

MEDITERRANEAN ELDERLY CARE

LUCA DEGANI

Evoluzione del diritto alla tutela della salute

Il concetto di diritto alla tutela della salute:

1948 – adozione Carta Costituzionale

Art. 32 Cost: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana»

Beni giuridici tutelati:

- SALUTE, sia come interesse dell'individuo che come interesse collettivo
- LIBERTA' di autodeterminazione dell'individuo

Diritto alla tutela della salute nasce come tipico **diritto sociale**



Interesse positivo ad una protezione attiva dell'intera vita
psico-fisica dell'uomo



Pretesa positiva dell'individuo ad un fattivo intervento dello
STATO nei campi della:

- **Protezione**
- **Assistenza**
- **Promozione della salute**

Assemblea Costituente, nonostante posizioni e teorie dottrinali discordanti, inserisce il diritto alla tutela della salute tra i **diritti fondamentali** dell'individuo, al pari dei diritti di libertà e di proprietà.



- Intangibilità del diritto
- Assolutezza
- Supremazia del bene salute rispetto alla persona

Caratteristiche del diritto:

- I. Inviolabile
- II. Intrasmisibile
- III. Imprescrittibile
- IV. Irrinunciabile
- V. Indisponibile

Difetto di potere giuridico del soggetto titolare, finalizzato ad una garanzia di stabilità giuridica e preminenza del diritto

Il diritto ai trattamenti sanitari

L'Art. 32 Cost., comma I, asserisce, prima ancora che una astensione del soggetto, una pretesa positiva ad un concreto intervento dello Stato.

L'evoluzione del diritto ha attraversato diverse fasi ed è stato soggetto a diverse interpretazioni giurisprudenziali



Oggi sembra doversi adottare la tesi che parte dal presupposto che anche il diritto ai trattamenti sanitari (che si qualifica come diritto ad una prestazione) è inidoneo a configurarsi immediatamente come diritto soggettivo.

È, quindi, possibile definire il diritto alla tutela della salute come **diritto condizionato**

Il Finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale

Il sistema di finanziamento prevalente in Europa consiste nella creazione di un Fondo Sanitario Nazionale (FSN) derivante in gran parte o totalmente da una quota delle entrate fiscali

Nella maggior parte dei Paesi europei lo Stato distribuisce il fondo alle Regioni: il Fondo Sanitario Regionale (FSR) viene determinato sulla base di una quota pro capite pesata moltiplicata per la popolazione esistente in ciascuna regione

Le fonti di finanziamento del SSN italiano

Imposte (92%)

Ticket (3%)

Deficit (5%)

Le Fonti principali sono

- ✓ IRAP
- ✓ Addizionale IRPEF
- ✓ IVA
- ✓ Compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini

