is no unambiguous vision of what the destination should be: this explains why it cannot be a Transition (to go where?), but rather a spontaneous Leeway.

Leeway, however, are dangerous and therefore a decision must be taken, also considering that almost 20 years have elapsed since the last reforms and that the chapters of “efficiency” (leit motiv of the measures taken in the 1990s) and “financial recovery” (leit motiv of devolution) are essentially closed.

The problem has shifted to the level of development of the sector, i.e. the adequacy of investment in quality of life rather than in Health.

We produce less quality of life than some other countries, albeit at a lower cost: we need to decide whether the resulting technical efficiency justifies allocative inefficiency (possibly by giving priority to growth).

Over the last 20 years everything has changed (suffice to analyse the Italian healthcare data and statistics) and we have cherished the illusion that this meant not having to change the rules of the system.

The risk of not seeing the ultimate consequences of the changes underway - hence of not timely developing an evolutionary design - is that a trend prevails dismissing any innovation as useless, while there is evidence that we are able to cope with aging only because we have so far been able to invest in prevention and innovation.

Hence the governance of innovation is the core around which to build the new rules of the system, by possibly accepting and learning the lesson spontaneously taught by the system, which heads for some “religious syncretism”, putting together the best of the various models we have known to date.