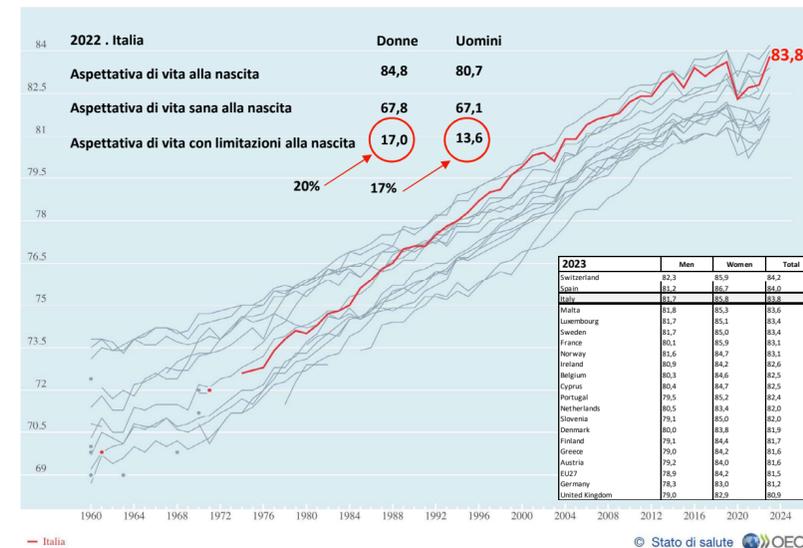
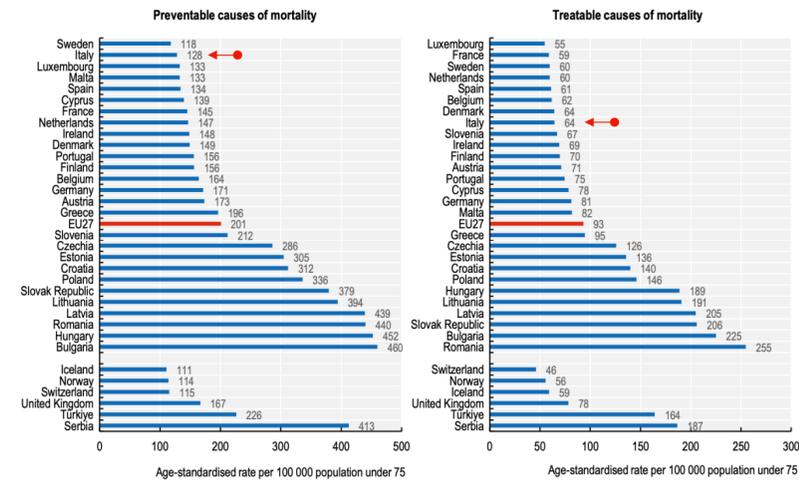


VERSO UN NUOVO SISTEMA SANITARIO
CAMBIAMENTO - EQUITA' DI ACCESSO ALLE CURE - SOSTENIBILITA'
Idee e proposte a confronto
Tiziano Carradori

Italia nel confronto internazionale 1
Aspettativa di vita alla nascita
1960-2023

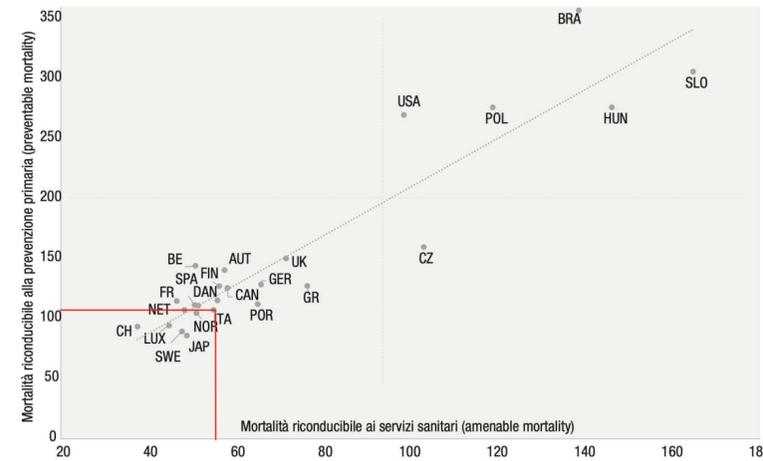


Italia nel confronto internazionale 2
Mortalità evitabile
2021



HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2024 © OECD/EUROPEAN UNION 2024

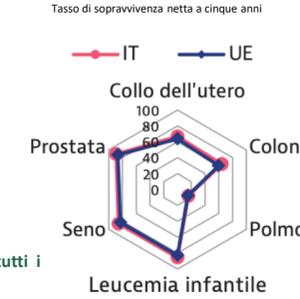
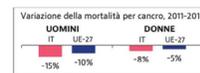
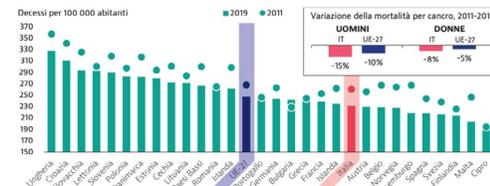
Italia nel confronto internazionale³
Mortalità prevenibile e trattabile



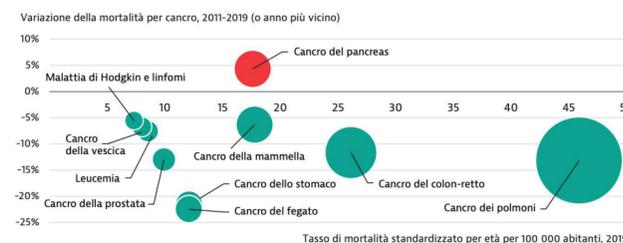
Fonte: Rapporto OASI. Elaborazioni su dati OECD 2024

Italia nel confronto internazionale 4
Mortalità e
sopravvivenza nel
cancro

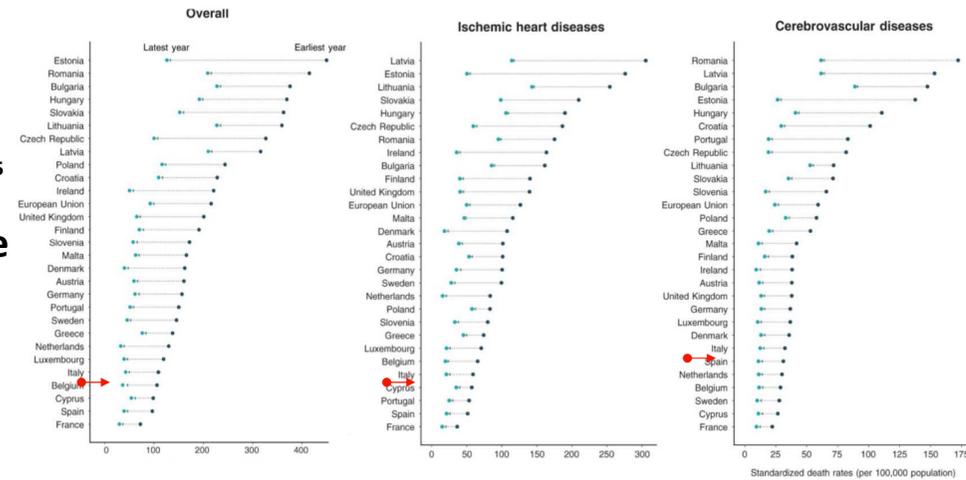
OECD. European Cancer Inequalities Registry
 Profili sul cancro per paese 2023. **Italia**



Nell'ultimo decennio la mortalità per cancro è diminuita per tutti i principali tipi di tumore, ad eccezione di quello al pancreas

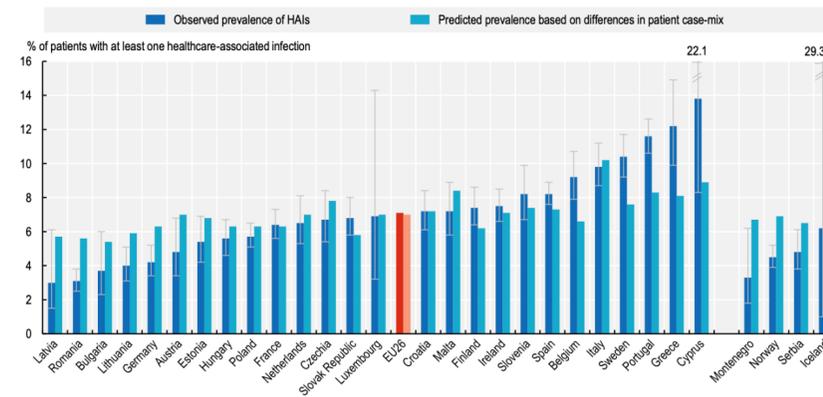


Italia nel confronto internazionale 5
**Mortalità
 cardiovascolare
 evitabile**

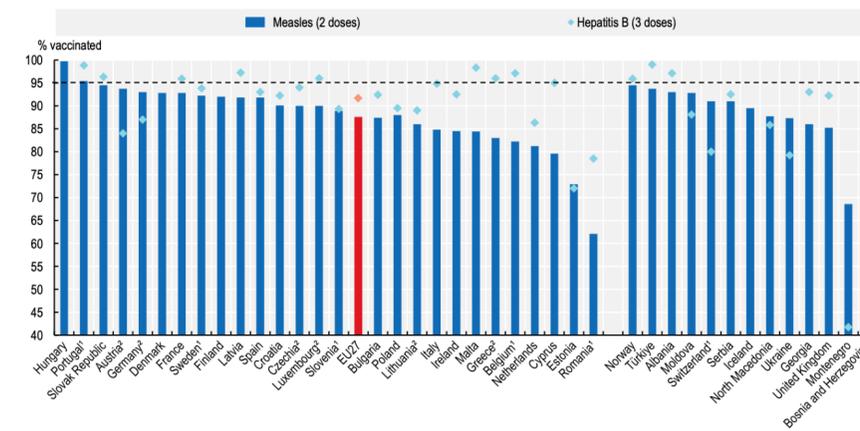


www.thelancet.com Vol 47 2024. Trends in avoidable mortality from cardiovascular diseases in the European Union, 1995–2020: a retrospective secondary data analysis

