

LE SFIDE DI OGGI PER LA SANITÀ DI DOMANI

# L'EVOLUZIONE DELLE MODALITÀ DI FINANZIAMENTO DEI SISTEMI SANITARI NAZIONALI





**L** Aiop Giovani è la sezione costituita nel 2002 da Emmanuel Miraglia allora Presidente Nazionale, con l'approvazione del nuovo Statuto dell'Associazione. Lo scopo era quello di creare uno spazio di dibattito e una palestra di formazione di giovani imprenditori della sanità privata che curasse anche il passaggio generazionale all'interno dell'Aiop. Ne fanno parte i legali rappresentanti delle istituzioni aderenti all'Aiop, o i loro figli, con età minore di 40 anni. Ad oggi sono costituite 12 sezioni regionali: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Lazio, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, e 2 provinciali: Trento e Bolzano. Dal 2002 a oggi Aiop Giovani è cresciuta diffondendo la sua attività sia internamente che esternamente all'Associazione, creando una realtà in cui confrontare esperienze e percorsi universitari diversi, creando comunicazione e dando vita a nuove idee. Le relazioni nazionali e internazionali curate in questi anni e le competenze tecniche maturate sono l'occasione per migliorare e amplificare quanto fatto finora. Tutto ciò servirà per un confronto istituzionale che nei prossimi anni si preannuncia sempre più complesso.



**V.I.H.T.A.L.I.** (Value in Health Technology and Academy for Leadership and Innovation - [www.vihtali.it](http://www.vihtali.it)) è uno spin-off accademico dell'Università Cattolica del Sacro Cuore creato per promuovere l'innovazione e la ricerca sui servizi sanitari, fornendo un contributo altamente qualificato in tema di miglioramento dei risultati di salute della popolazione ed evoluzione dei modelli di presa in carico delle patologie nel rispetto del delicato rapporto tra accesso dell'innovazione e sostenibilità del sistema.

Lo scopo di V.I.H.T.A.L.I. è di garantire supporto alla realizzazione di interventi sanitari evidence based, affidabili e riproducibili, diffondendo nelle organizzazioni l'approccio della medicina di popolazione e promuovendo le innovazioni della medicina personalizzata all'interno del settore sanitario. Inoltre, obiettivi di V.I.H.T.A.L.I. sono il trasferimento sistematico delle conoscenze e competenze attraverso l'identificazione dei più importanti quesiti della ricerca biomedica e la realizzazione di progettualità inclusive della prospettiva di tutti i portatori di interesse sul dato problema di salute, disseminandone i risultati in modo trasparente e metodologicamente fondato a supporto dei decisori ed utilizzatori finali.

L'aggiornamento continuo del background scientifico del team permette a V.I.H.T.A.L.I. di formare un perfetto ponte tra l'esperienza accademica e le esigenze del mercato. Difatti, un team di professionisti con esperienza decennale in ambito di ricerca accademica, di management sanitario e di approccio al mercato, attraverso V.I.H.T.A.L.I., si è spostato nel mercato del knowledge business, fornendo elevate competenze tecnico-scientifiche in particolare nelle aree:

- Value Based Medicine e Value based Health Care,
- Health Technology Assessment
- Health Policy Research
- Data management e Big Data Analytics

LE SFIDE DI OGGI PER LA SANITÀ DI DOMANI

# L'EVOLUZIONE DELLE MODALITÀ DI FINANZIAMENTO DEI SISTEMI SANITARI NAZIONALI



La presente pubblicazione è stata curata da **VIHTALI – (Value in Health Technology and Academy for Leadership and Innovation)** - Spin off dell' **Università Cattolica**, attraverso una stretta collaborazione con l' **Aiop Giovani – Associazione Italiana Ospedalità Privata**. È stato costituito allo scopo un apposito gruppo di lavoro scientifico misto, composto da: **Sir. Miur Gray**, Professore Emerito, Oxford University, UK, Coordinatore scientifico Better Value Health Care; **Umberto Moscato**, Professore Associato, Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; **Andrea Silenzi**, MD, PhD, Program Manager VIHTALI; **Paolo Parente**, MD, PhDc, Researcher VIHTALI; **Emanuela Maria Frisciale**, MD, PhDc, Researcher VIHTALI; **Daniele Ignazio La Milia**, MD, Researcher VIHTALI; **Alice Borghini**, MD, Istituto di Sanità Pubblica Università Cattolica del Sacro Cuore; **Gaetano Tumbarello**, MD, Istituto di Sanità Pubblica Università Cattolica del Sacro Cuore; **Elena Azzolini**, MD, PhDc, Researcher VIHTALI; **Lorenzo Miraglia**, Presidente Aiop Giovani; **Gabriele Pelissero**, Presidente Nazionale Aiop; **Giulia De Leo**, componente Comitato Esecutivo Aiop; **Matteo Bonvicini**, vice Presidente Aiop Giovani Area Nord; **Gianni Costa**, vice Presidente Aiop Giovani Area Centro; **Luca Valerio Radicati**, vice Presidente Aiop Giovani Area Sud; **Angelo Cassoni**, Responsabile Ufficio Studi Aiop; **Fabiana Rinaldi**, Responsabile Ufficio Comunicazione Aiop; **Annagiulia Caiazza**, Responsabile Ufficio giuridico sanitario Aiop.

Con il contributo di:

**John King** (CA, SE), membro del "Canadian College of Health Leader, CHE, International Facilitator, Former Executive Vice-President e Chief Administrative Officer St. Michael's Hospital.

**Paul Garassus**, (FR) medico, neurologo, Presidente della UEHP – Unione Europea dell'Ospedalità Privata.

**Miriam Blumel** (DT), Ricercatrice presso il Dipartimento di Management delle imprese sanitarie della "Berlin University of Technology" e collaboratrice dell'European Observatory on Healthcare Systems (WHO).

**Fernando Lamata** (ES), già Ministro della Sanità e dei Servizi Sociali della Comunità Autonoma di Castiglia- La Mancia dal 2000 al 2004 e dal 2008 al 2011 Direttore Generale al Ministero della Salute spagnola nel biennio 2004 – 2005 .

**David Stuckler** (USA) Professore Ordinario presso il Dipartimento di Analisi delle Politiche e Management Pubblico dell'Università Bocconi (Dondena Research Centre, based in Milan, Italy)

**Giovanna Giannetti** (IT), Dirigente medico, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ministero della Salute

*Un ringraziamento per il contributo apportato alla ricerca va al Professor **Walter Ricciardi**, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità.*

Curatore editoriale e Progetto grafico: **Andrea Albanese**, Aiop

Stampato nel mese di novembre 2017  
da Stampa Grafica 96 - Roma

Si ringrazia **Balestra s.r.l.** per la stampa

©Tutti i diritti sono riservati. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, commerciale o comunque per uso diverso da quello personale - ad esempio Corsi di formazione - possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da **Aiop Sede Nazionale**, via Lucrezio Caro 67, 00193 Roma - email: [segreteria.generale@aiop.it](mailto:segreteria.generale@aiop.it)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e gli studi da noi pubblicati possono consultare i nostri siti internet:

---



## Presentazione

Lorenzo Miraglia, *Presidente Aiop Giovani* .....7

## Prefazione

Prof. Gabriele Pelissero, *Presidente Associazione Italiana Ospedalità Privata* .....9

Prof. Walter Ricciardi, *Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità* .....11

## Premessa

Prof. Sir Muir Gray, *Professore Emerito dell'Università di Oxford,  
già Chief Knowledge Officer del National Health Service Britannico* .....13

## Introduzione

*Sostenibilità economico-finanziaria del Sistema Sanitario in Italia  
nell'attuale contesto di riferimento* .....17

Obiettivi e Metodi .....25

## Il Sistema Sanitario in Canada .....29

Caratteristiche del Sistema Sanitario in Canada .....30

Overview e governance .....30

Offerta dei servizi .....31

Modalità di finanziamento .....31

Andamento della Spesa Sanitaria in Canada .....33

Commento Key Opinion Leader: John King .....37

## Il Sistema Sanitario in Francia .....39

Caratteristiche del Sistema Sanitario in Francia .....40

Overview e governance .....40

Offerta dei servizi .....42

Modalità di finanziamento .....43

Andamento della Spesa Sanitaria in Francia .....44

Commento Key Opinion Leader: Paul Garassus .....47

## Il Sistema Sanitario in Germania .....49

Caratteristiche del Sistema Sanitario in Germania .....50

Overview e governance .....50

Offerta dei servizi .....52

Modalità di finanziamento .....53

Andamento della Spesa Sanitaria in Germania .....55

Commento Key Opinion Leader: Miriam Blumel .....59

<b>Il Sistema Sanitario in Italia</b> .....	<b>61</b>
Caratteristiche del Sistema Sanitario in Italia .....	62
Overview e governance .....	62
Offerta dei servizi .....	63
Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) .....	65
Modalità di finanziamento .....	67
Andamento della Spesa Sanitaria in Italia .....	70
Commento Key Opinion Leader: Giovanna Giannetti e Umberto Moscato .....	74
<b>Il Sistema Sanitario nel Regno Unito</b> .....	<b>79</b>
Caratteristiche del Sistema Sanitario nel Regno Unito .....	80
Overview e governance .....	80
Offerta dei servizi .....	82
NHS Inghilterra .....	82
NHS Scozia .....	84
NHS Galles .....	84
NHS Irlanda del Nord .....	85
Modalità di finanziamento .....	85
Andamento della Spesa Sanitaria nel Regno Unito .....	87
Commento Key Opinion Leader: Sir Muir Gray .....	90
<b>Il Sistema Sanitario in Spagna</b> .....	<b>93</b>
Caratteristiche del Sistema Sanitario in Spagna .....	94
Overview e governance .....	94
Offerta dei Servizi .....	94
Modalità di finanziamento .....	97
Andamento della Spesa Sanitaria in Spagna .....	100
Commento Key Opinion Leader: Fernando Lamata .....	102
<b>Il Sistema Sanitario negli Stati Uniti</b> .....	<b>105</b>
Caratteristiche del Sistema Sanitario negli Stati Uniti .....	106
Overview e governance .....	106
Offerta dei servizi .....	108
Modalità di finanziamento .....	110
Andamento della Spesa Sanitaria negli Stati Uniti .....	111
Commento Key Opinion Leader: David Stuckler .....	115
<b>Il Sistema Sanitario in Svezia</b> .....	<b>117</b>
Caratteristiche del Sistema Sanitario in Svezia .....	118
Overview e governance .....	118
Offerta dei servizi .....	119
Modalità di finanziamento .....	120
Andamento della Spesa Sanitaria in Svezia .....	121
Commento Key Opinion Leader: John King .....	125

<b>Schemi comparativi di analisi</b> .....	<b>127</b>
Fig. 27 Copertura sanitaria della popolazione .....	128
Fig. 28 Copertura sanitaria della popolazione da finanziamento pubblico .....	129
Fig. 29 Copertura sanitaria della popolazione da finanziamento privato sostitutivo .....	130
Fig. 30 Copertura sanitaria della popolazione da finanziamento privato integrativo .....	131
Fig. 31 Distribuzione della quota di finanziamento pubblico/privato integrativo/privato sostitutivo rispetto alla copertura sanitaria generale .....	132
<b>Analisi trend</b> .....	<b>133</b>
Fig. 32 Andamento Spesa Sanitaria complessiva .....	134
Fig. 33 Forecast Spesa Sanitaria complessiva .....	134
Fig. 34 Andamento della Spesa Sanitaria Pubblica .....	135
Fig. 35 Forecast Spesa Sanitaria Pubblica .....	135
Fig. 36 Andamento Spesa Ospedaliera .....	136
Fig. 37 Forecast Spesa Ospedaliera .....	136
Fig. 38 Andamento Spesa Ambulatoriale .....	137
Fig. 39 Forecast Spesa Ambulatoriale .....	137
Fig. 40 Andamento Spesa per Long Term Care .....	138
Fig. 41 Forecast Spesa Long Term Care .....	138
<b>Commento alle analisi</b> .....	<b>139</b>
<b>Conclusioni</b> .....	<b>143</b>
<b>Bibliografia e sitografia</b> .....	<b>147</b>



# Presentazione

**Lorenzo Miraglia**

Presidente Aiop Giovani

**F**are sanità oggi, garantire l'universalità dell'assistenza, di cure appropriate ed efficaci così come sancito dall'art. 32 della nostra Costituzione, richiede uno sforzo ben più complesso della semplice erogazione di prestazioni sanitarie misurabili in performance più o meno brillanti: richiede la capacità di intellighere il futuro verso cui stiamo muovendo, adattarsi in maniera dinamica -minimizzando quanto più possibile la latenza- alle mutazioni socio-culturali ed epidemiologiche della popolazione mondiale, accettare la competizione tra sistemi sanitari di Paesi diversi e, non da ultimo, identificare strategie di governance idonee a garantire che quella universalità possa essere sostenibile per essere certa.

Con Aiop Giovani abbiamo voluto intraprendere un percorso che, prendendo atto di queste premesse, potesse andare a tracciare una roadmap verso un modello di Sistema Sanitario Nazionale ottimale, in grado di coniugare più modalità di finanziamento sintetizzando tra le best practice dei modelli sanitari più evoluti del mondo, al fine di identificare l'optimum per la sanità del futuro.

Se è vero che negli otto Paesi presi a modello (i più performanti ed evoluti: Canada, Francia, Germania, Italia, UK, Svezia, USA, Spagna) oltre il 95% della popolazione ha garanzia di copertura sanitaria, è anche vero che le fonti di finanziamento di questa sono molto variegiate tra sistemi a prevalenza pubblica come l'Italia, a sistemi con finanziamento misto come la Francia e la Germania, fino a sistemi quasi interamente privati come gli USA nonostante l'Obama Care.

Tale eterogeneità, che implicitamente comporta scenari molto differenti, tuttavia permette alcune riflessioni molto interessanti circa le aspettative di efficacia e qualità pretesi dai cittadini in termini di salute e cure, oltre che ad andare a delineare nuovi modelli di gestione che l'organizzazione storicamente ospedalocentrica della maggior parte dei Sistemi Sanitari non è in grado di gestire secondo criteri di efficienza gestionale ed economica.

Nelle economie più evolute, infatti, il "momento" di accesso alle prestazioni sanitarie sta subendo un mutamento sempre più evidente dalla fase di acuzie

con relativo ricovero, a fasi differenti: dagli accessi ambulatoriali utili anche per risolvere episodi tradizionalmente gestiti attraverso ricovero, ad esigenze di cura costanti e di lungo periodo per una popolazione sempre più anziana e multicronica, l’Ospedale inteso come luogo preponderante della salute non può più essere la risposta convincente.

La costruzione di reti della salute, l’identificazione di strutture modulate sulle complessità delle cure, la diffusione a livello periferico più che la centra-

lizzazione della salute (se non per le acuzie) sono argomenti con i quali è ormai ineluttabile il confronto e proprio attraverso questo volume Aiop Giovani vuole introdurre la discussione non tanto sotto un profilo demagogico quanto introducendo uno studio sul punto più nevralgico: l’evoluzione delle modalità di finanziamento dei sistemi sanitari nazionali; ciò nella speranza di contribuire proattivamente alla continua innovazione e crescita di uno dei più virtuosi sistemi sanitari nazionali del mondo, quello italiano. ●

# Prefazione

**Prof. Gabriele Pelissero**

Presidente Associazione Italiana Ospedalità Privata

**F**in dalla costituzione nel 2003 della specifica Sezione all'interno dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata, i giovani imprenditori della sanità hanno manifestato una grande attenzione ai sistemi sanitari dei maggiori Paesi occidentali e alla loro evoluzione. E' stata una intuizione giusta e lungimirante, perché nella globalizzazione delle relazioni e delle dinamiche economiche, il trinomio salute-politiche sanitarie-risorse economiche si è sempre più intrecciato a livello internazionale. Dagli accordi intergovernativi – si pensi solo al consolidarsi dell'UE e delle sue direttive comunitarie – alla condivisione di flussi e agenzie informative, dall'utilizzo di apparecchiature ad alto contenuto tecnologico a quello del software e ai centri formativi di management sanitario, pur con specificità storiche e culturali proprie, questi Paesi presiedono i loro sistemi sanitari consapevoli della forte correlazione internazionale, fino ad arrivare alla regolazione della stessa mobilità transnazionale per motivi di salute.

Questo studio sull'evoluzione delle modalità di finanziamento dei sistemi sani-

tari nazionali si pone quale ulteriore approfondimento di quanto iniziato lo scorso anno ("L'evoluzione dei modelli sanitari internazionali a confronto", Aiop Giovani-LUISS BS, 2016), in cui è stata sottolineata l'esigenza di orientarsi verso modelli innovativi e sostenibili di sistemi sanitari che costituiscono non solo un valore di per sé, ma anche un driver per la crescita sotto il più stringente vincolo della sostenibilità economica e finanziaria. E questo tema diventa particolarmente attuale dopo una fase di grave crisi economica che ha colpito i Paesi oggetto dell'indagine all'inizio della seconda decade di questo millennio. Ognuno con la propria tradizione culturale, ma tutti con interrogativi sulle prospettive di sviluppo del proprio sistema che si colloca oggi, in diversa misura di ibridazione, tra i modelli classici Beveridge e Bismarck.

L'approfondimento degli aspetti finanziari del sistema sanitario italiano e soprattutto del SSN al suo interno, che ne costituisce l'asse portante della tutela costituzionale della salute, è oggi quanto mai opportuno e urgente. Sembra che i primi importanti segnali della ripresa economica segnalino l'uscita dal



tunnel della spending review in cui si è incamminato il nostro Paese dal 2012 ad oggi, e sappiamo quale sia stato il costo pagato dal SSN. Tuttavia, lo scenario che oggi si presenta agli osservatori più attenti – come dimostrano anche i risultati di questo studio – è quello di una situazione completamente diversa da quella di pre-crisi. Accanto all'aumento dei bisogni di salute e socio-assistenziali della popolazione, sempre più complessi, alla qualità medica e a quella organizzativa che richiedono nuove risorse, le prospettive di finanziamento del sistema si fanno problematiche, come ha recentemente indicato il provvedimento correttivo al DEF 2017 che ha posto l'ulteriore riduzione della spesa sanitaria pubblica al 6,3% per il prossimo 2020.

E' un dato questo da tenere in considerazione per le finalità di questo studio, poiché collocherebbe l'Italia sempre più ai margini e in controtendenza rispetto all'evoluzione degli altri Paesi più avanzati. In questo scenario si prefigurerebbe necessariamente, quindi, l'ingresso di nuovi soggetti, finora più marginali, che non necessariamente snaturerebbero - se il processo sarà ben guidato - i principi universalistici e solidaristici del sistema, come dimostrano le esperienze empiriche oggetto di questo studio.

Tutto ciò implica la conoscenza dei problemi, la lungimiranza nelle scelte e la determinazione nel perseguirle, consapevoli che sul terreno della salute si gioca la sfida della civiltà di un Paese. ●

# Prefazione

**Prof. Walter Ricciardi**

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

**S**istemi Sanitari dei Paesi più economicamente sviluppati attraversano un'importante crisi di sostenibilità finanziaria. Le cause sono diverse e includono: il cambiamento demografico, con il positivo aumento dell'aspettativa di vita collegato a un aumento esponenziale della prevalenza delle malattie croniche e della polimorbosità; il progresso scientifico della biomedicina e lo sviluppo tecnologico, che sta portando benefici impensabili fino a qualche tempo fa, ma anche un verticale aumento dei costi; l'aumento della consapevolezza e delle giuste richieste di salute da parte dei cittadini.

Per evitare che questa crisi influisca negativamente sull'efficienza dei servizi e colpisca in modo rilevante la parte più fragile della popolazione, anziani e persone marginalizzate, la via è quella di lavorare sull'appropriatezza e su nuovi modelli di assistenza e intervento basati sulle prove di efficacia, che mirino a coniugare innovazione ed equità allocativa, in grado di fornire cure adeguate, assistere le disabilità e tutelare il benessere psicofisico di tutta la popolazione. In particolare una riflessione sulle pre-

messe che hanno spinto determinati Sistemi Sanitari a essere maggiormente resilienti al cambiamento è doverosa. Proprio in questa direzione, va il presente lavoro promosso da AIOP Giovani. Interrogarsi con spirito critico rispetto a quanto accade e, soprattutto, accadrà nel mondo, rappresenta un utile esercizio per chi si prepara a guidare un'importante parte del nostro Servizio Sanitario Nazionale. La sanità privata è parte integrante del Sistema di cure che l'Italia offre ai suoi cittadini nella garanzia della tutela del diritto alla salute e secondo una strategia improntata alla qualità, al coordinamento tra le organizzazioni e all'integrazione.

Solo grazie a questi tre aspetti, ovvero all'implementazione della qualità delle cure prestate, al coordinamento tra gli attori e all'integrazione tra i diversi livelli del sistema salute, in piena sinergia e identità d'intenti per il bene e il benessere della popolazione Italiana, si potrà davvero ottenere un Sistema di cure basato su modelli organizzativi e gestionali innovativi, sostenibili ed efficienti, strutturati per essere pienamente rispondenti alla complessità del nostro tempo. ●



# Premessa

## Prof. Sir Muir Gray

Professore Emerito dell'Università di Oxford, già Chief Knowledge Officer del National Health Service Britannico

## La sfida della sostenibilità per gli ospedali e la sanità del futuro

**S**ostenibilità. In primis è necessario definire i diversi significati della parola sostenibilità. Ludwig Wittgenstein (*Philosophical Investigations* 1953) ha affermato che la maggior parte delle discussioni evitabili e delle controversie è causata dal mancato accordo sul significato dei termini utilizzati, in particolare di termini nuovi che possono avere significati diversi per persone diverse. Sostenibilità è un classico esempio di un termine con queste caratteristiche.

Si può affermare che il termine sostenibilità si riferisca alla capacità dei servizi sanitari di "sopravvivere" a beneficio della generazione a venire, o come nelle parole del presidente della Faculty of Public Health del Royal College of Physicians del Regno Unito "è la capacità di custodia delle risorse che una generazione esercita a beneficio dell'altra" (1). Tale accezione racchiude un uso molto ampio del termine, ma in realtà descrive una definizione più ampia che si discuterà maggiormente in dettaglio nel corso di questo rapporto ovvero la sostenibilità del nostro pianeta e il contributo che le organizzazioni complesse come i servizi sanitari, che spendono circa il 10% del PIL di ogni Paese, possono dare alla sostenibilità generale.

La maggior parte delle persone che operano nel Servizio Sanitario Nazionale si

concentra solo sulla sostenibilità finanziaria dello specifico servizio in cui lavora, ma è necessaria una visione più ampia di sostenibilità ambientale anche all'interno del settore sanitario come descritto a seguito.

La sostenibilità ambientale può essere definita attraverso cinque componenti:

1. La condizione dei sistemi ecologici come l'aria, il suolo e l'acqua.
2. Le sollecitazioni cui sono soggetti tali sistemi, compresi i loro livelli di inquinamento.
3. L'impatto di tali sollecitazioni sulla società umana, misurato in termini di fattori quali la disponibilità di cibo e l'esposizione alla malattia.
4. La capacità sociale e istituzionale di una società per affrontare i rischi ambientali.
5. La capacità di creare la gestione di beni pubblici globali, in particolare per l'impatto presente e futuro. (2)

Quando parliamo di sostenibilità in merito all'assistenza sanitaria bisogna focalizzarsi sui principi fondamentali che caratterizzano l'assistenza sanitaria nei diversi Paesi, ed è quanto si propone il presente report.

In primis, obiettivo dei Sistemi Sanitari in ogni Nazione è mirare alla sostenibilità della copertura sanitaria dell'intera popolazione (*universal health coverage*), indipendentemente dal reddito. Il patto so-

ziale che sottintende la garanzia della prosecuzione del principio per cui all'intera società debba essere assicurata la possibilità di accedere e giovare del servizio sanitario senza tener conto della capacità dell'individuo di pagare è solo parzialmente una questione di sostenibilità. In secondo luogo, c'è anche la necessità di porre l'accento della discussione su quale tipo o livello di servizio l'individuo debba avere accesso e a quale gamma di interventi possa aver diritto.

È utile guardare attraverso ciò che John Rawls, il filosofo, ha chiamato "il velo dell'ignoranza" cioè guardare al futuro senza conoscere quale posizione potremmo occupare effettivamente nella società, emancipandoci da visioni manichee del presente. È troppo frequente che le persone che sviluppano policy sanitarie siano inconsapevoli degli errori cui le loro scelte e le loro strategie possono dar luogo. Se quindi si guarda qualsiasi servizio attraverso gli occhi di qualcuno che non ha esperienza di servizi sanitari, e che potrebbe essere scarsamente edotto in merito o scarsamente formato, un servizio potrebbe apparire accettabile e nel contempo eccellente in virtù quasi esclusivamente dell'attitudine dei singoli medici e dei professionisti sanitari, dell'affiatamento del team o dell'ascolto che i pazienti ricevono a prescindere dal loro background sociale. Tali attributi, che quindi impattano molto sulla percezione della qualità delle cure ricevute, non costano necessariamente più soldi e dovrebbero essere in grado di essere sostenibili qualunque sia la loro prospettiva. Pertanto, bisognerebbe capire che molti servizi sanitari non possono fornire attualmente questo "modus operandi", *patient-oriented*, anche in un'epoca di assistenza sanitaria relativamente ben finanziata.

In terzo luogo, è importante rendersi conto che nessun servizio offre tutto allo stesso momento e che l'obiettivo deve essere quello di fornire ciò che la maggior parte delle persone considera come servizi che le evidenze dicono essere importanti e tesi, in primis, a impedire morti premature evitabili e a migliorare la qualità della vita.

### **Gestire ospedali o essere gestiti da altri?**

Ogni ospedale è costituito da una serie di unità aziendali, microsistemi clinici, nel linguaggio del Dartmouth Hitchcock Medical Center, laddove per microsistema clinico si intende: *"l'unità atomica di tutti i sistemi sanitari, composta di tre elementi (P2I): un Provider, un paziente e un'informazione; elementi che interagiscono dinamicamente tra loro per brevi o prolungati periodi"* (3).

All'interno dei micro-sistemi, molte persone prendono decisioni tese al miglioramento del proprio contesto senza considerare il loro impatto sulle risorse comuni, spesso portando poco a poco al depauperamento delle risorse generali. Questo è un problema classico descritto da Elinor Ostrom che l'ha definito la *"tragedia del comune"* attraverso l'esempio delle scorte di pesca, dell'allevamento intensivo o sull'uso del suolo. Se ogni allevatore toglie una pecora sul pascolo comune, non ci si accorge di alcun effetto, ma si giungerà al punto in cui le azioni di tutti questi individui diventano cruciali per il bene comune. Questa sfida impatta molto sulla concezione e sulla prospettiva sull'ospedale moderno. Un approccio possibile è che l'ospedale possa assumere tutti quei medici che stano utilizzando le risorse generali. L'ospedale così diventa quello che si chiama un'organizzazione *accountable*, ovvero trasparentemente responsabile di tutto il processo di cura; ciò cambia la natura dell'ospedale, quale

entità a sé stante in organizzazione utile alla popolazione, *shiftando* il focus sull'intera popolazione. Ciò ha portato allo sviluppo e al concetto di Sanità di Popolazione.

### **La pratica ospedaliera basata sulla popolazione**

Gli ospedali spesso hanno un buon rapporto con la popolazione e la loro popolazione è spesso definita dalla storia e dalla tradizione degli ospedali stessi. Nell'era prima dell'automazione molti ospedali avevano buone relazioni con i medici di medicina generali che insistevano nel proprio territorio e con le popolazioni che vi vivevano intorno. Il concetto di assistenza sanitaria e, conseguentemente, di medicina di popolazione si sta sviluppando in un certo numero di Paesi e racchiude una complessità maggiore rispetto al concetto di organizzazione responsabile del processo di cura (*accountable care organization*). In Inghilterra, tale approccio si sta definendo quale servizio che mira a massimizzare il valore e l'equità ponendo attenzione non sulle istituzioni, sulle specialità o sulle tecnologie, ma sulle popolazioni di cittadini/pazienti accomunate da un comune bisogno di salute, condizione o caratteristica clinica, come la depressione, lo scompenso cardiaco o il diabete. Quest'approccio offre un nuovo modo di immaginare il Servizio Sanitario Nazionale e un nuovo approccio alla gestione ospedaliera, offrendo anche un modo di gestire la domanda di assistenza ospedaliera senza dover gestire direttamente la medicina generale e i servizi di assistenza primaria.

### **Sviluppare pratiche cliniche basate sulla popolazione – Medicina di Popolazione**

Negli studi effettuati sulle cosiddette va-

riazioni ingiustificate si è riscontrata spesso una variazione di cinque volte nei volumi di trattamento e/o gestione dei casi tra diversi gruppi di pazienti accomunati dalla medesima condizione, residenti nello stesso territorio ma gestiti da servizi sanitari differenti, con il risultato che gli specialisti ospedalieri vedono molto raramente le persone che potrebbero avere il maggior vantaggio dalla loro prestazione. Gli specialisti visitano spesso persone che potrebbero essere prese in carico dal solo medico di medicina generale se solo questi avessero le competenze adeguate per gestire il paziente e, ovviamente, le risorse per farlo.

Un nuovo approccio sviluppato ad hoc per integrare le migliori competenze cliniche con quelle della sanità pubblica è definito "Medicina di Popolazione". In quest'ottica, il medico responsabile del servizio specialistico può quindi trovarsi coinvolto in una diversa gamma di attività, la più importante delle quali è costituire e gestire una rete di gruppi professionali e pazienti. Nuovi modelli di finanziamento dell'assistenza sanitaria orientati a massimizzare il valore dovrebbero, quindi, responsabilizzare le unità operative assegnando un budget di sistema per quel particolare sottogruppo della popolazione.

### **Uscire dai silos e gestire la rete per risultati ottimali.**

In conclusione, il ventesimo secolo è stato il secolo dell'ospedale, il ventunesimo secolo è il secolo dei sistemi, delle reti cliniche e dei percorsi integrati di cura ottimali basati sulla popolazione e sui suoi bisogni. In questo contesto, il ruolo dell'ospedale deve evolvere e questo richiederà certamente una leadership incrementale da parte di chi gestisce e governa le organizzazioni sanitarie. ●





# Introduzione

## Sostenibilità economico-finanziaria del Sistema Sanitario in Italia nell'attuale contesto di riferimento

Il tema del finanziamento della sanità in Italia costituisce un aspetto centrale delle problematiche connesse alle esigenze di tutela della salute. È d'immediata evidenza, infatti, lo stretto legame tra l'effettività del diritto alla tutela della salute, costituzionalmente garantito dall'art. 32 della Costituzione italiana, e le risorse disponibili e investite per renderlo sostenibile. Per di più, considerato che la spesa sanitaria costituisce di gran lunga la più importante delle voci di spesa regionale in Italia, il problema del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si lega alle esigenze di contenimento della spesa pubblica e alle istanze del federalismo fiscale, in Italia così come negli altri Paesi dell'Occidente.

Il Servizio Sanitario Nazionale sta vivendo – al pari della gran parte dei Sistemi Sanitari internazionali – un periodo di forti pressioni dal punto di vista economico-finanziario: i costi crescono rapidamente e le risorse oggi disponibili non saranno più in grado, nel prossimo futuro, di sostenere la crescente ed esigente domanda di salute dei cittadini. La dimensione delle sfide che siamo chiamati ad affrontare amplifica ulteriormente l'urgenza e la necessità di accelerare la riflessione su come costruire il futuro dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese, favorendo decisioni e scelte tempestive che garantiscano la sostenibilità.

Per rispondere alla sfida della sostenibilità la sanità italiana deve essere messa nelle condizioni di rispondere ai trend epidemiologici e demografici, tramite una programmazione e un'organizzazione dei servizi efficace, garantendo una particolare attenzione alla gestione dei costi e allo sviluppo e integrazione dei sistemi di finanziamento oggi adottati.

Il sistema sanitario rappresenta, infatti, un sistema complesso perché è in piena relazione con il sistema sociale, politico, economico: esso è dinamico e adattativo, offre una vasta gamma di servizi e prestazioni ed esprime professionalità ad alta specializzazione.

L'attuale Sistema Sanitario Italiano può essere definito un sistema di *welfare mix*, con attori pubblici e privati: soggetti istituzionali programmatori, regolamentatori e in parte finanziatori dell'erogazione dei servizi (Regioni ed Enti Locali), chiamati a seguire le linee di indirizzo fornite da parte degli organi governativi del livello centrale; soggetti istituzionali competenti sui servizi sanitari e socio-sanitari integrati, in parte direttamente erogatori (ASL e Aziende Ospedaliere); soggetti privati erogatori prestazioni e servizi assistenziali, autorizzati dai soggetti istituzionali a svolgere la loro attività (privati for profit, privati senza scopo di lucro); professionisti convenzionati con il SSN inseriti in organizzazioni funzionali e strutturali (poche) e, in ultimo, i cittadini/pazienti.

Per gestire un sistema complesso come questo è indispensabile cercare una coerenza tra gli obiettivi e le risorse umane, finanziarie, tecnologiche e logistiche che si hanno a disposizione e identificare una strada logica, razionale e fattibile per raggiungere i risultati auspicati.

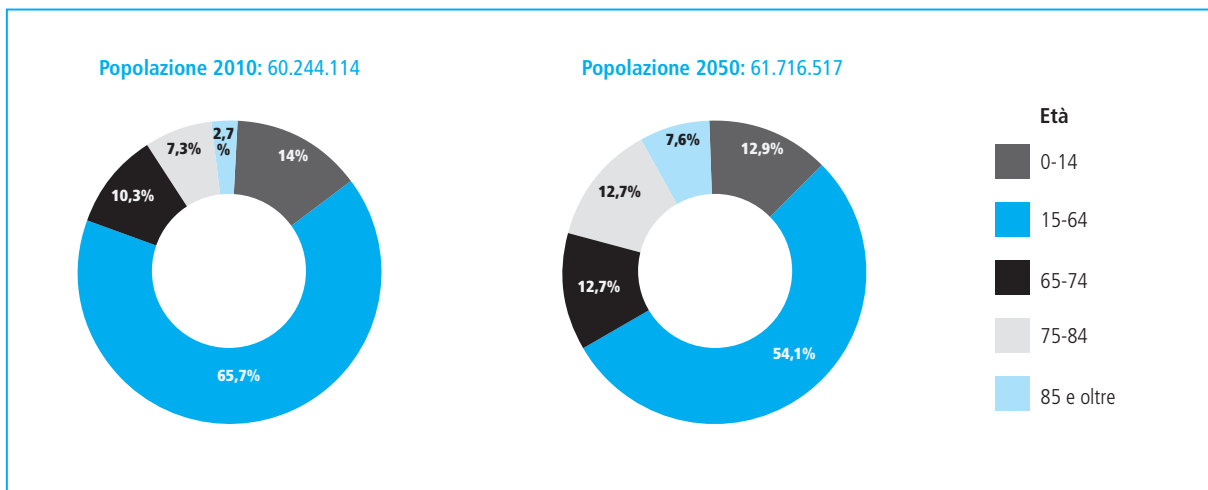
Tutto questo richiede un cambiamento continuo, al passo con le variazioni che occorrono nel tempo. L'alternativa è il caos, la confusione, l'abbandono dei più deboli e vulnerabili.

Nello specifico, la necessità di un profondo cambiamento, carico di forti implicazioni organizzative e professionali, scaturisce da numerosi fattori, tra i quali la tendenza all'invecchiamento della popolazione, la crescente fragilità dei pazienti anziani, il passaggio dall'acuzie alla cronicità e dalla mono alla pluripatologia, l'aumento dei flussi migratori e gli effetti della globalizzazione, la rapidità del progresso tecnologico, un mutato concetto di benessere e di qualità della vita e il conseguente forte incremento quantitativo e qualitativo del fabbisogno assistenziale da parte dei cittadini.

Dati presenti in letteratura (4-7) dimostrano come, nei Paesi industrializzati, la spesa sanitaria tende a crescere a tassi superiori rispetto all'economia nel suo complesso, generando preoccupazioni in termini di sostenibilità economico-finanziaria dei sistemi sanitari. Cause di suddetta crescita sono riconducibili tanto a fattori demografici ed epidemiologici quanto al progresso continuo dell'innovazione tecnologica. In particolare, a proposito degli aspetti epidemiologici e demografici, in Italia si registra un costante e progressivo invecchiamento della popolazione (Fig. 1) che, a sua volta, determina un incremento tanto della prevalenza delle patologie cronic-degenerative quanto della conseguente domanda di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, con ripercussioni sulla spesa sanitaria sia pubblica che privata. In aggiunta a questo trend demografico, anche *l'innovazione tecnologica* gioca un ruolo fondamentale sulla crescita della spesa sanitaria, impattando sulla sostenibilità economico-finanziaria del Sistema sia di breve che di lungo periodo (Tab. 1).

**FIGURA 1 - POPOLAZIONE AL 2010 VS POPOLAZIONE AL 2050. ITALIA.**

**FONTE:** ASSOCIAZIONE NAZIONALE PER LO SVILUPPO DELLE BIOTECNOLOGIE. IL FUTURO DEL SISTEMA SANITARIO PUBBLICO: STRATEGIE DI SOSTENIBILITÀ E STABILITÀ. FEBBRAIO 2013.



**TABELLA 1 - ANALISI DELLO SCENARIO NAZIONALE**

**FONTE:** RIELABORAZIONE DA REBBA V. EVOLUZIONE DEI SISTEMI SANITARI TRA SOSTENIBILITÀ E PROMOZIONE DELLA QUALITÀ: ALCUNE ESPERIENZE INTERNAZIONALI. POLITICHE SANITARIE, 2012; VOL. 13.

	STATO ATTUALE	CONSEGUENZE E/O CRITICITÀ
<b>CONTESTO LEGISLATIVO E ISTITUZIONALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Riforme orientate alla regionalizzazione e al federalismo fiscale (D. Lgs 229/99 riforma del Titolo V)</li> <li>· Introduzione di strumenti orientati al contenimento dei costi (specie nel caso della spesa farmaceutica) quali risk sharing, cost sharing, payment by results</li> <li>· Tetti di spesa, Piani di Rientro</li> </ul>	<p>Maggiore autonomia e responsabilità decisionale alle Regioni che, a loro volta, hanno contribuito a generare <b>crecenti disuguaglianze nella distribuzione delle prestazioni tra le stesse</b> e ad incrementare il gap presente tra diversi gruppi socio-economici</p>
<b>CONTESTO EPIDEMIOLOGICO E DEMOGRAFICO</b>	<p><b>Crescente invecchiamento della popolazione.</b> Entro il 2040 nei Paesi industrializzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• popolazione anziana dovrebbe aumentare dal 18,1% al 33,7%</li> <li>• gli ultraottantenni passeranno dal 3% all'8% della popolazione totale.</li> </ul> <p><b>Crescita dell'incidenza di patologie cronico-degenerative e della mortalità associata</b>, come conseguenza dell'invecchiamento della popolazione.</p>	<p>Il progressivo aumento della speranza di vita ha generato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una <b>crescita della prevalenza delle malattie cronico-degenerative</b>, con una sostanziale modifica dei bisogni sanitari.</li> <li>• <b>aumento della domanda di assistenza continuativa</b> (long-term care) con l'obiettivo di prevenire e meglio gestire la disabilità e la perdita di autonomia associate alle patologie tipiche dell'età anziana.</li> </ul> <p><b>A livello nazionale, si riscontra una diversa struttura demografica della popolazione</b> a livello regionale (ad es. Campania vs Liguria). Ne consegue una differente domanda di servizi, a seconda delle Regioni, che genera la necessità di adeguare l'offerta di servizi al contesto di riferimento.</p>
<b>INNOVAZIONE E ASPETTI TECNOLOGICI</b>	<p><b>Crescente innovazione tecnologica</b> dovuta alla rapida evoluzione della ricerca ha generato, da un lato, un costante <b>arricchimento delle tecnologie disponibili</b>, dall'altro la necessità di <b>governare la spesa</b> e garantire la sostenibilità del sistema salute.</p>	<p>Crescita dei costi delle cure che genera la necessità di introdurre strumenti volti a garantire un <b>trade-off tra innovazione e sostenibilità</b>.</p>

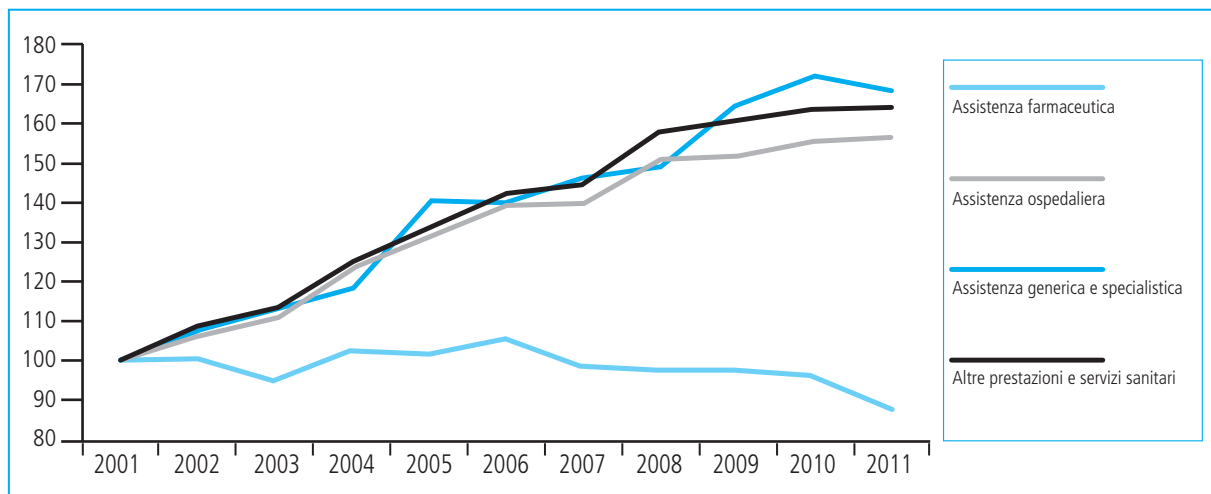
A tal proposito, appare opportuno porre maggiore attenzione alle implicazioni che le variabili sopra esplicitate comportano in termini di sostenibilità economica del Sistema nel medio-lungo periodo specie in virtù del fatto che la spesa sanitaria totale tende a crescere a tassi superiori rispetto al PIL.

Dati recentemente pubblicati dimostrano che la spesa sanitaria nel 2012 in Italia ha rappresentato il 7,1% del PIL, assestandosi su 110,842 miliardi di € [6, 8]. I dati disponibili per il 2013 e il 2014 non mostrano variazioni nella dinamica della spesa sanitaria. Difatti, nel 2013, la spesa

sanitaria risulta pari a 111,108 miliardi di € (7,1% del PIL), mentre, nel 2014, si è attestata attorno ai 113,029 miliardi di € (7,0% del PIL). Inoltre, nel 2016 la spesa si è assestata attorno ai 113,3 miliardi di €, nel 2017 si stima toccherà complessivamente i 114,7 miliardi di €, nel 2018 i 116,1 miliardi di € e nel 2019 i 118,5 miliardi di €. Nello stesso periodo l'incidenza del PIL passerà dal 6,8% del 2016 al 6,5% nel 2019. Inoltre, l'andamento delle principali voci di spesa sanitaria pubblica, riportate in Figura 2, evidenziano l'insostenibilità del modello organizzativo attuale.

**FIGURA 2 - LE PRINCIPALI COMPONENTI DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA IN ITALIA**

**FONTE:** ASSOCIAZIONE NAZIONALE PER LO SVILUPPO DELLE BIOTECNOLOGIE. IL FUTURO DEL SISTEMA SANITARIO PUBBLICO: STRATEGIE DI SOSTENIBILITÀ E STABILITÀ. FEBBRAIO 2013.



Secondo i dati dell'OCSE emerge che nel 2011, in Italia, la spesa sanitaria rappresentava il 9.2% del PIL, valore leggermente inferiore rispetto alla media dei Paesi dell'OCSE (9.3%).

Esistono in letteratura diversi studi condotti sul tema della sostenibilità in sanità e sulle cause dell'insostenibilità economica-finanziaria dei sistemi sanitari [9-12]. Uno studio di particolare rilievo è quello condotto da Pammolli et al. [9] che

si propone di analizzare, attraverso un'analisi di regressione, quali siano le principali variabili che influiscono sulla spesa sanitaria pubblica e privata. Le variabili indipendenti riguardavano gli aspetti che solitamente influiscono maggiormente sulla crescita della spesa sanitaria (che rappresenta la variabile dipendente all'interno del modello di regressione). In particolare, sono state considerate le seguenti macro-aree:

**(a) Reddito**

- GDP (Prodotto interno lordo): spesa sanitaria totale per capita (*per capita HCE*)
- BAUMOL: rapporto tra produttività del lavoro e salario (*ratio of labor productivity and wage*)

**(b) Invecchiamento**

- POP65: (% di popolazione over 65)

**(c) Progresso tecnologico**

- SC.PUB: numero di tecnologie biomediche per 1,000 abitanti

**(d) Occupazione femminile**

- FLPR: tasso di occupazione femminile

**(e) Variabili regolatorie e istituzionali**

- CONC: concentrazione della spesa sociale
- DEBT: debito in % PIL (*general government consolidated gross debt*)

Lo studio dimostra che il tasso di popolazione over 65 è positivamente correlato alla crescita della spesa sanitaria pubblica mentre inversamente correlato alla spesa sanitaria privata. Difatti, per ogni punto di aumento della popolazione over 65 anni, si registra una crescita della spesa sanitaria pubblica di 0,583 punti a fronte di una riduzione della spesa sanitaria privata di 3,582 punti. Riguardo al rapporto tra tasso di occupazione femminile e spesa sanitaria, si registra una correlazione positiva maggiore nel caso della spesa sanitaria privata (a un aumento di ogni punto in termini di tasso di occupazione femminile, si registra un aumento di 1,365 punti della spesa sanitaria) rispetto a quella pubblica (a un aumento di ogni punto in termini di tasso di occupazione femminile, si registra un aumento di 0,878 punti della spesa sanitaria pubblica).

Al fine di garantire una maggiore sostenibilità del Sistema Sanitario occorre considerare, da un lato, le principali cause responsabili della crescita della domanda, dall'altro, i principali aspetti da valutare nell'organizzazione dell'offerta di servizi sanitari.

**Sostenibilità e resilienza**

A questa ampia complessità negli ultimi anni si è aggiunta la crisi economico-finanziaria che ha sollecitato il mondo della sanità a rivedere e a riorganizzare ulteriormente il sistema attuale, mirando ad un modello di assistenza che sia maggiormente confacente e concorde con le esigenze dei cittadini, ma al contempo anche con quelle del contenimento della spesa, così da assicurarne la sopravvivenza anche per le generazioni future (4).

Da tutto ciò nasce una sfida per realizzare un cambiamento significativo del Sistema Sanitario che lo mantenga accessibile ed efficace ma che, nel contempo, lo renda sostenibile nel lungo periodo. Perché questo sia realizzabile, la sostenibilità non dovrà essere intesa come esclusivamente di natura finanziaria, ma interessare anche elementi di natura diversa. Tutti gli attori del Sistema Sanitario, infatti, dovranno comprendere la necessità e l'importanza di un adattamento continuo ed efficace al contesto corrente, ormai sempre più in continua evoluzione, impegnandosi a scoprire e mettere in atto soluzioni innovative per affrontare, con risorse limitate, tematiche complesse quali, ad esempio, aumenti imprevisti della domanda. In altre parole, i sistemi e i singoli attori devono accrescere e conservare la loro resilienza (5). L'indicazione è evidente: la sopravvivenza e il futuro dei sistemi sanitari si sta giocando sull'abilità di gestire il cambiamento e dimostrare resilienza.

Il dizionario Garzanti definisce resilienza



(dal latino *resil ens - ntis*, part. pres. di *resil re* "rimbalzare", comp. di re- "indietro" e sal re "saltare") come la "proprietà dei materiali di resistere agli urti senza spezzarsi, rappresentata dal rapporto tra il lavoro necessario per rompere una barretta di un materiale e la sezione della barretta stessa" e "capacità di resistere e di reagire di fronte a difficoltà, avversità, eventi negativi". Dunque, resilienza non è solo resistenza ma racchiude anche proprietà di flessibilità e adattamento (6). Oltre all'ingegneria e alla psicologia, anche la sanità pubblica deve fare proprio il concetto di resilienza. Un Sistema Sanitario, infatti, deve essere resiliente, deve possedere la capacità di adattarsi a contesti in evoluzione e di affrontare sfide significative anche se le risorse risultano limitate (8).

La Commissione Europea, particolarmente sensibile a tale aspetto, in una comunicazione relativa ai Sistemi Sanitari efficaci, accessibili e resilienti del 4 Aprile del 2014, ha proposto alcuni "fattori di resilienza" in grado di far sì che i sistemi sanitari possano mantenere servizi accessibili ed efficaci per la popolazione (8). Alla luce del contesto attuale, dunque, è necessario che tutti le parti che compongono il sistema sanitario sappiano essere resilienti. Come affermava Socrate, infatti, *"il segreto del cambiamento è focalizzare tutta la propria energia, non nel combattere il vecchio, ma nel costruire il nuovo"*.

Al fine di avviare un nuovo percorso di gestione del cambiamento, oltre ad acquisire le qualità della resilienza, è necessario che il sistema sanitario si fondi su nuovi valori.

Fino ad oggi, i valori che hanno caratterizzato il settore sanitario sono stati quelli dell'efficienza e dell'efficacia in principio e successivamente quelli relativi alla co-

sto-efficacia; inoltre il concetto di valore si applicava soltanto alla dimensione strutturale organizzativa e produttiva del sistema sanitario nazionale. [10]

### **Sostenibilità economico-finanziaria dei sistemi: soluzioni di breve e lungo periodo**

Esistono diversi strumenti finalizzati al perseguimento della sostenibilità sia nel breve sia nel medio-lungo periodo. Nella prima tipologia di soluzioni rientrano i tagli e tetti di spesa, controlli stringenti su prezzi e volumi, compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini [7]. Difatti, tali soluzioni si dimostrano inefficaci nel lungo periodo perché:

- non riescono a tenere adeguatamente sotto controllo i principali fattori che determinano la crescita della spesa nel lungo periodo;
- comportano rischi in termini di mantenimento dei livelli di qualità ed equità dei sistemi [7; 14-15].

