

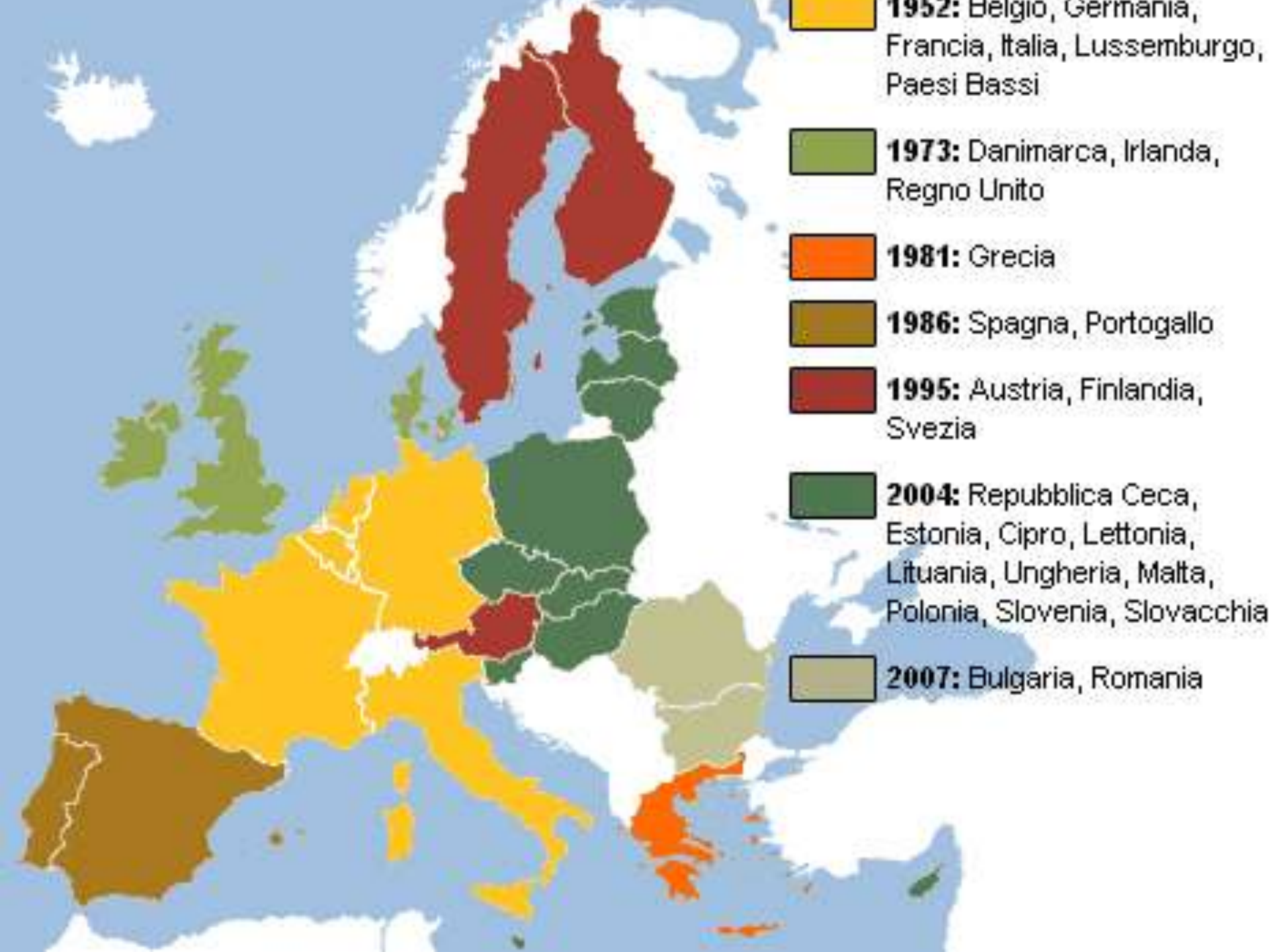
Il governo dei costi in sanità: modelli di co-payment ed esperienze europee



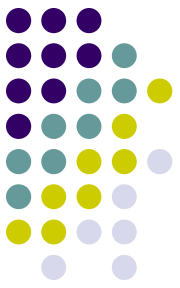
Le esperienze europee “Una visione d’insieme”

SANIT ROMA 15 giugno 2012

**Dott.ssa Grazia Labate,
ricercatore in economia sanitaria
York, U.K.**



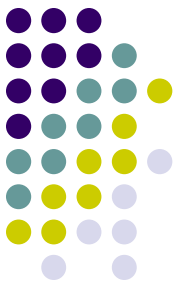
Una prima riflessione di contesto



- **I sistemi sanitari europei**, a partire dagli anni '90 e fino a tutta la prima metà degli anni 2000, hanno attraversato un lungo periodo di politiche di contenimento e di efficientizzazione della spesa sanitaria, finalizzate a mantenere costante il rapporto spesa sanitaria/PIL.
- Si può sostanzialmente affermare che sono stati sotto controllo dal punto di vista economico finanziario.
- Non sono mancate e non mancano tensioni, dovute sempre più all'invecchiamento della popolazione, nonché agli effetti sui bilanci pubblici, della crisi economico finanziaria a far data dal 2007.