Fattori che influenzano la Spesa Sanitaria

Cultura

Reddito nazionale

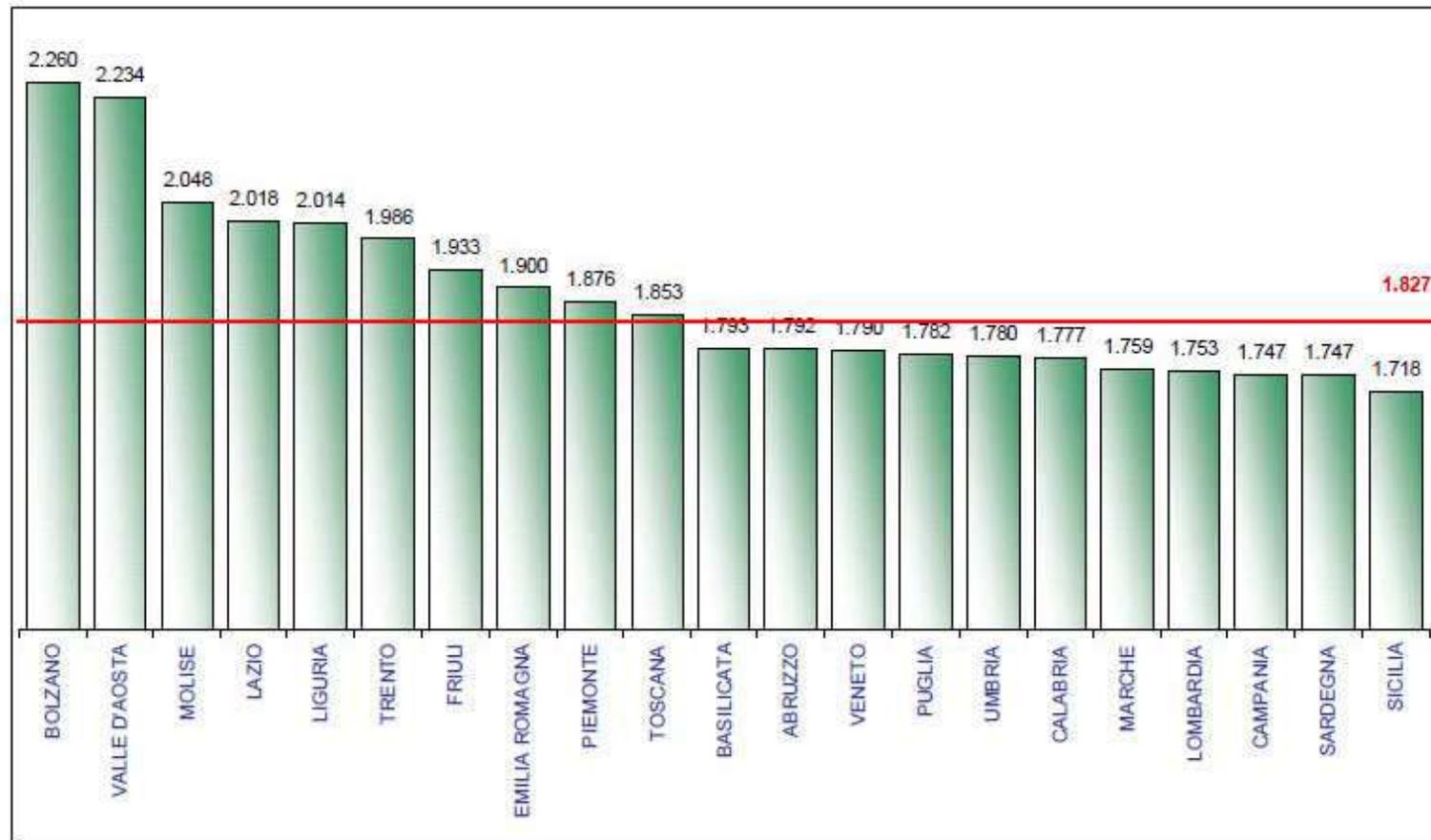
Struttura demografica della popolazione

Sviluppo dell'offerta

Disponibilità di tecnologie

Configurazione epidemiologica

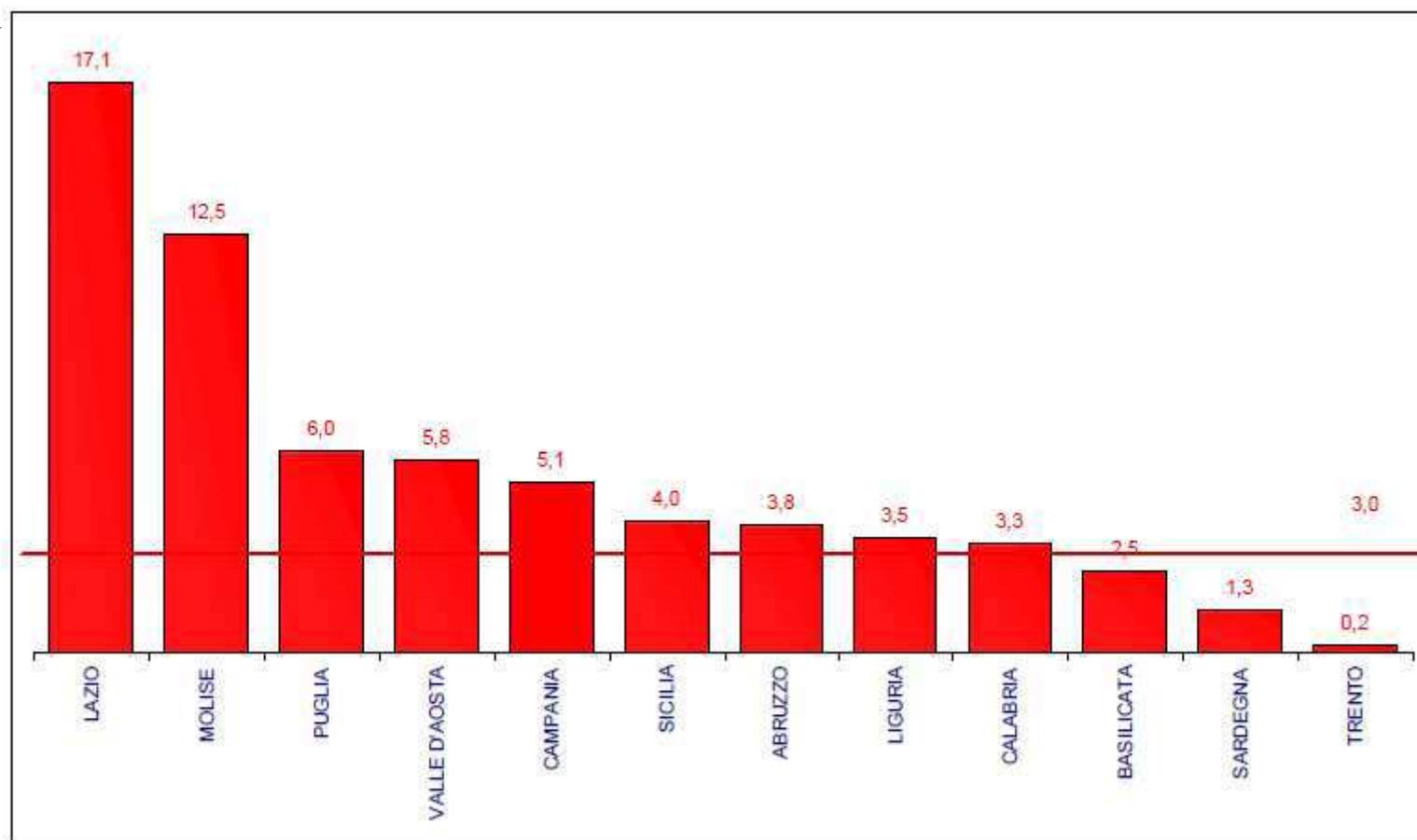
Spesa sanitaria per abitante – anno 2008



fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese

elaborazione: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO - FIRENZE

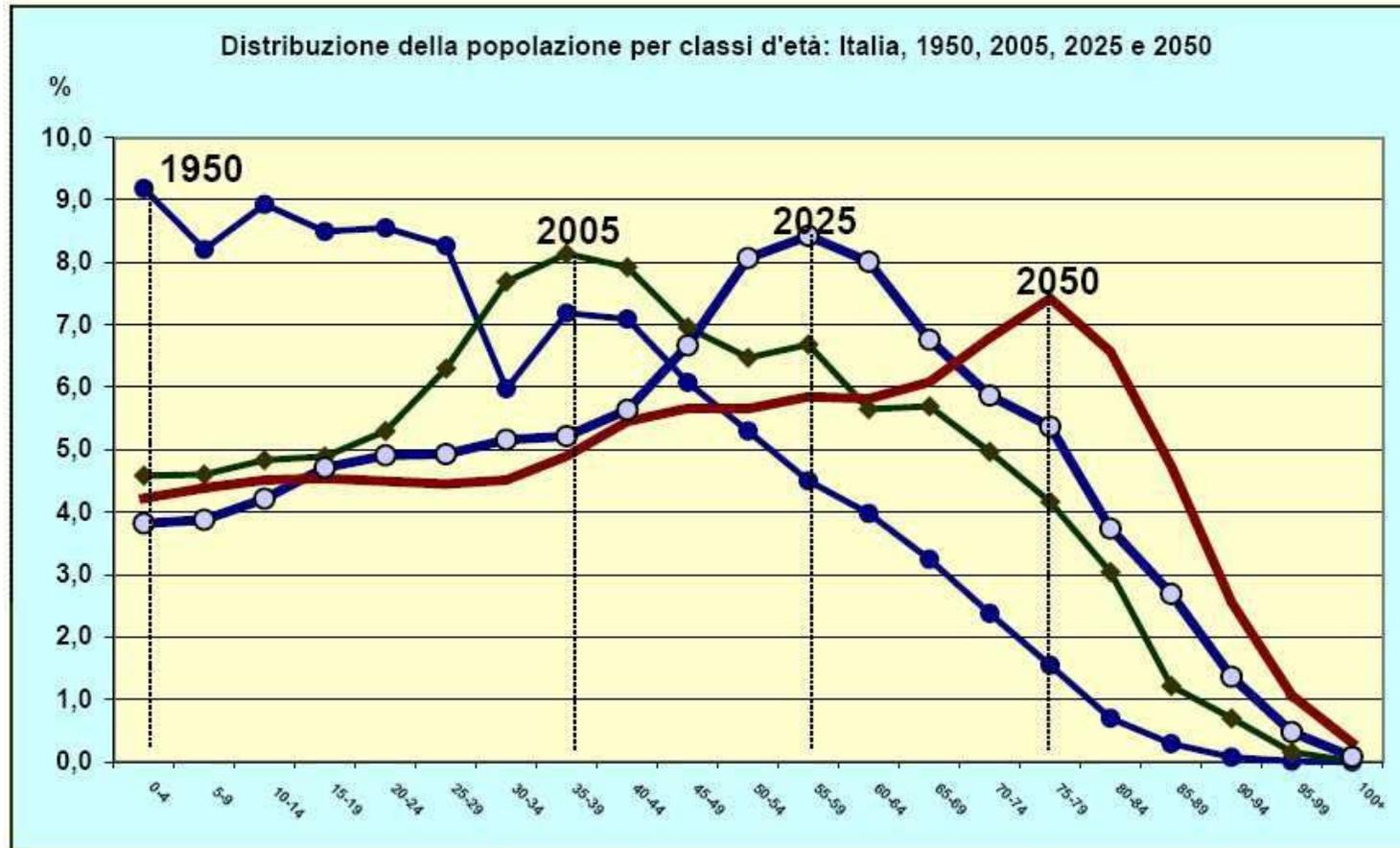
Disavanzo percentuale per regione – anno 2008



fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese

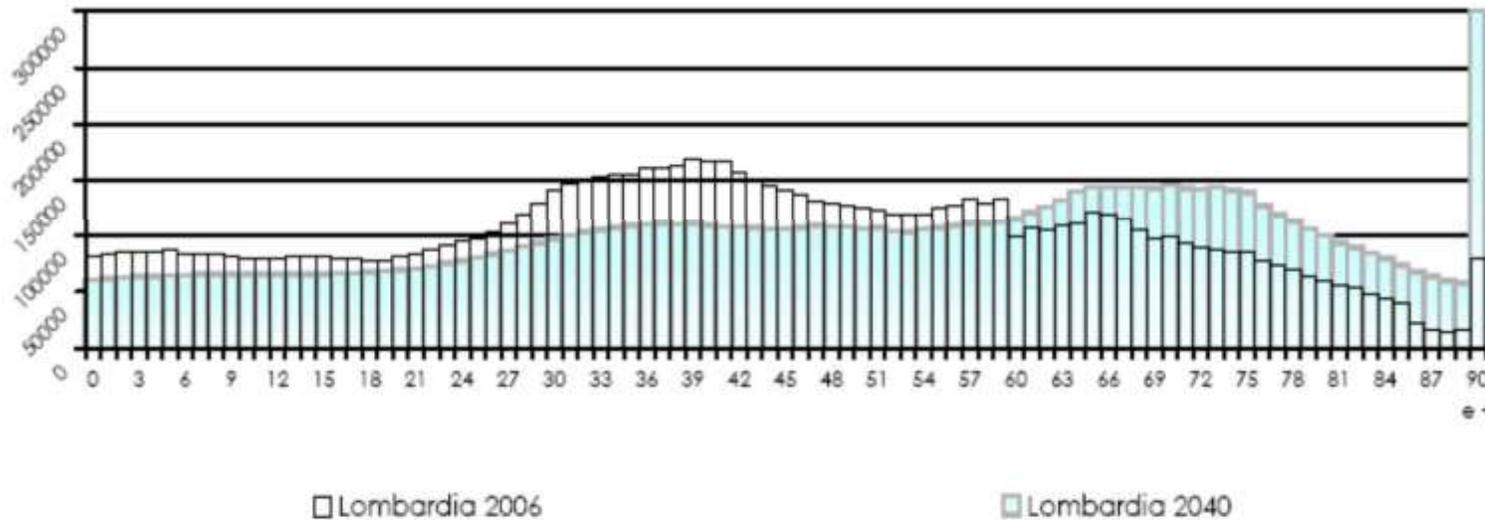
elaborazione: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO - FIRENZE

Comparazione situazione demografica italiana dal dopoguerra al 2050



Invecchiamento previsto della popolazione lombarda

Figura 1 - Raffronto fra la struttura per età della popolazione negli anni 2005 e 2040



Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Istat.

Invecchiamento demografico in Italia

La componente anziana (over 65), che rappresenta un indice di invecchiamento della popolazione, in Italia è passata da 8,2% nel 1951 al 18,7% nel 2001 ed oggi si attesta al 25% del totale.

Nel 2050 è prevista una quota di anziani pari al 33,6%.

Il fenomeno dell'invecchiamento demografico è differente da Regione a Regione:

Le regioni più «anziane» sono Liguria (26,6%), Toscana e Umbria (23,3%) Emilia Romagna (22,8%)

Le regioni più «giovani» sono Campania (15,3%), Puglia (17,3%), Sardegna (17,6%) e Sicilia (18,0%)

Previsione di spesa nazionale

Dall'analisi di dati Istat sulla previsione della variazione della Spesa Sanitaria Nazionale, si evince che:

Nel 2002 la componente pubblica della spesa era di circa € 65 pro capite, mentre € 15 provenivano da altri componenti;

Nel 2008 la componente pubblica toccava circa € 75 pro capite, e la parte proveniente da altri componenti saliva a circa € 25;

Nel 2012 la componente pubblica arriva a € 85, e quella proveniente da altri componenti ad € 35;

Nel 2020 è previsto l'arrivo a quota € 95 di componente pubblica, e di circa € 60 proveniente da altri componenti.

Previsione di spesa sanitaria per classi di età

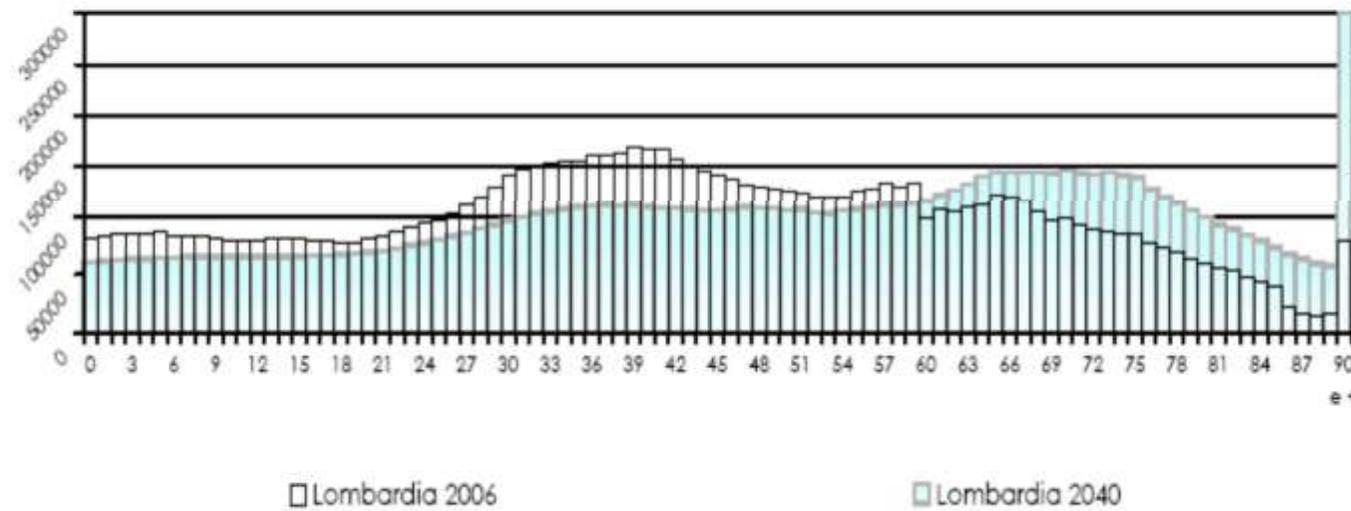
Nel 2020, secondo l'analisi di dati Istat, è prevista:

Una diminuzione della spesa sanitaria rispetto al livello attuale per le fasce di età 0-9 10-19 20-29 30-39 40-49, con valori che si assestano intorno ai 20€ di spesa annua pro capite;

Un lieve aumento della spesa sanitaria per le fasce di età 50-59 e 60-69, con valori che si assestano intorno ai 50 € di spesa annua pro capite;

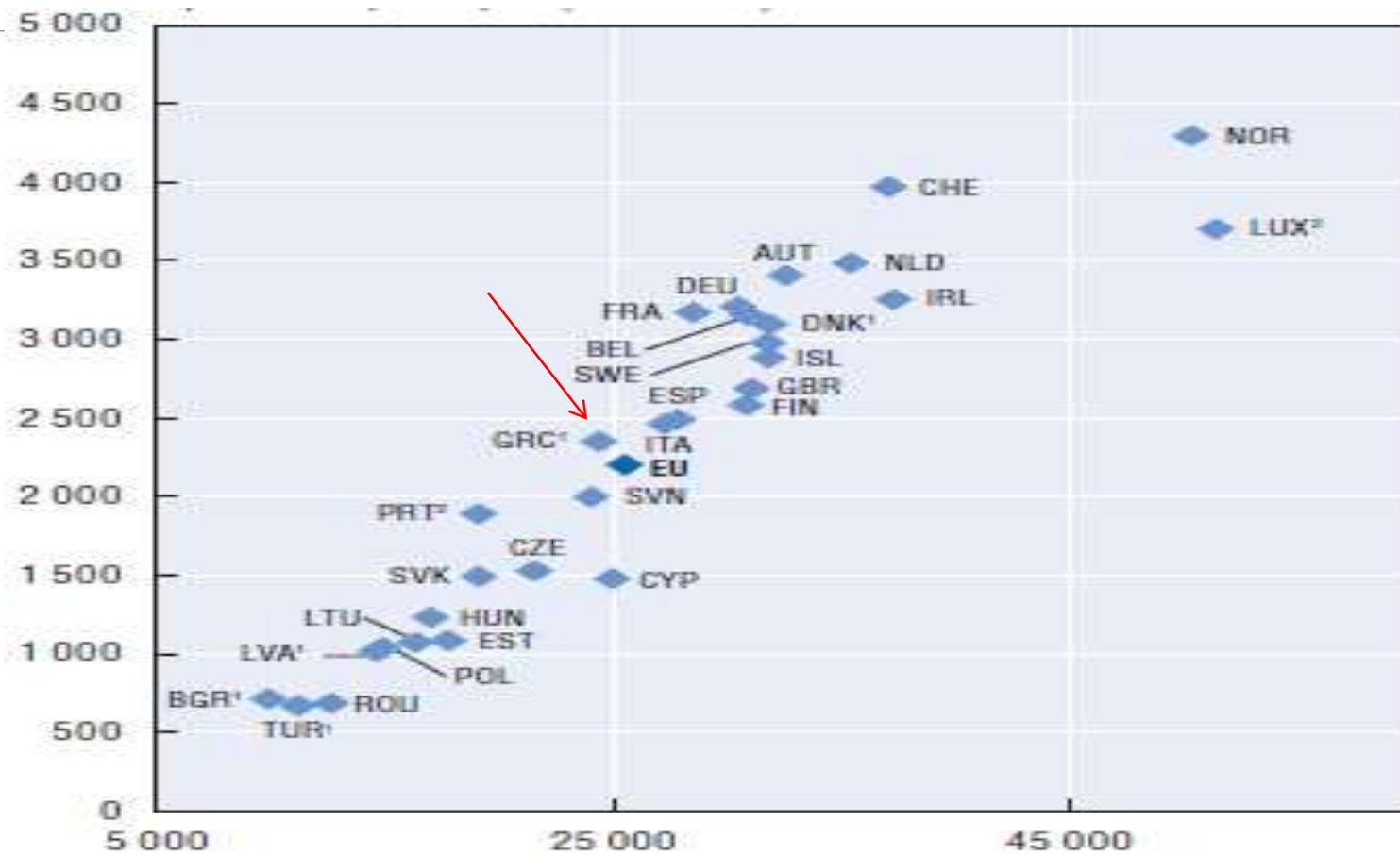
Un significativo aumento della spesa sanitaria per la fasce di età 70-79 e sopra gli 80 che arriveranno a toccare livelli di spesa superiore ai 100 € annua pro capite

Figura 1 - Raffronto fra la struttura per età della popolazione negli anni 2005 e 2040

