

# PERCHÈ IL SISTEMA SANITARIO PUBBLICO È SOSTENIBILE

Bologna  
5 FEBBRAIO  
2025

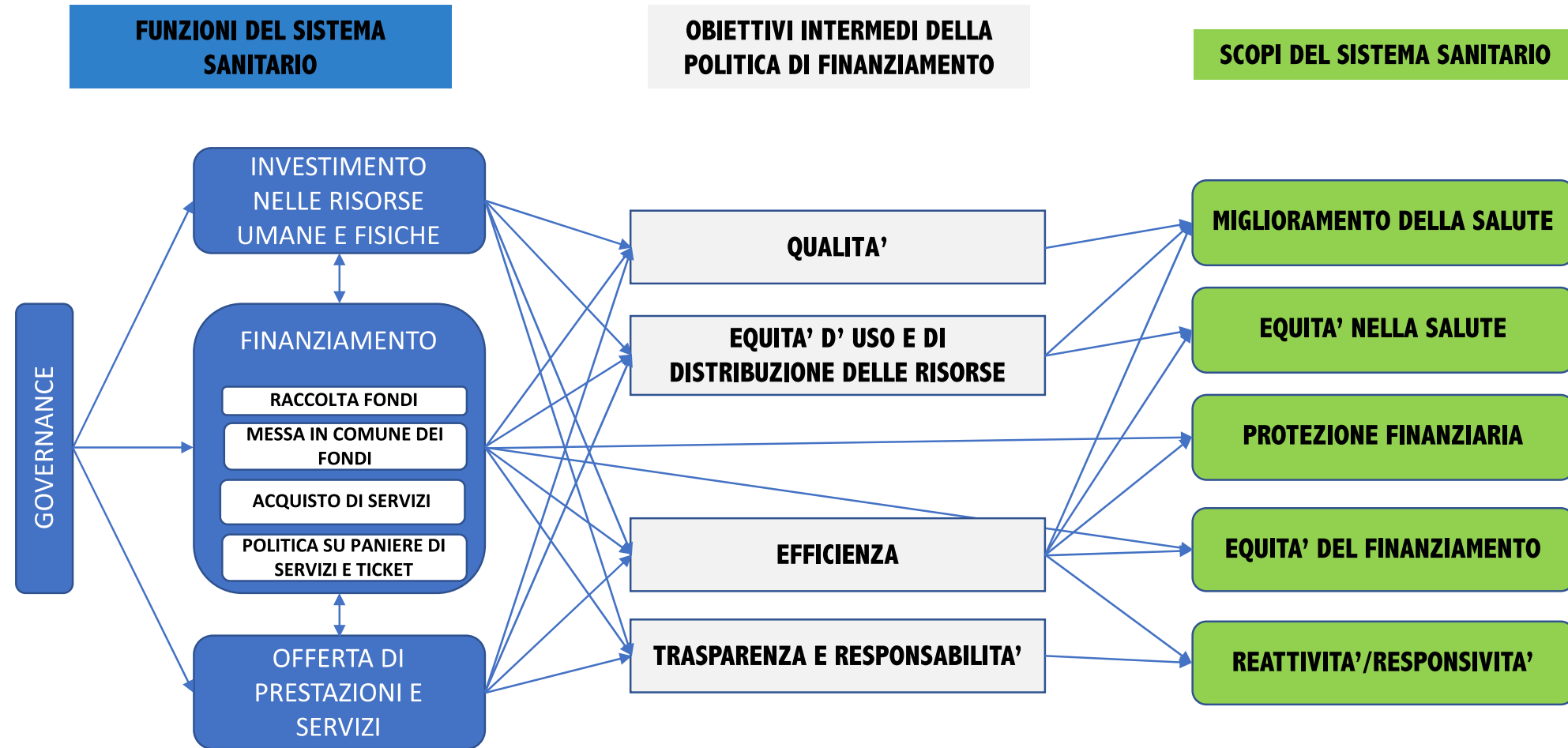
Policlinico Sant'Orsola IRCCS

*Introduzione generale*

**Tiziano Carradori**

*Associazione Giovanni Bissoni, Associazione Salute Diritto Fondamentale*

# Funzioni e scopi di un sistema sanitario



MODIFICATO DA LA POLITICA DI FINANZIAMENTO NEI PAESI EUROPEI. OMS 2006

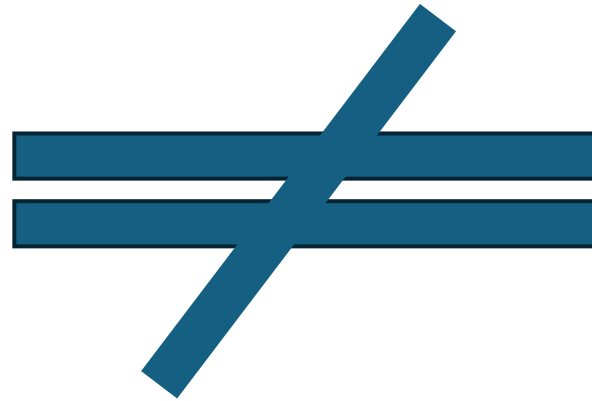
# «Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale»: il senso

Capacità di mantenere nel tempo le sue funzioni essenziali nel rispetto dei principi di **efficacia economica** e **equità del finanziamento**, di **equità sociale**, di **tollerabilità ecologica**.

# Efficacia economica.

## Sostenibilità economica

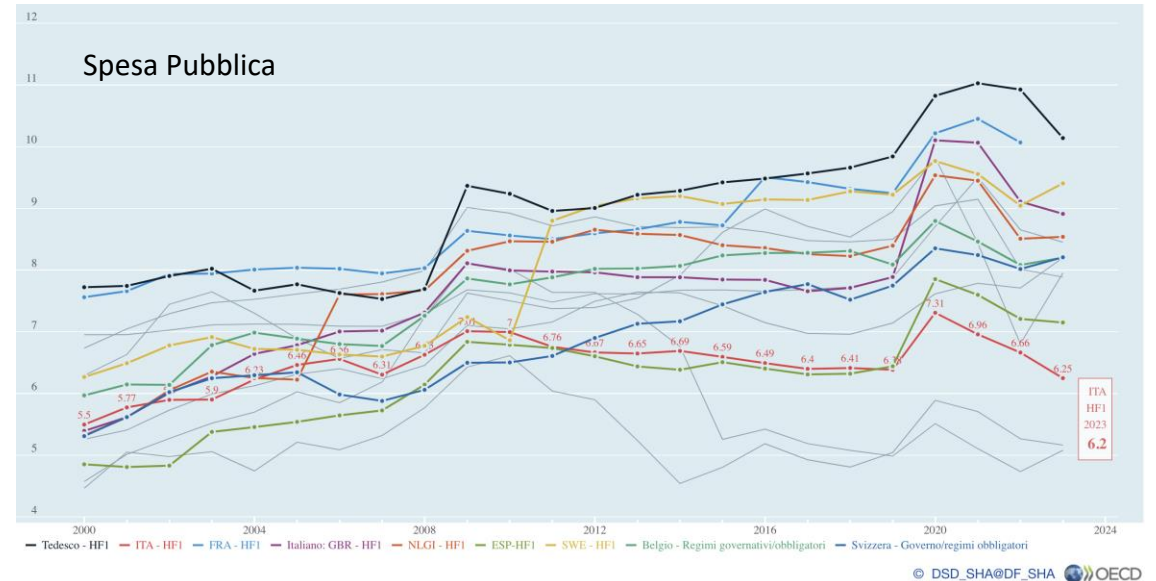
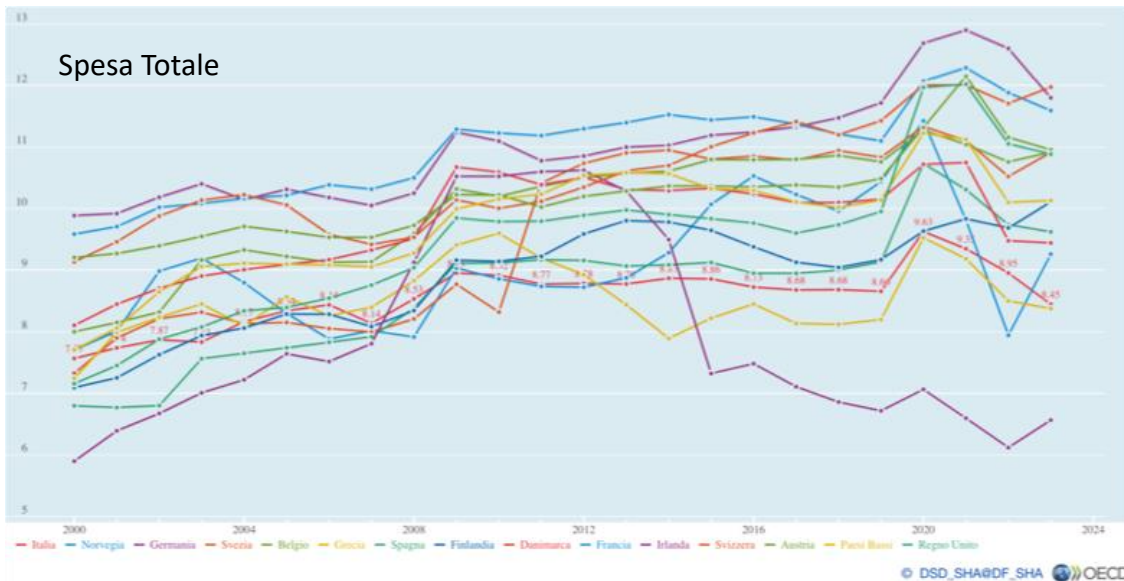
Costo opportunità, costo-efficacia,  
delle risorse investite.



## Sostenibilità finanziaria (o fiscale)

La capacità di finanziare la spesa  
per i servizi da garantire.