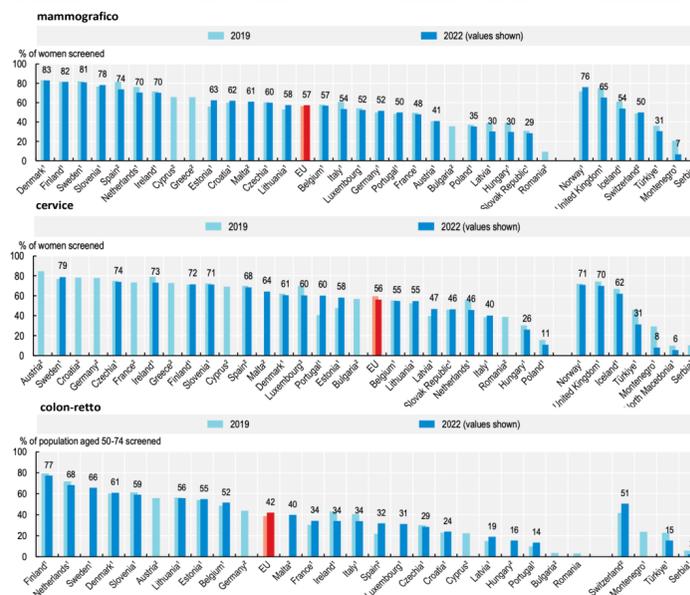
Italia nel confronto internazionale 6
**Infezioni associate
all'assistenza sanitaria**



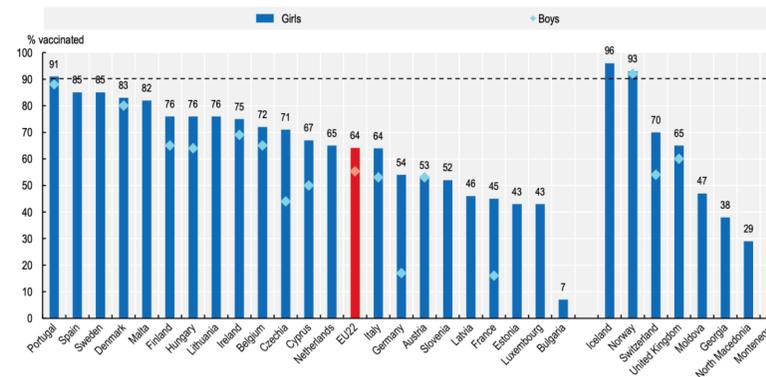
Italia nel confronto internazionale 7
**Copertura vaccinale
 morbillo ed epatite B
 2023**



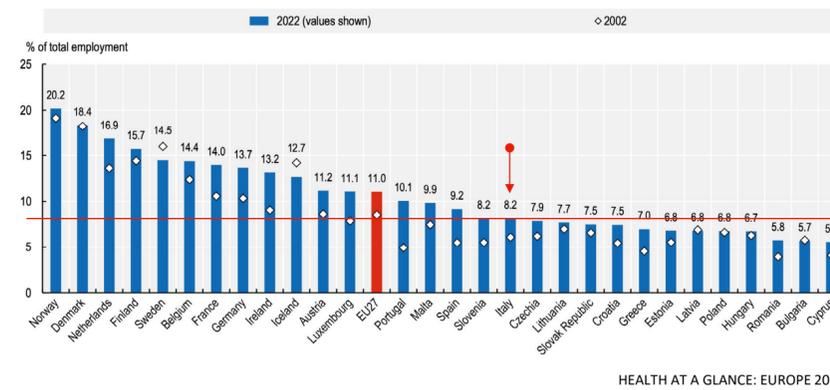
Italia nel confronto internazionale 8
Adesione Screening



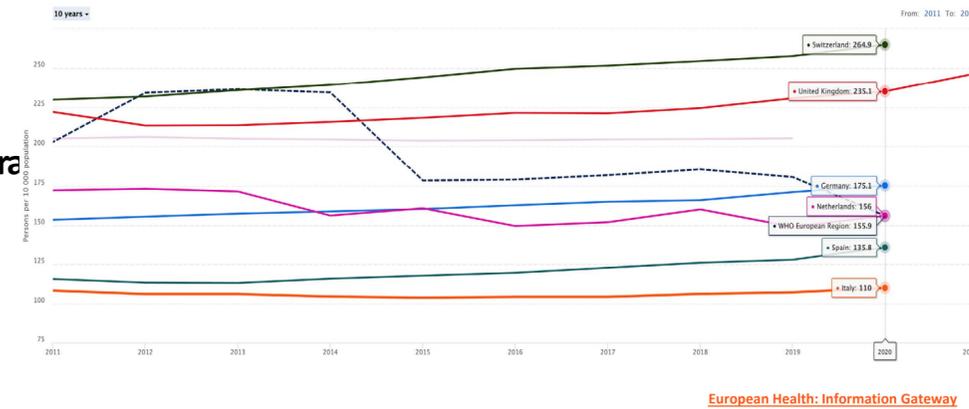
Italia nel confronto internazionale 9
**Copertura vaccinale
 contro l'HPV con tutte le
 dosi raccomandate entro i
 15 anni di età, 2023**



Italia nel confronto internazionale 10
Quota di occupazione nel settore sanitario e dell'assistenza



Italia nel confronto internazionale 11
Occupazione ospedaliera
persone ogni 10.000



The number of doctors and nurses per 1.000 population

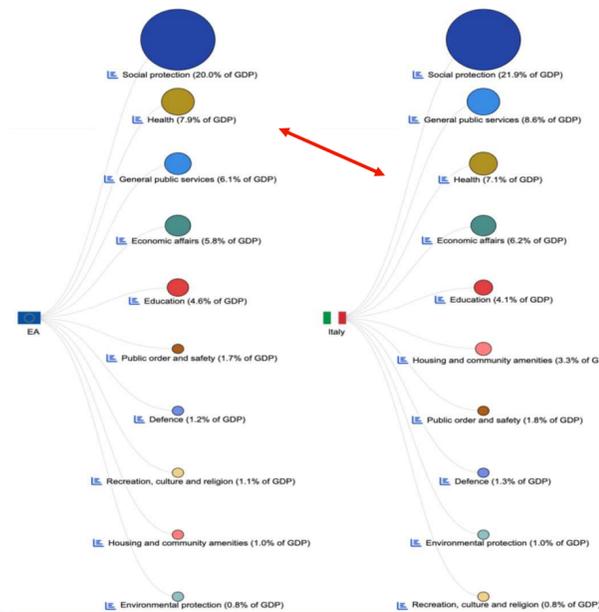
country	Nurses		Physicians	
	Value	% Change	Value	% Change
Austria	11,0	-41%	5,4	-22%
Belgium	11,6	-44%	3,6	19%
Denmark	10,4	-37%	4,5	-6%
EU27	8,4	-22%	4,2	2%
Finland	14,1	-54%	3,6	17%
France	8,8	-26%	3,2	33%
Germany	12,0	-45%	4,6	-7%
Greece	3,9	69%	6,6	-36%
Iceland	14,9	-56%	4,4	-3%
Ireland	13,3	-51%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

Italia nel confronto internazionale 12
Medici lievemente più alti (+2%), infermieri significativamente inferiori (-22%) della media UE

HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2024 © OECD/OECD/EUROPEAN UNION 2024
 data refer to 2022 or the nearest year

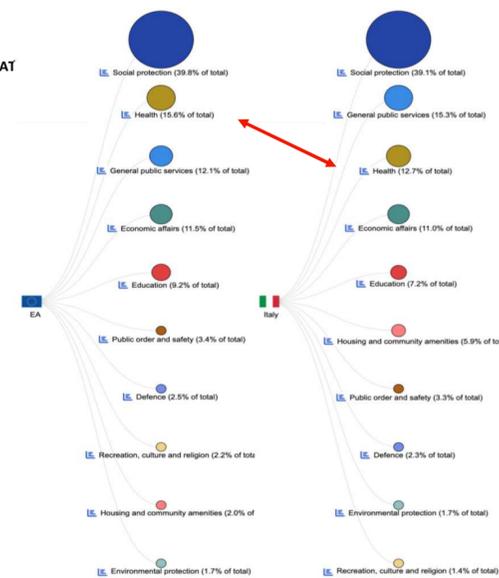
Government expenditure by function for Euro Area and Italy, 2022 (% of GDP)
 EUROSTAT