Riflettendo sul contesto

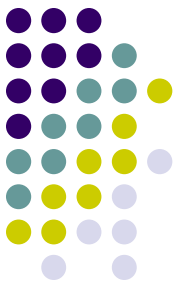
(1)



- **Ancorchè**, vi sia un dibattito vivace nella comunità scientifica, sulla rilevanza dell'impatto demografico dell'invecchiamento sulla spesa sanitaria in rapporto al PIL, è comunemente acclarato che gli effetti delle malattie croniche degenerative e soprattutto l'aumento di spesa, per tutte le aree, che sono border line, tra sanitario e socio-assistenziale, possono mettere sotto scacco la stabilità dei sistemi di protezione della salute e di protezione sociale.
- **Gli** ultimi 5 anni, in presenza di bassa crescita, e recentemente in aperta fase di stagnazione, è evidente che si riverseranno sui sistemi di sicurezza sociale e sanitari, problematiche che non sono interne alla dinamica delle politiche sociali e della sanità, ma riguardano il sistema economico generale nel suo complesso.

Riflettendo sul contesto

(2)



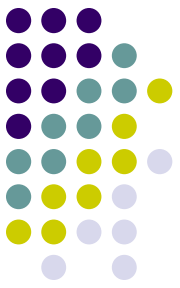
- Malgrado la crisi, che i macrodati testimoniano, nei paesi europei, si è aperta una riflessione sugli spazi di responsabilità individuale e collettiva per la tutela della salute, non solo favorendo forme individuali e collettive per la copertura dei costi di partecipazione ai diversi sistemi, soprattutto nel campo delle cure di lunga durata, ma anche attraverso l'adozione di tassazioni di scopo al fine di scoraggiare comportamenti dannosi alla salute, volti a migliorare gli stili di vita.
- Ne sono esempio la maggiore tassazione sulle sigarette in tutta l'Europa a 17, che in Svezia arriva fino ad 8 euro al pacchetto; la tassazione dei cibi ad alto contenuto di grassi, che è stata adottata dalla Danimarca e dall'Ungheria nella lotta all'obesità e alle patologie ad essa correlate; la tassazione sulle bevande analcoliche con aggiunta di zuccheri adottata dalla Francia nella lotta all'obesità adolescenziale e al diabete di tipo 2.

Un quadro europeo di sistemi misti, in aggiustamento continuo



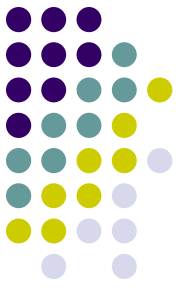
- Il bilancio di oltre un decennio di riforme, su i due modelli del secolo scorso e che perdurano con aggiustamenti progressivi in questo terzo millennio, dicono che la protezione della salute, come diritto universale e grande bene della collettività, nonchè motore di sviluppo della crescita economico sociale e culturale delle società, smentisce radicalmente l'ipotesi mercantile ed individualistica della protezione della salute, tipica della storia d'oltreoceano, per approdare dentro un laboratorio di esperienze europee certo perfettibili, ma che avendo una cornice di pluralismo istituzionale, di sussidiarietà verticale ed orizzontale, può produrre soluzioni più fertili, in un contesto che affonda le sue radici nel solidarismo, che rappresenta il denominatore comune del nostro continente.