Per ovviare a tali problematiche, alcuni Paesi hanno optato per soluzioni volte a garantire la sostenibilità economica nel medio-lungo periodo, muovendo verso due principali direzioni: in primo luogo, la ricerca di nuovi equilibri tra il finanziamento pubblico e il privato; in secondo luogo, l'introduzione di nuovi strumenti di regolazione della domanda e dell'offerta [7]. Nel primo caso si tratta difatti di misure in cui il pubblico e il privato operano in maniera integrata con lo scopo di incrementare l'efficienza del sistema sanitario e garantire l'equità nell'accesso ai servizi. È questo il caso dell'Olanda dove, la riforma avviata nel 2006, con l'introduzione di un sistema di concorrenza regolata tra assicuratori e fornitori di prestazioni sanitarie, ha consentito nel medio

periodo il raggiungimento della sostenibilità economico-finanziaria del sistema [15]. Un altro caso di integrazione pubblico-privato è quello dell'Australia in cui, alla riorganizzazione del sistema assicurativo pubblico, ha fatto seguito una maggiore integrazione delle assicurazioni private integrative [16].

La seconda soluzione consiste nell'adottare nuovi strumenti di regolazione sia dal lato della domanda sia dell'offerta, quali, ad esempio, soluzioni orientate alla promozione e incentivazione di corretti stili di vita, maggiore integrazione tra livello di assistenza ospedaliera e territoriale, promozione di nuovi modelli di governance, applicazione di sistemi di *public reporting* [47]. In letteratura, vengono riportati i casi di Spagna, Stati Uniti e Gran Bretagna. Nel primo caso, la Spagna ha introdotto nuovi modelli di governance dei sistemi sanitari in un'ottica di continuità assistenziale, specie in ragione dell'elevata incidenza delle malattie cronico-degenerative. Nel secondo e terzo caso, si è fatto ricorso a sistemi di *public reporting* facendo leva sulla valutazione e promozione della qualità [7; 17-18].

### Sostenibilità del Sistema e strumenti di governance dell'innovazione

Si presenta una disamina dei tre principali strumenti di regolazione del mercato sanitario e farmaceutico volti a garantire la sostenibilità economica, specie nel breve periodo [4]: *cost sharing*; *risk sharing* e *payment by results*.

#### Cost sharing

Il *cost sharing* o *copayment* è una "forma di pagamento diretto e parziale effettuata dal paziente come corrispettivo per l'acquisizione di uno o più prodotti farmaceutici" [19-21]. Tale soluzione costituisce una delle modalità di contenimen-

to dei costi maggiormente implementate nei sistemi di assistenza e assicurazione sanitaria, in quanto, il parziale trasferimento della spesa dall'ente finanziatore al paziente comporta un uso più razionale dei servizi sanitari [19-21].

Le tipologie di *cost sharing* possono essere in forma di:

- *copayment* in somma fissa per confezione/prescrizione oppure in somma percentuale rispetto al prezzo;
- *deductibles* che consiste nella definizione di tetti massimi che determinano la soglia entro la quale il prodotto/servizio è interamente a carico del paziente e oltre la quale è a carico del Terzo pagante.

Tuttavia, il principale svantaggio associato ai modelli di *copayment* percentuale è rappresentato dalle implicazioni in termini di equità e di accesso ai farmaci, specie nel caso di prodotti particolarmente costosi o di patologie croniche, precludendo quindi l'accesso dei soggetti economicamente svantaggiati ad alcuni servizi particolarmente costosi. Per tale ragione, a tali schemi viene spesso prevista l'introduzione di franchigie.

#### Payment by results e risk sharing

Come evidenziato da Lucioni et al [22], molti contratti di *risk sharing* attualmente stipulati si collocano all'interno del ben più ampio contesto del *payment by results*. Quest'ultimo, introdotto quale strumento di contenimento della spesa sanitaria, ha portato all'introduzione del *risk sharing*, secondo cui il farmaco è rimborsato sulla base della sua efficacia, espressa in termini di risultati conseguiti [22-23].

Il *payment by results* è una forma di pagamento basata sul risultato, volto a promuovere una maggiore qualità delle cure e dell'assistenza sanitaria, minimizzando



gli sprechi [23]. Il meccanismo che sta alla base di tali strumenti di contenimento della spesa vede il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) farsi carico della spesa dei farmaci più innovativi. La condivisione del rischio con l'azienda farmaceutica fa sì che il costo dei mancati successi sia sostenuto invece dalle stesse aziende farmaceutiche.

Il contratto di *risk sharing* prevede un rimborso del prezzo del farmaco sulla base dei risultati conseguiti. Tale meccanismo riguarda prevalentemente i farmaci oncologici. In tal caso, come evidenziato da De Ambrosis [23], il SSN rimborsa l'intero prezzo del farmaco nel solo caso dei responders, ossia dei pazienti che rispondono al trattamento. In caso contrario, si verifica il meccanismo di *pay back* da parte delle stesse strutture sanitarie. Al termine del periodo di trattamento concordato, gli specialisti che hanno a carico i pazienti forniscono dunque una valutazione al fine di identificare i responders e i soggetti non responders al trattamento. Esclusivamente nel solo caso in cui i pazienti siano rispondenti al trattamento, il SSN rimborsa l'intero prezzo del farmaco soggetto a tale schema di contenimento della spesa.

Questi accordi, se ben definiti e monitorati, consentirebbero di incentivare l'appropriatezza prescrittiva e di contenere la spesa sanitaria. Ciò comporta tanto un vantaggio per l'azienda produttrice, che evita così il rischio di non poter immettere sul mercato un prodotto potenzialmente utile a causa di un prezzo ritenuto non remunerativo, quanto un vantaggio per i pazienti che possono fruire di trattamenti innovativi che altrimenti non potrebbero trovare collocazione all'interno del mercato, nel breve periodo. Si innesca così un meccanismo virtuoso che mira a stimolare l'innovatività del sistema salute, tenen-

do conto della sostenibilità del Sistema. I vantaggi riscontrati nell'uso di questi schemi di regolazione consistono soprattutto nel garantire un più rapido accesso dell'innovazione al mercato e, nel contempo, nel contenere i costi [14;23]. Tuttavia, ad oggi, non sono disponibili in letteratura dati ex post che si siano focalizzati sull'analisi dell'effettiva efficacia di tali strumenti in termini di contenimento dei costi e sostenibilità del Sistema. Per tale ragione, appare opportuno incentivare e promuovere ulteriori studi focalizzati alla quantificazione dei risparmi che tali politiche consentirebbero di perseguire. Alla luce di tali considerazioni, è stata effettuata una revisione estensiva della letteratura sul tema dell'evoluzione dei modelli di finanziamento dei sistemi sanitari con un focus specifico per alcuni dei Paesi oggetto di studio:

- Canada;
- Francia;
- Germania;
- Italia;
- Regno Unito (UK);
- Spagna;
- Stati Uniti d'America (USA);
- Svezia.

Il presente lavoro rappresenta un tentativo di studiare in modo analitico le soluzioni implementate nelle differenti realtà da comparare e integrarle in senso prospettico, provando a tracciare le linee di una sanità futura.

Inoltre, è stata realizzata un'analisi comparativa dei trend sulle principali voci di spesa sanitaria e un'analisi previsionale, fino al 2030, sugli stessi trend di spesa. Infine, è stata effettuata un'analisi di correlazione tra gli indicatori di spesa sanitaria individuati e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana (over 65). ●

## Obiettivi e metodi

**A**l fine di delineare l'evoluzione dei modelli di finanziamento dei sistemi sanitari nei Paesi oggetto di studio – Canada, Francia, Germania, Italia, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti d'America e Svezia – e di studiare in modo analitico le soluzioni implementate nelle differenti realtà da comparare è stata svolta un'analisi estensiva di letteratura, attraverso l'interrogazione di PubMed-Medline, utilizzando parole chiave inerenti al tema, quali ad esempio, “*healthcare system\**”, “*healthcare financing*”, *sustainability*. Al fine di aumentare il numero degli articoli e i report da analizzare, è stata svolta una revisione di letteratura grigia attraverso database quali Google Scholar o i siti di OCSE e WHO. Per poter effettuare una comparazione sistematica tra i diversi sistemi sanitari nei Paesi oggetto dello studio, è stata svolta una *comprehensive review* al fine di determinare quali fossero le dimensioni da indagare. Pertanto, sono stati valutati per ogni sistema sanitario:

- Il tipo di sistema (ad impronta pubblica, privata, mista o altro)
- La copertura dei servizi, offerta ai cittadini, e le modalità d'accesso alle cure;
- Il ruolo del Governo Centrale;
- Il sistema di finanziamento;
- Il ruolo delle assicurazioni private;
- Le modalità di remunerazione dei provider;
- Le prestazioni e i servizi offerti ai pazienti;

- Eventuali esenzioni e agevolazioni per i cittadini a basso reddito;
- I provider di assistenza primaria e ospedaliera.

**Sempre per gli stessi scopi di cui sopra, è stata realizzata un'analisi comparativa dei trend sulle principali voci di spesa sanitaria e un'analisi previsionale, fino al 2030, sugli stessi trend di spesa negli 8 Paesi individuati, considerando l'evoluzione dei trend in relazione a un'ipotetica crescita costante del PIL.** Pertanto, è stata effettuata un'ulteriore *comprehensive review* di letteratura al fine di selezionare gli indicatori riguardanti la spesa sanitaria. È stato consultato il database dell'OCSE e sono stati individuati i seguenti indicatori:

- Spesa sanitaria totale (in percentuale di PIL);
- Spesa sanitaria pubblica (in percentuale di PIL);
- Spesa ospedaliera (in percentuale di PIL);
- Spesa ambulatoriale (in percentuale di PIL);
- Spesa per *Long Term Care* (LTC) (in percentuale di PIL).

Una volta individuati gli indicatori sono state svolte un'analisi dei trend retrospettiva, includendo la spesa degli ultimi 45 anni, e un'analisi prospettica (fino al 2030) utilizzando un modello di regressione lineare univariata. Infine, è stata svolta un'analisi di correlazione

tra: la spesa sanitaria totale e lo stato di salute percepito nella popolazione con più di 65 anni (si fa presente che tale indicatore è stato ugualmente individuato nel database dell'OCSE); la spesa sanitaria pubblica e lo stato di salute percepito nella popolazione con più di 65 anni (si fa presente che tale indicatore è stato ugualmente individuato nel database dell'OCSE); la spesa sanitaria ambulatoriale e lo stato di salute percepito nella popolazione con più di 65 anni (si fa presente che tale indicatore è stato ugualmente individuato nel database dell'OCSE); la spesa sanitaria ospedalie-

ra e lo stato di salute percepito nella popolazione con più di 65 anni (si fa presente che tale indicatore è stato ugualmente individuato nel database dell'OCSE); la spesa sanitaria per LTC e lo stato di salute percepito nella popolazione con più di 65 anni (si fa presente che tale indicatore è stato ugualmente individuato nel database dell'OCSE).

L'analisi di letteratura e dei trend, nonché l'analisi di correlazione, è stata corredata per ciascun Paese da un commento rilasciato da key opinion leader individuati e specifici per ciascun Paese. ●

## Abbreviazioni

<b>AIOP:</b> Associazione Italiana Ospedalità Privata	<b>NHS:</b> National Health Service
<b>PIL/GDP:</b> Prodotto Interno Lordo	<b>PBR:</b> Pagamento per Risultato
<b>SSN:</b> Sistema Sanitario Nazionale	<b>CCG:</b> Clinical Commissioning Groups
<b>ASL:</b> Azienda Sanitaria Locale	<b>NICE:</b> Istituto Nazionale per la Salute e l'Eccellenza Clinica
<b>OCSE:</b> Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico	<b>MHRA:</b> Agenzia Regolamentazione dei Prodotti Medicinali e Sanitari
<b>SS:</b> Sistema Sanitario	<b>HTA:</b> Health Technology Assessment
<b>WHO:</b> World Health Organization	<b>BMA:</b> Associazione Medica Britannica
<b>LTC:</b> Long Term Care	<b>GMC:</b> Consiglio Generale Medico
<b>DRG:</b> Diagnosis Related Group	<b>LHB:</b> Gruppi Locali di Salute
<b>FFS:</b> Fee For Service	<b>HIW:</b> Ispettorato sanitario Wales
<b>P4P:</b> Pay for Performance	<b>DHSSPS:</b> Dipartimento di Salute, Servizi Sociali e Sicurezza Pubblica dell'Irlanda del Nord
<b>GP:</b> Gatekeeper	<b>SIB:</b> Consiglio di Investimento Strategico
<b>GP:</b> General Practitioner	<b>NIC: Contributi Assicurativi Nazionali</b>
<b>OOP:</b> Out Of Pocket	<b>PBMA:</b> Programme Budgeting Marginal Analysis
<b>SHI:</b> Social Health Insurance	<b>ICD:</b> Classificazione Internazionale delle Patologie
<b>VHI:</b> Voluntary Health Insurance	<b>INGESA:</b> Istituto Nazionale di Gestione Sanitaria
<b>MSA:</b> Mutualité Sociale Agricole	<b>CAP:</b> Centro d'atención primaria
<b>CNAMTS:</b> Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	<b>PAPPS:</b> Programa de Actividades Preventivas de Promoción de la Salud
<b>RSI:</b> Régime Social des Independents	<b>PPP:</b> Partenariato Pubblico Popolare
<b>MMG:</b> Medico di Medicina Generale	<b>PGE:</b> Presupuestos Generales del Estado
<b>UEHP:</b> Unione Europea dell'Ospedalità Privata	<b>CDC:</b> Center for Disease Control and Prevention
<b>IFAQ:</b> Incitation Financière A la Qualité	<b>HHS:</b> Dipartimento di Salute e Servizi Umani
<b>PHI:</b> Private Health Insurance	<b>CHIP:</b> Children's Health Insurance Program
<b>SPD:</b> Social Democratici	<b>ACA:</b> Affordable Care Act
<b>CDU:</b> Unione Democratico Cristiano	<b>SALAR:</b> Associazione Svedese delle Autorità Locali e Regionali
<b>LEA:</b> Livelli Essenziali di Assistenza	<b>CONC:</b> concentrazione della spesa sociale
<b>AIFA:</b> Agenzia Italiana del Farmaco	<b>DEBT:</b> debito in % PIL
<b>AGENAS:</b> Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali	<b>FLPR:</b> tasso di occupazione femminile
<b>PLS:</b> Pediatri di Libera Scelta	<b>POP65:</b> (% di popolazione over 65)
<b>INPS:</b> Istituto Nazionale Previdenza Sociale	
<b>DPCM:</b> Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri	
<b>CAV:</b> Centro AntiVeleni	
<b>PMA:</b> Procreazione Medicalmente Assistita	
<b>OTC:</b> Tomografia a coerenza ottica	



# il Sistema Sanitario in Canada

## Copertura: sistema sanitario pubblico e/o privato

Il 100% della popolazione canadese, inclusi gli immigrati, è coperto per le urgenze

## Ruolo del governo

Programma di assicurazione pubblica universalmente adottato in ambito regionale che pianifica e fornisce fondi

## Sistema di finanziamento

Entrate tributarie provinciali / federali

## Ruolo delle assicurazioni private

~ 67% comprare una copertura complementare per i beni non coperti (ad esempio, sale private in ospedali, farmaci, cure odontoiatriche, optometria)

## Modalità di remunerazione dei provider

DRG, FFS, P4P, Dipendenti SSN

## Accesso del paziente alle cure

Libero (Controllo esercitato soprattutto grazie a incentivi finanziari che variano tra le singole province (per esempio, nella maggior parte delle province, gli specialisti ricevono tariffe inferiori per i pazienti che non sono prima transitati per una gestione di primo livello dal medico di medicina generale)

## Tetto sulla condivisione dei costi

No

## "Pacchetti di salute" (prestazioni e servizi offerti ai pazienti)

Si

## Esenzioni e protezione per i cittadini a basso reddito

Non vi è alcuna ripartizione dei costi per i servizi pubblici coperti la protezione delle persone a basso reddito da costi di farmaci da prescrizione varia da regione

## Tipo di provider: Cure Primarie

Privato

## Pagamento delle Cure Primarie

Principalmente servizio a pagamento (dal 45% all'85%, a seconda della provincia) - FFS

## Tipo di provider: Ospedale

Pubblico / Privato (variano per regione), per lo più no-profit

## Pagamento degli Ospedali

DRG, remunera le prestazioni svolte sul singolo episodio di accesso (non include i costi del medico)



## Caratteristiche del sistema sanitario in Canada

### Overview e governance

Secondo la classificazione sui sistemi sanitari formulata da Bohm e colleghi (24), il Sistema Sanitario Canadese può essere considerato un National Health Insurance (che prende il nome di *medicare*), dove la regolamentazione e il finanziamento sono prevalentemente statali, mentre l'offerta dei servizi può essere di tipo privata. Approssimativamente, il 70% della spesa sanitaria viene finanziato attraverso la tassazione generale riscossa a livello federale, provinciale e territoriale. Il Sistema Sanitario Canadese al contempo si presenta fortemente decentrato e variegato. L'erogazione e il finanziamento della maggior parte dei servizi sanitari è demandata alle 10 province e ai 3 territori del Nord che a loro volta inquadrano lo status dei medici come liberi professionisti o dipendenti e affidano il ruolo di provider a livello provinciale a diverse organizzazioni pubbliche o private. In tale contesto possiamo riconoscere due livelli di governance: federale e provinciale/territoriale.

Il Governo Federale ha il ruolo di promuovere complessivamente la salute in tutto il territorio federale. L'attività del Ministero della Salute canadese, Health Canada, si estrinseca attraverso il controllo e la sorveglianza delle malattie, la sicurezza di alimenti e farmaci, l'approvazione di device medici e nuove tecnologie, il finanziamento e la copertura sanitaria destinata a particolari tipologie di popolazioni (popolazioni indigene, veterani, forze armate, detenuti e rifugiati). Inoltre, il Governo Federale ha responsabilità nel campo della Sanità Pubblica, della ricerca e della raccolta di dati. Nella sua attività di governance e regolamentazione, il Ministero della Salute Federale viene coadiuvato da una serie di organizzazioni/enti (*Public Health Agency of Canada, Canadian Patient Safety Institute, Canadian Institute for Health Information, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* e associazioni professionali).

Al secondo livello di governance si trovano le 10 province e i 3 territori del Nord. In alcune province sono state create delle autorità sanitarie locali responsabili sia della programmazione che dell'erogazione di servizi sanitari pubblici. Tali servizi possono riguardare sia l'ambito dell'assistenza ospedaliera sia l'assistenza primaria (medicina di comunità, long term care, salute mentale) o della salute pubblica. I provider possono essere privati for profit, privati no profit o pubblici, e i medici vengono remunerati dai Ministri della Salute provinciali (per il 74% su base *fee-for-service* e il 26% attraverso forme alternative di remunerazione) (25).

Le policy e i programmi di salute formulati a livello provinciale e territoriale vengono co-finanziati dal Governo Federale se aderiscono ai cinque principi del Canada Health Act (1984) secondo cui ciascun programma deve: essere finanziato con fondi pubblici, prevedere un'ampia copertura di servizi, essere universale, esportabile tra le province e accessibile.



## Offerta dei servizi

Sebbene sia difficile generalizzare, vista la decentralizzazione e la complessità organizzativa dei servizi sanitari in Canada, è possibile riconoscere come il medico di famiglia sia quasi sempre il punto di primo contatto (*gatekeeper*) di un paziente con il sistema sanitario. Negli ultimi anni si è assistito al passaggio dall'assistenza fornita da un solo medico nel suo ambulatorio, all'assistenza fornita da un team interprofessionale che fornisce assistenza nelle 24h e 7 giorni su 7.

Gli interventi inerenti la prevenzione, screening inclusi, possono essere erogati sia dai medici di famiglia che dagli uffici di sanità pubblica preposti a livello provinciale/territoriale. L'Agenzia di Salute Pubblica, a livello federale, si occupa di garantire, sviluppare e gestire programmi di salute pubblica in tutto il territorio.

L'assistenza alle acuzie viene erogata principalmente in ospedali pubblici o privati no-profit. Il finanziamento degli ospedali generalmente è su base prospettica (global budget annuali), negoziato con le autorità federali o regionali. Assistenza specialistica e diagnostica all'avanguardia possono essere fornite, invece, da privati for profit. Quasi i due terzi della popolazione Canadese, possiede un'assicurazione privata che copre servizi esclusi dal finanziamento pubblico come l'assistenza oculistica, la prescrizione dei farmaci, l'assistenza odontoiatrica, servizi di riabilitazione e assistenza domiciliare. Tuttavia, alcune province/territori sono in grado di finanziare ed erogare servizi nell'ambito della spesa farmaceutica, assistenza psicologica (la maggior parte dei servizi di salute mentale vengono garantiti ed erogati dai medici di medicina generale), cure oculistiche e dentali, long term care, assistenza domiciliare e cure palliative.

Per i servizi ospedalieri, diagnostici e medici previsti da programmi finanziati con fondi pubblici, non esiste compartecipazione della spesa per i cittadini. La spesa *out of pocket* (OOP) ha rappresentato nel 2014 circa il 14% della spesa sanitaria riguardando principalmente l'acquisto di farmaci, alloggio in strutture residenziali e le cure oculistiche (26). Le province offrono *programmi di protezione* che permettono alle persone meno abbienti o con disabilità, attraverso la compartecipazione alla spesa, di accedere all'acquisto di farmaci o a servizi non coperti da programmi pubblici (26).

## Modalità di finanziamento

Negli ultimi anni, anche in Canada, in linea con altri Paesi industrializzati, la spesa sanitaria è cresciuta più rapidamente della crescita sia dell'economia che delle entrate pubbliche, e ciò ha causato preoccupazioni circa la sostenibilità economica dell'assistenza sanitaria pubblica. Inoltre, contrariamente alla percezione popolare, e a quanto verificatosi in altri Paesi, l'invecchiamento demografico non è stato un importante fattore di aumento della spesa a carico del sistema sanitario di questo paese. Il driver principale di questo aumento della spesa è stato caratterizzato dall'aumento delle spese farmaceutiche e ospedaliere nonché dalle assunzioni di nuovi professionisti e dall'erogazione di stipendi più alti.

La principale fonte di finanziamento del sistema sanitario canadese è rappresentata dalla tassazione, infatti, circa il 70% della spesa sanitaria proviene dalle entrate fiscali dei governi federali, provinciali e territoriali (26).

La spesa privata, che quindi costituisce circa il restante 30%, è divisa in due settori: pagamenti diretti da parte degli utenti – *out of pocket* – rappresentante il 14% della spesa privata (farmaci da prescrizione 21%, istituzioni non ospedaliere, case di cura a lungo termine 22%, cure odontoiatriche 16%, cure oftalmologiche 9% e farmaci da banco 10%); acquisto di assicurazioni private, for profit e no profit, per il 12% (27), spesso fornite dal datore di lavoro, in aggiunta ai servizi offerti dal sistema assicurativo statale; il restante 3% proviene da contributi sociali, donazioni per la ricerca e altre fonti (26).

Una recente relazione dell'Istituto Canadese per le Informazioni sulla Salute stima che nel 2016 sono stati spesi 228,1 miliardi di dollari per l'assistenza sanitaria, circa l'11,1% di tutta l'economia canadese, per una spesa pro-capite di 6,29\$. Nei 228,1 miliardi di dollari sono comprese sia le spese del settore privato che pubblico. La quota del settore privato (30,2%) ammonta a 68,9 miliardi di dollari e include le spese sanitarie primarie sostenute dalle famiglie e dalle assicurazioni private. La spesa per farmaci (prescrizione e non-prescrizione) e altri professionisti (dentisti, oculisti, fisioterapisti, psichiatri, ecc.) rappresenta circa i due terzi (65,1%) di tutte le spese dell'assistenza sanitaria privata (27).

La maggior parte dei finanziamenti pubblici vengono utilizzati dalle province e dai territori per fornire piani assicurativi che garantiscano un'assistenza universale (servizi ospedalieri, se sono necessari ai fini del mantenimento della salute, servizi di prevenzione delle malattie, servizi diagnostici o trattamenti per un infortunio, malattia o disabilità). La quota rimanente dei fondi pubblici, invece, viene utilizzato per finanziare altri tipi di assistenza come la long term care o la farmaceutica. La maggior parte dei fondi utilizzati dalle province e dai territori per finanziare i servizi sanitari proviene dalle tasse pagate dai propri residenti, mentre un quarto del loro budget proviene dal governo federale attraverso il Canada Health Transfer. L'introduzione di piani assicurativi provinciali e territoriali è stata incoraggiata dal governo federale per scongiurare il pagamento di fee da parte dei pazienti e per mantenere la mobilità dei pazienti tra le diverse province e territori. Come già detto in precedenza, i governi provinciali e territoriali possono ulteriormente finanziare tipologie di assistenza non ascrivibili a servizi ospedalieri o visite mediche. Tali programmi sono spesso dedicati a specifici gruppi di popolazione (ad esempio bambini, anziani) parzialmente o completamente coperti, variano tra le diverse province e territori e possono riguardare la prescrizione di farmaci, le cure dentistiche, le cure oftalmologiche, la chiropratica, e i servizi di trasporto in ambulanza.

Tra le misure di controllo della spesa sanitarie attuate in Canada negli ultimi anni troviamo l'adozione di finanziamenti "global-budget" per gli ospedali e le autorità sanitarie regionali, la negoziazione dei tariffari per gli interventi sanitari erogati dai provider, l'adozione di tariffe per i farmaci, la riduzione dell'accesso ai corsi di medicina e infermieristica con la conseguente diminuzione dei medici e infermieri, la limitazione di investimenti in capitale e nuove tecnologie attraverso il processo dell'health technology assessment.

## Andamento della Spesa Sanitaria in Canada

È stata realizzata un'analisi di trend storica (1971-2015) delle principali voci di spesa sanitaria in Canada e un'analisi di trend previsionale, fino al 2030, sugli stessi indicatori. Tali indicatori sono: spesa sanitaria totale in percentuale di PIL, spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL, spesa ospedaliera in percentuale di PIL, spesa ambulatoriale in percentuale di PIL, spesa per LTC (Long Term Care) in percentuale di PIL.

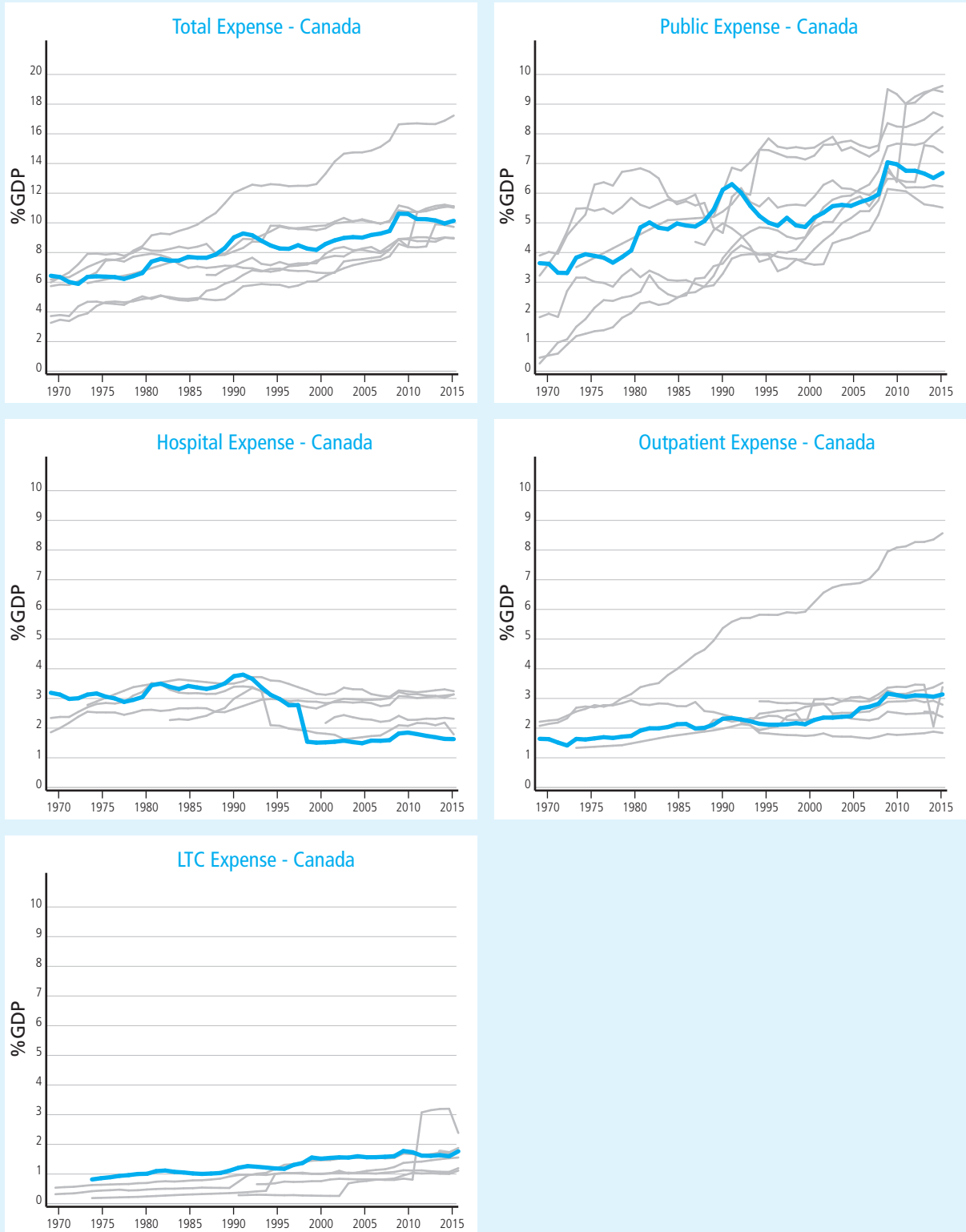
Per ogni trend (retrospettivo e previsionale) è stata svolta un'analisi comparativa con gli altri Stati, oggetto della presente tesi, così come riportato dai grafici illustrati in seguito.

È stata in seguito svolta un'analisi di correlazione tra spesa sanitaria totale e stato di salute percepito dalla popolazione con età maggiore a 65 anni. Inoltre, l'analisi di correlazione è stata svolta anche tra la spesa sanitaria totale e il PIL canadese, la spesa sanitaria totale e la spesa ambulatoriale.

In Canada la spesa sanitaria totale in percentuale del PIL è cresciuta costantemente dal 1971 al 2015, anche se in maniera meno accentuata rispetto agli altri Paesi OCSE analizzati. Invece, la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL ha subito una crescita nettamente maggiore, in particolare negli ultimi 10 anni in cui, per volontà del Governo Centrale canadese, l'indicatore ha raggiunto un valore simile a quello di altri Paesi OCSE. La spesa ospedaliera in percentuale del PIL, in accordo con quanto osservato nella maggior parte dei Paesi OCSE studiati, ha subito un forte decremento in Canada, particolarmente dalla fine dello scorso millennio. Situazione opposta è quella che si è verificata per la spesa ambulatoriale in percentuale di PIL e spesa per LTC in percentuale di PIL, le quali sono cresciute costantemente dal 1971 al 2015 in Canada (Figura 3).

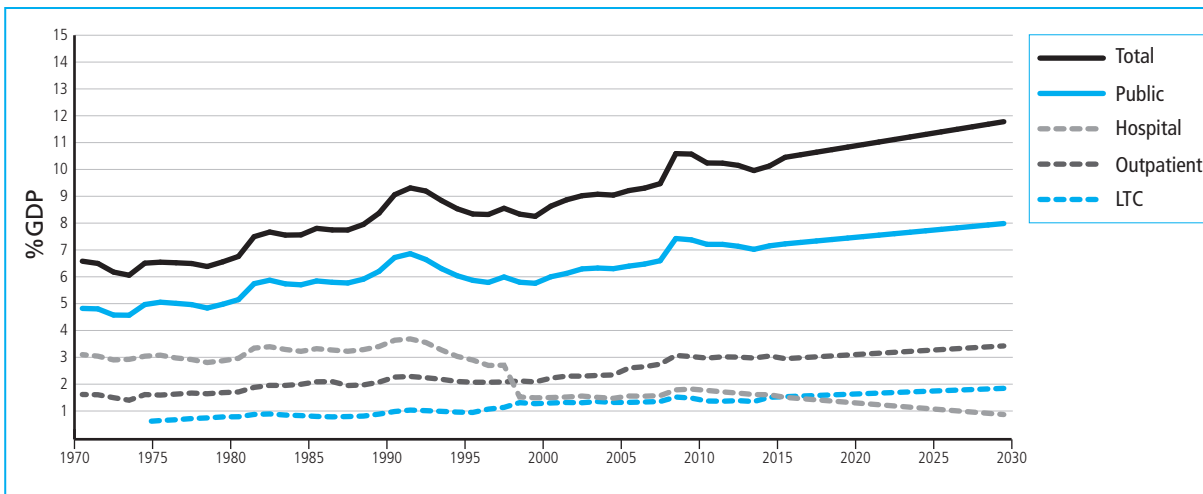


FIGURA 3 - ANDAMENTO DEGLI INDICATORI ANALIZZATI IN PERCENTUALE DI PIL DAL 1970 AL 2015 IN CANADA.



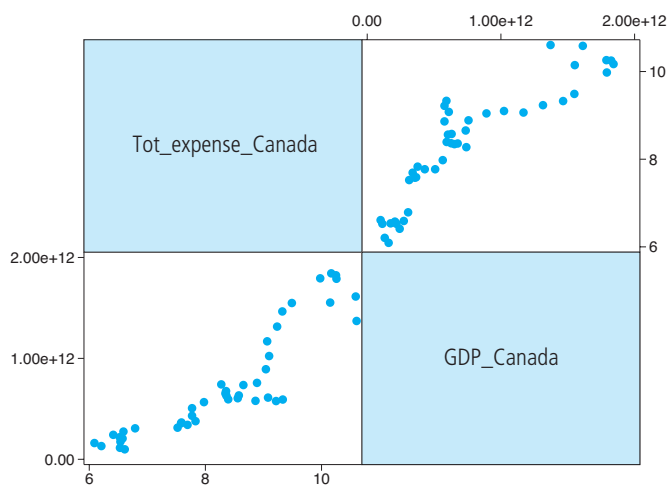
L'analisi previsionale mostra che nei prossimi 15 anni, sia la spesa sanitaria totale in percentuale di PIL sia la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL cresceranno costantemente. Inoltre, la spesa ambulatoriale in percentuale di PIL e quella per LTC in percentuale di PIL cresceranno ad un ritmo sostenuto, fin quasi a raddoppiare nel 2030 (spesa ambulatoriale in percentuale di PIL) rispetto ai livelli attuali. La spesa ospedaliera in percentuale di PIL, invece, subirà un costante calo nei prossimi anni (Figura 4).

**FIGURA 4. ANALISI PREVISIONALE DEGLI INDICATORI UTILIZZATI FINO AL 2030 IN CANADA.**



Per quanto riguarda l'analisi di correlazione, la spesa sanitaria totale correla, direttamente e in maniera statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), con il PIL in Canada ( $r = 0.8992$ ) (Figura 5). Considerando nell'analisi statistica solamente gli anni post-crisi economica (2009-2015), la correlazione non è presente a causa della contrazione del PIL, che ha interessato seppure in maniera lieve anche il Canada, e di un incremento della spesa sanitaria totale, conseguenza delle politiche di spesa sanitaria del Governo Centrale canadese, tendenti ad omologare il valore di spesa sanitaria in percentuale del PIL del Canada alla media OCSE.

**FIGURA 5. ANALISI DI CORRELAZIONE TRA LA SPESA SANITARIA TOTALE E IL PIL IN CANADA ( $R = 0.8992$ ).**



L'analisi statistica non ha evidenziato correlazione statisticamente significativa tra la spesa sanitaria totale e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana (over 65).

La spesa sanitaria totale, invece, risulta in correlazione statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) con la spesa ospedaliera in Canada ( $r = -0.58$ ). Però, come evidenziato dal valore negativo del coefficiente di correlazione, la spesa ospedaliera, che ha subito una significativa contrazione dalla seconda metà degli anni '90, ha seguito una direzione opposta rispetto alla spesa sanitaria totale, la quale invece è cresciuta in maniera più decisa dai primi anni '90 per toccare un picco di crescita dal 2007 in poi. Infatti, la spesa sanitaria totale ha evidenziato un'ampia correlazione diretta, statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), con la spesa ambulatoriale in Canada ( $r = 0.96$ ). Anche la spesa sanitaria totale ha evidenziato una correlazione diretta, statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), con la spesa per LTC in Canada ( $r = 0.89$ ).

## Commento Key Opinion Leader

John King

**L**a tassazione non rappresenta, a oggi, l'unico pilastro di finanziamento per il Sistema Sanitario in Canada e c'è dibattito circa l'ampliamento di ulteriori differenti opzioni che però, finora, poco hanno impattato e che mi aspetto impattino poco anche nel prossimo futuro a invarianza di scenario.

Mi piace pensare che determinati benefit in talune province possano essere ottenuti tramite semplificazioni fiscali ma ciò, ovviamente, non vale per tutte le province. I servizi sanitari di base saranno comunque coperti e sarebbe un suicidio politico pensare di cambiare il modo in cui la primary health care viene finanziata in Canada o introdurre altre forme di finanziamento/rimborso così come avviene all'estero. È qualcosa di davvero inusitato nello spirito dei canadesi il pensiero che la salute sia un diritto e che non si possa pagare per accedere ai servizi sanitari; i nostri servizi sanitari sono gratuiti grazie alla tassazione pubblica, tra le più alte del globo.

È davvero pensiero comune in Canada che supportare e contribuire al servizio sanitario nazionale sia un dovere e un privilegio sociale oltre che un beneficio personale.

Ad ogni modo è plausibile che dovremo affrontare maggiori problemi nel futuro. Nel sistema sanitario canadese ci saranno sempre più persone che pagheranno tramite tasse più di quanto riceveranno in termini di cura e altre che, al contrario, useranno più servizi di quanto spetterebbe loro in relazione alle tasse versate; in altre parole l'essenza del nostro sistema sanitario è rappresentata dal paradosso del necessario passaggio dall'essere cittadini sani al diventare pazienti malati.

Inoltre, è sempre bene che nel futuro la proporzione tra pubblico e out of pocket/assicurazioni private resti coerente con le proporzioni attuali, ovvero 70% e 30%, per garantire equilibrio e sostenibilità al sistema.

**John King** è, attualmente, Strategic Client Advisor presso la Odgers Berndtson's National Health Care Practice. Precedentemente ha ricoperto l'incarico di vice presidente esecutivo e direttore del St. Michael's Hospital. Ha ricoperto diversi ruoli apicali nel sistema sanitario quale vice-ministro associato per i programmi di long term care del ministero della salute dell'Ontario, vice presidente del St. Paul's Hospital Saskatoon e Direttore operativo del Calgary Regional Health Authority. Ha inoltre ricevuto diversi premi tra cui: il "Telfer School of Management Trudeau Medal Award", la nomina a membro onorario a vita del "Canadian College of Health Leaders" ed è stato insignito dell'Ordine della Stella polare dal Re di Svezia.





# il Sistema Sanitario in Francia

**Copertura:  
sistema sanitario pubblico e/o privato**

99% della popolazione

**Ruolo del governo**

Sistema di assicurazione sanitaria statutaria, con tutti gli assicuratori SHI incorporati in un unico scambio nazionale

**Sistema di finanziamento**

Imposte e contributi previsti per i datori di lavoro / dipendenti entrate fiscali generali e imposte specifiche

**Ruolo delle assicurazioni private**

~ 95% compra o riceve buoni dal governo per coperture complementari (condivisione di costi beni non coperti) assicurazione complementare limitata

**Modalità di remunerazione dei provider**

DRG, FFS, P4P

**“Pacchetti di salute”  
(prestazioni e servizi offerti ai pazienti)**

Libero

**Esenzioni e protezione  
per i cittadini a basso reddito**

No 50€ [60\$] tetto deducibile per consultazioni e servizi

**Tipo di provider: Cure Primarie**

Si

**Pagamento delle Cure Primarie**

Si, esenzione per redditi bassi, malati cronici, disabili e bambini

**Tipo di provider: Ospedale**

Privato

**Pagamento degli Ospedali**

FFS / pay-per-performance / fino a 40€ [48\$] bonus all'anno per paziente con malattia cronica e accordi regionali per medici salariati

**Tipo di provider: Ospedale**

Pubblico (67%) alcuni privati for profit (25%) e privati non a scopo di lucro

**Pagamento degli Ospedali**

DRG Pagamenti complessivo delle prestazioni sul singolo episodio di cura in ospedale (comprendono i costi medici negli ospedali pubblici, ma non in privato) e le sovvenzioni di attività per l'istruzione, la ricerca ecc.

## Caratteristiche del Sistema Sanitario in Francia

### Overview e governance

Bohm e colleghi nel 2013 (24) classificavano il Sistema Sanitario Francese un *Etatist Social Health Insurance*, cioè un sistema dove la regolamentazione è statale, il finanziamento proviene prevalentemente da assicurazioni sociali, mentre l'offerta dei servizi può essere pubblica o privata.

Il modello francese è, quindi, un modello misto con approccio bismarckiano ma obiettivi, quali universalità e equità, tipici di un sistema di tipo Beveridge. Sono presenti sia un'assicurazione sanitaria statutaria ("*statutory health insurance*", SHI) che un'assicurazione sanitaria volontaria ("*voluntary health insurance*", VHI). Il sistema di assicurazione statutaria, copre il 99,9% della popolazione residente, mentre il sistema di assicurazione volontaria ha un ruolo complementare (forma di rimborso per le compartecipazioni dei cittadini alla spesa sanitaria). L'accesso al sistema di assicurazione statutaria è garantito dall'attività lavorativa oppure come beneficio statale alle persone e alle loro famiglie che hanno perso il lavoro, nonché a studenti e pensionati. Lo Stato, inoltre, garantisce servizi sanitari a tutti i residenti che non hanno diritto all'assicurazione sanitaria (ad esempio, i disoccupati da oltre due anni) e a coloro che hanno presentato domanda per la residenza. I visitatori provenienti dall'Unione Europea sono coperti dalla tessera di assicurazione sanitaria europea, mentre i visitatori extra-europei sono coperti solo per le cure d'emergenza (26).

Il sistema di assicurazione statutaria è distinto in 3 tipi a seconda dei beneficiari (dati relativi al 2014) (28):

- Il comparto maggiore (*Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés; CNAMTS*), copre 60 milioni di dipendenti nel commercio e dell'industria e le loro famiglie (i quali rappresentano il 91% della popolazione);
- Il comparto agricolo (*Mutualité sociale agricole, MSA*), copre agricoltori, dipendenti agricoli e le loro famiglie (3,3 milioni di persone, circa il 5% della popolazione);
- Il comparto per i lavoratori autonomi (*régime social des indépendents, RSI*), copre artigiani e lavoratori autonomi tra cui i liberi professionisti (4,2 milioni di persone, circa il 6% della popolazione).

Vi sono inoltre comparti minori, che coprono ulteriori categorie di popolazione. I lavoratori sono obbligati ad aderire all'assicurazione statutaria, tranne in alcuni casi specifici (espatriati e dipendenti di società internazionali o istituzioni), e non possono scegliere a quale schema appartenere. Tutte e tre le tipologie di assicurazione statutaria sono costituite da: un fondo nazionale di assicurazione malattia e da una serie di fondi locali (105 fondi locali e 16 fondi regionali con mandati diversi). Altro principio fondante del sistema assicurativo francese è quello della solidarietà, secondo il quale vi è un rimborso completo delle spese sanitarie (o esenzione alla compartecipazione alle spese) per le persone affette da patologie gravi o croniche (cancro, l'AIDS, malattie mentali).

Sono inoltre disponibili una vasta gamma di piani assicurativi complementari e volontari privati,

spesso sovvenzionati dal datore di lavoro. Infatti, dall'inizio del 2016, l'assicurazione sanitaria volontaria è diventata obbligatoria nel settore privato e il datore di lavoro è tenuto a sottoscrivere per i propri dipendenti dei contratti di assicurazione di gruppo e sovvenzionarli per il 50% (26). Questi piani assicurativi consentono, il rimborso di una più vasta offerta di beni e servizi sanitari non contemplati dall'assicurazione statutaria quali cure dentali e oculistiche, chirurgia short-site o la degenza in camera singola.

L'organizzazione delle istituzioni all'interno del Sistema Sanitario francese ha l'obiettivo di garantire a tutta la popolazione il diritto alla salute. Il Parlamento a tal fine, infatti, controlla il Sistema Sanitario e le sue risorse attraverso l'emanazione delle leggi.

Il Ministero degli Affari Sociali, della Salute e dei Diritti delle Donne è l'organo deputato alla pianificazione di una strategia sanitaria nazionale, elaborata attraverso l'accordo tra i rappresentanti degli erogatori di servizi sanitari, lo Stato ed il sistema di assicurazione statutaria (29). Al Ministero della Salute competono, inoltre, la divisione della spesa preventivata tra i diversi settori (ospedali, assistenza ambulatoriale, assistenza psichiatrica, assistenza socio-sanitaria); la definizione del numero di studenti di medicina ammessi alla facoltà di medicina ogni anno; il numero di posti letto negli ospedali e la quantità di attrezzature necessarie; l'approvazione degli accordi stipulati tra il sistema assicurativo statutario e i sindacati che rappresentano gli operatori sanitari autonomi; la definizione dei prezzi di specifiche procedure mediche e dei farmaci (sulla base delle proposte dell'Autorità sanitaria nazionale); la determinazione delle norme di sicurezza negli ospedali; la definizione di aree di priorità per i programmi nazionali (cancro, malattie rare, interazione fra salute e ambiente, comportamenti non salutari, dipendenze e qualità della vita delle persone affette da malattie croniche).

La *Santé Publique France*, agenzia creata nel 2016, ha la funzione di vigilare e proteggere la salute pubblica, mentre l'Autorità di Controllo dei Fondi di Assicurazione Mutualistica ha lo scopo di supervisionare la concorrenza delle assicurazioni volontarie. Altre agenzie che coadiuvano il Ministero della Salute nelle sue attività sono l'Agenzia sulla Sicurezza dei Prodotti Sanitari, che ha lo scopo di soprassedere alla sicurezza dei prodotti sanitari dalla produzione sino al marketing; l'Agenzia per l'Informazione sull'Assistenza Ospedaliera che raccoglie sistematicamente informazioni sulle ospedalizzazioni con lo scopo di informare la pianificazione e il finanziamento delle strutture.; l'Agenzia Nazionale per la Valutazione di Qualità di Strutture e Organizzazioni Socio Sanitarie che si occupa di garantire i diritti dei pazienti adottando una serie di misure per evitare il maltrattamento dei pazienti (soprattutto popolazioni vulnerabili); infine l'Autorità Nazionale sulla Salute che svolge una serie di attività volte a valutare le tecnologie sanitarie, ma anche pubblica linea guida, conferisce certificazioni ai medici e accredita le strutture sanitarie (26).

A livello regionale, la governance è di competenza delle Agenzie Sanitarie Regionali. Le istituzioni e servizi sanitari e previdenziali per anziani e disabili rientrano nella competenza delle Agenzie Sanitarie Regionali e del Consiglio Generale, che rappresenta l'organo di governo a livello locale (26).

## Offerta dei servizi

Il Sistema Sanitario francese garantisce un'ampia offerta di servizi di salute alla popolazione attraverso la copertura assicurativa statutaria, infatti, circa il 99% dei cittadini ha diritto in caso di necessità a numerosi servizi: assistenza ospedaliera e trattamento in strutture riabilitative pubbliche o private, cure ambulatoriali fornite da medici generici, specialisti e ostetriche, servizi diagnostici, farmaci, apparecchi e protesi mediche qualora prescritti da medici convenzionati. Le SHI coprono parzialmente anche i servizi di salute mentale e gli hospice mentre garantiscono una copertura limitata per le cure ambulatoriali oftalmologiche e odontoiatriche. I servizi coperti dal SHI sono definiti a livello nazionale ed applicati in tutte le regioni.

Non è prevista una copertura completa dei servizi di prevenzione ad eccezione di alcuni come ad esempio vaccinazioni e screening per il cancro della mammella e del colon-retto.

A seguito della riforma finanziaria sanitaria del 2004 è stato introdotto un sistema di accesso alle cure primarie di tipo *gate-keeping* volontario, ma incentivato da una maggiore compartecipazione alla spesa sanitaria in assenza di registrazione ad un medico convenzionato sia esso un MMG che uno specialista. Attualmente circa l'85% della popolazione è registrato con un medico *gate-keeper*, di questi il 90% ha scelto un MMG.

Ci sono circa 221.000 MMG e 119.000 specialisti in Francia (un rapporto di 3,4 ogni 1000 abitanti), circa il 59% dei medici sono totalmente o parzialmente autonomi (il 67% dei MMG e il 51% degli specialisti) (30).

I poliambulatori medici multidisciplinari, i quali offrono una serie di servizi non finanziati da SHI, come le consulenze psicologiche e dietistiche e il coordinamento dell'assistenza sanitaria per le malattie croniche, sono garantiti attraverso fondi stanziati dalle Aziende Sanitarie Regionali. Gli specialisti ambulatoriali sono, generalmente, dei dipendenti salariati da strutture ospedaliere, pubbliche o private, nelle quali possono svolgere attività privata sia in ambito ambulatoriale che ospedaliero, solo il 36% degli specialisti è inquadrato come libero professionista e retribuito come tale (*fee-for-services*) (26).

Circa il 65% degli ospedali francesi è di proprietà e gestione pubblica, pertanto, sotto il controllo finanziario e manageriale del Ministero della Salute e delle Agenzie Sanitarie Regionali. Queste strutture coprono circa i due terzi del fabbisogno di cure ospedaliere e attività ambulatoriale della popolazione (67% dei posti letto di degenza per acuti e il 50% dell'offerta ambulatoriale). Gli ospedali privati a scopo di lucro possiedono il 25% dei posti letto ospedalieri e sono responsabili dell'erogazione di circa il 40% dell'offerta ambulatoriale; in essi si svolgono inoltre circa il 70% degli interventi di chirurgia ambulatoriale ultraspecialistica. Gli ospedali privati no-profit (10 % dei posti letto ospedalieri) sono, invece, i principali erogatori di cure oncologiche (26).

Gli ospedali pubblici costituiscono inoltre il principale setting di erogazione delle procedure ostetriche, solo un terzo del totale viene effettuato da strutture ospedaliere private.

L'assistenza lungo termine per anziani e disabili (*Long Term Care* o LTC) rappresenta uno specifico

settore del sistema di previdenza sociale francese, esso, infatti, copre il costo delle cure mediche, mentre i costi alberghieri per la degenza nelle strutture (in media 1.500€ al mese) sono a carico dalle famiglie. Questi servizi sono garantiti da circa 10.000 strutture per un totale di 720.000 posti letto (il 54% presso strutture pubbliche, il 28% in strutture private senza fini di lucro e il 18% in strutture private a scopo di lucro) (26).

Il SHI garantisce, inoltre, cure palliative negli ospedali e assistenza temporanea a pazienti non autosufficienti con servizi di sostegno per le famiglie (26).