# Bassa incidenza della spesa sanitaria su PIL

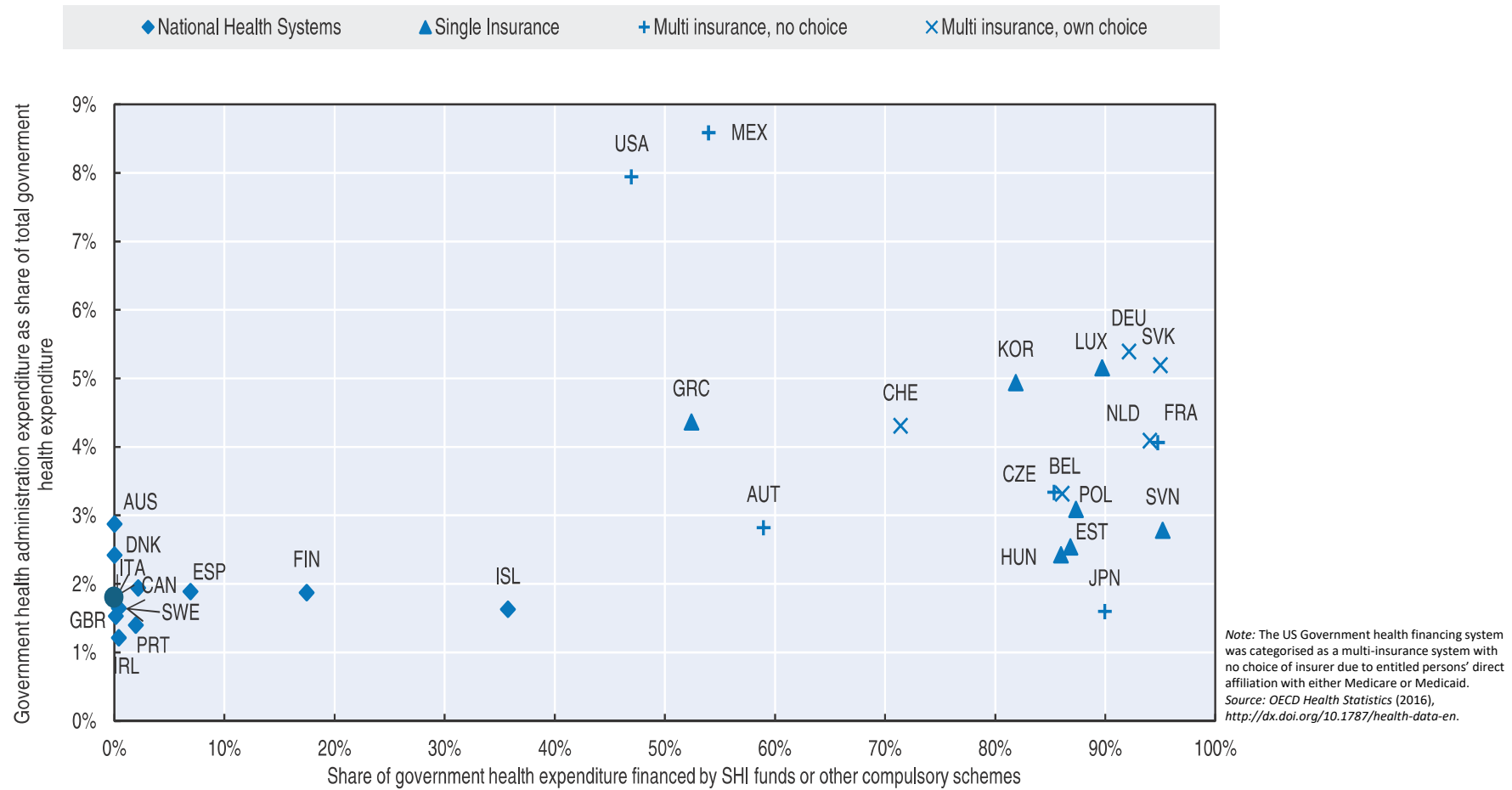


# Basso tasso di crescita della spesa pro capite

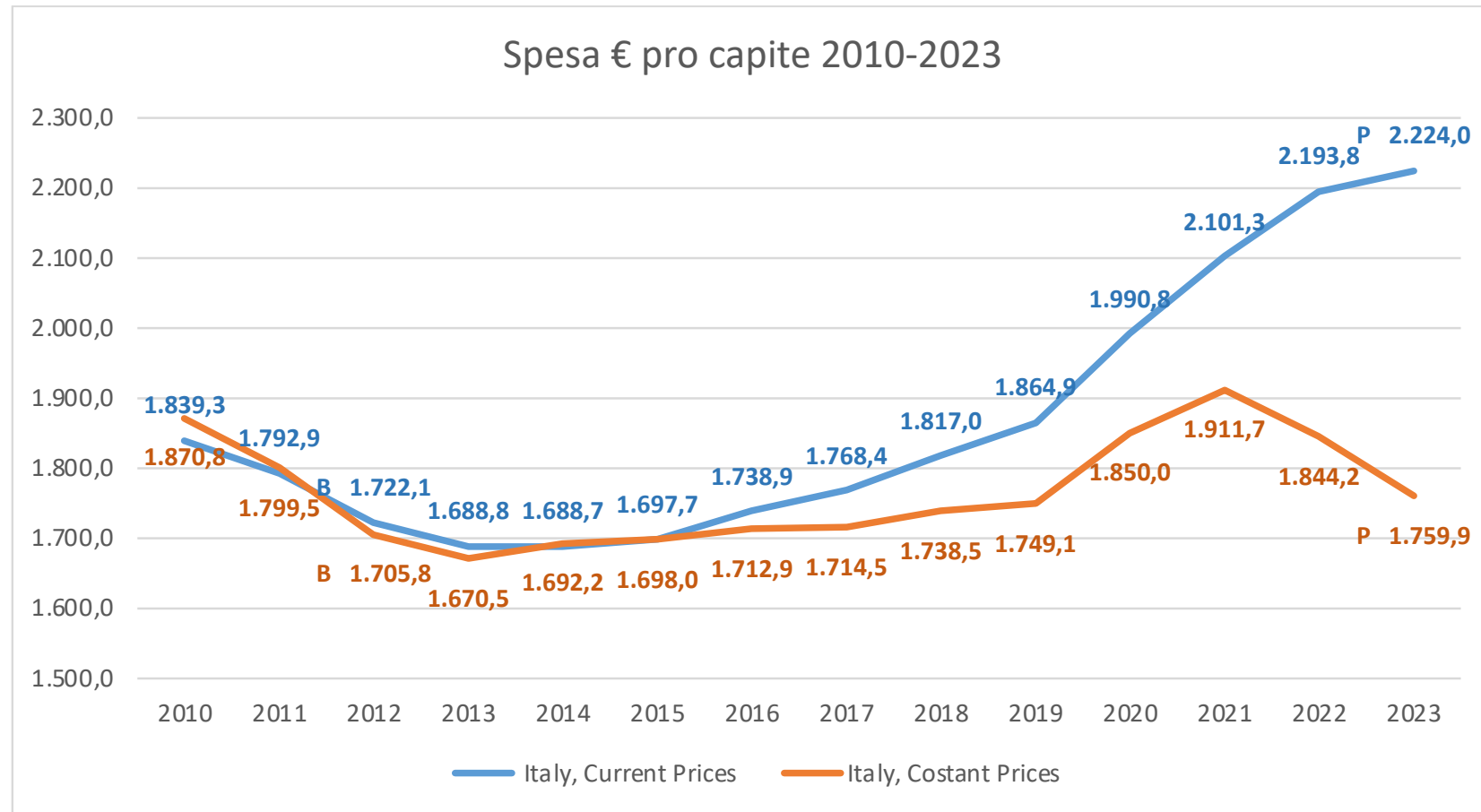
| Total Expenditure Euros per person PPP converted |              |              |             |              |              | Financing scheme: Government/compulsory schemes |              |              |             |              |              | Financing scheme: Voluntary schemes/household out-of-pocket payments |             |              |              |              |              |
|--------------------------------------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------------------------------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|----------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Price base: Current prices                       |              |              |             |              |              | Price base: Current prices                      |              |              |             |              |              | Price base: Current prices                                           |             |              |              |              |              |
|                                                  | 2000-2005    | 2006-2011    | 2012-2017   | 2018-2023    | 2000-2023    |                                                 | 2000-2005    | 2006-2011    | 2012-2017   | 2018-2023    | 2000-2023    |                                                                      | 2000-2005   | 2006-2011    | 2012-2017    | 2018-2023    | 2000-2023    |
| Austria                                          | 24,7%        | 15,0%        | 9,2%        | 26,2%        | 119,4%       | Austria                                         | 22,1%        | 15,3%        | 8,2%        | 30,4%        | 124,1%       | Austria                                                              | 32,6%       | 14,0%        | 12,0%        | 13,9%        | 104,9%       |
| Belgium                                          | 35,8%        | 22,5%        | 14,2%       | 22,8%        | 152,9%       | Belgium                                         | 35,9%        | 25,1%        | 14,6%       | 20,6%        | 154,7%       | Belgium                                                              | 35,2%       | 15,0%        | 12,8%        | 30,0%        | 147,5%       |
| Denmark                                          | 29,2%        | 24,7%        | 8,9%        | 12,1%        | 123,9%       | Denmark                                         | 30,2%        | 24,8%        | 8,4%        | 11,8%        | 125,0%       | Denmark                                                              | 24,4%       | 24,5%        | 11,6%        | 13,7%        | 118,4%       |
| Finland                                          | 37,8%        | 25,7%        | 4,9%        | 30,7%        | 166,1%       | Finland                                         | 41,6%        | 26,2%        | 2,6%        | 37,7%        | 191,2%       | Finland                                                              | 27,0%       | 23,9%        | 13,4%        | 7,1%         | 94,2%        |
| France                                           | 22,1%        | 16,2%        | 9,9%        | 24,8%        | 109,0%       | France*                                         | 21,8%        | 14,3%        | 19,7%       | 23,5%        | 117,9%       | France*                                                              | 23,3%       | 22,4%        | -21,4%       | 9,4%         | 46,6%        |
| Germany                                          | 19,1%        | 23,1%        | 18,6%       | 19,8%        | 129,6%       | Germany                                         | 14,9%        | 36,5%        | 20,7%       | 22,3%        | 152,6%       | Germany                                                              | 34,1%       | -17,1%       | 8,2%         | 6,6%         | 47,4%        |
| Greece                                           | 55,5%        | -4,4%        | -1,1%       | 30,3%        | 87,6%        | Greece                                          | 53,5%        | 1,9%         | -9,4%       | 35,6%        | 87,7%        | Greece                                                               | 58,7%       | -15,1%       | 15,0%        | 22,9%        | 87,5%        |
| Ireland                                          | 70,3%        | 24,6%        | 1,7%        | 26,8%        | 197,7%       | Ireland                                         | 73,3%        | 15,4%        | 3,2%        | 32,5%        | 197,1%       | Ireland                                                              | 60,1%       | 57,0%        | -2,2%        | 10,6%        | 199,8%       |
| <b>Italy</b>                                     | <b>23,6%</b> | <b>11,2%</b> | <b>5,7%</b> | <b>22,2%</b> | <b>87,4%</b> | <b>Italy</b>                                    | <b>31,8%</b> | <b>10,1%</b> | <b>2,7%</b> | <b>22,4%</b> | <b>90,9%</b> | <b>Italy</b>                                                         | <b>1,7%</b> | <b>14,9%</b> | <b>15,1%</b> | <b>21,7%</b> | <b>78,4%</b> |
| Netherlands                                      | 36,1%        | 14,7%        | 3,6%        | 25,9%        | 130,1%       | Netherlands                                     | 34,9%        | 13,2%        | 3,0%        | 29,3%        | 181,0%       | Netherlands                                                          | 38,8%       | 22,3%        | 6,0%         | 10,6%        | 16,8%        |
| Norway                                           | 34,6%        | 20,4%        | 12,8%       | 23,6%        | 153,6%       | Norway                                          | 36,9%        | 21,9%        | 13,3%       | 23,8%        | 166,6%       | Norway                                                               | 24,6%       | 12,6%        | 10,1%        | 21,9%        | 95,3%        |
| Portugal                                         | 33,6%        | 5,3%         | 12,9%       | 36,3%        | 128,4%       | Portugal                                        | 35,9%        | 7,1%         | 12,7%       | 37,3%        | 101,9%       | Portugal                                                             | 28,5%       | 2,2%         | 13,2%        | 34,7%        | 189,5%       |
| Spain                                            | 46,0%        | 9,7%         | 14,8%       | 29,7%        | 157,9%       | Spain                                           | 46,5%        | 11,8%        | 12,2%       | 37,3%        | 168,5%       | Spain                                                                | 44,9%       | 4,3%         | 21,4%        | 11,9%        | 131,2%       |
| Sweden                                           | 28,7%        | 42,5%        | 5,1%        | 23,8%        | 169,7%       | Sweden                                          | 23,8%        | 46,1%        | 5,7%        | 25,9%        | 171,8%       | Sweden                                                               | 57,5%       | 25,3%        | 1,9%         | 12,4%        | 157,5%       |
| Switzerland                                      | 24,1%        | 19,6%        | 13,9%       | 25,9%        | 129,4%       | Switzerland                                     | 34,7%        | 25,1%        | 16,4%       | 28,6%        | 170,5%       | Switzerland                                                          | 9,5%        | 7,6%         | 8,1%         | 28,6%        | 72,2%        |
| United Kingdom*                                  | 45,1%        | 13,4%        | 6,2%        | 25,2%        | 144,2%       | United Kingdom*                                 | 55,6%        | 12,7%        | 5,2%        | 30,3%        | 167,1%       | United Kingdom*                                                      | 13,1%       | 17,0%        | 10,2%        | 5,6%         | 74,1%        |
| * 2022 ultimo dato disponibile                   |              |              |             |              |              | * 2022 ultimo dato disponibile                  |              |              |             |              |              | * 2022 ultimo dato disponibile                                       |             |              |              |              |              |