Italia nel confronto internazionale 13
 La spesa sanitaria pubblica dell'Italia è 0,8 punti % di PIL inferiore alla media dei paesi dell'area euro



Government expenditure
 by function, 2022 (% of total)

EUROSTAT

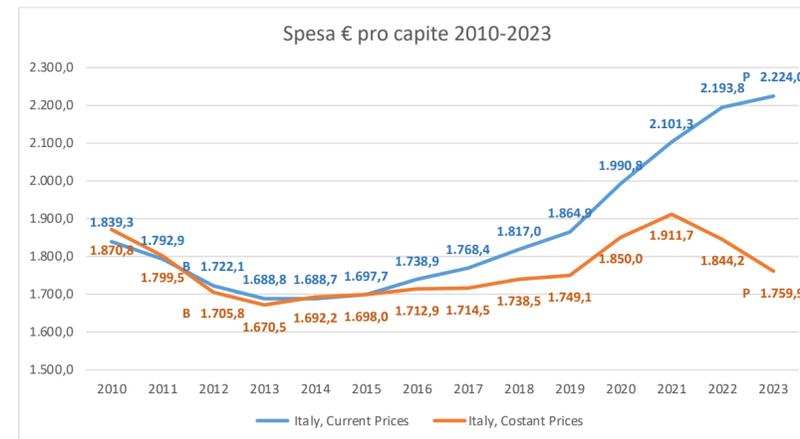


Italia nel confronto internazionale 14
 Sul totale della spesa pubblica l'Italia destina 2,9 punti % in meno della media dell'area Euro

Italia nel confronto internazionale 15
Nel periodo 2000-2022 il
ritmo di crescita della
spesa pro capite mostra
comparativamente un
controllo significativo

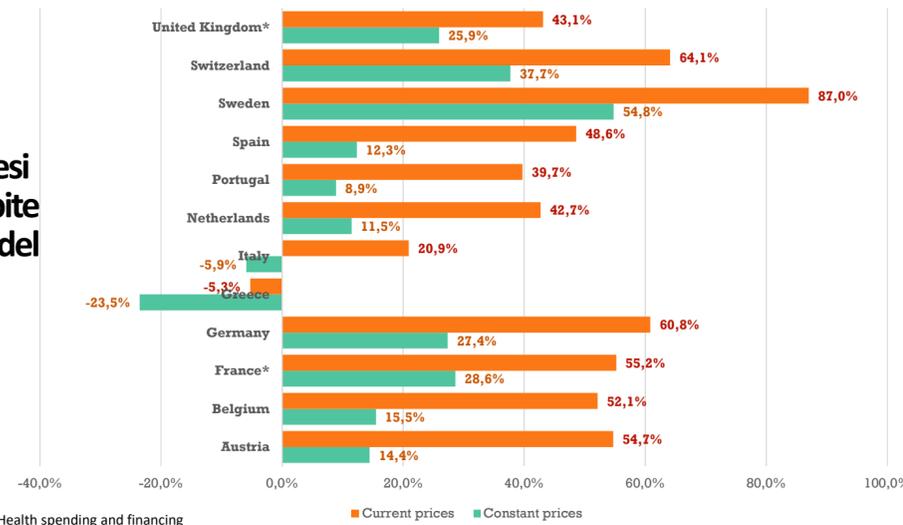
Country	Financing scheme		Government/compulsory schemes		All financing schemes				
	Function	Provider	Measure	2000	2022	Current expenditure on health (all functions)			
						All providers			
						Per capita, current prices, current PPPs			
2000	2022	2000	2022	2000	2022	2010	2022		
Austria	3545,716	167,4%	2484,487	78,1%	4471,449	159,5%	3016,364	70,8%	
Belgium	3343,033	195,0%	2076,096	69,6%	4301,795	187,2%	2691,508	68,9%	
Canada	2791,397	162,8%	1609,087	55,5%	3868,445	157,9%	2173,41	52,4%	
Denmark	3374,608	173,1%	1730,666	48,2%	3934,092	167,7%	2014,206	47,2%	
Finland	3085,034	221,8%	1834,279	69,4%	3722,043	198,3%	2171,563	63,4%	
France	3502,354	165,2%	2537,55	82,3%	3942,026	146,7%	2584,491	63,9%	
Germany	4668,359	206,4%	3247,884	88,2%	5115,333	176,7%	3587,865	81,1%	
Italy	1779,616	120,7%	818,994	33,6%	2260,154	111,3%	1186,224	38,2%	
Japan	3004,943	202,2%	1894,697	73,0%	3402,817	184,2%	2081,413	65,7%	
Netherlands	3844,378	210,3%	1941,399	52,0%	4081,672	154,2%	2254,604	50,4%	
Portugal	1494,073	130,3%	923,029	53,7%	2519,152	153,3%	1581,93	61,3%	
Spain	2025,206	186,2%	1074,82	52,7%	2907,782	190,8%	1694,35	61,9%	
Sweden	3646,414	194,1%	2694,6	95,2%	4241,593	193,1%	3006,535	87,6%	
Switzerland	3614,204	187,0%	2348,477	73,4%	4722,792	142,0%	3002,648	59,5%	
United Kingdom	3034,085	210,0%	1709,666	61,7%	3616,702	192,8%	2135,92	63,6%	
United States	8629,97	428,6%	6806,792	177,4%	8017,643	176,7%	4675,227	59,3%	

Spesa pubblica pro capite nominale e reale



Variazione di periodo (2010-2023/*2022) nella spesa sanitaria pubblica pro capite.
 € a prezzi costanti 2015 e a prezzi correnti

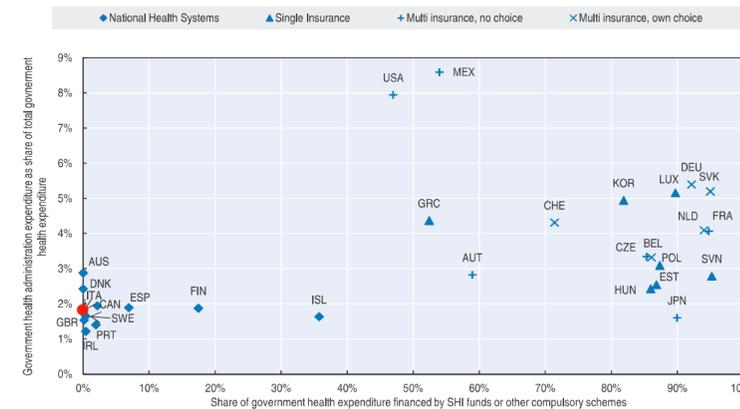
Italia nel confronto internazionale 16
**Grecia e Italia unici paesi
 con spesa reale pro capite
 2023 inferiore a quella del
 2010**



Elaborazione dati da OECD data explorer 13/11/2024: Health spending and financing

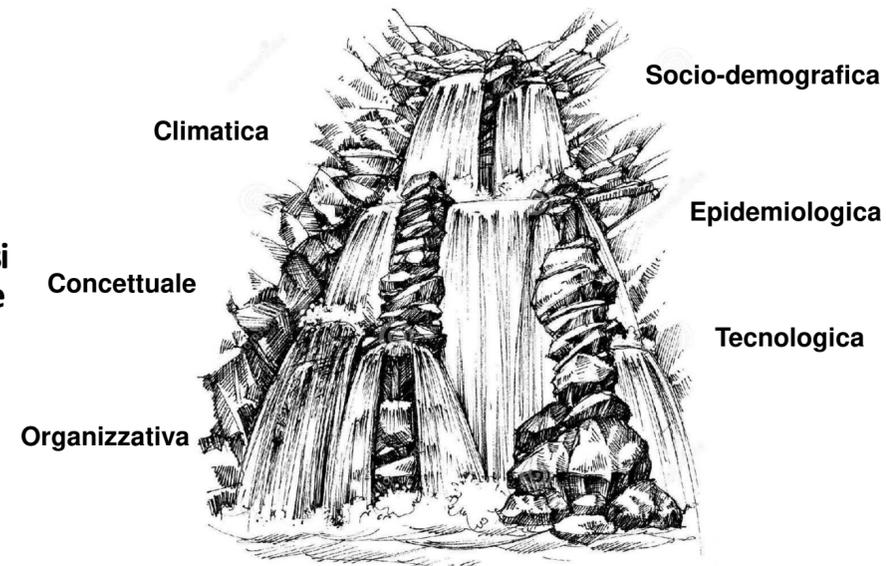
Spese amministrative in % sulla spesa pubblica totale finanziata dalla SHI o altri regimi obbligatori, 2014 (o anno più vicino)

Italia nel confronto internazionale 16
Spese amministrative in % sulla spesa pubblica totale finanziata dalla SHI o altri regimi obbligatori, 2014 (o anno più vicino)