## Modalità di finanziamento

In Francia nel 2014 la spesa sanitaria totale era pari al 12% del PIL (257 miliardi € o 310 miliardi \$), di cui il 76,6% è stato finanziato pubblicamente. In particolare il sistema assicurativo statutario è finanziato da imposte sul lavoratore o sul datore di lavoro (50%), da imposte sul reddito (35%), da dazi su tabacco e alcool, sull'industria farmaceutica e sulle compagnie di assicurazione sanitaria volontaria (13%), infine solo per il 2% da sovvenzioni statali (26).

La copertura è universale e obbligatoria, fornita a tutti i cittadini. A partire dal gennaio 2016, l'ammissione al SHI è universalmente concessa sotto la legge PUMA (La Protection universelle maladie).

L'assicurazione sanitaria volontaria finanzia complessivamente solo il 13,5% della spesa sanitaria totale (30).

È stato stimato che nell'anno 2014, la spesa *out of pocket* della popolazione costituiva circa l'8,5% delle spese sanitarie totali (escludendo la quota coperta da un'assicurazione complementare) ed è stata destinata principalmente a cure odontoiatriche e oculistiche.

Dal 2008, tutti gli ospedali e le cliniche sono rimborsati tramite il metodo dei " *Diagnosis-Related Group*" o DRG, un sistema di pagamento prospettico, applicato a tutti i ricoveri ospedalieri e ambulatoriali e fissato dal Ministero della Salute. Gli ospedali pubblici sono finanziati sia attraverso l'assicurazione sanitaria statutaria (per l'80%) sia attraverso le assicurazioni sanitarie volontarie e i pagamenti diretti da parte dei pazienti (per il 20%). Negli ospedali pubblici e in quelli privati senza scopo di lucro, il pagamento dei DRG include anche gli stipendi del personale medico. Tali strutture beneficiano inoltre di ulteriori sovvenzioni per la ricerca e l'insegnamento (fino ad un ulteriore 13% del bilancio), per la fornitura di servizi di emergenza, nonché per il prelievo ed il trapianto di organi (in media, un ulteriore 10 - 11% del bilancio di un ospedale) (26).

La remunerazione delle prestazioni offerte da strutture private con scopo di lucro, di proprietà di individui o di grandi aziende, è la stessa degli ospedali pubblici anche se vengono utilizzati tariffari diversi, infatti ad esempio, gli onorari dei medici sono fatturati in aggiunta ai DRG e non compresi in essi. Le strutture riabilitative, invece, hanno un sistema di pagamento misto, costituito da un sistema di finanziamento prospettico simile a quello fondato sui DRG, ma centrato su durata della degenza e sull'intensità delle cure.

Nell'aprile 2009 è stato introdotto il meccanismo *pay-per-performance* per i medici ambulatoriali con contratto individuale con il sistema di assicurazione statutaria.



L'assistenza a lungo termine per anziani e disabili (LTC) è in parte garantita da un fondo apposito, il Fondo di solidarietà nazionale per l'Autonomia, tale fondo creato nel 2004 viene finanziato sia attraverso SHI sia dalle entrate di una giornata l'anno di lavoro non retribuito, o "giorno della solidarietà", al quale partecipano, autorità locali, consigli generali e famiglie.

Negli ultimi 20 anni anche le SHI hanno subito grossi deficit così da dover approntare una serie di strategie per poter contenere i costi. Tra le strategie, ad esempio, si annoverano: la riduzione di posti letto per le acuzie; la rimozione del rimborso per 600 farmaci e l'aumento della prescrizione di generici; l'aumento dell'uso di farmaci non prescrittibili; la riduzione delle tariffe per prestazioni laboratoristiche o radiodiagnostiche in strutture private; una miglior negoziazione; l'aumento della chirurgia ambulatoriale; l'aumento di dimissioni più rapide; e la riduzione della duplicazione delle prestazioni. La compartecipazione alla spesa è prevista solo per il cittadino che rifiuta di prendere il generico o di accedere al sistema tramite il medico gatekeeper come descritto in precedenza (26).

### Andamento della Spesa Sanitaria in Francia

È stata realizzata un'analisi di trend storica (1971-2015) delle principali voci di spesa sanitaria in Francia e un'analisi di trend previsionale, fino al 2030, sugli stessi indicatori. Tali indicatori sono: spesa sanitaria totale in percentuale di PIL, spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL, spesa ospedaliera in percentuale di PIL, spesa ambulatoriale in percentuale di PIL, spesa per LTC (Long Term Care) in percentuale di PIL.

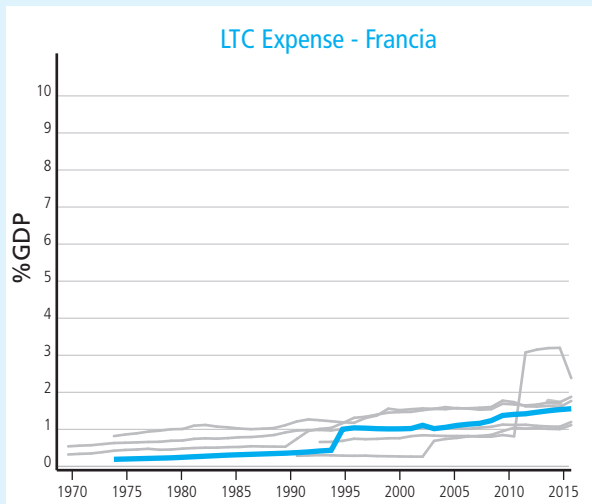
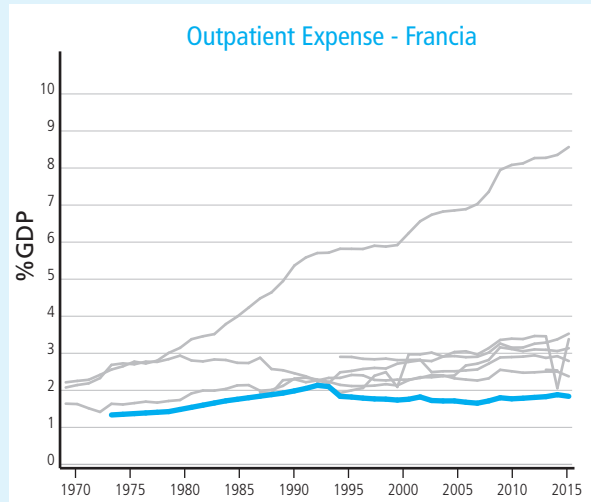
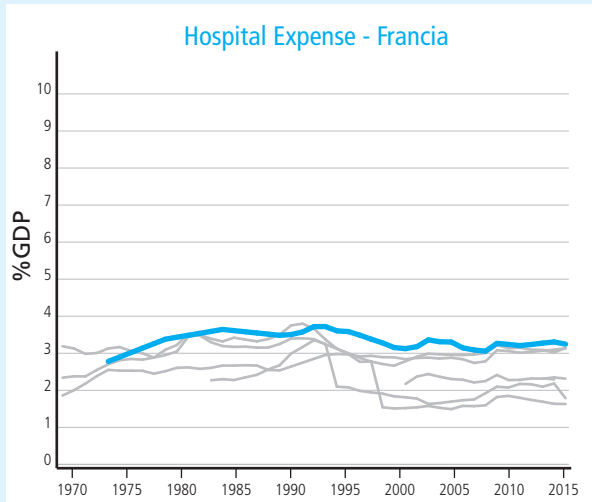
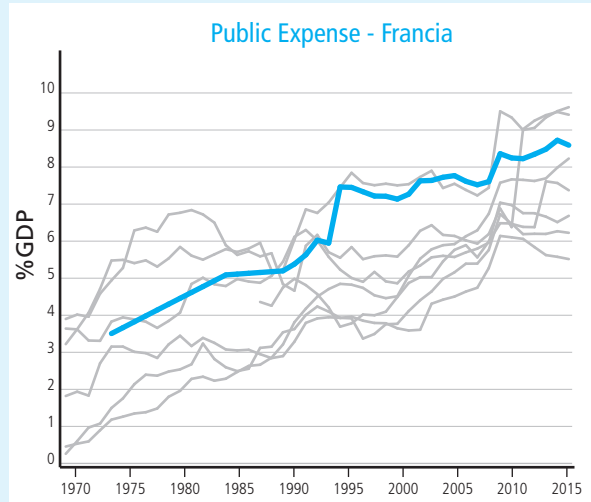
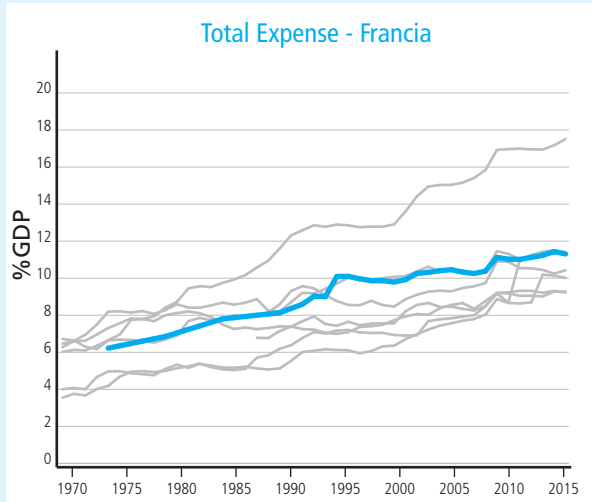
Per ogni trend (retrospettivo e previsionale) è stata svolta un'analisi comparativa con gli altri Stati, oggetto della presente tesi, così come riportato dai grafici illustrati in seguito.

È stata in seguito svolta un'analisi di correlazione tra spesa sanitaria totale e stato di salute percepito dalla popolazione con età maggiore a 65 anni. Inoltre, l'analisi di correlazione è stata svolta anche tra la spesa sanitaria totale e il PIL francese, la spesa sanitaria totale e la spesa ambulatoriale.

In Francia la spesa sanitaria totale in percentuale del PIL è cresciuta costantemente dal 1971 al 2015. Anche la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL ha subito una crescita costante nel periodo considerato, ma in maniera nettamente maggiore rispetto alla stessa voce negli altri 7 Paesi OCSE. Infatti, l'indicatore ha sempre mantenuto un valore nettamente superiore a quello degli altri Paesi, almeno fino al 2010. La spesa ospedaliera in percentuale del PIL, in accordo con quanto osservato nella maggior parte dei Paesi OCSE, ha subito un decremento in Francia (Paese in cui il dato si mantiene, comunque, tra i più elevati). Situazione simile si è verificata per la spesa ambulatoriale in percentuale di PIL che, invece, è sempre rimasta piuttosto bassa se confrontata agli altri Paesi studiati. In opposizione, la spesa per LTC in percentuale di PIL è cresciuta costantemente dal 1971 al 2015 in Francia (Figura 6).

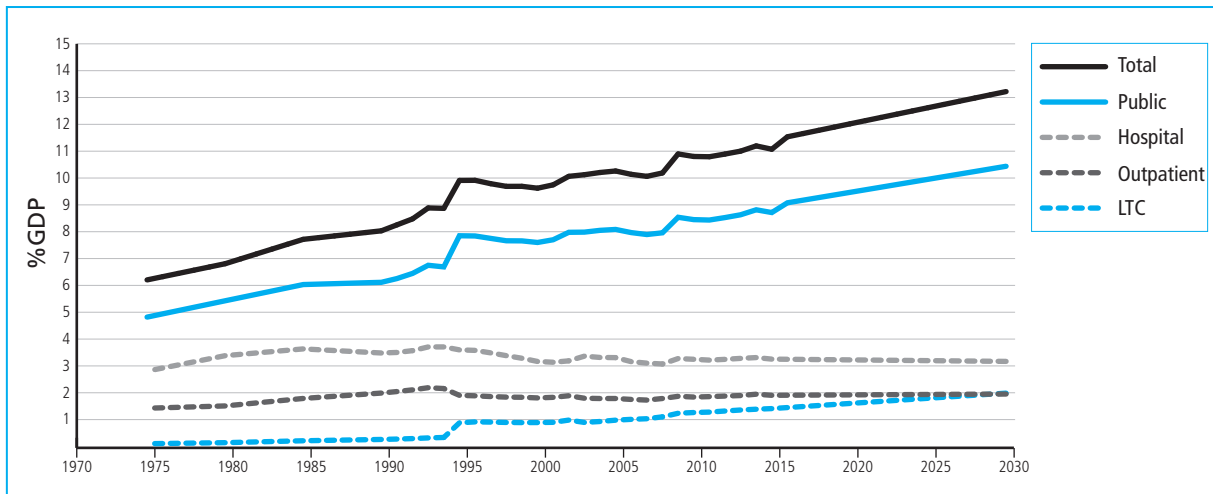


FIGURA 6 - ANDAMENTO DEGLI INDICATORI ANALIZZATI IN PERCENTUALE DI PIL DAL 1970 AL 2015 IN FRANCIA.



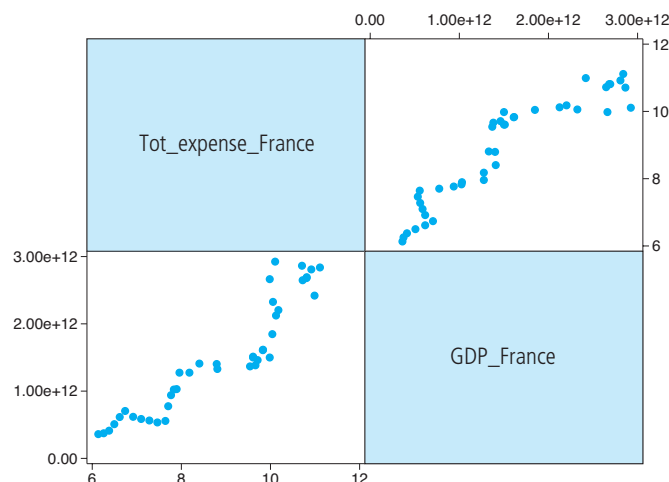
L'analisi previsionale mostra che nei prossimi 15 sia la spesa sanitaria totale in percentuale di PIL sia la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL cresceranno costantemente e ad un ritmo sostenuto. Tra le varie voci, la spesa per LTC in percentuale di PIL crescerà in maniera preponderante, fin quasi a raddoppiare, rispetto ai livelli attuali nel 2030. La spesa ospedaliera in percentuale di PIL, invece, si manterrà pressoché costante, o in leggera flessione, nei prossimi anni (Figura 7).

FIGURA 7. ANALISI PREVISIONALE DEGLI INDICATORI UTILIZZATI FINO AL 2030 IN FRANCIA.



Per quanto riguarda l'analisi di correlazione, la spesa sanitaria totale correla, direttamente e in maniera statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), con il PIL in Francia ( $r = 0.8767$ ) (Figura 8). Considerando nell'analisi statistica solamente gli anni post-crisi economica (2009-2015) la correlazione non è presente, ed anzi diventa negativa ( $r = -0.0817$ ), a causa della contrazione del PIL, che ha interessato seppure in maniera lieve anche la Francia, e di un incremento, seppur minimo rispetto agli anni precedenti, della spesa sanitaria totale.

FIGURA 8. ANALISI DI CORRELAZIONE TRA LA SPESA SANITARIA TOTALE E IL PIL IN FRANCIA ( $R = 0.8767$ ).



L'analisi statistica ha evidenziato una correlazione ( $r=0.82$ ) statisticamente significativa ( $p<0,05$ ) tra la spesa sanitaria totale in percentuale di PIL e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana (over 65). La spesa sanitaria totale in percentuale di PIL, invece, non risulta in correlazione con la spesa ospedaliera in percentuale di PIL in Francia. Ugualmente, non è stata evidenziata alcuna correlazione tra spesa sanitaria totale in percentuale di PIL e spesa ambulatoriale in percentuale di PIL. Viceversa, la spesa sanitaria totale in percentuale di PIL ha evidenziato una correlazione, diretta e statisticamente significativo, con la spesa per LTC in percentuale di PIL in Francia ( $r=0.95$ ).

## Commento Key Opinion Leader

Paul Garassus

**T**utti i cittadini francesi hanno diritto alla garanzia della tutela della salute attraverso un'assicurazione nazionale che è parte della sicurezza sociale. Assicurazioni complementari, le cosiddette "organismes complémentaires", stanno trovando sempre più spazio nella popolazione generale tanto che circa il 95% dei lavoratori gode di una doppia assicurazione. Di conseguenza, l'out of pocket in Francia è davvero limitato (dal 7 all'8% secondo dati OECD), e si registra un'aperta competizione tra assicurazioni complementari che risulta molto utile alla riduzione dei costi personali per il paziente e all'offerta della migliore garanzia di copertura completa data dai meccanismi di co-payment. I servizi assicurati dalla Sicurezza Sociale sono pubblicati in un "paniere salute" che si propone di definire livelli essenziali di assistenza e le specifiche condizioni che li necessitano. Di conseguenza, in alcuni

ambiti quali le cure odontoiatriche o l'ottometria, il rimborso previsto per le assicurazioni pubbliche è molto limitato.

Quanto occorre a questo contesto è la necessità di integrazione e coordinamento tanto per la primary care quanto per le cure specialistiche. Difatti, per la primary care tale processo è in corso ed è in atto grazie ai "parcours de soins". Per gli ospedali, invece, l'IFAQ - Incitation Financière A la Qualité, ovvero il sistema di miglioramento della qualità secondo il modello del pay per performance è in corso seppure, ad oggi, ancora molto limitato (1% del budget complessivo). Il passaggio verso il pagamento di servizi a maggiore qualità complessiva rappresenta il presente, il futuro e il nuovo indirizzo nelle cure ospedaliere. Il "bundled payment" è anche esso oggetto di discussione seppure non ancora disponibile se non in qualche contesto pilota.

**Paul Garassus** è medico, neurologo. Ricopre, attualmente, l'incarico di presidente della UEHP – Unione Europea dell'Ospedalità Privata. Paul Garassus è, inoltre, Presidente della Società Francese di Economia Sanitaria (French Health Economics Society - SFES) e Segretario Generale e Presidente del Consiglio Scientifico del Bureau d'Assurance Qualité et de l'Information Médico-Economique de l'Hospitalisation Privée (BAQIMEHP); attualmente svolge attività di docenza presso diverse Business School e Università.



# il Sistema Sanitario in Germania

## Copertura:

sistema sanitario pubblico e/o privato

86% della popolazione assicurazione sanitaria statutaria  
11% assicurazione sanitaria privata  
3% programmi speciali

## Ruolo del governo

Sistema di assicurazione sanitaria legale, con 118 assicuratori della Social Health Insurance (SHI) competenti ("fondi di malattia") si può optare per la copertura privata

## Sistema di finanziamento

Tassa salariale destinata al datore di lavoro / impiegato entrate fiscali generali

## Ruolo delle assicurazioni private

~11% della popolazione acquista coperture sostitutive, alcune complementari, alcune supplementari

## Modalità di remunerazione dei provider

DRG, FFS, P4P

## Accesso del paziente alle cure

Accessibili a tutti con SHI

## Tetto sulla condivisione dei costi

Sì, il 2% del reddito familiare 1% del reddito per malati cronici

## "Pacchetti di salute" (prestazioni e servizi offerti ai pazienti)

Sì

## Esenzioni e protezione per i cittadini a basso reddito

Sì, esenzione dai bambini e dagli adolescenti <18 anni

## Tipo di provider: Cure Primarie

Privato

## Pagamento delle Cure Primarie

FFS

## Tipo di provider: Ospedale

Pubblico (~ 48% dei letti), privato senza scopo di lucro (~ 35%), profit privato (~ 17%)

## Pagamento degli Ospedali

DRG Pagamento basato sugli episodi (inclusi i costi delle risorse)

## Caratteristiche del sistema sanitario in Germania

### Overview e governance

Secondo la classificazione sui sistemi sanitari formulata da Bohm e colleghi (24), il Sistema Sanitario Tedesco può essere considerato un Social Health Insurance, dove il finanziamento è derivante prevalentemente da assicurazioni sociali, mentre l'offerta dei servizi può essere pubblica o privata.

L'assicurazione sanitaria di Bismarck del 1883 ha istituito il primo sistema di assicurazione sanitaria sociale nel mondo costruito sul principio fondamentale della solidarietà.

In realtà in Germania coesistono due tipi di assicurazione, quella Statutaria, che comprende i cosiddetti fondi di malattia (assicurazioni no profit che utilizzano finanziamenti non governativi) e quella privata. Virtualmente i diversi livelli governativi non hanno nessun ruolo nel finanziamento diretto o nell'erogazione dei servizi sanitari. Infatti, il Governo Federale (*Bund*), i *Länder* (che operano a livello dei singoli Stati Federali) e gli enti corporativi (organi rappresentativi di professionisti, industrie e assicurazioni) condividono responsabilità e poteri decisionali circa la salute della popolazione tedesca.

Il Governo Federale non è direttamente finanziatore, manager o proprietario delle strutture sanitarie (salvo eccezioni, quali gli ospedali militari) ma ne gestisce molti aspetti di pianificazione e programmazione; così come gestisce l'organizzazione delle società di assicurazione pubblica, la protezione sui luoghi di lavoro, la prevenzione e il trattamento di malattie pericolose e contagiose, l'ammissione alle professioni mediche, il mercato farmaceutico e la stabilità economica degli ospedali. Il Governo Federale ha altresì il potere di istituire commissioni specializzate, mentre i *Länder* hanno un ruolo più operativo nella gestione del sistema, in quanto determinano i piani ospedalieri, ripartiscono i fondi tra le diverse società e istituzioni sanitarie locali.

Il ruolo delle municipalità, è quello di gestire e pianificare la sanità pubblica locale e di possedere circa la metà dei posti letto ospedalieri.

Il potere esecutivo all'interno del sistema corporativo è detenuto dal *Federal Joint Committee* (costituito da rappresentanti dell'Associazione Federale dei Fondi di Malattia, dai rappresentanti dell'Associazione Federale dei Medici e dei Dentisti della SHI, da membri della Federazione degli Ospedali Tedeschi, nonché da alcuni membri neutrali), ente indipendente rispetto al Ministero della Salute, ma supervisionato dal Governo (31); che ha un ampio potere regolatore nella determinazione dei servizi coperti dai fondi malattia, nonché nella definizione di standard qualitativi. Il Ministro della Sanità ha comunque il compito di rivedere e suggerire modifiche prima dell'approvazione finale delle leggi (32). Il Comitato è affiancato sia dall'Istituto per la Qualità e l'Efficienza in Sanità, sia dall'Istituto per l'Assicurazione della Qualità e la Trasparenza nell'Assistenza Sanitaria.

Il Ministero della Salute è coadiuvato da agenzie subordinate come il Centro Federale per l'Educazione alla Salute, l'Istituto Tedesco per la Documentazione e l'Informazione e il *Robert Koch In-*

stitute che si occupa del controllo e della prevenzione delle malattie infettive.

I pazienti sono, invece, organizzati in circa 40.000 gruppi di autoaiuto, di cui 360 organizzati a livello federale. Dal 2004 è stato assegnato al Ministero della Salute un Commissario Federale per i problemi dei pazienti, con il ruolo di tutela legale del paziente.

Come già accennato precedentemente, in Germania esistono sostanzialmente due tipi di assicurazione sanitaria: l'assicurazione sanitaria statutaria, SHI, che copre 70 milioni di persone, ovvero l'86% della popolazione, quindi rappresenta la principale fonte di finanziamento dei servizi sanitari tedeschi e l'assicurazione sanitaria privata PHI (11% della popolazione). La parte restante della popolazione (3% circa, militari e forze dell'ordine) sono coperti da programmi speciali. L'assicurazione sanitaria è obbligatoria per tutti i cittadini e per i residenti permanenti della Germania (26).

L'assicurazione statutaria viene finanziata da contributi obbligatori derivanti dallo stipendio (a partire dal 2016 quasi il 15% dello stipendio lordo, suddiviso in maniera equa tra il datore e il lavoratore). Esiste, inoltre, un ulteriore contributo dipendente dal reddito che va a coprire anche i coniugi senza reddito e i figli dei lavoratori. Tale contributo non si applica agli stipendi superiori a 50.850€ (26).

Tutti i cittadini lavoratori (e altri gruppi come i pensionati) che guadagnano meno di 56.250€ in un anno (71.564\$) a partire dal 2016 sono obbligatoriamente coperti da SHI (stessa copertura per i loro familiari a carico che non hanno reddito) (26).

Le contribuzioni che vanno ad alimentare i fondi di malattia sono raggruppati a livello centrale e poi riallocati in diversi fondi tenendo conto attraverso una formula di risk-adjustment che tiene conto di età, sesso e morbidità.

SHI è obbligatoria per tutti i cittadini e per tutti i residenti permanenti in Germania, ma non copre i visitatori. Gli immigrati senza documenti sono coperti da una "social security" in caso di malattie gravi, gravidanza e parto.

SHI comprende, inoltre, tra i vari servizi, ambulatori ospedalieri, assistenza sanitaria, cure odontoiatriche, cure oftalmologiche, terapia fisica, farmaci da prescrizione, riabilitazione, trattamento in hospice e cure palliative.

L'assicurazione sanitaria privata, PHI (nel 2014 l'8,9% della spesa sanitaria totale) (26) può essere sia complementare che supplementare a quella statutaria. Nel 2015, 8,8 milioni di persone sono state coperte da assicurazioni sanitarie private sostitutive (26). Nel 2016 erano presenti 42 società private sostitutive PHI (di cui 24 a scopo di lucro) queste, coprono i due gruppi che sono esenti da assicurazione sanitaria statutaria (i dipendenti pubblici e i lavoratori autonomi) e chi ha scelto di rinunciare a SHI. Il premio è basato su accordi individuali tra le compagnie di assicurazione e le persone che si assicurano, nel momento in cui definiscono l'insieme di servizi e la percentuale di copertura. L'assicurazione privata può avere inoltre un ruolo complementare e sostitutivo alla SHI, cosicché vengono coperti servizi normalmente non coperti dalla SHI, oppure accesso ad



alcuni comfort o vengono garantiti dei servizi tramite compartecipazione alla spesa. Le tariffe delle prestazioni garantite dalle assicurazioni private sono determinate a livello federale, sebbene il governo non sovvenzioni alcun tipo di PHI.

## Offerta dei servizi

La Germania ha una grande rete ospedaliera, con un elevato numero di posti letto (8,3 ogni 1.000 abitanti) e un altissimo tasso di ospedalizzazione (25 ricoveri ogni 1.000 abitanti, 9,2 giorni di degenza media).

I 16 governi statali definiscono la capacità ospedaliera, mentre quella delle prestazioni ambulatoriali è soggetta a regole stabilite dal Comitato Federale (*Federal Joint Committee*). Gli ospedali per acuti (nel 2012) erano 2017 con 501.475 posti letto: di questi, 601 strutture erano pubbliche, 719 di organizzazioni private senza scopo di lucro e 697 di organizzazioni private con scopo di lucro, con una percentuale di posti letto rispettivamente del 48%, 34% e 18%. Il numero di ospedali privati senza scopo di lucro è cresciuto negli ultimi anni.

Oltre a ospedali per acuti, vi sono 1.212 strutture specializzate nella riabilitazione con 168.968 posti letto, il 18% dei posti letto in ospedale sono presso strutture pubbliche, il 16% in strutture private senza scopo di lucro e il 66% in strutture private con scopo di lucro.

Negli ospedali lavorano principalmente medici stipendiati. Generalmente i medici ospedalieri non hanno l'autorizzazione a curare i pazienti fuori dell'ospedale, ma alcuni medici, in funzione dell'anzianità, possono trattare i pazienti assicurati privatamente con pagamenti *fee-for-service*, e gli ospedali possono anche fornire determinati servizi altamente specializzati su base ambulatoriale.

Tutti i medici di medicina generale e i medici specialisti che effettuano prestazioni in regime ambulatoriale, se ottengono il rimborso dal sistema di assicurazione statutaria, sono obbligatoriamente membri delle associazioni regionali che negoziano contratti con i fondi di malattia. Le associazioni regionali dei medici accreditati presso il sistema SHI sono responsabili dei requisiti per il coordinamento delle cure all'interno della loro Regione, e fungono da intermediatori finanziari tra i fondi di malattia e i medici per l'assistenza ambulatoriale.

I medici ambulatoriali lavorano tipicamente in studi privati: circa il 60% in studi singoli e il 25% in studi condivisi con un altro medico. Nel 2015 si contavano più di 2000 ambulatori polispecialistici, in alcuni di questi lavoravano anche specialisti ospedalieri e quindi in grado di erogare trattamenti altamente specializzati e assistenza per malattie rare. I cittadini hanno la libertà di poter scegliere il proprio MMG nonché lo specialista, anche se ciascun fondo di malattia ha dei propri provider da suggerire agli assicurati.

L'assistenza per i pazienti psichiatrici è in gran parte fornita nei reparti psichiatrici degli ospedali generali. Nel 2015 vi erano 35.368 tra psichiatri, neurologi e psicoterapeuti che operavano nel settore ambulatoriale e remunerati *fee-for-service* (26).

Le attività di guardia medica sono organizzate dalle associazioni regionali dei medici accreditati da SHI per garantire assistenza ambulatoriale h24. I medici sono obbligati a fornire un servizio di guardia medica nei loro studi, con differenti regole regionali. In alcune aree (ad esempio, Berlino), le attività di guardia medica sono state delegate agli ospedali. La guardia medica è disponibile anche tramite un centralino telefonico nazionale.

Le cure palliative e le cure in hospice sono coperte dall'assicurazione sanitaria statutaria apposita *Long Term Care Insurance*. Nel 2014 circa 2,57 milioni di persone hanno ricevuto servizi di LTC pubblica di cui circa 750.000 ospiti in residenze sanitarie. Il numero di strutture ospedaliere adibite all'assistenza di questi pazienti è aumentato significativamente negli ultimi 15 anni, fino a 235 ospedali e 304 centri di assistenza palliativa a livello nazionale nel 2016 (33). I benefici previsti dalla LTC dipendono dalla valutazione dei bisogni individuali e dal livello assistenziale. Tali benefici possono essere servizi o pagamenti in denaro. Poiché riescono a coprire solo il 50% del costo delle istituzionalizzazioni, i cittadini hanno la necessità di comprare un'assicurazione privata che vada a coprire la LTC.

## Modalità di finanziamento

Nel 2014 la spesa sanitaria totale, secondo l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), è stata dell'11,2% del PIL (333,5 miliardi €), di cui il 74% derivante da fondi pubblici (principalmente SHI, 58% del totale), con una spesa pro-capite di 5.119\$ (26).

La spesa finanziata attraverso la fiscalità generale serve per i servizi non coperti dal sistema statuario, come ad esempio la copertura per i bambini, che ammontava a circa il 4,5% delle spese totali nel 2014.

I pagamenti agli erogatori di servizi per la salute sono negoziati attraverso complesse contrattazioni tra specifici organi di governo e i soggetti coinvolti, ad esempio, le associazioni di medici. Tali contrattazioni avvengono a livello di stato federale (*Länder*).

L'Associazione Federale dei fondi per la malattia lavora con l'Associazione Federale dei medici SHI e la Federazione tedesca ospedaliera per sviluppare il programma delle tariffe ambulatoriali SHI e dei DRG, che vengono poi adottati da comitati bilaterali (26).

L'assistenza ospedaliera è pagata attraverso il sistema di DRG, attualmente basato su circa 1.200 categorie. Il sistema è rivisto annualmente e i DRG coprono anche i costi del personale. Negli ultimi anni sono state implementate altre tipologie di pagamento come i finanziamenti legati alla performance o i *bundle payment* (26).

Nel sistema di assicurazione statutaria, il premio di base è stabilito dal Ministero Federale della Salute sulla base di un insieme fisso di servizi da coprire, come stabilito dalla *German Social Law*.

L'assistenza ambulatoriale, comprendente l'assistenza primaria e i servizi ambulatoriali altamente

specializzati come radiologia e medicina di laboratorio, è fornita da circa 150.000 medici e psicoterapeuti. Ogni contatto medico-paziente in ambulatorio costa mediamente meno di 30€, la metà di questi contatti sono con specialisti.

I medici accreditati SHI che effettuano prestazioni ambulatoriali (MMG e specialisti) sono generalmente rimborsati per il servizio secondo un piano tariffario uniforme negoziato tra i fondi di malattia e i medici. Per il trattamento dei pazienti privati, anche i medici di medicina generale e gli specialisti ottengono un pagamento *fee-for-service*, ma le tariffe private sono solitamente superiori alle tariffe SHI. Il rimborso medio di un medico di famiglia è superiore a 200.000€ (254.452\$) all'anno e copre i costi per il personale addizionale, ma non i contributi provenienti da visite e prestazioni erogate in regime privatistico (26). I MMG possono ricevere incentivi per il coordinamento dell'assistenza, come ad esempio avviene nella gestione del trattamento dei pazienti cronici. Nella regione di Kinzigtal, ad esempio, sono stati erogati finanziamenti di tipo *bundle* per il trattamento delle cronicità.

*I co-payments* o pagamenti per i servizi non inclusi nel pacchetto dei benefit della SHI sono pagati direttamente al fornitore del servizio. Nei casi di assicurazione sanitaria privata, i pazienti pagano in anticipo e presentano indennizzi alla società di assicurazione per il rimborso. I *co-payments* vanno dai 5.00€ ai 10.00€ (6.36 - 12.72\$) per prescrizione ambulatoriale, 10.00€/die per ricoveri ospedalieri e riabilitativi (per i primi 28 giorni all'anno) e da 5.00€ a 10.00€ per dispositivi medici prescritti.

La spesa *out-of-pocket*, nel 2014, rappresentava il 13,2% della spesa sanitaria totale (664\$ pro-capite), in particolare veniva destinata al pagamento dell'assistenza residenziale, dei prodotti farmaceutici e dei beni sanitari. I medici contrattualizzati dal sistema SHI non sono autorizzati a chiedere tariffe più alte rispetto a quelle stabilite dal tariffario, sebbene i pazienti debbano pagare di tasca propria per prestazioni e servizi non inclusi nel suddetto tariffario.

I minori di anni 18 sono esenti da spese di compartecipazione. Per gli adulti c'è un limite annuo sulla ripartizione dei costi pari al 2% del reddito familiare. Circa 300.000 persone assicurate sotto SHI hanno superato il limite del 2% nel 2014 e sono state, quindi, esentate dall'ulteriore condivisione dei costi. Il tetto è ridotto all'1% del reddito annuo per persone con patologie croniche. Quasi 6,3 milioni di persone, ovvero circa il 9% di tutti gli assicurati SHI, hanno beneficiato di questa normativa nel 2014. Le persone disoccupate contribuiscono a SHI in proporzione ai loro diritti di disoccupazione. Per i disoccupati di lunga durata, il governo contribuisce per loro conto (26).

L'assicurazione per la *Long Term Care*, introdotta nel 1995, è obbligatoria ed è in genere fornita dai medesimi assicuratori che si occupano dell'assicurazione sanitaria. I contributi per questa assicurazione sono pari al 2,35% dello stipendio lordo, e sono divisi fra i datori di lavoro e i lavoratori; le persone senza figli pagano un ulteriore 0,25% (26).

Recentemente, in Germania si è cercato di finanziare servizi di alto valore, e che quindi fossero di qualità, pertanto, si sta passando sempre di più dal finanziamento complessivo per le ospedalizzazioni o le visite/prestazioni ambulatoriali, a tetti di spesa stabiliti a livello regionale. Altre strate-

gie per contenere i costi e migliorare la qualità dell'assistenza offerta sono state le contrattazioni dei fondi di malattia con i provider per l'erogazione di assistenza integrata, e con le aziende farmaceutiche per il ribasso dei prezzi dei farmaci (26).

## Andamento della Spesa Sanitaria in Germania

È stata realizzata un'analisi di trend storica (1971-2015) delle principali voci di spesa sanitaria in Germania e un'analisi di trend previsionale, fino al 2030, sugli stessi indicatori. Tali indicatori sono: spesa sanitaria totale in percentuale di PIL, spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL, spesa ospedaliera in percentuale di PIL, spesa ambulatoriale in percentuale di PIL, spesa per LTC (Long Term Care) in percentuale di PIL.

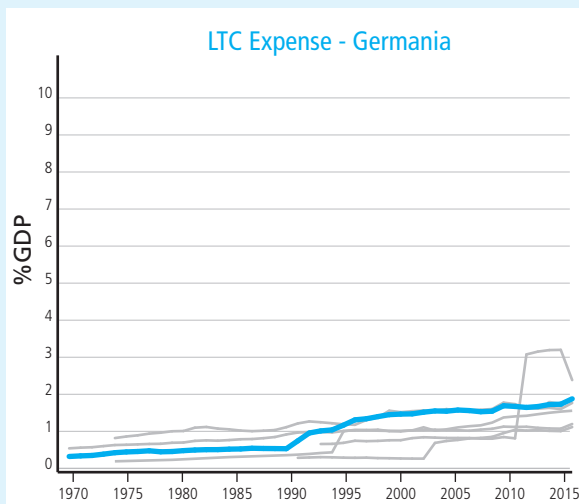
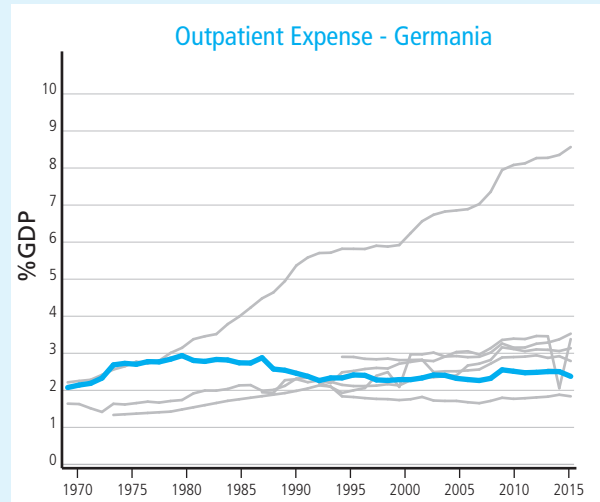
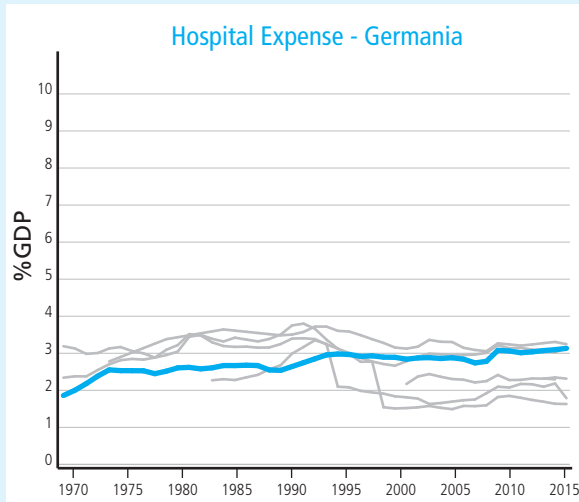
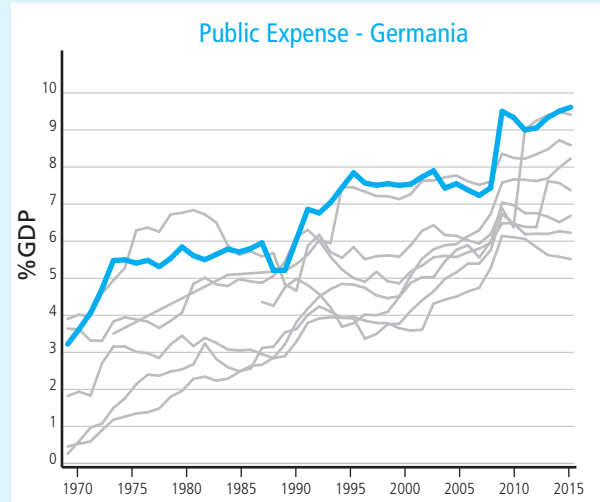
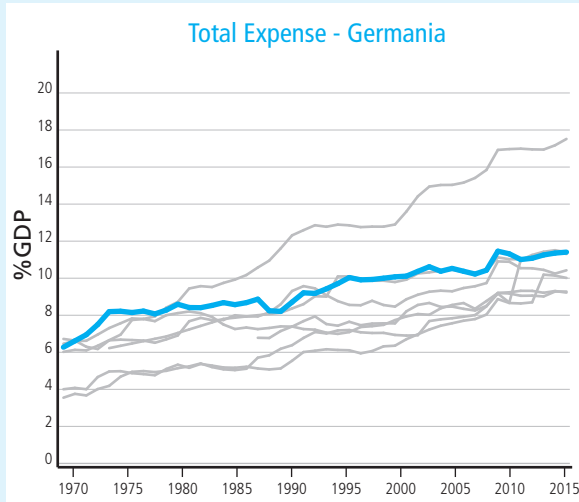
Per ogni trend (retrospettivo e previsionale) è stata svolta un'analisi comparativa con gli altri Stati, oggetto della presente tesi, così come riportato dai grafici illustrati in seguito.

È stata in seguito svolta un'analisi di correlazione tra spesa sanitaria totale e stato di salute percepito dalla popolazione con età maggiore a 65 anni. Inoltre, l'analisi di correlazione è stata svolta anche tra la spesa sanitaria totale e il PIL tedesco, la spesa sanitaria totale e la spesa ambulatoriale.

In Germania, la spesa sanitaria totale in percentuale del PIL è cresciuta costantemente dal 1971 al 2015, e in maniera più accentuata rispetto agli altri Paesi OCSE analizzati ad eccezione degli USA. Anche la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL ha subito una crescita nettamente maggiore rispetto agli altri 7 Paesi OCSE. Infatti, l'indicatore ha sempre mantenuto un valore nettamente superiore a quello degli altri Paesi. La spesa ospedaliera in percentuale del PIL, in accordo con quanto osservato nella maggior parte dei Paesi OCSE, ha subito un forte decremento in Germania, Paese in cui il dato era tra i più bassi fino agli anni '80. Situazione simile si è verificata per la spesa ambulatoriale in percentuale di PIL, che è sempre rimasta piuttosto bassa se confrontata agli altri Paesi. In opposizione, la spesa per LTC in percentuale di PIL si è sempre mantenuta fra le più alte, se confrontata con gli altri Paesi, ed è cresciuta costantemente dal 1971 al 2015 in Germania (Figura 9).

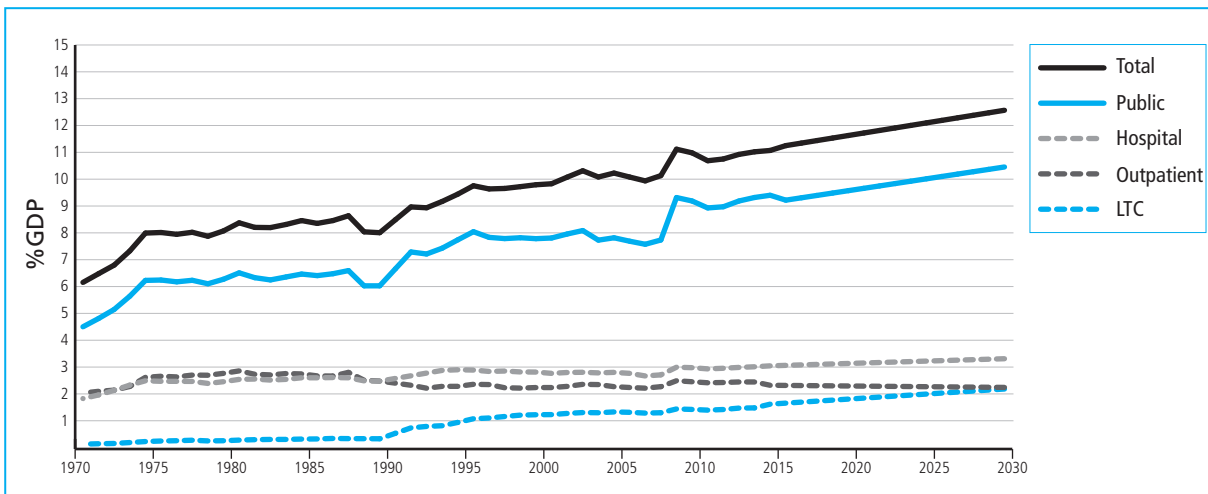


FIGURA 9 - ANDAMENTO DEGLI INDICATORI ANALIZZATI IN PERCENTUALE DI PIL DAL 1970 AL 2015 IN GERMANIA.



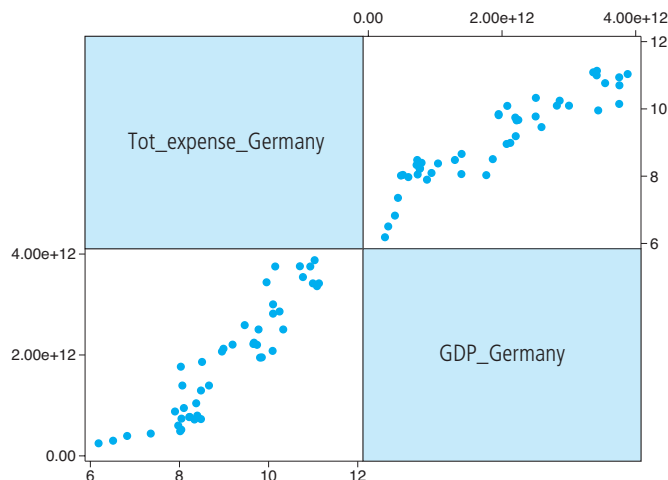
L'analisi previsionale mostra che nei prossimi 15 anni sia la spesa sanitaria totale in percentuale di PIL sia la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL cresceranno costantemente e ad un ritmo sostenuto. Tra le varie voci, la spesa per LTC in percentuale di PIL crescerà in maniera preponderante, fin quasi a raddoppiare, rispetto ai livelli attuali nel 2030. Nei prossimi anni, in Germania potrebbe verificarsi un incremento talmente sostenuto della spesa per LTC da rendere tale voce superiore a quella della spesa ambulatoriale, per la quale potrebbero non verificarsi incrementi. La spesa ospedaliera in percentuale di PIL, invece, si manterrà costante nei prossimi anni (Figura 10).

**FIGURA 10. ANALISI PREVISIONALE DEGLI INDICATORI UTILIZZATI FINO AL 2030 IN GERMANIA.**



Per quanto riguarda l'analisi di correlazione, la spesa sanitaria totale correla, direttamente e in maniera statisticamente significativa, con il PIL in Germania ( $r=0.9281$ ) (Figura 11). Considerando solamente gli anni post-crisi economica (2009-2015) la correlazione non è presente, ed anzi diventa negativa, a causa della contrazione del PIL, che ha interessato seppure in maniera lieve anche la Germania, e di un incremento, seppur lieve rispetto agli anni precedenti, della spesa sanitaria totale.

**FIGURA 11. ANALISI DI CORRELAZIONE TRA LA SPESA SANITARIA TOTALE E IL PIL IN GERMANIA ( $R=0.9281$ ).**



L'analisi statistica non ha evidenziato alcuna correlazione statisticamente significativa tra la spesa sanitaria totale e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana (over 65).

La spesa sanitaria totale, invece, risulta in correlazione statisticamente significativa con la spesa ospedaliera tedesca ( $r=0.94$ ). In Germania non è stata evidenziata alcuna correlazione tra spesa sanitaria totale in percentuale di PIL e spesa ambulatoriale in percentuale di PIL, situazione che riflette i bassi livelli di spesa ambulatoriale rilevati in Germania rispetto alle altre voci di spesa sanitaria. Viceversa, la spesa sanitaria totale in percentuale di PIL ha evidenziato una correlazione diretta, statisticamente significativo, con la spesa per LTC in percentuale di PIL in Germania ( $r=0.94$ ).



## Commento Key Opinion Leader

Miriam Blumel

**I**l futuro e il finanziamento del Sistema Sanitario tedesco, così come negli altri paesi dell'Unione Europea, dipende di base dall'evoluzione della situazione economica e dall'indirizzo politico che i partiti vorranno imprimere agli stessi. Il contesto economico e fiscale maggiormente favorevole negli ultimi pochi anni ha portato una situazione dove il Central Health Fund ha realizzato un "tesoretto" di riserve finanziarie pari a 25 miliardi di euro alla fine del 2016, ovvero circa il 10% della spesa totale annuale dell'assicurazione sanitaria sociale. Questa riserva è abbastanza grande da assorbire potenziali crisi di liquidità e contribuire alla resilienza del sistema in tempo di crisi.

Nel lungo termine il tema diventerà la co-esistenza di un'assicurazione sociale sanitaria a carattere pubblico (SHI) e delle assicurazioni private sostitutive (PHI).

Un modello, che è stato supportato dai Social Democratici (SPD), i Verdi e il Partito di Sinistra (LINK) è conosciuto come "assicurazione dei cittadini" (Bürgerversicherung) ed è teso a:

- garantire una base maggiore di contributi allo Stato per il sistema salute estendendo l'obbligo di avere l'SHI a quella quota di popolazione che precedentemente

godeva di esenzione (dipendenti autonomi, dipendenti statali, etc);

- abolire la soglia di salario al di sopra della quale i dipendenti possono optare per il sistema della SHI;
- aumentare il limite di contribuzione per la SHI, ovvero la soglia di stipendio massimo oltre la quale bisogna pagare di tasca propria i servizi offerti dal SHI;
- estendere l'obbligo di pagamento del contributo al SHI in relazione ad altre forme di guadagno rispetto al solo stipendio (beni immobili, rendite).

D'altra parte l'Unione Democratico Cristiano (CDU) e il partito liberale attuano politiche tese al mantenimento della coesistenza tra SHI e PHI. Resta da vedere come le politiche di finanziamento al sistema salute cambieranno dopo le recenti elezioni parlamentari del settembre 2017. A seguito del declino del Partito socialista - SPD e l'impossibilità di formare un nuovo governo di coalizione con il CDU, l'unica possibile coalizione perseguibile è quella che va sotto il nome di "Coalizione Giamaica" ovvero un'alleanza tra CDU, Partito liberale e Verdi, la cui prospettiva di approccio al finanziamento del sistema salute deve essere ancora da chiarire.

**Miriam Blumel** è sociologa e ricercatrice presso il Dipartimento di Management delle imprese sanitarie della Berlin University of Technology.

Nella sua attività di ricerca collabora stabilmente con l'European Observatory on Healthcare Systems and Policies dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Regione Europea) e, in particolare, è autrice dei report prodotti dall'Observatory relativi al Sistema Sanitario Tedesco.