OECD Data. Health expenditure and financing

# Bassa spesa di amministrazione del sistema

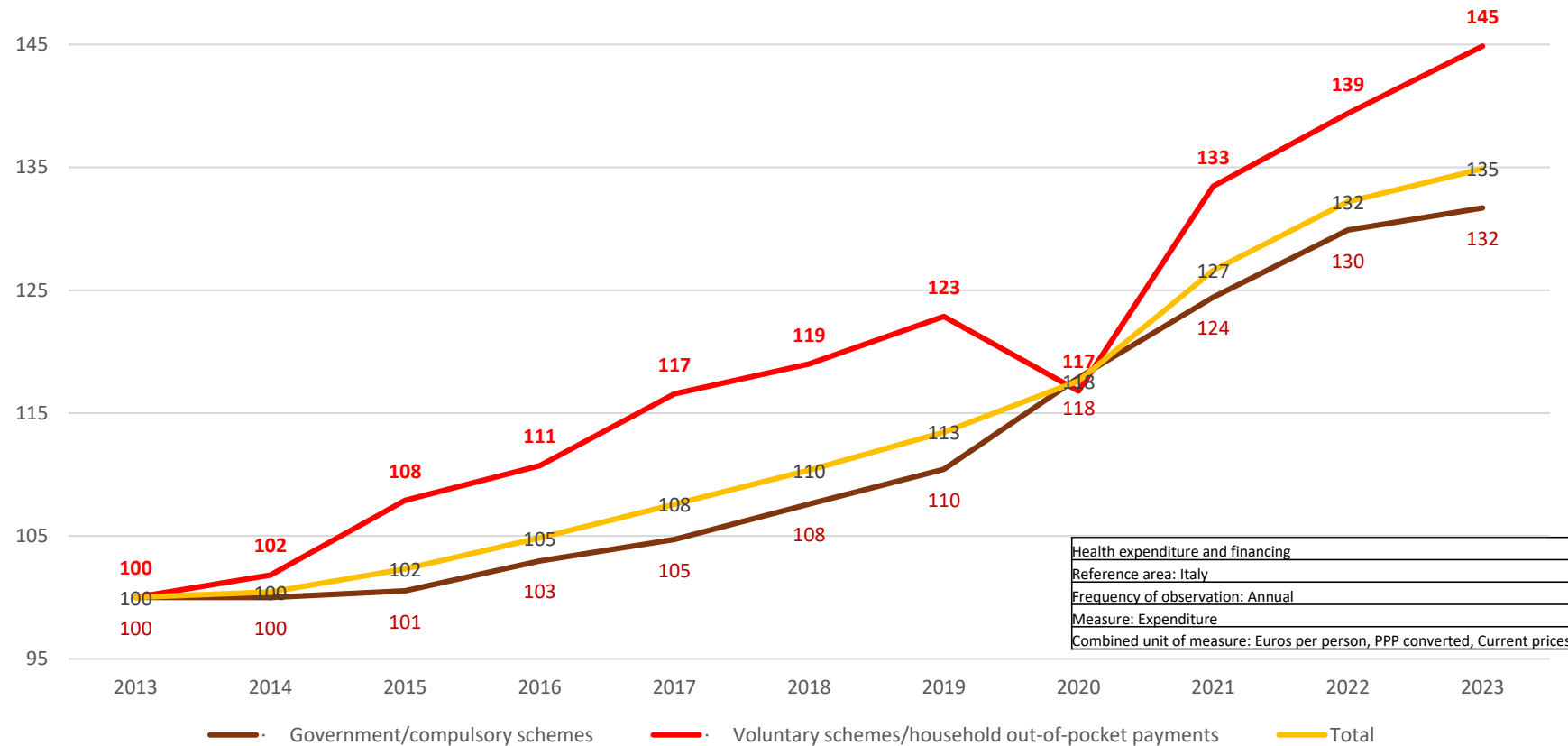


# Divario crescente tra spesa nominale e spesa reale



OECD 2024 Health expenditure and financing

# Crescente privatizzazione del finanziamento



Fonte OECD DATA 4/01/2025

# Privatizzazione della spesa per assistenza LTC

Circa 3.860.000 di non autosufficienti in Italia. Su totale, **quelli ospitati presso strutture residenziali** sono stimati in circa **347mila**, circa **975.146 sono assistiti da badanti** o assistenti a tempo parziale (il resto del tempo dell'assistenza è a carico dei caregiver familiari o volontari).

Spesa lorda e netta per l'assistenza alla non autosufficienza LTC

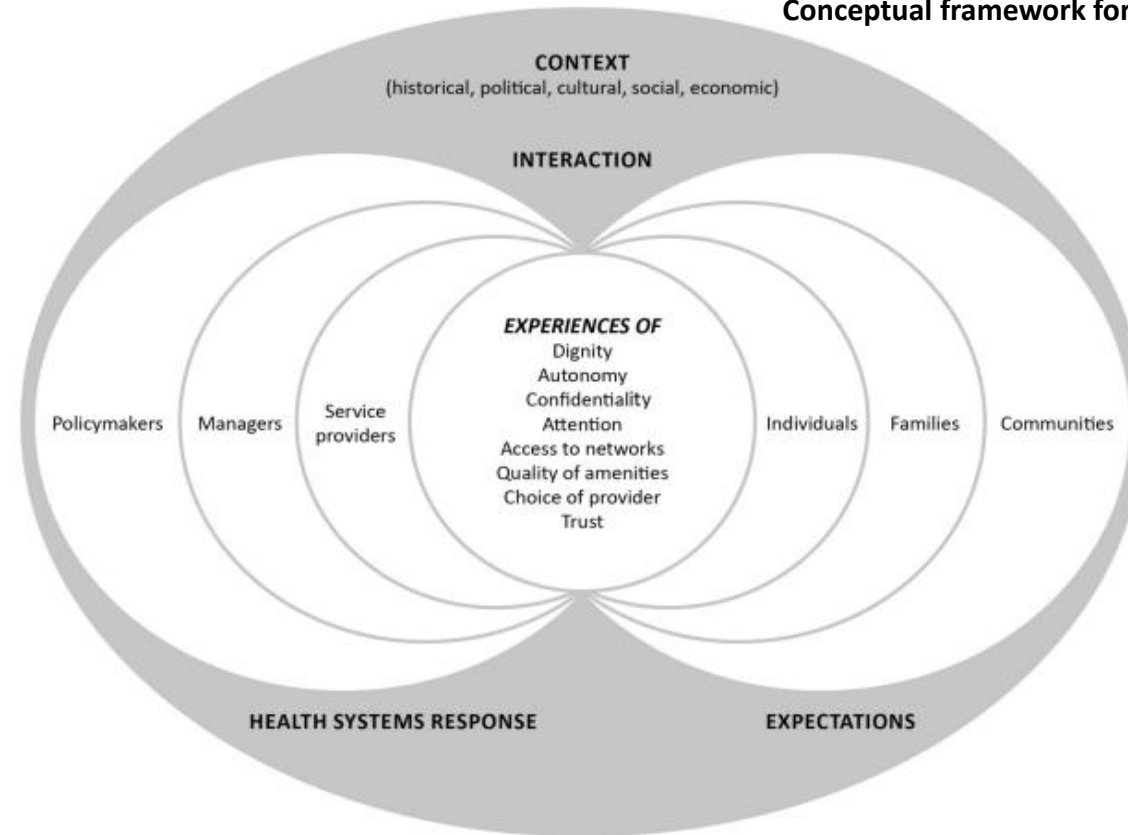
| Non autosufficienza                                                       |                          |                       |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Spesa per residenzialità                                                  | Costo RSA                | 8.328.720.000         |
| Spesa per assistenzialità                                                 | Costo Badanti Regolari   | 14.893.092.000        |
| Spesa per assistenzialità                                                 | Costo Badanti Irregolari | 11.075.976.000        |
| <b>Totale Lordo</b>                                                       |                          | <b>34.297.788.000</b> |
| Importi da sottrarre                                                      |                          |                       |
| Indennità di accompagnamento                                              |                          | 7.174.535.842         |
| Pensione di invalidità                                                    |                          | 4.294.350.000         |
| Sostegno regionale RSA                                                    |                          | 1.735.150.000         |
| <b>Totale interventi pubblici</b>                                         |                          | <b>13.204.035.842</b> |
| <b>Spesa effettiva per le famiglie al netto degli interventi pubblici</b> |                          | <b>21.093.752.158</b> |
| LTC                                                                       |                          |                       |
| LTC e Dread Disease Ramo IV                                               |                          | 275.000.000           |
| LTC ramo II danni                                                         |                          | 28.991.000            |
| <b>Totale spesa netta privata per assistenza e LTC</b>                    |                          | <b>21.397.743.158</b> |

Rapporto n.12 anno 2025. Il Bilancio del Sistema Previdenziale italiano

# Equità sociale

## Responsività

Conceptual framework for health systems responsiveness.