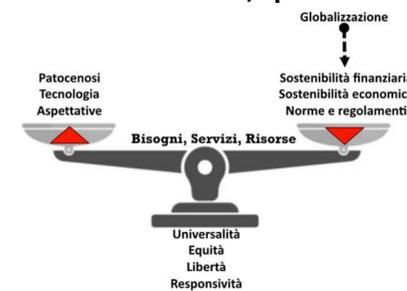
Note: The US Government health financing system was categorised as a multi-insurance system with no choice of insurer due to entitled persons' direct affiliation with either Medicare or Medicaid.
Source: OECD Health Statistics (2016), <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
**Transizioni comuni ai
sistemi sanitari dei paesi
socio-economicamente
avanzati**



Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
Difficoltà comuni ai sistemi sanitari avanzati

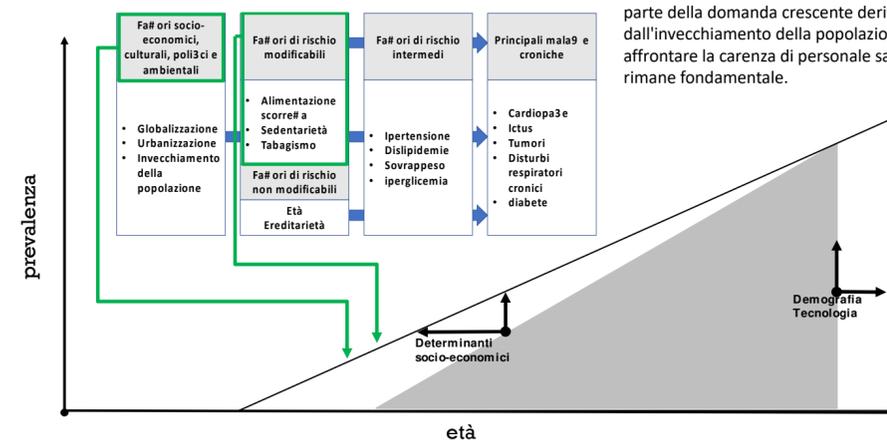
Equità nella salute e nell'accesso ai servizi
 Limiti di responsabilità
 Difetti di integrazione tra le parti del sistema
 Insufficiente sviluppo dell'assistenza primaria
 Carenza di personale
 Insufficiente disponibilità di risorse per investimento
 Rapporto pubblico-privato
 Ritmo di crescita dei costi, sprechi ed abusi



Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
I problemi prioritari

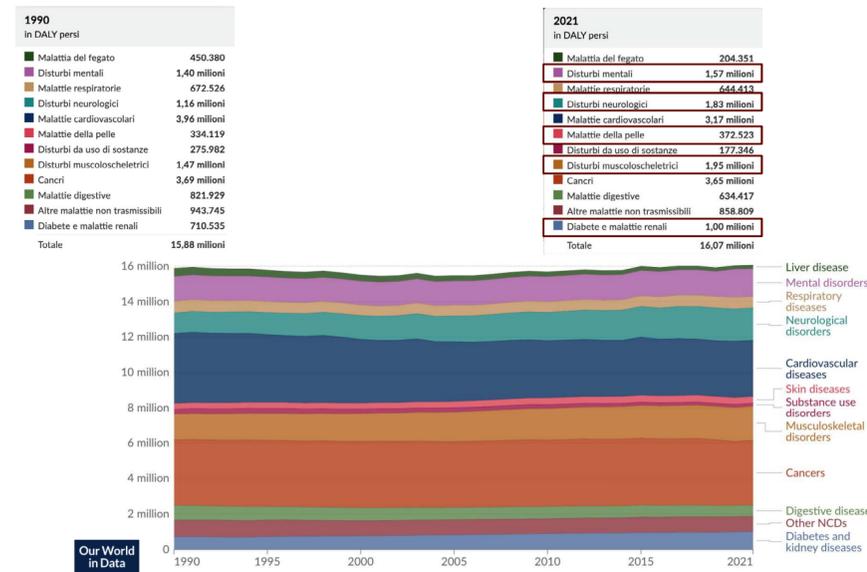
- Espansione della morbosità da aumento dell'incidenza e della prevalenza da malattie non trasmissibili e da aumento del rischio di epidemie da malattie trasmissibili con conseguente quadro sindemico.
- Iniquità nella salute dovute a fattori culturali, socio-economici e geografico-territoriali.
- Gravi carenze di risorse umane, finanziarie e tecnologiche.
- Debole commitment politico e debole governance.
- Sostenibilità economica e sostenibilità fiscale.

Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
Espansione della morbosità



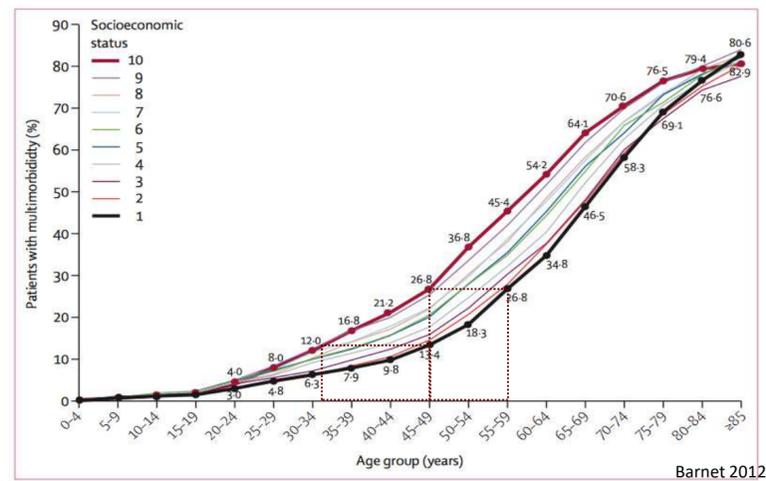
promuovere un invecchiamento sano attraverso efficaci politiche di prevenzione e salute pubblica può aiutare ad attenuare parte della domanda crescente derivante dall'invecchiamento della popolazione, affrontare la carenza di personale sanitario rimane fondamentale.

Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
DALY NCD.
Italia 1990-2021

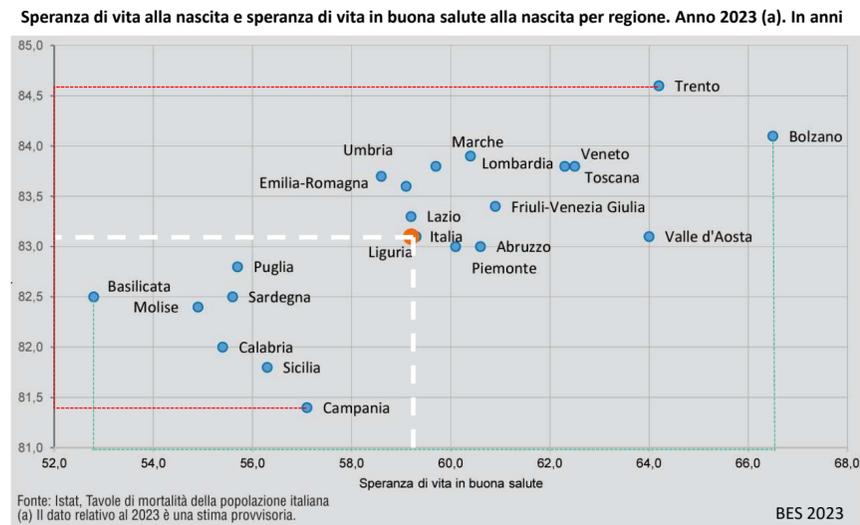


Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
Diseguaglianze socio-economiche

Prevalence of multimorbidity by age and socioeconomic status

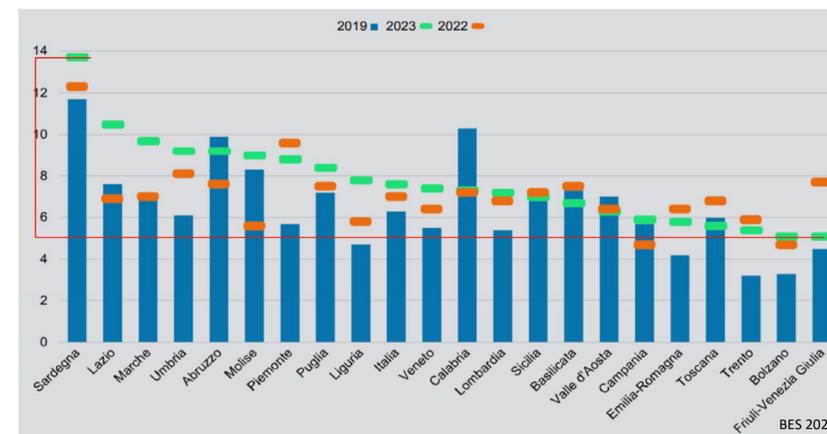


Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
**Differenziale geografico
 nella speranza di vita
 alla nascita e della vita
 attesa in buona salute**