# il Sistema Sanitario in Italia

## Copertura: sistema sanitario pubblico e/o privato

Il 100% della popolazione italiana inclusi gli immigrati è coperta per le urgenze (diritto alla Salute sancito dall'art. 32 della Costituzione)

## Ruolo del governo

Sistema Sanitario Nazionale il finanziamento e la definizione dei pacchetti sono a cura governo nazionale pianificazione, regolazione e fornitura da parte dei governi regionali

## Sistema di finanziamento

Imposte nazionali e regionali integrate da co-pagamenti per farmaci e assistenza ambulatoriale

## Ruolo delle assicurazioni private

I pazienti acquistano assicurazioni complementari (servizi esclusi dai pacchetti) o copertura supplementare (più servizi negli ospedali, scelta più ampia del fornitore) circa il 5,5% acquista una copertura individuale VHI (1,33 milioni di famiglie), mentre circa 2,5 milioni di persone hanno copertura di gruppo

## Modalità di remunerazione dei provider

DRG, importo forfetario o bilancio globale, ticket

## Accesso del paziente alle cure

Libero

## Tetto sulla condivisione dei costi

No; massimo 46.15€ [61\$] co-payment per ambulatori specialistici di consultazione o procedura diagnostica co-payment (tariffe regionali) sui farmaci

## "Pacchetti di salute" (prestazioni e servizi offerti ai pazienti)

Si

## Esenzioni e protezione per i cittadini a basso reddito

Si, esenzioni per anziani a basso reddito/bambini, donne in gravidanza, condizioni croniche/disabilità, malattie rare

## Tipo di provider: Cure Primarie

Privato

## Pagamento delle Cure Primarie

Condivisione della miscela (~ 70% del totale), servizio a pagamento e P4P limitato (~ 30%)

## Tipo di provider: Ospedale

Pubblico (80% dei posti letto), alcuni privati (20%)

## Pagamento degli Ospedali

DRG soggetto a variazione regionale, principalmente riferito al pagamento per singolo episodio (tranne gli ospedali di proprietà regionale) - comprende i costi per il personale medico

## Caratteristiche del Sistema Sanitario in Italia

### Overview e governance

Secondo la classificazione sui sistemi sanitari formulata da Bohm e colleghi (24), il Servizio Sanitario Nazionale Italiano può essere considerato un *National Health Insurance*, dove la regolamentazione e il finanziamento sono prevalentemente statali, mentre l'offerta dei servizi può essere di tipo pubblico o privata.

Il Servizio Sanitario Italiano, SSN, istituito nel 1978, prevede la copertura universale per tutti i cittadini e gli stranieri residenti (dal 1998 gli stranieri senza regolare permesso di soggiorno hanno accesso alle cure urgenti ed essenziali; invece i visitatori provvisori, se cittadini dell'Unione Europea, sono coperti attraverso la tessera sanitaria europea, mentre i cittadini non UE sono coperti solo per le cure emergenziali, ma possono ricevere assistenza sanitaria pagando i costi del trattamento).

Oltre alla copertura universale, i principi su cui si fonda il SSN sono i seguenti:

- Salvaguardia della salute, attraverso la promozione di stili di vita corretti, la prevenzione delle malattie e la riabilitazione;
- Solidarietà (i cittadini pagano i servizi offerti dal SSN attraverso la fiscalità generale in base al loro reddito e accedono ai servizi in base alle loro esigenze);
- Equità;
- Uniformità geografica e sociale;
- Importanza della pianificazione sanitaria.

All'interno del SSN si riconoscono tre livelli di governance: nazionale, regionale e locale.

Il Ministero della Salute stabilisce i principi e gli obiettivi fondamentali del Sistema Sanitario, determina i Livelli Essenziali di Assistenza, i LEA, garantiti in tutto il Paese e stanziando fondi nazionali alle regioni. Una specifica Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA è tenuta a seguire tre criteri: efficacia, adeguatezza e coerenza con le funzioni e gli obiettivi del SSN.

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse) (34).

Il Ministero della Salute è attualmente suddiviso in 12 Direzioni Generali che presiedono diversi settori dell'assistenza sanitaria come ad esempio la programmazione, la prevenzione, la sanità

veterinaria, l'igiene degli alimenti, la ricerca, i sistemi informativi etc. o che collaborano con le principali istituzioni legati al Ministero della Salute (il Consiglio Superiore di Sanità, l'Istituto Superiore di Sanità).

Le principali organizzazioni non governative che coadiuvano il Ministero della Salute sono: il Consiglio Superiore di Sanità che fornisce supporto per le attività relative alla pianificazione sanitaria nazionale, di igiene e salute pubblica, di farmacologia e farmaco-epidemiologia, alla formazione continua dell'istruzione medica e ai sistemi informativi) l'Istituto Superiore di Sanità (che fornisce raccomandazioni e controlli nel settore della sanità pubblica); l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) che regola i farmaci a partire dai rapporti con l'industria, fino alla prescrizione, l'individuazione dei costi e le modalità di rimborso; l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) che supporta le politiche di governo dei diversi Sistemi Sanitari Regionali attraverso azioni di monitoraggio, valutazione, formazione, ricerca ed innovazione. Alcune Regioni hanno istituito Agenzie Regionali con lo scopo di monitorare e valutare i servizi offerti e la loro qualità, che forniscono supporto tecnico-scientifico.

Le principali fonti di finanziamento sono le imposte nazionali e regionali, integrate dalla partecipazione alla spesa per acquisto di farmaci e prestazioni ambulatoriali.

Le 19 Regioni e le 2 Province Autonome condividono le responsabilità di pianificazione e finanziamento con il governo centrale attraverso la Conferenza Stato-Regioni, dispongono di esclusive competenze in materia di regolamentazione, organizzazione, amministrazione e finanziamento per la sanità pubblica; le Regioni sono inoltre responsabili della tutela della salute e delle discipline sanitarie quali la sicurezza sul lavoro, l'organizzazione delle professioni, la sicurezza alimentare e la ricerca scientifica. Le Regioni godono di un'autonomia significativa nell'organizzazione e nella programmazione dei loro sistemi sanitari. I Governi Regionali firmano periodicamente il "Patto per la Salute" con il Governo Nazionale che colloca risorse aggiuntive per il raggiungimento degli obiettivi di pianificazione e di spesa sanitaria.

A livello locale, le Aziende Sanitarie Locali (ASL), sono gestite da un direttore generale nominato dal governatore della Regione e forniscono servizi quali: medicina preventiva, attività sanitarie, servizi di assistenza primaria, medicina familiare e comunitaria e servizi di assistenza secondaria e specialistica direttamente o tramite ospedali pubblici o fornitori privati accreditati.

## Offerta dei servizi

Le cure primarie sono affidate a Medici di Medicina Generale (MMG) e a Pediatri di Libera Scelta (PLS), inquadrati come liberi professionisti non dipendenti ma convenzionati con il SSN in base ad un Accordo Collettivo Nazionale, frutto della consultazione del Governo con i Sindacati. Nel 2012 c'erano circa 53.000 medici e pediatri (33.6% di tutti i medici che lavorano per il SSN) e 104.600 clinici ospedalieri (66.4%) (35).

Ogni cittadino ha libertà di scegliere il proprio MMG o PLS salvo raggiungimento del numero

massimo di pazienti consentiti (1.500 per i MMG e 800 per i PLS). Le procedure specialistiche possono essere prescritte da un MMG o da uno specialista.

Le prestazioni di tipo ambulatoriale possono essere erogate dalle ASL o dagli ospedali pubblici o privati accreditati. Gli specialisti che lavorano presso le ASL o gli ospedali, sono dipendenti del SSN e sono pagati attraverso una tariffa oraria stabilita tramite Accordo Nazionale Collettivo tra Governo e Sindacati. La compartecipazione alla spesa da parte del cittadino è prevista per visite e prestazioni ambulatoriali nonché per test diagnostici e laboratoristici. Le cure odontoiatriche non sono generalmente coperte, fatta eccezione per i bambini fino a 16 anni, le popolazioni vulnerabili e le persone in difficoltà economiche o con un bisogno di salute urgente.

La continuità assistenziale, al di fuori degli orari di apertura degli studi dei MMG, viene garantita dai Medici di Continuità Assistenziale, remunerati attraverso una tariffa oraria, negoziata tra i Sindacati di categoria e il Governo centrale.

Per quanto riguarda la salute mentale, l'assistenza viene erogata in strutture comunitarie pubbliche come i Centri di Salute Mentale nelle ASL, reparti psichiatrici negli ospedali e in strutture residenziali e semi residenziali. Nel 2013 si contavano quasi 1991 strutture residenziali e poco meno della metà (836) strutture semi residenziali, che hanno erogato assistenza a più di 65000 pazienti. Il coordinamento dell'assistenza per ciascun paziente e la promozione della salute mentale è di pertinenza dei dipartimenti di salute mentale delle ASL, a cui afferisce un team multidisciplinare composto da psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, terapisti occupazionali, educatori e staff amministrativo.

Per l'assistenza a lungo termine, i pazienti anziani sono generalmente trattati in strutture residenziali (più di 267.000 pazienti trattati nel 2013 per un totale di 186.872 posti letto) o in strutture semi-residenziali (più di 24000 pazienti nel 2013 per un totale di 14927 posti letto) o in assistenza domiciliare (più di 730.000 casi, di cui l'83,5% anziani). I servizi residenziali e semi-residenziali garantiscono servizi infermieristici, medici, cure specialistiche, servizi di riabilitazione, terapie mediche e dispositivi. I pazienti devono essere chiamati a ricevere assistenza residenziale. La condivisione dei costi per i servizi residenziali varia secondo la regione, ma è generalmente determinata dal reddito dei pazienti, le strutture residenziali vengono gestite da una miscela di organizzazioni pubbliche e private, con scopo di lucro o senza scopo di lucro, e quindi possono chiedere una quota al paziente mentre l'assistenza domiciliare è garantita dalle ASL e quindi viene finanziata attraverso la fiscalità generale.

Lo Stato può erogare benefici finanziari per coloro che si trovano in condizioni di necessità e hanno bisogno di un sostegno socio-sanitario. In linea di principio il sostegno finanziario può assumere la forma di indennità di accompagnamento (assegnato dall'INPS – Istituto Nazionale Previdenza Sociale - ai cittadini italiani che necessitano di assistenza continua) correlata alla necessità, non al reddito o all'età, di circa 500€ (714\$) al mese; o assegni di cura assegnati dai Comuni sulla base del reddito, della necessità e della gravità clinica solo ai residenti di quei comuni (con l'importo che varia tra 300 e 600€ al mese). Nell'assistenza a lungo termine e nelle cure palliative, garantite dallo Stato a tutti i cittadini che ne hanno bisogno attraverso la legge 38 del 2010; svolgono un ruolo importante le organizzazioni volontariato. Nel 2013 si contavano 246 hospice



con 2675 posti letto e ad oggi si evidenzia la mancata ed uniforme applicazione della legge 38 in tutto il territorio italiano, tale da comportare una serie di disuguaglianze tra le Regioni del Nord e quelle del Sud (36).

Per quanto riguarda la farmaceutica, si distinguono tre classi di farmaci:

- La classe A (farmaci essenziali e quelli destinati alle malattie croniche) pienamente rimborsati dal SSN;
- la classe H (farmaci rimborsati solo in ospedale);
- la classe C (prodotti che non presentano le caratteristiche della classe A e non sono rimborsati).

I prezzi per i farmaci rimborsabili vengono stabiliti attraverso attività di negoziazione tra Governo e case farmaceutiche secondo criteri di costo-efficacia; confronto dei prezzi delle terapie alternative per la stessa condizione; costi al giorno; impatto finanziario sul sistema sanitario; quota di mercato stimata del nuovo farmaco; confronto dei prezzi medi e dei dati di consumo di altri Paesi europei. I prezzi per i farmaci non rimborsabili sono invece fissati dal mercato. Le tre vengono aggiornati regolarmente dall'Agencia Nazionale del Farmaco (AIFA).

## Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Il 18 marzo 2017 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15) il *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017* con i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, il quale sostituisce infatti integralmente il *DPCM 29 novembre 2001*. Il DPCM predisposto in attuazione della Legge di stabilità 2016 (articolo 1, commi 553 e 554, legge 28 dicembre 2015, n. 208), che ha vincolato 800 milioni di € per l'aggiornamento dei LEA.

Attraverso il decreto dei LEA, vengono individuate le prestazioni e i servizi garantiti e offerti a tutti i residenti nel territorio italiano (lista positiva) e i servizi totalmente o parzialmente a carico del cittadino (lista negativa). Nella lista positiva si ritrovano prestazioni assistenziali, preventive o riabilitative, l'assistenza domiciliare, la prescrizione dei farmaci il cui costo è in parte o totalmente pagato dal SSN, ecc; nella lista negativa, invece, ritroviamo le prestazioni di medicina estetica, le cure ortodontiche ecc. Alcune Regioni sono libere di finanziare alcuni servizi non presenti nella lista positiva dei LEA.

Il DPCM del 12 gennaio 2017, ha confermato le tre categorie di servizi già individuati nel precedente decreto:

### **1. Prevenzione collettiva e sanità pubblica, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli, in particolare:**

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;



- salute animale e igiene urbana veterinaria;
  - sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
  - sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
  - attività medico legali per finalità pubbliche.
- 2. Assistenza distrettuale, ovvero le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, così articolati:**
- assistenza sanitaria di base;
  - emergenza sanitaria territoriale;
  - assistenza farmaceutica;
  - assistenza integrativa;
  - assistenza specialistica ambulatoriale;
  - assistenza protesica;
  - assistenza termale;
  - assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
  - assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.
- 3. Assistenza ospedaliera, articolata nelle seguenti attività:**
- pronto soccorso;
  - ricovero ordinario per acuti;
  - day surgery;
  - day hospital;
  - riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
  - attività trasfusionali;
  - attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
  - centri antiveleni (CAV).

Il nuovo decreto:

- definisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale;
- descrive con maggiore dettaglio e precisione le prestazioni e le attività già incluse nei LEA;
- aggiorna i nomenclatori della specialistica ambulatoriale, individua tutte le prestazioni di procreazione medicalmente assistita (PMA) che saranno erogate a carico del SSN in regime di assistenza specialistica ambulatoriale, rivede profondamente l'elenco delle prestazioni di genetica, introduce la consulenza genetica, introduce nuove prestazioni di elevatissimo contenuto tecnologico (adroterapia, enteroscopia con microcamera ingeribile, gammaknife e cyberknife, Tomografia retinica (OTC) ed esami per la diagnosi di celiachia);
- aggiorna i nomenclatori dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete: vengono inclusi tra i destinatari degli ausili protesici anche le persone affette da alcune malattie rare e gli assistiti in assistenza domiciliare integrata;

- ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare con l'inserimento di più di 110 nuove entità tra singole malattie rare e gruppi di malattie e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione (la sarcoidosi; la sindrome di Guillain-Barré; la fibrosi polmonare idiopatica; l'endometriosi). Sono introdotte nuove patologie esenti: bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, osteomielite cronica, patologie renali croniche, rene policistico autosomico dominante, endometriosi, sindrome da talidomide. Vengono spostate tra le malattie croniche alcune patologie già esenti come malattie rare, quali: malattia celiaca, sindrome di Down, sindrome di Klinefelter, connettiviti indifferenziate.
- aggiorna la lista delle prestazioni sanitarie che il Servizio Sanitario Nazionale offre gratuitamente, senza pagamento di alcun ticket, alle coppie e alle donne in epoca preconcezionale e durante la gravidanza e in puerperio, gratuitamente, a tutte le donne: diagnosi prenatale con test combinato e, solo in caso di rischio elevato, amniocentesi o villocentesi indipendente dall'età della donna; corsi di accompagnamento alla nascita; assistenza in puerperio; colloquio con lo psicologo in caso di disagio emotivo in gravidanza e/o in puerperio; visita specialistica di genetica medica ed eventuali indagini genetiche disposte dal genetista medico, in caso di aborti ripetuti;
- introduzione di nuovi vaccini (come: anti-Papillomavirus, anti- Pneumococco, anti-Meningococco) ed estensione a nuovi destinatari (ad esempio, il vaccino per il Papilloma-virus viene erogato anche agli maschi adolescenti);
- introduzione dello screening neonatale per la sordità congenita e la cataratta congenita ed estensione a tutti i nuovi nati dello screening neonatale esteso per le malattie metaboliche ereditarie.

Il nuovo decreto recepisce inoltre la legge n. 134 del 2015, che prevede l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza per la diagnosi precoce, la cura e il trattamento individualizzato dei disturbi dello spettro autistico.

## Modalità di finanziamento

Nel 2016 il finanziamento pubblico ha rappresentato il 75% della spesa sanitaria complessiva (149.500 milioni di €), pari allo 8,9% del PIL (35).

Il finanziamento pubblico deriva principalmente dalle imposte sui redditi di impresa (35,6% del totale nel 2012) raccolte a livello nazionale e suddivise poi alle varie Regioni, proporzionalmente al loro contributo – e ciò comporta differenze interregionali, anche nelle spesa sanitaria pro-capite - ; e da aliquote fiscali (imposta sul valore aggiunto) (circa il 47,3% del totale nel 2012), raccolta dal Governo Centrale e ridistribuita a quelle Regioni le cui risorse sono insufficienti a fornire LEA. Le Regioni sono autorizzate a riscuotere delle proprie entrate supplementari, portando a ulteriori differenze di finanziamento interregionale. Ogni anno la Conferenza Stato –Regioni definisce i criteri (di solito grandezza ed età media della popolazione) necessari per poter allocare i fon-

di alle diverse Regioni. Le Regioni sono tenute a distribuire le proprie risorse in queste percentuali: 44% assistenza primaria, 51% assistenza specialistica, 5% prevenzione.

Le Aziende Sanitarie Locali vengono principalmente finanziate attraverso budget capitari.

Nel 2016 la spesa sanitaria privata si è attestata a 37.318 milioni di € (2,3% della spesa sanitaria totale – incidenza sul PIL pari allo 0,2%), di cui quasi il 91% sostenuta direttamente dalle famiglie (spesa *Out Of Pocket - OOP*). La spesa sanitaria privata in Italia comprende, oltre a quella *OOP*, quella proveniente dalla stipula di assicurazioni sanitarie volontarie, la spesa finanziata da istituzioni senza scopo di lucro, la spesa finanziata dalle imprese che si riferisce ad attività di promozione della salute nei luoghi di lavoro (medicina del lavoro) (35).

In Italia, l'assicurazione sanitaria volontaria serve a fornire copertura per le prestazioni non comprese nei LEA, come il pagamento di comfort e privacy in strutture ospedaliere o una scelta più vasta tra fornitori pubblici e privati. L'assicurazione sanitaria privata in Italia può essere di due tipi: complementare e supplementare. Alcune polizze private di assicurazione sanitaria coprono anche le quote di compartecipazione alla spesa per i servizi forniti privatamente o un supplemento giornaliero durante l'ospedalizzazione. Esistono vantaggi fiscali per la stipulazione delle polizze assicurative complementari piuttosto che di quelle supplementari.

Le polizze assicurative possono essere stipulate da privati o da imprese, prevedendo quindi una copertura per i loro dipendenti e le loro famiglie. La maggior parte delle polizze assicurative viene fornita da istituzioni senza scopo di lucro. Non esistono informazioni dettagliate sul numero di polizze vendute da ciascun ente assicurativo. Nel 2010 si contavano più di un milione di famiglie coperte da qualche piano assicurativo volontario, mentre 2,5 milioni di individui erano coperti da piani assicurativi specifici per gruppi professionali o lavoratori di una stessa azienda.

Per accedere alle prestazioni specialistiche e di diagnostica ambulatoriale è necessario che i pazienti compartecipino alla spesa insieme, pagando una quota (*ticket*) fino ad un massimo di 36,15€ (48,00\$). Nel luglio 2011 il Governo ha introdotto per ogni prescrizione un'ulteriore quota fissa pari a 10€ (13\$). Inoltre, alcune Regioni hanno introdotto ulteriori quote da versare sia per le prestazioni specialistiche e di diagnostica ambulatoriale che per l'assistenza farmaceutica o l'accesso in Pronto Soccorso quando non seguito da ricovero. La compartecipazione alla spesa non si applica a persone di età inferiore a 6 anni e maggiore di 65 anni che vivono in famiglie con un reddito lordo inferiore a una soglia definita a livello nazionale circa 36.000€ (48.000\$); persone con gravi disabilità, detenuti, in quanto esenti da ogni condivisione dei costi. Le persone con malattie croniche o rare, le persone HIV-positive e le donne in gravidanza sono esenti dal pagamento del ticket relativamente a prestazioni inerenti la propria condizione. La maggior parte dei servizi di screening sono forniti gratuitamente.

Nel 2016 la spesa *OOP* ha rappresentato il 22,7% del totale della spesa sanitaria (pari al 2% del PIL). Principalmente, le famiglie hanno effettuato tale spesa diretta per l'acquisto di farmaci e altri presidi medici (38,9%), erogazione di prestazioni ambulatoriali – come ad esempio le cure odontoiatriche – (35,4%), assistenza presso ospedali (10,0%) o strutture residenziali a lungo termine (9,0%) (35). Tutti gli individui che hanno effettuato pagamenti *out of pocket* superiori a 129€

(172\$) in un anno possono beneficiare di un credito d'imposta pari a circa un quinto della spesa senza tetto spesa.

Sia i MMG che i PLS vengono remunerati attraverso quote capitarie annue per ciascun assistito registrato, indipendentemente dagli accessi effettuati. Talvolta, a seconda della prestazione effettuata i MMG possono percepire un'ulteriore remunerazione o dalla ASL (vaccinazioni o accessi domiciliari presso pazienti aventi diritto al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata) o dagli stessi pazienti.

La legislazione attraverso gli Accordi Collettivi Nazionali, e ulteriori incentivi remunerativi, incoraggia i MMG e i PLS a lavorare in forme associative che possono essere più o meno complesse o prevedere o meno una sede comune e/o la condivisione dei database clinici. Nel 2012 circa 70,3% dei MMG e il 61,2% dei PLS hanno operato in forme associative.

A seconda della Regione, i fondi pubblici sono assegnati alle Aziende Sanitarie Locali, agli ospedali pubblici o ai privati accreditati. Nel 2013 erano presenti circa 181.150 posti letto (day hospital, day surgery, degenza ordinaria, degenza a pagamento) negli ospedali pubblici e 45.237 nelle strutture private accreditate (36).

Il sistema di pagamento tramite DRG è applicato in tutte le aziende ospedaliere e Policlinici Universitari, mentre per i Presidi Ospedalieri che fanno capo alle ASL è più utilizzato il finanziamento global budget. I Policlinici Universitari inoltre ricevono finanziamenti supplementari (dall'8% al 10% del totale delle entrate) per coprire i costi aggiuntivi relativi all'insegnamento. Vi sono notevoli variazioni interregionali nel sistema di pagamento prospettico (definizione delle tariffe, offerta dei servizi e strumenti impiegati). I medici ospedalieri sono dipendenti dell'azienda ospedaliera o dell'Azienda Sanitaria Locale se esercitano in un presidio ospedaliero. I medici dipendenti da ospedali pubblici non possono trattare i pazienti in ospedali/cliniche private, possono invece visitare i pazienti in modalità intramoenia versando una quota del loro guadagno all'ospedale dove esercitano.

Analizzando brevemente la ripartizione della spesa sanitaria in Italia possiamo affermare che la Pubblica Amministrazione (lo Stato in qualità di Terzo Pagante) rappresenta il principale finanziatore per tutte le funzioni assistenziali. Con fondi pubblici nel 2016 sono stati finanziati la spesa per assistenza e riabilitazione (81,1% ovvero quasi il 60% della spesa sanitaria complessiva); la Long Term Care (76,3% vs 22,9% spesa OOP e 0,9% assicurazioni sanitarie volontarie); la spesa per i servizi ausiliari (74,4%); l'assistenza farmaceutica e i dispositivi medici (56,9% vs 42,4% OOP); la spesa per la prevenzione delle malattie (88,5% vs 10,5% di regimi assicurativi privati e 9,9% a carico delle imprese per la prevenzione sui luoghi di lavoro) (35).

Il contenimento dei costi sanitari è una preoccupazione fondamentale dello Stato Italiano, in quanto il debito pubblico italiano è tra i più elevati tra le nazioni industrializzate. La capacità fiscale varia notevolmente tra le Regioni. Per soddisfare gli obiettivi di contenimento dei costi, il Governo centrale può imporre – come ha già fatto nel corso degli ultimi anni - Piani di Rientro alle Regioni con deficit relativo alla spesa sanitaria attraverso la revisione delle spese ospedaliere e diagnostiche, la riduzione del numero di posti letto, l'aumento dei pagamenti per i farmaci e la ri-

duzione delle risorse umane limitandone così il fatturato. Altre strategie atte a contenere i costi dello SSN sono la negoziazione del prezzo dei farmaci e l'applicazione dell'health technology assessment relativamente a farmaci e dispositivi medici.

## Andamento della Spesa Sanitaria in Italia

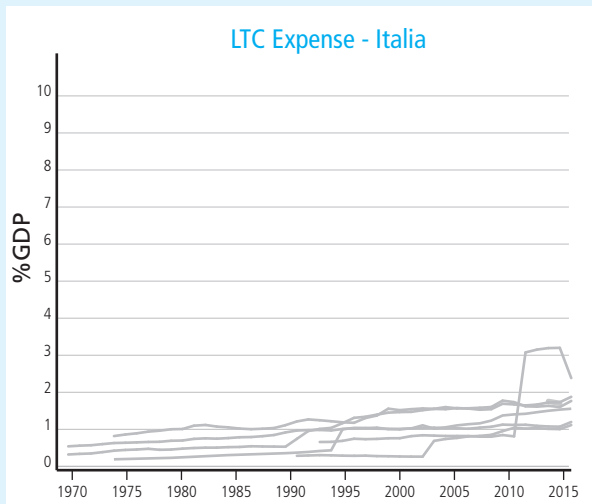
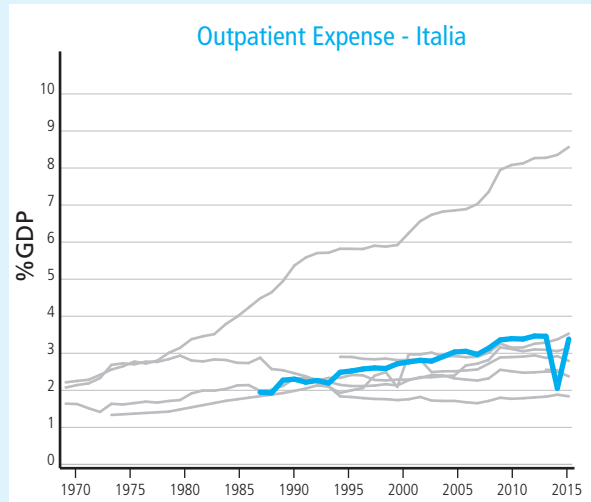
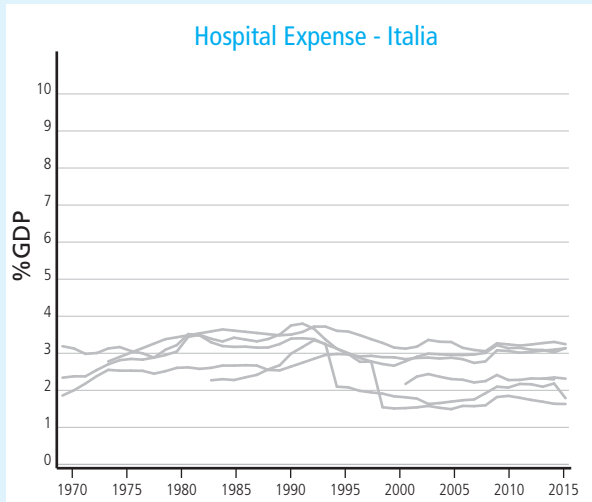
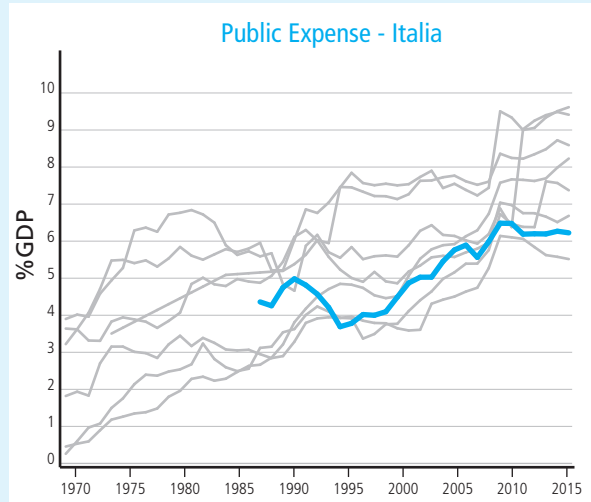
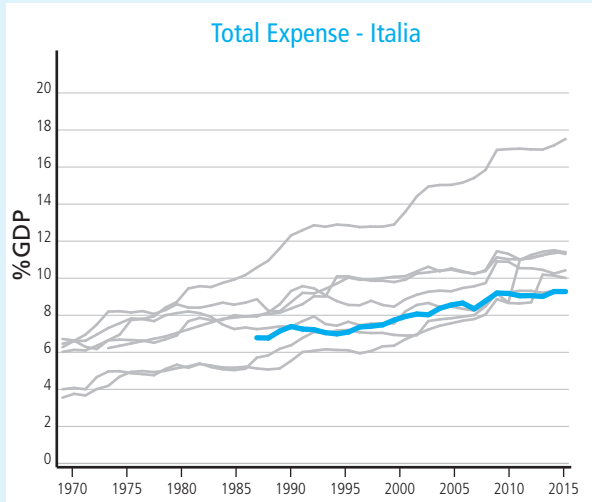
È stata realizzata un'analisi di trend storica (1971-2015) delle principali voci di spesa sanitaria in Italia e un'analisi di trend previsionale, fino al 2030, sugli stessi indicatori. Tali indicatori sono: spesa sanitaria totale in percentuale di PIL, spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL, spesa ospedaliera in percentuale di PIL, spesa ambulatoriale in percentuale di PIL, spesa per LTC (Long Term Care) in percentuale di PIL.

Per ogni trend (retrospettivo e previsionale) è stata svolta un'analisi comparativa con gli altri Stati, oggetto del presente studio, così come riportato dai grafici illustrati in seguito.

È stata in seguito svolta un'analisi di correlazione tra spesa sanitaria totale e stato di salute percepito dalla popolazione con età maggiore a 65 anni. Inoltre, l'analisi di correlazione è stata svolta anche tra la spesa sanitaria totale e il PIL italiano, la spesa sanitaria totale e la spesa ambulatoriale.

In Italia, la spesa sanitaria totale in percentuale del PIL è cresciuta costantemente, anche se in maniera nettamente meno accentuata rispetto ad altri Paesi OCSE, dal 1971 al 2015. Invece, la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL ha subito una crescita nettamente maggiore in particolare negli ultimi 15 anni, dopo una flessione negli anni '90, periodo in cui l'indicatore ha raggiunto un valore inferiore a quello degli altri Paesi a confronto, e mai registrato in Italia sulla base dei dati disponibili. Per quanto riguarda la spesa ospedaliera in percentuale del PIL, per l'Italia non sono presenti dati validati dall'OCSE e, pertanto, non è possibile eseguire un'analisi affidabile. La spesa ambulatoriale in percentuale di PIL in Italia ha fatto registrare una crescita costante, anche superiore a quella degli altri 7 Paesi OCSE - esclusi gli USA, eccetto che negli anni 2014 e 2015 dove è stata riscontrata una flessione; anche per la spesa per LTC in percentuale di PIL non è possibile effettuare un'analisi poiché non sono presenti dati validati OCSE (Figura 12).

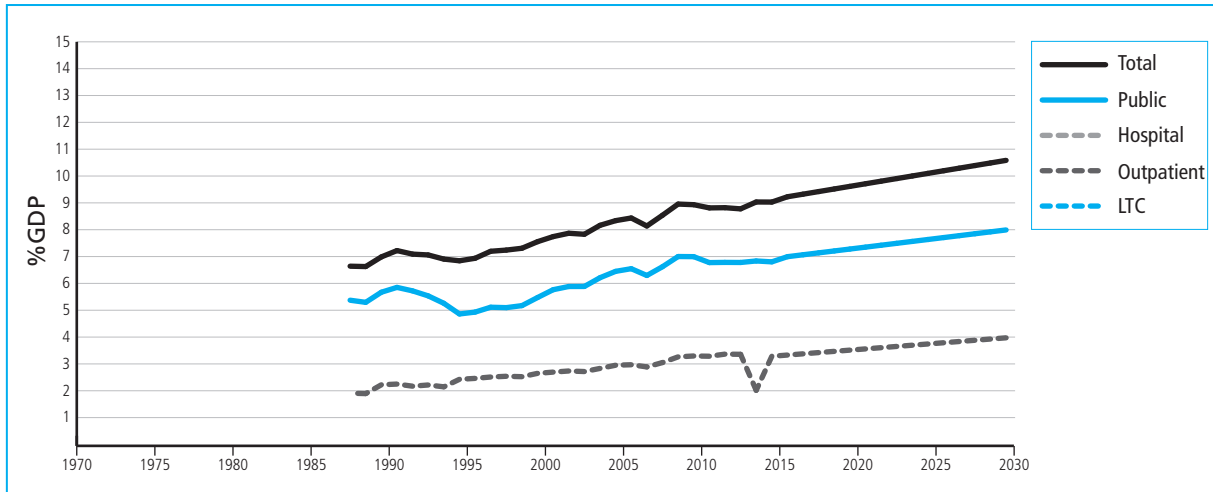
FIGURA 12 - ANDAMENTO DEGLI INDICATORI ANALIZZATI IN PERCENTUALE DI PIL DAL 1970 AL 2015 IN ITALIA.





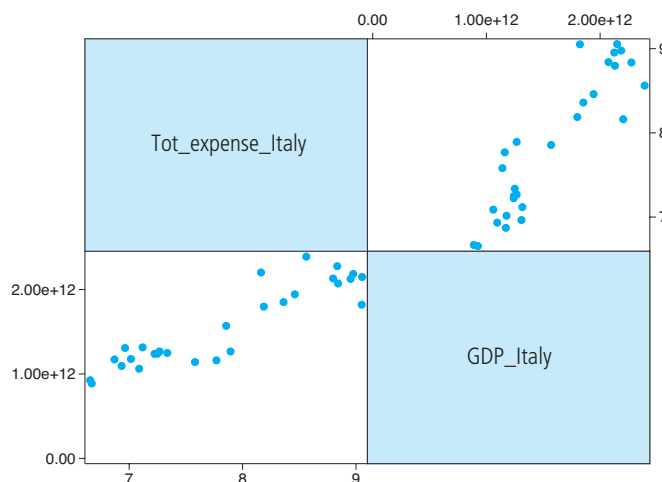
L'analisi previsionale mostra che nei prossimi 15 anni sia la spesa sanitaria totale in percentuale di PIL sia la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL cresceranno costantemente. La voce spesa ambulatoriale in percentuale di PIL crescerà ad un ritmo sostenuto, fin quasi a raggiungere valori del 50% maggiori nel 2030 (spesa ambulatoriale in percentuale di PIL) rispetto ai livelli attuali. In accordo a quanto evidenziato negli altri paesi OCSE analizzati, la spesa ambulatoriale è imputata di una maggiore crescita nei prossimi anni (Figura 13).

**FIGURA 13. ANALISI PREVISIONALE DEGLI INDICATORI UTILIZZATI FINO AL 2030 IN ITALIA.**



Per quanto riguarda l'analisi di correlazione, la spesa sanitaria totale correla, direttamente e in maniera statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), con il PIL in Italia ( $r = 0.9129$ ) (Figura 14). Considerando solamente gli anni post-crisi economica (2009-2015) la correlazione perde significatività statistica, diventando inversa ( $r = -0.4620$ ), a causa della contrazione del PIL, che ha interessato in maniera importante l'Italia, e di un incremento della spesa sanitaria totale, come evidenziato prima.

**FIGURA 14. ANALISI DI CORRELAZIONE TRA LA SPESA SANITARIA TOTALE E IL PIL IN ITALIA ( $R = 0.9129$ ).**





L'analisi statistica ha evidenziato correlazione intermedia ( $r=0.66$ ) e statisticamente significativa ( $p<0,05$ ) tra la spesa sanitaria totale e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana (over 65).

La spesa sanitaria totale, invece, risulta in correlazione diretta e statisticamente significativa ( $p<0,05$ ) con la spesa ambulatoriale in Italia ( $r=0.79$ ).

Come evidenziato anche in precedenza, non essendo presente il dato sulla spesa ospedaliera in percentuale di PIL e sulla spesa per LTC in percentuale di PIL non è possibile fare una correlazione con la spesa sanitaria totale in percentuale di PIL.

## Commento Key Opinion Leader

Giovanna Giannetti e Umberto Moscato

**L**a sanità italiana si fonda su una previsione normativa di natura fondamentale e di rango costituzionale enunciata nel disposto dell'art. 32 della Costituzione, ai sensi del quale "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti". Per perseguire tale considerevole finalità, sono state attuate politiche sanitarie di rilievo a partire dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), legge n. 833/1978, che ha individuato un modello sanitario finanziato con la fiscalità generale ed ispirato a principi quali l'universalità e l'equità nell'accesso ai servizi, e, successivamente, con il d.lgs 502/1992, con cui è stata riordinata la disciplina sanitaria attraverso la costituzione di un sistema sanitario pubblico di tipo aziendalistico, l'introduzione di un sistema di accreditamento per le strutture private in possesso di specifici requisiti, l'attuazione di un meccanismo di finanziamento derivato dal pagamento delle prestazioni erogate su base tariffaria, l'istituzione del dipartimento di prevenzione nelle Aziende sanitarie locali e l'adozione sistematica della verifica della

qualità e quantità delle prestazioni erogate. Inoltre, il d.lgs 502/92 ha introdotto il concetto dei livelli assistenziali correlandolo con l'entità delle risorse messe a disposizione del Fondo sanitario nazionale. Il d.lgs. 229/1999 ha sostanzialmente riconfermato l'attuazione del processo di aziendalizzazione, l'emanazione del Piano sanitario nazionale e regionale e la definizione dei livelli essenziali di assistenza. Con la riforma del Titolo V della Costituzione, avvenuta con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, la tutela della salute è stata affidata alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, delineando un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali.

Negli ultimi anni, molti provvedimenti sono stati intrapresi in Italia al fine di migliorare lo stato di salute della popolazione (Better Health), di rispondere alle esigenze, anche non sanitarie, dei pazienti (Responsiveness) e di rendere più equo il finanziamento della spesa sanitaria (Fair Financing). Con il DPCM 12 gennaio 2017 sono stati definiti e aggiornati i nuovi Livelli Es-

senziali di Assistenza-LEA che riportano con maggiore dettaglio le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini dal SSN, in particolare sono stati ridefiniti gli elenchi delle prestazioni che utilizzano le nuove tecnologie e quelli delle malattie rare, delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione. Inoltre, sono stati aggiornati i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica e sono state inserite alcune prestazioni come la fecondazione assistita eterologa ed omologa, alcuni vaccini (ad esempio anti Pneumococco, Meningococco B, Varicella e Human Papilloma Virus agli adolescenti maschi) e gli screening neonatali. Il Governo e le Regioni, con il Patto per la Salute 2014-2016, hanno condiviso una serie di azioni da mettere in atto per ottimizzare il sistema di governance sanitaria tra cui: il riordino della rete ospedaliera avvenuta con il DM 70/20, la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e l'integrazione sociosanitaria, l'attuazione del numero unico europeo di emergenza 112, la definizione di un piano nazionale della cronicità, l'individuazione di un nuovo sistema di garanzia dei LEA, la definizione degli obiettivi del comitato per la verifica dei LEA, gli interventi per l'edilizia sanitaria, gli investimenti e l'ammodernamento tecnologico, la sanità digitale, il piano di evoluzione dei flussi informativi del sistema informativo sanitario (NSIS – Ministero della salute) e il Piano nazionale prevenzione 2014-2018 che ha rafforzato le strategie di prevenzione secondo un approccio di medicina di comunità ed ha posto particolare attenzione alla salute per l'intero arco della vita ovvero il "long life course approach". L'approvazione del piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019, da parte del Governo e delle Regioni, ha riconosciuto, come priorità di sanità pubblica, la

riduzione o l'eliminazione delle malattie infettive prevenibili da vaccino e con la legge n. 119/2017 sono state fornite disposizioni urgenti per la prevenzione vaccinale. Infine, nella legge di stabilità 2016 è stata prevista la definizione di un programma nazionale di HTA (Health Technology Assessment) relativo ai dispositivi medici e nella legge di bilancio 2017 sono state previste ulteriori forme di finanziamento finalizzate all'ammodernamento strutturale.

Le risorse per il SSN, al cui finanziamento concorre lo Stato, sono annualmente definite da una legge statale.

Negli anni 2011 - 2017 il livello di finanziamento a carico dello Stato ha registrato in quasi tutti gli anni degli incrementi (fatta eccezione per il 2013 e il 2015 anni in cui il finanziamento si è ridotto rispetto all'anno precedente). Al crescente impegno in termini di risorse da parte dello Stato per il complessivo finanziamento del SSN si sono accompagnati importanti interventi di razionalizzazione della spesa sanitaria introdotti sia con la normativa nazionale che con la normativa regionale, in particolare per alcune Regioni in deficit economico, al fine di rendere ancora più efficiente ed efficace l'intero sistema mediante l'eliminazione di sprechi e il potenziando di alcuni settori strategici come l'innovazione, la ricerca e la formazione.

Nel 2016 la spesa sanitaria corrente, secondo il rapporto Istat, è stata pari a 149.500 milioni di euro, con un incidenza sul Pil dell'8,9%. Facendo un confronto con gli altri Paesi europei, sulla base dei dati OCSE 2016, in Italia la percentuale di spesa sanitaria totale rispetto al Pil è inferiore a quella di Spagna (9,0%) e Regno Unito (9,7%) e ben distante dai valori di

Francia e Germania (rispettivamente 11,0% e 11,3%). Nel 2016 la spesa sanitaria italiana è risultata per il 75% a carico del SSN mentre il restante 25% a carico del settore privato. In particolare, il 90,9% della spesa privata è sostenuta direttamente dalle famiglie (spesa sanitaria out-of-pocket) mentre solo una piccola parte è intermediata, ossia gestita attraverso assicurazioni o sanità integrativa.

La sanità integrativa, in particolare, è stata ampiamente riconosciuta dalla legislazione sanitaria che con il d.gs. n. 502/92 e dal d.lgs. n. 299/99, art. 9, ha previsto l'istituzione, presso il Ministero della salute, di un'anagrafe. Successivamente con il D.M. del 31 marzo 2008 e il D.M. 29 ottobre 2009 è avvenuta l'istituzione, presso la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, dell'anagrafe fondi sanitari, e sono state definite le procedure e le modalità di funzionamento della stessa; compreso il rilascio annuale, ai Fondi Sanitari aventi diritto, di un attestato di iscrizione. Con i citati decreti, è stato previsto che si iscrivono all'Anagrafe due tipologie di Fondi sanitari: detti di tipologia A rappresentati dai fondi sanitari integrativi del SSN (c.d. "Fondi Puri", in quanto erogano esclusivamente prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza), istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni e di tipologia B rappresentati dagli Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51 co. 2 lettera a) del decreto del Presidente della Repubblica n. 917/1986 e successive modifiche (che erogano sia le prestazioni LEA che quelle extraLEA previste dalla loro regolamentazione). Per ricevere l'attestato di iscrizione i Fondi sanitari devono tra-

smettere al Ministero della salute la documentazione prevista dal DM 27 ottobre 2009 che, per i fondi di tipologia A, dimostra l'effettiva ed esclusiva erogazione delle sole prestazioni extraLEA e, per quelli di tipologia B, permette di verificare che almeno il 20% dell'ammontare delle risorse impegnate nell'anno sia erogato per precisi ambiti di assistenza integrativi rispetto al SSN quali: le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale, prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio e le prestazioni di assistenza odontoiatrica compresa la fornitura di protesi dentarie. L'attestato di iscrizione all'anagrafe, che ha validità annuale, consente, a partire dall'anno 2012, di beneficiare del trattamento fiscale agevolato. Infatti, ai Fondi Sanitari di tipologia A si applica l'art. 10 comma 1, lettera e-ter) e successive modifiche del Testo unico delle imposte dei redditi (TUIR D.P.R., 22/12/1986 n. 917) che consente la deducibilità fiscale dei contributi versati entro un tetto annuo di 3.615,20 euro e a quelli di tipologia B, che rispettano il citato vincolo del 20%, si applica l'art. 51 comma 2, la lettera a) del TUIR. Inoltre, recentemente, la legge di stabilità per il 2016 ha previsto che il lavoratore dipendente privato possa scegliere di percepire una parte del proprio "premio di produzione" come prestazioni del c.d. welfare aziendale, ossia benefit principalmente nel campo dell'educazione, dell'istruzione e dell'assistenza sociosanitaria (ai sensi all'articolo 51 TUIR, commi 2 e 3). Qualora il lavoratore decide di esercitare tale opzione, gli im-

porti convertiti non concorrono a formare reddito da lavoro dipendente né sono soggetti all'aliquota sostitutiva agevolata del 10%. La legge di bilancio del 2017 è intervenuta anche in tale ambito, inserendo tra le opzioni dell'articolo 51 TUIR, comma 2, anche un ulteriore benefit avente per oggetto la fruizione di servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti o a rischio di gravi patologie, nonché i contributi e i premi per prestazioni anche in forma assicurativa, compresi quindi i fondi sanitari integrativi. Il premio quindi può essere convertito, per scelta del lavoratore, anche in coperture Long Term Care. Inoltre la Legge di Bilancio per il 2017 ha specificato che i premi di produttività, se convertiti in contribuzione al Fondo pensione o al Fondo sanitario, non solo non sono tassati con l'imposta sostitutiva del 10% ma non rientrano nel reddito del lavoratore anche nel caso in cui sfiorino il plafond di deducibilità previsto (3.615,20 euro per i Fondi sanitari).

L'obiettivo della recente normativa sanitaria è, quindi, quello di agevolare con la disciplina fiscale i fondi sanitari che più si integrano con il SSN, riconoscendo il sostanziale contributo che possono apportare alla sanità pubblica, e, nel contempo, fare un censimento dei soggetti operanti come organismi di sanità integrativa, in modo da valutare tutti i possibili elementi di connessione tra l'azione della sanità integrativa ed il Servizio Sanitario Nazionale. Per l'anno 2016 risulta che si sono iscritti all'anagrafe del Ministero della salute 305 fondi sanitari di cui 8 di tipologia A e 297 di tipologia B. Quelli di tipologia A hanno dichiarato, per l'anno fiscale 2015, di aver erogato poco più di 1 milione di euro per il rimborso/pagamento delle prestazioni extraLEA per i circa 9 mila iscritti. I fondi di ti-

pologia B, sempre per lo stesso anno di riferimento, hanno dichiarato di aver erogato poco più di 2 miliardi di euro per tutte le prestazioni rimborsate/pagate ai circa 9 milioni di iscritti e di queste il 31% erano prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza (extraLEA). L'anagrafe del Ministero della salute ha inoltre rilevato che le prestazioni extraLEA erogate da entrambe le tipologie di fondi sanitari, nel corso degli anni, sono prevalentemente quelle odontoiatriche, a seguire quelle finalizzate al recupero della salute e, in percentuale molto ridotta, quelle per la non autosufficienza. I dati citati rappresentano una fonte di conoscenza di un settore comunque molto eterogeneo composto da fondi sanitari integrativi del SSN, istituiti da soggetti pubblici e privati (con contratti ed accordi collettivi, anche aziendali, con accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale, regolamenti di Regioni, Enti territoriali ed Enti locali, ecc.) che adottano politiche di non selezione dei rischi e dagli enti, casse e società di mutuo soccorso che sono organismi con piena libertà di azione, sancita dai propri statuti e regolamenti che stabiliscono anche le modalità d'iscrizione; quest'ultima può avvenire in forma collettiva o individuale. Tuttavia questi ultimi devono avere un fine esclusivamente assistenziale e devono operare in favore di lavoratori dipendenti iscritti in ottemperanza a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale. In particolare, le Società di Mutuo Soccorso, il cui riferimento legislativo fondamentale è la Legge n. 3818 del 1886, sono società composte da persone che volontariamente decidono di versare somme di denaro per scopi non lucrativi al fine di costituire un fondo destinato a fornire sussidi e crediti ai soci stessi,



*“ripartizione dell’onere”, qualora si dovesse trovare in difficoltà (per l’ambito sanitario: malattie, infortuni, decesso dei coniugi, ecc.) secondo il principio della solidarietà. Si tratta di mutualità “pura” in quanto l’adesione (dimissione) dei soci è libera e volontaria, non c’è selezione all’entrata dei soci e l’attività è svolta “per” e “tra” i soci. Possono essere costituite tra persone fisiche appartenenti a qualsiasi categoria sociale, ciascun aderente è parte attiva della collettività associata e concorre alle decisioni partecipando agli organi sociali (partecipazione democratica). Il Ministero dello Sviluppo Economico e le Associazioni nazionali di rappresentanza svolgono la vigilanza sulle Società di Mutuo Soccorso con lo scopo di accertare la conformità dell’oggetto sociale a quanto disposto dalla Legge n. 3818/1888 ed il rispetto della stessa da parte delle società di*

*mutuo soccorso. Inoltre le Società di Mutuo Soccorso, dall’entrata in vigore del Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico del 6 marzo 2013, hanno l’obbligo di depositare il proprio bilancio presso il Registro delle Imprese.*

*In Italia, inoltre, sono presenti associazioni, senza fini di lucro, che promuovono la sanità italiana all’estero mediante il Medical Tourism. Con questa modalità ai cittadini stranieri viene offerto un viaggio in Italia comprensivo di prestazioni medico/sanitarie, preventivamente concordate, e delle relative attività di organizzazione di viaggio e di permanenza nel nostro Paese quali le visite nei principali località turistiche. L’obiettivo è quello di unire all’eccellenza della sanità italiana le altre dimensioni per le quali il nostro Paese è già famoso in tutto il mondo.*

### **Giovanna Giannetti**

Dirigente Medico S2, Ufficio II (Dir. MD. Bellentani), Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (Dir. A. Urbani), Ministero della salute. Diploma di Specializzazione in Igiene e Medicina - Università Cattolica del Sacro Cuore. Laurea in Medicina e Chirurgia – Università “La Sapienza”.

### **Umberto Moscato**

Professore Associato, Istituto di Sanità Pubblica Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma. Diploma di Specializzazione in Igiene e Medicina - Università Cattolica del Sacro Cuore. Laurea in Medicina e Chirurgia – Università “La Sapienza”.



