

***“Le sfide di oggi per la sanità di domani: l’evoluzione delle  
modalità di finanziamento dei sistemi sanitari nazionali”***

A cura di:

Paolo Parente, Daniele I. La Milia,  
Emanuela M. Frisicale, Alice Borghini

Supervisione: Andrea Silenzi

Coordinamento Scientifico: Umberto Moscato

VIHTALI – Spin Off dell’Università Cattolica del Sacro Cuore

## INTRODUZIONE

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.

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;

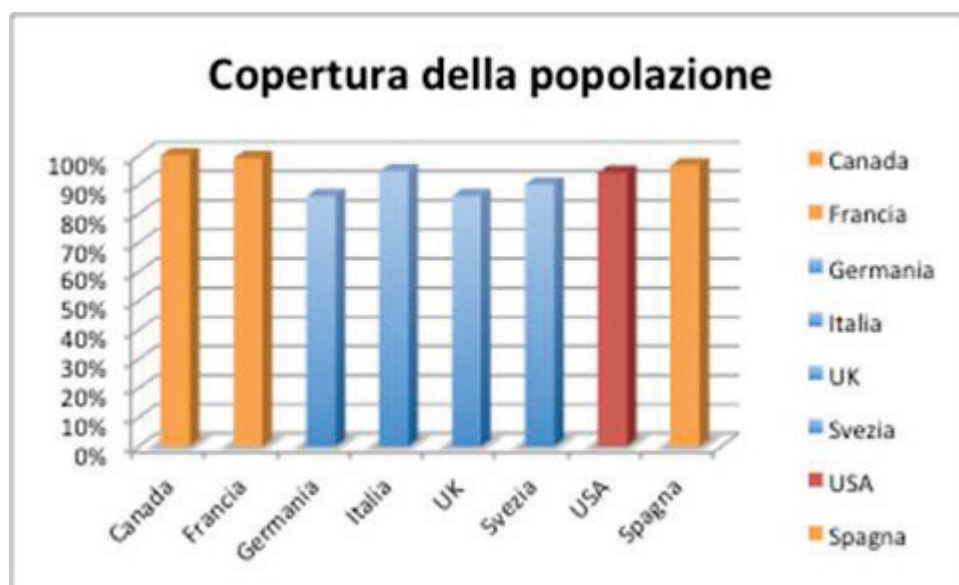
- Germania;
- Italia;
- Regno Unito (UK);
- Spagna;
- Stati Uniti d'America (USA);
- Svezia.

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.

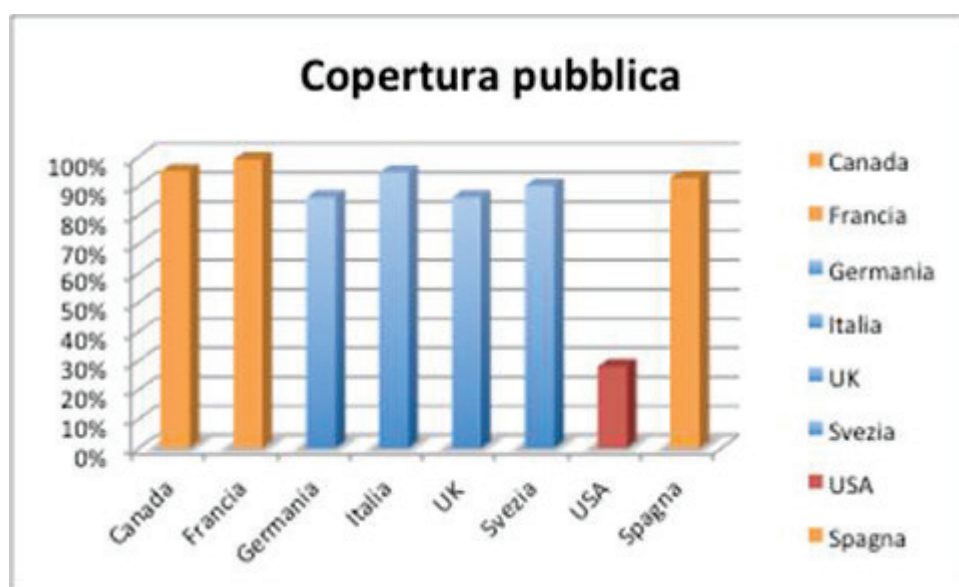
Infine, è stata effettuata un'analisi di correlazione tra gli indicatori di spesa sanitaria individuati e lo stato di salute percepito dalla popolazione anziana (over 65).