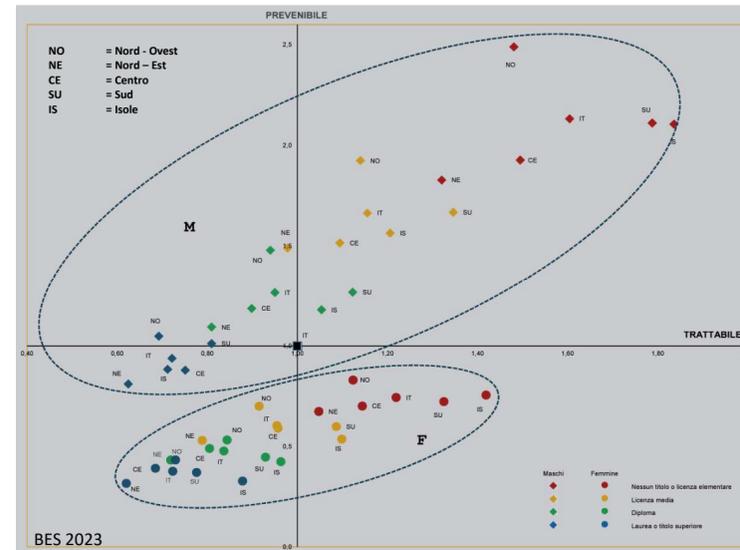
Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
Rinuncia alle cure

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



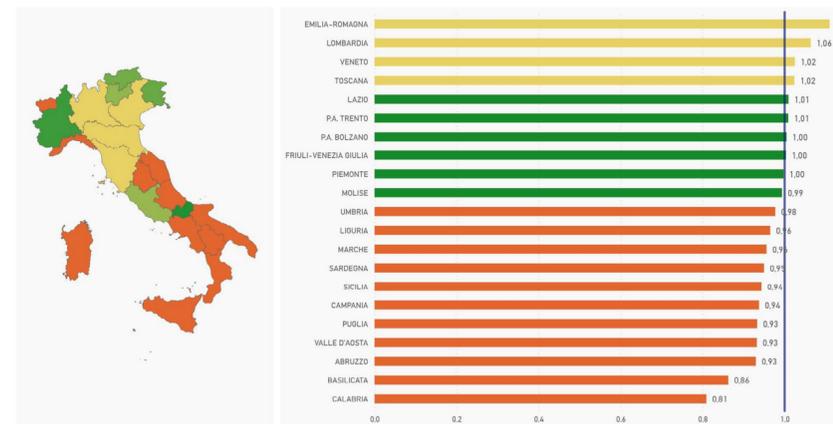
Rapporti tra i tassi di mortalità trattabile e prevenibile per sesso, titolo di studio, ripartizione, e il tasso medio italiano. Anno 2020

Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
**Mortalità evitabile per
 ripartizione e titolo di
 studio**



Indice di Soddisfazione della Domanda Interna. Anno 2022

Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
**Capacità di offerta di
 ricovero che copra la
 domanda interna**



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

Portale Statistico AGENAS

Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
**Mobilità ricoveri
ospedalieri
anno 2022**

Indice di fuga

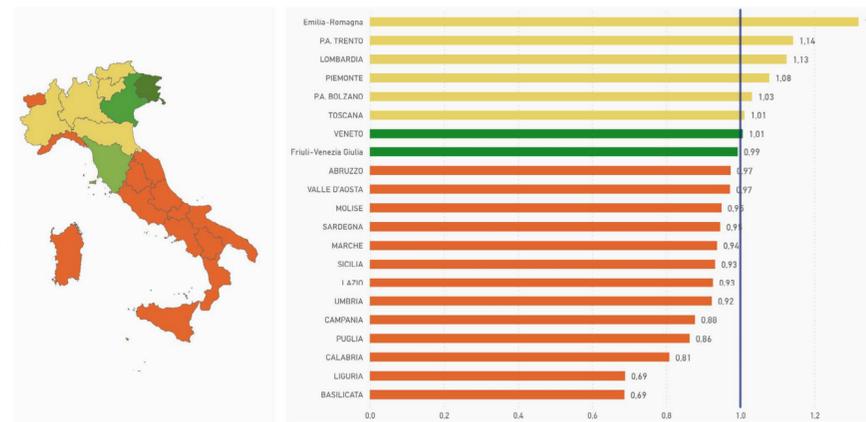
Regione	IFtot	VFpub %	VFpriv %	Regione	IAvtot	VApub %	VApriv %
MOLISE	38.10%	42.24%	57.74%	MOLISE	41.61%	30.20%	69.80%
BASILICATA	34.66%	38.21%	63.79%	EMILIA-ROMAGNA	20.76%	38.03%	61.97%
CALABRIA	24.21%	42.73%	57.27%	BASILICATA	19.23%	99.27%	0.73%
VALLE D'AOSTA	22.36%	58.11%	41.89%	PA. TRENTO	17.05%	23.97%	76.03%
ABRUZZO	21.74%	37.51%	62.49%	UMBRIA	15.25%	69.00%	31.00%
UMBRIA	20.92%	41.08%	58.92%	VALLE D'AOSTA	14.04%	81.69%	18.31%
LIGURIA	18.16%	34.43%	65.57%	LOMBARDIA	13.89%	25.54%	74.46%
MARCHE	17.07%	41.69%	58.31%	VENETO	13.48%	37.52%	62.48%
PA. TRENTO	16.53%	49.62%	50.38%	LIGURIA	13.31%	81.35%	18.65%
PUGLIA	14.80%	35.78%	64.22%	ABRUZZO	13.07%	47.18%	52.82%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	10.50%	37.08%	62.92%	MARCHE	11.80%	46.43%	53.57%
VENETO	10.43%	36.46%	63.54%	TOSCANA	11.74%	66.84%	33.16%
CAMPANIA	9.95%	35.53%	64.47%	FRIULI-VENEZIA GIULIA	10.97%	66.60%	33.40%
TOSCANA	8.49%	32.90%	67.10%	LAZIO	7.96%	24.65%	75.35%
SICILIA	8.34%	44.11%	55.89%	PIEMONTE	7.90%	40.24%	59.76%
EMILIA-ROMAGNA	8.13%	33.90%	66.10%	PUGLIA	6.02%	25.81%	74.19%
LAZIO	7.95%	42.24%	57.74%	PA. BOLZANO	5.05%	90.53%	9.47%
PIEMONTE	7.83%	42.33%	57.67%	CAMPANIA	3.13%	44.76%	55.24%
SARDEGNA	6.82%	40.17%	59.83%	CALABRIA	2.09%	48.85%	51.15%
LOMBARDIA	6.38%	38.84%	61.16%	SICILIA	1.55%	56.87%	43.13%
PA. BOLZANO	5.84%	55.54%	44.46%	SARDEGNA	0.84%	55.46%	44.54%
Totale	10.68%	38.77%	61.23%	Totale	10.25%	40.60%	59.40%

Indice di fuga = $\frac{\text{volume di ricoveri in Mobilità Passiva}}{\text{volume di ricoveri in Mobilità Passiva} + \text{volume di ricoveri in assenza di mobilità}}$
Indice di attrazione = $\frac{\text{volume di ricoveri in Mobilità Attiva}}{\text{volume di ricoveri in Mobilità Attiva} + \text{volume di ricoveri in assenza di mobilità}}$

Portale Statistico AGENAS

Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
**Capacità di offerta di
 ricovero per patologie
 oncologiche che copra
 la domanda interna**

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

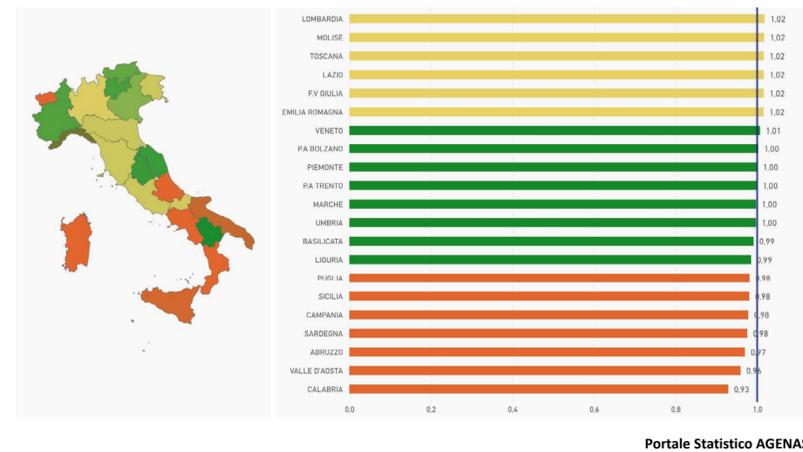


$$ISDI = \frac{\text{volume di ricoveri in Mobilità Attiva} + \text{volume di ricoveri in assenza di mobilità}}{\text{volume di ricoveri in Mobilità passiva} + \text{volume di ricoveri in assenza di mobilità}}$$

Portale Statistico AGENAS

Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
**Capacità di offerta
 specialistica
 ambulatoriale che
 copra la domanda
 interna**