# il Sistema Sanitario nel Regno Unito

<b>Copertura: sistema sanitario pubblico e/o privato</b>	<p>I residenti hanno diritto a cure gratuite</p> <p>I non residenti con un'assicurazione sanitaria europea hanno diritto a cure gratuite.</p> <p>Il trattamento in un reparto di emergenza/urgenza e per alcune malattie infettive è gratuito anche per i visitatori non europei o immigrati clandestini.</p> <p>La maggior parte delle cure ospedaliere private è finanziata attraverso assicurazioni sanitarie integrative private individuali</p>
<b>Ruolo del governo</b>	National Health Service (NHS)
<b>Sistema di finanziamento</b>	Entrate fiscali generali (comprendono i contributi assicurativi legati all'occupazione)
<b>Ruolo delle assicurazioni private</b>	~ 11% compra una copertura supplementare per un accesso più rapido e conveniente
<b>Modalità di remunerazione dei provider</b>	Payment by results – PBR (pagamento per risultato)
<b>Accesso del paziente alle cure</b>	Controllato: accesso nel NHS tramite le practice della Medicina Generale
<b>Tetto sulla condivisione dei costi</b>	Nessun tetto generale, ma i pagamenti out of pocket si applicano quasi esclusivamente ai farmaci da prescrizione e agli apparecchi medici per i medicinali, esiste un prepagamento di 29,10£ [41.10\$] per tre mesi o 400£ [147\$] all'anno per chi ha bisogno di un gran numero di farmaci da prescrizione
<b>“Pacchetti di salute” (prestazioni e servizi offerti ai pazienti)</b>	Si
<b>Esenzioni e protezione per i cittadini a basso reddito</b>	Esenzione per i medicinali e ripartizione dei costi delle per i cittadini a basso reddito, i più anziani, i bambini, le donne in gravidanza e le giovani madri e i disabili / cronici malati assistenza finanziaria a costi di trasporto a disposizione delle persone con scarso reddito test di visione liberi per i giovani, le persone anziane e le persone a basso reddito
<b>Tipo di provider: Cure Primarie</b>	Principalmente private/convenzionate, numero limitato di practice di proprietà del NHS con medici dipendenti
<b>Pagamento delle Cure Primarie</b>	Condivisione della quota di capitale / FFS / pay-per-performance pagamenti salariali per una minoranza (i medici salariati sono impiegati in practice multiprofessionali private, non del NHS)
<b>Tipo di provider: Ospedale</b>	Pubblici, alcuni privati
<b>Pagamento degli Ospedali</b>	Pagamenti caso per caso (60%), più budget per la salute mentale, l'istruzione, la ricerca e la formazione. Tutti includono i costi del personale, i costi dei medicinali/device, ecc.



## Caratteristiche del Sistema Sanitario nel Regno Unito

### Overview e governance

Secondo la classificazione sui sistemi sanitari formulata da Bohm e colleghi (24), il Sistema Sanitario del Regno Unito può essere considerato un *National Health Service* (NHS), dove la regolamentazione, il finanziamento e l'offerta dei servizi sono prevalentemente statali.

Il Regno Unito ha un Sistema Sanitario universalistico fondato sul modello Beveridge, quello che più di ogni altro lascia spazio all'influenza della politica per: la scelta delle strategie e la definizione delle priorità, la determinazione delle risorse da assegnare alla sanità e dei meccanismi di finanziamento attraverso la fiscalità generale, per la gestione, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi.

Il Sistema Sanitario del Regno Unito è ampiamente finanziato dalle tasse. I cittadini legalmente residenti nel Regno Unito possono usufruire dell'offerta del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) e sono liberi di acquistare l'assicurazione sanitaria privata. L'assistenza sanitaria nel Regno Unito è decentrata. Il governo del Regno Unito raccoglie i fondi, il Dipartimento della Salute stanziava un bilancio per l'assistenza sanitaria in Inghilterra, e alloca risorse finanziarie per Scozia, Galles e Irlanda del Nord che a loro volta decidono le proprie politiche per l'assistenza sanitaria. I ministri della sanità di Scozia, Galles e Irlanda del Nord sono responsabili dei servizi sanitari pubblici nella loro nazione. Ad esempio in tutta la Gran Bretagna (e quindi non in Irlanda del Nord) l'assistenza sanitaria è distinta da quella sociale e, quindi, non erogata da NHS ma da provider privati attraverso fondi pubblici (37).

Il *National Health Service* britannico (1948) è controllato dal Ministero della Sanità con l'organizzazione periferica affidata alle *Health Authorities*, che hanno il compito di amministrare ogni aspetto delle attività sanitarie locali, dalla programmazione, alla gestione diretta dei servizi territoriali (*Community Care*) e dei medici di medicina generale (*General Practitioner*, GP, medici convenzionati), degli ospedali e delle residenze assistenziali per anziani (*nursing home*). Attualmente la responsabilità per la legislazione sanitaria e politica generale spetta al Parlamento, al Segretariato di Stato per la Salute e al Ministero della Salute. In base ai termini della legge sulla sanità (2006) il Segretariato di Stato ha il dovere legale di promuovere un servizio sanitario comprensivo, fornendo servizi a titolo gratuito. I diritti per coloro che usufruiscono del Servizio Sanitario Nazionale sono riassunti nella Costituzione NHS e comprendono l'accesso alle cure, senza discriminazioni e per alcune categorie cure ospedaliere pianificate entro determinati tempi. La responsabilità per la gestione del Servizio Sanitario Nazionale è stata affidata ad *NHS England* che è responsabile della gestione del bilancio sanitario nazionale, supervisionando i 209 *Clinical Commissioning Groups* (CCG), e assicura gli obiettivi di efficienza e salute prefissati dal Segretario di Stato per la Salute (26).

Il Dipartimento della Salute del Regno Unito (Ministero della Salute) è responsabile del Sistema Sanitario in Inghilterra e interviene nelle questioni legislativo-regolamentari per l'intero Regno Unito.

I principali organi del Dipartimento della Salute con un ruolo di regolamentazione sono la Commissione per la Qualità della Cura (CQC) e il Monitor (ora *NHS Improvement*) in Inghilterra, l'Istituto Nazionale per la Salute e l'Eccellenza Clinica (NICE) e l'Agenzia Regolamentazione dei Prodotti Medicinali e Sanitari (MHRA).

La Commissione per la Qualità della Cura si occupa di stabilire gli standard basici di sicurezza e qualità tramite l'accreditamento dei provider e il monitoraggio degli standard assistenziali raggiunti.

Il NICE (Istituto Nazionale per la Salute ed Eccellenza della Cura) si occupa della stesura di linee guida per la pratica clinica ed effettua *Health Technology Assessment* (HTA) nonché analisi di costo-efficacia, analisi della letteratura in campo medico e tecnologico-biomedico. Esso ha acquisito una elevata autorevolezza in campo internazionale, anche come modello per lo sviluppo di linee guida cliniche (38).

*NHS Improvement* si occupa di autorizzare tutti i provider che erogano servizi per conto di NHS e di indagare su eventuali violazioni di regolamenti che presiedono alla cooperazione e alla competizione tra le varie strutture.

*Healthwatch England*, invece, si occupa di tutelare gli interessi dei pazienti.

L'MHRA (Agenzia di regolamentazione dei Medicinali e prodotti sanitari) è responsabile della regolamentazione di tutti i medicinali e dei dispositivi medici nel Regno.

L'Associazione Medica Britannica (BMA, 1832) è un'organizzazione volontaria che rappresenta i medici di tutti i settori della medicina. Più dei due terzi dei medici ne sono membri (154.600 circa), ma non registra o disciplina i medici, responsabilità invece del Consiglio Generale Medico (GMC). Molte specialità mediche e chirurgiche e alcune altre professioni sanitarie hanno corpi professionali conosciuti come Collegi Reali.

Le organizzazioni di beneficenza sono i principali fornitori di servizi di assistenza palliativa in tutto il Regno Unito anche se ricevono la maggior parte dei loro fondi dal NHS. Le aziende private sono invece i principali fornitori di assistenza infermieristica per anziani.

Infine, il Dipartimento della Salute possiede e gestisce *NHS Choices*, il principale sito web rivolto alla popolazione sulle condizioni mediche e la qualità dei servizi sanitari, ma consente anche l'accesso ai servizi telematici di NHS quali la registrazione presso i GP, la prenotazione di prestazioni e la richiesta di prescrizioni.

## Offerta dei servizi

### NHS Inghilterra

La responsabilità legislativa e politica sulla sanità in Inghilterra spetta al Parlamento, al Segretario di Stato per la Salute e al Dipartimento della Salute. I bilanci per la sanità pubblica sono detenuti dalle autorità del governo locale. Il Segretario di Stato, cioè il Ministro per la salute, ha il controllo finanziario globale e la supervisione di tutte le prestazioni del NHS: dovere legale del Ministro è quello di garantire una copertura completa della popolazione. Il Dipartimento della Salute è l'organo di governo centrale responsabile per l'impostazione del sistema sanitario e sociale in Inghilterra.

La responsabilità quotidiana per la gestione del NHS poggia su NHS England, i cui compiti sono: gestire il bilancio NHS, supervisionare 209 Gruppi locali di Commissione Clinica (CCGs) e assicurare che siano soddisfatti gli obiettivi stabiliti in un mandato annuale dal Segretario di Stato per la salute.

I Gruppi locali di CCG, sono strutture di natura privata, costituite dai GP, alle quali vengono affidate funzioni di: *gatekeeping*; committenza e autocommittenza; erogazione diretta di cure primarie e, talvolta, anche di cure secondarie (37).

NHS fornisce o paga per servizi preventivi, inclusi programmi di screening, immunizzazione e vaccinazione; assistenza ospedaliera e ambulatoriale; farmaci ospedalieri e ambulatoriali; alcune prestazioni odontoiatriche; alcuni interventi sanitari di tipo oculistico l'assistenza per la tutela della salute mentale; cure palliative; parte dell'assistenza a lungo termine; riabilitazione, compresa la fisioterapia. Il volume e lo scopo dell'erogazione di servizi afferenti alle tipologie sopra descritte, dipende dal processo clinico decisionale locale, anche se la Costituzione di fondazione dell'NHS afferma che i pazienti hanno diritto a trattamenti o tecnologie validate dal NICE e raccomandati dal medico che li segue.

Nel 2013 è nata *Public Health England*, agenzia esecutiva del Dipartimento della Salute, responsabile della protezione della salute pubblica.

Le cure primarie sono garantite dai GP che fungono da *gatekeeper* per l'accesso all'assistenza secondaria. Nel 2015 erano presenti 34.592 medici generici, 43.632 specialisti ospedalieri e altri 51.460 medici ospedalieri in formazione (39). I GP sono normalmente il primo punto di contatto per i pazienti i quali sono tenuti a registrarsi liberamente ad un ambulatorio di cure primarie. In alcuni regioni, i centri *walk-in* offrono servizi di assistenza primaria per i quali la registrazione non è richiesta.

La maggior parte dei medici di medicina generale (66%) ha contratti privati con NHS e circa il 56% degli ambulatori di cure primarie opera secondo i contratti nazionali del Servizio Sanitario Nazionale, negoziati tra la British Medical Association (che rappresenta i medici) e il Governo. Lo stipendio dei GP è principalmente costituito da quote capitarie (60%), più pagamenti *fee-for-service* per l'effettuazione di determinati servizi (15%) e pagamenti aggiuntivi legati alla performance (10%).

Gli ospedali pubblici sono organizzati sia come *trust* NHS, attualmente 72, tenuti a rispondere direttamente al Dipartimento della Salute, o come *trust* di fondazione (attualmente 150) (NHS Confederation) regolati da NHS Improvement. Entrambe le tipologie di ospedale offrono servizi per conto dei CCG e sono rimborsati tramite sistema DRG con tariffe fissate a livello nazionale.

I 548 ospedali privati e tra le 500 e 600 cliniche private nel Regno Unito offrono una gamma di servizi, compresi i trattamenti non erogati o soggetti a lunghi periodi di attesa nel servizio sanitario pubblico, come la chirurgia bariatrica e i trattamenti per la fertilità (40); al contempo, però, tali strutture non offrono servizi di emergenza come il pronto soccorso, la terapia intensiva e i trauma center. Gli erogatori privati devono essere registrati presso la *Care Quality Commission* e con *NHS Improvement*, ma non vi sono sovvenzioni pubbliche e tariffe regolate a livello statale. Negli ultimi anni NHS ha acquistato servizi da provider privati, sebbene l'utilizzo di ospedali privati rimanga limitato (nel biennio 2012-2013 si attestava attorno al 3,6% della spesa sanitaria ospedaliera).

Quasi tutti gli specialisti sono dipendenti degli ospedali NHS, e i CCG pagano, con tariffe prefissate a livello nazionale, gli ospedali per le visite ambulatoriali erogate. Infatti, gli specialisti possono lavorare privatamente sia in reparti specifici degli ospedali pubblici che negli ospedali privati. Le visite specialistiche vengono erogate principalmente negli ospedali sebbene sia possibile fornirle anche nei centri di cure primarie.

Le attività di guardia medica vengono fornite sia da cooperative di MMG che da compagnie private sulla base di contrattazioni con i CCG. Per le emergenze più importanti si può ricorrere agli ospedali e in alcune zone anche a dei centri di guardia medica dove operano infermieri e medici.

L'assistenza per la salute mentale è parte integrante di NHS e garantisce diversi servizi alla popolazione britannica. Le malattie meno gravi, come ad esempio i lievi disturbi depressivi e di ansia, sono generalmente trattati dai medici curanti invece le patologie più gravi sono trattate negli ospedali. Alcuni di questi servizi sono forniti da personale pubblico, mentre circa un quarto dei servizi per la salute mentale, finanziati da NHS, sono erogati dal settore privato (41).

La maggior parte dei servizi *Long-term Care* sono garantiti dalle autorità locali o dal settore privato. Le autorità locali hanno l'obbligo legale di valutare le esigenze di tutti i cittadini che richiedono l'assistenza sociale, la quale, a differenza dei servizi NHS, non è universale ma dipende dal singolo Stato. Lo Stato può finanziare tale assistenza solo a coloro che ne dimostrano un elevato bisogno (redditi non superiori a 14.250£ (20.592\$)). Le soglie di reddito vengono stabilite dalle autorità locali e si stanno gradualmente riducendo. Nel 2009 il settore privato ha fornito il 78% dell'assistenza residenziale per anziani e persone disabili nel Regno Unito. Le cure palliative vengono fornite da NHS a livello domiciliare, negli hospice (generalmente gestiti da organizzazioni caritative) o negli ospedali.

## NHS Scozia

Il Parlamento scozzese definisce il quadro legislativo per l’NHS in Scozia. Il Governo scozzese decide le risorse da dedicare ad NHS. Il sistema è supervisionato dal Gabinetto del Segretario Scozzese per la Salute e il Benessere, che è anche il Direttore Generale di *NHS Scotland*. Il Segretario del Governo è sostenuto dalle direzioni scolastiche del governo della salute e della cura sociale, che forniscono una leadership strategica per la sanità pubblica, l’NHS e la cura sociale.

Le funzioni di pianificazione sono delegate a 14 NHS regionali; queste definiscono e destinano servizi sanitari ospedalieri e comunitari. Inoltre, sette (“speciali”) *NHS Board Nazionali* forniscono servizi a livello nazionale. Le commissioni collaborano insieme a livello regionale e nazionale per pianificare e commissionare servizi sanitari specializzati quali la chirurgia di cuore e polmone, la neurochirurgia e la cura psichiatrica.

A livello locale, esistono partnership di salute e assistenza sociale della comunità che coprono tutte le aree della Scozia. Questi sono comitati delle commissioni NHS e hanno strutture formali che coinvolgono autorità locali e pazienti.

Nel 2014 il Parlamento scozzese ha approvato l’atto pubblico (*Joint Working*) che istituisce il quadro per l’integrazione sanitaria e sociale in Scozia. Esso impone alle autorità sanitarie e alle autorità locali di stabilire accordi di partenariato integrato. Sono state istituite le commissioni congiunte integrate, che avranno un bilancio per la sanità e l’assistenza sociale; a partire dall’aprile 2016 tali comitati dovrebbero avere la responsabilità generale della pianificazione, delle risorse e della distribuzione di tutti i servizi sanitari e sanitari integrati.

I piani strategici NHS vengono prodotti annualmente e indicano i target HEAT (miglioramento della salute, efficienza, accesso, trattamento) che intendono raggiungere nel prossimo triennio. Il Forum Nazionale per la Pianificazione decide quali problemi di pianificazione verranno affrontati a livello nazionale, mentre i gruppi di pianificazione regionale valutano la fornitura di servizi nelle loro aree. I piani di consegna locali sono concordati dalle direzioni governative e devono includere un piano di miglioramento della salute, un piano sanitario, un piano finanziario con le risorse e un piano di cambiamento e sviluppo.

## NHS Galles

Il Governo gallese, attraverso il suo Dipartimento per la Salute e Servizi Sociali, finanzia l’NHS in Galles. Il Ministro per i Servizi Sanitari e Sociali è responsabile del NHS gallese. Il Direttore Generale dei Servizi Sanitari e Sociali del Governo gallese è anche *Chief Executive* di NHS e fornisce consulenza politica al Ministro. La pianificazione e la consegna dei servizi sanitari sono delegati a sette Gruppi Locali di Salute (LHB). Gli interessi dei pazienti e del grande pubblico sono rappresentati da sette Consigli Legislativi di Salute della Comunità, che forniscono una funzione di vigilanza indipendente su tutti gli aspetti della cura e del trattamento. NHS Wales è supportato dal *NHS Wales Shared Services Partnership* che cerca di supportare gli organismi statutari come LHB e NHS Trusts attraverso la standardizzazione e la razionalizzazione dei processi, l’uso della tecnologia e la valorizzazione della catena di approvvigionamento degli appalti. L’Ispettorato sanitario



Wales (HIW) è il regolatore indipendente di tutta l'assistenza sanitaria in Galles.

Il Governo gallese sviluppa un piano politico e strategico così come definisce i requisiti annuali per le prestazioni del NHS. I servizi sanitari locali sono responsabili della pianificazione dei loro servizi locali, per i quali sviluppano un piano integrato. Il Governo gallese è anche responsabile della pianificazione delle emergenze e della continuità assistenziale.

## NHS Irlanda del Nord

Il Ministro della Sanità sovrintende il Dipartimento di Salute, Servizi Sociali e Sicurezza Pubblica dell'Irlanda del Nord (DHSSPS), esso è responsabile della politica, della sanità pubblica e della sicurezza pubblica. Il Consiglio Sanitario e Sociale, dopo aver consultato l'agenzia di sanità pubblica, si occupa di commissioni con i Gruppi Locali di messa in servizio (LCG).

L'esecutivo dell'Irlanda del Nord crea piani di spesa per il reparto sanitario e il Dipartimento di Salute, Servizi Sociali e Sicurezza Pubblica dell'Irlanda del Nord, si occupa della pianificazione del personale, della gestione immobiliare e della pianificazione delle emergenze. Il Consiglio di Investimento Strategico (SIB) lavora con l'Ufficio del Primo Ministro per creare un budget decennale. Il comparto sanitario aiuta il Consiglio di Investimento Strategico nei suoi investimenti. Il Consiglio Sanitario e Sociale e l'Agenzia Sanitaria Pubblica lavorano insieme per determinare quali servizi sono richiesti (intersettorialità nel sistema sanitario dell'Irlanda del Nord).

## Modalità di finanziamento

Nel 2014, il Regno Unito ha speso il 9,9% del PIL in assistenza sanitaria. Di questa spesa, la componente pubblica, destinata all'NHS si è attestata intorno al 79,5% (42). La maggior parte dei fondi per l'NHS proviene dalla tassazione generale e una percentuale minore da Contributi Assicurativi Nazionali (NIC). NHS riceve anche proventi dalla compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, che usano i servizi di NHS come privati. La copertura è universale e i residenti in Inghilterra hanno automaticamente diritto alla cura NHS, così come i cittadini UE attraverso la tessera sanitaria europea. Per gli altri, come i visitatori non europei o gli immigrati senza documenti, è gratuito solo il trattamento in emergenza o le visite per alcune malattie infettive (43).

Nel 2015, circa il 10,5% della popolazione britannica ha stipulato un'assicurazione sanitaria volontaria privata. L'assicurazione privata offre un accesso più rapido alle cure, in particolare per le procedure ospedaliere elettive (44). L'assicurazione medica privata o l'assicurazione sanitaria volontaria (VHI) possono essere acquistate da persone fisiche o dai datori di lavoro per i loro dipendenti.

I fondi pubblici vengono raccolti dal Ministero del Tesoro; il Ministero della Salute, successivamente, stanziava fondi in Inghilterra, mentre la Scozia, il Galles e l'Irlanda del Nord ricevono i loro finanziamenti secondo la formula di Barnett. Tra le nazioni del Regno Unito, nel 2012/2013, la spe-

sa pro capite è stata più alta in Scozia (2115£) e più bassa in Inghilterra (1912£), mentre in Irlanda del Nord e Galles la spesa pro capite era rispettivamente 2109£ e 1954£; inoltre si poteva osservare una considerevole differenza nella stessa Inghilterra, per esempio la spesa pro capite nel nord-est dell'Inghilterra era di 2028£ (45). Una volta che le amministrazioni della Scozia, del Galles e dell'Irlanda del Nord e del Dipartimento della Salute hanno ricevuto i finanziamenti per la spesa sanitaria, lo distribuiscono ai loro commissari (in Inghilterra e Irlanda del Nord) o fornitori (in Scozia e Galles) e alle organizzazioni sanitarie pubbliche utilizzando formule specifiche.

La maggior parte dei servizi sono erogati gratuitamente, ma alcuni di essi prevedono la condivisione dei costi (come le cure odontoiatriche e i prodotti farmaceutici) o pagamenti diretti (come la maggior parte dell'assistenza sociale). In Irlanda del Nord, il comitato sanitario e sociale prende in considerazione contratti con i trust di sanità e assistenza sociale. Il Galles utilizza un metodo di finanziamento basato sul capitale e le amministrazioni locali gestiscono i fondi che utilizzano per la fornitura di servizi. I consorzi e le associazioni sanitarie della comunità gestiscono i propri fondi in Scozia e utilizzano un sistema di allocazione basato sul reddito capitale. All'interno di NHS nel 2004 è stato istituito un organo che negozia le retribuzioni e le condizioni di lavoro per i suoi dipendenti, su tutto il Regno Unito, con alcune varianti in Scozia, Galles e Irlanda del Nord.

In Inghilterra i pagamenti *out-of-pocket* sono limitati ad alcuni servizi come la visita per il lavoro o a fini assicurativi o l'emissione di certificati per viaggi o a fini assicurativi. I farmaci da prescrizione ambulatoriale sono soggetti al pagamento del ticket da parte del cittadino (12,14\$ per articolo); i farmaci prescritti negli ospedali NHS sono gratuiti. I servizi di odontoiatria NHS sono soggetti a *co-payments* fino a 388.00\$ per trattamento. Queste soglie sono fissate a livello nazionale dal Dipartimento della Salute. Nel Regno Unito la spesa sanitaria delle famiglie, nel 2014, è stata pari al 14,8% del totale delle spese (+5,5% rispetto all'anno precedente). Nello stesso anno, la maggior parte della spesa *out-of-pocket* (42,4%) è stata destinata a prodotti sanitari, seguita dal 35,9% per i servizi di assistenza a lungo termine, inclusa l'assistenza residenziale (42).

Nel 2013 l'assicurazione sanitaria privata ha rappresentato il 2,8% della spesa sanitaria totale, mentre meno del 5% di tale spesa proveniva da altre forme di spesa privata (46).

Alcuni cittadini risultano esenti da *co-payments* per i farmaci prescritti: bambini sotto i 15 anni (16-18 anni se iscritti a scuola a tempo pieno); persone di età superiore ai 60 anni; persone a basso reddito; donne incinte o che hanno partorito negli ultimi 12 mesi; persone affette da tumore; persone con disabilità. I pazienti che necessitano di numerosi farmaci da prescrizione possono acquistare certificati di prepagamento dal costo di 42.00\$ per 3 mesi o 150.00\$ per 12 mesi, indipendentemente dal numero di farmaci prescritti. Nel 2015 quasi il 90% delle prescrizioni in Inghilterra è stato erogato gratuitamente. I giovani, gli studenti, le donne incinte e quelli a basso reddito non pagano le cure dentali così come le cure oftalmologiche. In Inghilterra e Galles esistono un sistema a tre livelli di bande di ricarica per coprire le spese per le cure odontoiatriche erogate da NHS. In Scozia e Irlanda del Nord i pazienti pagano fino all'80% del costo del trattamento. I costi di trasporto da e verso i provider sanitari sono coperti per soggetti a basso reddito.

Il divario tra i finanziamenti, la domanda, il costo dei servizi ha prodotto nel biennio 2015-2016 un deficit degli ospedali NHS e di altri provider pari a 3,7 miliardi £ (5,3 miliardi \$). Si stima che



tale deficit possa giungere a 6 miliardi entro il 2021 anche se gli ospedali divenissero più efficienti con un tasso del 2% ad anno. Oltre alla pressione fiscale sull'NHS, diviene sempre più evidente il peggioramento della qualità dei servizi offerti. Tra le strategie di contenimento di costi attuate si annoverano: il blocco degli aumenti salariali, l'incremento dell'uso di farmaci generici, la riduzione delle tariffe DRG, la riduzione dei costi amministrativi, la gestione più efficace della domanda di salute e l'implementazione di strategie di costo-efficienza.

## Andamento della spesa sanitaria nel Regno Unito

È stata realizzata un'analisi di trend storica (1971-2015) delle principali voci di spesa sanitaria nel Regno Unito e un'analisi di trend previsionale, fino al 2030, sugli stessi indicatori. Tali indicatori sono: spesa sanitaria totale in percentuale di PIL, spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL, spesa ospedaliera in percentuale di PIL, spesa ambulatoriale in percentuale di PIL, spesa per LTC (Long Term Care) in percentuale di PIL.

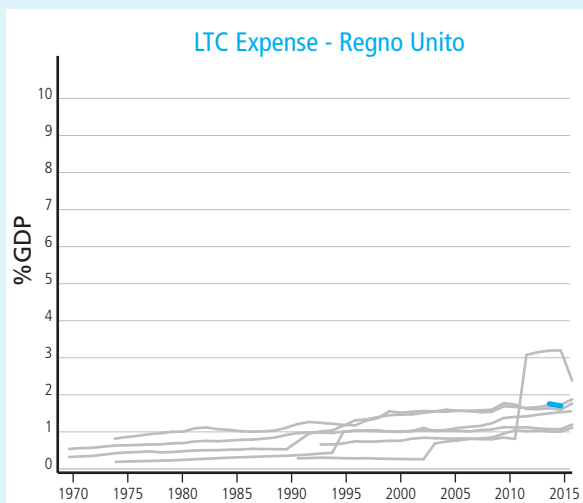
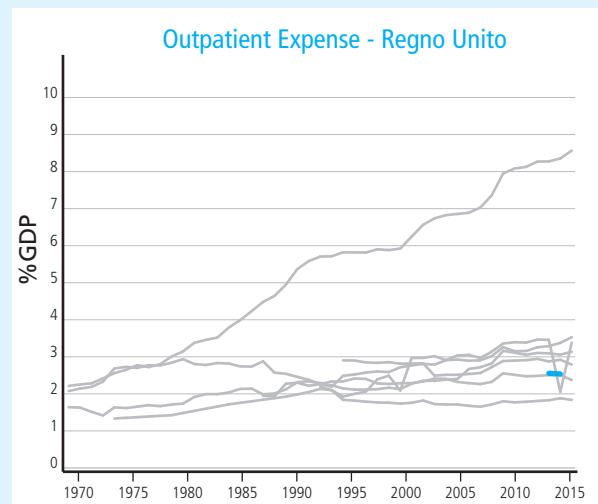
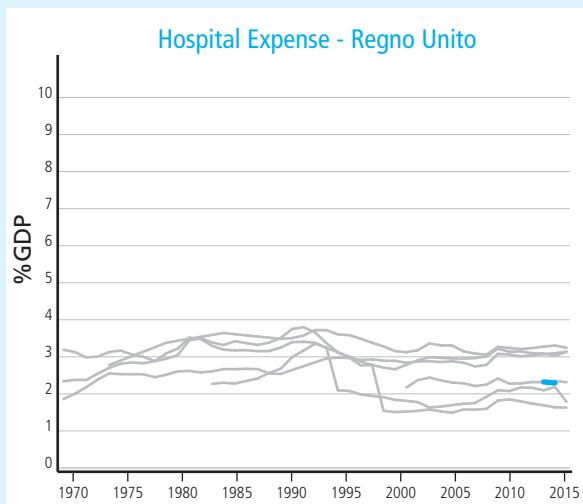
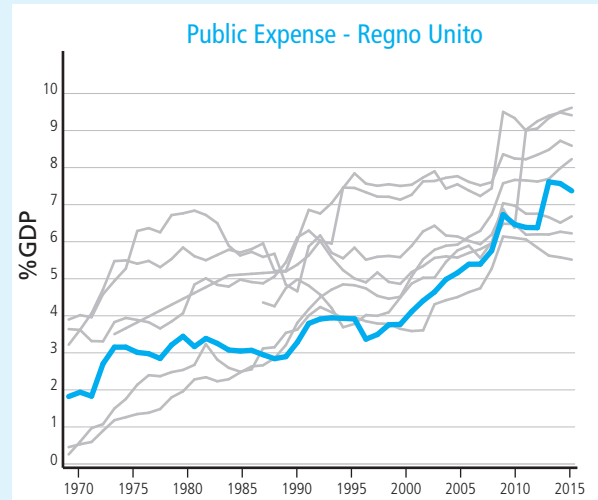
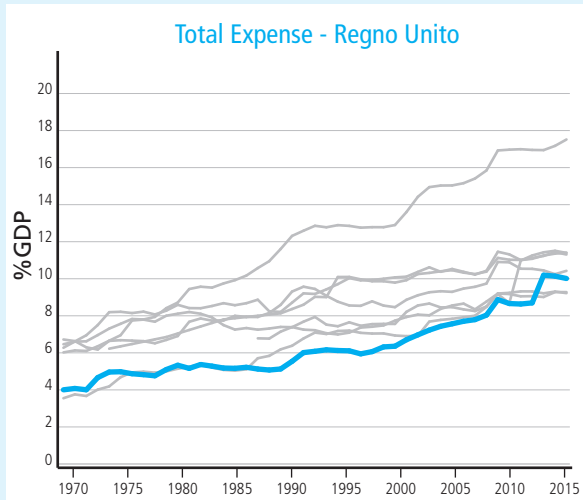
Per ogni trend (retrospettivo e previsionale) è stata svolta un'analisi comparativa con gli altri Stati, oggetto della presente tesi, così come riportato dai grafici illustrati in seguito.

È stata in seguito svolta un'analisi di correlazione tra spesa sanitaria totale e stato di salute percepito dalla popolazione con età maggiore a 65 anni. Inoltre, l'analisi di correlazione è stata svolta anche tra la spesa sanitaria totale e il PIL britannico, la spesa sanitaria totale e la spesa ambulatoriale.

Nel Regno Unito la spesa sanitaria totale in percentuale del PIL è cresciuta costantemente dal 1971 al 2015, anche se in maniera meno accentuata rispetto agli altri Paesi OCSE analizzati. Invece, la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL ha subito una crescita nettamente maggiore, in particolare negli ultimi 10 anni, periodo in cui l'indicatore ha raggiunto un valore superiore allo storico britannico, anche se inferiore a quello degli altri Paesi in esame. Per quanto riguarda la spesa ospedaliera in percentuale del PIL, la spesa ambulatoriale in percentuale di PIL e la spesa per LTC in percentuale di PIL sono presenti solo dati relativi al 2014 e 2015. Nonostante questo breve periodo, si può osservare che la spesa ospedaliera in percentuale di PIL si è attestata ad un livello medio basso rispetto agli altri Paesi studiati; per quanto riguarda la spesa ambulatoriale in percentuale di PIL essa si è mantenuta a livelli piuttosto bassi, se confrontata a quella degli altri 7 Paesi OCSE analizzati; di contro, la spesa per LTC in percentuale di PIL rappresenta la seconda più elevata, dopo la Svezia, tra i Paesi oggetto d'indagine (Figura 15).

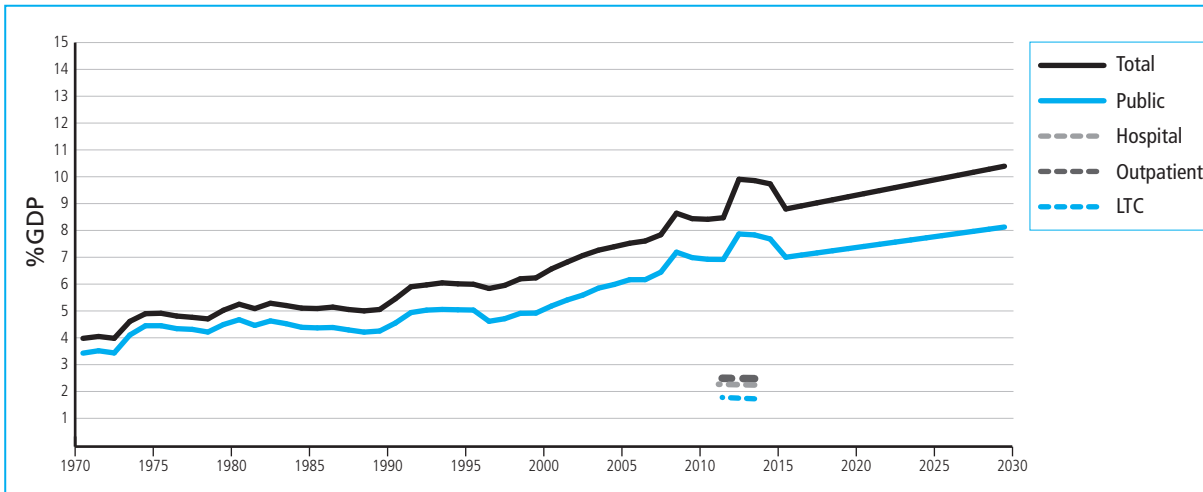


FIGURA 15 - ANDAMENTO DEGLI INDICATORI ANALIZZATI IN PERCENTUALE DI PIL DAL 1970 AL 2015 NEL REGNO UNITO.



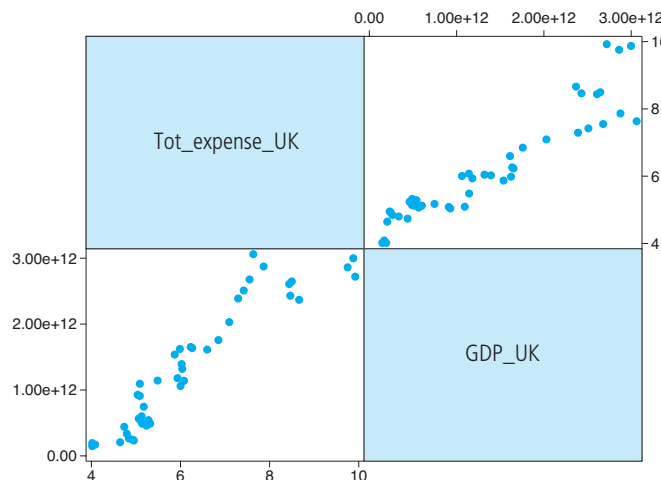
L'analisi previsionale mostra che nei prossimi 15 sia la spesa sanitaria totale in percentuale di PIL sia la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL cresceranno costantemente. Per le voci, di spesa ambulatoriale in percentuale di PIL, di spesa per LTC in percentuale di PIL e di spesa ospedaliera in percentuale di PIL non è possibile eseguire un'analisi previsionale a causa della carenza di dati (Figura 16).

**FIGURA 16. ANALISI PREVISIONALE DEGLI INDICATORI UTILIZZATI FINO AL 2030 NEL REGNO UNITO.**



Per quanto riguarda l'analisi di correlazione, la spesa sanitaria totale correla, direttamente e in maniera statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), con il PIL in UK ( $r = 0.9361$ ) (Figura 17). Considerando solamente gli anni post-crisi economica (2009-2015), la correlazione è presente ( $r = 0.7870$ ) a causa della crescita del PIL che ha interessato in maniera importante, seppure solo nella seconda parte del periodo preso in esame, il Regno Unito e di un incremento della spesa sanitaria totale, come evidenziato prima.

**FIGURA 17. ANALISI DI CORRELAZIONE TRA LA SPESA SANITARIA TOTALE E IL PIL NEL REGNO UNITO ( $R = 0.9361$ ).**



L'analisi statistica non ha evidenziato correlazione statisticamente significativa tra la spesa sanitaria totale e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana (over 65).

La spesa sanitaria totale, invece, risulta in correlazione statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) con la spesa ospedaliera in UK ( $r = 0,99$ ).

## Commento Key Opinion Leader

Sir Muir Gray

**U**n sistema sanitario moderno è un sistema di gestione a elevata complessità che non può prescindere dal considerare costantemente la disponibilità di risorse e porsi questioni di allocazione ottimale delle stesse. La medicina di sistema che auspico per il futuro del mio Paese deve tener conto, dunque, dell'insufficienza strutturale delle risorse in uno scenario segnato dall'aumento della domanda di salute operando, quindi, per un'allocazione quanto più ottimale ed efficiente possibile. Essa tragherà il cambiamento dei sistemi sanitari, nel medio-lungo periodo, verso logiche di sostenibilità e di creazione di "valore" (rapporto outcome/costi) per il cittadino-paziente. Tale trasformazione sarà possibile agendo sulla cultura, sullo sviluppo organizzativo e, in particolare, sullo sviluppo di sistemi di gestione delle risorse integrati e orientati ai problemi di salute e non più alla sola e puntale erogazione delle singole prestazioni nei servizi di cura (47). Tuttavia, sebbene le priorità epidemiologiche del Sistema salute sembrino piuttosto chiare e condivise a livello internazionale, non altrettanto

chiari risultano i costi associati alle diverse modalità di gestione delle malattie e, ancor meno, i ritorni di salute sugli investimenti effettuati. A fronte di risorse limitate per la gestione di una domanda di salute in continua crescita, vi è una necessità improbabile non solo di ridurre sprechi, ma di massimizzare il valore generato dal Sistema salute e dalle sue singole componenti in maniera integrata. In un'epoca di risorse scarse è pertanto doveroso porsi domande di "valore", chiedendosi se, ad esempio, tutti i servizi assistenziali dovrebbero essere parimenti garantiti anche a discapito della loro qualità; se alcuni gruppi di popolazione (i.e. anziani fragili) dovrebbero essere, più di altri, tutelati; se - e come - le disuguaglianze geografiche nello stato di salute della popolazione (unwarranted variation in healthcare) vadano gestite e contenute; etc.

La logica dei budget per programmi di cura (c.d. Programme Budgeting), approccio di analisi e strumento per il supporto alle decisioni in funzione del fabbisogno di salute, permetterà agli attuali modelli di allo-

cazione delle risorse di imparare a rispondere alle odierne esigenze di efficacia, efficienza ed equità dei sistemi sanitari a oggi non più corrisposte dai sistemi in uso.

Esemplare, in tal senso, è l'esperienza già ottenuta nel National Health Service (NHS) per la gestione integrata del malato e delle risorse assorbite attraverso l'applicazione capillare della metodologia del Programme Budgeting Marginal Analysis (PBMA). Tale strumento, dal carattere multidisciplinare tanto economico-programmatico quanto clinico-gestionale, permette di stimare la spesa inglese per la gestione totale di oltre 23 macro categorie di patologia, e relative sotto categorie, per oltre 107 miliardi di £ di budget totale. I dati più recenti (2010/2011) riportano un assorbimento delle risorse per la gestione delle malattie respiratorie pari a circa 4,43 miliardi di £, posizionandole all'11° posto tra i programmi di cura a maggior assorbimento di risorse (tumori con 5.81 miliardi di £; problemi cardiocircolatori con 11.91 miliardi di £ e problemi di salute mentale con 7.72 miliardi di £). (48)

Tale rilevazione, agevolata non solo dalla disponibilità di flussi informativi all'interno del NHS ma anche da strumenti che ne favoriscono la divulgazione e la fruibilità dei dati, permette dunque di promuovere la riorganizzazione dei servizi, la definizione di linee

guida e altre azioni di miglioramento in una logica di benchmarking tra i diversi setting assistenziali, tra cluster di popolazioni, tra decisori e professionisti responsabili delle cure. I budget di programma permettono, inoltre, di essere di volta in volta ridefiniti sulla base dei bisogni programmatici e operativi, non solo in termini di patologie (Classificazione Internazionale delle Patologie – ICD e relative Macro Categorie – MDC), ma anche in termini di gruppi di popolazione (anziani, donne e bambini, etc.) o di età, solo per citare alcuni esempi.

Tali strumenti rappresenteranno i presupposti per lo sviluppo di una medicina personalizzata che sappia calcolare la capacità produttiva e le risorse assorbite dai problemi di salute, che si sappia confrontare con valori ottimali e orienti le scelte future sulla base dei dovuti interventi di miglioramento. L'applicazione della medicina di sistema dovrà, pertanto, fondare le radici del suo sviluppo su un più adeguato modello di allocazione delle risorse che non potrà prescindere dalle fondamentali valutazioni di costo-opportunità e di analisi marginale nel consumo delle risorse, al fine di garantire tanto investimenti sostenibili, con ritorni incisivi in termini di salute, quanto disinvestimenti efficaci volti a liberare le risorse non ottimizzate e ricollocarle su scelte a maggior valore aggiunto.

**Sir Muir Gray** è una delle voci più autorevoli della Sanità Pubblica contemporanea. A Oxford, dove è Professore di Public Health, ha promosso l'evoluzione dell'Evidence Based Medicine, fondando, insieme a Ian Chalmers, la Cochrane Collaboration e creando il movimento dell'Evidence Based Health Care, con l'omonimo libro tradotto in diverse lingue e diffuso in tutto il mondo. Ha poi diretto per molti anni il Programma Nazionale di Screening del National Health Service inglese, di cui attualmente è direttore del Sistema Nazionale per la Conoscenza Medica e della relativa Biblioteca Informatica Nazionale. È, inoltre, coautore dell'Oxford Handbook of Public Health. Nel 2005 la Regina Elisabetta gli ha conferito il titolo di Baronetto per i suoi meriti scientifici e di Sanità Pubblica.





# il Sistema Sanitario in Spagna

## Copertura: sistema sanitario pubblico e/o privato

Tutti gli spagnoli che sono lavoratori o pensionati e i loro beneficiari (coniugi, bambini sotto i 26 anni, ecc.) e tutti coloro i cui redditi annuali non superano i 100.000 € hanno diritto all'assistenza sanitaria. Questo rappresenta il 96,66% della popolazione.

I non assicurati sono principalmente stranieri senza residenza legale (2% della popolazione totale) e persone con reddito superiore a 100.000 € che non sono impiegati o autonomi (1.33% del totale).

Alcune forme di copertura variano da Comunità a comunità

La maggior parte delle cure ospedaliere private è finanziata attraverso assicurazione sanitaria integrativa privata

## Ruolo del governo

Coordinamento e indirizzo centrale. Governance comunità autonome, delivery servizi a livello locale.

## Sistema di finanziamento

Fiscalità generale e delle comunità autonome, assicurazione sanitaria integrativa privata volontaria

## Ruolo delle assicurazioni private

4,22% assicurazione sanitaria integrativa privata volontaria

## Modalità di remunerazione dei provider

DRG/Rimborso

## Accesso del paziente alle cure

Universale

## Tetto sulla condivisione dei costi

NO

## "Pacchetti di salute" (prestazioni e servizi offerti ai pazienti)

Si

## Esenzioni e protezione per i cittadini a basso reddito

Si

## Tipo di provider: Cure Primarie

Pubblico e Privato

## Pagamento delle Cure Primarie

Comunità autonome. Il 10% dei servizi sanitari primari (soprattutto Muface, Isfas, Mugeju) sono finanziati tramite partenariato pubblico privato

## Tipo di provider: Ospedale

## Pagamento degli Ospedali

Comunità autonome. Il 20% dei servizi ospedalieri sono finanziati tramite partenariato pubblico privato

## Caratteristiche del Sistema Sanitario in Spagna

### Overview e governance

Il Sistema Sanitario spagnolo, nato nel 1986, è caratterizzato da libero accesso, finanziamento tramite il gettito fiscale e ruolo predominante del servizio pubblico. Nel panorama europeo, spicca per la marcata efficienza nel suo complesso e per le peculiarità organizzative dell'assistenza primaria.

Esso è molto più snello rispetto ad altri Paesi, sia per il numero di personale impiegato che per le strutture di assistenza primaria, ma soprattutto per il numero di posti letto, che negli ultimi vent'anni è sempre rimasto ben al di sotto della media europea, evitando così le massicce campagne di tagli a cui sono stati costretti altri Paesi (49). La performance, però, non ne ha risentito: gli indicatori di salute sono molto positivi, e anche l'indice di soddisfazione degli utenti è risultato essere in continua crescita (49).

Il sistema sanitario spagnolo, originariamente di tipo Bismarck e basato dunque su un sistema di assicurazioni sociali, iniziò, dopo l'istituzione del Ministero della Sanità (INSALUD) e dell'entrata in vigore della Costituzione nel 1978, una radicale transizione verso un modello di tipo Beveridge. L'articolo 43 della Costituzione spagnola stabilisce che: "È competenza dei poteri pubblici l'organizzazione e la tutela della salute pubblica con le misure preventive e con le prestazioni ed i servizi che sono necessari".

Nel 1986, con l'approvazione della Legge Generale della Sanità, venne creato il sistema Nazionale di Salute definito come "l'insieme dei servizi di salute dell'amministrazione dello Stato e dei servizi di salute delle Comunità Autonome convenientemente coordinate". La Costituzione stessa aggiungeva ai due tradizionali livelli di governo (centrale ed enti locali) un livello intermedio, le Comunità Autonome, ovvero Regioni autonome. Fra il 1981 e il 2002, un graduale processo di decentramento ha trasferito loro una significativa autonomia finanziaria, assieme all'autorità di gestire sempre più servizi pubblici, incluso quello sanitario. Ogni Comunità Autonoma possiede dunque un *Servicio de Salud* che è la struttura amministrativa e di gestione che integra tutte le strutture e i servizi della comunità, i governi comunali e tutte le altre amministrazioni territoriali intra-comunitarie (50).

L'Amministrazione Centrale dello Stato, tramite l'Istituto Nazionale di Gestione Sanitaria, INGESA, si occupa di gestire la salute nelle città a statuto autonomo di Ceuta e Melilla.

Le competenze sanitarie appaiono suddivise come segue:

1. Amministrazione dello Stato: Coordinamento della Sanità, Sanità internazionale, politiche sui farmaci, gestione dell'INGESA.
2. Comunità Autonome: Pianificazione sanitaria, Salute pubblica, Gestione dei servizi di salute.
3. Corporazioni locali: salute ambientale e collaborazione con la gestione dei servizi pubblici.

La legge Generale della Sanità ha stabilito inoltre l'articolazione del Sistema Sanitario Pubblico in Aree di Salute, strutture fondamentali del sistema di salute nazionale, responsabili dei Centri di Salute e delle loro prestazioni. Ogni Area di Salute ha un bacino di utenza che varia dai 200.000 ai 250.000 abitanti ed è legata ad almeno un ospedale generale. Le Aree di salute a loro volta si suddividono in Zone Basiche dove si trovano i Centri di assistenza primaria, all'interno dei quali operano le Equipe di assistenza primaria (51).

Nell'anno 2011 è stata approvata la legge 33/2011, del 4 di ottobre, Legge Generale di Sanità Pubblica che raccoglie i principi generali della sanità pubblica iberica e stabilisce le basi legali che supportano a livello finanziario le azioni di coordinamento e collaborazione tra le diverse amministrazioni pubbliche in materia di sanità, definendo l'equità quale principio guida per l'insieme delle politiche e delle azioni in sanità.

Nell'anno 2012, il "Real Decreto-ley 16/2012", del 20 aprile, riguardante le misure per garantire la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale spagnolo teso a migliorare la qualità e la sicurezza delle sue prestazioni, ha programmato una serie di misure di riforma atte a garantire l'accessibilità al sistema sanitario e a regolamentare il sistema delle prestazioni.

Nell'ambito della regolazione dei farmaci e dei prodotti sanitari, nell'anno 2015, mediante il "Real Decreto-Ley 1/2015", si è approvato il testo riformato della legge di garanzia e uso razionale dei farmaci e dei prodotti sanitari, che armonizza le disposizioni che sono state modificate nel tempo andando a completare il testo originale della suddetta legge.

In Spagna hanno diritto all'assistenza sanitaria tutti i lavoratori spagnoli che contribuiscono al sistema previdenziale, i pensionati con contributi versati sufficienti, i cittadini che percepiscono assegni di disoccupazione e quelli che non li percepiscono ma sono iscritti nelle liste di collocamento e tutte le persone a loro carico (coniugi senza diritto all'assistenza, figli sotto i 26 anni o con disabilità o oltre i 26 anni ma che non hanno mai lavorato) tutti coloro i cui redditi annuali non superano i 100.000 €. Questi rappresentano il 96,66% della popolazione (52). Tra coloro che non beneficiano dell'assistenza sanitaria, secondo i modelli prima descritti (ovvero i non assicurati), vi sono principalmente stranieri senza residenza legale (2% della popolazione totale) e persone con reddito superiore a 100.000 € che non sono impiegati o lavoratori autonomi (1,33% del totale). Agli adulti non comunitari e ai migranti adulti senza documenti è garantito solo l'accesso alle cure di emergenza e alla assistenza materna. Tutti i soggetti minorenni (<18 anni), indipendentemente dalla loro nazionalità o residenza, hanno diritto a tutte le forme di assistenza.

Coloro che non godono dell'assistenza sanitaria secondo le modalità sopra descritte, possono ottenere una copertura sanitaria pagando un premio fisso di 710 € se hanno meno di 65 anni di età o di 1900 € se superano i 65 anni (dati del 2012).

La crisi dell'ultimo decennio ha portato a ridefinire, oltre ai destinatari della copertura sanitaria, anche la tipologia dei benefici da erogare alla popolazione. Si distinguono tre categorie di benefici: base, supplementare (include ad esempio farmaci, ortoprotesi e prodotti dietetici) e accessorio. Se i pacchetti base vengono finanziati con fondi pubblici al 100%, gli altri prevedono la partecipazione della spesa da parte dell'utente (dati 2012). Un network di agenzie di HTA si occupa di rivedere e stabilire le prestazioni e i servizi di cui i cittadini possono beneficiare.

Il decentramento del sistema che si è ottenuto nel corso del tempo è particolarmente evidente se si considerano i flussi finanziari, il cui punto nevralgico sono proprio le Comunità Autonome (Regioni). La maggior parte delle cure sanitarie è infatti finanziata da fondi pubblici e viene fornita attraverso i servizi sanitari delle Comunità Autonome. Il 4,69% della popolazione viene servita attraverso Mutualità che contraggono i servizi sanitari dalle Comunità Autonome o dalle compagnie di assicurazione private (51).

