



Introduzione

Misunderstandings

INTRODUZIONE

Misunderstandings

Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

L'*executive summary* del Rapporto, come di consueto, si cimenta con il tentativo di ricondurre le analisi quantitative, svolte e commentate nel volume, nell'ambito di un disegno complessivo utile a descrivere le tendenze evolutive del sistema sanitario italiano, ivi comprendendo tanto la componente pubblica (il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e le relative articolazioni regionali), quanto quella privata.

La riflessione sugli avvenimenti del 2018, focalizzata sulla ricerca della reale "cifra" delle politiche sanitarie, sembra potersi sintetizzare nell'affermazione di una persistente assenza di un chiaro disegno evolutivo del nostro SSN, confermando il dubbio, implicitamente sotteso nel sottotitolo del Rapporto Sanità 2017, il quale recitava "Il cambiamento della Sanità in Italia fra Transizione e Deriva del sistema".

L'anno è trascorso fra le celebrazioni di rito per il 40° compleanno del SSN, con qualche maggiore attenzione su temi specifici, quali quello delle professioni sanitarie e quello delle liste di attesa.

Evidentemente problematiche serie che richiedono attenzione, ma rimane la sensazione che la Sanità continui a rimanere fuori dalle priorità dei Governi che, intanto, si succedono alla guida del Paese.

Questa percezione assume concretezza con la conferma del finanziamento già previsto per il SSN: una scelta che non dà seguito alle promesse elettorali di un (ri) finanziamento della Sanità pubblica e non determina alcuna soluzione di continuità con il passato.

Il segnale che la Sanità non sia una priorità è evidente, oltretutto considerando che quanto descritto si inserisce in una manovra economica che, per quanto nel momento in cui si scrive non sia ancora

approvata e neppure del tutto esplicitata, dichiaratamente vuole avere natura espansiva.

Il contenimento del finanziamento pubblico del SSN, a fronte di politiche di austerità tese prioritariamente a ridurre il debito pubblico, pur discutibile, ha in qualche modo una sua "spiegazione": più difficile è capire come si coniughino politiche economiche espansive e stagnazione di fatto del finanziamento.

Se ne può solo desumere, e non è in effetti una novità, che il settore sanitario non sia considerato un enzima di sviluppo, quand'anche non sia addirittura considerato un mero costo e, da taluni, un caso di uso inefficiente delle risorse.

Il tema della Sanità è sempre accoppiato a quello del diritto alla Salute: connubio certamente condivisibile, ma pensare che la questione della Sanità sia solo una questione di diritti di cittadinanza è del tutto miope: si trascura così l'evidenza che dimostra come, invece, la Sanità sia (fra l'altro) anche un ganglio fondamentale della economia del Paese.

Nel 13° capitolo, il Rapporto ospita una sintesi dello studio elaborato dall'Area Politiche Regionali e della Coesione Territoriale di Confindustria, il quale inequivocabilmente dimostra l'importanza economica della "filiera della Salute", stimando che, al lordo dell'indotto, rappresenta il 10,7% del Prodotto Interno Lordo (PIL) ed il 10,0% dell'occupazione nazionale, confermandosi essere saldamente la terza industria del Paese, seconda solo a quella Alimentare ed Edile.

Continuare a pensare che la Politica sanitaria si esaurisca con la sola "gamba" delle politiche assistenziali, dimenticando quella delle politiche industriali, rappresenta un *misunderstanding* su quello

¹ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

che è il perimetro delle politiche sanitarie.

L'allarme che ne deriva dipende dal fatto che i *misunderstandings* minano la possibilità di definire politiche efficaci ed efficienti: se gli "assiomi" da cui si parte sono "sbagliati", evidentemente, le analisi che ne conseguono, pur internamente coerenti, non possono essere "corrette".

Dalla lettura delle analisi contenute nel Rapporto, emerge che i *misunderstandings*, scontati dall'attuale dibattito sulla Sanità, sono piuttosto numerosi.

L'*executive summary*, quindi, cerca di portare all'attenzione dei *decision makers* gli elementi che si ritiene possano configurare significativi *misunderstandings*.

Premessa, per trasparenza, la chiave di lettura adottata in questo 14° Rapporto Sanità del C.R.E.A. Sanità, proviamo di seguito ad analizzare quattro aree di potenziale rischio di *misunderstandings*:

- la misura della *Performance* del SSN
- la perimetrazione dei confini dei diritti dei cittadini in tema di tutela della salute
- la soluzione del problema della carenza di personale
- il rapporto fra Sostenibilità e Sviluppo economico.

Iniziando dal primo punto, e riprendendo il tema del finanziamento, osserviamo propedeuticamente che il mancato (ri) finanziamento del SSN è un fatto oggettivo e che le giustificazioni possono essere di due tipi.

Esulando da una lettura meramente finanziaria, l'oggettività del mancato (ri) finanziamento è resa evidente dal fatto che la quota pubblica di tutela in Italia, a partire dal 2009, si è allontanata da quella media dei Paesi dell'EU-Ante 1995 (ovvero quelli dell'Europa occidentale e centrale più la Grecia, che rappresentano il nucleo "originario" della Comunità), e tenda piuttosto ad allinearsi a quello dei Paesi EU-Post 1995 (quelli per lo più dell'area orientale, entrati successivamente).

Premesso che la comparazione ha una giustificazione meramente pragmatica, legata ai differenti livelli medi di sviluppo economico delle due aree, va anche detto che, pur se l'ultimo dato disponibile è quello del 2017, è del tutto evidente che il *trend* è

continuato nel 2018 e continuerà ancora in futuro: infatti, il tasso di crescita del finanziamento pubblico in Italia rimane inferiore al punto percentuale, mentre quello medio annuo dei Paesi dell'EU-Ante 1995 è stato del 3,6% nell'ultima decade, e del 3,2% nell'ultimo triennio. Nello stesso periodo, il tasso di crescita medio annuo del finanziamento nei Paesi EU-Post 1995 è stato rispettivamente del 4,3% e del 5,2%, e quindi l'Italia ha ormai una quota di copertura pubblica superiore di un solo punto percentuale a quella media dei Paesi EU-Post 1995 e inferiore di oltre 6 a quella dei Paesi EU-Ante 1995 (Figura 1.). In altri termini, volendo rimanere fedeli al principio equitativo che è alla base dei sistemi di *welfare* in Sanità, il "ri" o "de" finanziamento non è misurabile correttamente utilizzando il valore nominale del suo incremento/decremento; va, invece, misurato sulla quota di spesa coperta dall'intervento pubblico, quella effettivamente posta sotto "l'ala protettiva" della tutela pubblica. Da questo punto di vista, il "segno" delle politiche sanitarie degli ultimi anni, confermate dall'ennesimo differimento dell'investimento in Sanità, appare inequivocabile.

Se si accetta che la Sanità è sinora rimasta fuori dalle priorità pubbliche, è allora doveroso fare un passo avanti nell'analisi, chiedendosi se tale scelta abbia una valida giustificazione.

Senza pretesa di assoluta esaustività, le ragioni che, per lo più implicitamente, sono portate a giustificazione di questa scelta sono due, una declinata "in negativo" e una "in positivo": gli "sprechi" e "l'ottima salute" degli italiani.

Per alcuni, infatti, il (ri) finanziamento della Sanità si ottiene non aumentando le risorse, ma riducendo gli "sprechi" e, quindi, liberando risorse. La prospettiva è affascinante, ma per essere concreta ne deve essere quantificata la reale portata.

A ben vedere, le evidenze sugli "sprechi" in Sanità sono davvero "fragili": allarmismi sulla medicina difensiva, sulla corruzione, a volte quelli derivanti da esercizi di *benchmarking* fra i costi di strutture o aree diverse e da ultimo meri esempi di "malaffare".

A parte il fatto che le misure di tutti questi fenomeni sono scarse, quando non anche scadenti, essendo per lo più basate su estrapolazioni di esperien-

ze e stime effettuate in altre realtà, o in altri settori, quand'anche non frutto di analisi che non garantiscono adeguata omogeneità e standardizzazione dei confronti (tanto che finisce per prevalere una convinzione sostanzialmente aneddotica della loro "importanza"), un *misunderstanding* si annida nel *target* di riferimento che si usa: se esistesse la possibilità di annullare ogni malversazione, ogni spinta difensivistica, e fosse magari possibile anche una programmazione "perfetta" di ogni attività allora certamente ci sarebbero "sprechi" rilevanti da eliminare, utili per un significativo (ri) finanziamento della Sanità.

In tal modo, però, si dimentica che la Sanità è un sistema complesso (davvero e non per vezzo accademico): dimenticarlo significa scrivere un "libro dei sogni".

I "fatti", al contrario, dicono che gli sprechi, pur essendoci, non rappresentano una fonte credibile di (ri) finanziamento.

Senza pretesa di esaustività:

- 1) la spesa italiana è ormai arrivata ad essere inferiore a quella dei Paesi dell'EU-Ante 1995 del 31,3% (il *gap* è raddoppiato rispetto al 2000 e sarebbe maggiore se non ci fossero

state la crisi della Grecia e la *Brexit*), tenendo altresì conto che il *gap* è ridotto dalla crescita della spesa privata, perché per la spesa pubblica è addirittura del 36,8%; ed, infine, anche usando il valore in parità di potere di acquisto (scelta, peraltro, significativamente discutibile), si conferma che sfiora il 25,0% (Figura 2.)

- 2) non solo i livelli di spesa italiani sono storicamente inferiori a quelli degli altri Paesi EU, ma anche i tassi di crescita sono più contenuti
- 3) la variabilità della pratica clinica, come anche il fenomeno della medicina difensiva, sono problemi del tutto generali e senza confini nazionali, e prove che in Italia siano maggiori che altrove non ce ne sono, a conoscenza di chi scrive
- 4) anche per quanto concerne la corruzione in Sanità, dati che dimostrino che sia percentualmente maggiore che negli altri settori non ce ne sono, a conoscenza di chi scrive
- 5) le Regioni ritenute generalmente più inefficienti, in ogni caso, sono quelle che spendono meno.

Figura 1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente

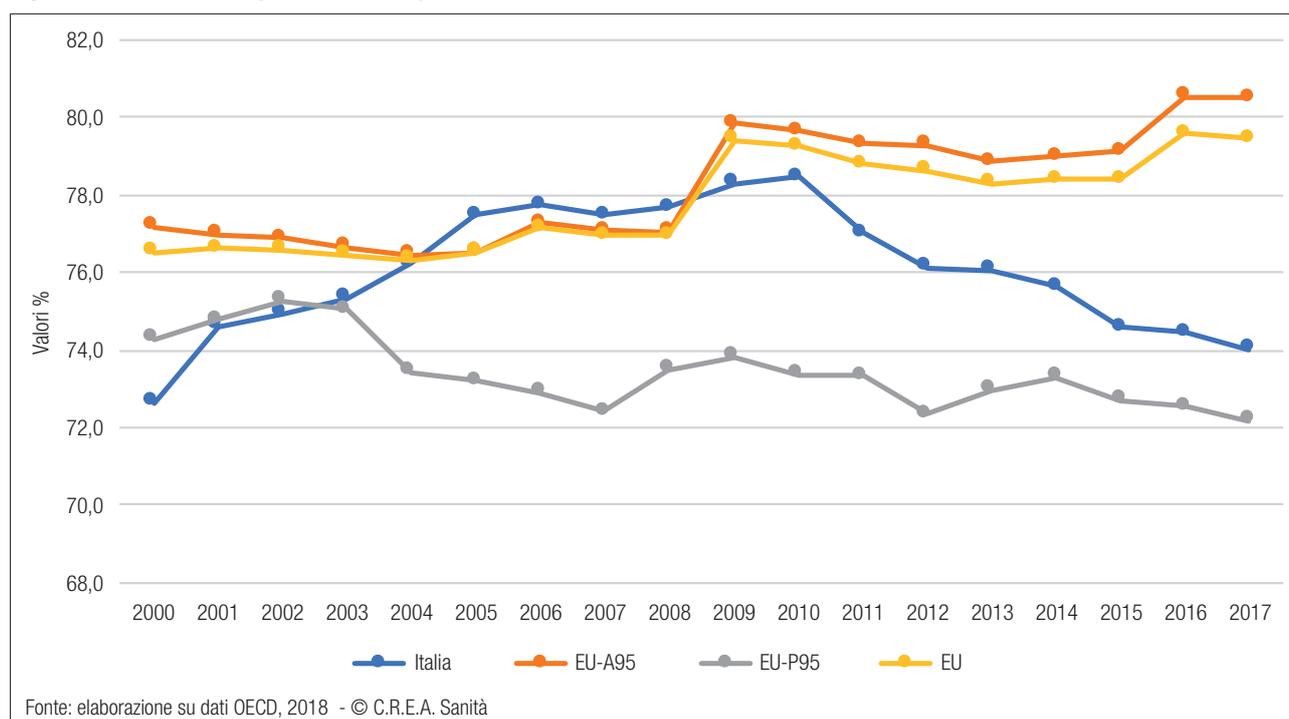
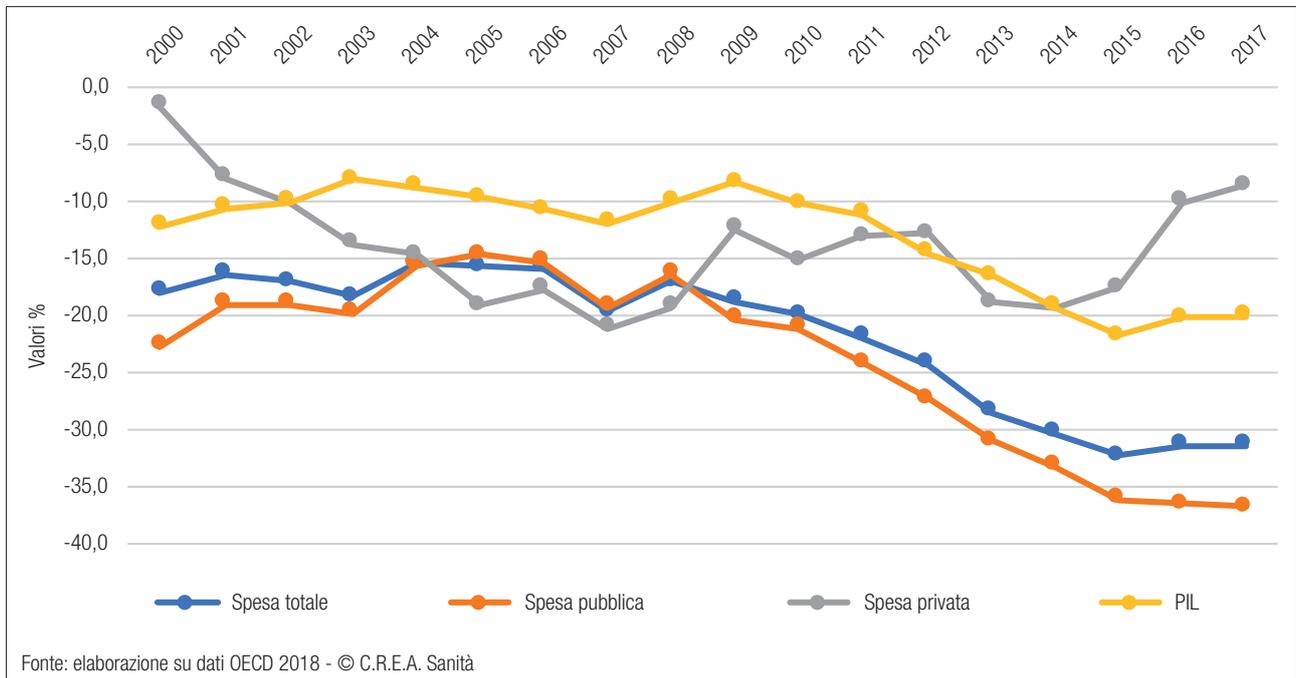


Figura 2. Trend della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite - Gap Italia vs EU-Ante 1995



In definitiva, la *misunderstanding* sta nel fatto che l'esistenza di "sprechi" non significa automaticamente che essi siano eliminabili nel breve periodo, e quindi che ci sia la possibilità di liberare risorse significative.

Il secondo elemento di discussione ("in positivo") è l'ottima *Performance* della Sanità italiana, in termini di esiti aggregati di salute; il ragionamento, può essere esemplificato con la domanda retorica: "perché spendere di più se gli esiti sono ottimi?"

In effetti, nel 2016 l'aspettativa di vita in Italia è seconda solo alla Spagna (e con ben 8 Regioni che vanno meglio anche del Paese "leader"), per quella a 65 anni è dietro solo a Francia e Spagna, per quella senza disabilità è seconda solo alla Svezia; in pratica un italiano può sperare di vivere in assenza di malattie invalidanti sino a 58,8 anni, con un incremento di 1 anno realizzatosi negli ultimi dieci anni; la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane, a 65 anni, assume un valore in Italia pari a 9,8 anni ed è in aumento rispetto al 2010 di quasi un anno, tra l'altro, dimostrando che è in atto un miglioramento generale dei livelli di salute e dell'auto-sufficienza. I tassi di cronicità *over 65* diminuiscono

significativamente, passando dal 45,6% nel 2013 al 44,2% nel 2016.

Per i tumori, l'Italia ha una mortalità standardizzata inferiore alla media dei Paesi EU. Come anche inferiori risultano essere i tassi di mortalità evitabile: 7,7 decessi in meno ogni 100.000 abitanti rispetto all'EU-Ante 1995 e 107,3 in meno rispetto a EU-Post 1995.