Indice di Soddisfazione della Domanda Interna. Anno 2022



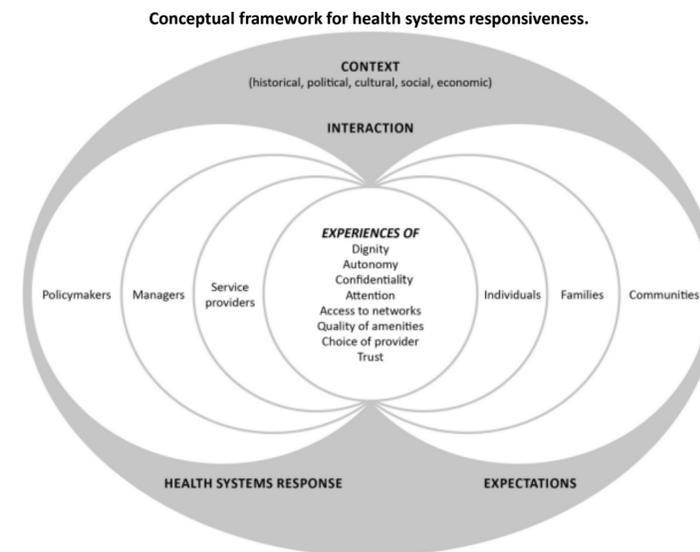
Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
**Mobilità specialistica
ambulatoriale
anno 2022**

Regione	IFtot	VFpub %	VFpriv %	Regione	IAv	VApub %	VApriv %
MOLISE	12.61%	65.21%	34.79%	MOLISE	14.09%	11.42%	88.58%
CALABRIA	7.74%	60.17%	39.83%	BASILICATA	4.56%	44.51%	55.49%
VALLE D'AOSTA	4.36%	74.20%	25.80%	LAZIO	3.59%	40.05%	59.95%
ABRUZZO	5.73%	51.85%	48.15%	FV GIULIA	3.49%	91.98%	8.02%
BASILICATA	5.40%	62.17%	37.83%	EMILIA ROMAGNA	3.19%	90.98%	9.02%
LIGURIA	4.10%	74.01%	25.99%	TOSCANA	3.00%	96.28%	3.62%
UMBRIA	3.23%	66.77%	33.23%	PA TRENTO	2.94%	56.64%	43.36%
CAMPANIA	3.18%	56.03%	43.97%	UMBRIA	2.93%	99.59%	0.41%
PA TRENTO	3.01%	77.10%	22.90%	LOMBARDIA	2.84%	42.55%	57.45%
SARDEGNA	2.93%	63.03%	36.97%	ABRUZZO	2.80%	82.11%	17.89%
PUGLIA	2.68%	57.92%	42.08%	LIGURIA	2.65%	91.96%	8.04%
MARCHE	2.65%	67.88%	32.12%	VENETO	2.49%	67.78%	32.22%
SICILIA	2.36%	62.78%	37.22%	VALLE D'AOSTA	2.39%	99.20%	0.80%
LAZIO	2.03%	65.15%	34.85%	MARCHE	2.37%	54.37%	45.63%
PIEMONTE	2.02%	50.63%	49.37%	PA BOLZANO	2.16%	95.82%	4.18%
FV GIULIA	1.92%	69.39%	30.61%	PIEMONTE	2.04%	82.15%	17.85%
PA BOLZANO	1.91%	75.74%	24.26%	CAMPANIA	1.02%	22.18%	77.82%
VENETO	1.79%	73.10%	26.90%	PUGLIA	0.83%	72.20%	27.80%
EMILIA ROMAGNA	1.68%	54.01%	45.99%	CALABRIA	0.72%	47.86%	52.14%
TOSCANA	1.42%	68.87%	31.13%	SARDEGNA	0.51%	59.51%	40.49%
LOMBARDIA	1.08%	72.36%	27.64%	SICILIA	0.44%	37.30%	62.70%
Totale	2.36%	62.65%	37.35%	Totale	2.36%	62.65%	37.35%

Indice di fuga = $\frac{\text{volume di ricoveri in Mobilità Passiva}}{\text{volume di ricoveri in Mobilità Passiva} + \text{volume di ricoveri in assenza di mobilità}}$
Indice di attrazione = $\frac{\text{volume di ricoveri in Mobilità Attiva}}{\text{volume di ricoveri in Mobilità Attiva} + \text{volume di ricoveri in assenza di mobilità}}$

Portale Statistico AGENAS

Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
Crisi di Responsività
 Non solo Tempi di attesa



Tolib Mirzoev, Sumit Kane. . BMJ Glob Health 2017

non esiste ancora una definizione che consenta una interpretazione univoca del termine e che consenta al suo significato, ai suoi obiettivi e ai modi per raggiungerli di essere meno vaghi e soggetti ad interpretazioni e usi diversi.

Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
Sostenibilità

un sistema sostenibile deve soddisfare contemporaneamente tre requisiti:
l'efficacia economica, promuovendo un'economia responsabile strumentale all'obiettivo sociale
l'equità sociale, favorendo la coesione sociale attraverso l'accesso ai servizi che rispondono ai bisogni essenziali
la **tollerabilità ecologica**, preservando l'ambiente ed economizzando le risorse naturali.

Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
**Sostenibilità del
Sistema Sanitario**

«un equilibrio appropriato tra gli aspetti culturali, sociali ed economici dei servizi (dalla promozione della salute e prevenzione delle malattie al ripristino della salute e il sostegno alla fine della vita) progettati e prodotti per soddisfare i bisogni di salute e di assistenza delle persone e della popolazione, che consenta alle attività di continuare indefinitamente in futuro».

Defining Health and Health Care Sustainability
Canadian Alliance for Sustainable Health Care 2014

Transizioni, sfide, difficoltà, criticità.
**Sostenibilità: tema non
aggirabile**

Il ritmo di crescita della spesa sanitaria (prevalentemente coperta da finanziamento pubblico) è superiore a quello della crescita economica e può compromettere le risorse da destinare ad altri settori che hanno importante impatto sulla salute.

Tuttavia, il tema della sostenibilità non può esaurirsi nella sua dimensione finanziaria. Le disuguaglianze, la scarsità di risorse, la qualità e la produttività dei servizi, la fiducia dei cittadini e le aspettative della società sono altrettanto importanti per la durabilità di un sistema.

ma,

La sostenibilità del sistema sanitario è strumentalmente esclusivamente ricondotta alla sola dimensione economico-finanziaria, confondendo le due componenti e gli ambiti di responsabilità che le stesse chiamano in causa, per sostenere cambiamenti nel governo istituzionale e nel finanziamento.

Sostenibilità economica

Il costo opportunità, costo-efficacia, delle risorse investite. Finché il valore prodotto spendendo nell'assistenza sanitaria supera il valore che si sarebbe prodotto spendendo in altri settori, la crescita della spesa può essere definita economicamente sostenibile.

Sostenibilità finanziaria (o fiscale)

La capacità di finanziare la spesa sanitaria pubblica.

**Contrastare sprechi,
abusi e frodi. Doveroso
e necessario ma ...**

Le politiche di contrasto alla spesa inefficace e dispendiosa o di controllo dei costi sono doverose e necessarie. Tuttavia, è illusorio pensare che da sole siano sufficienti a garantire la sostenibilità del sistema sanitario italiano. È necessario un approccio multidimensionale che parta dal riconoscere il valore economico che la salute ha per la persona, la comunità e i contribuenti.

Nei prossimi due decenni la crescita della spesa sanitaria da fonti pubbliche probabilmente supererà sia la crescita dell'economia che delle entrate pubbliche nei paesi OCSE.

Si prevede che, senza altri importanti cambiamenti politici, la spesa sanitaria determinerà un aumento di 3,0 punti percentuali entro il 2040 rispetto ai livelli pre-pandemici, attestandosi all'11,8% del PIL nel 2040, in media nei paesi OCSE.

È quindi necessaria un'azione urgente per finanziare sistemi sanitari più resilienti, garantendo al tempo stesso la sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari.

Sono necessari cambiamenti politici più ambiziosi e trasformativi per frenare la crescita della spesa sanitaria, rafforzando al tempo stesso la resilienza e mantenendo un'assistenza di alta qualità e accessibile per tutti.

Evitare ipocrite semplificazioni

L'approccio alla sostenibilità che si esaurisce nella presunta insostenibilità fiscale finisce per essere un pretesto per raccomandare l'aumento del finanziamento privato ed è il primo ostacolo alla realizzazione dei cambiamenti (nel finanziamento, nell'organizzazione dei servizi, nella programmazione e nella regolazione delle professioni) necessari per massimizzare la sostenibilità del SSN.