Il futuro della sanità in Europa



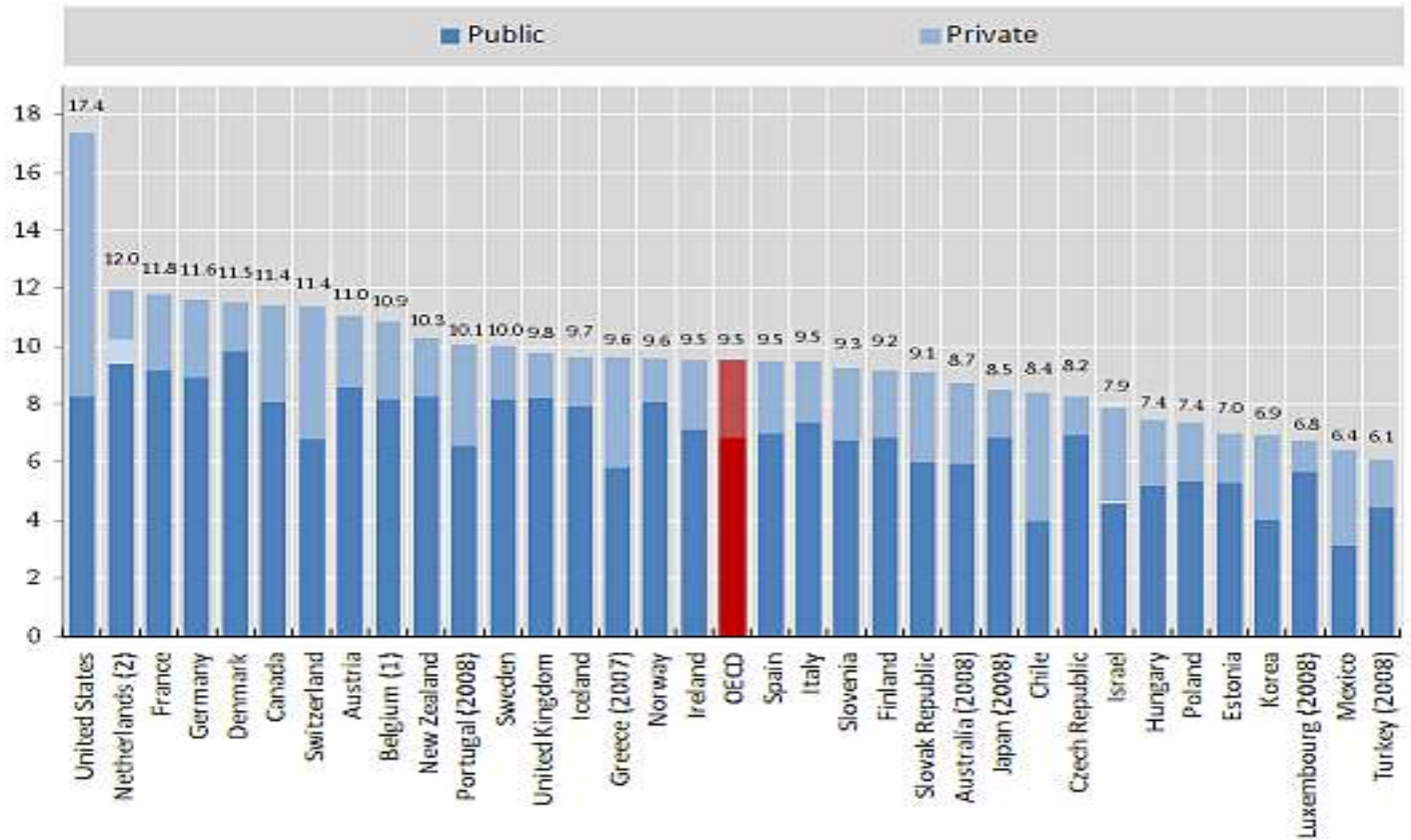
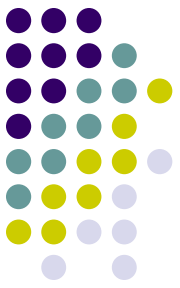
- Il rapporto sul futuro dei sistemi di protezione sociale e della salute della sanità in Europa, redatto dall'Economist Unit europea, alla Commissione Barroso, a settembre 2011, sostiene che in tutta Europa, le politiche di protezione sociale e sanitaria, sono in sofferenza. Riescono a malapena a coprire i costi.
- Non sono solo le fonti di finanziamento ad essere inadeguate, ma preoccupano le tendenze di medio e lungo periodo, in rapporto a:
 - invecchiamento della popolazione, con conseguente aumento delle malattie croniche-degenerative;
 - Costi dell'innovazione tecnologica;
 - il costo delle nuove terapie farmacologiche biotecnologiche e DNA ricombinanti.