Anche l'efficacia e l'efficienza ospedaliera sono molto alte: l'OECD, nell'ultimo e recente *Italy Health Profile* riconosce, ad esempio, che abbiamo la miglior *Performance* fra i Paesi considerati, in termini di mortalità ospedaliera in caso di infarto; senza contare che abbiamo i tassi di ospedalizzazione minori di Europa; viene promossa dall'OECD anche la nostra *Primary Care*, malgrado, nel dibattito interno, sia a volte messa sul banco degli imputati.

L'unico appunto significativo che l'OECD riesce a muovere alla Sanità italiana è relativo alla degenza media ospedaliera: un appunto peraltro non corretto, rappresentando piuttosto un caso di "non standardizzazione" dell'indicatore: va, infatti, da sé che a fronte di tassi di ospedalizzazione che sono inferiori del 50,0% rispetto a quelli dei maggiori Paesi EU,

è del tutto ragionevole registrare una maggiore degenza media, per effetto di un *case mix* di pazienti ricoverati, per forza di cose, più severo.

Persino le prospettive non sembrano affatto negative; malgrado le profezie di una ineluttabile insostenibilità del sistema sanitario derivante dall'invecchiamento, i "fatti" raccontano che non solo si allunga la vita, ma si allunga anche quella senza disabilità; non aumenta (se non addirittura diminuisce) il tasso di cronicità; si alza l'età media degli eventi acuti ricoverati in ospedale, e, corrispondentemente, si assiste ad una riduzione dei ricoveri anche nelle fasce di età più avanzata.

Inoltre stando ai dati OECD, l'Italia, pur avendo nel 2016 speso per la prevenzione € 87,4, pro-capite, un valore che resta inferiore a diversi Paesi europei, come ad esempio Danimarca, Germania, Regno Unito e Svezia, registra la quota di persone (15 anni e più) in eccesso ponderale più bassa (45,1%) in Europa e il dato è stabile rispetto al 2006; anche il tasso di obesi è il più basso (9,8%) e in leggera diminuzione sia rispetto al 2015 che rispetto al 2006; è il secondo Paese con la quota minore di alcol consumato (7,1 litri annui pro-capite), con un valore stabile rispetto al 2014 ed in diminuzione rispetto al 2006; con riferimento al fumo di tabacco, siamo in una posizione intermedia, e comunque la quota è in diminuzione, rispetto al 2006 (Tabella 1.).

Il SSN fa la sua parte con i servizi di prevenzione, sebbene con diversi livelli di efficacia: per quanto riguarda le vaccinazioni, su cui si è reso necessario intervenire a fronte di un progressivo calo delle coperture vaccinali pediatriche a partire dal 2013, i tassi di copertura stanno nuovamente crescendo.

Con riferimento alla copertura vaccinale degli *over 65* contro l'influenza stagionale, l'Italia con il 49,9% è settima su 23 Paesi EU (sebbene registri un calo di 18,4 punti percentuali rispetto al 2006 e resti ancora ben lontana dalla soglia minima raccomandata del 75,0%).

Siamo in posizione intermedia rispetto allo *screening* mammografico con il 60,0% di donne tra 50 e 69 anni di età che ha partecipato ad un programma organizzato di *screening*. La quota è in lieve aumento (+0,4 punti percentuali) rispetto al 2006 e la

copertura è sottostimata, in quanto non tiene conto degli esami effettuati spontaneamente.

Le aree critiche sono poche e anche ben identificabili; la principale, è la scarsa attività fisica degli italiani, particolarmente grave per gli adolescenti in età scolare (11-17 anni) che, secondo WHO, non praticano sufficiente attività fisica nel 91,0% dei casi tra i maschi e nel 92,6% tra le femmine: in assoluto i tassi di sedentarietà più alti tra i Paesi europei.

Non stupisce quindi che la quota di bambini (6-9 anni) in eccesso ponderale sia la seconda più alta in EU (42,0%), e che per gli obesi condividiamo il primo posto con Cipro (21,0%).

Le considerazioni che ne derivano sono sostanzialmente due: in primo luogo, il riconoscimento al nostro Paese di una crescente ed efficace attenzione alla prevenzione, che certamente contribuisce agli ottimi esiti aggregati di salute; allo stesso tempo, però, l'investimento rimane ancora insufficiente.

In secondo luogo, che non tutti i meriti dei buoni esiti di salute sono attribuibili al SSN ma, allo stesso tempo, neppure tutti i demeriti legati ad alcuni fallimenti: va da sé che l'inattività fisica, il vero *vulnus* nella salute (e non solo) italiana, è da attribuirsi ad una assoluta carenza del sistema scolastico, peraltro l'altro grande assente nelle scelte di (ri) finanziamento pubblico; carenze in larga misura relative al tema dell'educazione ai corretti stili di vita: appare del tutto evidente che, oltre l'integrazione scuola-lavoro, in prospettiva, è essenziale sviluppare l'integrazione *scuola-sport*, riconoscendo a quest'ultimo il ruolo meritorio che gli compete.

In terzo luogo, che la *Performance* del SSN non può essere declinata esclusivamente in termini di esiti di salute: non solo perché essi non dipendono, come visto, solo dal SSN, ma anche perché l'equità è importante quanto, e per molti versi più, dell'efficacia o dell'efficienza.

Appare, quindi, un *misunderstanding* quello per cui, a fronte di un buon esito in termini di efficacia (esiti) e di efficienza, non c'è motivo (almeno urgente) di intervento.

Tabella 1. Sintesi della posizione dell'Italia nella classifica dei Paesi europei per diversi indicatori in tema di prevenzione

Indicatore	Unità misura	Anno	Fonte	Valore Italia	Media valori (n° Paesi osservati)	Paese (valore massimo)	Paese (valore minimo)
Obesità persone 15+	%	2016 (o più vicino)	OECD	9,8	16,6 (23)	Ungheria (21,2)	Italia (9,8)
Spesa programmi di prevenzione in % della spesa pubblica corrente	%	2016	OECD	4,7	2,8 (23)	Regno Unito (5,1)	Slovacchia (0,7)
Consumo di alcol persone 15+	Litri pro-capite	2016 (o più vicino)	OECD	7,1	10,0 (23)	Lituania (13,2)	Grecia (6,5)
Obesità adulti 18+	%	2016	WHO	23,0	25,3 (28)	Malta (31,0)	Danimarca (21,0)
Spesa pro-capite per programmi di prevenzione	€	2016	OECD	87,4	61,0 (23)	Regno Unito (145,2)	Slovacchia (5,9)
Persone 15+ che fumano giornalmente	%	2016 (o più vicino)	OECD	20,0	20,0 (23)	Grecia (27,3)	Svezia (10,9)
Donne 50-69 anni che hanno effettuato mammografia in programma organizzato screening	%	2016 (o più vicino)	OECD	60,0	59,7 (17)	Finlandia (82,2)	Lettonia (27,4)
Eccesso ponderale (sovrappeso+obesità) ragazzi di 15 anni	%	2013-2014	OECD	15,5	14,5 (23)	Grecia (21,5)	Danimarca (9,5)
Anziani 65+ vaccinati contro influenza stagionale*	%	2016 (o più vicino)	OECD	49,9	36,2 (23)	Regno Unito (70,5)	Estonia (2,8)
Bambini a 1 anno vaccinati con 3 dosi DTP	%	2017	OECD	94,0	95,7 (19)	Grecia, Ungheria e Lussemburgo (99,0)	Finlandia (89,0)
Adulti 18+ che praticano attività fisica insufficiente	%	2010	WHO	35,9	27,3 (28)	Malta (45,2)	Estonia (15,2)
Obesità adolescenti 10-19 anni	%	2016	WHO	10,0	8,0 (28)	Malta e Grecia (12,0)	Estonia (5,0)
Obesità bambini maschi 6-9 anni	%	2015-2017	WHO	21,0	13,5 (23)	Italia e Cipro (21,0)	Danimarca (5,0)
Adolescenti 11-17 anni che svolgono attività fisica insufficiente	%	2010	WHO	91,8	81,1 (27)	Italia (91,8)	Irlanda (71,6)

Peggior della media EU (*oppure migliore della media EU ma senza raggiungere il valore minimo raccomandato, come nel caso delle vaccinazioni over 65)
 Simile alla media o con scostamento minimo
 Migliore della media EU

La "media valori" è intesa come media dei valori di tutti i Paesi presi in esame per ciascun indicatore

Fonte: elaborazione su dati OECD e WHO, anni vari – © C.R.E.A. Sanità

A maggior ragione perché il SSN italiano, ispirato all'Universalismo della tutela pubblica, ha la sua ragion d'essere proprio nell'obiettivo di garantire l'Equità.

Così come è un *misunderstanding*, a cui non sono immuni le celebrazioni del quarantennale del SSN, che ci possa essere Universalismo senza Equità.

Da questo punto di vista, dobbiamo confermare che in Italia il primo, e purtroppo persistente e inossidabile, motivo di iniquità, rimane il divario tra Setentrione e Meridione.

Divario che arriva a coinvolgere l'aspettativa di vita, con oltre un anno di svantaggio per le Regioni del Mezzogiorno, che diventano poi 3 per quella

a 65 anni; prosegue per la cronicità e la disabilità, malgrado quelle del Sud siano Regioni con una popolazione mediamente più giovane, per le quali (in fase di finanziamento) si presuppone un minor assorbimento di risorse.

Un ulteriore *misunderstanding*, in agguato in questo contesto, è quello che legge il citato gradiente in termini di mera inefficienza dei SSN meridionali.

I dati letti in un'altra prospettiva ci dicono che le aspettative di vita nelle Regioni Meridionali sono, però, incomparabilmente migliori di quanto ci si potrebbe aspettare sulla base del loro livello di Sviluppo economico: Grecia e Portogallo, ad esempio, pur con un PIL pro-capite paragonabile a quello

Quanto affermato porta a considerare che, allora, potrebbe non essere necessario un aumento di risorse, quanto piuttosto una loro riallocazione. Pur essendo osservazione legittima, con tutta probabilità si scontra con il fatto che riallocare le risorse implica una riduzione per alcuni, con un rischio inaccettabile di regresso nei servizi.

Per completezza, va anche considerato che, come anticipato, superato un certo livello di spesa, dai dati aggregati a livello nazionale è difficile intravedere un beneficio incrementale significativo; ma questo non implica automaticamente scarsa produttività della spesa, perché i benefici potrebbero essere di altro genere: ad esempio in termini di qualità della vita, e/o di *responsiveness*, e/o di *customer satisfaction*, etc..

Piuttosto, risulta difficile spiegare perché la relazione fra spesa ed aspettativa di vita a 65 anni è molto più debole: un fenomeno che meriterà approfondimenti ulteriori, specialmente a fronte del fatto che l'invecchiamento pone proprio la sfida di migliorare la condizione degli anziani (Figura 5.).

Una prima ipotesi è che sulla aspettativa di vita in buona salute e sulla qualità della vita incidano molto le condizioni economiche generali e non soltanto l'investimento in Sanità.

In definitiva, l'Italia continua ad avere un problema di equità geografica e questo, in un contesto di tutela universalistica della salute, è un buon motivo per rivedere livelli e logiche di finanziamento.

A riprova del parziale fallimento equitativo del SSN, i problemi citati sono trasversali nel sistema: l'incidenza di famiglie impoverite per spesa sanitaria sostenuta privatamente si moltiplica per 8 fra le Regioni con valori estremi; e anche assumendo un riferimento (soglia di povertà) regionale, quindi relativa, il differenziale rimane quasi di 3 volte (Figura 6.).

Se aggiungiamo le "nuove" rinunce (famiglie che dichiarano di aver ridotto la spesa sanitaria e che in effetti la annullano), i nuclei che registrano un disagio per effetto delle spese sanitarie, nelle diverse Regioni, passano da poco più del 2% a oltre il 12% (Figura 7.).

Figura 4. Speranza di vita alla nascita vs spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2016