**Non si possono
schivare le
responsabilità politiche**

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

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

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

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

Darsi una prospettiva e recuperare capacità di programmazione strategica

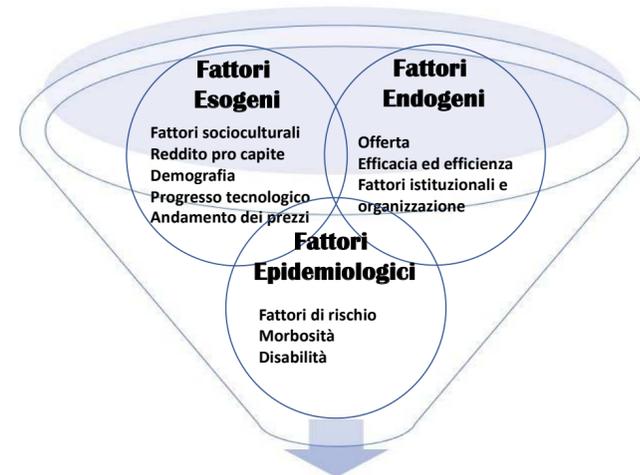
Liberarsi dell'esclusivo approccio contingente e reattivo, che genera risposte guidate da ciò che domina la scena politica del momento. Risposte spesso incoerenti e strumentali ad altri non dichiarati fini, piuttosto che dalla prospettiva dei cambiamenti necessari a migliorare la sostenibilità del SSN.

**Una “prospettiva”
credibile ed esaustiva**

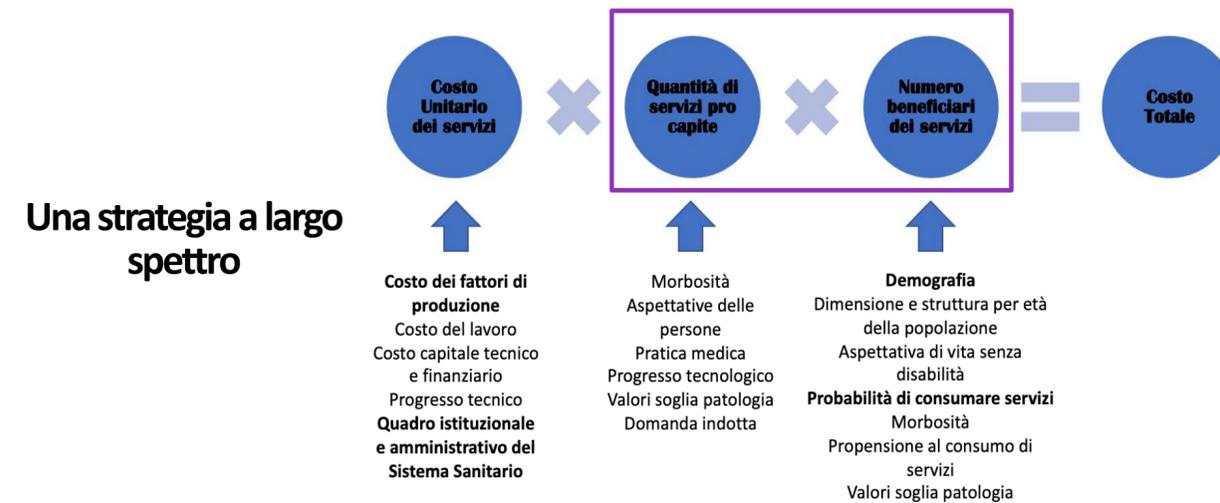
Distinguere le tattiche congiunturali a breve termine, finalizzate a ridurre le spese, con le strategie a medio termine che perseguono una riorganizzazione capace di agire su tutte le dimensioni del sistema (risultati di salute, responsabilità, qualità della vita e sostenibilità nel tempo) e che hanno una prospettiva che richiede un lungo periodo prima di fornire risultati apprezzabili.

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

Una strategia che non
 limiti l'azione ai soli
 fattori endogeni al
 sistema sanitario



Spesa Sanitaria



Un forte impegno
**Trasformare il modo in
cui funziona il sistema**

Il maggior difetto che scontiamo, nelle politiche quanto nei servizi, non è tanto di conoscenza di ciò sarebbe più opportuno fare né di assenza di strumenti per farlo. Manca la volontà trasformativa necessaria.

Guidati dal paradigma di salute di tipo bio-psico-sociale in una prospettiva di one health, trasformare il sistema apportando coerenti cambiamenti negli strumenti attuativi (II° ordine) e nel contesto organizzativo (I° ordine) in modo che possa soddisfare al meglio gli obiettivi di qualificazione e di sostenibilità nel rispetto dei valori e dei principi cui si ispira il SSR.

Adottare una strategia che, non rinunciando all'eccellenza ospedaliera nella gestione dell'acuto, sviluppi pienamente l'assistenza territoriale secondo un modello «istituzionale» con approccio proattivo.

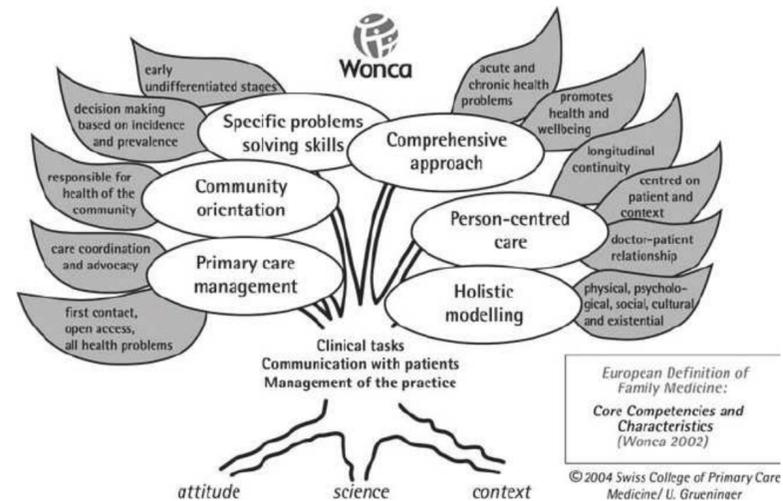
Un forte impegno politico
**una Governance Stato-
Regioni efficace**

- ad assicurare l'universalità delle garanzie, la coerenza delle autonomie programmatiche ed organizzative delle Regioni con i principi e gli obiettivi del SSN, l'effettiva attivazione dei poteri sostitutivi da parte del livello centrale;
- ad attivare sperimentazioni regionali di forme organizzativo-gestionali finalizzate a individuare innovazioni in grado di produrre cambiamenti migliorativi da integrare nelle dinamiche di funzionamento dell'intero SSN;
- ad assicurare una formazione, una programmazione del fabbisogno e un governo del personale sanitario, coerente con la configurazione organizzativa da dare al sistema dei servizi e con le priorità di salute da perseguire;
- a garantire una sostenibilità fiscale coerente con i livelli di assistenza da assicurare .

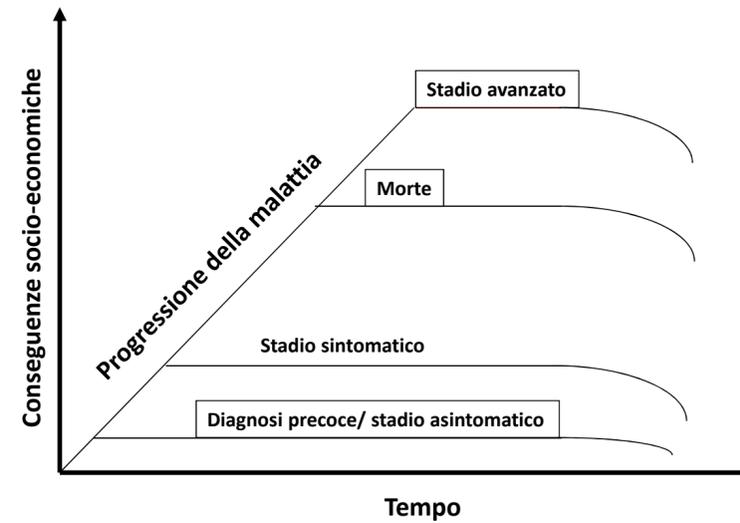
Un forte impegno politico
**Garantire un alto
valore alle risorse
impiegate**

- **Valore allocativo** – assegnare le risorse a interventi/gruppi che massimizzano il valore per la popolazione .
- **Valore tecnico:** assicurare che le risorse siano utilizzate in modo efficiente ed efficace, riducendo al minimo gli sprechi e i danni evitabili nel fornire assistenza.
- **Valore per il destinatario:** garantire che le decisioni siano basate sulle cose che contano per il singolo paziente .