La crisi ha vanificato i progressi dell'UE degli ultimi 20 anni



- La recente crisi economica e finanziaria (2007), con il suo protarsi ed acuirsi nel tempo, è un fenomeno senza precedenti.
- Il PIL europeo è sceso del 4% nel 2011;
- La produzione industriale è tornata al livello degli anni '90;
- 23 milioni di persone pari al 10,05% della popolazione attiva, sono attualmente disoccupate.
- Le finanze pubbliche hanno subito un forte deterioramento con deficit medi pari al 7% del PIL e livelli di debito superiori all'85% del Pil.
- La popolazione attiva dell'UE, inizierà a diminuire dal 2013/2014;
- il numero di ultrasessantacinquenni aumenta ad una velocità doppia rispetto a prima del 2007(circa 2 milioni in più, ogni anno rispetto al milione in precedenza).

Spesa sanitaria nei 34 paesi OCSE “Health at Glance 2011” in % sul PIL

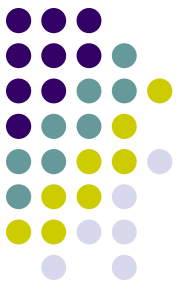


L'analisi evidenzia (1)



- i rischi di sostenibilità economico-finanziaria per le finanze pubbliche, rispetto agli aumenti dei costi sanitari, nel quadro di un rallentamento della crescita dell'economia e di recessione in molti paesi europei. La spesa sanitaria totale tende a crescere a tassi superiori a quelli dell'economia nel suo complesso.
- Secondo l'OCSE la quota parte di PIL, che nel 2009 è stata investita per la spesa sanitaria nei paesi europei che compongono il panel costruito, in base ai dati OECD, è pari in media al 9,6 %.
- Gli stati che spendono di più nel settore sanitario: gli USA con il 17,4%.

L' analisi evidenza (2)



- In Europa: l'Olanda con il 12%, la Francia con l'11,8%, la Germania con l'11,6%, la Danimarca con l'11,5%, la Svizzera con l'11,4% l'Austria con l'11% e i paesi che più hanno risentito della crisi, come l'Irlanda, il Regno unito, la Grecia, il Portogallo. L'Italia al 9,5% è poco sotto la media rispetto ai 34 paesi considerati, con un trend in crescita.
- Infatti la spesa pubblica italiana a consuntivo nel 2010 è stata di 113miliardi e 457 milioni di euro, la spesa sanitaria privata è stata pari a 29miliardi e 564 milioni di euro. Nel 2011 si attesterà su 114 miliardi e 818 milioni, con una spesa privata intorno ai 30 miliardi di euro. Dunque una spesa totale di 143 miliardi e 021 milioni di euro pari al 9,5% di incidenza sul PIL.*

***Fonte: Relazione generale della Corte dei Conti, pubblicata sulla G.U. del 4 agosto 2011, su dati elaborati dall'andamento dei bilanci delle Regioni Italiane.**

La spesa sanitaria privata: serie storica dal 1980 al 2009

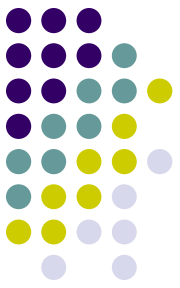


- Il paese che ha fatto registrare il maggior incremento dell'indice fra l'80 e il 2009 è la Svezia dal 7,5% al 18,3%, seguita dalla Spagna, dal 20,1% al 28,2%; in Polonia si registra un balzo a cavallo del 1990 e il 2000 di oltre 20 punti %. In Portogallo, Austria, Grecia e Svizzera in controtendenza si osserva una flessione costante.*
- L'Italia con un incremento, nel periodo considerato, che va dall'1,5% del 1985 al 23,5% del 2009, al 29% del 2010, si colloca fra i paesi che hanno registrato una significativa crescita. Con un'alta percentuale dell'out of pocket, circa il 23%.*
- La maggiore partecipazione delle famiglie alla spesa sanitaria privata totale si registra in Friuli,(27,2%), seguita dall'Emilia Romagna,(26,2) e dal Piemonte, (26,0). Ai livelli più bassi si collocano tutte le regioni del Mezzogiorno, tra le quali spiccano Basilicata, Sicilia e Sardegna. Calcolata per famiglia, la spesa sanitaria privata è pari a 955 euro per il mezzogiorno e 1265 euro per il centro nord, confermando l'aspetto legato ai differenziali di reddito tra le diverse ripartizioni geografiche. **

* Fonte Eurostat 2010

** Fonte ISTAT, NOI italia 2011

I sistemi sanitari europei: un laboratorio in progress



- Negli ultimi 10 anni si è assistito ad un progressivo e complesso processo di trasformazione che ha teso a ridurre le distanze tra i 2 modelli tradizionali di protezione della salute (BEVERIDGE e BISMARCK). Emergono soluzioni che rappresentano una commistione tra vecchi modelli e nuove soluzioni non ancora compiutamente realizzate.
- Tentare analisi comparative esaustive, fa correre quantomeno il rischio di presunzione, poiché è in atto un percorso, ancora da perfezionare sul terreno dell'efficienza , dell'efficacia, dell'equità e dell'empowerment dei cittadini. A maggior ragione, oggi, in cui l'Europa sta tutta dentro il dilemma: bassa crescita, costi crescenti, risanamento dei conti pubblici.