## RISULTATI



**Figura 1.** Comparazione degli indicatori di copertura sanitaria della popolazione, ottenuti dall'analisi di scopo.

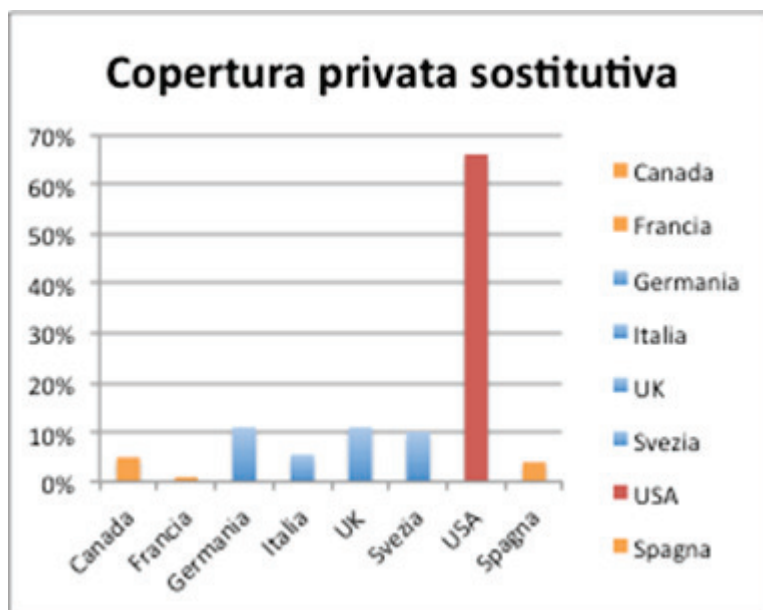
La figura 1 mostra la copertura sanitaria oggi presente nei Paesi considerati dall'analisi. Per ciascun paese il dettaglio cromatico descrive il differente sistema di finanziamento dei sistemi sanitari. In arancio sono descritti i paesi con finanziamento misto ovvero un finanziamento pubblico – privato. In particolare, 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 rosso gli Stati Uniti, sistema sì misto ma a netta prevalenza di finanziamento privato. La copertura sanitaria generale nei paesi considerati è mediamente oltre il 95% della popolazione.



**Figura 2.** Comparazione degli indicatori di copertura sanitaria pubblica della popolazione, ottenuti dall'analisi di scopo.

La figura 2 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 arancio 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 rosso gli Stati Uniti, sistema sì misto ma a netta prevalenza di finanziamento privato. A parte gli Stati Uniti, in cui il cosiddetto Obama Care (*l'Affordable Care Act*) permette una copertura pubblica di oltre il 20% della popolazione, la presenza di un finanziamento pubblico del sistema salute è proprio della tradizione di molti dei paesi europei. Il finanziamento del sistema prescinde spesso dalle

caratteristiche dei provider che, indipendentemente dall'essere pubblici o privati, garantiscono la tutela del diritto alla salute attraverso principalmente un rimborso pubblico.



**Figura 3.** Comparazione degli indicatori di copertura sanitaria della popolazione da finanziamento privato sostitutivo, ottenuti dall'analisi di scopo.

La figura 3 mostra la copertura sanitaria ascrivibile a finanziamento privato (out of pocket, assicurazioni private non obbligatorie) oggi presente nei Paesi considerati dall'analisi. Da tale figura emerge come un finanziamento privato puro caratterizzi una quota minima del finanziamento complessivo dei sistemi sanitari considerati.

Solo negli USA, come precedentemente citato, tali valori sono praticamente invertiti.