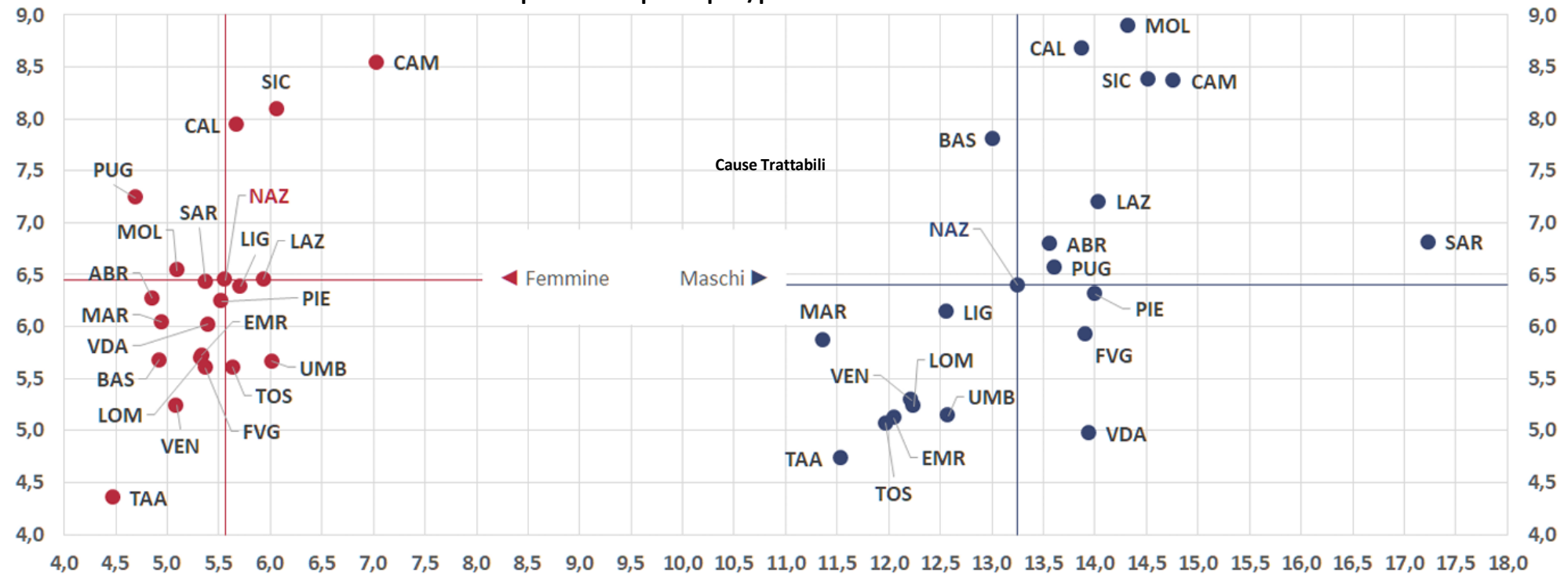
Tolib Mirzoev, Sumit Kane. . BMJ Glob Health 2017

# Equità sociale

## Mortalità evitabile

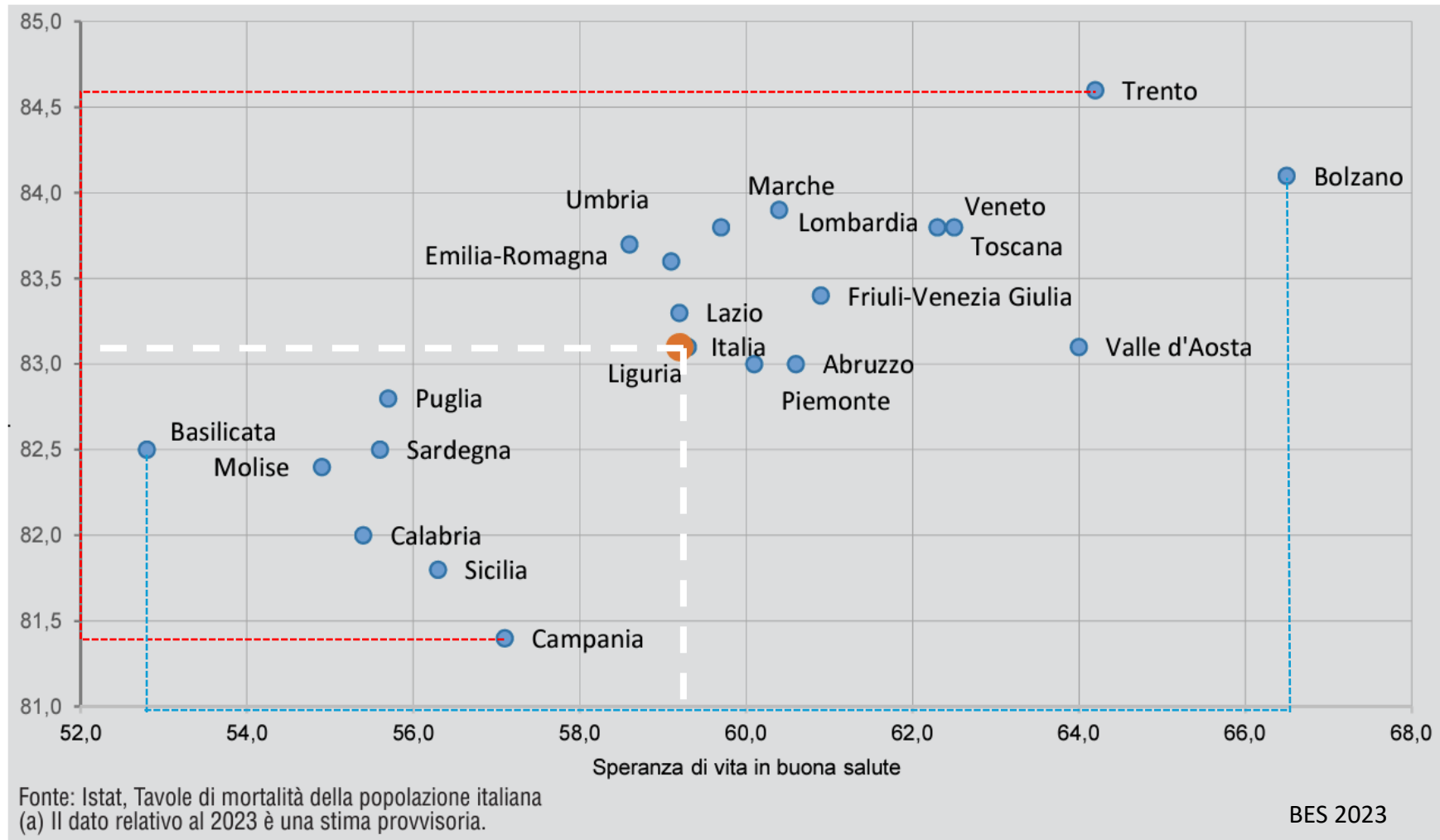
**Mortalità trattabile** tramite efficaci e tempestivi interventi sanitari di prevenzione secondaria e trattamento