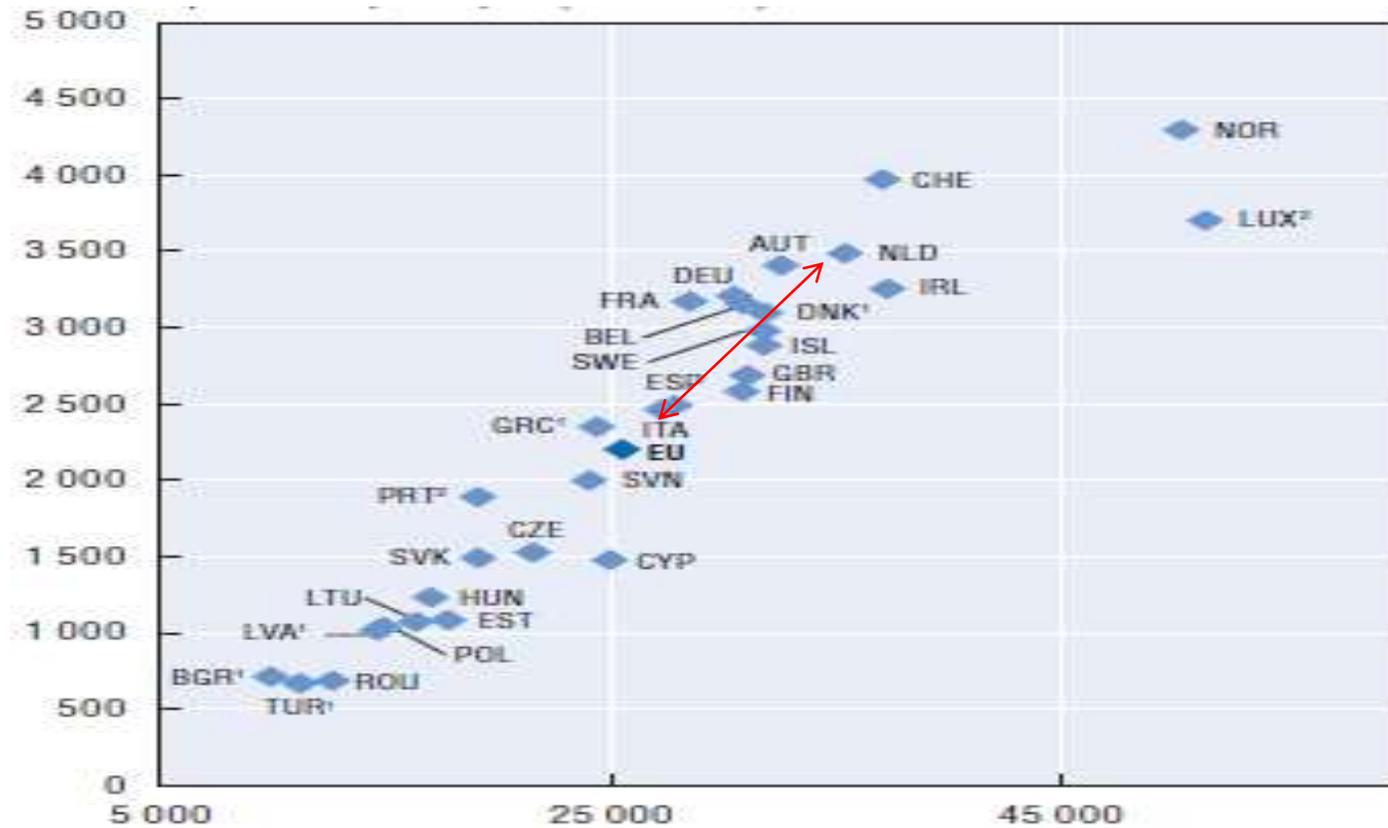


Fonte: Elaborazioni Synergia su dati Istat.

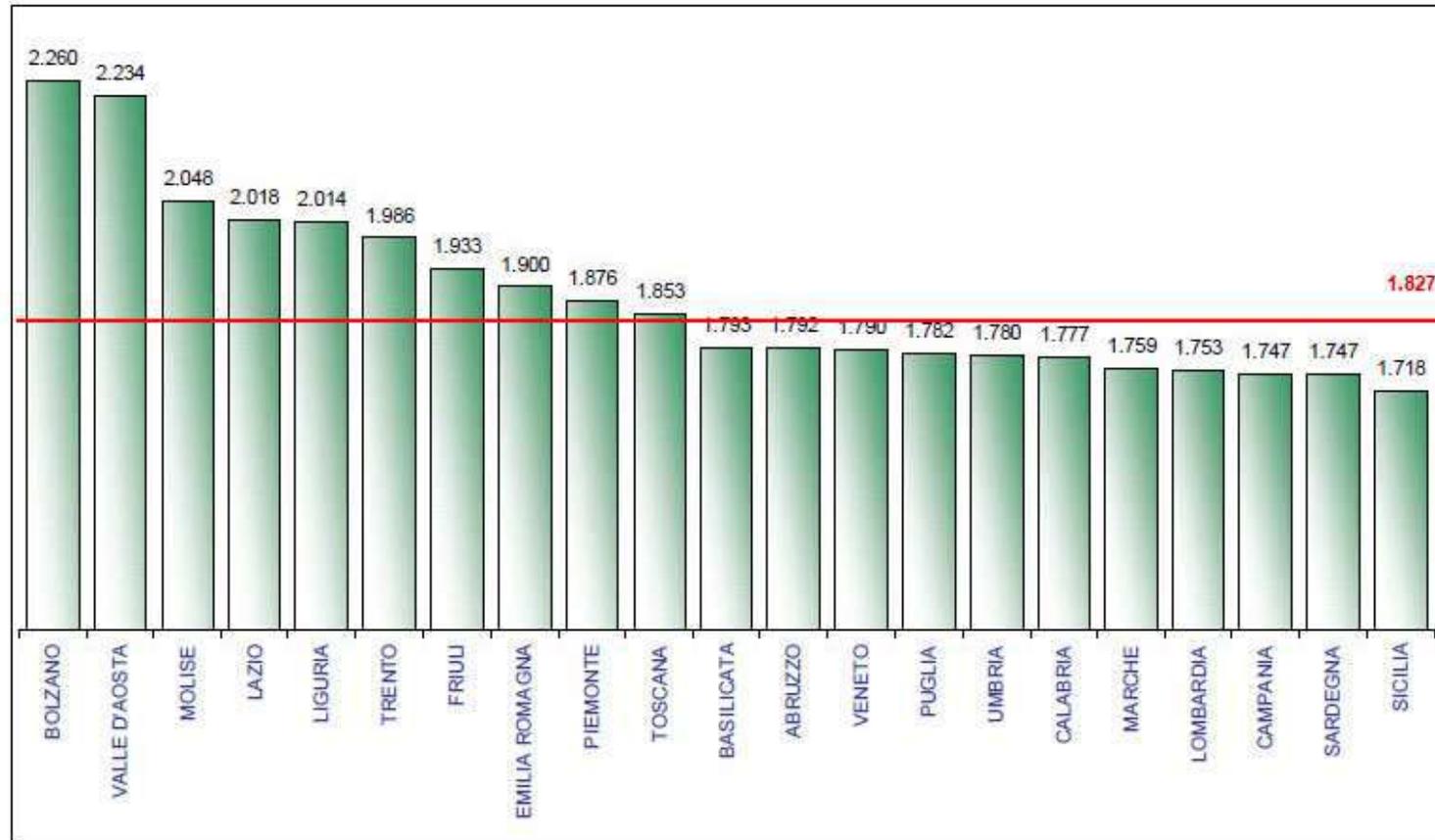
Il finanziamento del sistema: dove siamo