EUROPA: la copertura universale è realizzata

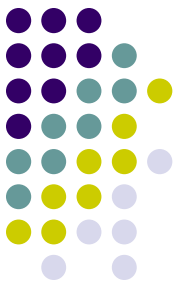


- In Europa l'obiettivo di estensione universale della copertura contro il rischio malattia, risulta sufficientemente realizzato all'interno di entrambi i modelli tradizionali e di tutte le varianti sperimentate a livello dei singoli stati membri, negli ultimi 10 anni.
- La disputa intellettuale e politica per stabilire quale dei 2 modelli istituzionali sia più adatto a garantire i valori tipici della socialità europea, alla luce delle attuali conoscenze teoriche sul piano macro e micro economico, dei determinanti di salute, delle performance di sistema, del grado di soddisfazione degli utenti, del costo delle prestazioni e dei servizi, dell'efficienza ed efficacia allocativa delle risorse, rischia di non comprendere che **in Europa, pur in presenza di una crisi così difficile, vi è un MUTUO RICONOSCIMENTO della idoneità di entrambi i modelli e delle loro varianti a garanzia dei valori universali e solidaristici dei sistemi di protezione sociale che caratterizzano la società Europea.**

DOV'E' IL PROBLEMA?



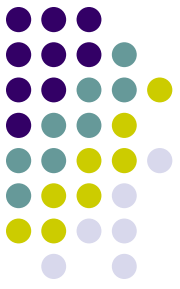
- Entrambi gli approcci sono risultati insufficienti dovendo conseguire con risorse finite e, quindi, contenimento della spesa, il conseguimento di bisogni e domande degli utenti, sempre più esigenti in efficienza e qualità delle cure, dentro una transizione epidemiologica, che porta con se, certo innovazione sul piano scientifico e tecnologico, sempre più costose, ma cambia anche i paradigmi programmatori delle priorità di intervento, con l'affermarsi di una longevità e di cure di lunga durata senza precedenti.



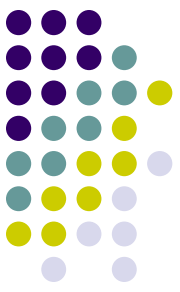
Le risposte al problema

- Migliorare l'efficienza ed il rapporto costo efficacia dei servizi sanitari, compiere sforzi risoluti, per una migliore gestione e valutazione più sistematica dell'impatto degli interventi, delle terapie e delle tecnologie sanitarie.
- Sfruttare al meglio le sinergie fra politiche sanitarie e le altre politiche che influiscono sui determinanti socio-economici e ambientali della salute, al fine di assicurare condizioni di vita sana a tutti gli europei in tutte le fasi di vita.
- Investire in piattaforme digitalizzate intelligenti e telemedicina, sviluppando tutte le possibili implicazioni da ICT, per colloqui e interscambi in tempo reale tra gli operatori, sburocratizzare i rapporti delle autorità amministrative, facilitare il percorso di colloquio e fruizione del cittadino con il sistema.
- Ristrutturazione e sostituzione dei complessi ospedalieri a favore delle eccellenze e di una moderna e multidisciplinare medicina del territorio come filtro efficace ed efficiente del percorso di cura dei cittadini.

I sistemi sanitari europei secondo il sistema di finanziamento



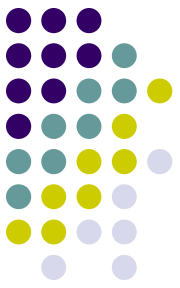
- Sostenuti dalla fiscalità generale: Danimarca, Finlandia, Islanda, Irlanda, Italia, Norvegia, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito.
- Sostenuti da Assicurazioni sociali, tramite Assicurazioni Obbligatorie, Fondi di Coassicurazione e Casse mutue: Austria, Belgio, Francia, Germania, Ungheria, Lussemburgo, Polonia.
- Sostenuti da assicurazione privata obbligatoria (Community Rating Insurance) Olanda e Svizzera.
- Sostenuti da modelli che combinano i tre modelli precedenti, cosiddetti Sistemi Misti: Grecia, Turchia, Slovacchia, Repubblica Ceca, Repubbliche Baltiche.