Giorni perduti std pro-capite/per 10.000 resid. - Anno 2021



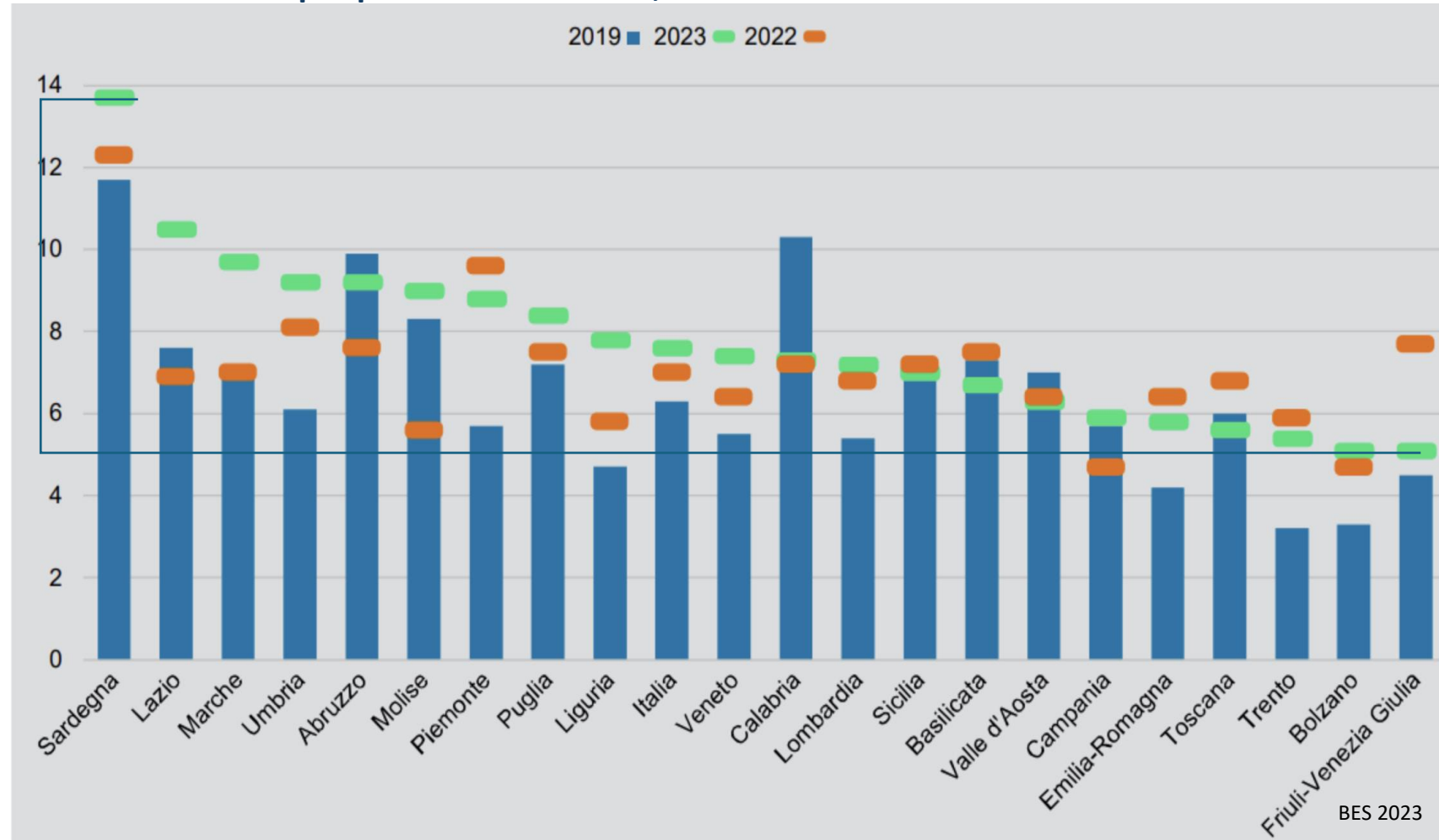
# Equità sociale

Speranza di vita alla nascita e speranza di vita in buona salute alla nascita per regione. Anno 2023 (a). In anni



# Equità sociale

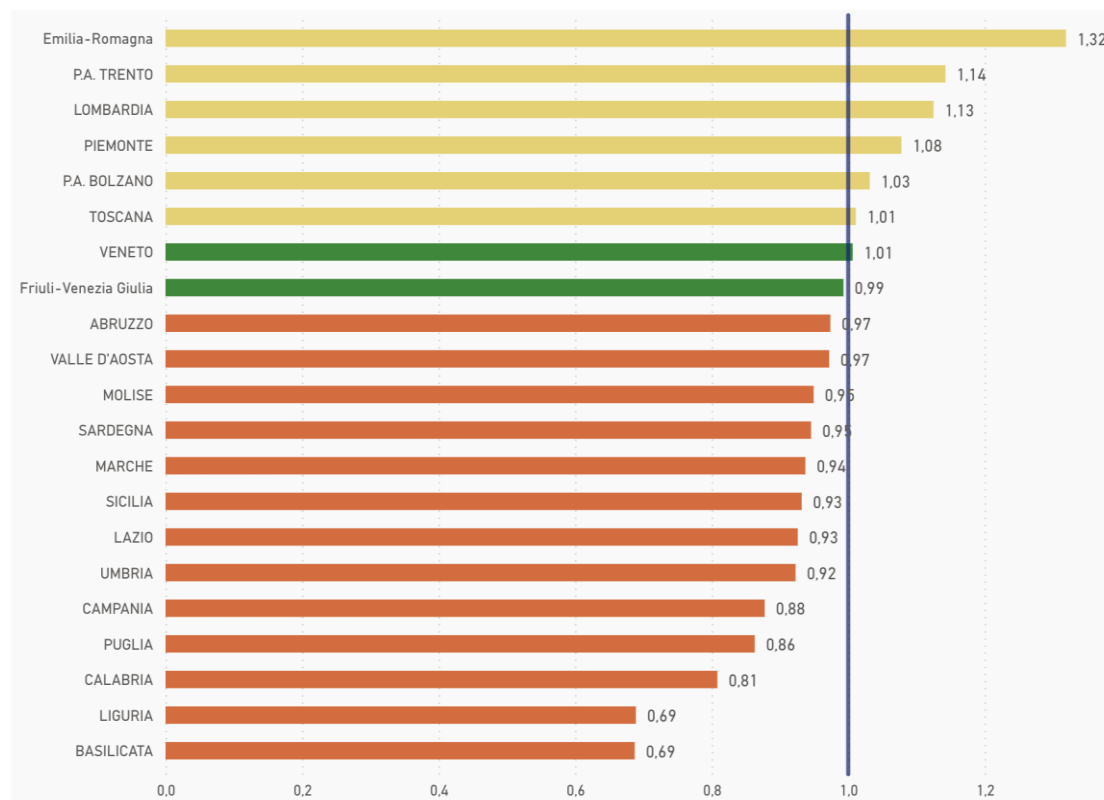
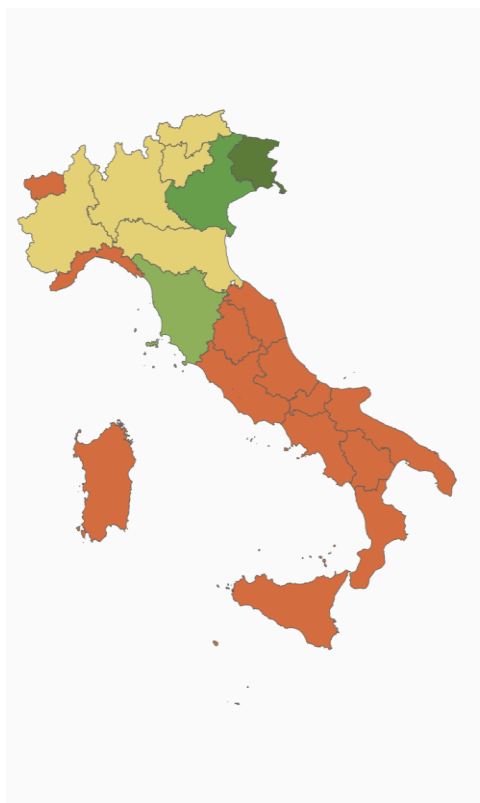
Rinuncia alle cure per problemi economici, di lista di attesa o difficoltà di accesso %



# Equità sociale

## Capacità dell'offerta di ricovero per patologie oncologiche di coprire la domanda interna

Indice di Soddisfazione della Domanda Interna per patologie oncologiche. Anno 2022



$$ISDI = \frac{\text{volume di ricoveri in Mobilità Attiva} + \text{volume di ricoveri in assenza di mobilità}}{\text{volume di ricoveri in Mobilità passiva} + \text{volume di ricoveri in assenza di mobilità}}$$

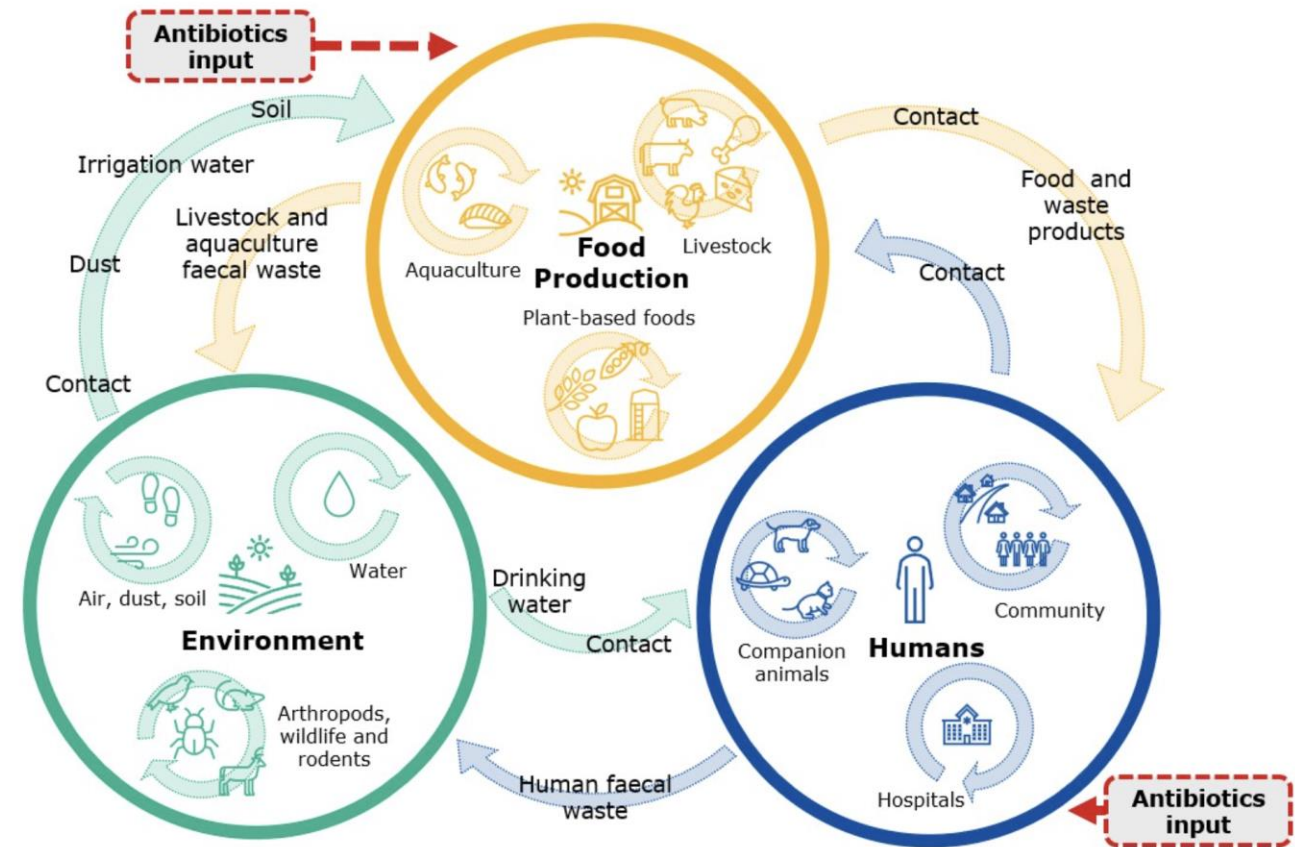
Portale Statistico AGENAS

# Tollerabilità ecologica



I driver per AMR sono associati a:

- **Uso degli antimicrobici in ambito umano**
- **Utilizzo di antimicrobici nei sistemi di produzione alimentare**



# La crisi del personale

| country     | Nurses |      | Physicians |      |
|-------------|--------|------|------------|------|
| Austria     | 11,0   | -41% | 5,4        | -22% |
| Belgium     | 11,6   | -44% | 3,6        | 19%  |
| Denmark     | 10,4   | -37% | 4,5        | -6%  |
| EU27        | 8,4    | -22% | 4,2        | 2%   |
| Finland     | 14,1   | -54% | 3,6        | 17%  |
| France      | 8,8    | -26% | 3,2        | 33%  |
| Germany     | 12,0   | -45% | 4,6        | -7%  |
| Greece      | 3,9    | 69%  | 6,6        | -36% |
| Iceland     | 14,9   | -56% | 4,4        | -3%  |
| Ireland     | 13,3   | -51% | 3,9        | 10%  |
| Italy       | 6,5    | 0,0  | 4,2        | 0%   |
| Luxembourg  | 11,7   | -44% | 3,0        | 42%  |
| Netherlands | 11,5   | -43% | 3,9        | 8%   |
| Norway      | 15,6   | -58% | 4,9        | -14% |
| Portugal    | 7,5    | -13% | 5,7        | -26% |
| Spain       | 6,2    | 6%   | 4,3        | -2%  |
| Sweden      | 10,9   | -40% | 4,4        | -4%  |

- la carenza di personale sanitario minaccia l'accessibilità, la qualità e la resilienza dei servizi;
- la condizione di “doppia demografia”, invecchiamento della popolazione associato all’invecchiamento della forza lavoro, allarga il divario bisogni-servizi;
- la carenza di personale crea condizioni di lavoro stressanti, favorisce l’aumento delle dimissioni e il calo di interesse per le professioni sanitarie;
- rischio di una spirale discendente dove nel tempo le carenze generano ulteriori carenze.



Elaborazione da HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2024 © OECD/OECD/EUROPEAN UNION 2024. Data refer to 2022 or the nearest year

# Contrastare il declino

Il Servizio Sanitario Nazionale sta attraversando una **profonda crisi**, forse la più grave dalla sua istituzione.

Il SSN ha certamente un serio problema finanziario, ma il **problema centrale è il carico di non salute e la sua diseguale distribuzione** che deve essere affrontato cambiando l'approccio alla salute e trasformando il sistema dei servizi.

I determinanti sociali, economici, commerciali e ambientali modellano una larga parte dello stato di salute di un individuo per questo è necessaria **una politica intersettoriale che faccia della salute e del benessere "uno stato mentale"** che comprende "la qualità della vita e la capacità delle persone e delle società di contribuire al mondo con significato e scopo», che enfatizzi l'importanza delle comunità, delle strutture sociali, del benessere e della creazione di salute.

# Assumere la responsabilità politica

*L'equilibrio necessario è frutto di un **atto deliberato da parte della società** e, di conseguenza, è il governo globale del sistema sanitario, a tutti i livelli, che deciderà il modo in cui gli elementi in causa saranno equilibrati. Il governo del sistema sanitario mette in gioco le scelte politiche, sociali ed economiche che fanno i cittadini, i loro governanti e i responsabili del sistema sanitario quando decidono dei mezzi di cui dotarsi per assicurare l'equilibrio tra servizi sanitari, bisogni di salute e risorse.*

Building on Values: The Future of Health Care in Canada.  
2002 Roy J. Romanow.

Sono necessarie scelte che non possono che fare riferimento a giudizi di valore rispetto a ciò che riteniamo auspicabile per la nostra società.

Scelte che riposano su valori (solidarietà, equità, giustizia sociale, libertà,...) che non possono essere evitati con gli argomenti dell'efficienza e della sostenibilità finanziaria.

# Dotarsi di una “prospettiva” credibile ed esaustiva

Distinguere le tattiche congiunturali a breve termine dalle strategie di medio-lungo termine perseguendo una riorganizzazione capace di agire su tutte le dimensioni del sistema (risultati di salute, responsività, qualità della vita e sostenibilità nel tempo).

Da troppo tempo c'è molto delle prime e poco delle seconde.

# Consapevolezza del costo importante e crescente della cattiva salute per l'economia, per le persone e per i contribuenti.



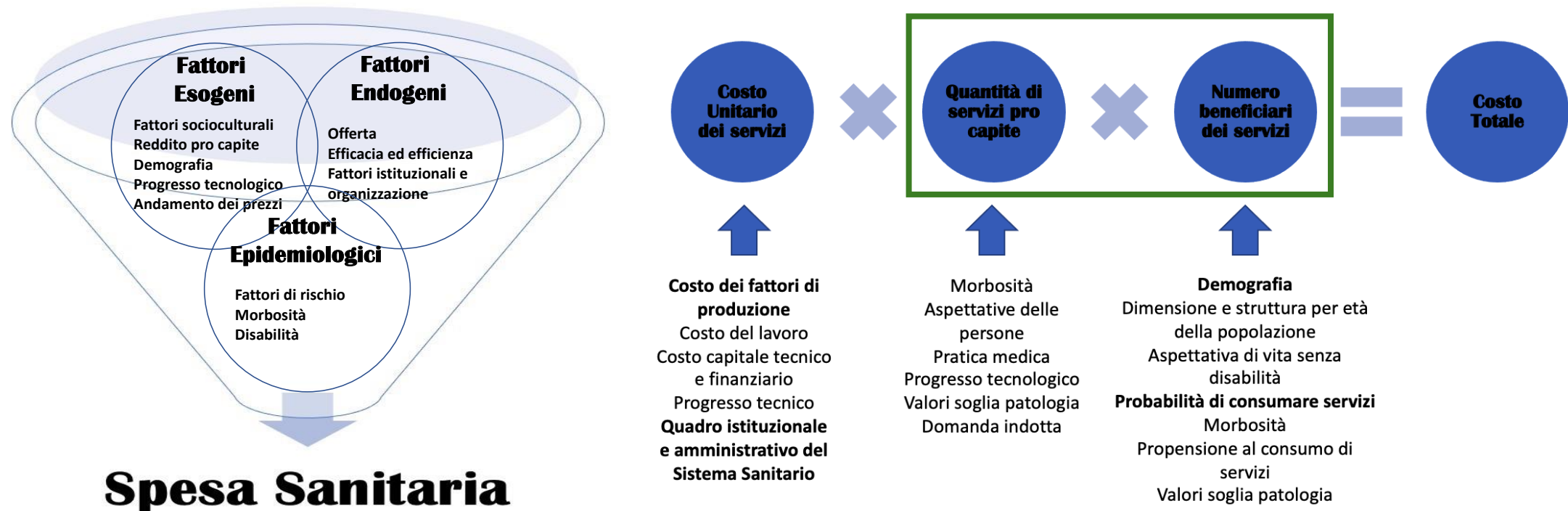
Costo economico della perdita di produzione tra le persone in età lavorativa a causa di problemi di salute. Da 148 a 190bn di £

| Elementi di costo    | Descrizione                                                                                                    | Costi stimati         |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Assenze per malattia | perdita di produzione dovuta ad assenze per malattia                                                           | Da 32bn a 41 bn di £  |
| Inattività economica | inattività economica                                                                                           | Da 115bn a 148bn di £ |
| Assistenza informale | perdita di produzione dovuta a cure in età lavorativa che si prendono cura di persone malate in età lavorativa | >1bn di £             |

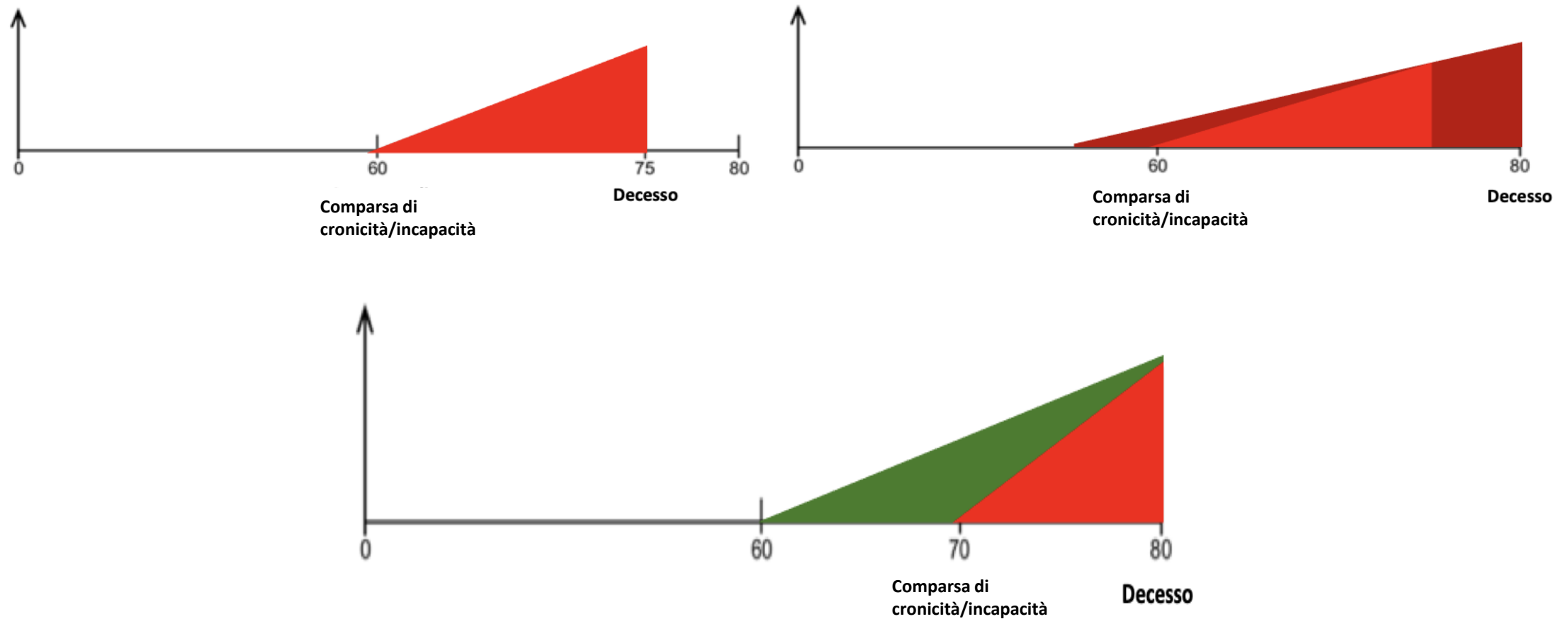
Costi per il governo dovuti alla cattiva salute della popolazione in età lavorativa. Da 66 a 77bn di £

| Elementi di costo       | Descrizione                                                                                                         | Costi stimati       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Costi NHS               | costi di trattamento aggiuntivi per condizioni che incidono sulla capacità di lavorare                              | 10 bn di £          |
| Costo fiscale           | rinuncia alle tasse e all'assicurazione nazionale a causa della disoccupazione per motivi di salute                 | Da 40bn a 51bn di £ |
| Costo sicurezza sociale | costi delle prestazioni di sicurezza sociale legate a condizioni di salute che impediscono alle persone di lavorare | 16bn di £           |

# Una prospettiva che agisca sull'insieme dei fattori che variabilmente concorrono alla spesa sanitaria



# Una prospettiva che migliori l'efficienza del «sistema salute» e contrasti l'espansione del carico di malattia



# Trasformare approccio e modello di servizio

Nonostante i cambiamenti nei modelli di malattia il SSN ancora oggi utilizza prevalentemente modelli di servizio progettati per le esigenze di una popolazione più giovane e interessata prevalentemente da più malattie infettive, traumi e malattie acute. Continuiamo ad utilizzare un modello del XX° secolo per affrontare i problemi del XXI°.