Le Mutualità (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) sono enti di previdenza sociale in cui sono assicurati dipendenti pubblici, personale delle forze armate e personale della giustizia. Essi hanno assicurato in totale 2,18 milioni di persone.

## Offerta dei Servizi

Il sistema sanitario spagnolo è organizzato in due livelli: assistenza primaria e assistenza specializzata. L'assistenza primaria risulta essere organizzata in maniera molto peculiare e differente rispetto agli altri Paesi Europei.

I principali siti di assistenza primaria sono i Centri di assistenza primaria (Centro d'atención primaria – CAP), che presentano un'elevata accessibilità: sono distanti da qualsiasi residenza al massimo 15 minuti, sono operativi 24 ore su 24 con un pronto soccorso ambulatoriale integrato, e non è richiesto ai cittadini il pagamento di alcun ticket, fatta eccezione per i farmaci (40% del prezzo) (49). Nei CAP lavorano équipe multidisciplinari costituiti da medici di medicina generale, pediatri, personale infermieristico e amministrativo, ma è prevista anche la presenza di assistenti sociali, ostetriche e fisioterapisti. L'assistenza primaria è la sede privilegiata anche delle attività di prevenzione e promozione della salute, assistenza e salute della donna, assistenza al paziente terminale e salute del cavo orale (53).

Peculiare nel panorama europeo anche il sistema di remunerazione: tutti i membri del team multidisciplinare sono dipendenti dello Stato, ad eccezione delle équipe di assistenza primaria private presenti in Catalogna, essi ricevono un salario fisso a cui si aggiunge una quota capitaria variabile (pari a circa il 15% del totale) che tiene conto della natura della popolazione, della sua densità e della percentuale di popolazione di età superiore ai 65 anni. In Catalogna, un ulteriore adeguamento viene effettuato sulla base delle condizioni socio-economiche del bacino di utenza.

Questa organizzazione è il risultato di una lunga storia di investimenti sull'assistenza primaria: a differenza di molti Paesi europei, fra cui l'Italia, in Spagna la Medicina di Famiglia è un titolo specialistico sin dall'inizio degli anni '80, mentre risale al 1988 il lancio del *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud* (PAPPS), uno dei primi tentativi sistematici in Europa di integrare nell'assistenza primaria le attività di promozione e prevenzione, con tanto di valutazione periodica dei risultati (54); (55).

Al secondo livello vi è l'assistenza specialistica con i centri di specializzazione (i poliambulatori presenti nei Centri di Salute) e gli ospedali (53).

Degli 804 ospedali presenti sul territorio, circa il 42% è di proprietà del *Sistema Nacional de Salud*: 315 strutture, cui se ne aggiungono 4 di proprietà del Ministero della Difesa e 20 controllate dalle *Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales*. La quota restante, un'assai consistente 58%, è di proprietà privata (465) e conta circa 53.000 posti letto. La regione con la maggiore percentuale di ospedali privati sul totale è la Catalogna, dove si raggiunge il 70%: qui vige un sistema di competizione regolata fra i più studiati in Europa per la sua efficienza. Una quota non trascurabile di questi ospedali è però di proprietà di organizzazioni non a scopo di lucro, per lo più di natura religiosa (49).

Come i medici di medicina generale, anche gli operatori sanitari ospedalieri sono dipendenti dello Stato. Gli obiettivi definiti nelle politiche sanitarie come prioritari sono collegati agli incentivi del personale (53).

Le strutture ospedaliere vengono finanziate attraverso un budget globale, stabilito in base a voci individuali di spesa. Un sistema che ha sostituito il rimborso "a piè di lista", privo di negoziati tra terzo pagante (INSALUD o servizi sanitari regionali) e senza alcuna valutazione formale (49).

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica e quindi la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini essa varia in funzione al reddito. Anche i tetti stabiliti dal governo per la spesa OOP dei farmaci dipendono dal reddito. Sono esenti dal pagamento di tariffe OOP i cittadini che ricevono sussidi sociali integrativi, individui con pensioni esentasse, disoccupati che non possono più percepire assegni di disoccupazione, vittime di incidenti sul lavoro e soggetti malati.

Tra le misure attuate per contenere i costi in questi anni di crisi si possono annoverare la diminuzione dei salari dei medici e l'aumento delle ore lavorative settimanali, il congelamento degli incentivi di carriera professionale o legati alla performance, il blocco del turn over, la chiusura totale e parziale di strutture, l'esternalizzazione di servizi e l'implementazione di PPP.

## Modalità di finanziamento

La spesa sanitaria pro-capite nel 2014 si è attestata a poco più di 2000 €, pari a circa il 9% del PIL.

Nel 1976, la struttura del Sistema Sanitario era preminentemente pubblica e finanziata attraverso i contributi sociali dei lavoratori. Con l'entrata in vigore della Legge 37/88 di *Presupuestos Generales del Estado* (PGE), si è passati ad un finanziamento basato sulle imposte.

Quando, nel 2002, le 17 regioni autonome sono divenute totalmente responsabili della pianificazione e dell'organizzazione dei servizi, esse hanno ricevuto anche una corrispondente autonomia di spesa. Questa si basa in gran parte su trasferimenti dallo Stato centrale, principalmente sulla base delle dimensioni e l'età della popolazione. L'autonomia fiscale delle comunità autonome è però in crescita.



Una seconda fonte di finanziamento è rappresentata dai fondi mutualistici, residuo dell'epoca precedente al 1986, da allora in continua diminuzione.

Dunque, il finanziamento pubblico, come in tutti i sistemi Beveridge, prevale nettamente su quello privato. Eppure, analizzando la composizione della spesa, si osserva che la quota della spesa sostenuta da fonti pubbliche rappresenta nel 2014 meno del 70% del totale; dato inferiore a quello dell'Italia, che supera il 75%, e, ancor più, a quelli di Regno Unito, Svezia e Danimarca (in questi ultimi due Paesi tale percentuale supera l'80%). Questo accade principalmente perché un quarto dei costi sono coperti da spese *out-of-pocket* (24,7%), mentre l'adesione alle assicurazioni volontarie integrative, che coprono le uscite dovute al *cost-sharing* o alla spesa sanitaria privata, è sì molto bassa, ma non trascurabile.

Come già citato in precedenza, il Sistema Salute in Spagna è rappresentato da tutta una serie di prestazioni non contributive il cui finanziamento si realizza attraverso la tassazione e, dal 2002, attraverso un finanziamento specifico da parte di ogni Comunità Autonoma.

I dati dell'anno 2014 descrivono la spesa sanitaria pubblica in Spagna, incluso i dati della lungodegenza, pari a 66.826 milioni €, ovvero il 6,4% del PIL. D'altro canto la spesa sanitaria privata può essere stimata intorno ai 28.895 milioni di € (2,8% del PIL).

La spesa sanitaria appare essere la spesa più onerosa dopo quella previdenziale e presuppone più di un terzo della spesa pubblica delle Comunità Autonome. Per quanto riguarda la composizione di questa spesa, nel 2014, i servizi ospedalieri o comunque specialistici hanno rappresentato la maggior parte di tale spesa (61,4%) seguito dall'assistenza farmaceutiche (16,8%), dai servizi di cure primarie (14,6%).

Per quanto riguarda il dettaglio della spesa sanitaria, la maggior parte dei costi vengono assorbiti dalle risorse professionali che ottengono una spesa pubblica pari al 45% (56).

Come descritto in precedenza, in Spagna, la copertura sanitaria di base è offerta dal sistema sanitario nazionale, attraverso i servizi sanitari regionali (pubblici) e la mutualità (pubbliche).

Le Mutualità (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) coprono in totale 2.151.564 persone. Queste persone possono scegliere ogni anno tra i fornitori pubblici o le compagnie private di assicurazione sanitaria. Le persone che scelgono aziende private sono circa 1,9 milioni, il 4,22% delle persone totali iscritte al Sistema Sanitario Nazionale.

Nel sottosistema di Mutualità (MUFACE, ISFAS, MUGEJU), l'affiliazione è legata allo stato professionale. In questi casi, l'assicuratore è la Mutualità stessa. Ogni anno, ogni assicurato può scegliere tra assicurazioni sanitarie private o i servizi sanitari regionali per la prestazione di assistenza sanitaria. La Mutualità effettua un pagamento pro-capite al fornitore.

Per il sistema generale, l'età, l'area geografica e altri elementi sono presi in considerazione per la distribuzione di fondi dallo Stato alle comunità autonome. Le regioni non ricevono un fondo specifico per finanziare l'assistenza sanitaria. Questo finanziamento fa parte del finanziamento tota-



le delle Comunità Autonome. Esiste un accordo nazionale per il finanziamento delle comunità autonome, comprese diverse fonti di fondi: una percentuale di imposte dirette, indirette e vari fondi nazionali.

Per calcolare i fondi necessari, l'Accordo tiene conto della popolazione adattata, per gruppi di età, dispersione, ecc.; durante l'anno (2017) l'Accordo dovrebbe essere rivisto.

Nel 2017 ci sono circa 7,8 milioni di persone in Spagna che hanno stipulato un'assicurazione sanitaria privata che agisce come una seconda fonte di copertura (16,76% della popolazione totale) (57).

### Andamento della Spesa Sanitaria in Spagna

È stata realizzata un'analisi di trend storica (1971-2015) delle principali voci di spesa sanitaria in Spagna e un'analisi di trend previsionale, fino al 2030, sugli stessi indicatori. Tali indicatori sono: spesa sanitaria totale in percentuale di PIL, spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL, spesa ospedaliera in percentuale di PIL, spesa ambulatoriale in percentuale di PIL, spesa per LTC (Long Term Care) in percentuale di PIL.

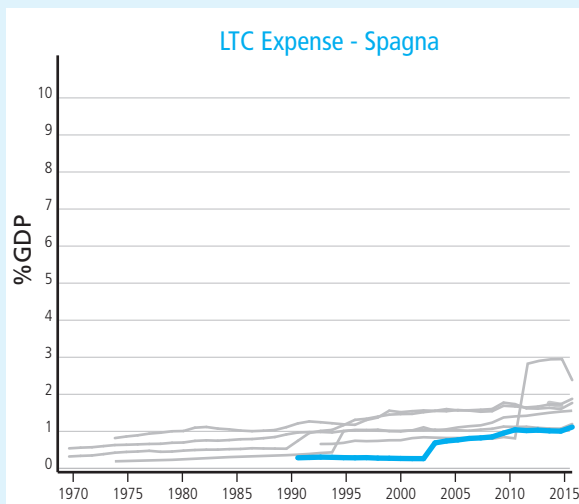
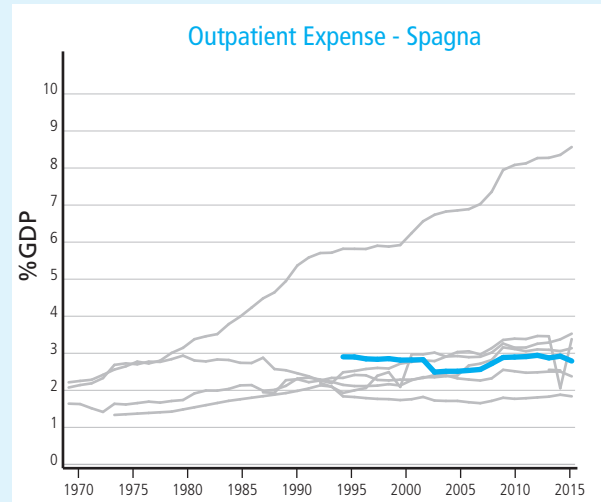
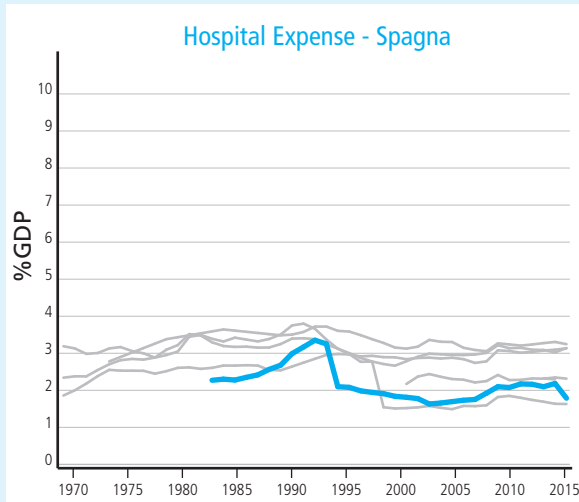
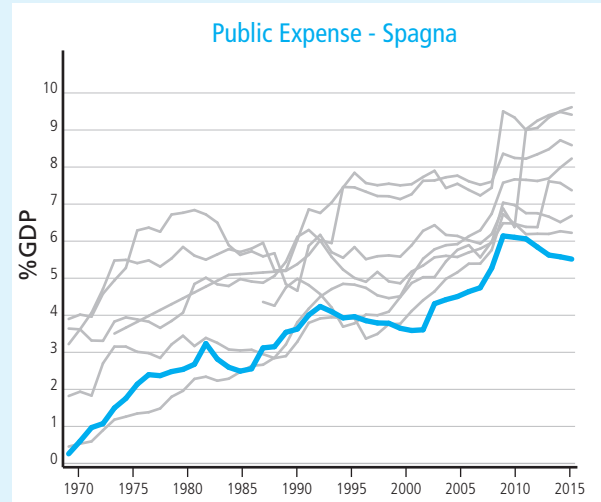
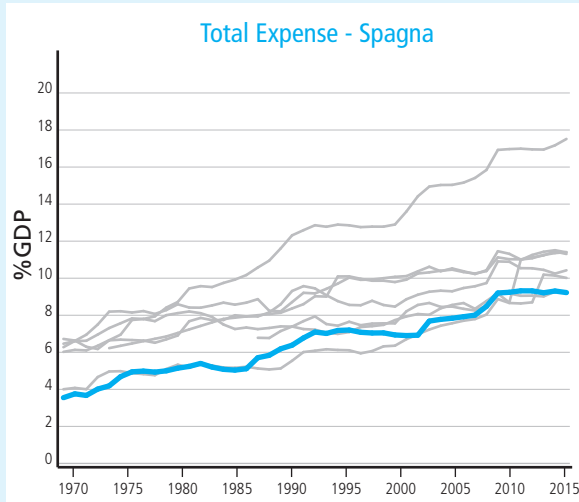
Per ogni trend (retrospettivo e previsionale) è stata svolta un'analisi comparativa con gli altri Stati, oggetto della presente tesi, così come riportato dai grafici illustrati in seguito.

È stata in seguito svolta un'analisi di correlazione tra spesa sanitaria totale e stato di salute percepito dalla popolazione con età maggiore a 65 anni. Inoltre, l'analisi di correlazione è stata svolta anche tra la spesa sanitaria totale e il PIL spagnolo, la spesa sanitaria totale e la spesa ambulatoriale.

In Spagna la spesa sanitaria totale in percentuale del PIL è cresciuta costantemente dal 1971 al 2015, anche se in maniera nettamente inferiore rispetto agli altri Paesi OCSE. Anche la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL ha subito una crescita nettamente inferiore, in particolare negli '90, periodo in cui l'indicatore non ha fatto registrare sostanziali incrementi, mantenendosi invece costante, rispetto agli altri 7 Paesi OCSE oggetto di studio. Per quanto riguarda la spesa ospedaliera in percentuale del PIL, il valore si è mantenuto sempre al di sotto della media OCSE, facendo registrando, inoltre, un decremento dalla seconda metà degli anni '90. Anche la spesa ambulatoriale in percentuale di PIL in Spagna ha seguito un andamento piatto, non subendo sostanziali incrementi, eccezion fatta per una leggera crescita nella prima metà degli anni 2000. Invece, la spesa per LTC in percentuale di PIL, pur mantenendosi inferiore rispetto alla media degli altri Paesi OCSE, ha subito un lieve ma costante incremento, in particolare negli ultimi 15 anni (Figura 18).

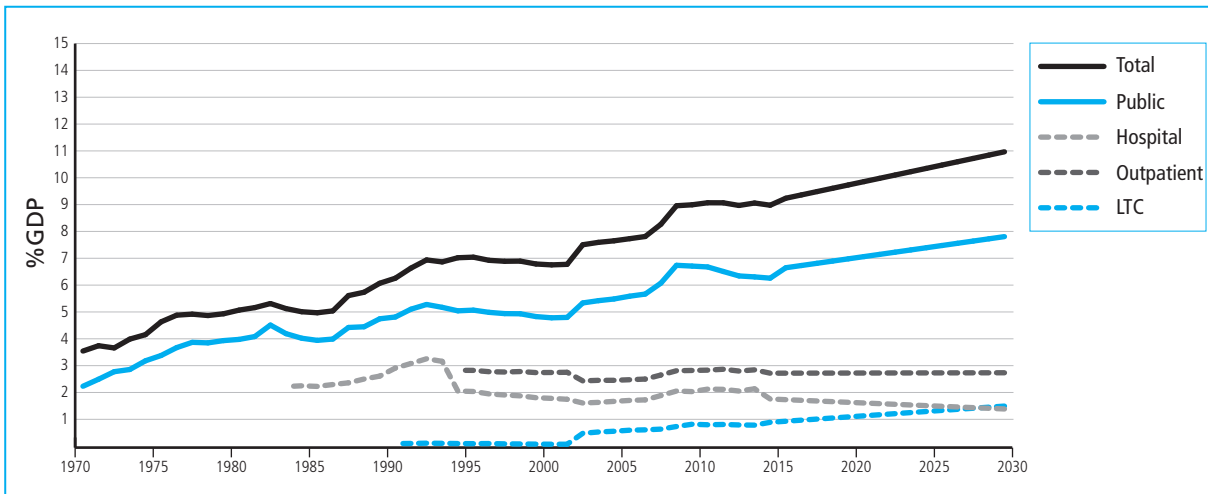


FIGURA 18 - ANDAMENTO DEGLI INDICATORI ANALIZZATI IN PERCENTUALE DI PIL DAL 1970 AL 2015 IN SPAGNA.



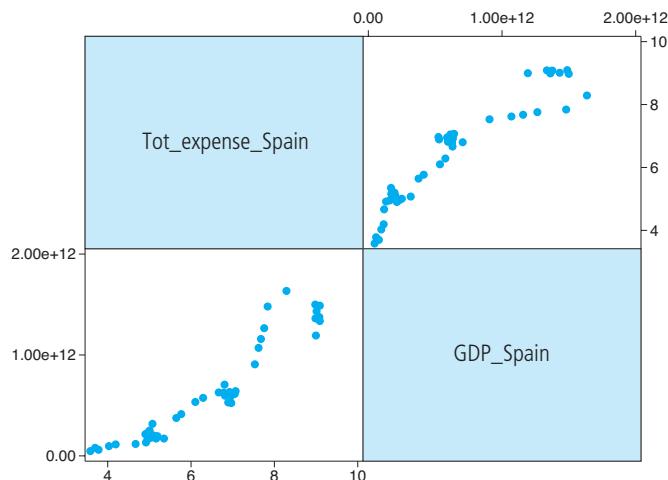
L'analisi previsionale mostra che nei prossimi 15 sia la spesa sanitaria totale in percentuale di PIL sia la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL cresceranno costantemente. La voce spesa per LTC in percentuale di PIL crescerà ad un ritmo sostenuto, fin quasi a raddoppiare nel 2030, rispetto ai livelli attuali. Al contrario, sia la spesa ospedaliera in percentuale di PIL sia quella ambulatoriale in percentuale di PIL non subiranno sostanziali variazioni rispetto ai livelli attuali, se non in senso negativo (Figura 19).

**FIGURA 19. ANALISI PREVISIONALE DEGLI INDICATORI UTILIZZATI FINO AL 2030 IN SPAGNA.**



Per quanto riguarda l'analisi di correlazione, la spesa sanitaria totale correla, direttamente e in maniera statisticamente significativa, con il PIL in Spagna ( $r=0.9454$ ) (Figura 20). Invece considerando nell'analisi statistica solamente gli anni post-crisi economica (2009-2015) la correlazione perde significatività statistica ( $r=0.1039$ ), a causa della contrazione del PIL che ha interessato in maniera importante la Spagna e di un incremento, seppur minimo, della spesa sanitaria totale.

**FIGURA 20. ANALISI DI CORRELAZIONE TRA LA SPESA SANITARIA TOTALE E IL PIL IN SPAGNA ( $R=0.9454$ ).**



L'analisi statistica, inoltre, non ha evidenziato alcuna correlazione tra la spesa sanitaria totale e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana (over 65). Pertanto, in Spagna sembrerebbe che i determinanti di salute percepita, almeno per la popolazione più anziana, non siano dipendenti dalla spesa, pubblica o privata, per la salute. Nessuna correlazione è stata trovata per quanto riguarda la spesa sanitaria totale e la spesa ospedaliera e la spesa sanitaria totale e la spesa ambulatoriale. Invece, è stata evidenziata una correlazione ( $r=0.95$ ), diretta e statisticamente significativa ( $p<0,05$ ), tra spesa sanitaria totale in percentuale di PIL e spesa per LTC in percentuale di PIL.

## Commento Key Opinion Leader

Fernando Lamata

**I**n Spagna, la gestione dell'assistenza sanitaria pubblica è stata trasferita alle Comunità Autonome. Il finanziamento dei servizi sanitari pubblici avviene attraverso le imposte. Poiché le imposte sono raccolte dall'Agenzia delle Fiscalità, le autorità statali (ad eccezione della Navarra e del Paese Basco), un Accordo Finanziario Nazionale calcola i "bisogni finanziari" per la gestione dei servizi trasferiti (salute, istruzione, servizi sociali, ecc.). Lo stesso Accordo stabilisce le formule mediante le quali l'Amministrazione dello Stato centrale trasferirà fondi alle comunità autonome per coprire tali necessità. Nell'attuale accordo, la formula include il trasferimento del 50% della riscossione dell'IVA e dell'imposta sul reddito personale, più un altro insieme di tasse minori cedute alle Comunità Autonome e vari Fondi Nazionali (coesione, indennizzo, garanzia dei servizi pubblici, ecc.).

Il calcolo dei "bisogni finanziari" per la salute è stato effettuato sulla base del "costo effettivo" dell'anno precedente l'accordo. La distribuzione dell'età, la dispersione, l'isolamento e altri fattori sono stati presi in considerazione. È stato calcolato un finanziamento "rettificato" pro capite. Durante la crisi economica iniziata nel 2008, i ricavi fiscali sono diminuiti e il finanziamento alle comunità autonome è stato ridotto di oltre il 20%. A causa di questo fatto, il finanziamento della sanità pubblica è stato ridotto drasticamente. Allo stesso tempo, negli ultimi anni le differenze nei fondi pro capite ricevute

dalle varie comunità autonome sono cresciute a oltre il 60% tra il più basso e il più alto. È pertanto necessario e urgente migliorare il finanziamento dell'assistenza sanitaria nel quadro del sistema di finanziamento più complesso delle comunità autonome. Il 17 gennaio 2017 si è tenuta una Conferenza dei Presidenti (Spagna e Comunità Autonome) in cui è stato deciso di rafforzare il welfare e di riformare il finanziamento autonomo. Un nuovo accordo di finanziamento dovrebbe essere raggiunto nel corso di quest'anno.

Una commissione di esperti è stata incaricata di elaborare una relazione con proposte atte a modificare il sistema di finanziamento delle Comunità Autonome. La Commissione ha presentato la sua relazione nel luglio 2017. In generale, la Commissione ha scelto di preservare l'attuale regime di finanziamento del SSN. Per quanto riguarda il calcolo delle necessità di finanziamento, in termini di salute, vengono mantenuti gli stessi elementi. Per quanto riguarda le formule per il trasferimento dei fondi alle Comunità Autonome, si propongono alcuni cambiamenti nella ripartizione delle imposte tra l'Amministrazione centrale e l'AACC, nonché la semplificazione dei fondi nazionali, cercando un sistema più trasparente ed equo.

D'altra parte, alcuni partiti politici pongono la possibilità che l'assistenza sanitaria debba avere un finanziamento differenziato e specifico, in cui vengono calcolati il budget pro capite (adeguato per età e dispersione) e il

bilancio sanitario di ciascuna CCAA; per poi trasferire tale importo come fondo differenziato.

Queste idee possono essere pur considerate positive, ma non tengono conto di una questione centrale per il finanziamento della salute e di altri servizi pubblici: la sostenibilità. Per poter finanziare servizi pubblici di qualità, bisogna avere abbastanza entrate dalle imposte e dai contributi previdenziali. E in Spagna non è così.

Infatti, i ricavi fiscali (entrate fiscali e contributi sociali) sono stati in un modesto 34,89% del PIL nel 2015, ma entro il 2016 sono stati ulteriormente ridotti al 34,43% del PIL. Nell'area Euro a 19, i ricavi fiscali raggiungono il 41,4% del PIL. C'è una differenza di 7 punti.

È necessaria una profonda riforma fiscale, con una natura progressiva, dove coloro che hanno più, pagano di più e dove la lotta contro la frode e l'evasione fiscale è una priorità assoluta del governo. Solo in questo modo sarà possibile finanziare servizi pubblici e garantire i diritti umani delle persone che vivono in Spagna.

La riforma fiscale di cui la Spagna ha bisogno non dovrebbe aumentare l'onere fiscale sui meno abbienti e le classi medie. Il problema principale con il nostro sistema fiscale è che le leggi consentono ai più ricchi e alle grandi imprese di non pagare quello che devono (oltre al fatto che gli spagnoli hanno accumulato un debito pubblico ingiusto, assumendo debiti privati con salvataggi bancari). Non esiste alcuna progressività fiscale, come

previsto dalla Costituzione spagnola nel suo articolo 31, per il quale tutti dovrebbero sostenere la spesa pubblica secondo le proprie possibilità. Il patto costituzionale non è soddisfatto. Senza imposte eque non ci sono diritti. Non ci può essere salute pubblica di qualità e per tutti.

Questo problema non riguarda solo la Spagna. Secondo la Commissione Europea, l'evasione fiscale nell'UE ammonta a un trilione di euro l'anno. La lotta contro la frode e l'evasione fiscale deve essere una strategia europea. Senza una politica fiscale europea a lungo termine, sarà molto difficile mantenere la salute pubblica nei nostri paesi.

In sintesi, penso che il futuro del finanziamento del sistema sanitario in Spagna sarà:

- nel sistema generale di finanziamento delle Comunità Autonome;
- con una spesa pro capite simile tra le varie regioni;
- con finanziamento tramite imposte, sempre più progressivo;
- con un rapporto fiscale / PIL simile a quello dell'area euro;
- con una percentuale di spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale del 70% -80%;
- con una spesa sanitaria pubblica che aumenterà (legata all'invecchiamento della popolazione e all'uso delle nuove tecnologie) dal 6,3% al 7% nel 2020 e all'8,5% nel 2030, in rapporto al PIL.

**Fernando Lamata Cotanda**, medico psichiatra ed esperto di sanità pubblica, vanta più di 25 anni di esperienza in programmazione e management sanitaria a livello regionale e nazionale in Spagna, con contributi importanti nello sviluppo del sistema sanitario spagnolo.

Fernando Lamata ha avuto, nel corso della sua attività un ruolo di primo nella preparazione delle principali riforme sanitarie in Spagna essendo stato anche Ministro della Sanità e dei Servizi Sociali della Comunità Autonoma di Castiglia-La Mancia dal 2000 al 2004 e dal 2008 al 2011 e Direttore Generale al Ministero della Salute spagnola nel biennio 2004 – 2005.

Ha fatto parte del "WHO Executive Board" della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ed è stato membro del comitato di esperti sugli investimenti in sanità della Commissione Europea.





# il Sistema Sanitario negli Stati Uniti

<b>Copertura: sistema sanitario pubblico e/o privato</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· 94% popolazione (assicurati pubblici e privati)</li></ul>
<b>Ruolo del governo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Medicare: età 65 anni e più, alcuni disabili</li><li>· Medicaid: basso reddito coloro che non sono coperti da datori di lavoro, gli scambi di assicurazione a livello statale con sovvenzioni basate sul reddito copertura assicurativa mandata, con alcune esenzioni (10,4% degli adulti non assicurati)</li></ul>
<b>Sistema di finanziamento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Medicare: imposta sul reddito, premi, entrate fiscali federali</li><li>· Medicaid: federale, reddito fiscale statale</li></ul>
<b>Ruolo delle assicurazioni private</b>	L'assicurazione volontaria privata primaria copre il ~ 66% della popolazione (datori di lavoro e individuale) supplementare per Medicare
<b>Modalità di remunerazione dei provider</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Co-payment</li><li>· Co-insurance</li><li>· DRG</li><li>· FFS</li><li>· Diretto</li></ul>
<b>Accesso del paziente alle cure</b>	Libero
<b>Tetto sulla condivisione dei costi</b>	Sì per la maggior parte dei piani assicurativi privati: 6.600\$ limite annuo per gli individui 13.200\$ per famiglie a partire dal 2015
<b>"Pacchetti di salute" (prestazioni e servizi offerti ai pazienti)</b>	Sì
<b>Esenzioni e protezione per i cittadini a basso reddito</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Reddito basso: Medicaid</li><li>· persone anziane e alcuni disabili: Medicare;</li><li>· sovvenzioni premium e riduzione dei costi per le famiglie a basso e medio reddito sugli scambi</li><li>· tariffe agevolate di assicurazione</li></ul>
<b>Tipo di provider: Cure Primarie</b>	Privato
<b>Pagamento delle Cure Primarie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· pro-capite con piani privati</li><li>· FFS</li><li>· Incentivi ai pagamenti</li></ul>
<b>Tipo di provider: Ospedale</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. No profit (~70% dei letti)</li><li>2. Pubblici (~15%)</li><li>3. Per Profitto (~15%)</li></ol>
<b>Pagamento degli Ospedali</b>	FFS

## Caratteristiche del Sistema Sanitario negli Stati Uniti

### Overview e governance

Gli Stati Uniti non dispongono di un Sistema Sanitario uniforme tale da garantire una copertura universale. Si tratta per lo più di un sistema ibrido, principalmente privatistico, dove alle tre funzioni principali di un sistema sanitario (regolamentazione, finanziamento, erogazione dei servizi) partecipano attori privati, come indicato da Bohm e colleghi (24). Nonostante l'attività di regolamentazione sia di competenza dei Governi Federali e Statali, essa si estrinseca principalmente sul mercato assicurativo privato.

Nel 2010, con l'*Affordable Care Act* (noto principalmente come *Obama Care*) è stato sancito che la responsabilità di garantire a tutti gli Americani l'accesso a piani assicurativi sanitari di qualità, sia tanto del Governo quanto dei datori di lavoro e degli individui stessi (26). Gli scopi primari di tale legge sono:

- Rendere economicamente accessibile l'assicurazione sanitaria a più cittadini. La legge stabilisce dei sussidi per diminuire i costi dei piani assicurativi per famiglie con redditi tra il 100% e il 400% del livello di povertà federale (58);
- Ampliare il programma *Medicaid* per coprire tutti gli adulti con reddito inferiore al 138% rispetto al livello di povertà federale (non tutti gli Stati hanno adottato i programmi di *Medicaid*) (58);
- Supportare l'introduzione di metodi innovativi relativamente all'erogazione di servizi di salute al fine di abbassare i costi sanitari (58).

Nonostante, l'adozione dell'*Obama Care*, l'assistenza sanitaria in USA rimane frammentata con diversi attori pubblici e privati ed enormi differenze nelle percentuali di assicurati tra i cittadini statunitensi.

I due programmi federali pubblici sono:

1. *Medicare*, destinato agli ultrasessantacinquenni e ai soggetti con disabilità;
2. *Medicaid* e *Children's Health Insurance Program (CHIP)*, destinato alle popolazioni a basso reddito.

*Medicare* viene gestito dai "Centri per *Medicare*" e i "Servizi *Medicaid*" (CMS), mentre *Medicaid* e il Programma destinato ai bambini vengono gestiti dai CMS in collaborazione con i governi federali. (26).

Come è stato già detto, il mercato delle assicurazioni private viene regolato principalmente a livello statale. Nel 2014 i mercati assicurativi gestiti a livello statale e federale hanno stabilito di incrementare l'accesso alla copertura assicurativa privata, attraverso sussidi basati sul reddito e destinati a soggetti con basso e medio reddito. Inoltre, agli Stati è stata data la possibilità di allargare, con sussidi, l'accessibilità al Programma *Medicaid* (26).

Nel 2015 più del 67% della popolazione statunitense ha ricevuto una copertura sanitaria grazie alla stipula di polizze assicurative private. Di questi più della metà (55.7%) sono state fornite dal datore di lavoro, mentre il 15% erano polizze contratte individualmente. I programmi pubblici, invece, hanno coperto sempre nello stesso anno il 37.1% dei residenti statunitensi: il 16.3% ha aderito al programma *Medicare*, il 19.6% a *Medicaid*, mentre il 4.7% a programmi assicurativi destinati ai militari. Nei primi 3 mesi del 2016, più di 27 milioni di statunitensi (8.6% della popolazione) non erano assicurati, nonostante la piena implementazione dell'*Affordable Care Act* nel gennaio 2014. Si stima che la quota di non assicurati possa scendere fino a 24 milioni nel 2018, sebbene bisogna tenere in considerazione i tentativi di revocare tale legge da parte della nuova amministrazione e del nuovo Congresso.

Nel 2015 più di 10 milioni di statunitensi avevano diritto di usufruire del programma *Medicare*, ma allo stesso tempo erano idonei per partecipare a *Medicaid*. Sempre nello stesso anno, il *CHIP* ha interessato più di 8,1% di bambini appartenenti a famiglie con basso reddito.

Generalmente i migranti senza documenti non hanno diritto ad una copertura sanitaria pubblica (e circa i 2/3 non contraggono nessuna polizza assicurativa), sebbene abbiano diritto ad essere stabilizzati per qualsiasi emergenza medica negli ospedali (la maggior parte) che accettano finanziamenti da parte di *Medicare*. Diversi Stati, però, garantiscono ai migranti senza documenti anche la possibilità di ricevere assistenza dopo la fase di stabilizzazione. Inoltre, categorie protette come bambini senza documenti o donne incinte, possono usufruire di una copertura sanitaria addizionale fornita da alcuni Stati. Il Dipartimento di Salute e Servizi Umani (HHS) rappresenta la principale agenzia governativa che si interessa della gestione dei servizi sanitari. Tale Dipartimento include:

- I *Centers for Medicare and Medicaid services*;
- Il *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), che svolge ricerca e implementa programmi per la tutela della salute pubblica e della sicurezza;
- Il *National Institute of Health*, responsabile della ricerca biomedica e delle scienze mediche di base;
- L'*Health Resources and Services Administration*, impegnata nel migliorare l'accesso ai servizi sanitari per i cittadini non assicurati e che vivono in condizioni di isolamento e vulnerabilità;
- L'*Agency for Healthcare Research and Quality*, responsabile della ricerca basata sull'evidenza scientifica, sull'efficacia clinica, linee guida per la pratica clinica, sicurezza, soddisfazione del paziente per le cure ricevute, tecnologia informatica e disuguaglianze in salute;
- La *Food and Drug Administration*, responsabile della promozione della salute pubblica attraverso la regolazione di cibo, prodotti derivati dal tabacco, farmaci, device sanitari, vaccini ecc.;
- Il *Center for Medicare and Medicaid Innovation*, un'agenzia che insieme al CMS è stata creata dall'ACA per sperimentare e implementare modelli di pagamento ed erogazione dei servizi atti a ridurre la spesa e migliorare la qualità;
- Il *Patient-Centered Outcomes Research Institute*, anch'esso creato con l'ACA e il cui obiettivo è quello di stabilire priorità nel campo della ricerca sulla comparazione dell'efficacia clinica e su altri topic sanitari.

La *National Academy of Medicine* (precedentemente *Institute of Medicine*), organismo no profit indipendente dal governo, agisce come *advisor* ai *policy maker* e al settore privato con lo scopo di migliorare la salute della nazione. Infine, esistono associazioni di stakeholder che esercitano azioni di lobby che interessano il Sistema Sanitario.

La *Joint Commision*, altro ente indipendente e no profit, si occupa di accreditare più di 200000 strutture sanitarie come ospedali, strutture residenziali, laboratori, attraverso una serie di criteri che riguardano il miglioramento del trattamento dei pazienti, della governance, della cultura organizzativo-sanitaria e della performance.

Il *National Committee for Quality Assurance*, rappresenta il principale ente accreditatore per i piani assicurativi privati e, pertanto, prende parte al mercato assicurativo. Il *National Quality Forum* stabilisce consenso sulle priorità relative alle performance e sugli standard per la valutazione della performance e il public reporting. L'*American Board of Medical Specialties* e l'*American Board of Internal Medicine* invece forniscono la certificazione ai medici che dimostrano di esercitare una sanità di qualità.

## Offerta dei servizi

L'ACA ha stabilito che tutti i piani assicurativi riguardanti i singoli individui o i soggetti in aziende con 50 o meno lavoratori, coprissero servizi sanitari presenti nelle seguenti 10 categorie:

1. Prestazioni ambulatoriali;
2. Cure in emergenza;
3. Ospedalizzazioni;
4. Assistenza alle donne in maternità e ai nuovi nati;
5. Servizi riguardanti la salute mentale e il trattamento dell'abuso di sostanze;
6. Prescrizione di farmaci;
7. Servizi e ausili riabilitativi;
8. Servizi laboratoristici;
9. Servizi preventivi tesi a garantire la gestione delle patologie croniche;
10. Assistenza pediatrica, inclusa quella odontoiatrica e oftalmologica.

Sono i singoli stati che determinano i servizi specifici da coprire delle suddette categorie.

I piani assicurativi privati, in alcuni casi, prevedono la copertura finanziaria solo per servizi erogati da uno stretto network di provider, non fornendo copertura o fornendola in maniera limitata se i pazienti ricevono assistenza da provider fuori dal network prestabilito. Alcuni piani assicurativi non coprono prestazioni relative a cure odontoiatriche e oculistiche, assistenza a lungo termine o servizi preventivi, quindi, per queste sono necessarie polizze integrative.

Il programma *Medicare* fornisce copertura assicurativa per ospedalizzazioni, visite e prestazioni mediche e, attraverso un programma volontario e supplementare anche per la prescrizione di far-

maci. Per molti servizi erogati all'interno di questo programma è stata eliminata la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino. Esistono due varianti del programma *Medicare*:

- La prima, quella tradizionale, garantisce servizi finanziati attraverso la modalità *fee for service* e senza nessuna restrizione per quanto riguarda i privati.
- La seconda (*Medicare Advantage*), invece, prevede che un assicuratore privato venga pagato dal Governo Federale per offrire servizi da provider appartenenti ad un network ristretto.

Il Programma *Medicare* finanzia le cure in postacuzie, ma non quelle a lungo termine (LTC) a differenza di *Medicaid*. *Medicare*, però, finanzia l'assistenza in hospice in quanto le prestazioni erogate sono a breve termine e comunque fino a 100 giorni. *Medicaid* finanzia un ampio ventaglio di servizi core, come l'ospedalizzazione o i consulti specialistici, con variazioni da Stato a Stato. In alcuni Stati, sempre all'interno del programma *Medicaid*, è previsto il supporto ai caregiver e un supporto economico ai pazienti in assistenza domiciliare. Generalmente, però, la maggior parte dei caregiver non riceve alcun pagamento o riconoscimento per il lavoro informale che svolge.

Per quanto riguarda i servizi di assistenza primaria, i centri possono erogare sia cure mediche che infermieristiche. I pazienti possono scegliere il loro medico nei centri finanziati dal proprio piano assicurativo. A seconda del piano è poi possibile registrarsi o meno nei centri di assistenza primaria. Oltre che nei programmi di trattamento per le patologie croniche o in alcuni piani assicurativi, i Medici di Medicina Generale non hanno ruolo di *gatekeeper* e, pertanto, il paziente può accedere direttamente agli specialisti che possono lavorare sia in studi privati che in ospedale. L'accesso alle visite specialistiche può risultare particolarmente difficile per i beneficiari di *Medicaid* e coloro privi di copertura assicurativa, in quanto le tariffe per rimborsi previste da tale piano sono basse e anche le strategie di safety-net per l'assistenza specialistica sono limitate. Gli ospedali si dividono in no profit (70% dei letti), for profit (15%) e pubblici (15%). Gli ospedali pubblici possono comunque accogliere pazienti con assicurazioni private. Per quanto riguarda le attività di guardia medica, spesso sono garantite dai Medici di Medicina Generale nei propri centri medici o all'interno di strutture ospedaliere (25%). Alcune compagnie assicurative prevedono dei consulti medici telefonici in caso di necessità.

Per quanto riguarda i servizi di salute mentale, essi sono garantiti sia da provider che professionisti no profit e for profit.

Molti piani assicurativi coprono l'ospedalizzazione, il trattamento ambulatoriale, i servizi in emergenza e la prescrizione di farmaci (ulteriori benefit possono essere il *case management* e i servizi di supporto). Grazie all'ACA che ha cercato di migliorare l'accesso ai servizi di salute mentale, la copertura per questi servizi è stata aumentata e molti piani coprono pure i servizi preventivi.

Oltre ai programmi *Medicaid* e *CHIP*, diverse organizzazioni e programmi erogano assistenza ai meno abbienti, ai non assicurati e alle persone più vulnerabili; tra queste organizzazioni ritroviamo ospedali pubblici, dipartimenti della salute locali e cliniche che prestano cure gratuitamente. Con l'*Obama Care* diversi Stati hanno espanso il Programma *Medicaid* nell'ottica di coprire individui con reddito fino al 138% della soglia federale di povertà, nonché hanno aumentato i sussidi per popolazioni economicamente svantaggiate ai fini di accedere a piani assicurativi o diminuire



la compartecipazione alla spesa. I centri di salute di comunità vengono rimborsati dal Governo Federale qualora erogassero assistenza ai cittadini non assicurati. Inoltre, i provider privati erogano cure caritatevoli per cui non ricevono alcun rimborso.

## Modalità di finanziamento

Nel 2013, la spesa pubblica ha rappresentato il 48% della spesa sanitaria totale, mentre la spesa privata il 33% (59). Il Programma *Medicare* viene finanziato attraverso la combinazione di tasse detratte dagli stipendi, fondi governativi e premi assicurativi. *Medicaid*, invece, è finanziato attraverso le tasse e amministrato dai governi. I singoli Stati ricevono, pertanto, fondi dal Governo che vengono elargiti sulla base dei redditi medi degli iscritti al Programma per singoli Stati. Se ad oggi *Medicaid* è completamente finanziato dallo Stato Federale, tale finanziamento dovrà raggiungere la quota del 90% entro il 2020.

Le assicurazioni private possono essere for profit o no profit e devono attenersi alle regolamentazioni dei singoli Stati nonché rispondere ai commissari federali. L'assicurazione sanitaria privata può essere stipulata da singoli privati, anche se di solito viene finanziata da premi assicurativi volontari e detraibili, il cui costo viene condiviso con il datore di lavoro. L'esenzione fiscale di tali premi assicurativi rappresenta la terza quota più ampia di spesa sanitaria dopo *Medicare* e *Medicaid*.

Alcuni cittadini possono essere coperti sia da programmi assicurativi pubblici che da quelli privati (per esempio beneficiari *Medicare* che stipulano altre polizze private per coprire servizi supplementari o aumentare la quota di compartecipazione alla spesa per alcuni servizi). Le compagnie assicurative private erogano rimborsi più elevati rispetto ai programmi pubblici, tipo *Medicaid*, portando così a delle differenze nelle modalità e nelle quote di finanziamento ai privati. I rimborsi effettuati tramite *Medicare*, invece, sono determinati attraverso degli schemi tariffari, con aggiustamenti che dipendono dal costo della vita e caratteristiche dei provider. Le tariffe di rimborso di *Medicaid* variano in base allo Stato, mentre quelli delle polizze private sono frutto della contrattazione tra assicuratori e provider.

Sia i medici specialisti che quelli di medicina generale sono remunerati secondo modalità diverse: schemi tariffari negoziati (assicurazioni private); finanziamenti pro capite (assicurazioni private) e quote prestabilite (programmi assicurativi pubblici). I medici possono ricevere anche incentivi fiscali (sia in programmi assicurativi privati che pubblici) basati sulla qualità delle cure erogate e sulla performance. I cittadini possono contribuire al pagamento delle visite specialistiche o generiche (compartecipazione alla spesa) sia al momento dell'erogazione della prestazione che successivamente, attraverso procedure di rimborso da espletare con la compagnia assicuratrice.

Gli ospedali sono rimborsati attraverso diversi meccanismi: *fee-for-service* (FFS), *per diem*, *per caso* e *bundle payment*. I medici possono essere inquadrati e retribuiti come dipendenti dell'ospedale, oppure su base *fee-for-service*.



La quota di compartecipazione alla spesa pagata dal cittadino nei piani assicurativi privati può variare notevolmente. Può essere richiesta per visite mediche, servizi ospedalieri e prescrizione di farmaci. *Medicare* prevede la franchigia per ospedalizzazioni e prestazioni ambulatoriali e la compartecipazione alla spesa per visite mediche e altri servizi, mentre *Medicaid* richiede una minima quota di compartecipazione alla spesa. Diversi assicuratori pubblici e privati negano la possibilità al provider di chiedere tariffe di compartecipazione alla spesa più alte di quelle previste nei piani assicurativi privati. La spesa *out of pocket* in USA rappresenta l'11% di tutta la spesa sanitaria (1034\$ pro capite), nonostante i tetti stabiliti in ogni piano assicurativo dall'*Affordable Care Act*.

La spesa sanitaria annuale per persona, negli Stati Uniti, è la più alta a livello mondiale (9364\$ nel 2014). Per cercare di contenere i costi, il terzo pagante ovvero le compagnie assicurative, hanno cercato di selezionare i provider con cui erogare servizi, migliorando le negoziazioni e i controlli sulla spesa, nonché implementando piani sanitari (*managed care*) basandosi sull'efficienza e sul valore del servizio. L'implementazione dell'uso di farmaci generici ha portato alla diminuzione della spesa farmaceutica. Anche per i programmi pubblici si è cercato di finanziare servizi assistenziali efficienti e di buona qualità, ad esempio attraverso l'utilizzo di *bundle payment* o *global budget*, con lo scopo di incentivare integrazione e coordinamento tra i diversi provider.

## Andamento della Spesa Sanitaria negli Stati Uniti

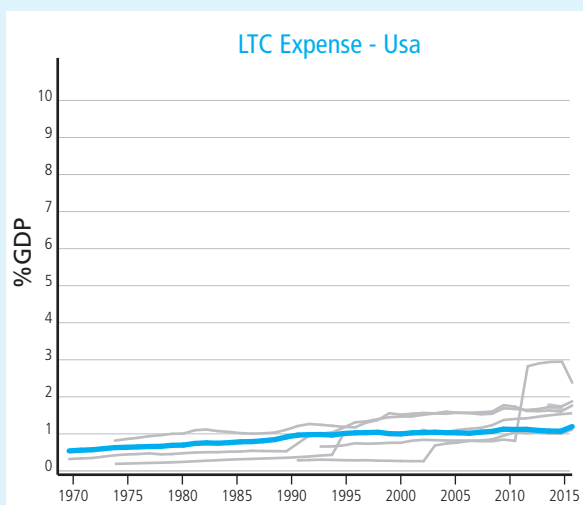
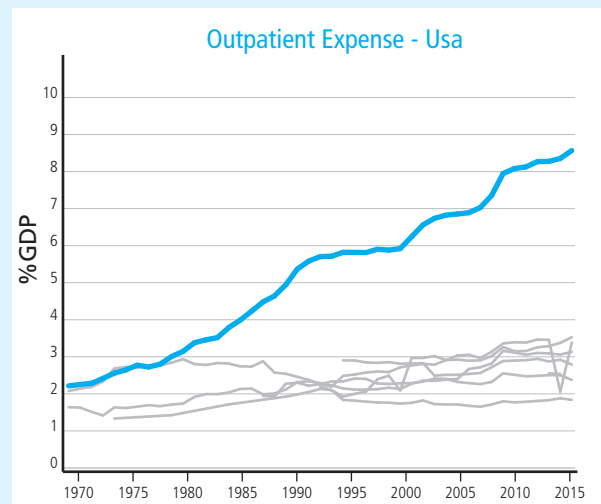
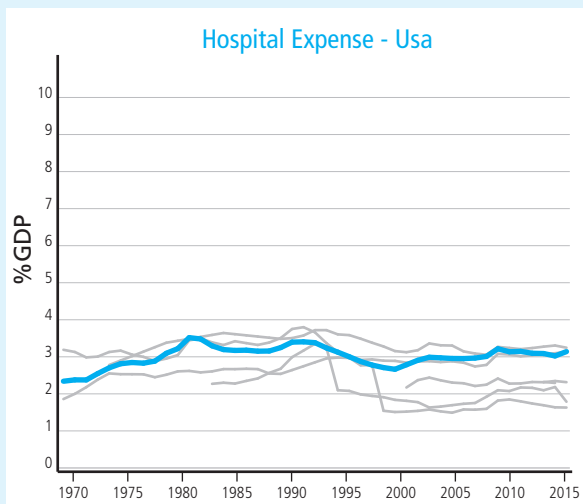
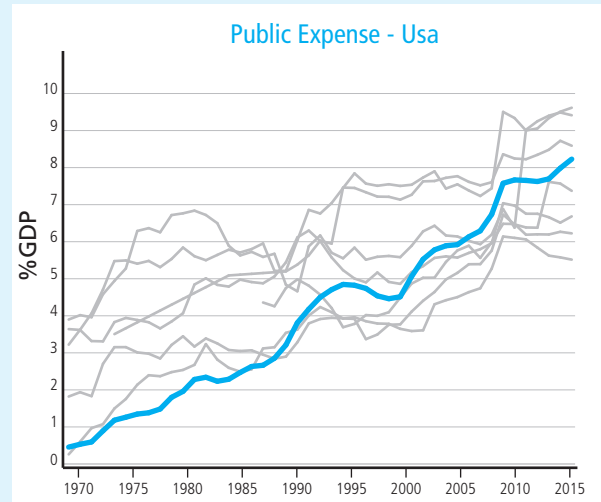
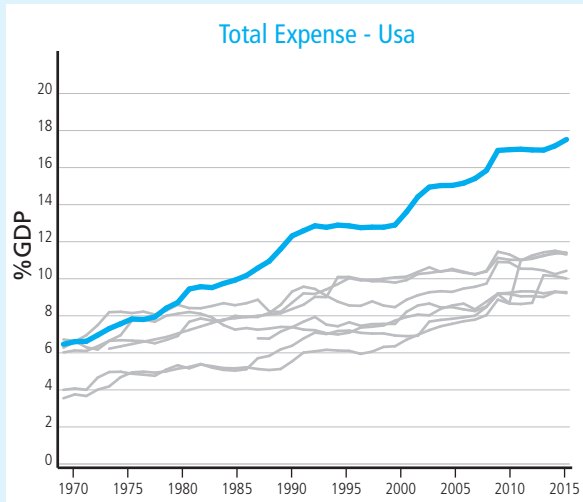
È stata realizzata un'analisi di trend storica (1971-2015) delle principali voci di spesa sanitaria in USA e un'analisi di trend previsionale, fino al 2030, sugli stessi indicatori. Tali indicatori sono: spesa sanitaria totale in percentuale di PIL, spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL, spesa ospedaliera in percentuale di PIL, spesa ambulatoriale in percentuale di PIL, spesa per LTC (Long Term Care) in percentuale di PIL.