**Assumere un
 paradigma di
 riferimento per l'azione
 di tipo bio-psico-sociale**



Adottare un approccio proattivo e di iniziativa



Un sistema socio-sanitario senza muri, inclusivo

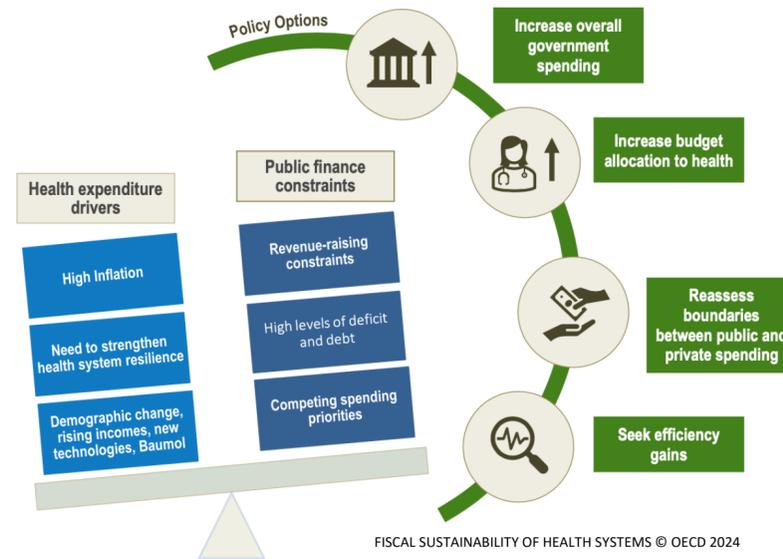


Conciliare la logica di
 produzione della salute
 con la logica della cura
 della malattia



Adattato da O'Neill et coll. (2006)

**Garantire la
sostenibilità fiscale**



**Il secondo pilastro
privato può essere una
soluzione alla
sostenibilità
finanziaria?**

I fattori dello sviluppo del secondo pilastro sostengono:

- che consentirebbe di rendere finanziariamente compatibile la crescita inevitabile della spesa sanitaria, perché offrirebbe un'ulteriore fonte di finanziamento e perché consentirebbe di contenere la crescita della spesa pubblica;
- che consentirebbe di migliorare la responsività del sistema pubblico, che risulterebbe decongestionato di quella quota parte di coloro che ricorrono alle prestazioni al canale dei provider dell'assicurazione, e ridurrebbe la spesa privata dei cittadini.

Le evidenze non sono confortanti

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

Funzioni e compiti amministrativi nei diversi sistemi di finanziamento della salute

La moltiplicazione dei fonti di finanziamento ha un impatto significativo sui costi amministrativi

Funzione di finanziamento della salute	Attività amministrative	Basato su Cittadinanza Tax-financed	Basato su assicurazione			
			Unico assicuratore	Più assicuratori		
				Assicurazione sociale, nessuna scelta	Assicurazione sociale, a scelta	Assicurazione privata
Mobilizzazione delle risorse	Comunicazione del prodotto	0	0	0	+	++
	Iscrizione dei membri	0	+	++	++	++
	Raccolta di contributi	+	+	++	++	++
Messa in comune (Pooling)	Gestione delle esenzioni	0	+	++	++	0
	Sottoscrizione	0	0	0	0	+
	Pooling e trasferimenti risorse	+	+	+	+	+
Acquisto	Gestione delle informazioni sull'equalizzazione del rischio	0	0	+	+	0
	Negoziazione di acquisti, contratti	+	+	++	++	++
	Elaborazione dei reclami, pagamento del fornitore, rimborso dei pazienti	+	+	++	++	++
Amministrazione e gestione	Coordinamento delle cure	+	+	++	++	0/++
	Gestione esecutiva, gestione delle risorse umane, supervisione	+	+	++	++	++
	Pianificazione delle politiche, Paniere di benefici	+	+	+	++	++
	Sorveglianza, monitoraggio, applicazione e ricorso	+	+	+	+	++

0 Funzione non rilevante nel sistema di finanziamento o eseguita solo marginalmente.
+ Funzione svolta nel sistema di finanziamento.
++ Funzione svolta nel sistema di finanziamento con costi stimati più elevati per unità attraverso economie di scala inferiori.
Fonte: basata sul quadro di Nicolle e Mathauer (2010), "Costi amministrativi dei regimi di assicurazione sanitaria: esplorare i motivi della loro variabilità".

**Il valore economico
della salute (per la
persona, la comunità, i
contribuenti)**

La cattiva salute rappresenta un costo importante e crescente per l'economia del paese, per le persone e per i contribuenti.

Considerare non solo il costo per avere cittadini in buona salute ma, anche e piuttosto, il costo per le finanze pubbliche e per l'economia generale di avere cittadini in cattiva salute.

Considerare nel valore economico l'evitare il costo di non essere in buona salute dovuto all'insorgenza o alla progressione delle malattie croniche.



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

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

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

**Per assicurare una
migliore sostenibilità
fiscale**

La spesa sanitaria pubblica, nella misura in cui è chiamata a garantire il l'unico diritto sociale costituzionalmente tutelato, è considerabile una spesa costituzionalmente necessaria.

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

Rivedere il sistema di finanziamento della non autosufficienza.

Tassare i determinanti commerciali negativi (tabacco, «cibo spazzatura», alcolici e combustibili fossili).

Contrastare gli «sprechi»

- **sprechi da assistenza dispendiosa:**
Eventi avversi clinici prevenibili,
Cure di basso valore,
Duplicazione superflua dei servizi.
- **sprechi operativi:**
scarsa organizzazione e difetti di coordinamento.
- **sprechi legati alla governance/amministrativi:**
lo spreco amministrativo da cattiva organizzazione e da difetti di coordinamento, a livello micro (manager) o macro (regolatore);
deviazione di risorse dal perseguimento degli obiettivi istituzionali.

Migliorare il valore della spesa per i prodotti farmaceutici

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

Promuovere la prescrizione appropriata e contrastare l'uso eccessivo

Deprescribing e riconciliazione della terapia farmacologica

Migliorare l'aderenza al trattamento

Aggiornamento non unidirezionale e ad intervalli annuali del prontuario terapeutico

Massimo sfruttamento del potenziale risparmio derivante da farmaci generici e biosimilari

Ridurre gli sprechi ottimizzando il confezionamento



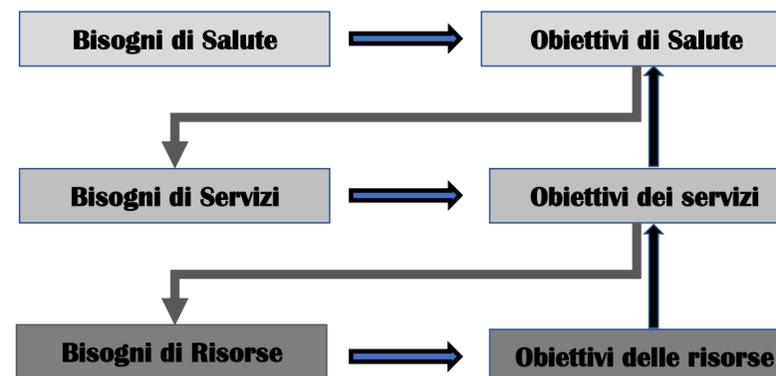
**Equilibrio tra le ragioni
della concentrazione e
quelle della prossimità**

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

**Investire per garantire una
forza lavoro adeguata per
garantire la qualità
dell'assistenza e
aumentare la capacità di
resilienza.
Superare i tetti di spesa.**

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

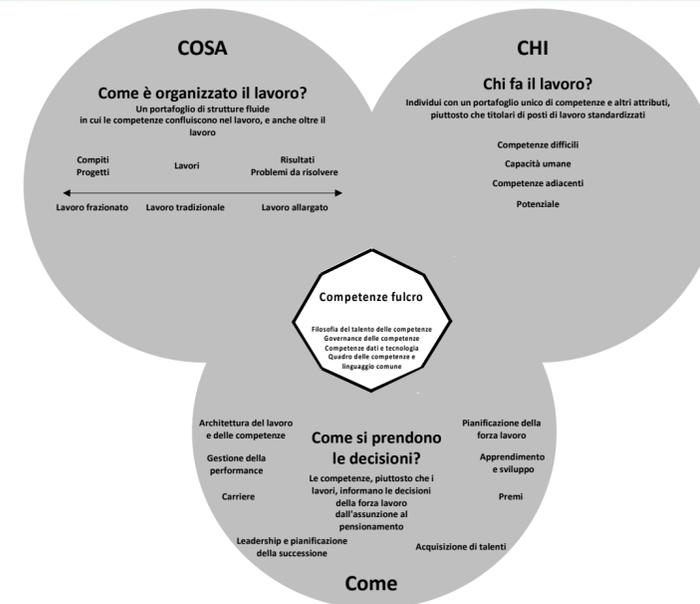
Programmare il fabbisogno di personale sulla base dei bisogni da soddisfare e dei servizi da produrre



**Garantire al SSN un
capitale umano e
professionale adeguato
e motivato**

- riallineare le competenze alle capacità
- rivedere l'organizzazione del lavoro
- realizzare condizioni di lavoro motivanti
- migliorare l'equilibrio di genere
- superare lo squilibrio domanda-offerta
- investire nello sviluppo del personale per una migliore la fornitura dei servizi
- unico rapporti di lavoro con il SSN con superamento della para subordinazione
- ripensare l'adeguatezza la formazione specialistica e il rapporto Università SSR

**Ripensare l'impiego e
 l'organizzazione delle
 competenze**



Siamo consapevoli del fatto che ogni trasformazione rimette in causa interessi “dominanti” e il sistema di valori su cui riposa il peso che ha il sistema di cura sul sistema di salute.

Ma, se vogliamo che il nostro sistema non continui verso quella fine a «coda di topo» su cui da tempo è incamminato, dobbiamo evitare di continuare secondo tentativi di accomodamento che cercano di minimizzare gli effetti sulla distribuzione dei privilegi esistenti, ma raramente evolvono verso migliori risultati