Gli schemi di cost sharing

- Nei diversi sistemi sanitari europei, sono previsti generalmente diverse misure di cost sharing o una loro combinazione, avuto riguardo alla individuazione di fasce vulnerabili della popolazione da esentare (bambini e adolescenti fino ai 18 anni, anziani al di sopra dei 65 anni, donne in stato di gravidanza) e di particolari patologie (malattie cronico degenerative, diabete, asma, BPCO, patologie oncologiche, malattie rare ecc.).
- Le possibili misure si distinguono in:
 - **Copayment in somma fissa, (ticket, user fee, fee for service).**
 - **Copayment in percentuale.**
 - **Franchigie (Deductible).**
 - **Tier copayment, (una specie di copayment proporzionale, soprattutto per i farmaci, che prevede 2 copayment differenziati, uno per il farmaco branded ed uno per il generico).**
 - **Reference Price**
 - **Coassicurazione (coinsurance)**
 - **Pagamento residuale (Balance Billing).**
 - **Esclusione da copertura (coverage exclusion).**

Dati comuni nelle politiche di cost sharing (1)



- Quasi tutti i sistemi prevedono politiche esentive in base all'età, a situazioni di disagio economico variamente intese, a patologie rilevanti, alle prestazioni di maternità.
- Quasi tutti i sistemi prevedono politiche di compartecipazione alla spesa farmaceutica con diverse percentuali di partecipazione al costo dei farmaci che variano mediamente dal 20 al 40% del costo del farmaco;
- Alcuni adottano liste positive, da cui si è esenti e con tickets % che variano dal 30 al 50% sui costi delle specialità fuori lista;
- Altri prediligono forme di reference price e tickets sulle specialità, calcolati sulla differenza tra prezzo di riferimento e prezzo più alto;
- Copayment d'ingresso per l'accesso ai servizi di modesta entità da 1 euro fino a 10 per tre mesi, (Austria, Belgio, Francia, Germania, Svezia, tranne U.K.).
- Ticket per degenza ospedaliera superiore alle 24 ore e per durata massima tra i 28 e i 30 giorni, che varia dai 10 euro al giorno fino ad un massimo di 18 euro, (Austria, Belgio, Germania, Francia, Lussemburgo, Svezia, Portogallo).
- Copayment sulle visite specialistiche di libera scelta che varia moltissimo nei diversi sistemi da un minimo di 25 euro ad un massimo di 50 euro, in generale coperto dalle coassicurazioni e dalla mutualità (Austria, Belgio Danimarca, Finlandia, Francia, Italia, Irlanda, Portogallo)

Dati comuni nelle politiche di cost sharing(2)



- **Tutte le cure dentali, eccetto i giovani fino ai 18 anni e quelle legate a malattie oncologiche o da traumi o ad edentulia in età avanzata da affezioni acute del paradonto, sono escluse, dalla copertura, tutte le altre sono gravate da compartecipazioni graduate, per un certo numero di classi di prestazioni, con un tetto per ognuna, per il resto sono pagate interamente dai cittadini out of pocket o coperte da polizze di assicurazione, o da coassicurazione tramite fondi sanitari integrativi o complementari o da mutualità.**
- **Quasi tutti i paesi adottano un mix di copayment ed esenzioni, esenzioni e fee for service, esenzioni e franchigie. Nessun paese opta per una sola modalità di quelle descritte ed in nessun caso vi è la sola franchigia.**

Le politiche di controllo dei costi dal lato dell'offerta



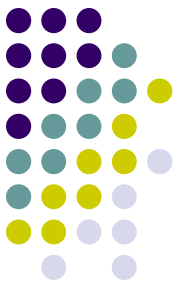
- **Vi è stato, a partire dagli anni 80/90, proseguendo per tutto il decennio 2000 ed intensificandosi, a far data 2007 (inizio della crisi economico finanziaria) il ricorso a schemi di cost sharing, concepiti, si sosteneva, come strumenti moderatori di un eccesso di domanda, per incentivare l'utilizzo appropriato di servizi e prestazioni coperte dai vari sistemi, razionalizzare la spesa.**
- **Gli obiettivi di tale strumento avrebbero dovuto, in teoria, conseguire un più elevato livello di efficienza aggregata, generando un risparmio di risorse economiche finanziarie, da poter riallocare per migliorare complessivamente, prestazioni e servizi sanitari, in termini di efficacia ed appropriatezza.**
- **In realtà, gli effetti di queste misure regolatorie, comunque e dovunque applicate, se si eccettua la politica farmaceutica, non si può affermare siano state efficaci, sia per quanto riguarda il loro effetto moltiplicatore su servizi e prestazioni non coperte da cost sharing, sia in termini di effetti sullo stato di salute, né in termini di equità redistributiva, talvolta avendo effetti indesiderati proprio sugli strati più fragili della popolazione.**