Per ogni trend (retrospettivo e previsionale) è stata svolta un'analisi comparativa con gli altri Stati, oggetto della presente tesi, così come riportato dai grafici illustrati in seguito.

È stata in seguito svolta un'analisi di correlazione tra spesa sanitaria totale e stato di salute percepito dalla popolazione con età maggiore a 65 anni. Inoltre, l'analisi di correlazione è stata svolta anche tra la spesa sanitaria totale e il PIL statunitense, la spesa sanitaria totale e la spesa ambulatoriale.

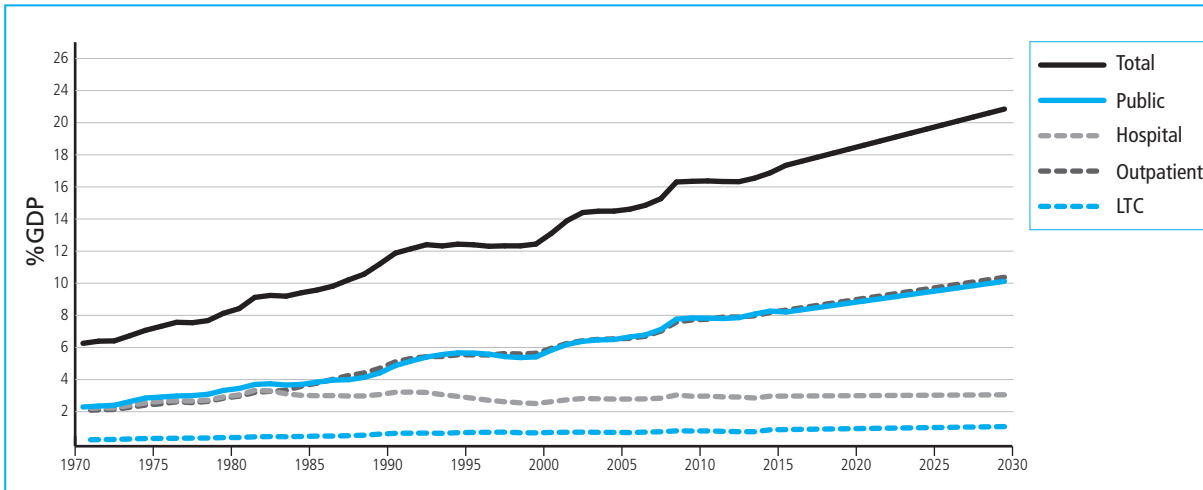
In USA la spesa sanitaria totale in percentuale del PIL è cresciuta costantemente dal 1971 al 2015, anche se in maniera meno accentuata rispetto agli altri Paesi OCSE analizzati. Invece, la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL ha subito una crescita nettamente maggiore, in particolare negli ultimi 10 anni in cui, per volontà del Governo Federale, l'indicatore ha raggiunto un valore simile a quello di altri Paesi OCSE. La spesa ospedaliera in percentuale del PIL, in accordo con quanto osservato nella maggior parte dei Paesi OCSE analizzati, ha subito un forte decremento in USA, in particolare dalla fine dello scorso millennio. Situazione opposta è quella che si è verificata per la spesa ambulatoriale in percentuale di PIL e spesa per LTC in percentuale di PIL, le quali sono cresciute costantemente dal 1971 al 2015 (Figura 21). →

FIGURA 21 - ANDAMENTO DEGLI INDICATORI ANALIZZATI IN PERCENTUALE DI PIL DAL 1970 AL 2015 NEGLI STATI UNITI.



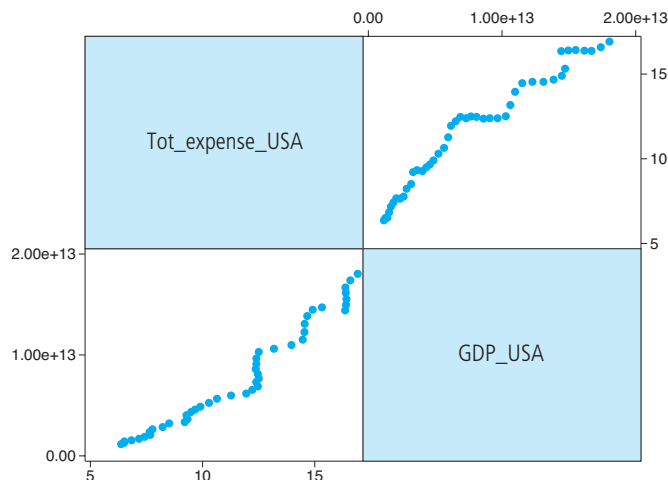
L'analisi previsionale mostra che nei prossimi 15 anni sia la spesa sanitaria totale in percentuale di PIL sia la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL cresceranno costantemente e in modo deciso. Tra le varie voci, la spesa ambulatoriale in percentuale di PIL crescerà ad un ritmo sostenuto, fin quasi a raggiungere valori del 50% maggiori nel 2030 rispetto ai livelli attuali. La spesa ospedaliera, invece, subirà un costante calo nei prossimi anni. Infine, la spesa per LTC in percentuale di PIL manterrà un trend costante senza evidenziare crescite, a differenza di quanto osservabile negli altri Paesi oggetto d'indagine (Figura 22).

**FIGURA 22. ANALISI PREVISIONALE DEGLI INDICATORI UTILIZZATI FINO AL 2030 NEGLI USA.**



Per quanto riguarda l'analisi di correlazione, la spesa sanitaria totale correla, direttamente e in maniera statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), con il PIL in USA ( $r = 0,9771$ ) (Figura 23). Considerando solamente gli anni post-crisi economica (2009-2015) la correlazione è ugualmente presente a causa della crescita del PIL che ha interessato gli USA in maniera importante, seppure solo nella seconda parte del periodo preso in esame, e di un incremento della spesa sanitaria totale.

**FIGURA 23. ANALISI DI CORRELAZIONE TRA LA SPESA SANITARIA TOTALE E IL PIL NEGLI USA ( $R = 0,9771$ ).**



L'analisi statistica ha evidenziato correlazione ( $r=0.93$ ) statisticamente significativa ( $p<0,05$ ) tra la spesa sanitaria totale in percentuale di PIL e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana over 65.

La spesa sanitaria totale in percentuale di PIL, inoltre, risulta in correlazione diretta e statisticamente significativa ( $p<0,05$ ) con la spesa ospedaliera in percentuale di PIL in USA ( $r=0.33$ ). Infatti, come evidenziato dal valore positivo del coefficiente di correlazione, la spesa ospedaliera, che solo negli ultimi anni ha subito una lieve contrazione, ha seguito, nell'arco dei 45 anni di osservazione, la stessa direzione della spesa sanitaria totale in percentuale di PIL. Quest'ultima, infatti, è cresciuta in maniera costante e decisa dal 1970 al 2015. È stata evidenziata un'ampia correlazione diretta tra la spesa sanitaria totale e la spesa ambulatoriale in USA ( $r=0.99$ ). Anche la spesa sanitaria totale ha evidenziato una correlazione diretta, statisticamente significativa ( $p<0,05$ ), con la spesa per LTC in USA ( $r=0.97$ ).

## Commento Key Opinion Leader

David Stuckler

**I**l sistema sanitario degli Stati Uniti di America sta vivendo un periodo di costante cambiamento. Recentemente, ci sono stati svariati tentativi da parte della maggioranza parlamentare repubblicana di cambiare radicalmente il "US Affordable Care Act", noto come ObamaCare, che, se approvati, potrebbero togliere l'accesso a servizi sanitari di base a più di 22 milioni di Americani, secondo le stime del "Congressional Budget Office".

La proposta è stata naturalmente aversata da parte dell'Associazione Americana di Sanità Pubblica e da tutte le associazioni di professionisti medici e operanti nel sistema salute, in quanto tale cambiamento potrebbe violare la garanzia deontologica di fornire le cure ai pazienti. Inoltre, la proposta corrente potrebbe favorire un taglio orizzontale ai fondi di welfare destinati alle malattie croniche per un importo pari a circa 222 milioni di \$, al programma di prevenzione del CDC - Center of Disease and Control di circa 136 milioni di \$, al programma nazionale di prevenzione dell'HIV/AIDS di 186 milioni di \$. Questo comporterebbe nel lungo termine il declino del finanziamento alla ricerca in salute.

È pertanto davvero arduo provare a immaginare cosa accadrà nel futuro prossimo. Il Presidente Trump ha esplicitato chiaramente la sua proposta di affossare il "Affordable Care Act" a tutti i costi, rappresentando in dettaglio e quotidianamente la sua proposta di riforma (definite come il Più grande Piano Sanitario Globale del 2017), e finora eludendo passaggi parlamentari previ e quindi il dibattito in merito alla stima delle conseguenze economiche e in termini di salute di questi tagli.

Ci è chiaro che tali riforme porteranno nel lungo termine ad un aumento dei costi complessivi del sistema e ad un aumento dell'inefficienza e inefficacia della cultura organizzativa sanitaria statunitense. Ad ogni modo ci saranno sicuramente frequenti dibattiti e riforme. Quanto possiamo comunque dichiarare è che finora l'"Affordable Care Act" ha dato la possibilità di ottenere cure e di una garanzia, seppure fiavole, di tutela del diritto alla salute e di benessere anche economico per i gruppi di persone più vulnerabili negli Stati Uniti.

**David Stuckler** ha lavorato come ricercatore per l'università di Oxford, per la London School of Hygiene and Tropical Medicine, per la Chatham House. Ha insegnato alle università di Harvard, Yale, Cambridge e Oxford. Autore di numerosi articoli scientifici sugli aspetti economici della salute mondiale è attualmente Docente Ordinario presso il Dipartimento di Analisi delle Politiche e Management Pubblico della Università Bocconi. (Dondena Research Centre).

È ritenuto a pieno titolo uno dei più validi ricercatori a livello internazionale in tema di sistemi sanitari, disuguaglianze in salute, effetti della crisi sui sistemi sanitari e sulla salute delle popolazioni.





# il Sistema Sanitario in Svezia

**Copertura:  
sistema sanitario pubblico e/o privato**

100% della popolazione

**Ruolo del governo**

Sistema sanitario nazionale regolamentazione, supervisione e qualche finanziamento da parte del governo nazionale responsabilità per la maggior parte dei finanziamenti e degli acquisti / forniture trasferiti ai consigli di contea

**Sistema di finanziamento**

Ricavi generici generalmente generati dai consigli di contea alcune entrate fiscali nazionali

**Ruolo delle assicurazioni private**

~ 10% di tutte le persone occupate dai 15 ai 74 anni riceve una copertura supplementare da parte dei datori di lavoro per un accesso più rapido agli specialisti e il trattamento elettivo

**Modalità di remunerazione dei provider**

1. DRG
2. FFS
3. P4P
4. Dipendenti SSN

**Accesso del paziente alle cure**

Libero presso Provider Pubblici

**Tetto sulla condivisione dei costi**

Si 123\$ per i servizi sanitari e 246\$ per farmaci

**"Pacchetti di salute"  
(prestazioni e servizi offerti ai pazienti)**

Si

**Esenzioni e protezione  
per i cittadini a basso reddito**

Si, esenzioni di ripartizione dei costi per bambini, adolescenti, donne in gravidanza e anziani

**Tipo di provider: Cure Primarie**

Misto:  
· Pubblico (~40%)  
· Privato (~60%)

**Pagamento delle Cure Primarie**

Misto:  
· Pro-capite (~80%)  
· FFS/F4P (~20%)

**Tipo di provider: Ospedale**

Quasi tutti pubblici, alcuni privati for profit altri for profit

**Pagamento degli Ospedali**

- Budget Globale (~66% del totale)
- DRG
- F4P

## Caratteristiche del Sistema Sanitario in Svezia

Secondo la classificazione fornita da Bohm e colleghi (24), il Sistema Sanitario svedese rappresenta un modello di Sistema Sanitario Nazionale dove le tre funzioni di un sistema sanitario (Regolazione, Finanziamento ed Erogazione dei servizi) fanno capo allo Stato. Infatti, il Sistema Sanitario svedese si può considerare come un sistema basato sulla responsabilità sociale, finanziato dalla tassazione generale e ampiamente decentralizzato. A tal proposito, si possono riconoscere tre livelli di governance (nazionale, regionale e locale). A livello nazionale, il Ministro della Salute e degli Affari Sociali è responsabile della salute in generale e delle politiche sanitarie, e lavora di concerto con 8 agenzie nazionali. A livello regionale, il finanziamento e l'erogazione dell'assistenza sanitaria in generale è affidata a 12 Autorità Sanitarie Provinciali e 9 Regionali. A livello locale, 290 municipalità intervengono per erogare assistenza agli anziani e ai disabili. Tra i livelli provinciale/regionale e municipale non esiste alcuna gerarchia e le diverse autorità sono raggruppate dall'Associazione Svedese delle Autorità Locali e Regionali (SALAR) che mira a promuovere e rafforzare l'autogoverno locale e a dare alle autorità locali l'assistenza di esperti.

Il Sistema Sanitario svedese si fonda su tre principi:

- Dignità umana: tutti gli esseri umani hanno la stessa dignità e gli stessi diritti;
- Bisogno e solidarietà: coloro che hanno più bisogno hanno la precedenza nell'essere trattati;
- Costo-efficacia: principio di equilibrio tra costo e beneficio del trattamento sanitario, misurando i costi in relazione al miglioramento della salute e della qualità di vita.

### Overview e governance

Il *Health and Medical Service Act* (1982) stabilisce le responsabilità di Autorità Provinciali/Regionali e Municipali nell'erogazione dell'assistenza e nell'accesso a Servizi Sanitari di qualità per tutti coloro che vivono in Svezia. Le Autorità Provinciali/Regionali sono responsabili del finanziamento e dell'erogazione dei servizi sanitari, mentre le Autorità Municipali sono deputate all'assistenza socio-sanitaria di anziani e disabili. Le Autorità Provinciali/Regionali hanno anche il compito di stabilire le tariffe delle prestazioni erogabili all'interno dell'assistenza primaria, indipendentemente se il provider è pubblico o privato (la competizione tra provider pubblico e privato, pertanto, sussiste solo nella registrazione dei pazienti). Inoltre, le suddette autorità poiché rappresentano gli enti deputati a finanziare sia servizi erogabili presso provider pubblici che privati, rappresentano gli unici in grado di accreditare tutti i provider, stabilendo orari di apertura e le competenze minime che devono essere presenti nei vari centri di salute.

Il governo centrale è responsabile della salute della popolazione, pertanto, ha il compito di legiferare in tal senso e di garantire la salute pubblica. Nella sua azione di governance, viene coadiuvato da 8 agenzie: (1) Il Comitato Nazionale della Salute e del Welfare, che ha il compito di supervisionare tutto il personale sanitario, disseminare informazioni, sviluppare norme e standard sanitari e fare in modo che tali norme siano applicate e gli standard rispettati. Tale Organo, inoltre, si occupa della realizzazione dei registri sanitari e delle statistiche ufficiali; (2) L'Agenzia Svedese per l'eHealth, recentemente istituita, che ha il compito di facilitare il coinvolgimento dei cittadini

e di fornire supporto sia agli operatori sanitari che ai *decision-maker*. Tra le sue responsabilità si riconoscono l'archiviazione di tutte le ricette elettroniche emesse in Svezia, la realizzazione di statistiche riguardanti i farmaci e le relative vendite; (3) L'Ispettorato per l'Assistenza Sanitaria e Socio-sanitaria, che ha il compito di regolare l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria e il supporto degli individui con disabilità; (4) L'Agenzia Svedese per l'Analisi Sanitaria, incaricata ad analizzare le policy, ma anche l'accessibilità e la disponibilità di informazioni sanitarie a pazienti e cittadini; (5) L'Agenzia di Sanità Pubblica, che ha il compito sia di produrre evidenza scientifica, da destinare ai vari enti, riguardante sia la salute pubblica che la sanità in generale come l'Health Technology Assessment; (6) Il Consiglio Svedese per la Valutazione delle Tecnologie Sanitarie ha il compito di effettuare le valutazioni (ed eventuali revisioni) sui nuovi trattamenti sanitari analizzandoli dal punto di vista medico, economico, etico e sociale; (7) L'Agenzia per i Benefici Farmaceutici e Dentali, ha il compito di determinare se un prodotto farmaceutico o una procedura odontoiatrica possono essere finanziati dallo Stato; (8) L'Agenzia per i Prodotti Medicali responsabile della regolazione e del controllo dello sviluppo, della produzione e della commercializzazione di farmaci e altri prodotti medicali.

La copertura è universale e automatica e riguarda tutti i residenti legalmente nel territorio svedese. Le cure per le urgenze sono fornite anche ai cittadini UE e a cittadini di altri Paesi con cui la Svezia ha accordi bilaterali. I bambini, figli di migranti richiedenti asilo o senza documenti, hanno il diritto di ricevere assistenza sanitaria, mentre gli adulti possono ricevere solo assistenza che non può essere differita.

## Offerta dei servizi

Il Sistema Sanitario Svedese non prevede pacchetti assistenziali, ma copre i servizi di salute pubblica e medicina preventiva, l'assistenza primaria, l'assistenza specialistica ospedaliera ed extra ospedaliera, le cure in emergenza, la prescrizione di farmaci (sia all'interno che all'esterno di strutture ospedaliere), i servizi di salute mentale, i trattamenti riabilitativi, i servizi di supporto alla disabilità e al trasporto dei pazienti, l'assistenza domiciliare e a lungo-termine (incluso l'assistenza in strutture residenziali e hospice), l'assistenza odontoiatrica e optometrica per bambini e adolescenti, e parzialmente l'assistenza odontoiatrica per gli adulti. Come già detto, il finanziamento, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sopra citati sono di pertinenza delle autorità locali e, pertanto, possono variare all'interno del Paese.

L'assistenza primaria, che rappresenta il 20% di tutta la spesa sanitaria, rappresenta di solito il primo punto di contatto tra cittadini e sistema sanitario, anche se non ha formalmente il ruolo di gatekeeping. Gli ambulatori di cure primarie sono solitamente costituiti da medici di medicina generale, infermieri, ostetriche, fisioterapisti, psicologi e ginecologi. I cittadini possono scegliere se registrarsi ad un centro di assistenza primaria (dove di solito vi lavorano 4 medici di medicina generale) o da un solo medico. Inoltre, possono scegliere se registrarsi da provider pubblici o privati (40% di tutti i centri di cure primarie).

L'assistenza specialistica, di contro, viene erogata sia negli ospedali universitari che in quelli pubblici e in cliniche private.

Le attività di guardia all'interno di setting assistenziali di primo livello vengono erogati da provider di assistenza primaria in accordo con le condizioni stabilite durante l'accreditamento presso le Autorità Sanitarie Provinciali/Regionali. Le cure emergenziali vengono invece erogate, h24, dagli ospedali universitari e pubblici.

L'assistenza ad elevata specializzazione è concentrata presso gli ospedali universitari. Con l'ottica di garantire un'assistenza sanitaria avanzata e facilitare la cooperazione, le diverse Autorità Provinciali/Regionali sono organizzate in 6 regioni sanitarie.

In un'ottica di integrazione, l'assistenza a lungo termine per anziani e disabili viene finanziata e organizzata dalle Municipalità, anche se i servizi propriamente sanitari sono di pertinenza delle Autorità Provinciali/Regionali. Inoltre, anche le cure palliative sono di pertinenza sia delle Municipalità che delle Autorità Provinciali/Regionali (a seconda dei servizi erogati) e, pertanto, la qualità dei servizi può variare sia tra province/regioni che all'interno delle stesse. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare e in strutture residenziali, i provider possono essere sia pubblici che privati. Lo Stato incoraggia l'assistenza presso il domicilio piuttosto che l'istituzionalizzazione, mentre le municipalità sono deputate a rimborsare o ad assumere i caregiver informali.

Per quanto riguarda l'assistenza odontoiatrica, i giovani fino a 20 anni possono accedervi gratuitamente, mentre gli adulti, a seconda dell'età o del servizio richiesto, possono accedervi in compartecipazione della spesa o pagando l'intero costo della prestazione.

## Modalità di finanziamento

Più dell'80% della spesa sanitaria è finanziato con fondi pubblici, e di questa più della metà (57%) è relativa alle Autorità Provinciali/Regionali, il 25% alle Municipalità, mentre il 2% è del Governo Centrale (26). La riscossione dei proventi da parte di municipalità e Autorità Provinciali/Regionali avviene tramite tasse proporzionali al reddito dei propri cittadini. Nel 2015 il 69% dei proventi riscossi delle Autorità Provinciali/Regionali derivava da tasse locali, mentre il 17% da sussidi e finanziamenti nazionali a loro volta derivanti dalla riscossione di tasse dirette e indirette. I finanziamenti del Governo Centrale possono essere di due tipi, generali o specifici per finanziare particolari iniziative. Nel 2014, la spesa sanitaria ha rappresentato circa l'11,7% del PIL del Paese. Nello stesso anno la spesa pro capite è stata di 5,306\$; la spesa *Out of Pocket* pro capite 787\$, la spesa sui prodotti farmaceutici 489\$ (26).

Meno dell'1% della spesa sanitaria del Paese proviene da assicurazioni private sotto forma di coperture sanitarie aggiuntive. Di solito sono acquistate per avere un rapido accesso ai trattamenti ed evitare liste di attese per i trattamenti elettivi. Nel 2016, più di 600 mila svedesi (oltre il 10% dei lavoratori di età compresa tra 15 e 74 anni) hanno istituito una polizza sanitaria privata.

Nel 2014 circa il 16% di tutte le spese sanitarie erano private, e di questi il 97% erano rappresentate da spese *out of pocket* principalmente destinate all'acquisto di farmaci.

Sono le autorità locali/regionali che stabiliscono con i provider pubblici e privati le tariffe delle prestazioni, ma sono anche responsabili della determinazione delle tariffe relative alla compartecipazione della spesa. Sebbene esistano dei tetti stabiliti a livello centrale e relativi alla compartecipazione della spesa da parte del cittadino, il fatto che le tariffe siano stabilite a livello locale porta una disomogeneità in tutto il Paese.

Poiché il Sistema svedese è un sistema basato sulla responsabilità sociale e sull'equità, tutti i gruppi sociali hanno diritto agli stessi benefici, pertanto, il tetto sulla spesa *out-of pocket* viene applicato a tutti senza distinzione di reddito. Di contro, bambini, adolescenti, anziani e donne incinte sono esenti dal pagamento per alcuni servizi.

Per quanto riguarda il rimborso degli ospedali vengono applicati sia dei finanziamenti global-budget (>60%), che basati su DRG (30%), o basati sulla performance (<5%).

Nell'assistenza primaria i provider sono rimborsati da una combinazione di finanziamento pro capite (circa 80%), a tariffa (*fee-for-service*; 17%-18%), o sulla base della performance (2%-3%) nell'ottica di raggiungere obiettivi di qualità (miglioramento della soddisfazione dei pazienti, aderenza alle linee guida, adesione ai registri nazionali sulle malattie ecc.).

Anche per i servizi di assistenza a lungo-termine, i cittadini sono obbligati alla compartecipazione della spesa insieme alle municipalità.

## Andamento della Spesa Sanitaria in Svezia

È stata realizzata un'analisi di trend storica (1971-2015) delle principali voci di spesa sanitaria in Svezia e un'analisi di trend previsionale, fino al 2030, sugli stessi indicatori. Tali indicatori sono: spesa sanitaria totale in percentuale di PIL, spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL, spesa ospedaliera in percentuale di PIL, spesa ambulatoriale in percentuale di PIL, spesa per LTC (Long Term Care) in percentuale di PIL.

Per ogni trend (retrospettivo e previsionale) è stata svolta un'analisi comparativa con gli altri Stati, oggetto della presente tesi, così come riportato dai grafici illustrati in seguito.

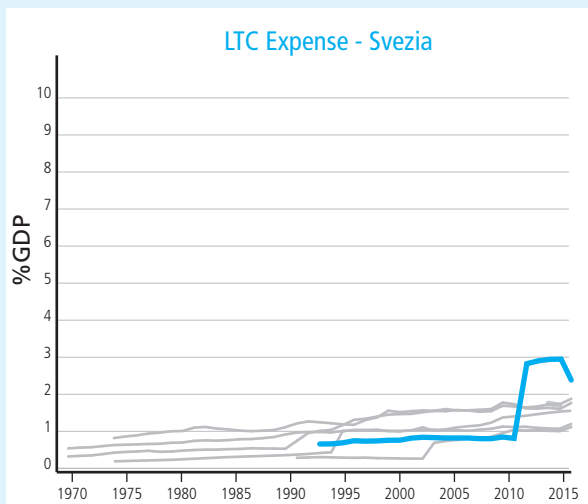
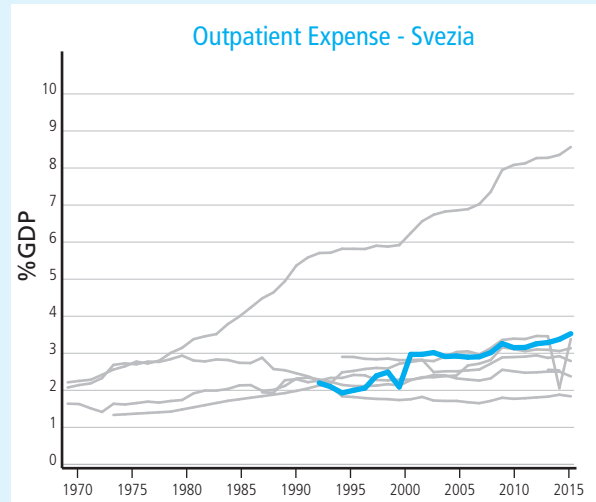
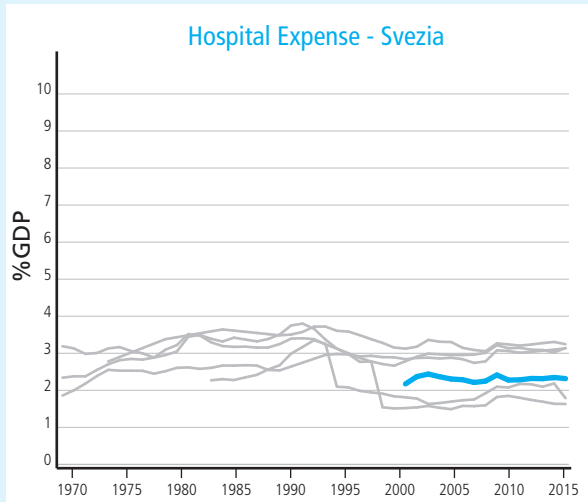
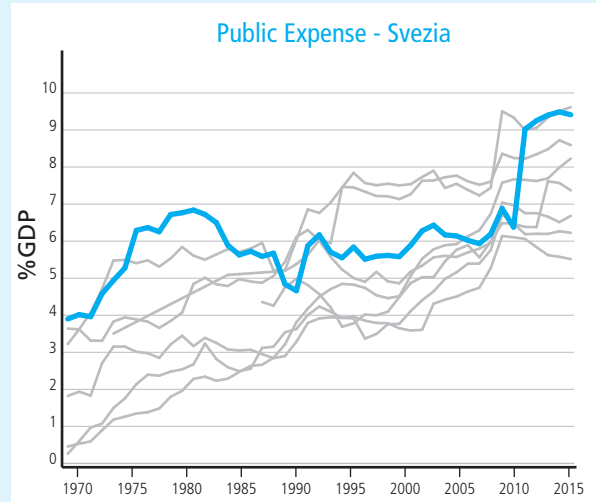
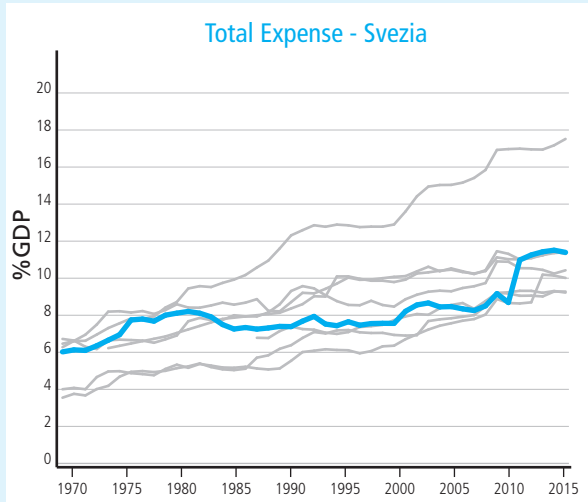
È stata in seguito svolta un'analisi di correlazione tra spesa sanitaria totale e stato di salute percepito dalla popolazione con età maggiore a 65 anni. Inoltre, l'analisi di correlazione è stata svolta anche tra la spesa sanitaria totale e il PIL svedese, la spesa sanitaria totale e la spesa ambulatoriale.

In Svezia la spesa sanitaria totale in percentuale del PIL è rimasta costante dal 1971 fin quasi al 2010, eccezion fatta per brevi crescite; dopodiché ha fatto registrare una crescita importante e costantemente fino al 2015. La spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL, invece, ha subito una crescita costante nel periodo considerato, mantenendosi sempre a livelli superiori rispetto alla media dei Paesi OCSE considerati, e facendo registrare, anche in questo caso, una crescita in-



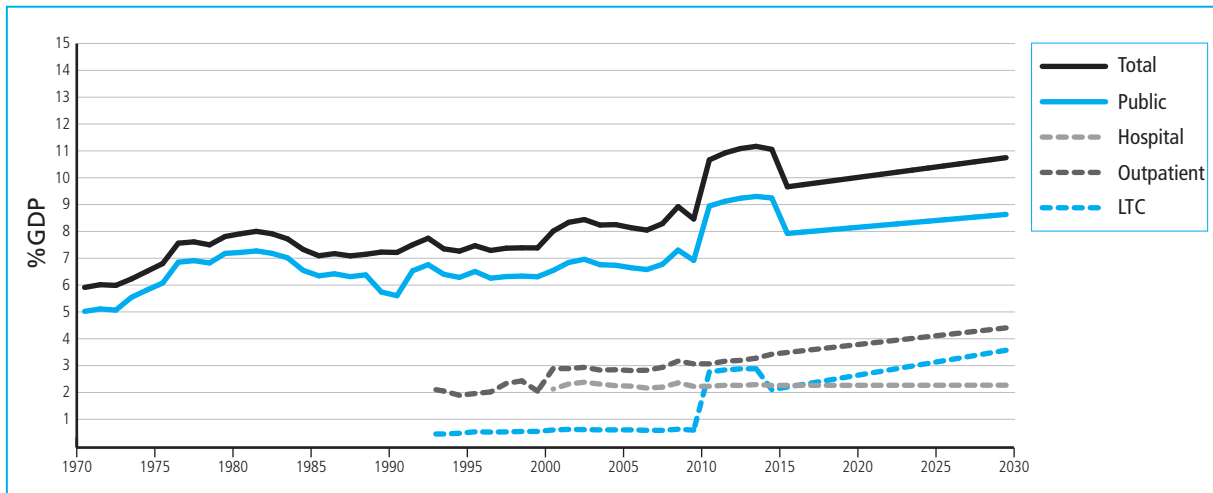


FIGURA 24 - ANDAMENTO DEGLI INDICATORI ANALIZZATI IN PERCENTUALE DI PIL DAL 1970 AL 2015 IN SVEZIA.



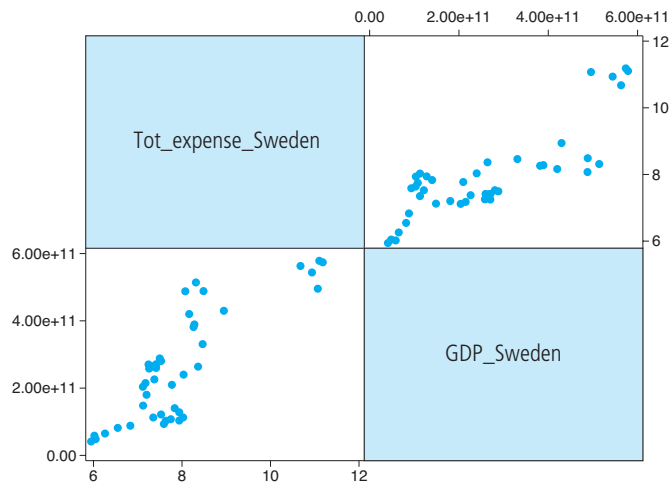
L'analisi previsionale mostra che nei prossimi 15 anni sia la spesa sanitaria totale in percentuale di PIL sia la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL cresceranno costantemente. Tra le varie voci, la spesa per LTC in percentuale di PIL crescerà in maniera preponderante, rispetto ai livelli attuali nel 2030, fin quasi a raddoppiare (figura 25).

FIGURA 25. ANALISI PREVISIONALE DEGLI INDICATORI UTILIZZATI FINO AL 2030 IN SVEZIA.



Per quanto riguarda l'analisi di correlazione, la spesa sanitaria totale correla, direttamente e in maniera statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), con il PIL in Svezia ( $r = 0.8228$ ) (Figura 26). Considerando solamente gli anni post-crisi economica (2009-2015), la correlazione è ugualmente presente ( $r = 0.7609$ ), anche se lievemente diminuita, a causa della crescita del PIL che ha interessato il Paese scandinavo, anche negli anni della crisi economica globale, e di un incremento importante della spesa sanitaria totale negli stessi anni, a differenza di quanto osservato per molti altri Paesi OCSE.

FIGURA 26. ANALISI DI CORRELAZIONE TRA LA SPESA SANITARIA TOTALE E IL PIL IN SVEZIA ( $R = 0.8228$ ).



L'analisi statistica ha evidenziato una correlazione ( $r=0.80$ ), diretta e statisticamente significativa ( $p<0,05$ ), tra la spesa sanitaria totale in percentuale di PIL e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana (over 65). Pertanto, in Svezia sembrerebbe che i determinanti di salute percepita, almeno per la popolazione più anziana, siano influenzati dalla spesa, pubblica o privata, per la salute. La spesa sanitaria totale in percentuale di PIL, invece, non risulta in correlazione con la spesa ospedaliera in percentuale di PIL in Svezia. Al contrario, è stata evidenziata una correlazione significativa ( $p<0,05$ ) tra spesa sanitaria totale in percentuale di PIL e spesa ambulatoriale in percentuale di PIL ( $r=0.77$ ). La spesa sanitaria totale in percentuale di PIL ha evidenziato una correlazione, diretta e statisticamente significativa ( $p<0,05$ ), con la spesa per LTC in percentuale di PIL ( $r=0.95$ ).

## Commento Key Opinion Leader

John King

**C**osì come per il Canada, la tassazione non risulta essere ad oggi l'unica fonte di supporto finanziario al sistema sanitario svedese e la discussione corrente riguarda proprio dinamiche non sempre finora presenti nel panorama sanitario o mediatico della nazione scandinava.

Alcuni benefici in ambito di outcome di salute si possono continuare ad ottenere in talune province attraverso processi di semplificazioni fiscali, ma ciò non può essere considerato in tutte le province. I servizi sanitari di base saranno comunque parte del patrimonio culturale svedese e la garanzia della

tutela della salute sarà sempre uno degli aspetti più qualificanti dello stato svedese.

Ad ogni modo ci possono essere maggiori problemi nel futuro. Nel sistema sanitario svedese ci saranno sempre più squilibrio tra servizi ottenuti e spesa per l'ottenimento degli stessi. Questo alla lunga provocherà dissidi nella popolazione.

Inoltre, è sempre bene che nel futuro la proporzione tra pubblico e out of pocket assicurazioni private resti coerente con le proporzioni attuali.

**John King** è, attualmente, Strategic Client Advisor presso la Odgers Berndtson's National Health Care Practice. Precedentemente ha ricoperto l'incarico di vice presidente esecutivo e direttore del St. Michael's Hospital. Ha ricoperto diversi ruoli apicali nel sistema sanitario quale vice-ministro associato per i programmi di long term care del ministero della salute dell'Ontario, vice presidente del St. Paul's Hospital Saskatoon e Direttore operativo del Calgary Regional Health Authority. Ha inoltre ricevuto diversi premi tra cui: il "Telfer School of Management Trudeau Medal Award", la nomina a membro onorario a vita del "Canadian College of Health Leaders" ed è stato insignito dell'Ordine della Stella polare dal Re di Svezia.

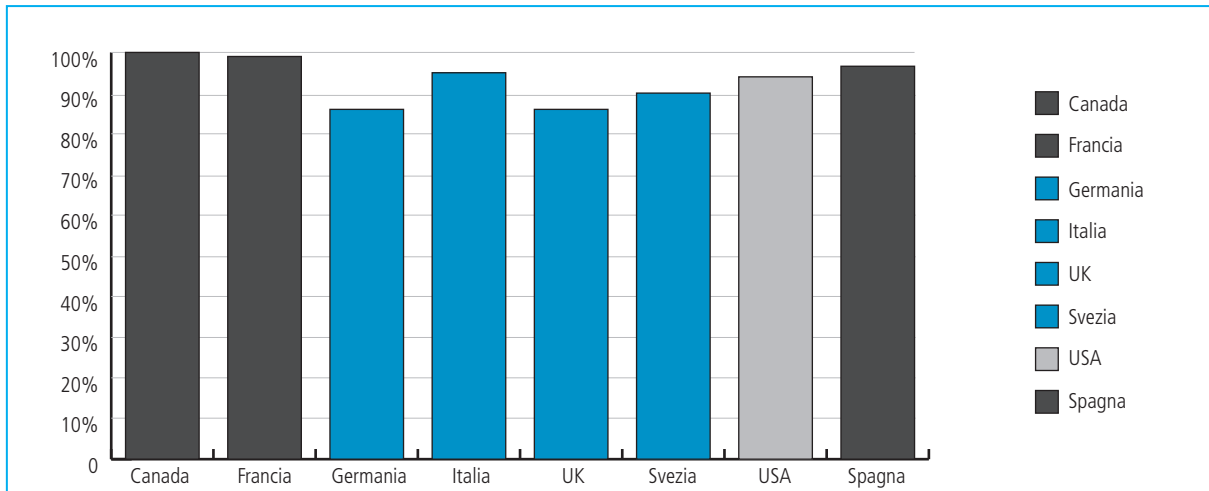




## Schemi comparativi di analisi

## Copertura Sanitaria della Popolazione

**FIGURA 27.** COMPARAZIONE DEGLI INDICATORI DI COPERTURA SANITARIA DELLA POPOLAZIONE, OTTENUTI DALL'ANALISI DI SCOPO.

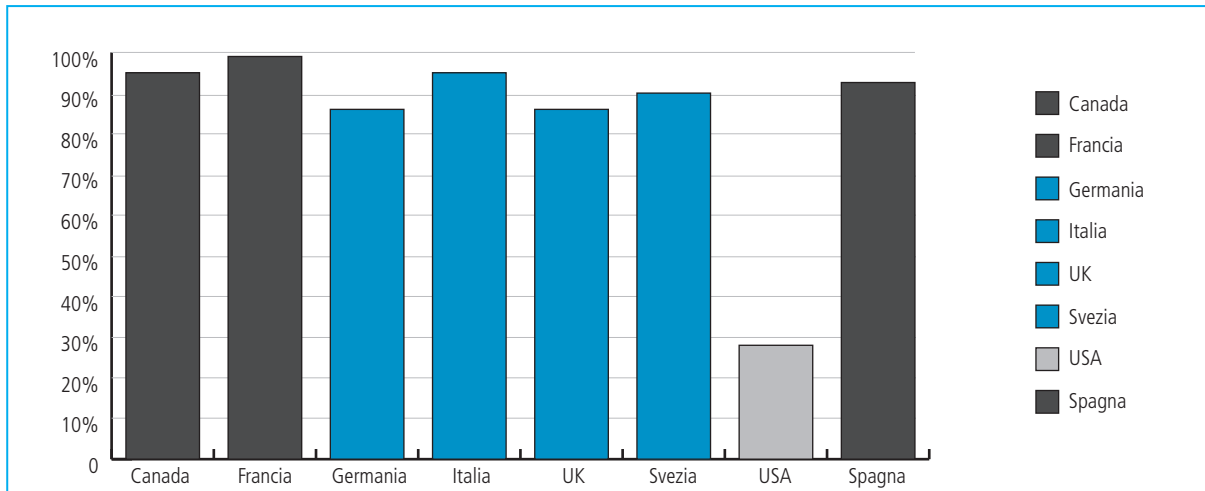


La fig. 27 mostra la copertura sanitaria oggi presente nei Paesi considerati dall'analisi. Per ciascun paese il dettaglio cromatico descrive il differente sistema di finanziamento dei sistemi sanitari. In nero sono descritti i paesi con finanziamento misto (pubblico – privato, la Spagna è considerata tale in relazione alla differente modalità di finanziamento dei sistemi regionali delle Comunità Autonome); in blu i paesi con finanziamento pubblico; in grigio chiaro gli Stati Uniti, sistema sì misto ma a netta prevalenza di finanziamento privato.



## Copertura sanitaria della popolazione da finanziamento pubblico

FIGURA 28. COMPARAZIONE DEGLI INDICATORI DI COPERTURA SANITARIA PUBBLICA DELLA POPOLAZIONE, OTTENUTI DALL'ANALISI DI SCOPO.

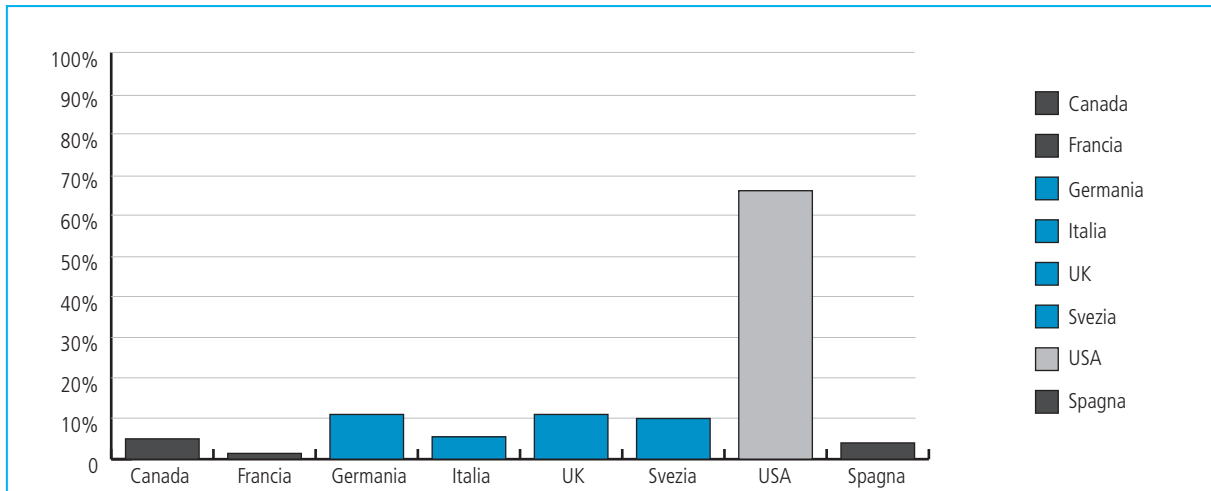


La fig. 28 mostra la copertura sanitaria ascrivibile a finanziamento pubblico (finanziamento e rimborso statale, assicurazioni obbligatorie), oggi presente nei Paesi considerati dall'analisi. Per ciascun Paese il dettaglio cromatico descrive il differente sistema di finanziamento dei sistemi sanitari. In nero sono descritti i Paesi con finanziamento misto <sup>1</sup>(pubblico – privato); in blu i Paesi con finanziamento pubblico; in grigio chiaro gli Stati Uniti, sistema che è sì misto ma ha una netta prevalenza di finanziamento privato.

<sup>1</sup> La Spagna è considerato tale in relazione alla differente modalità di finanziamento dei sistemi regionali delle comunità autonome

## Copertura sanitaria della popolazione da finanziamento privato sostitutivo

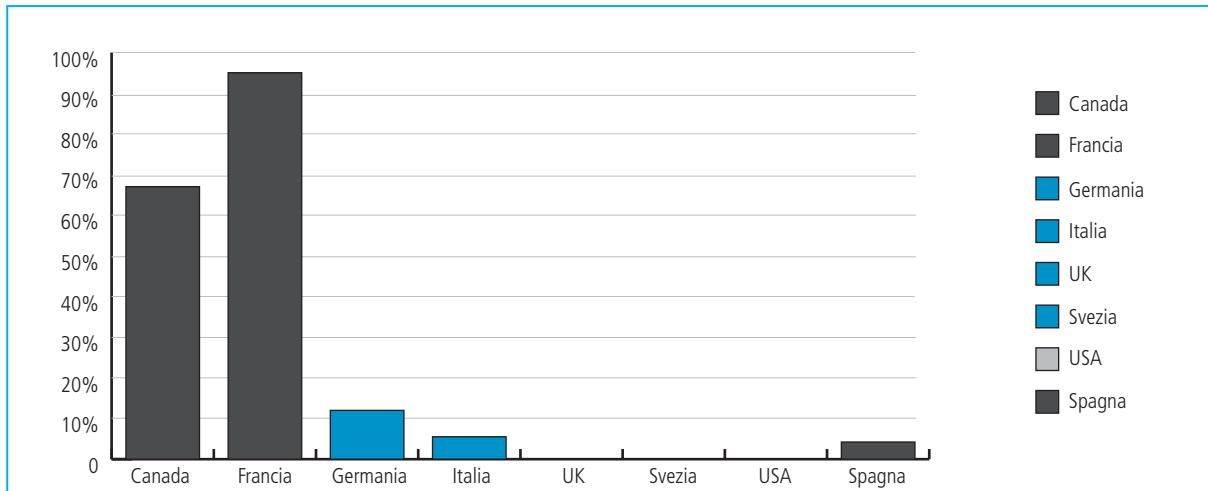
FIGURA 29. COMPARAZIONE DEGLI INDICATORI DI COPERTURA SANITARIA DELLA POPOLAZIONE DA FINANZIAMENTO PRIVATO SOSTITUTIVO, OTTENUTI DALL'ANALISI DI SCOPO.



La fig. 29 mostra la copertura sanitaria ascrivibile a finanziamento privato (out of pocket, assicurazioni private non obbligatorie) oggi presente nei Paesi considerati dall'analisi. Per ciascun Paese il dettaglio cromatico descrive il differente sistema di finanziamento dei Sistemi Sanitari. In nero sono descritti i Paesi con finanziamento misto (pubblico – privato, la Spagna è considerato tale in relazione alla differente modalità di finanziamento dei sistemi regionali delle comunità autonome); in blu i Paesi con finanziamento pubblico; in grigio chiaro gli Stati Uniti, sistema sì misto ma a netta prevalenza di finanziamento privato.

## Copertura sanitaria della popolazione da finanziamento privato integrativo

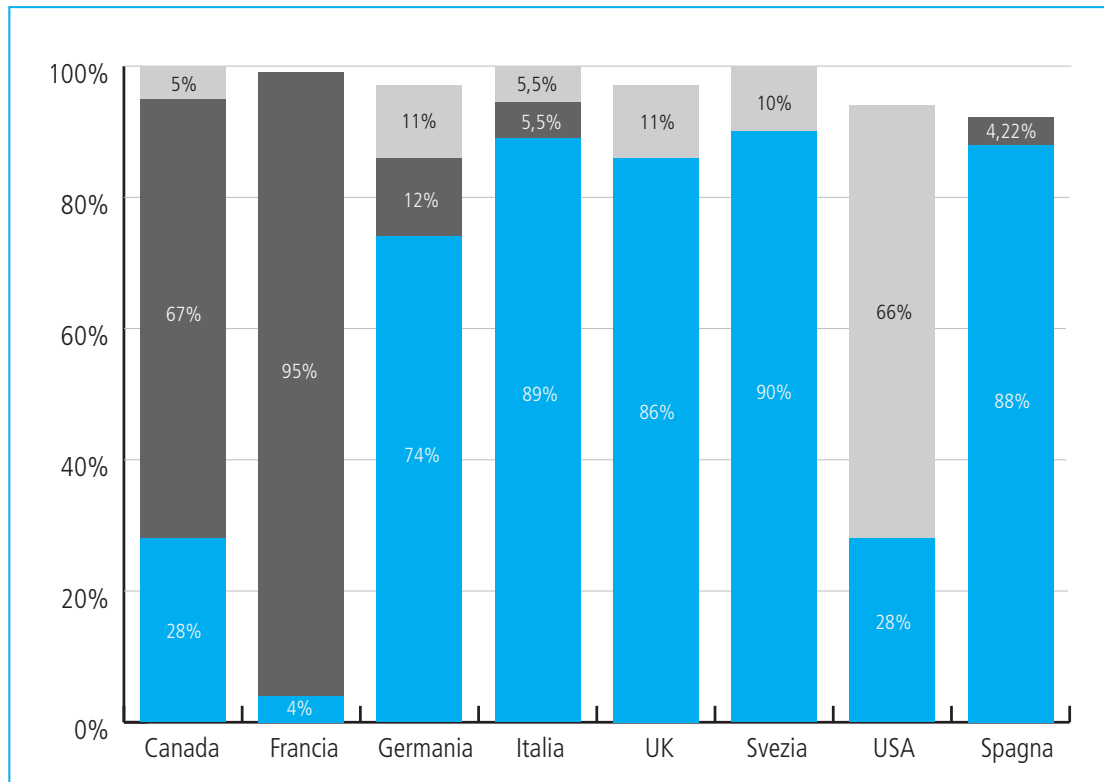
**FIGURA 30.** COMPARAZIONE DEGLI INDICATORI DI COPERTURA SANITARIA DELLA POPOLAZIONE DA FINANZIAMENTO PRIVATO INTEGRATIVO, OTTENUTI DALL'ANALISI DI SCOPO.



La fig. 30 mostra la copertura sanitaria ascrivibile alla quota integrativa (assicurazioni integrative in co-payment, assicurazioni integrative professionali non obbligatorie) oggi presente nei paesi considerati dall'analisi. Per ciascun Paese il dettaglio cromatico descrive il differente sistema di finanziamento dei sistemi sanitari. In nero sono descritti i Paesi con finanziamento misto (pubblico – privato, la Spagna è considerato tale in relazione alla differente modalità di finanziamento dei sistemi regionali delle comunità autonome); in blu i Paesi con finanziamento pubblico; in grigio chiaro gli Stati Uniti, sistema sì misto ma a netta prevalenza di finanziamento privato.