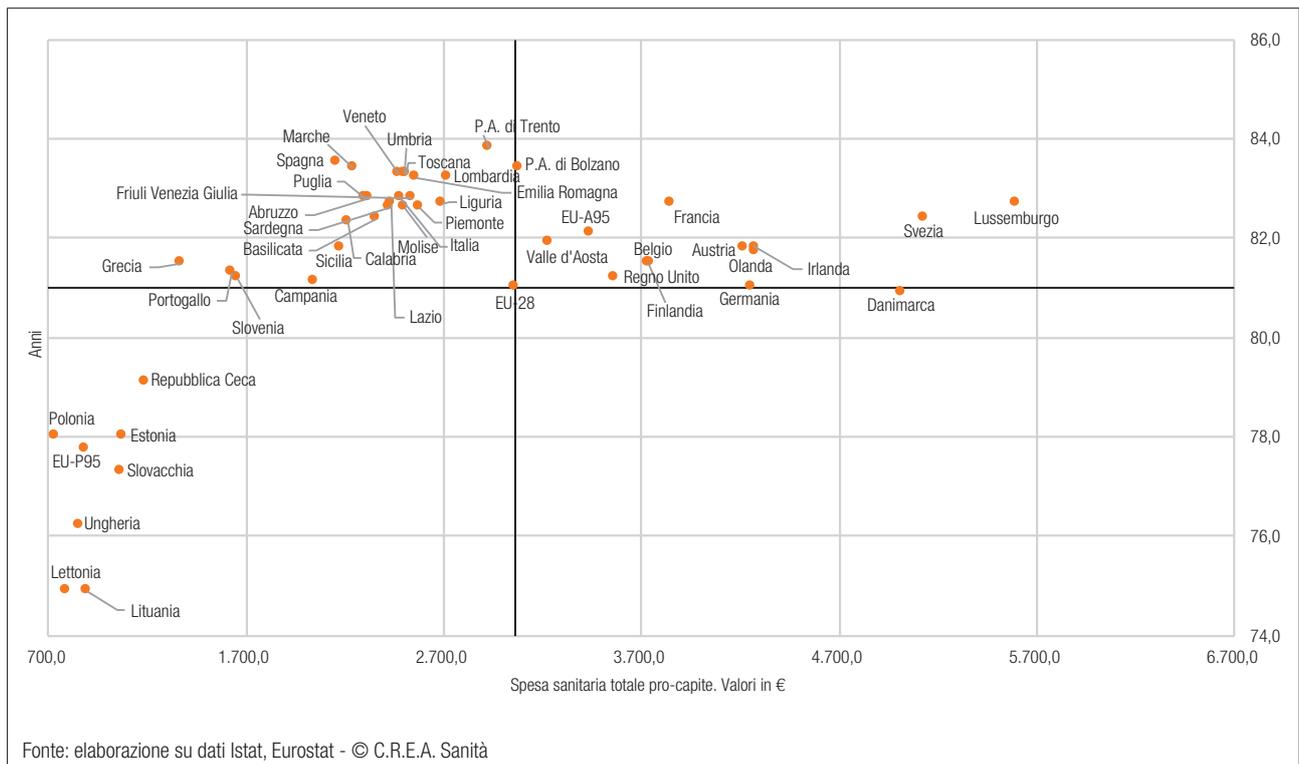


Figura 5. Aspettativa di vita a 65 anni vs spesa sanitaria pro-capite. Anno 2016

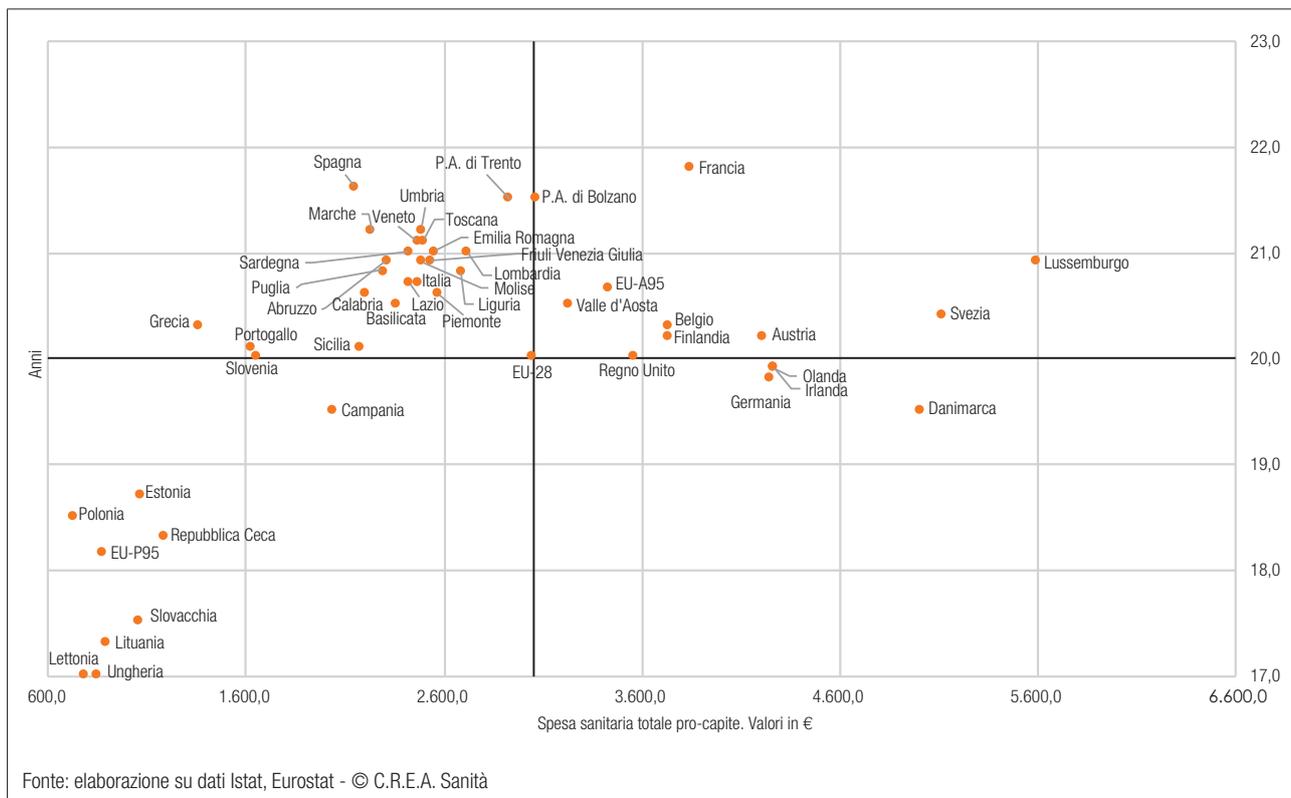


Figura 6. Quota famiglie impoverite. Anno 2016

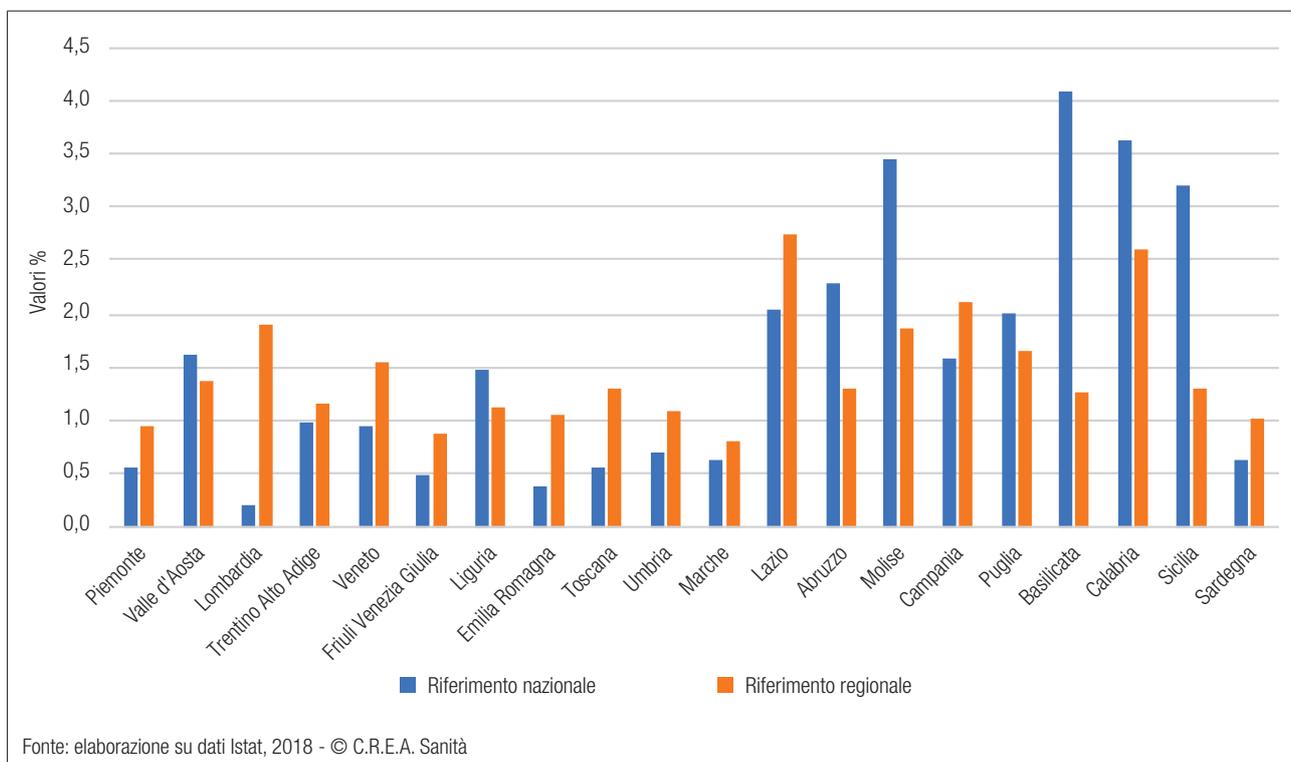


Figura 7. Quota di disagio economico. Anno 2016

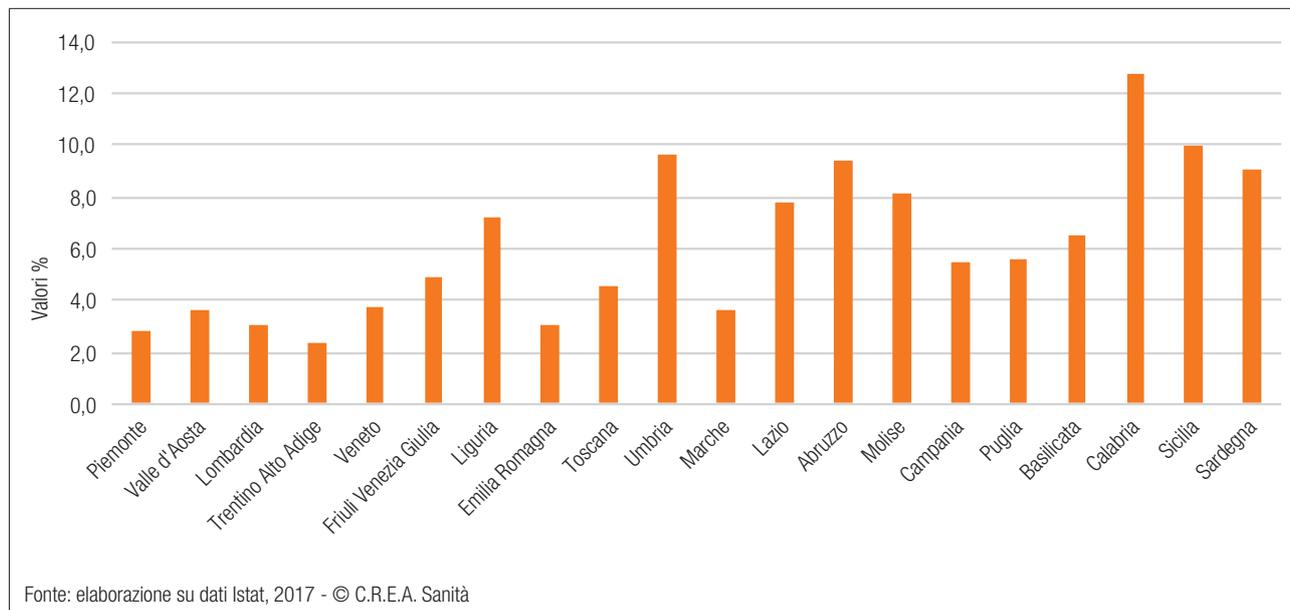
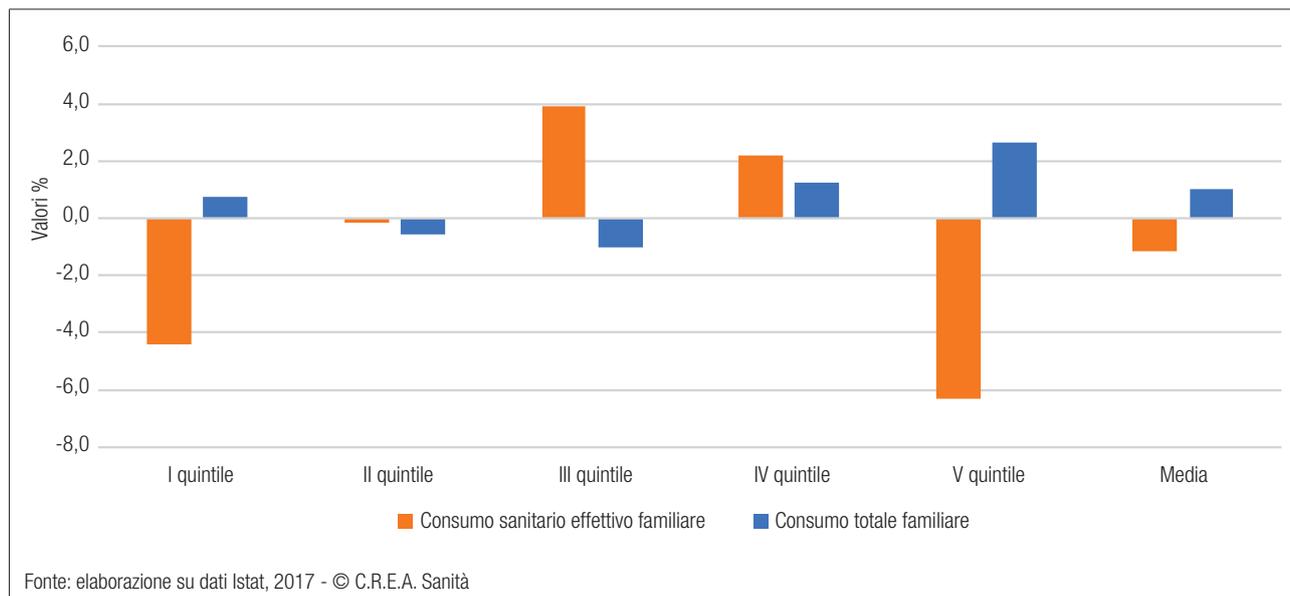


Figura 8. Variazione spesa media effettiva familiare. Anni 2016/2015



I fenomeni descritti derivano da un continuo incremento delle famiglie che sostengono spese sanitarie privatamente, il cui numero è cresciuto di 2 punti percentuali nell'ultimo anno, raggiungendo così il 79,0%. Incremento solo in parte controbilanciato dalla riduzione del valore nominale delle spese sanitarie effettivamente sostenute dalle singole famiglie.

Se l'impoverimento e le rinunce sono ovviamen-

te fenomeni legati alla deprivazione, e quindi concentrati nei primi due quintili di consumo, non si può altresì tacere che, fenomeno che osserviamo da alcuni anni, è il ceto medio quello che vede peggiorare maggiormente la propria condizione. Infatti, è nel terzo e quarto quintile che sta crescendo più rapidamente la quota di consumi destinati alla Sanità (Figura 8.).

Le politiche di inclusione devono necessariamente tenere in considerazione questo fenomeno, analizzando molto più nel dettaglio le differenze nella domanda espressa dai diversi segmenti della popolazione.

Il ceto medio, pur poco coinvolto nei fenomeni di rinuncia e impoverimento, rappresenta un problema in termini di equità, prima di tutto perché è quello che in larga misura finanzia il sistema con le imposte versate: come già segnalato nelle precedenti edizioni del Rapporto, nell'affermazione del fallimento equitativo del SSN, va considerata anche l'iniqua distribuzione degli oneri, derivante da un sistema fiscale notoriamente inefficiente.

Il tema fiscale, pur non essendo nelle competenze del Ministero della Salute, rappresenta un elemento essenziale in tema di Sostenibilità del SSN: come abbiamo varie volte rimarcato, i vantaggi di un sistema di assicurazione sociale universalistico sono di fatto nulli in assenza di equità sul lato del finanziamento.

La prova che l'epiteto di "pubblico e universalistico", con cui siamo usi specificare il SSN italiano, sia una affermazione in larga misura di puro principio, risiede nel fatto (già citato) che la quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria è inferiore a quella di larga parte dei Paesi EU; ma anche che, a parità di potere di acquisto, il livello della spesa sanitaria privata italiana, malgrado il SSN, è perfettamente in linea con la media EU (dove i sistemi a stampo solidaristico sono una minoranza).

Quindi, malgrado la promessa di una protezione Universale e Globale, i cittadini italiani contribuiscono privatamente alla spesa sanitaria in media quanto quelli degli altri Paesi EU-Ante 1995.

Questa ultima osservazione evidenzia un altro *misunderstanding*: lo sviluppo del secondo pilastro di *welfare* in Sanità è, per alcuni, elemento di rottura della primazia del SSN e, per altri, una ineluttabile necessità per ragioni di Sostenibilità. Ma entrambe le affermazioni non trovano riscontro: la prima perché la spesa privata ha superato il 25%, e nel tempo cresce per compensare la scarsa crescita di quella pubblica; a riprova di ciò, cresce più rapidamente della crescita del PIL pro-capite e quindi della *capacity to pay*.

Né può essere liquidata come spesa "inutile" o "inappropriata" sebbene oltre la Classe C, la Classe A acquistata privatamente, i *ticket* ed i farmaci di automedicazione nella spesa farmaceutica privata delle famiglie ci siano fra € 5,0 e € 6,0 mld. di altri prodotti la cui natura andrebbe meglio indagata.

Di più, la spesa privata è responsabile del 90,0% dei differenziali di spesa sanitaria delle Regioni, e visto che questi ultimi (come sopra argomentato) correlano con le *Performance*, ritenere la spesa privata un "elemento accessorio", automaticamente equivalente ad abdicare al ruolo di redistribuzione che è in capo al settore pubblico.

Non è vera neppure la seconda affermazione, ovvero che il secondo pilastro rappresenta una necessità per garantire la Sostenibilità, perché la disponibilità dei cittadini a spendere per la salute è sostanzialmente data, ed è quella espressa nei consumi che osserviamo: privatamente si integra l'offerta pubblica e le sue eventuali carenze.

Non c'è un modo automatico per aumentare le risorse complessivamente destinate alla Sanità: al più è possibile effettuare riallocazioni fra i due comparti, quello pubblico e quello privato; riallocazioni che impattano di sicuro sul livello equitativo, mentre è del tutto discutibile, e non suffragato da evidenza, che impattino su quello dell'efficienza.

Peraltro, è certo che l'assenza di una visione strategica del sistema (complessivo) della Salute, nel quale si possono definire diversi livelli di tutela, comporta già oggi duplicazioni della spesa: e questo è chiaramente inefficiente; in secondo luogo, è altrettanto evidente che le *mission* dei due pilastri sono diverse, e quella della Sanità complementare è più orientata a criteri di equità verticale.

Nel solco di quanto sopra, osserviamo che, nel dibattito sul futuro del sistema Sanitario, è del tutto carente la riflessione sui livelli di sussidiarietà che il sistema di tutela pubblica deve, e vuole, assumere.

Il disegno della Legge n. 833/1978 prevedeva un accesso basato di fatto sull'uguaglianza, estremo limite dell'equità orizzontale, con una scarsa attenzione alla declinazione dell'equità verticale.

Ovviamente è del tutto evidente che l'uguaglianza, oltre ad essere valore discutibile, come spesso

succede alle opzioni estreme, è un altro capitolo del “libro dei sogni”: solo regimi fortemente illiberali impediscono a chi può permetterselo di curarsi dove e come vuole.

Il tema concreto è, allora, quello del livello di tutela che si vuole estendere a tutti: da questo punto di vista, non ha avuto l’attenzione che meritava, la “rivoluzione copernicana” rappresentata dall’istituzione della Commissione per la revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con la quale si è definito il superamento di una declinazione meramente “prestazionale” dei LEA, che in prospettiva dovranno assumere il connotato di “modalità di erogazione delle prestazioni”.

Il cambiamento è essenziale: per la prima volta si prende ufficialmente atto del profondo cambiamento avvenuto negli ultimi 40 anni nella Sanità; la crescita delle opportunità terapeutiche è stata esponenziale, e oltre ogni più rosea aspettativa, come è dimostrato dai tassi di miglioramento degli esiti registratisi nelle ultime decadi e precedentemente ricordati. Ovviamente, la crescita qualitativa e quantitativa delle opportunità porta con sé anche la crescita delle tecnologie che, pur dotate di efficacia, sono portatrici di una produttività marginale ridotta.

In questo contesto, non è più pensabile “dare tutto a tutti”, e non tanto per ragioni di Sostenibilità economica, quanto per ragioni di natura etica: non tutta l’innovazione (indipendentemente dalla sua definizione), può essere automaticamente considerata meritoria e come tale messa a carico della solidarietà collettiva.

Quanto meno, non è più possibile definire quale criterio di inserimento/non inserimento nei LEA, l’appropriatezza/non appropriatezza. Ricordiamo che, già da alcuni anni, il Rapporto segnala l’esigenza di declinare in modo diverso e più articolato i criteri di accesso.

Il tema appena introdotto, porta a qualche riflessione aggiuntiva sulle liste di attesa e sulle comparazioni: tematiche che nel 2018 sono state oggetto di particolare attenzione.

Non c’è dubbio alcuno che le liste di attesa siano la maggiore fonte di insoddisfazione da parte dei cittadini; di contro, che siano un indicatore di iniquità

o, peggio, di rischio per i pazienti, è dubitabile, anzi è probabilmente frutto dell’ennesimo *misunderstanding*.

Come analizzato anche nel capitolo 8b del Rapporto, i dati sui tempi di attesa sono lunghi e anche abbastanza omogenei a livello nazionale: ma si tratta di rilevazioni effettuate sulle prestazioni prescritte come “non urgenti”; e, infatti, malgrado i tempi lunghi, che ci siano “danni” per la salute non è affatto dimostrato: ricordiamo, ancora una volta, che abbiamo esiti ottimi in confronto agli altri Paesi, e che non si conosce, ad oggi, relazione dimostrata, ad esempio, fra tempi di attesa ed esiti regionali.

Certamente, casi di ritardi anche nelle prestazioni urgenti saranno presenti; ma questi casi, a conoscenza di chi scrive, non sono rilevati, e quindi è impossibile dire se si tratti di un fenomeno rilevante o episodico.

Non si configura neppure un problema di iniquità, nella misura in cui i tempi, pur lunghi, lo siano in egual modo per tutti: in termini equitativi conta solo garantire una gestione corretta delle agende.

Abbandonando un inutile conformismo, va detto che il problema delle liste di attesa risiede nel fatto che esse vengono percepite dai cittadini come inefficienze del sistema, mentre sono, in buona misura, una difesa messa in atto dal sistema per evitare la proliferazione di prestazioni che, in quanto non urgenti, sono anche a maggior rischio di inappropriata.