Le conseguenze delle misure di cost sharing



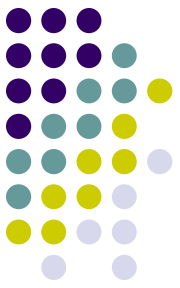
- **Il ricorso a frequenti o a eccessive misure di compartecipazione, può generare conseguenze rilevanti sotto il profilo dell'equità, dell'efficienza dei costi transattivi e dunque del contenimento della spesa sanitaria, dello spostamento verso prestazioni inappropriate, in termini di salute, soprattutto della popolazione più fragile, ampiamente prese in considerazione da numerosi studi nazionali ed internazionali.**

Riassumiamole così



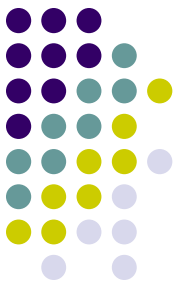
- Quando si ricorre alle forme di finanziamento basate sulla capacità contributiva da parte del cittadino, le compartecipazioni rappresentano lo strumento più iniquo, poiché costituiscono una barriera per l'accesso ai servizi sanitari delle classi meno abbienti.
- Le compartecipazioni non si dimostrano efficaci nel guidare il paziente verso un uso più selettivo e razionale dei servizi e delle prestazioni sanitarie.
- Un più elevato livello di compartecipazione pur essendo poco influente sugli esiti di salute ha un'influenza significativamente negativa sui soggetti per i quali i trattamenti sono necessari, sulle categorie più vulnerabili, sugli individui a basso reddito.
- L'introduzione delle compartecipazioni dovrebbe limitare l'onere complessivo della spesa pubblica sanitaria, le evidenze empiriche dimostrano che è riscontrabile solo nel breve periodo senza intaccarne l'andamento nel periodo medio lungo.
- Spesso si assiste ad un concomitante aumento della spesa privata.

Del resto gli ultimi dati Ocde parlano chiaro



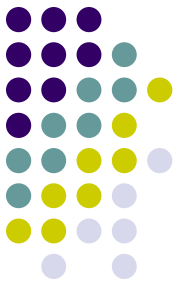
- **Ovunque vi è stato un aumento della spesa complessiva e dentro questa, della spesa privata, soprattutto laddove a far data dalla crisi o si sono inaspriti i copayments o si sono aumentati i contributi per le assicurazioni sociali a carico dei lavoratori e delle imprese, o quelli per la Long term care, come in Germania. Determinandosi con ciò un aumento dell'out of pocket a carico dei cittadini compensato in quelle realtà come Francia, Belgio, Germania, Inghilterra, dove o le coassicurazioni o dove la mutualità territoriale delle mutuelles non profit, è riuscita a contenere l'aggravio diretto dei costi sulle famiglie. Lo dimostra il rapporto THE ROLE OF MUTUAL SOCIETIES IN THE 21st CENTURY della commissione europea affari economici e sociali inviato al Parlamento europeo, che il prossimo 16 giugno lo discuterà in Assemblea per approdare allo statuto della Mutualità Europea.**
- **Le mutual Benefit offrono coperture sociali e sanitarie per 230 milioni di cittadini europei, rappresentano 180 miliardi di quote associative con cui direttamente o indirettamente forniscono copertura dei copyments per servizi e prestazioni ai loro soci e alle loro famiglie, reggono meglio sul piano finanziario e gestionale nonostante la crisi, data la loro finalità in assenza di lucro.**

Le spending review e i programmi di convergenza per il rispetto dei vincoli europei (1)



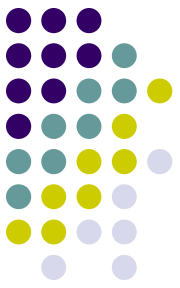
- Analizzando i documenti pubblicati nei siti dei diversi dicasteri dell'economia e bilancio dei diversi paesi dell'UE, per la parte relativa alla Sanità, possiamo osservare che non soltanto i PIGS (Grecia, Portogallo, Irlanda, Spagna, Italia), ma anche UK, Germania, Francia, Olanda, Svezia, Polonia e molti altri presentano massicci interventi o di effettivi tagli al budget della spesa sanitaria o poderosi interventi di contenimento dei costi, almeno fino al 2014, se la crescita rimarrà bassa o, in alcuni casi, permarrà o si aggraverà la recessione.