# Conciliare la logica di produzione della salute con la logica della cura della malattia



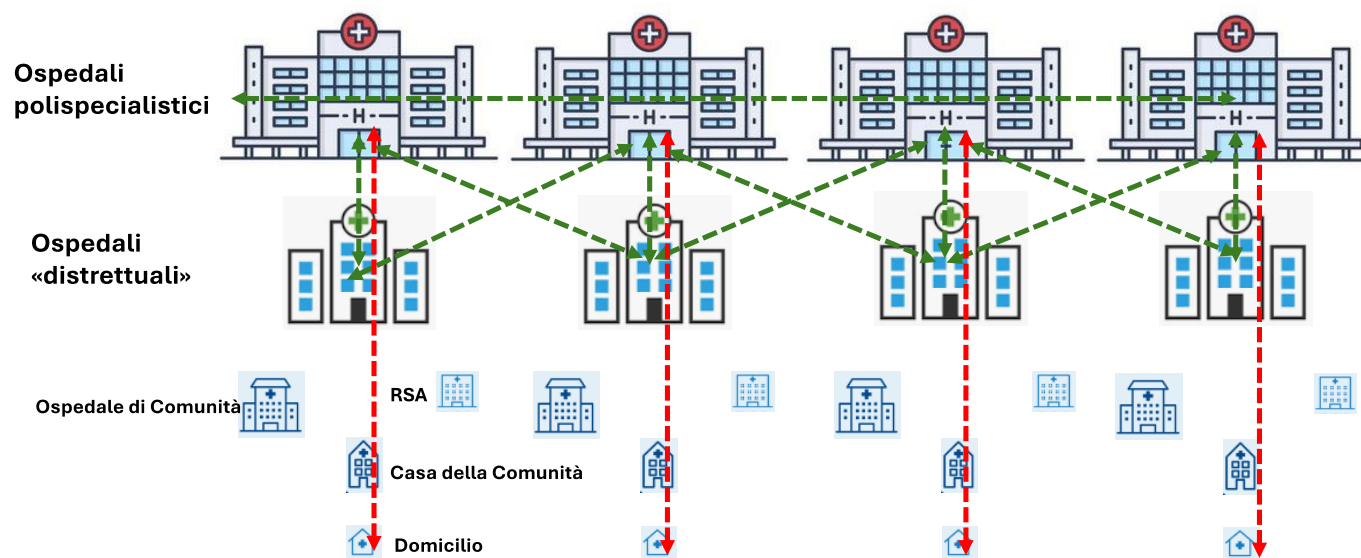
Adattato da O'Neill et coll. (2006)

# Realizzare l'integrazione verticale ed orizzontale tra i servizi

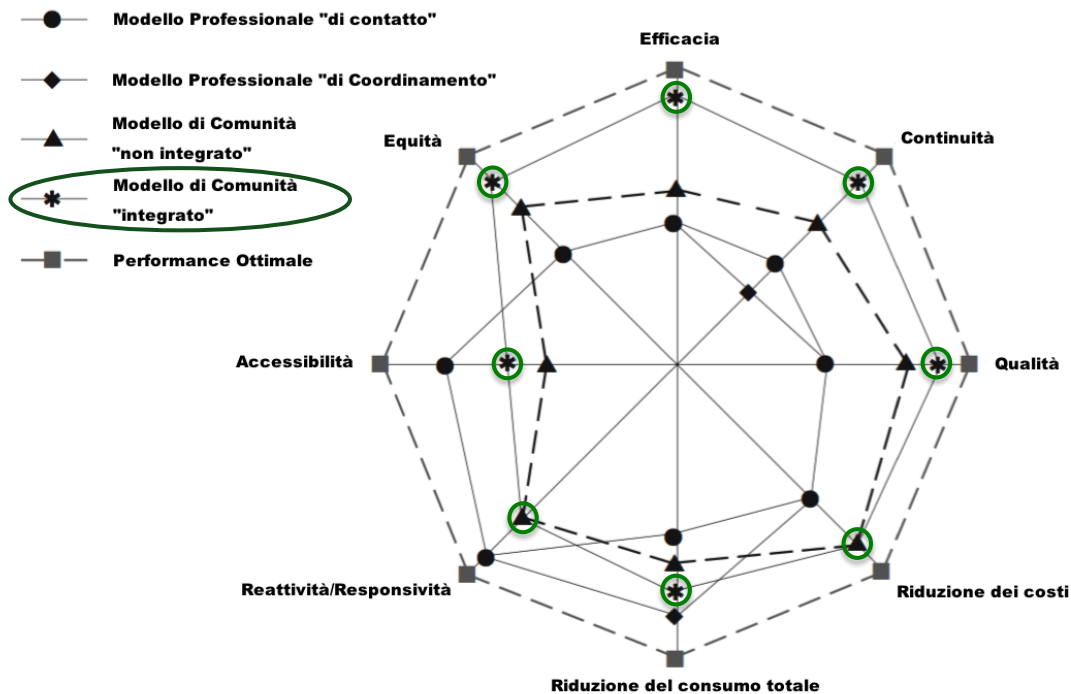
Il distretto come maglia di rete fondamentale per la messa in coerenza della struttura dell'offerta

Per il miglior equilibrio possibile tra le ragioni della concentrazione e quelle della prossimità nella distribuzione dei servizi

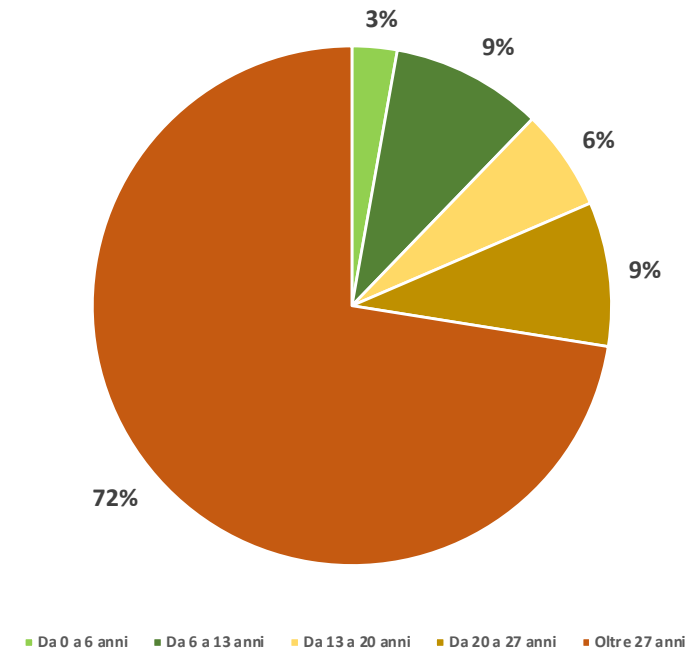
- Servizi logistici e di supporto
- Servizi sanitari a domanda collettiva
- Servizi sanitari a domanda individuale in risposta a bisogni occasionali o persistenti che richiedono un sistema tecnico specialistico sofisticato e complesso
- Servizi sanitari a domanda individuale in risposta a bisogni persistenti che non richiedono un sistema tecnico specialistico di larga diffusione