Ovviamente è facile l’argomentazione per cui, se le prestazioni sono inappropriate, non dovrebbero proprio essere prescritte: a parte la complessità crescente del rapporto medico-paziente, per cui la prescrizione non è più un atto unilaterale, rimane il fatto che questa visione appare semplicistica perché sconta una visione deterministica delle decisioni; e questo determinismo in Sanità semplicemente non esiste: non a caso si è scritto “a maggior rischio di” inappropriata.

La questione è che la celerità della risposta non è (in buona misura) una questione clinica, bensì di modalità di erogazione (nel senso sopra richiamato).

La risposta pragmatica alle liste di attesa è già insita nei numeri rilevati: come si vede dalla rilevazione

condotta recentemente dal C.R.E.A. Sanità, i tempi di erogazione nel caso di prestazioni a pagamento sono molto brevi e praticamente identici in regime solvendi ed in intramoenia, come anche i costi.

Se si volessero uguagliare le condizioni di accesso, basterebbe sancire che dopo un certo numero di giorni di attesa i cittadini hanno diritto di effettuare la prestazione in regime di indiretta, ricevendo poi il rimborso della prestazione: e per evidenti ragioni di *business*, nessuno rimarrebbe di fatto escluso, perché, pur di incrementare il fatturato, il settore privato sarebbe incentivato ad anticipare i costi ai pazienti. Ovviamente, possiamo vaticinare (con assoluta “certezza”), che questo approccio farebbe lievitare i costi del sistema, come di fatto succede nei Paesi dove non c’è *gatekeeping*.

Il *trade-off* è del tutto evidente: tempestività della risposta verso incremento della spesa; e l’essenza vera del problema è chiedersi se la maggiore spesa sarebbe foriera di un beneficio socialmente accettabile; se si ragiona in termini di *endpoint* di Salute la risposta è probabilmente no; se si ragiona in termini di *customer satisfaction* quasi certamente sì.

Analogamente, chiarezza va fatta sul dibattito ricorrente sulle compartecipazioni.

Quel che appare certo è che le compartecipazioni sono “ingegnerizzate” molto male: i *ticket* in cifra fissa sulle ricette, per di più non esenti, sono la causa primaria di impoverimento. Le compartecipazioni sulle prestazioni specialistiche hanno messo, in più di qualche caso, fuori mercato il SSN.

Sul piano dei principi, il *co-payment* dovrebbe servire a mitigare i rischi di *moral hazard* ma, come testimoniato nei capitoli 8a e 9b, ormai ha assunto un ruolo di mero finanziamento di seconda istanza, del tutto improprio e iniquo: sia perché configura una “tassa sulla malattia”, sia perché l’incidenza è di fatto più alta nelle Regioni a minor reddito; Regioni dove oltre tutto è maggiore la quota di cittadini esenti, così che quelli che non lo sono, in larga parte del ceto medio, restano obbligati ad un eccesso di “solidarietà”.

Tanto si è ormai perso il senso del ruolo originario della compartecipazione, che una quota di *ticket*, seppure definiti dalla normativa “Entrate Proprie”, è

ufficialmente parte integrante del finanziamento; un uso improprio dello strumento è anche evidente nella previsione del pagamento del *ticket* sui differenziali di prezzo dei farmaci equivalenti, posta anche a carico dei pazienti per i quali sia stata apposta nella prescrizione la clausola di non sostituibilità: è, probabilmente, un caso del tutto “di scuola”, ma è davvero incomprensibile perché un cittadino debba essere penalizzato perché ha la necessità clinica di un farmaco specifico.

Il *misunderstanding* sta nel fatto di pensare che quanto precede implichi automaticamente che la compartecipazione sia sempre inutile o anche dannosa.

Il *moral hazard*, che nel nostro caso si concretizza in prescrizioni e richieste inappropriate, è un problema reale in Sanità, e le compartecipazioni sono uno strumento utile per limitarne l’impatto.

Ancor di più, se vale quanto prima argomentato, non si vede come sia possibile declinare le modalità di accesso alle prestazioni, se non usando anche la leva della articolazione dei livelli di compartecipazione; va da sé (e la cosa non è affatto nuova, perché così era in Italia sino all’inizio del nuovo secolo) che una prestazione salva vita e costosa, dovrà essere tendenzialmente gratuita; va da sé, però, che l’*upgrade* di una modalità di erogazione, tale da configurare limitati o anche, eventualmente, nulli effetti clinici, ma che, allo stesso tempo, possa permettere, ad esempio, una maggiore produttività, non si vede perché non possa essere gravato da un maggior livello di compartecipazione.

In tema di politiche che quest’anno hanno ricevuto forte attenzione, non possiamo non citare, anche, il problema della carenza di professionisti sanitari. Che l’eziologia del problema sia una carenza di programmazione appare evidente: i dati erano disponibili e anche noti. Allo stesso tempo, sarebbe difficile illudersi che la soluzione sia semplicemente quella di rimuovere barriere all’entrata, in primis nell’accesso ai corsi universitari.

Il rischio è quello di voler sanare una “non programmazione”, cadendo in una ulteriore “non programmazione”.

Intanto, banalmente, perché per poter formare

più medici (e in generale professionisti e operatori sanitari), senza diminuire, però, la qualità della formazione, servono risorse e un adeguamento dell'offerta.

In secondo luogo, perché la medicina sta cambiando, e prima di tutto è necessario ripensare approfonditamente i profili dei professionisti che saranno funzionali al sistema da qui a 10 anni, che poi è il tempo minimo necessario perché le scelte fatte oggi, incidano davvero sull'arruolamento da parte del SSN.

Infine, va ricordato che siamo nel pieno di uno *tsunami*, portato dalla cosiddetta medicina di precisione, ma anche (e con analogia intensità) dall'avvento delle tecnologie digitali, che rivoluzioneranno tutta la filiera della salute: dalla ricerca, al rapporto medico-paziente, alla somministrazione delle terapie: non è pensabile che non si approfondisca come questo *tsunami* possa essere governato, aggiornando i percorsi formativi.

Per non ripetere gli errori del passato, è, quindi, necessaria una immediata riflessione, tesa a definire la strategia da adottarsi per affrontare la transizione, sulla base della quale impostare la programmazione delle azioni concrete.

Si aggiunga che è necessario pensare anche ad un riallineamento delle retribuzioni dei professionisti ai livelli europei: riproponendosi così il problema del (ri) finanziamento del SSN; il tema delle retribuzioni e delle evoluzioni di carriera è fondamentale, prima di tutto per scongiurare il pericolo di sostenere i costi della formazione dei nuovi professionisti del futuro, e poi vederli emigrare, a beneficio degli altri Paesi.

In sintesi, anche in questo caso il rischio è quello di cadere in un *misunderstanding*: va razionalizzato che il vero problema non è il numero chiuso, quanto la carente programmazione dei fabbisogni e, in prospettiva, il rischio di una scarsa appetibilità dell'occupazione in Italia.

Abbiamo lasciato da ultimo il tema del rapporto fra Sostenibilità e Sviluppo economico, che in qualche modo chiude il cerchio, riportandoci al tema del rapporto fra politiche assistenziali e politiche industriali.

Un esempio paradigmatico del *trade-off* fra Soste-

nibilità e Innovazione è quello del settore farmaceutico, attualmente alla ricerca di una nuova *governance*: sebbene i problemi siano numerosi, in sostanza il problema si è scatenato a seguito del contenzioso generatosi sui *pay-back*: il *misunderstanding* sta nel rischio di pensare che la nuova *governance* possa basarsi su una banale revisione degli algoritmi di calcolo del *pay-back*, finalizzata a ridurre i motivi di contesa. Che l'algoritmo si possa semplificare, e anche migliorare, è certo: che la sua revisione possa essere risolutiva è, invece, largamente dubitabile.

Piuttosto, è necessaria una visione olistica del problema e, questo, richiede una analisi approfondita delle ragioni che incentivano il contenzioso.

Il punto di partenza del ragionamento non può essere la dimensione *pay-back*: come argomentato nel capitolo 9a, nel 2017 la somma da ripianare è pari a € 1,3 mld., ovvero al 6,9% della spesa farmaceutica effettiva: spesa effettiva perché al netto di sconti e *pay-back* legati ai *Managed Entry Agreements* (MEA).

I meccanismi richiamati, insieme agli importanti risparmi derivanti dalle genericazioni, hanno sin qui garantito la Sostenibilità della spesa farmaceutica.

La loro efficacia è indubbia: sebbene i confronti di spesa con gli altri Paesi siano molto difficili, a causa delle diverse poste rilevate (si veda nel dettaglio il capitolo 9a), considerando che l'Italia è fra i pochi Paesi che rileva tutta la spesa, si può affermare con ragionevole certezza che la spesa italiana è significativamente inferiore a quella media EU, e questo in primo luogo grazie ad un prezzo medio delle molecole inferiore.

La negoziazione di un prezzo medio inferiore è, peraltro, stata resa possibile dal sistema degli sconti (più o meno) opachi, che hanno permesso di mantenere il prezzo "ufficiale" ad un livello ritenuto accettabile dalle imprese, ottenendo un ribasso da applicarsi "ex post": in altri termini, l'elemento vincente è stato quello di negoziare sconti applicati dopo il consumo, garantendo così le imprese dal rischio di fenomeni di commercio parallelo.

Anche il *pay-back*, derivante dallo sfioramento del tetto della ospedaliera, ha questa natura, e configura un ulteriore sconto, che va a sommarsi ai precedenti.

Quel che con tutta probabilità ha messo in crisi il sistema, è stata la rapida crescita dello sforamento, che ha portato lo sconto a livelli ritenuti non più “accettabili” da parte delle imprese (oltre ad avere generato non banali complicazioni di gestione dei bilanci).

Una diversa allocazione dei *pay-back*, quindi, sembra che non possa essere risolutiva, a meno che non comporti anche una riduzione dell'ammontare complessivo del ripiano.

D'altra parte, le Regioni contano ormai sul flusso dei *pay-back*, che di fatto è diventato una importante forma di finanziamento, di un livello quantitativamente comparabile con gli aumenti annuali del finanziamento del SSN.

Il tema della *governance*, quindi, non può che essere declinato insieme a quello del tetto di spesa e anche a quello delle politiche industriali.

Il doppio tetto, di cui la parte ospedaliera è sfornata da tutte le Regioni tranne due (e per di più a Statuto speciale), a cui si aggiungono i due distinti Fondi per i farmaci innovativi, configura un sistema di silos

che non ha ragione di essere e comporta elementi significativi di inefficienza; l'abbattimento di questi silos fra farmaceutica e altre forme assistenziali, ma anche la valutazione dell'indotto generato dal settore, dovrebbero quindi essere tra gli obiettivi primari da raggiungere per poter garantire la Sostenibilità dell'innovazione (Figura 9.).

L'ulteriore elemento da considerare ai fini della nuova *governance*, è che ormai la quota di spesa farmaceutica privata è rilevante, e condiziona le *Performance* regionali: essa è pari in media al 31,6%, variando dal 43,6% della Valle d'Aosta al 21,7% delle Marche; questo dato basta per evidenziare come la spesa privata non possa essere esclusa dal sistema di *governance* (Figura 10.).

Sul tema del rapporto fra spesa farmaceutica pubblica e privata, e quindi su quello dei criteri di valutazione delle tecnologie, va anche detto che è del tutto apprezzabile che fioriscano, sebbene con ritardo rispetto agli altri Paesi, i richiami all'*Health Technology Assessment* (HTA).

Figura 9. Spesa farmaceutica* ospedaliera pubblica pro-capite e tetto. Anno 2017

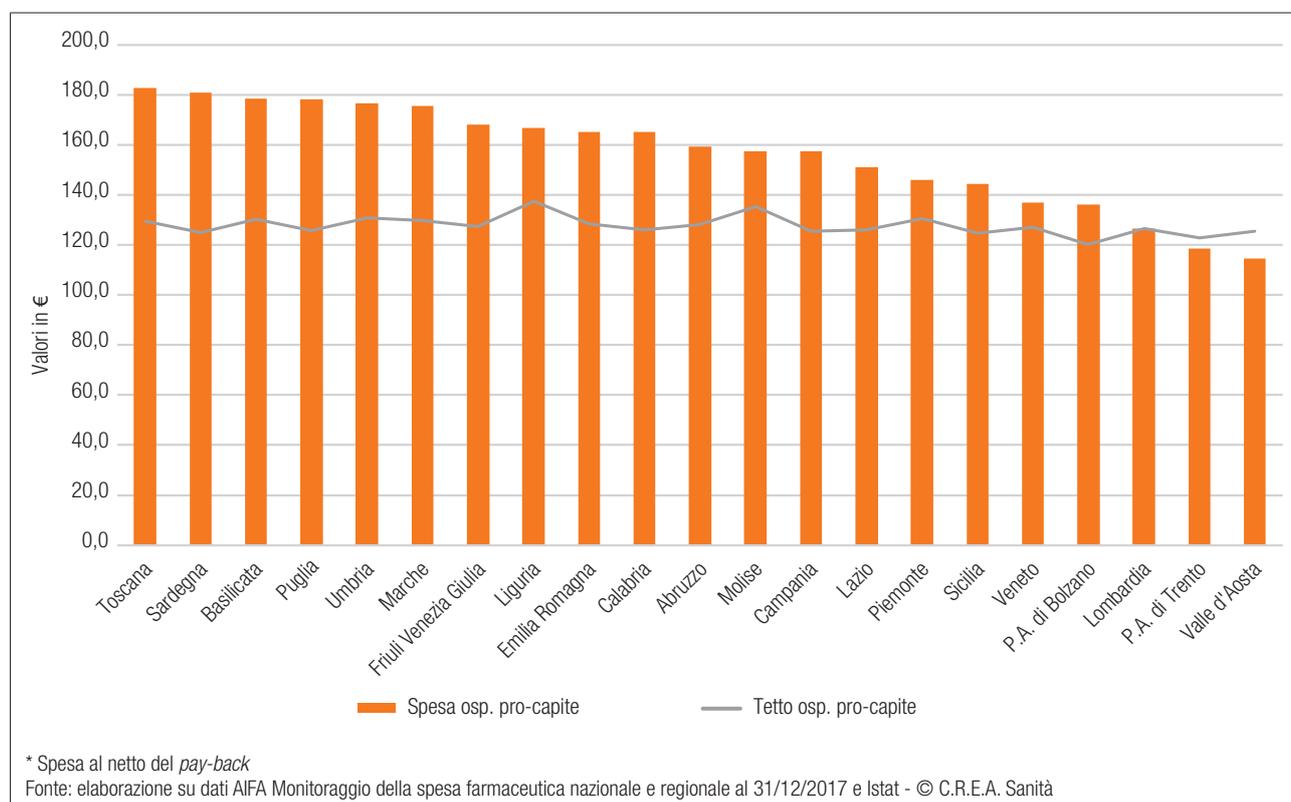
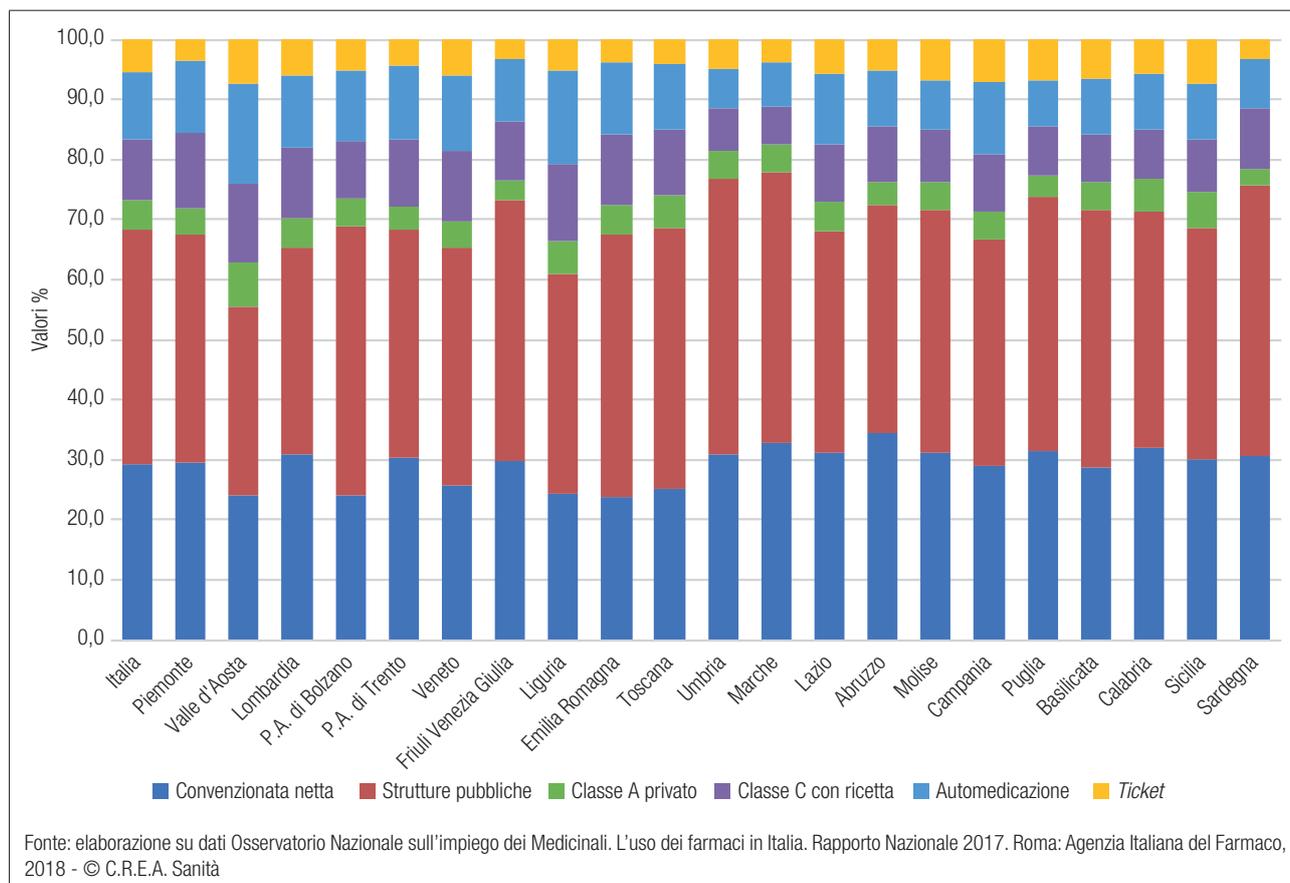


Figura 10. Composizione della spesa farmaceutica totale. Anno 2017



Allo stesso tempo, è necessario rimarcare che i prossimi anni metteranno in profonda crisi i sistemi di valutazione sinora utilizzati: le cosiddette *advanced therapies*, come già la medicina di precisione, pongono formidabili sfide al sistema di HTA, nella misura in cui la crescente targettizzazione implica uno scenario del tutto nuovo, con farmaci (e in generale tecnologie) per indicazioni così "strette" da essere riferibili a gruppi di pazienti di "dimensione" sempre più assimilabile a quelle che si incontrano nelle malattie rare; e, come abbiamo imparato proprio dall'esperienza dei farmaci orfani, questo a sua volta implica prezzi anche altissimi per rendere le molecole remunerative; a sua volta, la crescita dei prezzi delle tecnologie implica una sempre maggiore concentrazione delle risorse su pochi soggetti. Ne segue che, in prospettiva, il problema della valutazione delle tecnologie si sposterà dai problemi di efficienza (riassunti nei criteri di valutazione della costo-efficacia),

a quelli dell'etica, ovvero alla elicitazione delle preferenze sociali in tema di concentrazione degli investimenti su pochi soggetti.