Il finanziamento del sistema: dove dovremmo arrivare



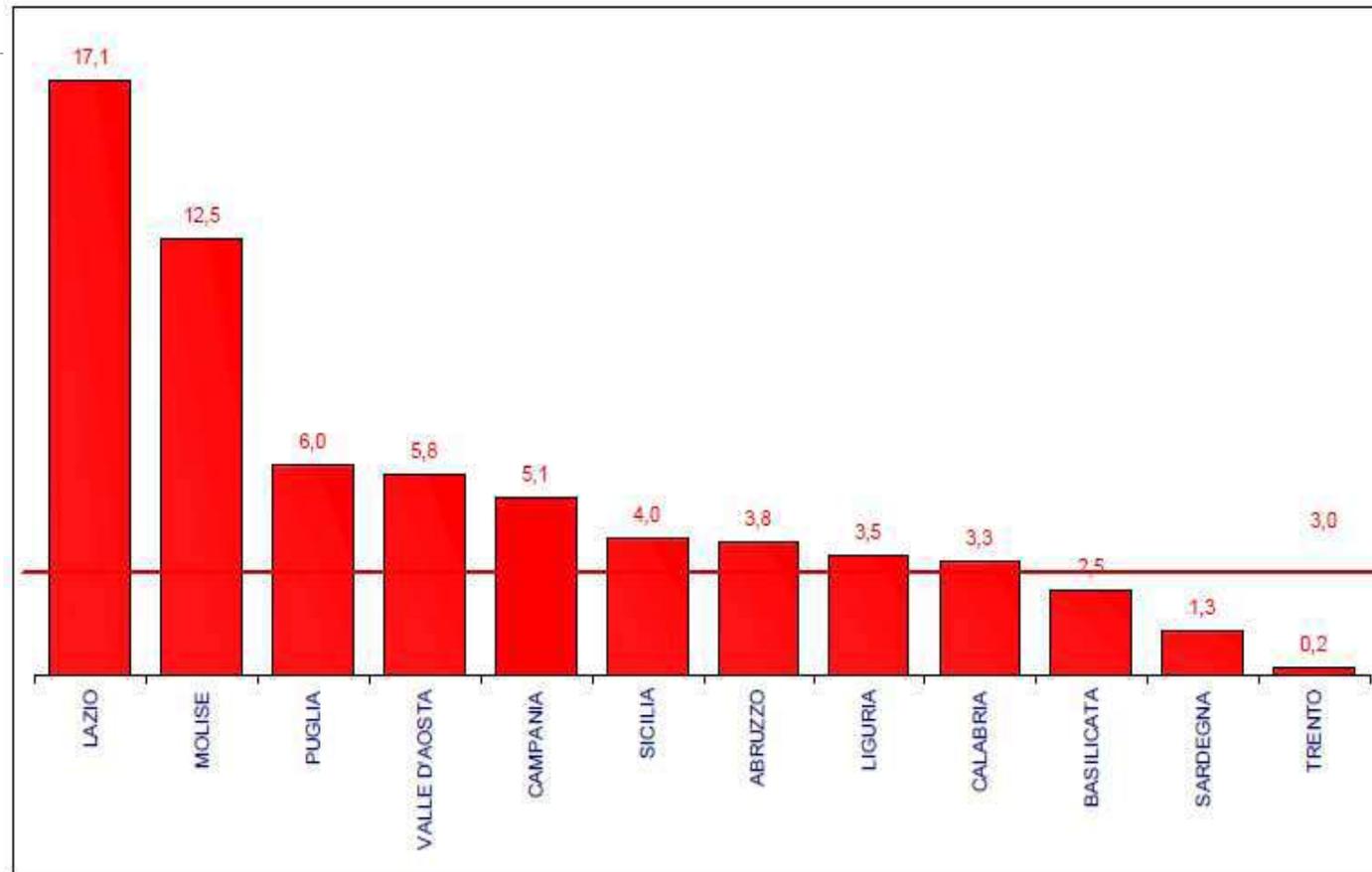
Spesa sanitaria per abitante (2008)



fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese

elaborazione: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO - FIRENZE

Disavanzo percentuale per regione (2008)



fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese

elaborazione: HEALTH MANAGEMENT - ISTITUTO DI MANAGEMENT SANITARIO - FIRENZE

LONG TERM CARE

La non autosufficienza si manifesta da un punto di vista prettamente funzionale come incapacità totale e parziale di compiere le normali azioni della vita quotidiana (c.d. ADL, *Activities of Daily Living*).

Il prodursi di uno stato di non autosufficienza comporta la necessità di assistenza di lungo periodo (LTC).

Per LTC si intende l'insieme di servizi medici, personali, sociali e di cura dell'abitazione, offerti a persone non autosufficienti.

I servizi possono essere di tipo domiciliare, semiresidenziale e residenziale

Le componenti della LTC

La definizione di spesa pubblica riguardante l'Italia per la LTC include tre componenti:

- Componente sanitaria
- Indennità di accompagnamento
- Interventi socio-assistenziali rivolti ai disabili e agli anziani non autosufficienti erogati a livello locale

La componente sanitaria rappresenta il 48,6%

La spesa per indennità di accompagnamento è pari al 41,7%

Le prestazioni assistenziali coprono invece il 9,7%

La previsione di spesa pubblica per la LTC

La spesa pubblica per la Long Term Care in rapporto al PIL per l'anno 2008 è stata dell'1,7%.

Nel 2060 il rapporto tra PIL e spesa pubblica per la LTC crescerà fino al 3,3%.

In relazione alla struttura per età della popolazione, si registrerà una crescita della quota destinata agli over 80, che passerà dal 45% del 2010 al 69% del 2060.

Tale spostamento di risorse avverrà prevalentemente a discapito della fascia di età 0-64.

I fondi integrativi e la LTC

Il sistema di sanità integrativa è stato caratterizzato da sempre dalla presenza di associazioni o enti mutualistici, quali fondi di categoria, casse aziendali e Società di Mutuo Soccorso.

Si tratta di soggetti che offrono prestazioni a carattere socio-sanitario anche duplicative rispetto a quanto offerto dallo Stato.

Con il d.lgs. 229/1999 il legislatore assegna ai fondi sanitari un ambito di attività integrativo rispetto a quello offerto dal SSN. Tale principio risulta ribadito anche dalla l. 328/2000 all'art. 26.

Ambiti di intervento dei fondi integrativi

Tra gli ambiti di intervento dei fondi integrativi in relazione all'assistenza ai soggetti non autosufficienti, si individuano:

- Copertura della quota della spesa per i servizi sanitari a rilevanza sociale di tipo domiciliare e residenziale posta a carico del cittadino (d.p.c.m. 29.11.2001)
- Copertura del costo delle prestazioni socio-assistenziali per tutte quelle persone che, non rientrando nei requisiti reddituali previsti a livello locale (ISEE), non beneficiano dei servizi assistenziali predisposti dal Comune
- Garanzia di una maggiore possibilità di scelta in termini di strutture assistenziali e tipologie di servizi e una maggiore facilità e rapidità di accesso alle stesse

Le assicurazioni private e la LTC

Strumento diverso e ulteriore di copertura dei costi di assistenza legati alla non autosufficienza sono le polizze assicurative *Long Term Care insurance*.

Il D.M. 22 dicembre 2000 individua due tipologie di copertura strutturale, rispettivamente sulla base del modello «malattia» o di quello «vita».

Il modello «vita»

Nel caso del modello «vita», al verificarsi della situazione di non autosufficienza viene erogata una rendita di rata prestabilita, vitalizia o temporanea.

Solitamente varia in funzione del grado di non autosufficienza e del livello di assistenza conseguentemente necessaria.

È una prestazione economica bene definita e indipendente dalle spese sostenute dell'assicurato.

L'assicurato ha libera facoltà di scelta dei servizi che meglio incontrano i suoi bisogni specifici

Il modello «malattia»

Nel caso del modello «malattia», qualora si verifichi la situazione di non autosufficienza, la compagnia provvederà alla corresponsione di una cifra massima mensile.

Le spese rimborsabili variano in relazione al luogo in cui vengono erogate le cure.

È frequente l'introduzione in questo modello di franchigie o massimali al fine di evitare fenomeni di *moral hazard*.

Servizio LTC

Nel mercato assicurativo italiano si riscontra l'offerta di polizze che in caso di non autosufficienza garantiscono al soggetto assicurato assistenza, senza alcun onere di spesa, in strutture assistenziali.

L'assistenza viene in questo caso prestata direttamente dalla compagnia assicurativa tramite convenzioni particolari con istituti di cura.

Dal punto di vista dell'assicurato, viene limitata la libertà di scelta sancita dalla l.r. 3/2008, a fronte del fatto di non dover partecipare alla spesa.

Dal punto di vista dell'assicurazione, vengono ridotti i rischi di un utilizzo improprio o inefficiente delle risorse ottenute.