# Un «coerente» modello per le cure primarie

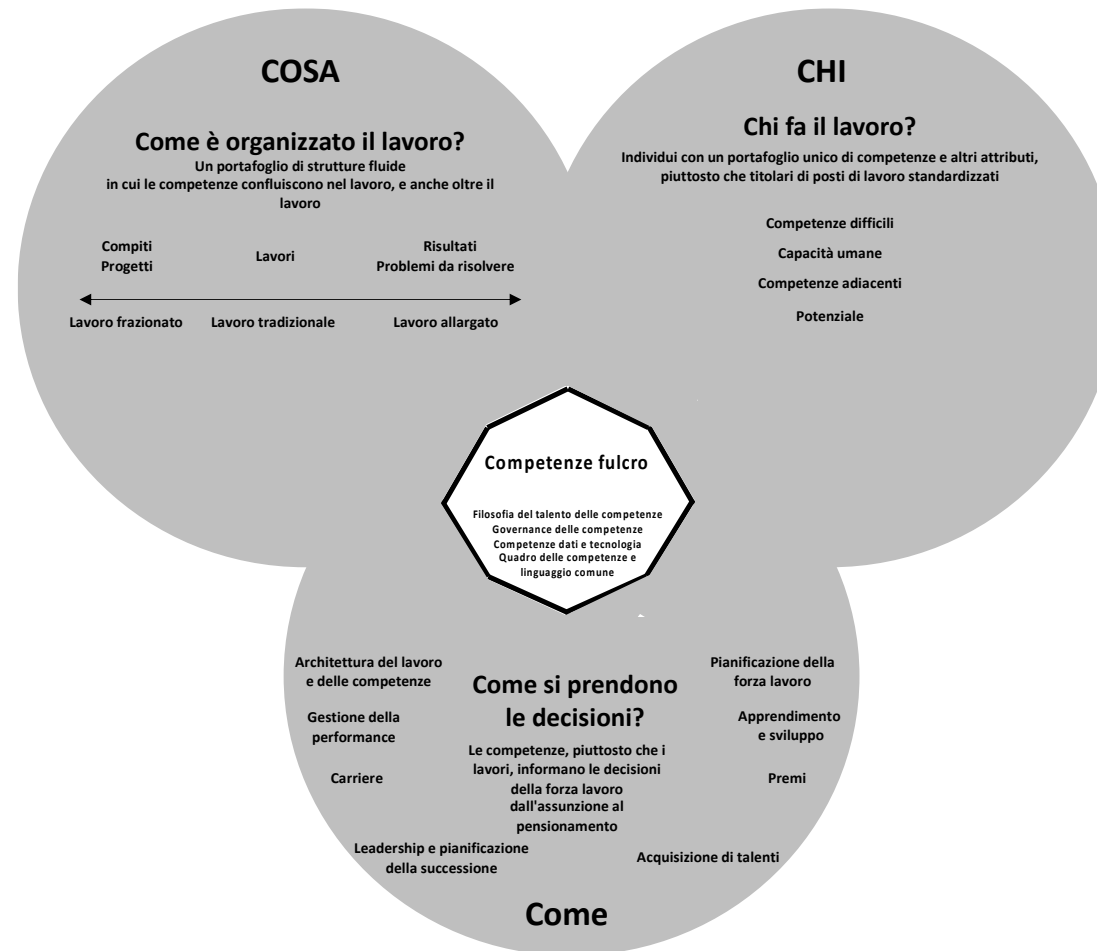


MMG per anni di anzianità di laurea: totali 39.366. Anno 2022

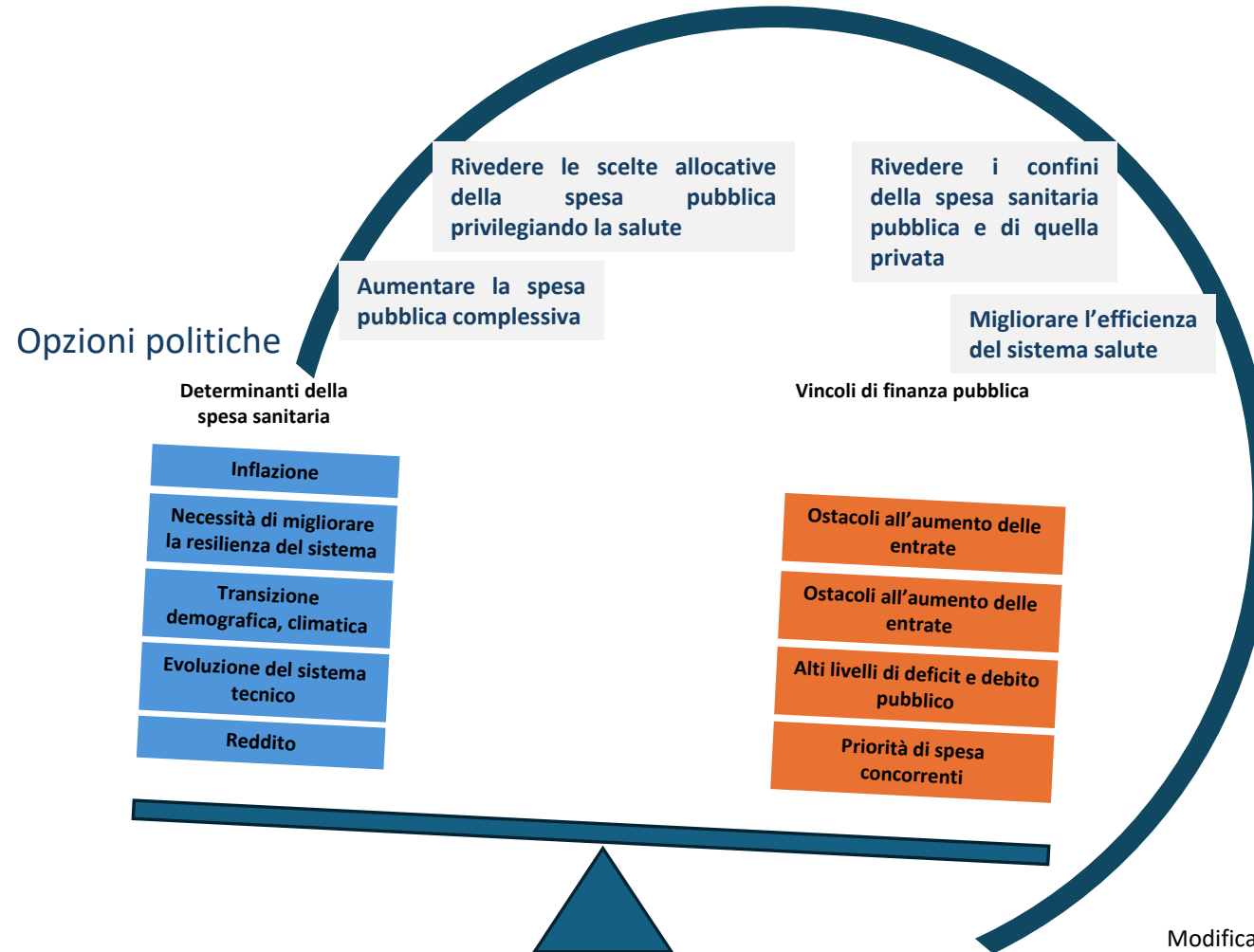


Fonte: annuario statistico 2022 Ministero salute

# Ripensare l'impiego e l'organizzazione delle competenze



# Per la sostenibilità fiscale



Modificato da  
FISCAL SUSTAINABILITY OF HEALTH SYSTEMS © OECD 2024

# Limitare la gamma dei servizi significa negare la copertura universale e avere potenziali conseguenze negative importanti.

- ✓ Le persone dovrebbero pagare per qualsiasi servizio aggiuntivo oppure farne a meno.
- ✓ Il pacchetto di prestazioni coperto può essere eroso nel tempo fino a diventare un minimo di servizi
- ✓ L'innovazione, lo sviluppo e gli investimenti si spostano in aree a maggiore redditività con stagnazione e servizi scadenti
- ✓ Le disuguaglianze aumentano perché le persone più povere non possono pagare per servizi aggiuntivi
- ✓ Se vengono soddisfatte solo alcune esigenze la qualità del servizio e i risultati sanitari possono risentirne

**Un servizio completo deve rimanere un'aspirazione vitale e deve costringere i pianificatori a considerare il modo migliore per ottenerlo**

# La sanità integrativa: evidenze non confortanti

- ✓ Non aiuta a risolvere i problemi strutturali della sanità;
- ✓ non riduce la spesa sanitaria complessiva e, a parità di spesa, sottrae risorse dai servizi alla persona per compensare i maggiori costi amministrativi;
- ✓ non riduce la pressione sulla necessità di risorse economiche del settore pubblico;
- ✓ non si accompagna a miglioramenti di efficienza allocativa e produttiva nel settore pubblico;
- ✓ amplifica le iniquità, perché i due sottosistemi danno vita a flussi di consumo e di spesa che, per definizione sono limitate agli aderenti e non riguardano tutta la popolazione;
- ✓ riduce la capacità di socializzazione dei rischi e della capacità di negoziare con i produttori per frammentazione dei terzi paganti;
- ✓ la forma sostitutiva o additiva a quella pubblica aumenta le disparità, i consumi e la spesa sanitaria, sia quella privata che quella pubblica.

# Contrasto a sprechi, abusi e frodi: doveroso e necessario ma ...

- **sprechi da assistenza dispendiosa:**

Eventi avversi clinici prevenibili,  
Cure di basso valore,  
Duplicazione superflua dei servizi.

- **sprechi operativi:**

scarsa organizzazione e difetti di coordinamento.

- **sprechi legati alla governance/amministrativi:**

lo spreco amministrativo da cattiva organizzazione e da difetti di coordinamento, a livello micro (manager) o macro (regolatore); deviazione di risorse dal perseguimento degli obiettivi istituzionali.

**è illusorio pensare che da sole siano sufficienti a garantire la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario italiano.**

# Inefficacia e controindicazioni alla condivisione dei costi

- ✓ Riduce l'assistenza sanitaria "appropriata o necessaria" come anche l'assistenza medica "inadeguata o non necessaria". **L'impatto sullo stato di salute è minimo, tranne che nelle persone povere e malate, dove la riduzione è stata in media dannosa** (RAND Health Insurance Experiment. 2023. [https://en.wikipedia.org/wiki/RAND\\_Health\\_Insurance\\_Experiment](https://en.wikipedia.org/wiki/RAND_Health_Insurance_Experiment))
- ✓ le spese per gli utenti **non sono un modo efficace per indirizzare le persone a utilizzare i servizi sanitari in modo più efficiente.**
- ✓ le persone non attribuiscono maggiore valore agli interventi quando devono pagarli di tasca propria e che **anche spese per gli utenti relativamente piccole possono scoraggiare le persone dall'utilizzare l'assistenza sanitaria necessaria**
- ✓ **possono ridurre l'aderenza** ai farmaci essenziali e ad altre forme di trattamento, **aumentare l'uso di altri servizi** sanitari, portare a difficoltà finanziarie, aumentare l'uso dell'assistenza sociale e influire negativamente sulla salute, in particolare nelle persone con redditi bassi o patologie croniche

World Health Organization Regional Office for Europe. Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe. 2023. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8969-48741-72485>

# Migliorare il valore della spesa per i prodotti farmaceutici

Migliorare il rapporto qualità-prezzo nella selezione, copertura, approvvigionamento, distribuzione

Aggiornamento non unidirezionale e ad intervalli annuali del prontuario terapeutico

Promuovere la prescrizione appropriata e contrastare l'uso eccessivo

Massimo sfruttamento del potenziale risparmio derivante da farmaci generici e biosimilari

Deprescribing e riconciliazione della terapia farmacologica

Ridurre gli sprechi ottimizzando il confezionamento

Migliorare l'aderenza al trattamento



# Per una migliore sostenibilità fiscale

Rivedere il sistema di agevolazioni fiscali e contributive alla luce degli effetti (spesa e responsività) sul SSN, della perdita di gettito IRPEF e INPS, dei benefici per lavoratori e datori di lavoro e degli effetti redistributivi.

Rivedere il sistema di finanziamento della non autosufficienza.

Tassare i determinanti commerciali negativi

*"nessuna società può legittimamente definirsi civile se a una persona malata viene negata l'assistenza medica per mancanza di mezzi"*

**Aneurin Bevan**  
*«In Place of Fear», 1952*

Riallineare le risorse ai bisogni da soddisfare in condizioni di efficienza e non viceversa