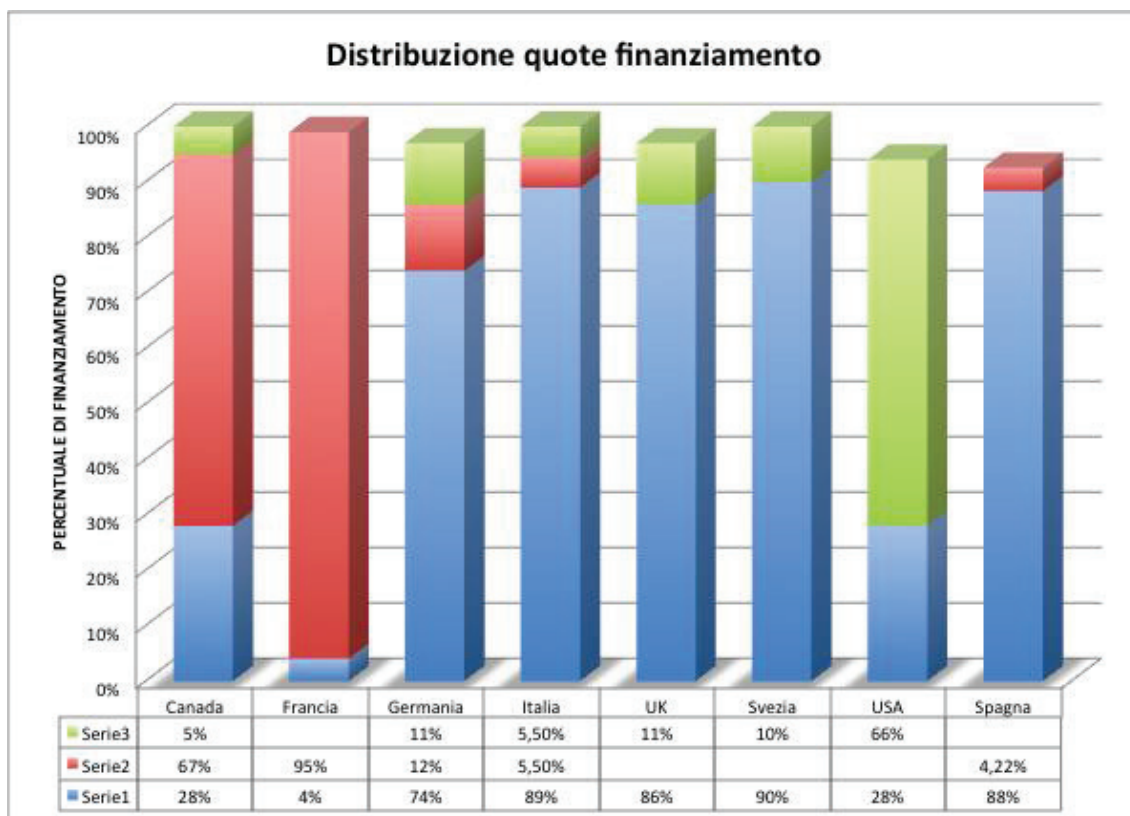


**Figura 4.** Comparazione degli indicatori di copertura sanitaria della popolazione da finanziamento privato integrativo, ottenuti dall'analisi di scopo.

La figura 4 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.

Oltre alle modalità prima descritte una quota di finanziamento del sistema salute passa attraverso l'utilizzo di coperture integrative rispetto all'offerta prevista dall'organizzazione sanitaria dei paesi considerati.

Tale quota integrativa (spesso in co-payment o prevista dai piani professionali) è molto diffusa in Canada e Francia.



**Figura 5.** Distribuzione percentuale degli indicatori di copertura sanitaria della popolazione, ottenuti dall'analisi di scopo.

La figura 5 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:

- 1) Serie 3: Quota privato puro
- 2) Serie 2: Quota finanziamento integrativo
- 3) Serie 1: Quota pubblica pura

Come descritto nella figura 5 la copertura sanitaria complessiva dei paesi consta, infine, di differenti contributi correlati alle diverse modalità di finanziamento. Ogni paese presenta una propria differente organizzazione che trae origine dalla propria tradizione e dai cambiamenti che i differenti sistemi sanitari hanno avuto nel corso del tempo.

## COMMENTO ALLE ANALISI

### 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 ad oggi, con la spesa statunitense che si presenta il doppio di quella 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 che in UK, la spesa in questione ha subito un'impennata per poi ridursi e attestarsi poco più sopra rispetto 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 (Health International Profiles, 2017).

### Forecast Spesa Sanitaria complessiva

Per quanto riguarda l'analisi di *forecast*, 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) da qua al 2030, con la spesa statunitense che raddoppia la spesa di Paesi con welfare pubblico (Italia, Spagna, UK), attestandosi sempre come la più alta del mondo. Bisogna però stare attenti al mismatch che può instaurarsi tra domanda, costi e finanziamento che può portare i Sistemi Sanitari a perdite economiche importanti, così come è successo e succederà in UK (International Profiles, 2017).