Il tema è così delicato da richiedere un serissimo approfondimento, e rapide decisioni, a partire da quelle che riguardano la rappresentanza dei diversi *stakeholder*, ad iniziare dai cittadini e dai pazienti, nei processi decisionali.

Concludendo, la complessità della filiera della Sanità e la rapidità dei cambiamenti in corso richiedono una maggiore capacità di analisi e più raffinati strumenti di supporto alla programmazione di medio-lungo periodo; tali strumenti devono permettere di superare la logica dei silos, esistenti sia all'interno del settore sanitario, sia, più in generale, fra politiche sanitarie, industriali, dell'educazione etc..

Ma serve anche fare pulizia di vari *misunderstandings*, che rischiano di portare a decisioni scorrette per difetti di impostazione dei ragionamenti; per que-

sto è necessario un cambiamento culturale, a partire dal ritorno alla pratica del confronto collaborativo: la tendenza alla radicalizzazione delle posizioni, che è evidente nella Società italiana, negli ultimi anni, anche in Sanità, ha di fatto impedito di affrontare i temi con maggiore contenuto valoriale, generando una *empasse* di fatto; non è un caso che, da oltre

due decenni, le politiche siano state orientate ad affrontare quasi esclusivamente tematiche di assoluta evidenza tecnica, legate all'“efficientamento” del sistema: però, raggiunto ormai l'obiettivo, oggi esse hanno probabilmente esaurito gran parte della loro importanza, e segnano il passo rispetto alle reali necessità di ammodernamento del settore.

EXECUTIVE SUMMARY

Misunderstandings

Polistena B.¹, Spandonaro F.¹

As usual, the executive summary of the Report tries to place the quantitative analyses carried out and commented in the Report into an overall picture useful to describe the evolutionary trends of the Italian health system, the latter including both the public component (i.e. the National Health Service - ITA-NHS - and its related regional services), as well as the private one.

The analysis on the principal 2018 events, made focusing on the search for the real “significance” and nature of health policies, can be summarized by underlining that there is still no clear evolutionary design of ITA-NHS, thus reaffirming the doubt implicitly raised in the subheading of the 2017 Health Report, namely “The Change of Italian Healthcare System between Transition and Leeway”.

This year has been largely characterized by the celebrations for the 40th anniversary of the ITA-NHS; more attention has also been focused on some specific topics, such as the health professions and the waiting lists.

These are serious issues, that clearly require attention, but there is still the feeling that health is not one of the top priorities of Italy’s governments, which meanwhile keep on coming one after the other.

This feeling becomes certainty considering that the same funds already envisaged for the ITA-NHS are allocated - a decision that does not follow up the electoral promises of refinancing public health and does not reverse past trends.

The fact that Health is not a priority is clear, also considering that this must be seen in the context of a new finance law which, although not yet adopted and not even fully explained, is openly intended to

be expansionary.

Faced with austerity policies aimed primarily at reducing the public debt, the curbing of the NHS public funding - although questionable - can be somehow “explained”. It is harder to understand how expansionary economic policies can be combined with a basic funding stagnation.

It can only be inferred - and, indeed, it is not a novelty - that the health sector is not considered a trigger and a driver of development. Sometimes it is considered a mere cost and even a case of inefficient use of resources.

The Health issue is always associated with the right to Health, a combination that can certainly be shared. Nevertheless, thinking that health is only an issue of citizens’ rights is completely short-sighted, because this fully neglects the evident fact that Health is, inter alia, also a fundamental nerve centre of the country’s economy.

The 13th Chapter of the Report provides a summary of the study conducted by the Regional Policy and Territorial Cohesion Department of Confindustria (the Italian Association of Entrepreneurs), which unequivocally demonstrates the economic importance of the “Health sector”. Considering the turnover generated by the related industries, the health sector accounts for 10.7% of the Gross Domestic Product (GDP) and 10% of national employment, thus confirming to be the third largest sector in the country, second only to the Food and Construction sectors.

Keeping on thinking that the health policy is only confined to the welfare policies component, thus forgetting the industrial policies component, is a misunderstanding on what the real perimeter of health

¹ University of Rome “Tor Vergata”, C.R.E.A. Sanità

policies is.

The ensuing concerns depend on the fact that misunderstandings undermine the possibility of defining effective and efficient policies: if the “assumptions” on which we work are “wrong”, obviously the resulting analyses, although internally consistent, cannot be “correct”.

The analyses made in the Report show that there are many misunderstandings in the current health debate.

Hence the executive summary tries to focus the decision-makers’ attention on the aspects that we deem may lead to significant misunderstandings.

Premised, for transparency purposes, the interpretation key adopted in the 14th Health Report worked out by C.R.E.A. Sanità, now let us try to analyse four areas potentially at risk of misunderstanding:

- the measurement of the NHS Performance;
- the boundaries of citizens’ rights in terms of health protection;
- the solution to the problem of staff shortage;
- the relationship between sustainability and economic development.

Starting from the first area and reverting to the issue of funding, we preliminarily note that the failure to (re-)finance the ITA-NHS is an objective fact and that it can be justified in two ways.

Avoiding a purely financial interpretation, the objective failure to (re-)finance the ITA-NHS is evidenced by the fact that, since 2009, the public protection share in Italy has moved away from the average of the EU-Ante 1995 EU Member States (i.e. the Western and Central European countries plus Greece, which represent the “original” core of the Community) and tends rather to align with that of the EU-Post 1995 Member States (i.e. those mostly located in Eastern Europe, which adhered to the EU at a later stage).

Whereas the comparison has a merely pragmatic justification, linked to the different average levels of economic development in the two areas, it should also be noted that, although the latest data available refers to 2017, clearly the trend has continued throughout 2018 and will continue also in the future. In fact, the growth rate of public funding in Italy is still lower than 1% while, over the last decade, the average yearly rate of the EU-Ante 1995 EU Mem-

Figure 1. Share of public funding on current healthcare spending

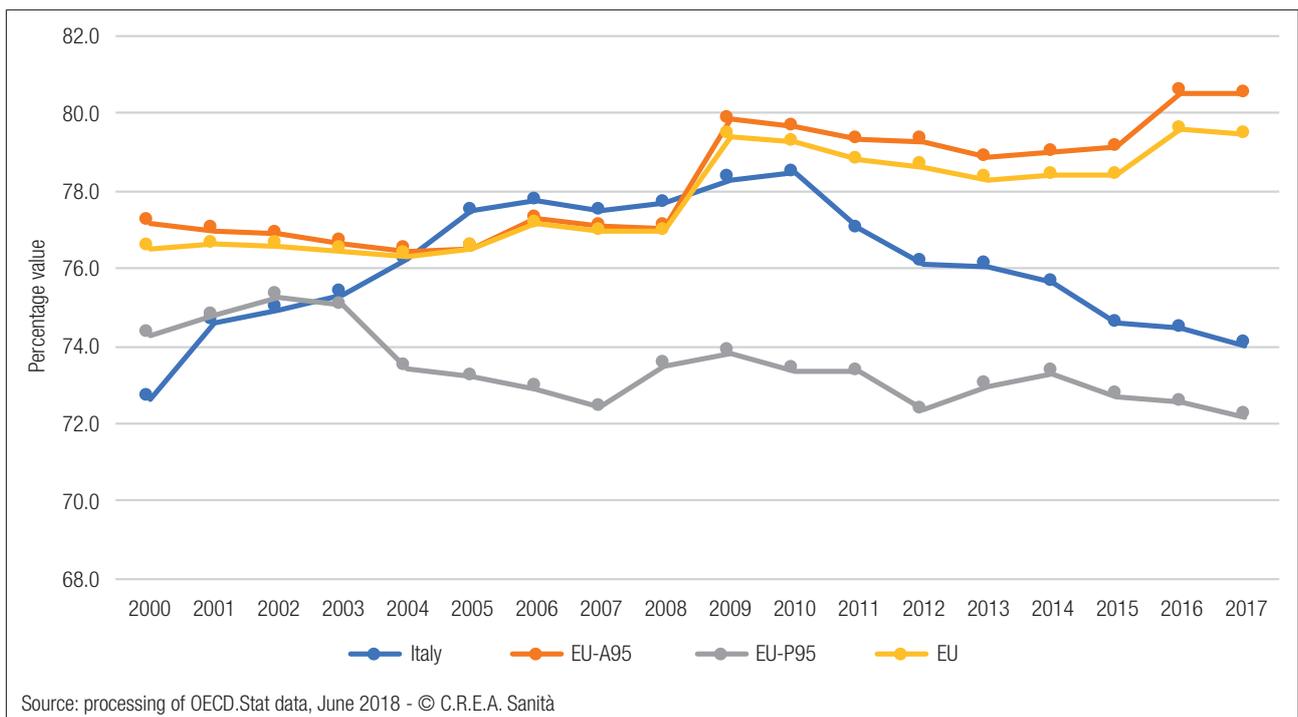
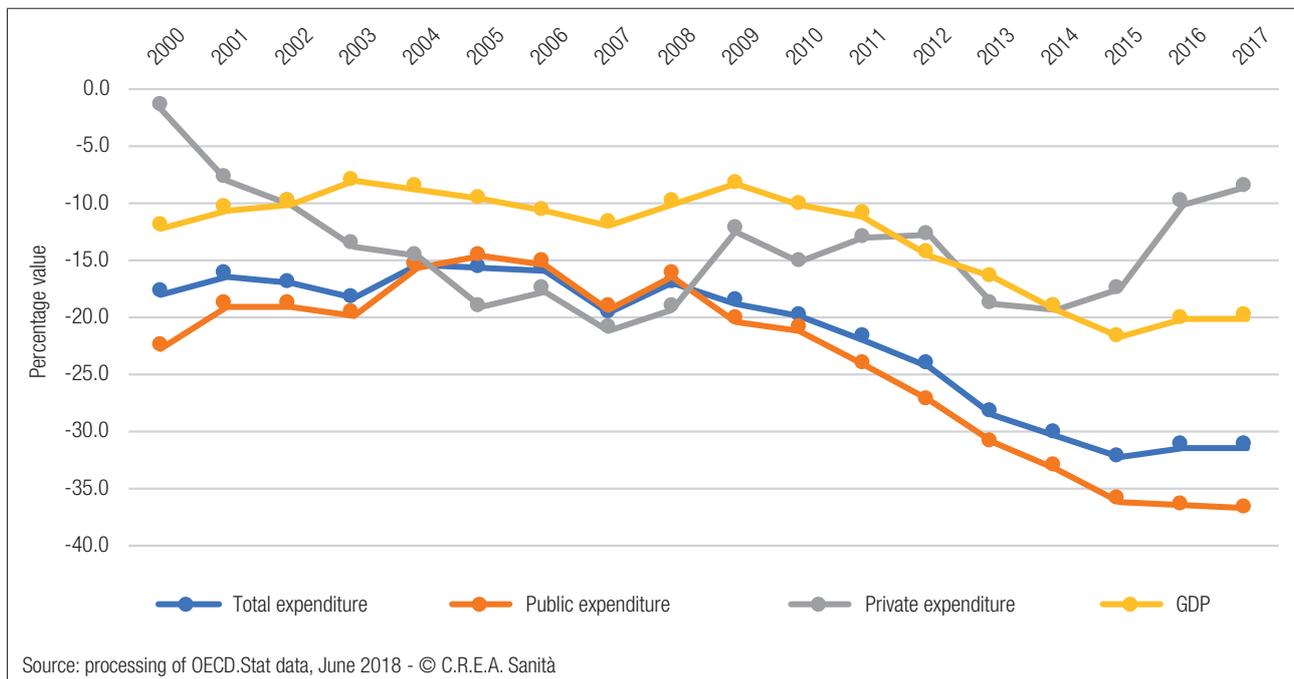


Figure 2. Trends of the current healthcare spending and of the per-capita GDP – Gap Italy vs EU-Ante 1995



ber States has been 3.6%, and 3.2% over the last three years. Over the same period, the average yearly growth rate of funding in the EU-Post 1995 Member States has been 4.3% and 5.2%, respectively. Therefore, Italy currently has a share of public coverage 1% higher than the average of the EU-Post 1995 Member States and over 6% lower than the average of the EU-Ante 1995 Member States (Figure 1.).

In other words, following the equitable principle underlying the welfare systems in healthcare, the “re-financing” or “de-financing” cannot be measured correctly by using the nominal value of its increase / decrease. It must instead be measured based on the share of public spending - the one actually placed under the “public protection wing”. From this viewpoint, the “trends” of health policies over the last few years, confirmed by the umpteenth postponement of investment in healthcare, appears to be unequivocal.

Based on the premise that so far the Health sector has not been considered one of the top public priorities, a step forward shall be rightfully made in our analysis by wondering whether this choice has a valid justification.

Without claiming to be completely exhaustive,

there are two reasons which are mostly implicitly used to justify this choice: a “negative” and a “positive” one, namely the “waste of resources” and “the excellent health” of the Italian people.

In fact, part of the decision makers believe that the (re-)financing of the Health sector should be obtained not by increasing resources, but by reducing the “waste “ and hence freeing up resources. This prospect is fascinating, but in order to be concrete its real scope must be quantified.

In fact, really there is scarcely corroborated evidence on the “waste of resources” in healthcare: scaremongering on defensive medicine and on corruption, as well as scaremongering resulting from benchmarking exercises between the costs of different structures and areas and, last but not least, cases of “criminal conducts”.

Apart from the fact that the measurements of all these phenomena are scarce, when not even poor-quality - because they are mostly based on the extrapolations of experiences and estimates made in other realities or in other sectors - or the result of analyses not ensuring adequate homogeneity and standardization of comparisons (so much so

that a substantially anecdotal belief of their “importance” prevails), a misunderstanding can be found in the reference target used. If we could eliminate any embezzlement and mismanagement, as well as any defensive push, and if also a “perfect” planning of every activity could be possible, certainly there would be significant “waste of resources” to be eliminated, useful for a significant (re-)financing of the Health sector.

In this way, however, we forget that Health is a complex system (really so and not only as maintained by academics): forgetting it means living in a “dream world”.

Conversely, “facts” show that the waste of resources - although existing - is not a credible source of (re-)financing in Italy.

By way of example, without claiming to be exhaustive:

- 1) the Italian spending is currently 31.3% lower than the EU-Post 1995. Member States (the gap has doubled compared to 2000 and would have been greater if there had not been the Greek crisis and Brexit), also considering that the gap is reduced by the growth of private spending, because for public spending it is even 36.8%. Finally, also using the purchasing power parity value (a choice which, however, is significantly questionable), it almost reaches 25% (Figure 2).
- 2) not only the Italian spending levels are historically lower than those of the other EU Member States, but also growth rates are lower
- 3) the variability of clinical practice, as well as the phenomenon of defensive medicine, are general problems defying national borders and, as far as we know, there is no evidence that in Italy they are greater than in the rest of the world
- 4) also with regard to corruption in the health sector, there is no data demonstrating that it is greater than in other sectors
- 5) the Regions generally deemed more inefficient, however, are those which spend less.

Ultimately, the misunderstanding lies in the fact that the existence of “waste of resources” does not

automatically mean that it can be eliminated in the short term, and that hence significant resources can be freed up.

The second (“positive”) issue for discussion is the excellent performance of the Italian health sector, in terms of aggregate health outcomes. The reasoning can be exemplified by the rhetorical question: “Why spending more if the results are excellent?”

In fact, in 2016 life expectancy in Italy was second only to Spain (with as many as 8 Regions which performed even better than the “leading” country). With specific reference to life expectancy at the age of 65, Italy is only behind France and Spain, and for disability-free life expectancy it is second only to Sweden. In practice, an Italian citizen can hope to live without disabilities until 58.8 years of age, with a 1-year increase recorded over the last ten years. In Italy life expectancy at 65 without limitations in daily activities amounts to 9.8 years and is up by almost a year compared to 2010, thus demonstrating, *inter alia*, that there is an overall improvement of health and self-sufficiency levels. The chronic disease rates for the over 65 citizens decreased significantly from 45.6% in 2013 to 44.2% in 2016.