## Distribuzione della quota di finanziamento pubblico/privato integrativo/privato sostitutivo rispetto alla copertura sanitaria generale

FIGURA 31. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI INDICATORI DI COPERTURA SANITARIA DELLA POPOLAZIONE, OTTENUTI DALL'ANALISI DI SCOPO.



La fig. 31 mostra la distribuzione delle differenti quote di finanziamento prima descritte in relazione alla copertura totale, per i Paesi considerati dall'analisi. Per ciascun Paese il dettaglio cromatico descrive la differente quote di finanziamento, ovvero:

- Quota privato puro
- Quota finanziamento integrativo
- Quota pubblica pura



## Analisi trend

FIGURA 32 - ANDAMENTO SPESA SANITARIA COMPLESSIVA



FIGURA 33 - FORECAST SPESA SANITARIA COMPLESSIVA

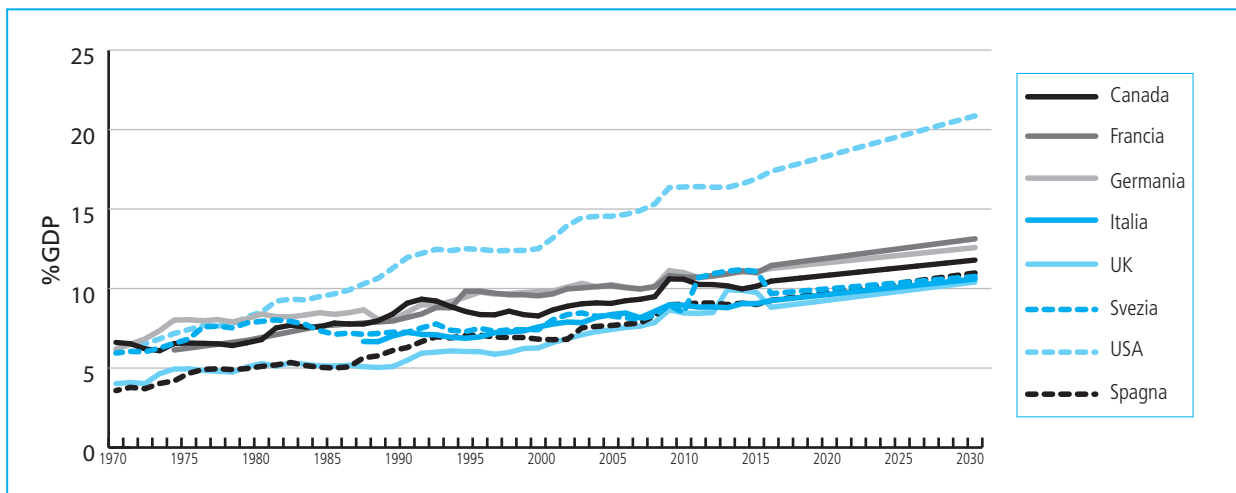




FIGURA 34 - SPESA SANITARIA PUBBLICA



FIGURA 35 - FORECAST SPESA SANITARIA PUBBLICA

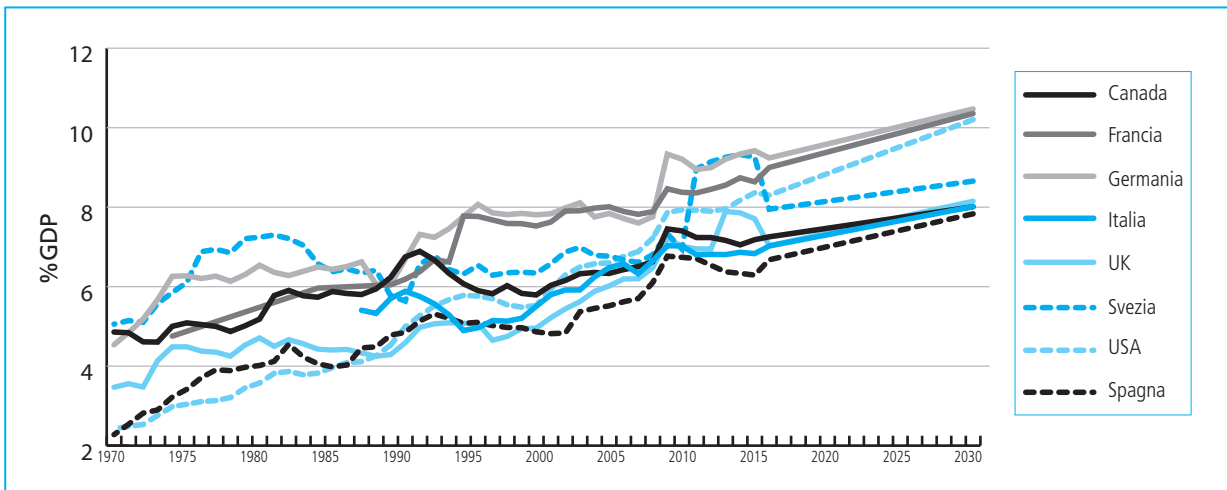


FIGURA 36 - ANDAMENTO SPESA OSPEDALIERA

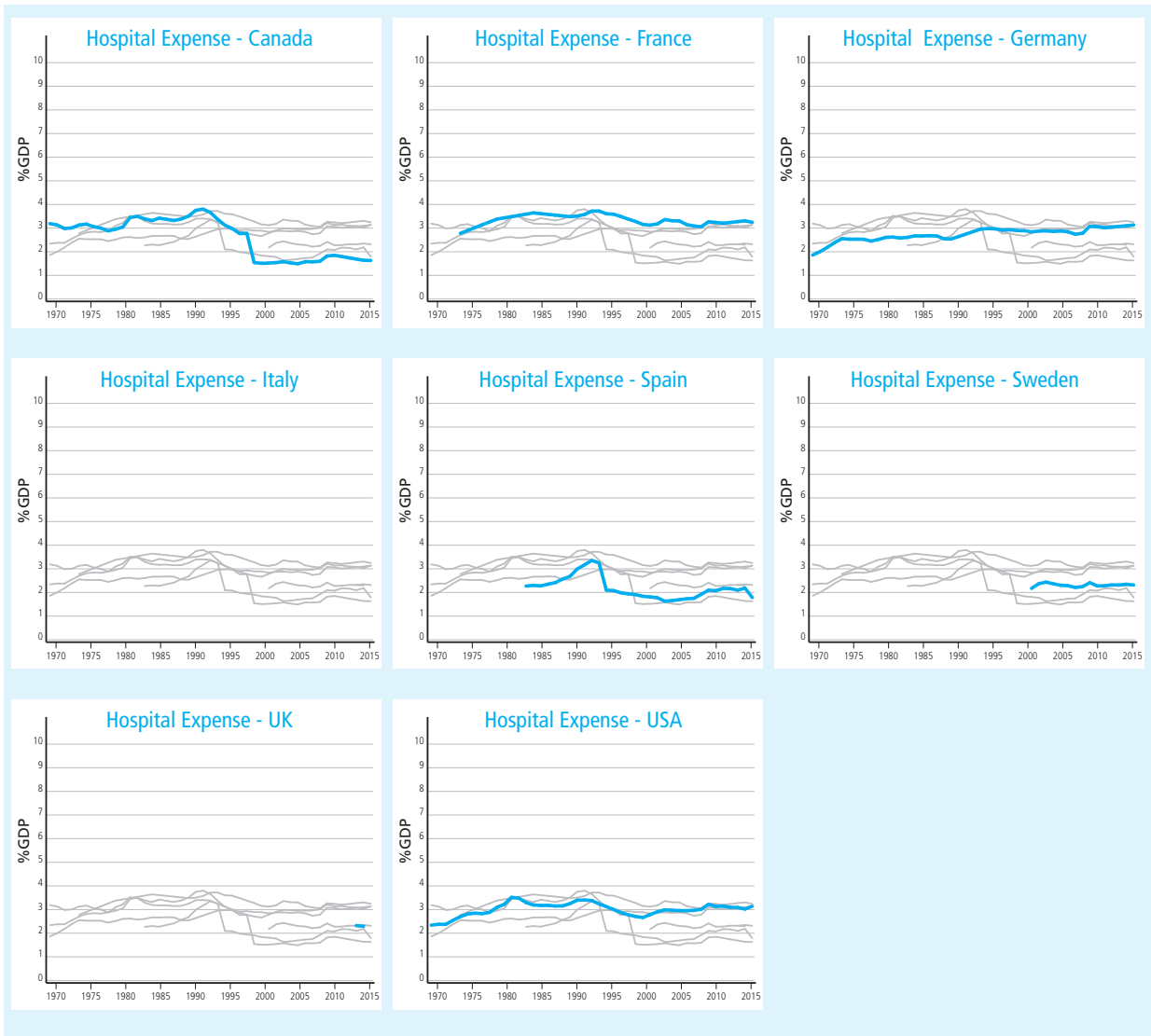


FIGURA 37 - FORECAST SPESA OSPEDALIERA

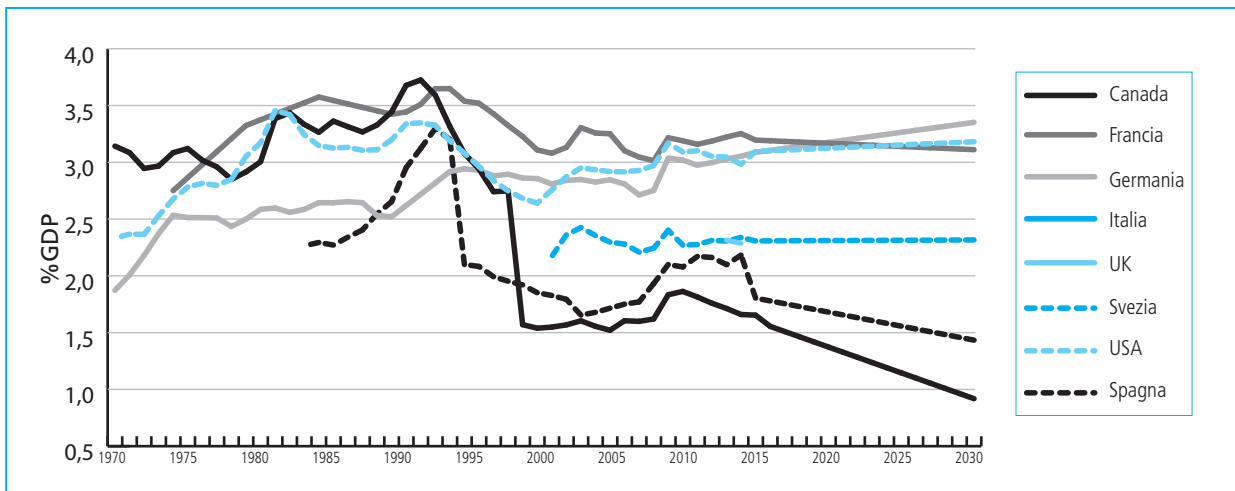


FIGURA 38 - SPESA AMBULATORIALE

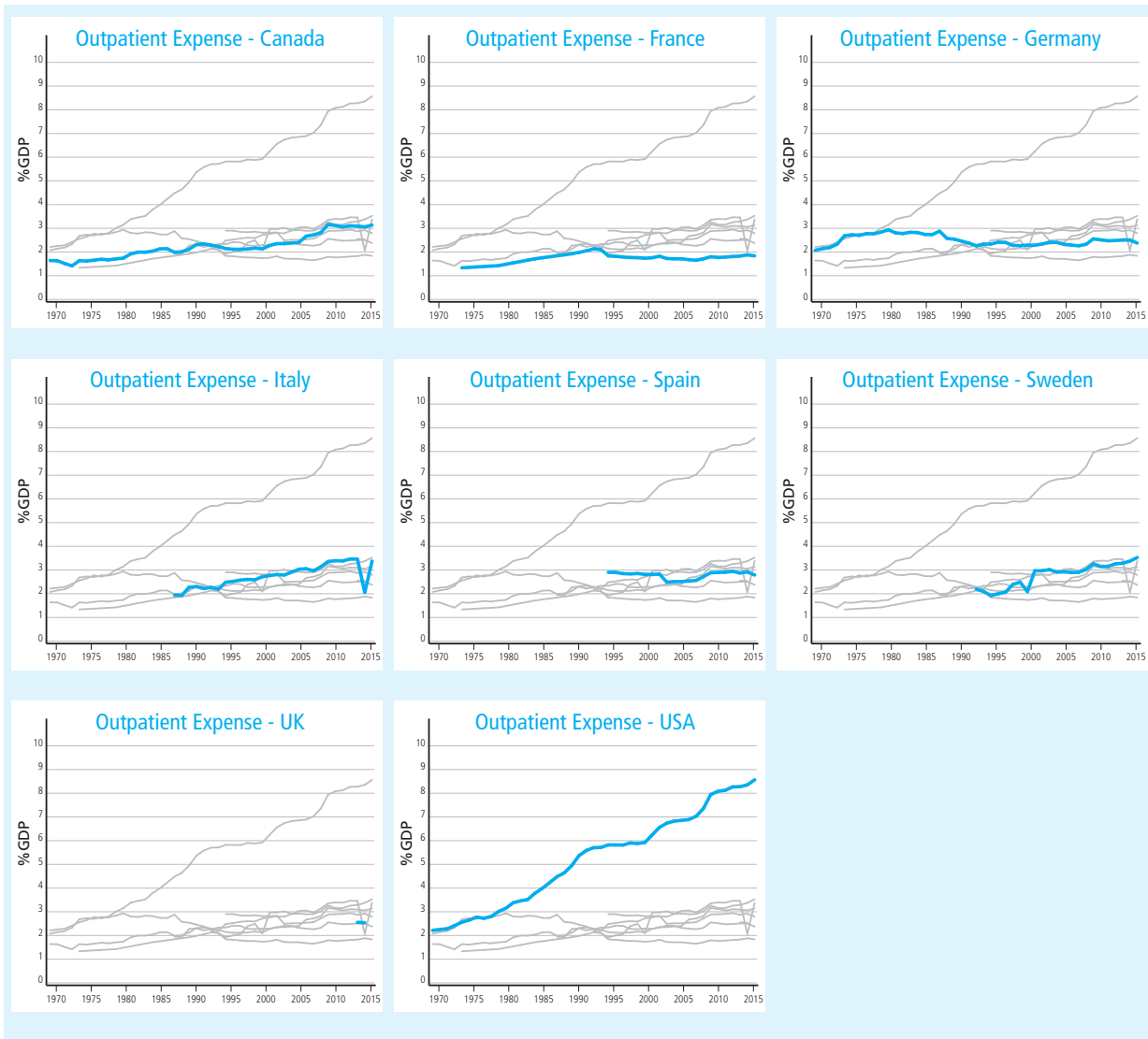


FIGURA 39 - FORECAST SPESA AMBULATORIALE

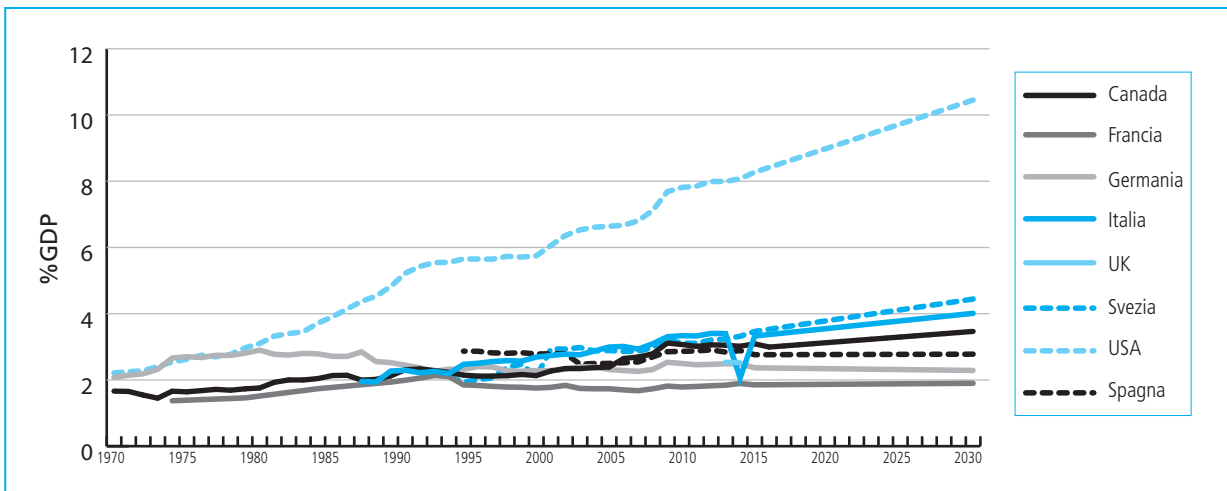


FIGURA 40 - SPESA PER LONG TERM CARE

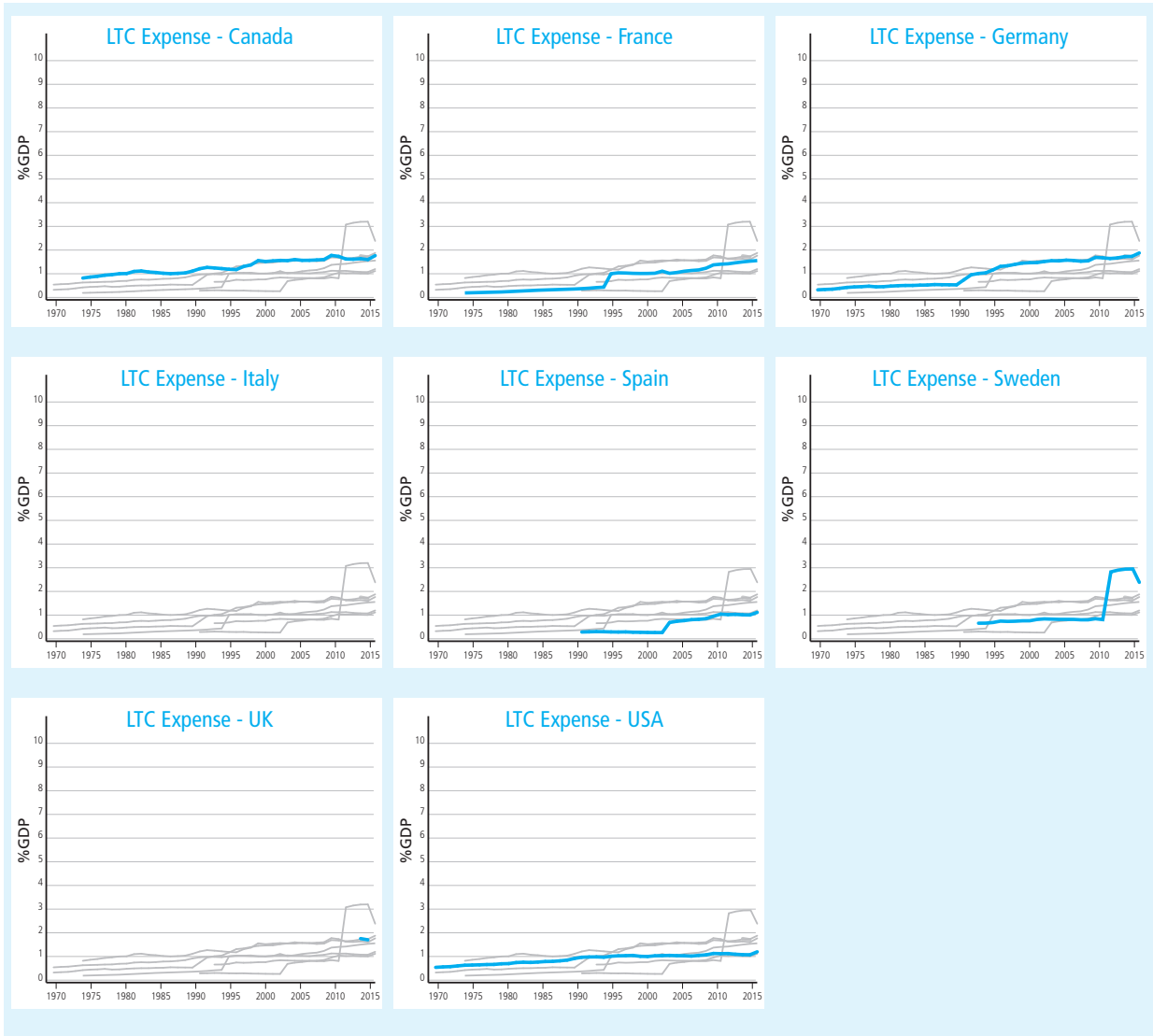
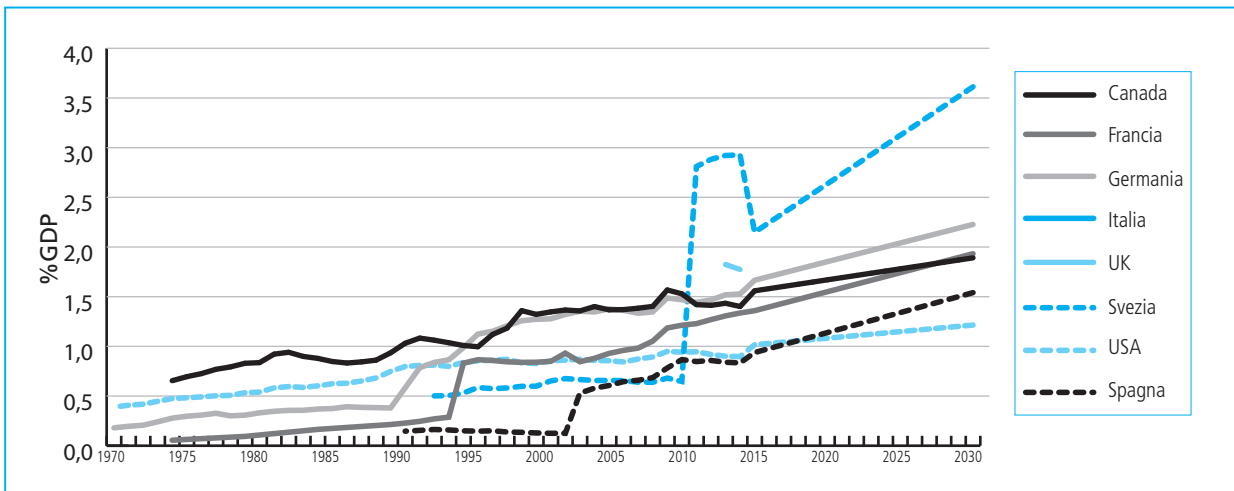


FIGURA 41 - FORECAST SPESA LONG TERM CARE



## Commento alle analisi

### Fig - 32 Andamento Spesa Sanitaria Complessiva.

Come si evince dall'analisi effettuata, negli 8 Paesi oggetto di studio, l'andamento delle diverse voci di spesa sanitaria è andato sostanzialmente nella stessa direzione. Per quanto riguarda la **spesa sanitaria totale in percentuale di PIL** in tutti gli 8 Paesi si è verificata una crescita costante dal 1970 a oggi, con la spesa statunitense che registra valori molto maggiori rispetto a quelli dei Paesi dove il sistema è prevalentemente pubblico (Italia, UK, Svezia, Spagna). Si può osservare anche che tra il 2010 e il 2015, sia in Svezia sia in UK, la spesa in questione ha subito un incremento per poi ridursi e attestarsi poco sopra ai valori del 2010. In Svezia l'aumento della spesa in questi anni è giustificabile con il fatto che è stata varata una riforma sull'assistenza primaria, ma al contempo sono state implementate a livello centrale strategie e programmi di miglioramento della qualità a livello dell'assistenza specialistica (26).

### Fig – 33 Forecast Spesa Sanitaria complessiva.

Per quanto riguarda l'analisi di *forecasting*, essa conferma che l'aumento dei bisogni di salute e socio-assistenziali della popolazione, che divengono sempre più complessi, induce un aumento costante della spesa sanitaria totale (in percentuale di PIL) di qui al 2030. La spesa statunitense è e resterà probabilmente la maggiore al mondo, risultando praticamente il doppio della spesa di Paesi con welfare pubblico (Italia, Spagna, UK). Bisogna però stare attenti al mismatch che può instaurarsi tra domanda, costi e finanziamento che pone seriamente la questione della sostenibilità dei sistemi universalistici senza distinzione di sorta.

### Fig – 34 Andamento della Spesa Sanitaria Pubblica.

Per quanto riguarda la **spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL** si può osservare come questa sia cresciuta in tutti gli 8 Stati a partire dal 1970 in poi seguendo l'incremento generale; nei Paesi come l'Italia, la Spagna, la Svezia e UK, dove il sistema è prevalentemente regolato e finanziato dalla Pubblica Amministrazione, la crescita maggiore si sia verificata negli ultimi 15 anni. Inoltre, si osserva come negli ultimi anni, dopo l'introduzione dell'Obama Care (26), anche la spesa sanitaria pubblica statunitense in percentuale di PIL sia aumentata (e continuerà a farlo come poi verrà descritto dall'analisi previsionale).

### Fig – 35 Forecast Spesa Sanitaria Pubblica.

Anche per questa voce di spesa, le previsioni indicano un aumento da qui al 2030, più sostenuto per alcuni Stati, come ad esempio gli USA. Tale previsione si basa sul fatto che attualmente (Ottobre 2017), l'Obama Care è ancora in piena fase di implementazione, ma non si conosce quale sarà il futuro di tale legge in quanto l'Amministrazione attuale ha più volte annunciato l'intenzione di volerla superare (26).

### Fig – 36 Andamento Spesa Ospedaliera.

In merito alla **spesa ospedaliera (in percentuale di PIL)** si osserva che, dopo un iniziale andamento crescente, a partire dalla seconda metà degli anni '90 essa ha subito un decremento evidente (in Canada e Spagna, meno evidente negli USA e Francia) ovvero s'è mantenuta costante (Germania). Tale situazione si può giustificare con il fatto che i bisogni di salute della popolazione evolvono, e ciò si riflette con l'aumento delle patologie croniche rispetto a quelle acute (transizione epidemiologica). Tale shift induce una riorganizzazione dei servizi sanitari, con espansione del ruolo del territorio e ripensamento del perimetro di azione dell'ospedale. Con l'introduzione di nuovi modelli gestionali, infatti, l'ospedale è chiamato a integrarsi maggiormente nel territorio, mettendosi in rete con i servizi socio-sanitari di base per poter offrire e garantire prestazioni di alta qualità in un sistema che sia votato alla gestione organica dell'intero ciclo di assistenza.

### Fig – 37 Forecast Spesa Ospedaliera.

Relativamente all'analisi previsionale, si stima che da qui al 2030 tale spesa continuerà a diminuire in Paesi come la Spagna e il Canada, mentre si manterrà costante in Paesi come Francia, Germania, Svezia e Stati Uniti.

### Fig– 38 Andamento Spesa Ambulatoriale.

La riduzione della spesa ospedaliera di pari passo con l'aumento della **spesa ambulatoriale** nella maggior parte dei Paesi in studio. Quello che si può osservare è che in Paesi come la Svezia, l'Italia o il Canada, la crescita di tale spesa è stata più decisa a partire dagli anni 2000, mentre in Paesi come la Francia e la Germania tale spesa s'è mantenuta pressoché costante (e comunque inferiore a quella degli altri 7 Paesi). Menzione a parte meritano gli Stati Uniti. Anche la spesa ambulatoriale statunitense ha visto un suo costante e deciso aumento a partire dalla fine degli anni '80.



### Fig – 39 Forecast Spesa Ambulatoriale.

Per quanto riguarda l'analisi di forecasting, si stima che si verificherà un aumento costante di qui al 2030 di tale spesa, con un incremento che negli Stati Uniti tenderà a doppiare il trend in atto negli altri Paesi (+2%).

### Fig – 40 Andamento Spesa per Long Term Care.

L'andamento della spesa ambulatoriale (in percentuale di PIL) si riflette pure su quello della **spesa destinata ai servizi di Long Term Care**. Questo a voler ribadire che è necessario uno shift verso servizi tesi a soddisfare i bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana, multi-cronica, con necessità socio-assistenziali elevate. Quello che colpisce nell'analisi comparativa è che in Svezia, tra il 2010 e il 2015 ci sia stato un incremento esponenziale di tale spesa. Infatti, nel 2010 in Svezia è stata varata la riforma dell'assistenza primaria, della quale al momento è visibile come risultato solo l'incremento dell'accessibilità (26). Anche nell'analisi previsionale, la spesa per LTC è destinata a salire in tutti i Paesi considerati (UK non è considerato per mancanza di dati) con una variazione percentuale che oscilla dall'0,5% all'1,5% (rispetto alla situazione della Svezia).

### Fig – 41 Forecast Spesa Long Term Care.

Per quanto riguarda l'analisi di correlazione si evince come l'aumento della spesa sanitaria totale sia stato direttamente proporzionale alla crescita del PIL di ciascun Paese fino agli anni della crisi economica (2007-2008). Dal 2009 al 2015, tale correlazione si mantiene positiva solo per i Paesi in cui il PIL ha continuato a crescere (USA, Svezia, UK).

L'analisi di correlazione tra la spesa sanitaria totale e lo stato di salute percepito dalla popolazione ultrasessantacinquenne ha evidenziato come questa correlazione sia positiva in Paesi come la Svezia e l'Italia dove la regolamentazione e il finanziamento del Sistema sono prevalentemente pubblici, ma anche in Francia e negli Stati Uniti, dove vige il libero mercato delle assicurazioni. Pertanto, se l'entità del finanziamento dei servizi sanitari può avere un impatto relativo su *outcome* quali mortalità e aspettativa di vita, si può pensare che invece incida maggiormente sulla qualità delle cure percepite, indipendentemente se il Sistema Sanitario sia un sistema prevalentemente pubblico o finanziato da compagnie assicurative sociali (Francia) o private (USA). Inoltre, tale risultato può essere conseguenza anche del fatto che in Paesi come la Svezia vi è una sistematicità nell'indagare la qualità delle cure offerte al fine di porre in essere un miglioramento continuo del sistema (26).

La correlazione positiva, invece, tra spesa sanitaria totale e spesa ambulatoriale si evidenzia sia per Stati con sistema di finanziamento pubblico (Canada, Svezia, Italia) che privato (USA). Questa

conferma sia l'andamento dei trend, ovvero che la spesa sanitaria totale è cresciuta e sarà destinata a crescere e con questa anche la spesa ambulatoriale, ma anche un'organizzazione dei servizi che non deve essere ospedalocentrica, bensì tesa a promuovere l'assistenza primaria o l'integrazione degli ospedali in reti che vedono tra gli attori strutture del territorio sia pubbliche sia private.

L'aumento della spesa sanitaria totale si è rivelato correlato all'aumento della spesa ospedaliera solo in Canada, Stati Uniti e Germania. C'è però da rilevare come negli Stati Uniti l'aumento della spesa sanitaria è andato di pari passo sia con l'aumento della spesa ambulatoriale che con quello dell'ospedaliera, ciò a confermare che la presenza del libero mercato, senza una governance di sistema, innalza le spese e non tiene conto della sostenibilità generale, in tal caso di un sistema sanitario propriamente detto. Nella stessa situazione anche il Canada, sebbene la spesa ospedaliera sia in calo nel corso degli anni e si stima continuerà con quest'andamento. In contrapposizione a questo risultato ritroviamo Svezia e Germania, seppur con due situazioni diametralmente opposte. In Germania, l'aumento della spesa sanitaria totale è andato di pari passo con un aumento della spesa ospedaliera ma non di quella ambulatoriale, mentre in Svezia l'aumento della spesa sanitaria totale è andato di pari passo con quella ambulatoriale ma non con quella ospedaliera. Quest'ultima situazione si può giustificare considerando come la Svezia stia mutando l'organizzazione dei propri servizi sanitari: perdendo la visione ospedalocentrica e potenziando l'assistenza primaria con tutte le sue articolazioni (ambulatori, strutture residenziali e semi residenziali, hospice..) per far fronte da una parte ai bisogni di salute dei propri cittadini, sempre di più complessi, e dall'altro alla diminuzione delle risorse, che induce il sistema a divenire più sostenibile pur senza ridurre la qualità dei servizi, piuttosto selezionando servizi efficienti e ad alto valore in grado di soddisfare i cittadini. Non dobbiamo, inoltre, dimenticare che l'aumento della spesa sanitaria totale può essere indipendente dall'aumento delle altre voci di spesa (ambulatoriale o ospedaliera) considerate nella presente analisi, quando andiamo a considerare, invece, le spese per i farmaci o il personale sanitario, non oggetto della presente trattazione.

È proprio la correlazione positiva tra l'andamento tra spesa sanitaria e spesa per la LTC che si evidenzia in tutti i Paesi (tranne che in UK e in Italia per mancanza di dati), indipendentemente dal modello di finanziamento, che deve far protendere i diversi attori sanitari (pubblici, privati o misti) a finanziare maggiormente servizi comunitari e destinati al trattamento di pazienti con patologie croniche e a lunga durata.



# Conclusioni

È innegabile che la sanità del futuro sia compatibile con l'universalità delle cure solo a patto di un radicale recupero di efficienza in un contesto di immutata efficacia. Difatti, in un quadro di crescente domanda di salute e protezione sociale, aumento dei costi, disponibilità fiscali ridotte e crescente mobilità di pazienti e professionisti all'interno dei Paesi Membri dell'Unione Europea – dove la competizione tra sistemi sanitari è ormai realtà consolidata – emerge chiara la necessità di strategie decisionali efficaci, modelli organizzativi appropriati e sostenibili nonché di adeguati strumenti di misurazione, valutazione e governo dei servizi e dell'innovazione.

Il continuo invecchiamento demografico della popolazione e il conseguente aumento della prevalenza delle patologie croniche, assieme alla rivoluzione del dato (*data e big data analytics*) e della medicina personalizzata, giocano un ruolo preponderante nel determinare i nuovi *asset* organizzativi dei sistemi sanitari della sanità del domani. A prescindere dal sistema di finanziamento (pubblico, privato, misto), i portatori di interesse e i decisori devono tenere sempre di più in considerazione sia i mutati bisogni di salute della popolazione sia una domanda di assistenza sanitaria da parte dei singoli sempre più esigente.

Sicuramente, come si è evinto anche dalla presente analisi, sarà necessario destinare risorse a setting assistenziali rivolti verso il territorio; ciò significa che anche l'ospedale potrebbe mutare la sua essenza – basata principalmente sulla risoluzione delle acuzie - e inserirsi sia all'interno di network territoriali rispondendo ai bisogni dei pazienti con un approccio più personalizzato e legato al completo ciclo di assistenza per patologia, tarato non solo sui bisogni di salute del singolo paziente, ma anche su quelli sociali e personali.

Alla base degli approcci per costruire una Sanità sostenibile, dalle riflessioni condivise con i Key Opinion Leader coinvolti e dai risultati emersi dalla ricerca è importante tener presente i cinque temi chiave di seguito riportati:

**Utilizzo di dati e informazioni per trasformare i Sistemi Sanitari:** l'informazione rappresenta un elemento essenziale in sanità e il libero accesso a essa consente scelte più appropriate sia a livello di organizzazione sanitaria sia a livello individuale, aumentando la qualità di vita dei pazienti/cittadini e la produttività dei sistemi sanitari. La condivisione di dati e informazioni ha il potenziale di trasformare la medicina e i sistemi sanitari; il modo migliore per la loro diffusione è il web, mediante la creazione di piattaforme e database open, consultabili da parte dei medici e dei professionisti della programmazione sanitaria, quanto da parte dei pazienti e dei cittadini.

**Innovazione nell'accesso alla Sanità:** il concetto di sostenibilità dei Sistemi Sanitari non può prescindere dalle modalità di accesso agli stessi. Estremamente rilevante è dunque il rinnovamento delle modalità di accesso alle cure, tali da risultare più vicine alle necessità del paziente, aumentando l'efficienza e riducendo gli sprechi.

**L'importanza della prevenzione:** la sostenibilità in sanità dipende dal peso della variabile salute. Difatti, sulla base delle caratteristiche di contesto sopra esplicitate, dal momento che la struttura epidemiologica e demografica non può essere modificata, è importante promuovere stili di vita sani e comportamenti preventivi appropriati. Normative attente alle problematiche di salu-

te, pianificazione urbana, attenzione all'ambiente, scelte alimentari, educazione infantile e sviluppo professionale sono categorie su cui occorrerebbe agire per migliorare lo stato di salute e diminuire la conseguente domanda di accesso alle cure.

**Una ridefinizione delle modalità di finanziamento dei sistemi** che possano portare ad aggiornare, anche in relazione ai tre punti precedenti le modalità di rimborso oggi presenti, tenendo conto della qualità e dei risultati di salute come elemento importante quanto l'universalità e l'accesso alle cure.

La **creazione di una Sanità di Valore** che possa attraverso nuovi modelli, come quelli ispirati dalla Value Based Health Care, per cui i costi della sanità devono essere sempre funzione del bene e del benessere dei cittadini e certificati dalla misurazione dei risultati di salute raggiunti rispetto ai costi, diretti e indiretti, sostenuti per ottenerli.

Appare, pertanto, evidente come debbano definirsi delle strategie mirate da un lato a favorire la *personalised care*, dall'altro a garantire prestazioni e servizi ad alto valore e quindi a garantire cure più efficaci, efficienti e appropriate al singolo.

Pertanto, per garantire sostenibilità a livello dei sistemi sanitari, sarà necessario sempre di più esercitare una *stewardship* di sistema che:

- 1) tenga conto sia dei bisogni della popolazione sia delle istanze dei vari portatori di interesse al fine di garantire equilibrio nel rapporto tra gestione dell'innovazione e sostenibilità di sistema;
- 2) non disperda le poche risorse disponibili, anzi le dirotti sempre più verso servizi e prestazioni efficaci e appropriati, tese maggiormente alle azioni di prevenzione (primaria, secondaria, terziaria) secondo approcci *evidence-based*;
- 3) consideri gli ospedali e tutti i differenti provider quali nodi di complesse reti funzionali, secondo la logica "sistema-reti-percorsi", utile a promuovere un'assistenza di valore, *population-based* e personalizzata, ma ugualmente tesa a garantire alto valore e sostenibilità all'interno del Sistema Salute promuovendone l'evoluzione e crescita.







## Bibliografia e sitografia

1. Middleton, J. & Dimond, C. (2008). Sandwell health action zone puts on its 'SHOES'. *Medicine, Conflict and Survival*, 24(sup1), pp.57-S12.

---

2. Giddens, A. (2009). *The politics of climate change*. Cambridge Polity Press.

---

3. Nelson, E., Batalden, P., Godfrey, M., Lazar, J. (2011). *Value by design: Developing clinical microsystems to achieve organizational excellence*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.

---

4. Pammolli, F., Ogliandolo, C., Salerno, N.C. (2004). Strumenti di regolazione del mercato farmaceutico: un'analisi ragionata. *Quaderno CERM 3/04*.

---

5. World Economic Forum (2013). *Sustainable Health Systems. Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios*.

---

6. OECD (2006). *Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?*. OECD Economics Department Working Papers, No. 477, OECD Publishing, Paris.  
<http://dx.doi.org/10.1787/736341548748>

---

7. Rebba, V. (2012). Evoluzione dei sistemi sanitari tra sostenibilità e promozione della qualità: alcune esperienze internazionali. *Politiche sanitarie*, 13(3):127-128

---

8. Ministero dell'Economia e delle Finanze. *Relazione al Parlamento 21 marzo 2013*. Available at:  
<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8415288.pdf>

---

9. Pammolli, F., Riccaboni, M., Magazzini, L. (2011). The sustainability of European health care systems: beyond income and aging. *The European Journal of Health Economics*, 13(5), pp.623-634.

---

10. Hurst, J. & L. Siciliani (2003). *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*. OECD Health Working Papers, No. 6, OECD Publishing, Paris.  
<http://dx.doi.org/10.1787/108471127058>

---

11. Zweifel, P., Felder, S., Meiers, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring?. *Health Economics*, 8(6), pp.485-496.

---

12. Pammolli, F. & Salerno, N. (2011). *Le differenze regionali nella governance della spesa sanitaria. La sanità alla sfide del federalismo: il modello SaniRegio di CeRM*. CeRM Working Papers. Available at: [www.cermlab.it](http://www.cermlab.it).

---

13. OECD (2010). *Value for Money in Health Spending*, OECD Publishing, Paris.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264088818-en>

---

14. Espín, J., Rovira, J., García, L. (2011). Experiences and Impact of European Risk-Sharing Schemes Focusing on Oncology Medicines. *Andalusian School of Public Health*, pp. 1-39.

---

15. van de Ven WPMM (2012). Concorrenza regolata nel servizio sanitario olandese, *Politiche sanitarie*, 13: 129-146.

---

16. Paolucci F, Butler J, van de Ven WPMM (2012). Mix pubblico e privato nel finanziamento dei servizi sanitari in Australia: opt-out con sussidi aggiustati per il profilo di rischio degli assicurati?, *Politiche sanitarie*, 13: 147-159.

17. García-Goñi M, Hernández-Quevedo C, Nuño-Solinís R, Paolucci F (2012), Verso sistemi sanitari orientati alle patologie croniche: il caso spagnolo, *Politiche sanitarie*, 13: 160-171.

---

18. Bevan G (2012), Effetti di diversi modelli di governance e di diversi sistemi di reporting sulla qualità dei servizi sanitari: le esperienze di Stati Uniti e Regno Unito, *Politiche sanitarie*, 13: 172-180.

---

19. Pammolli, F., Ogialolo, C., Nicita, A. Cost Sharing e Regolazione dei Mercati nel Contenimento della Spesa Farmaceutica.

---

20. Pammolli, F. & Salerno, N.C. (2006). Il copayment a difesa del sistema sanitario universale. Nota CERM 8/2006. Available at: [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it)

---

21. Pammolli, F., Salerno, N.C. (2005). Reference pricing e copayment nei rapporti Stato-Regioni. Nota CERM 1/05. Available at: [www.cermlab.it](http://www.cermlab.it)

---

22. Lucioni, C., Mazzi, S., Polcaro, F. (2010). Il Risk Sharing come applicazione del Value Based Pricing. *PharmacoEconomics Italian Research Articles*, 12(2), pp.71-80.

---

23. De Ambrosis, P. (2008). Risk sharing e rimborso in base al risultato. *Dialogo sui farmaci*; 5:235-7.

---

24. Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C. and Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. *Health Policy*, 113(3), pp.258-269. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.09.003

---

25. Marchildon, G.P. (2013). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*; 15(1): 1–179.

---

26. Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak D. (eds.). *International Profiles of Health Care Systems*, The Commonwealth Fund, May 2017.

---

27. Canadian Institute for Health Information (2016). *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2016*. Ottawa, ON: CIHI.

---

28. Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernández-Quevedo, C. and Mladovsky, P. (2010). France: Health system review. *Health Systems in Transition*; 12(6): 1–291.

---

29. Nay, O., Béjean, S., Benamouzig, D., Bergeron, H., Castel, P. and Ventelou, B. (2016). Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities. *The Lancet*, 387(10034), pp.2236-2249.

---

30. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (2016). *DREES 2016 Rapport d'activité*. France. Available at : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ra2016.pdf>

---

31. Fricke, F. & Dauben, H. (2009). Health Technology Assessment: A Perspective from Germany. *Value in Health*, 12, pp.S20-S27.

---

32. Reinhardt, U.E. (2009). A German Import That Could Help U.S. Health Reform. *The New York Times*, 24 July.

33. Hardinghaus, W., Schneider, A., Lange, E. (2016). Stationäre Hospize für Erwachsene, stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Palliativstationen in Deutschland – Daten zur Entwicklung und zum aktuellen Stand. Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. Available at: [http://www.dhpv.de/tl\\_files/public/Service/statistik/20160411\\_Bericht\\_StatHospizePalliativ.pdf](http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/statistik/20160411_Bericht_StatHospizePalliativ.pdf); [accessed Sept. 5, 2017]
34. Ministero della Salute (2017). Cosa sono i LEA. [online] Salute.gov.it. Available at: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea).
35. Istat.it. (2017). Health for All - Italia. [online] Available at: <http://www.istat.it/it/archivio/14562>
36. Ministero della Salute (2013). Annuario Statistico 2013. Available at: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2536\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2536_allegato.pdf)
37. Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., Steel, D. (2015). United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*; 17(5): 1–125.
38. Health Technology Assessments by the National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). Springer.
39. Digital.nhs.uk. (2017). Healthcare Workforce Statistics, March 2016, Experimental. [online] Available at: <http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB21783>
40. Competition and Markets Authority (2014). Private Healthcare Market Investigation. 2 April 2014. Available at: [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/533af065e5274a5660000023/Private\\_healthcare\\_main\\_report.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/533af065e5274a5660000023/Private_healthcare_main_report.pdf)
41. Centre for Economic Performance and London School of Economics and Political Science (2012). How Mental Health Loses Out in the NHS. June 2012, <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/special/cepsp26.pdf>
42. Ons.gov.uk. (2017). UK Health Accounts: 2014 - Office for National Statistics. [online] Available at: <https://www.ons.gov.uk/releases/ukhealthaccounts2014>.
43. Gov.uk. (2017). Guidance on overseas visitors hospital charging regulations - GOV.UK. [online] Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/guidance-on-overseas-visitors-hospital-charging-regulations#history>.
44. Edition, H. (2015). Health Cover. 12th Edition - LaingBuisson. [online] LaingBuisson. Available at: [http://www.laingbuisson.com/wp-content/uploads/2016/06/Health\\_Cover\\_12ed\\_Bro\\_WEB.pdf](http://www.laingbuisson.com/wp-content/uploads/2016/06/Health_Cover_12ed_Bro_WEB.pdf)
45. Bevan, G. (2012). Effetti di diversi modelli di governance e di diversi sistemi di reporting sulla qualità dei servizi sanitari: le esperienze di Stati Uniti e Regno Unito, *Politiche sanitarie*, 13: 172-180.
46. World Health Organization (2015). World Health Statistics 2015. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf)

47. Gray, M. & Ricciardi, W. (2010). From public health to population medicine: the contribution of public health to health care services. *The European Journal of Public Health*, 20(4), pp.366-367.
48. Department of Health, 2012. National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care. November 2012 (Revised).
49. García-Armesto, S, Abadía-Taira, MB., Durán, A., Hernández-Quevedo, C., Bernal-Delgado, E. (2010). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*; 12(4):1–295.
50. OECD (2010), Value for Money in Health Spending, OECD Publishing, Paris.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264088818-en>
51. Meneguzzo, M., Cuccurullo, C., Campero, T., Martín Martín, J. J. (2001). La regionalizzazione dei sistemi sanitari: l'analisi del caso spagnolo. La sanità tra stato e mercato. Convegno Nazionale AIES.
52. Lorenzin, B., Ricciardi, W., McKee, M., Figueras, J., Frisicale, E. M., Furia, G., Iodice, L., Teleman, A. (2016). Crisi economica, sistemi sanitari e salute in Europa. *Health Policy in Non-communicable diseases*. March 2016; 3(1).
53. Fernández del Rio, M. P., Arduini, R., Solari, L. (2008). Modelli di gestione dei servizi sanitari di base in una prospettiva di confronto tra sistemi sanitari diversi: Le peculiarità del caso spagnolo.
54. Carrió, F. B., & Badía, J. G. (2008). La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión clínica y sanitaria*, 10(1), 3-7.
55. Martin-Moreno, J., Alonso, P., Claveria, A., Gorgojo, L., Peiro, S. (2009). Spain: a decentralised health system in constant flux. *BMJ*, 338(mar30 1), pp.b1170-b1170.
56. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). [online] Available at: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>
57. Minhafp.gob.es. (2017). Inicio: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. [online] Available at: <http://minhafp.gob.es>
58. HHS.gov. (2017). About the ACA. [online] Available at: <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/index.html>
59. Mossialos, E. Wenzl, M., Osborn, R., Sarnak, D. (eds.) (2016). *International Profiles of Health Care Systems, 2015*, The Commonwealth Fund, January 2016.





**I tema del finanziamento della sanità in Italia costituisce un aspetto centrale delle problematiche connesse alle esigenze di tutela della salute.**

È d'immediata evidenza, lo stretto legame tra l'effettività del diritto alla tutela della salute e le risorse disponibili e investite per renderlo sostenibile. Per di più, considerato che la spesa sanitaria costituisce di gran lunga la più importante delle voci di spesa regionale in Italia, la questione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si lega alle esigenze di contenimento della spesa pubblica e alle istanze del federalismo fiscale, in Italia così come negli altri Paesi dell'Occidente.

**Il Servizio Sanitario Nazionale sta vivendo – al pari della gran parte dei Sistemi Sanitari internazionali – un periodo di forti pressioni dal punto di vista economico-finanziario:** i costi crescono rapidamente e le risorse oggi disponibili non saranno più in grado, nel prossimo futuro, di sostenere la crescente ed esigente domanda di salute dei cittadini. La dimensione delle sfide che siamo chiamati ad affrontare amplifica ulteriormente l'urgenza e la necessità di accelerare la riflessione su come costruire il futuro dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese, favorendo decisioni e scelte tempestive che garantiscano la sostenibilità.

Per rispondere alla sfida della sostenibilità la sanità italiana (e non solo) deve essere messa nelle condizioni di rispondere ai trend epidemiologici, demografici e, come descritto nella trattazione, di finanziamento del sistema tramite una programmazione e un'organizzazione dei servizi efficace, garantendo una particolare attenzione alla gestione dei costi e allo sviluppo e integrazione dei sistemi di finanziamento oggi adottati. **Tali trend, infatti, hanno mostrato un aumento costante della necessità di risorse in risposta ai bisogni di salute.**

È innegabile, quindi, che la sanità del futuro sia compatibile con l'universalità delle cure solo a patto di **un radicale recupero di efficienza in un contesto di immutata efficacia.** Difatti, in un quadro di crescente domanda di salute e protezione sociale, aumento dei costi, disponibilità fiscali ridotte e crescente mobilità di pazienti e professionisti, emerge chiara la **necessità di strategie decisionali efficaci, modelli organizzativi sostenibili nonché di adeguati strumenti di misurazione, valutazione e governo dei servizi e dell'innovazione.**

Pertanto, per garantire sostenibilità a livello dei sistemi sanitari, sarà necessario sempre di più esercitare una **stewardship di sistema** che:

- 1) tenga conto sia dei bisogni della popolazione sia delle istanze dei vari stakeholders;
- 2) non disperda le poche risorse disponibili, anzi le dirotti sempre più verso servizi e prestazioni secondo approcci *evidence-based*;
- 3) consideri gli ospedali e tutti i differenti provider quali nodi di complesse reti funzionali, secondo la logica "sistema-reti-percorsi", utile a promuovere un'assistenza di valore.