### 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, ma c'è da sottolineare che in 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. Non solo, tale crescita risulta maggiore anche rispetto agli altri Paesi considerati. C'è però da considerare che negli anni post-crisi economica tale spesa ha subito un'impennata in Svezia e in UK, come già sottolineato nell'analisi del trend storico sulla spesa sanitaria totale in percentuale di PIL. Inoltre, si osserva come negli ultimi anni, dopo l'introduzione dell'Obama Care (International



Profiles, 2017) anche la spesa sanitaria pubblica in percentuale di PIL statunitense sia aumentata e continuerà a farlo come poi verrà descritto dall'analisi previsionale.

### **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 se l'Amministrazione attuale riuscirà a cancellarla come più volte ha tentato di fare (International Profiles, 2017).

### **Andamento Spesa Ospedaliera**

In merito alla **spesa ospedaliera (in percentuale di PIL)** negli Stati per cui sono disponibili i dati, si osserva che se prima tale spesa aveva un andamento crescente, a partire dalla seconda metà degli anni '90 essa ha subito un decrete evidente in Stati come il Canada e la Spagna, meno evidente come in USA e Francia o addirittura s'è mantenuta costante come in Germania. Tale situazione a a giustificarsi con il fatto che stanno cambiando i bisogni di salute della popolazione, la quale a sua volta sta invecchiando, e ciò si riflette con l'aumento delle patologie croniche rispetto a quelle acute (transizione epidemiologica). Tale shift induce una riorganizzazione dei servizi sanitari, tale per cui la maggior parte delle risorse non deve più essere destinata agli ospedali bensì ai servizi territoriali. In realtà, gli ospedali dovrebbero inserirsi maggiormente nel territorio, pertanto, mettersi in rete con i servizi comunitari per poter offrire e garantire prestazioni di alta qualità e specialistiche in un sistema che li veda parte integrante della medicina territoriale e non in antagonismo. 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.

### **Andamento Spesa Ambulatoriale**

La riduzione della spesa ospedaliera, però, va di pari passo con l'aumento della **spesa ambulatoriale** nella maggior parte dei Paesi in questione. 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. Ciò a dimostrazione del fatto che la riorganizzazione dei servizi sanitari, privilegiando quelli di assistenza primaria e non quelli erogati in setting specialistici, non è peculiare solo di Sistemi Sanitari in cui la regolazione e il finanziamento sono in gran parte pubblici.

### **Forecast Spesa Ambulatoriale**

Per quanto riguarda l'analisi di forecast, quello che si stima si verificherà sarà un aumento costante da qua al 2030 di tale spesa, con l'incremento di tale spesa negli Stati Uniti che tenderà a doppiare quella degli altri Paesi (+2%).

### **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, multicronica, 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 (Health International Profiles, 2017). Anche nell'analisi previsionale, la spesa per LTC è destinata a salire in tutti i Paesi considerati (per mancanza di dati UK non è considerato) con una percentuale che varia dall'0,5% all'1,5% (della Svezia). L'aumento di tale spesa per la Germania si inserisce perfettamente in una delle maggiori riforme sanitarie del Paese a partire dal 2012: la riforma sulla Long Term Care che entrata in vigore solo nel 2016. Lo scopo di tale riforma è ampliare l'accesso ai servizi LTC per i cittadini tedeschi, ma anche di garantire un miglior supporto a pazienti e famiglie (International Profiles, 2017).

### **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 siano prevalentemente pubblici, ma anche in Francia e negli Stati Uniti, dove in questi ultimi si ha 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 tutte le migliorie necessarie (Health International Profiles, 2017).

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.

E' 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), gli stakeholders e i policy makers 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 diversi da quelli dell'ospedale, anche se il setting ospedaliero potrebbe mutare la sua essenza – basata principalmente sulla risoluzione delle acuzie - e inserirsi sia all'interno di network territoriali, ma soprattutto potrebbe rispondere ai bisogni dei pazienti con un approccio più personalizzato, tarato non solo sui bisogni di salute dei singoli pazienti, 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:

**A. 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.

**B. 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.

**C. 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 salute, 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.

D. **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.

E. 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 stakeholders;
- 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.