With specific reference to cancer, Italy has a standardized mortality rate lower than the EU Member States’ average. Also the avoidable mortality rates are lower: 7.7 deaths less per 100,000 inhabitants than in the EU-Ante 1995 and 107.3 less than in the EU-Post 1995.

Hospital efficacy and efficiency are also very high. For example, in its latest Italy Health Profile, the OECD acknowledges that Italy records the best performance among the countries considered in terms of hospital mortality rate in case of a heart attack; not to mention that Italy has the lowest hospitalization rates in Europe. The OECD also appreciates Italy’s Primary Care although, in the national debate, it is sometimes put in the dock.

The only significant criticism levelled by the OECD at the Italian Healthcare is related to the average hospital length of stay. This is, however, not correct because it is rather a case of “non-standardization” of the indicator: in fact, it goes without saying that, since Italy’s hospitalization rates are 50% lower than

those of the major EU Member States, it is fully reasonable to record a longer average hospital length of stay, due to a case mix of hospitalized patients that is inevitably more severe.

Even prospects do not seem negative at all. Despite the prophecies of an inescapable unsustainability of the health system resulting from the aging of population, the “facts” demonstrate that not only life in general is longer, but also that the same holds true for the disability-free life. The chronic disease rate does not increase (and indeed even decreases); the average age in which patients in acute conditions have to be hospitalized rises and, at the same time, there is a reduction in hospitalizations even in the

oldest age groups.

Furthermore, according to the OECD data, despite having spent € 87.4 per-capita in prevention in 2016 - an amount that is still lower than in several European countries, such as Denmark, Germany, the United Kingdom and Sweden - Italy records the lowest share of overweight people over 15 (45.1%) in Europe and the rate is stable compared to 2006. Also the share of obese people is the lowest (9.8%), slightly decreasing as against both 2014 and 2006. Italy is the second country with the lowest amount of alcohol consumed (7.1 litres per-capita), with a stable value compared to 2015 and decreasing as against 2006. With specific reference to tobacco

Table 1. Italy's ranking in the EU by different prevention indicators

Indicator	Unit of measure	Year	Source	Italy's value	Value average (n° of countries considered)	Country (maximum value)	Country (minimum value)
Obesity of people aged over 15	%	2016 (or nearest year)	OECD	9.8	16.6 (23)	Hungary (21.2)	Italy (9.8)
Spending on prevention programs as a % of current public spending	%	2016	OECD	4.7	2.8 (23)	United Kingdom (5.1)	Slovakia (0.7)
Alcohol consumption for people aged over 15	Per-capita liters	2016 (or nearest year)	OECD	7.1	10.0 (23)	Lithuania (13.2)	Greece (6.5)
Obesity of adults aged over 18	%	2016	WHO	23.0	25.3 (28)	Malta (31.0)	Denmark (21.0)
Per-capita spending on prevention programs	€	2016	OECD	87.4	61.0 (23)	United Kingdom (145.2)	Slovakia (5.9)
Persons aged over 15 who smoke every day	%	2016 (or nearest year)	OECD	20.0	20.0 (23)	Greece (27.3)	Sweden (10.9)
Women aged 50-69 who have undergone a mammogram within organized screening programs	%	2016 (or nearest year)	OECD	60.0	59.7 (17)	Finland (82.2)	Latvia (27.4)
Overweight + Obesity of boys and girls aged 15	%	2013-2014	OECD	15.5	14.5 (23)	Greece (21.5)	Denmark (9.5)
Elderly people aged over 65 vaccinated against seasonal influenza*	%	2016 (or nearest year)	OECD	49.9	36.2 (23)	United Kingdom (70.5)	Estonia (2.8)
1-year children vaccinated with 3 DTP vaccine doses	%	2017	OECD	94.0	95.7 (19)	Greece, Hungary and Luxembourg (99.0)	Finland (89.0)
Adults aged over 18 who practice insufficient physical exercise	%	2010	WHO	35.9	27.3 (28)	Malta (45.2)	Estonia (15.2)
Obesity of adolescents aged 10-19	%	2016	WHO	10.0	8.0 (28)	Malta and Greece (12.0)	Estonia (5.0)
Obesity of boys aged 6-9	%	2015-2017	WHO	21.0	13.5 (23)	Italy and Cyprus (21.0)	Denmark (5.0)
Adolescents aged 11-17 who practice insufficient physical exercise	%	2010	WHO	91.8	81.1 (27)	Italy (91.8)	Ireland (71.6)

Worse than EU average (*or above the EU average, but without reaching the recommended threshold, as is the case with the vaccination of over 65 people) Similar to the average or with a minimum deviation Better than EU average

The “value average” is seen as the average of the values recorded in all countries under consideration for each indicator

Source: processing of OECD and WHO data, various years – © C.R.E.A. Sanità

smoking, Italy ranks in the middle and, however, on the wane compared to 2006 (Table 1.).

The ITA-NHS does its utmost with preventive services, albeit with different levels of efficacy: as regards vaccinations - for which it has been necessary to intervene faced with a gradual decline in pediatric patients' vaccinations since 2013, the coverage rates are growing again.

With specific reference to the over 65 people's vaccination against seasonal influenza, with a 49.9% rate Italy ranks seventh among 23 EU Member States (although it has recorded a 18.4 percentage points decline compared to 2006 and it is still far from the recommended threshold of 75.0%).

With regard to mammographic screening, Italy ranks in the middle with 60.0% of women aged 50-69 who have participated in an organized screening program. The rate is slightly increasing (+0.4 percentage points) compared to 2006 and coverage is underestimated as it does not take into account the tests made by women voluntarily.

The problematic areas are few and even well identifiable. The main one is the Italians' scarce physical

exercise, which is particularly serious for school-age adolescents (aged 11-17). According to the WHO, in this age group 91.0% of boys and 92.6% of girls do not practice sufficient physical exercise: by far the highest physical inactivity rates among European countries.

It is therefore not surprising that the share of overweight children aged 6-9 is the second highest in the EU 42.0% and that Italy ranks first with Cyprus with regard to obese children aged 6-9 (21.0%).

Two major conclusions can be drawn: firstly, Italy pays growing and effective attention to prevention, which certainly contributes to the excellent aggregate health outcomes recorded, but investment is still insufficient.

Secondly, the NHS cannot be given credit for all the good health outcomes recorded, but, at the same time, not all the problems are linked to some failures. It goes without saying that physical inactivity - the real health problem in Italy - is to be attributed to absolute shortcomings of the school system, which is also the other major absentee in the choices of public (re-)financing. These shortcomings are largely re-

Figure 3. Life expectancy at birth vs GDP per-capita. Year 2016

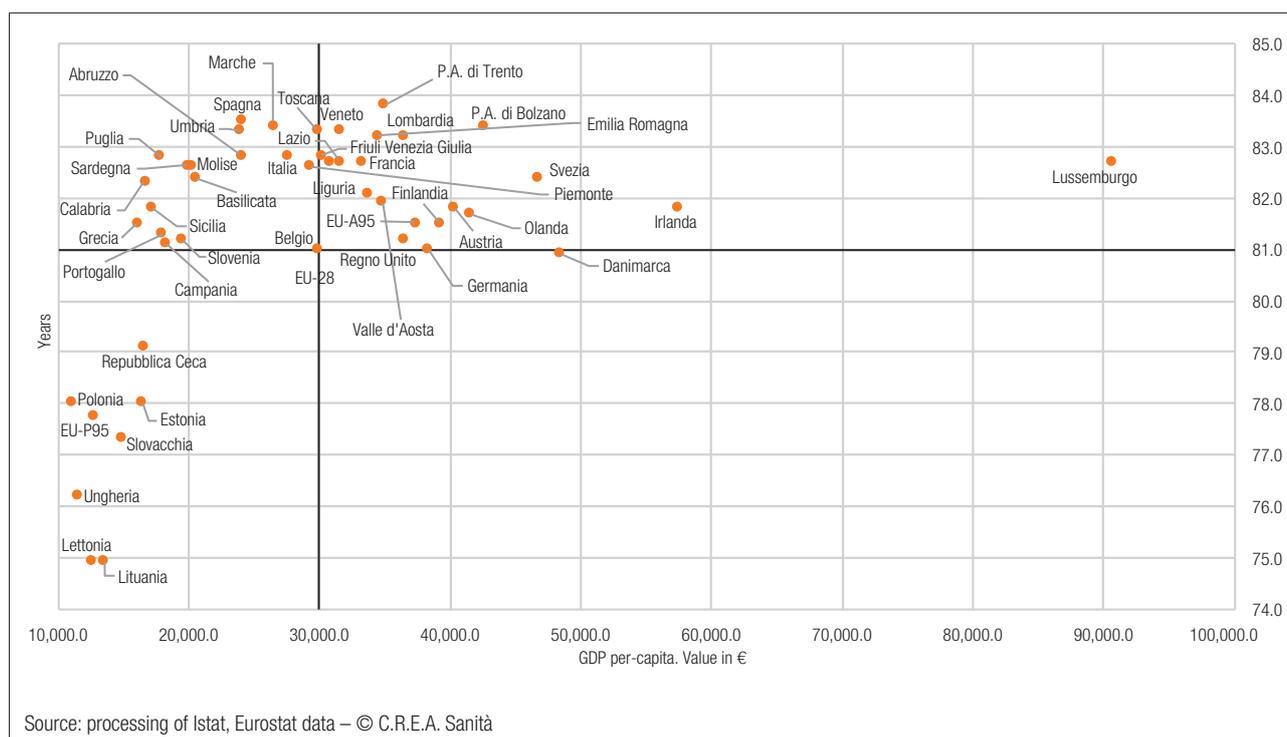
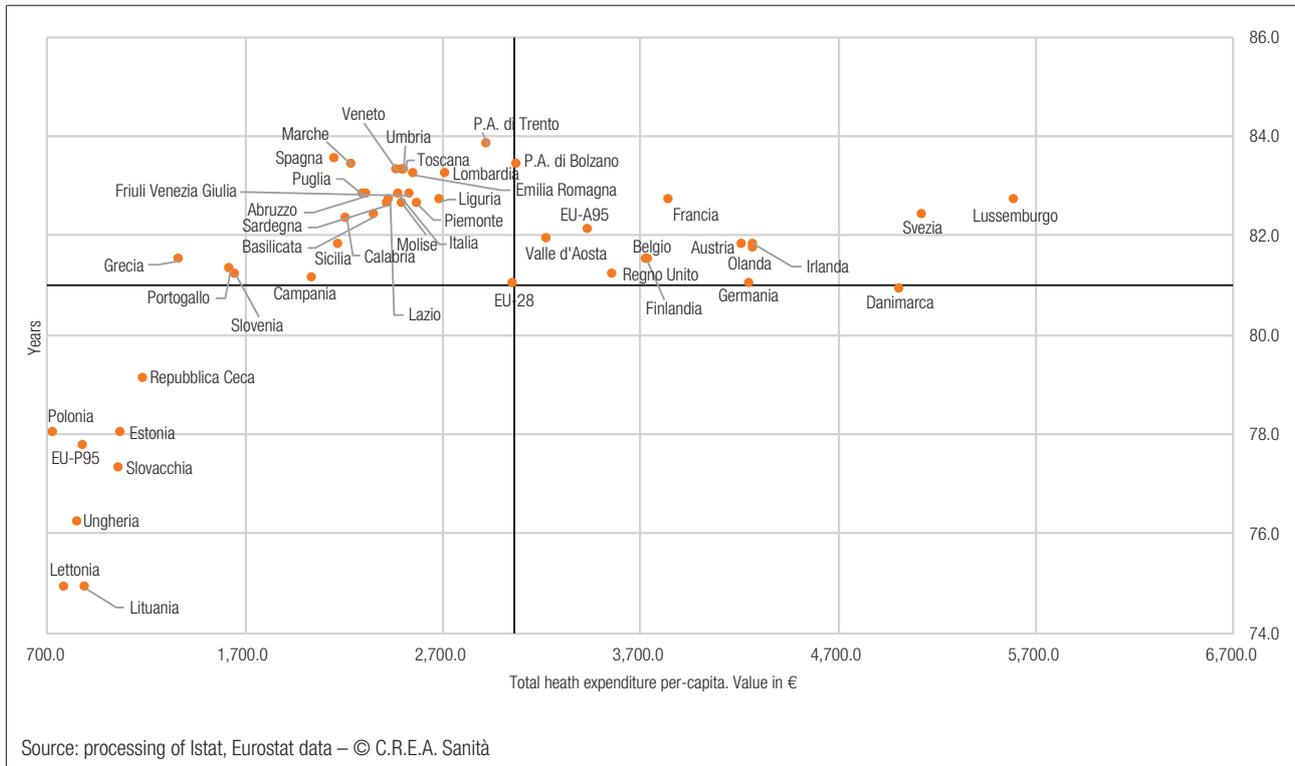


Figure 4. Life expectancy at birth vs total health expenditure per-capita. Year 2016



Source: processing of Istat, Eurostat data – © C.R.E.A. Sanità

lated to the issue of education to correct lifestyles: clearly, besides the integration between the education system and the labour market (that is one of the major reforms intervened Italian educative system), in the future education-sport integration needs to be developed, thus recognizing its rightful role.

Thirdly, the NHS performance cannot be expressed only in terms of health outcomes: not only because, as already seen, they do not depend only on the NHS, but also because equity is as important as efficacy or efficiency - and sometimes even more.

Therefore, a misunderstanding is the fact of thinking that considering the good results in terms of efficacy (outcomes) and efficiency, there is no (at least urgent) reason for intervening and taking measures.

All the more so because the Italian NHS, inspired by the universalism of public protection, has its *raison d'être* precisely in the aim of ensuring equity.

Another misunderstanding, from which the celebrations for the 40th anniversary of the ITA-NHS are not immune, is that there can be Universalism without Equity.

From this viewpoint, we must reaffirm that in Italy the first - and unfortunately persistent - cause of inequity is still the gap between the North and the South.

This gap also affects life expectancy, with over a year less in the Southern Regions - a gap that is 3 years for life expectancy at 65. The same holds true for chronic diseases and disabilities, despite the fact that the Southern Regions are those where, on average, a younger population lives, for whom (in the funding phase) a lower need for resources is assumed.

In this regard, a further misunderstanding lies in the fact that this difference is regarded in terms of mere inefficiency of the Southern NHS.

The data interpreted from another perspective shows that life expectancy in the Southern Regions is, however, incomparably better than we could expect based on their level of economic development: Greece and Portugal, for example, although recording a per-capita GDP comparable to Southern Italy's, "perform" worse than all Italian regions, except for

Campania. The latter, however, performs much better than all the countries in Eastern Europe.

This result is made possible by the redistributive mechanism that is at the basis of the NHS, which enables the poorer regions to have a much higher health spending than the other countries mentioned (Figure 3.).

In other words, the importance of continuing to have a cohesive ITA-NHS, with a strong redistributive mechanism, is demonstrated not so much by the efficiency of the system, but rather by the reduction of inequalities it actually achieves.

When we note that - at least up to a certain level of spending - there is a positive correlation between spending and outcomes, we can draw the conclusion that these two variables must be considered together.

Although considering all the limits of a graph designed to provide a qualitative interpretation of the phenomenon - which does not want to scientifically quantify the efficiency levels - Figure 4. "tells" us that practically all the Italian Regions "perform" better

than expected. It also shows that, in some Southern regions, spending may have been more efficient than in other Regions: in other words, the outcome comparisons are not correct or, at least, they can say nothing about the efficiency of Regional Health Services (SSR), if they are not standardized (inter alia) by socio-economic conditions and by health spending.

Therefore, while the NHS social value is undeniable, it is also evident that the differences - first of all at geographical level - are still excessive and hence the final judgment passed on the NHS is not obvious and cannot be taken for granted.

The first consequence of this reasoning is that the primary aim of the (re) financing should be the actual reduction of inequalities.