Le spending review e i programmi di convergenza per il rispetto dei vincoli europei (2)



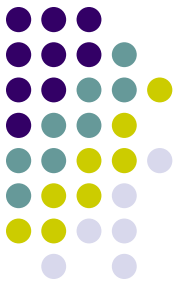
- **Tagli dell'ordine di grandezza di circa 10 miliardi di euro sono previsti per la sanità dei Paesi PIGS entro il 2012, per l'UK di 20 miliardi di sterline entro il 2014.**
- **Tutti gli altri Paesi adottano misure di razionalizzazione e contenimento dei costi sanitari in ordine a:**
- **Aumento della prescrizione di farmaci generici fino a raggiungere il 50% rispetto ai brand (Belgio, Spagna, UK, Svezia, Norvegia, Danimarca).**
- **Ampliamento dei copayments a più servizi ed ausili e presidi sanitari (UK, Danimarca, Norvegia e Paesi ex Somansko).**
- **Taglio delle ore di lavoro straordinario del personale medico e paramedico (Svezia, UK, Germania, Austria, Belgio).**
- **Riduzione dell'incidenza del costo della voce beni e servizi del 12,5% per il 2012 ed un ulteriore 10% fino al 2014 (Spagna, Francia, Germania, Olanda, Belgio, Norvegia).**
- **Massiccia ristrutturazione degli assetti ospedalieri e affidamento della gestione ai privati profit e non profit (Germania, Francia, Svezia).**
- **Gestione ed informatizzazione di tutti gli strumenti cartacei e del sistema di controllo informatizzando i centri periferici e tutti i servizi sanitari implementando ICT e telemedicina (quasi tutti i Paesi dell'Eurozona).**
- **Aumento dei contributi delle assicurazioni sociali da parte delle imprese e dei lavoratori per uno 0,7% ed uno 0,5% nel 2014 (Germania, Francia, Olanda, Belgio).**
- **Affidamento dei servizi per cure di LTC ad associazioni no profit e sviluppo del mercato sociale (Francia, Belgio, Germania, Austria, UK, Svezia).**

Il futuro è complicato, ma dipende da noi



- Occorre valutare con molta prudenza le proposte che avanzano nel nostro paese, attenti a salvaguardare la qualità dei nostri servizi e del nostro sistema universale, affinché il nostro primato di longevità significhi si vivere più a lungo, ma in miglior qualità di vita.
- La nostra spesa Sanitaria e Sociale è molto più contenuta rispetto agli altri Paesi UE. Ha subito drastici tagli con le recenti manovre di finanza pubblica. Nel medio periodo è difficile prevedere un suo aumento data la recessione e la bassa crescita prevista fino al 2015.
- La pressione fiscale nel nostro Paese è tra le più elevate in Europa, i dati diffusi il 22 maggio da Eurostat sul costo del lavoro, sull'Irpef e sull'Irpeg dimostrano che:
 - sul costo del lavoro la pressione è salita al 42,6%;
 - la pressione fiscale sulle persone fisiche (Irpef) ha raggiunto il 47,3%;
 - la pressione fiscale sui redditi da società (irpeg) è rimasta sostanzialmente stabile negli ultimi 2 anni al 31,4%.
- Per quanto riguarda l'IVA, la media nell'Eurozona è pari al 20%, sale nella UE a 27 al 21%, come in Italia, ma varia dal 15% del Lussemburgo al 25% della Svezia e della Danimarca.
- La nostra evasione fiscale è calcolata intorno ai 120 miliardi di euro.

Che fare?



- Il Servizio sanitario nazionale non è in grado di sopportare altri tagli sia sul fondo sanitario che sul personale. Per evitare di diminuire servizi e prestazioni al di sotto dei Lea garantiti dalla legge, e non potendo né aumentare la pressione fiscale, né presupporre anche modesti aumenti delle risorse fino al 2015, data la fase recessiva, è opportuno cimentarsi con una vasta opera di riorganizzazione del sistema, di efficientamento nella produzione dei servizi, di condurre con molta coerenza un'efficace lotta agli sprechi, ottimizzando i costi su beni e servizi, per convogliare le risorse umane e materiali così ottenute verso il miglioramento della qualità del nostro Ssn
- Infine, completare la governance sui fondi sanitari integrativi, aprire un tavolo di confronto con tutti i soggetti istituzionali e le organizzazioni sociali, per costruire una proposta, soprattutto sulle cure di lunga durata, che sono già oggi e lo saranno sempre più domani, il vero problema dei costi sanitari e sociali.