This leads us to consider that it may not be necessary to increase resources, but rather to reallocate them. Although legitimate, this statement is likely to clash with the fact that, for some people or areas, reallocating resources implies a reduction, with an unacceptable risk of regression in the services pro-

Figure 5. Life expectancy at 65 years vs total health expenditure per-capita. Year 2016

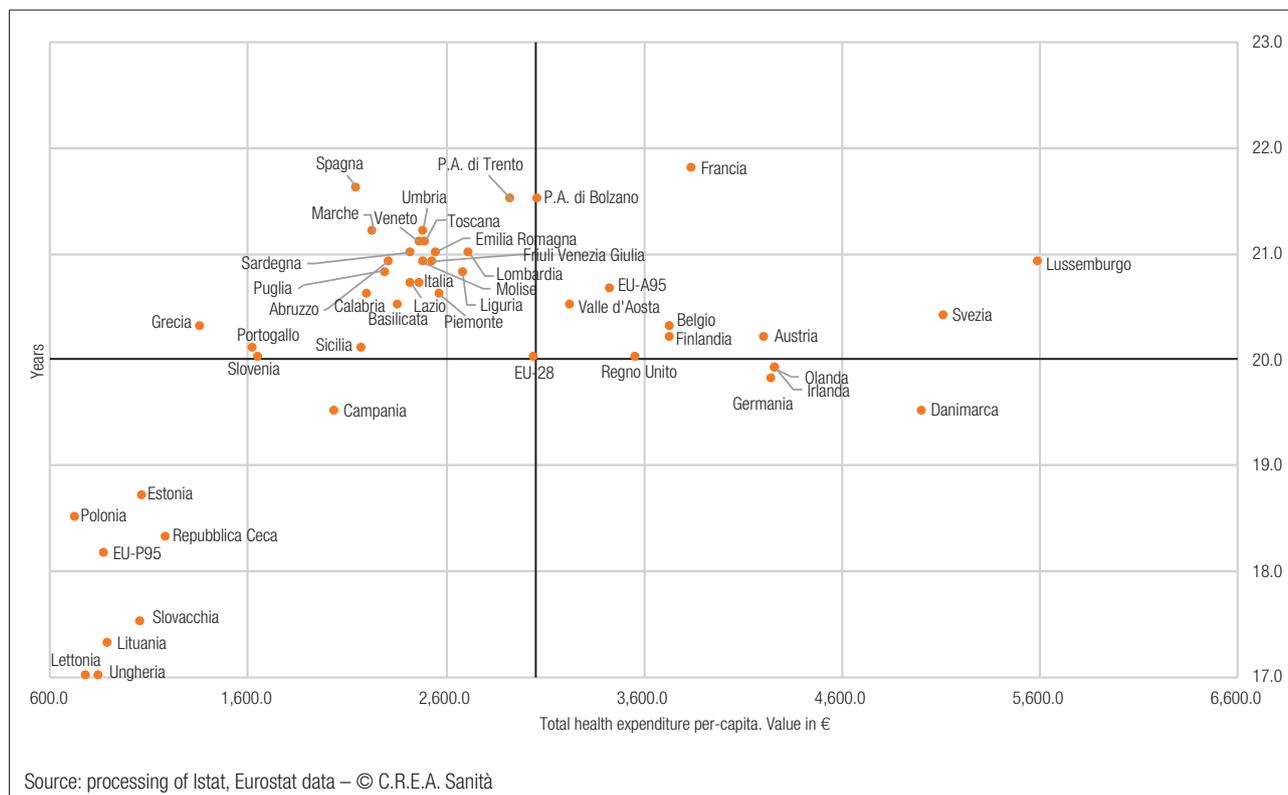
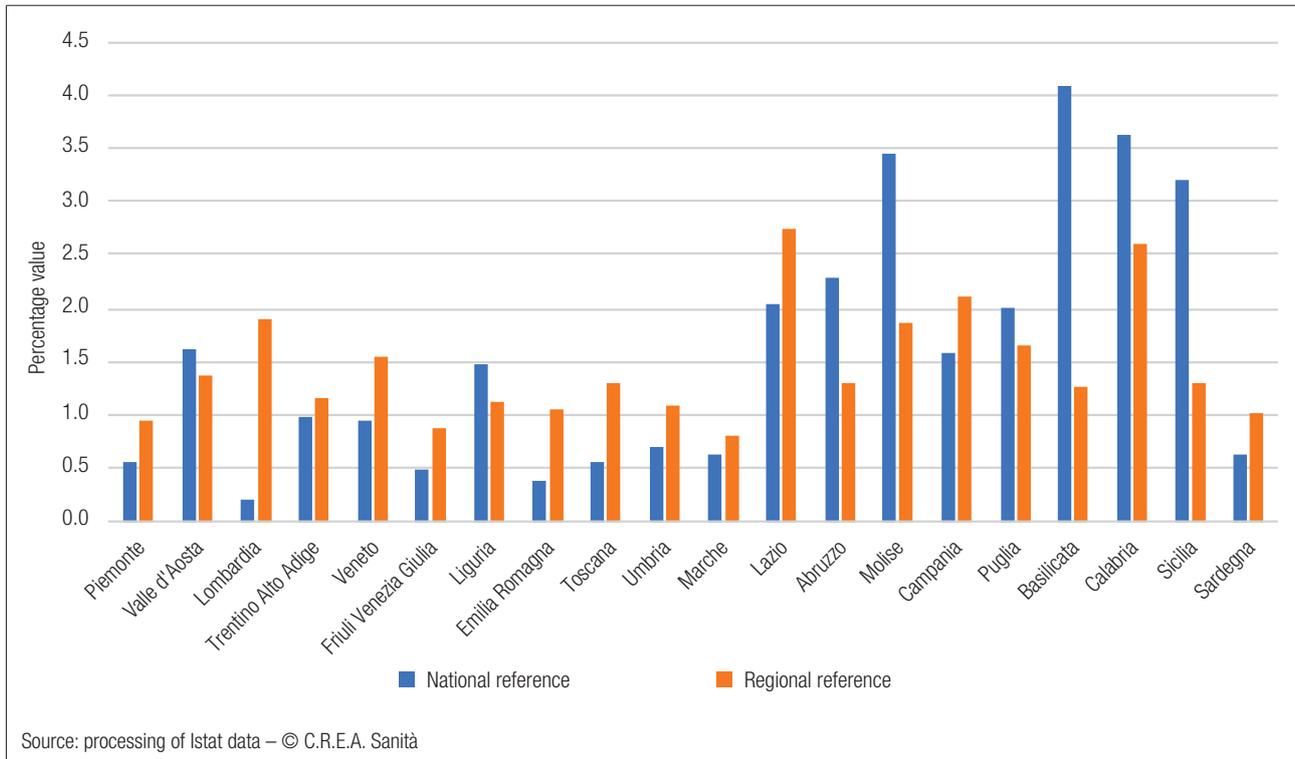


Figure 6. Share of impoverished families. Year 2016



vided.

For the sake of completeness, it should also be considered that, as anticipated, over a certain level of spending it is hard to perceive a significant incremental benefit in the aggregate data at national level. Nevertheless, this does not automatically entail poor productivity, because the advantages could be of another nature: for example in terms of quality of life, and / or responsiveness, and / or customer satisfaction, etc.

Rather, it is difficult to explain why the correlation between spending and life expectancy at 65 is much weaker: a phenomenon that will deserve further investigation, especially in view of the fact that the aging of population poses the challenge of improving the situation of elderly people (Figure 5.).

A first hypothesis is that the life expectancy in good health conditions and the quality of life are greatly affected by the general economic conditions and not only by the investment in healthcare.

Ultimately, Italy continues to have a problem of geographical equity and, in a context of universalistic health protection, this is a good reason to revise

the funding levels and logics.

As evidence of the partial failure of the ITA-NHS, the problems mentioned are cross-cutting in the system: the incidence of impoverished households due to the health spending borne privately is 8 times as much among the Regions with extreme values. Even assuming a regional - and hence relative - reference (the poverty threshold), the differential is still almost 3 times as much (Figure 6.).

If we consider the “new” cases of families who report they have reduced health spending and, indeed, have reduced it to zero, the households experiencing problems due to health spending, in the various Regions, rise from just over 2% to over 12% (Figure 7.).

These phenomena result from a steady increase in the number of families bearing healthcare costs privately. Last year it increased by 2% up to 79% - an increase only partially offset by the reduction in the nominal value of the healthcare spending actually borne by individual families.

While the impoverishment and renunciation to spend for healthcare are obviously phenomena

linked to deprivation - and hence concentrated in the first two quintiles of consumption - it should also be kept in mind that for some years the middle class has experienced the most significant worsening of its own situation. In fact, it is in the third and fourth quintiles that the share of consumption destined to healthcare is growing more quickly (Figure 8.).

The inclusion policies must necessarily take this phenomenon into account, by analysing, in greater detail, the differences in the demand of the different segments of population.

The middle class, although scarcely involved in the phenomena of impoverishment and renunciation to spend in healthcare, is a problem in terms of equity, firstly because it is the one largely funding the system with the taxes paid. As already noted in the previous Reports, when stating that the NHS is a failure in terms of equity, we must also consider the unequal distribution of charges, resulting from a notoriously inefficient tax system.

Although not falling within the Health Ministry's competence, the tax issue is an essential factor in terms of NHS sustainability: as we have repeatedly pointed out, the advantages of a universalistic social insurance system are in fact null in the absence of equity on the funding side.

The fact that the expression "public and universalistic", with which we usually refer to the ITA-NHS, is - to a large extent - a mere statement of principle, is proved by the (already mentioned) fact that the share of public funding in healthcare spending is lower than that of most EU countries. It is also proved by the fact that, at the same purchasing power, the level of Italian private health spending - despite the NHS - is perfectly in line with the EU average (where the universal solidarity-based systems are a minority).

Hence, despite the promise of Universal and Global protection, on average Italian citizens contribute privately to healthcare spending to the same extent as those of the other EU-Ante 1995 Member States.

This last consideration highlights another misunderstanding: for some people the development of the second welfare pillar in healthcare is a disruptive factor for the ITA-NHS primacy while, for others, is an inescapable need for sustainability reasons. Both claims, however, are not corroborated by facts: the former because private spending has exceeded 25% and is growing over time to offset the low growth of public spending. This is demonstrated by the fact that it is growing faster than the growth of the

Figure 7. Share of economic discomfort. Year 2016

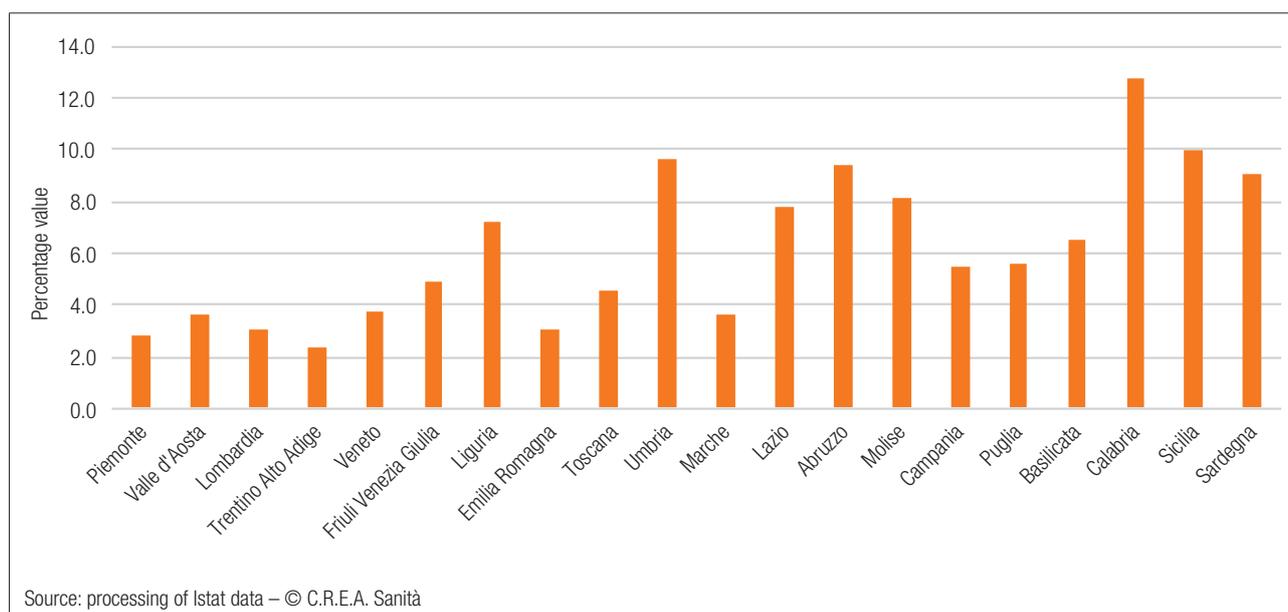
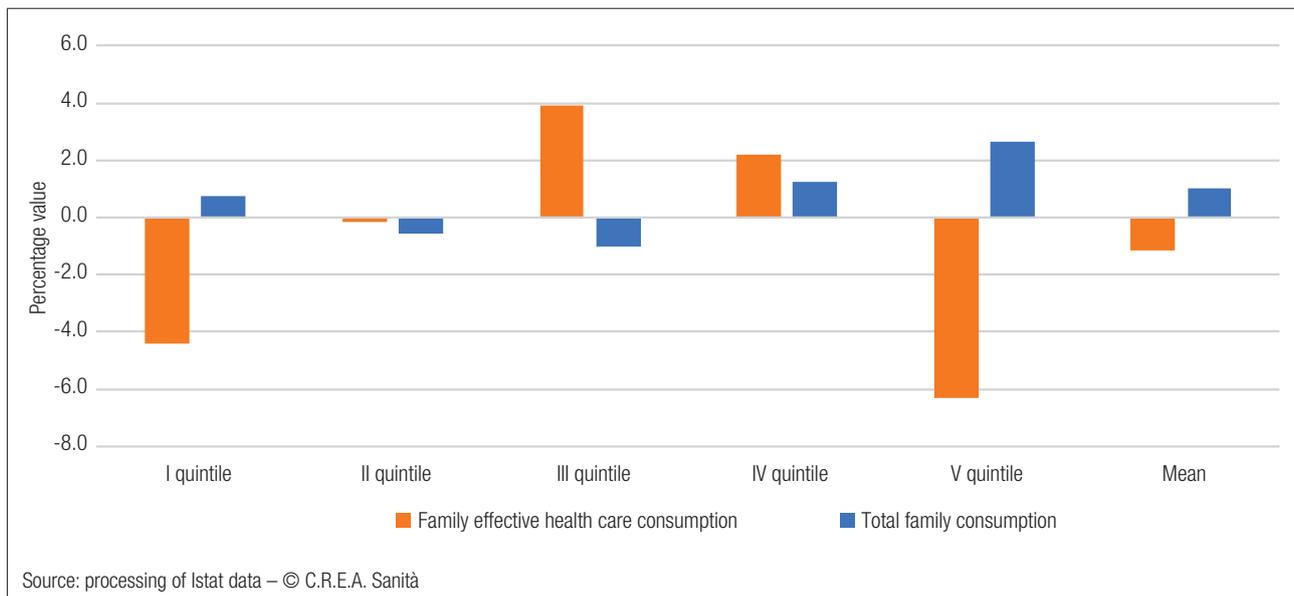


Figure 8. Change in average effective family expenditure. Years 2016/2015

per-capita GDP and hence of the capacity to pay.

Nor can it be dismissed as “useless” or “inappropriate” spending even though - besides Class C drugs, the privately purchased Class A drugs, co-payments, prescription charges and self-medication drugs - in the private household spending there are € 5-6 billion of other products, the nature of which should be better investigated.

Moreover, private spending accounts for 90% of the Regions’ health spending differentials. Considering that - as discussed above - these differentials are correlated with performances, regarding private spending as an “accessory factor” is automatically tantamount to abdicating the redistributive role, which falls within the public sector’s competence.

Not even the statement whereby the second pillar is needed to ensure sustainability is true, because the citizens’ readiness to spend on health is substantially given and expressed in the consumption we record: the public supply and its possible shortcomings are supplemented privately.

There is no automatic way to increase the total resources allocated to the health sector: at most, reallocations can be made between the public and the private segments, reallocations that certainly have an impact on equity level, while it is questionable, and not corroborated by evidence, that they have an

impact on efficiency.

Moreover, certainly the lack of an (overall) strategic vision of the Health system, in which different levels of protection can be defined, already entails duplication of spending and this is clearly inefficient. Secondly, it is equally clear that the mission of the two pillars is different and that the one of complementary health is more oriented to vertical equity criteria.

Considering the above, we think that the debate on the future of the Health system lacks analyses on the subsidiarity levels that the public protection system must and wants to have.

The design of Law No. 833/1978 provided for an access essentially based on equality - the extreme limit of horizontal equity - with little attention paid to the definition of vertical equity.

Obviously, it is clear that pure equality - besides being a questionable value, as often happens to extreme options - is another aspect of the aforementioned “dream world”: only strongly illiberal regimes prevent those who can afford it from deciding where and how they want to be treated.

Hence, the real issue lies in the level of protection we want to extend to everyone: from this viewpoint, rightful attention has not been paid to the “Copernican revolution” represented by the establishment

of the Committee for revising the Basic Levels of Healthcare (LEA), with which we have definitely gone beyond the concept of LEA as merely based on supply of services free of charge, with a view to making them taking up the connotation of “ways for providing services”.

Change is essential: for the first time the deep change occurred over the last 40 years in Healthcare is officially recognized. There has been an exponential growth of therapeutic opportunities, well beyond the highest expectations, as shown by the rates of outcome improvement recorded in recent decades and previously mentioned. Obviously, the qualitative and quantitative growth of opportunities also brings with it the growth of technologies which, although effective, have a reduced marginal productivity.

In this context, the policy of “giving everything to everyone” is no longer conceivable, not so much for reasons of economic sustainability, but rather for ethical reasons: not all innovations (regardless of their definition) can be automatically considered praiseworthy and, as such, charged on collective solidarity.

At the very least, it is no longer possible to define appropriateness / non-appropriateness as a criterion of inclusion / non-inclusion in the LEA. It should be recalled that for some years the Report has been underlining the need to define the access criteria in a different and more systematic way.

This leads to some additional reflections on waiting lists and on co-payments and cost-sharing - issues to which particular attention has been paid in 2018.

There is no doubt that the waiting lists are the main source of citizens' dissatisfaction. On the other hand, it is doubtful whether they are an indicator of inequity or, even worse, of risk for patients: indeed, this is probably the result of another misunderstanding.

As also analysed in Chapter 8b of the Report, the data on the long waiting lists is also quite homogeneous at national level, but this is data collected on the services prescribed as “non-urgent”. In fact, in spite of the long waiting lists, it is not at all demonstrated that we are recording “damage” to health. Once again it should be recalled that Italy records excel-

lent results compared to other Countries and that, to date, there is no proven correlation, for example, between waiting lists and regional outcomes.

Certainly, there may be cases of delays even in urgent services. As far as we know, however, these cases are not detected and hence it is impossible to say whether this is a relevant or episodic phenomenon.

Potentially, there is not even a problem of inequity, insofar as the waiting lists should be equally long for everyone: for the sake of equity, what matters is only ensuring a correct management of the provision of services.

Leaving aside useless conformism, it should be noted that the problem of waiting lists lies in the fact that they are perceived by citizens as inefficiencies of the system while, to a large extent, they are a defence implemented by the system to avoid the proliferation of services that, as not urgent, are often also at greater risk of inappropriateness.

Obviously, it can be easily argued that, if the services are inappropriate, they should not be prescribed at all. Apart from the increasing complexity of the physician-patient relationship - as a result of which prescription is no longer a unilateral act - the fact remains that, this vision, appears to be simplistic because it is based on a deterministic view of decision-making. This determinism simply does not exist in healthcare: it is not by chance that we have used the wording “at greater risk of” inappropriateness.

The issue lies in the fact that the speed of response is not (to a large extent) a clinical matter, but rather a method of providing services (as explained above).

The pragmatic response to waiting lists is already inherent in the rates recorded: as can be seen from the survey conducted recently by C.R.E.A. Sanità, the waiting lists and the costs for the paid services are very short and practically the same under the private practice regime and the so-called intramoenia regime, where doctors work as “private physicians” in public health institutes.

If we wanted to make the conditions of access equal for everybody, it would be enough to state that, after waiting for a certain number of days, citizens

shall be entitled to be provided the service under the private practice regime and be later reimbursed by the ITA-NHS. For obvious business reasons, no one would be actually excluded because, with a view to increasing its turnover, the private sector would be encouraged to advance the costs for patients. Obviously, we can predict (with absolute “certainty”) that this approach would increase the costs of the system, as it actually happens in the countries where there is no gate-keeping.

There is a fully clear trade-off: prompt response versus increase in spending. The real core of the issue is to wonder whether higher spending would provide a socially acceptable benefit. The answer would be probably negative if we reason in terms of health endpoints, while it would almost certainly be positive if we think in terms of customer satisfaction.

Similarly, light should be shed on the recurrent debate on co-payments and cost-sharing.

What is certain is that co-payments and cost-sharing are designed and “engineered” very badly: the fixed prescription charges - which, moreover, cannot be subject to exemptions - are the primary cause of impoverishment. Besides, in many cases, the co-payments and cost-sharing on specialist services have put the NHS out of business.

In terms of principles, the co-payments should serve to mitigate the risks of moral hazard but, as showed in Chapters 8a and 9b, they have now taken up the role of a mere second-resort funding instrument, which is fully improper and unfair. This is so both because it ends up being a “tax on diseases” and because its incidence is actually much higher in the low-income Regions. Moreover, in these Regions there is a greater share of citizens who are exempt from co-payments, so that those who are not exempt, mostly the middle class, are obliged to accept an excess of “solidarity”.

The sense of the original role of co-payments and cost-sharing has been lost to such a point that a share of prescription charges, although defined by rules and regulations as “Own Revenue”, is officially an integral part of funding. An improper use of this instrument is also evident in the obligation imposed to pay the prescription charge on the price differen-

tials of equivalent drugs, charged also to the patients for whom the non-substitutability clause has been included in the prescription. It is probably a rare case, but we cannot really understand why a citizen must be penalized because he has the clinical need for a specific drug.

The misunderstanding lies in thinking that the above automatically implies that co-payments and cost-sharing are always useless or even harmful.

The moral hazard, which in our case takes the form of inappropriate prescriptions and requests, is a real problem in healthcare, and co-payments and cost-sharing are a useful tool to limit their impact.

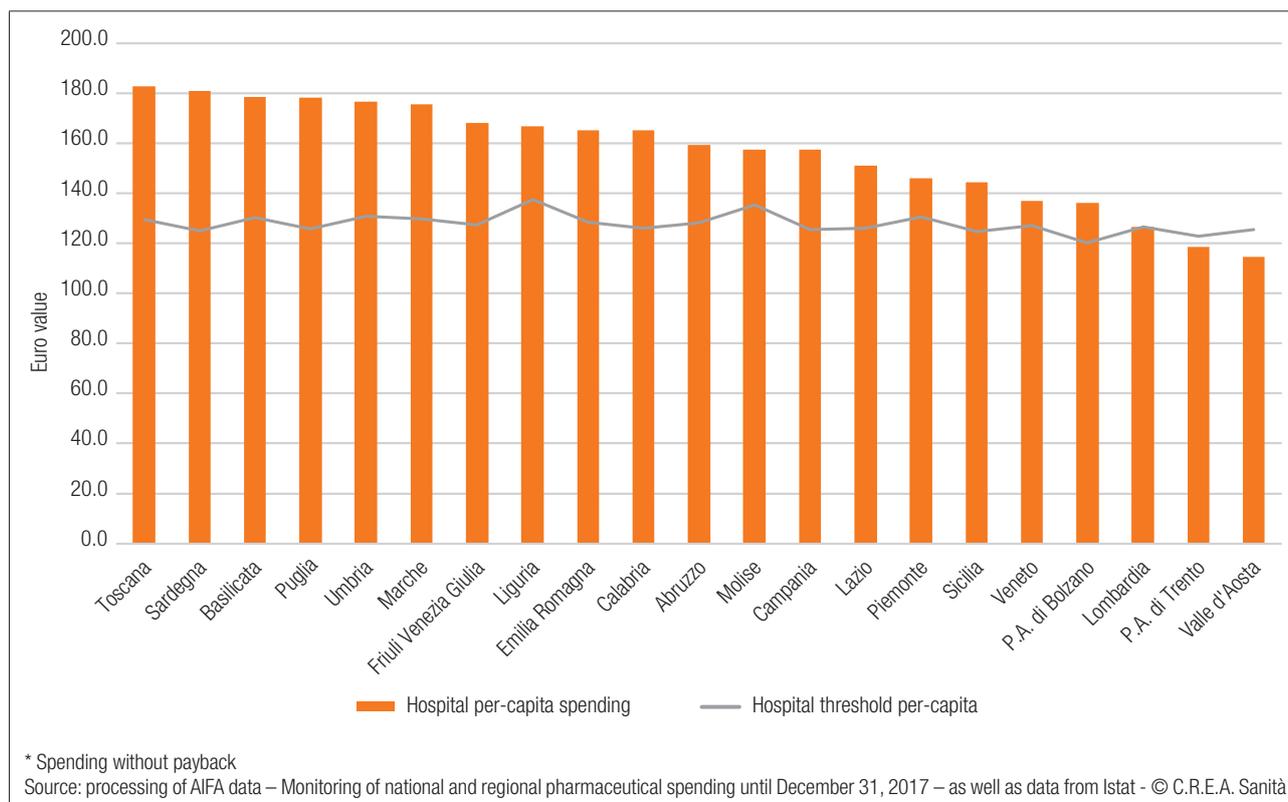
Moreover, working on the assumption that the above holds true, we do not understand how we can modulate the ways to have access to services, without using also mechanism enabling us to modulate the co-payment and cost-sharing levels. It goes without saying that a life-saving and expensive service or therapy shall be generally free (and this is nothing new, because it was the case in Italy until the beginning of this century). It also goes without saying, however, that we cannot understand why the upgrade of a way to provide a service - ensuring limited or even no clinical effects, but allowing at the same time, for example, someone to achieve greater productivity - cannot be charged a greater level of co-payment and cost-sharing.

Another issue to which considerable attention has been paid this year, is the lack of health professionals. It is clear that the origin of the problem lies in a lack of planning: the data on the phenomenon was available and also well-known. At the same time, it would be hard to cherish the illusion that the solution is simply to remove entry barriers, primarily in access to university courses.

The risk we run is to solve the problem of a “lack of planning” falling into the trap of a further “lack of planning”.

Firstly, simply because resources and an adaptation of supply are needed, with a view to training more doctors (and, in general, professionals and health workers), without reducing the quality of training.

Secondly, because medicine is changing and we

Figure 9. Per-capita hospital pharmaceutical spending and ceiling*. Year 2017

need, at first, to radically rethink the job profiles of the professionals that will be functional to the system over the next 10 years, which is the minimum time necessary for the choices currently made to really affect hiring by the NHS.

Finally, it should be recalled that we are in the middle of a tsunami, brought about by the so-called precision medicine, but also (and at the same quick pace) by the advent of digital technologies, which will revolutionize the whole healthcare sector: from research to the physician-patient relationship and to the administration of therapies. It is inconceivable for us not to delve into the issue of the ways with which this tsunami can be managed, by updating training pathways.

With a view to avoiding repeating past mistakes, it is therefore needed to promote an urgent analysis, aimed at defining the strategy to be adopted to face the transition, on the basis of which concrete actions can be planned.

It should be added that a realignment of the professionals' salaries at European levels is needed -

and this raises once again the problem of (re-)financing the ITA-NHS. The issue of salaries and career development is essential, first and foremost to avert the danger of bearing the cost of training new professionals for the future and later seeing them migrate to other countries.

In short, also in this case we run the risk of falling into the trap of another misunderstanding: it should be rationally understood that the real problem does not lie in the *numerus clausus* in universities, but rather in the lack of planning and, in a future perspective, in the risk of employment in Italy being scarcely attractive.

Last but not least, there is the topic of the correlation between Sustainability and economic development, which somehow completes the pictures and makes us revert to the correlation between welfare and industrial policies.

A classic example of the trade-off between Sustainability and Innovation is the pharmaceutical sector, currently looking for a new governance. Although there are many outstanding issues, in essence the

problem has been triggered by the litigation on paybacks. The misunderstanding lies in the risk of thinking that the new governance can be based on a simple revision of the algorithms to calculate the paybacks, aimed at reducing the reasons for litigation. Certainly, the algorithm can be simplified and even improved, although it is largely doubtful whether its revision can be decisive.

Rather, a holistic view of the problem is needed and this requires a thorough analysis of the reasons encouraging litigation.

The starting point of our reasoning cannot be but the payback size: as argued in Chapter 9a, in 2017 the sum to be repaid was equal to € 1.3 billion, that is 6.9% of the actual pharmaceutical spending (“actual” spending, because net of discounts and paybacks linked to the Managed Entry Agreements).

So far, these mechanisms, together with the significant savings resulting from the promotion of generic drugs, have ensured the sustainability of phar-

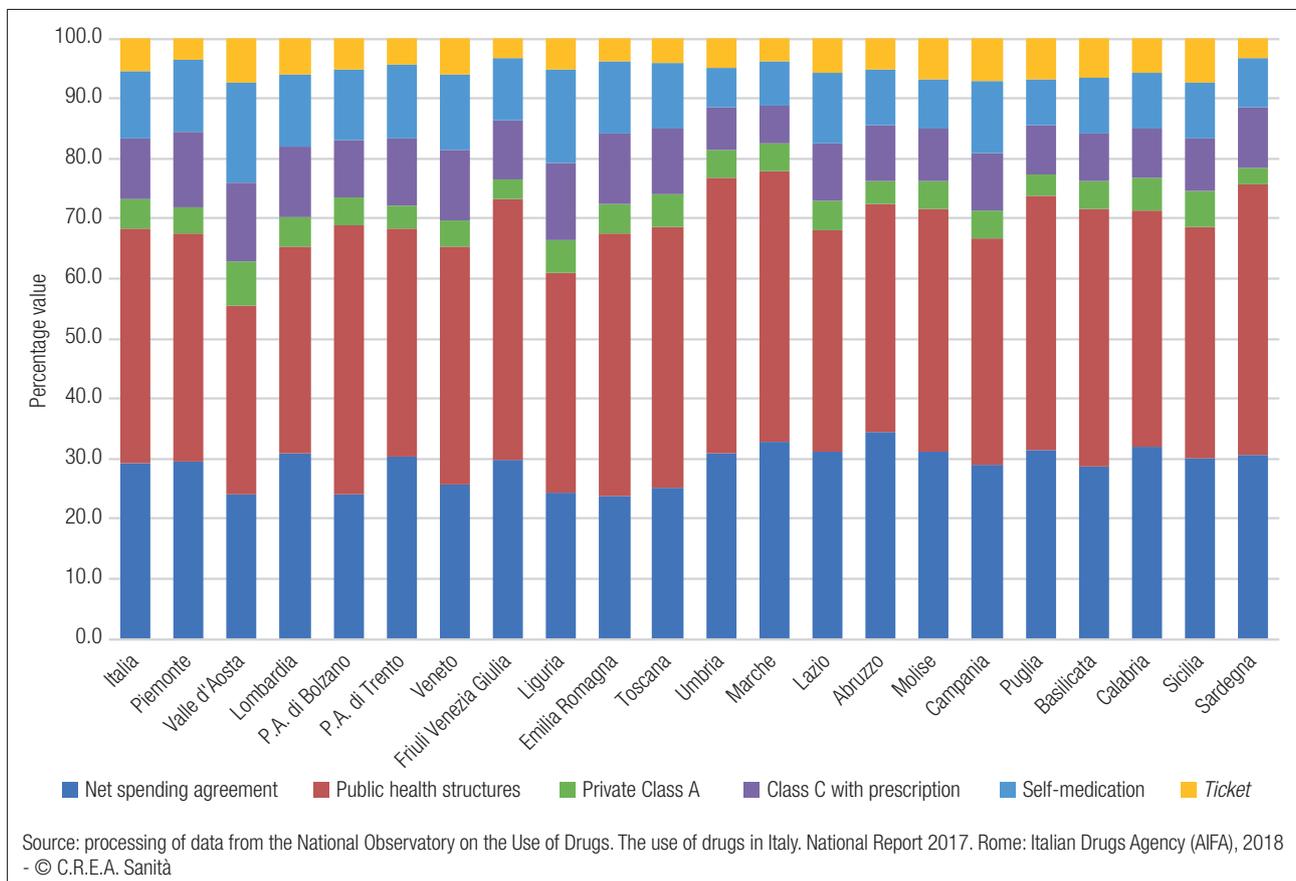
maceutical spending.

Their effectiveness is undoubted: although spending comparisons with other countries are very difficult to be drawn, due to the different items detected (see Chapter 9a), considering that Italy is one of the few countries surveying all spending, it can be stated with reasonable certainty that the Italian spending is significantly lower than the EU average, first and foremost thanks to a lower average price of products.

Moreover, negotiating a lower average price has been made possible by the system of “opaque” discounts, which have allowed to keep the “official” price at a level deemed acceptable by the companies, thus obtaining a discount to be applied “ex post”: in other words, the winning factor has been the fact of negotiating discounts applied after consumption, thus protecting companies from the risk of parallel trade.

Also the payback, resulting from the overruns

Figure 10. Composition of the total pharmaceutical spending. Year 2017



in the hospital spending ceiling, has the same nature and provides a further discount, which adds to the previous ones. In all likelihood, the crisis of the system has been triggered by the fast growth of the overrun, which has brought the discount to levels deemed no longer “acceptable” by companies (in addition to having generated severe complications in managing budgets).

Hence a different allocation of paybacks seems not to be decisive, unless it also entails a reduction of the total amount needed for making the deficit up.

On the other hand, the Regions now rely on the payback flow, which has actually become an important form of funding - at a level which is quantitatively comparable to the annual increases in the NHS funding.

Therefore, the issue of governance can be tackled only together with the issues of the spending ceiling and of industrial policies.

The double ceiling, of which the hospital component is exceeded by all Regions, except for two (indeed, two with special autonomy in funding), to which the two separate Funds for innovative drugs add, leads to a system of silos for which there is no reason and which entails significant inefficiency. Hence the removal of these silos, between pharmaceutical kind of expenditure and also between pharmaceutical spending and other forms of care expenditure, but also the assessment of the turnover generated by the related industries, should be among the primary goals to be achieved with a view to ensuring the sustainability of innovation (Figure 9.).

The additional factor to be considered for the purposes of new governance is that by now the share of private pharmaceutical spending is significant and affects the regional performances: it amounts to an average 31.6%, ranging between 43.6% in Valle d’Aosta and 21.7% in the Marche Region. This figures is enough to highlight that private spending cannot be excluded from the governance system (Figure 10.).

With specific reference to the correlation between public and private pharmaceutical spending - and hence on the criteria for evaluating technologies - it should also be said that it is to be welcomed that

many references are made to the Health Technology Assessment (HTA), albeit with some delay compared to other countries.

At the same time, it should be pointed out that, over the next few years, the evaluation systems used so far will be called into question: the so-called advanced therapies, as well as precision medicine, pose extraordinary challenges to the HTA system, inasmuch as the increasing targeting implies a completely new scenario, with drugs (and, in general, technologies) for so “narrow” indications as to be referable to groups of patients having a “size” increasingly comparable to those typical of rare diseases. As learned from the experience on orphan drugs, this implies very high prices to make the drugs profitable. In turn, the growth of technology prices entails an increasing concentration of resources on a few subjects. It follows that, in a future perspective, the problem of assessing technologies will shift from efficiency matters (summarized in the evaluation criteria of cost-effectiveness) to ethical ones, i.e. eliciting social preferences in terms of investment concentration on few subjects.

The issue is so sensitive that it requires an in-depth analysis, as well as quick decisions, starting from those concerning the representation of the different stakeholders, such as citizens and patients, in the decision-making processes.

In conclusion, the complexity of the Healthcare supply chain and the fast changes under way require greater ability for analysis and more refined tools to support medium-long term planning. These tools must enable us to overcome the silos logic existing both within the health sector and, more generally, between health, industrial, and education policies.

Nevertheless, we also need to dispel the various misunderstandings, which run the risk of leading to improper decisions, due to defects and shortcomings in setting the scene. This is the reason why a cultural change is needed, starting from the return to the practice of collaborative exchange of views. The tendency to a radicalization of stances which, in recent years, has been evident in the Italian society, in general, as well as in the Health sector, has actually prevented us from tackling those issues more related

to the value system, thus generating a basic stalemate. It is by no mere coincidence that, for over two decades, policies have been oriented to address almost exclusively technical issues on how to make the system increasingly "efficient". However, consid-

ering that these policies have already reached their goal, probably their importance has currently diminished and they have lost momentum compared to the policies designed to face the real needs of modernizing the sector.