

# La sostenibilità finanziaria del S.S.N.

Dr. Agostino Scardamaglio  
Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia

## La spesa per la salute

**La salute non può essere considerata un bene economico qualunque, ma un bene primario con caratteristiche uniche e peculiari.**

- l'incertezza dei risultati;
- le condizioni socio-culturali del consumatore,
- la sua incapacità a scegliere la terapia e la necessità di affidarsi ad altri (medici ed istituzioni),
- la caratteristica di bene pubblico,
- il problema della deontologia e della morale,
- le implicazioni politiche, ecc.

Da ciò originano anche le difficoltà di studiare e di applicare le leggi economiche che regolano il mercato sanitario.

## Sproporzione costi-risorse

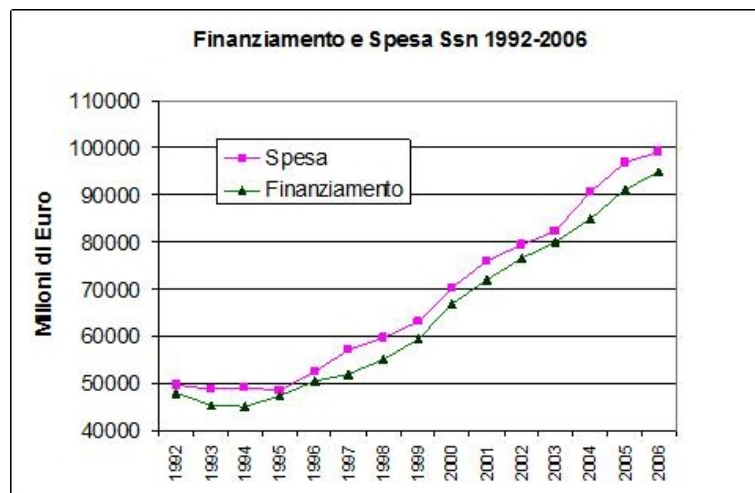
**Crescente aumento dei costi sanitari conseguente all'aumento del "bisogno di salute" in assenza di un corrispettivo aumento delle risorse atte a soddisfarli.**

-Il bene-salute, infatti, oggi è molto più richiesto che in passato, per motivi sociali, culturali, politici, pubblicitari, ecc.;

-La scarsità di risorse pone, già da tempo, il problema della sostenibilità dei crescenti "bisogni di salute" della popolazione assistibile.

Scardamaglio A.

## Sproporzione costi-risorse



Scardamaglio A.

## Differenza tra costo e spesa

Il **costo** rappresenta l'onere sostenuto per produrre un bene o un servizio oppure per l'acquisto di un bene utile alla produzione. Costituisce la variazione negativa dello stato patrimoniale connessa al processo produttivo.

La **spesa** rappresenta l'onere che la produzione di quel bene o servizio implicitamente comporta. Costituisce una tipologia di costo indiretto. Esempi: manodopera, energia, materiali di consumo, ecc.

In finanza pubblica i termini vengono spesso usati indifferentemente.

Scardamaglio A.

## I determinanti della spesa

- 1) TRANSIZIONE DEMOGRAFICA ED EPIDEMIOLOGICA
- 2) I BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE
- 3) IL PROGRESSO SCIENTIFICO E TECNOLOGICO
- 4) DOMANDA DI SALUTE INDOTTA



Scardamaglio A.

## 1. I fenomeni della transizione

- La transizione demografica comporta una crescita della popolazione per la diminuzione del numero delle nascite ed il corrispondente aumento della speranza di vita.
- L'O.M.S. stima che entro pochi anni le malattie non trasmissibili diventeranno la più importante causa globale di malattia e di morte.
- Il ruolo della dieta e della sedentarietà (stili di vita) nella genesi e nell'evoluzione di queste malattie è estremamente importante.



Scardamaglio A.

## 1. Le malattie emergenti

- Cardiopatie ischemiche
- Ictus
- Obesità
- Diabete tipo II
- Cancro colon-retto
- Ansia e stress
- Osteo-artrite
- Osteoporosi
- Lombalgie



Scardamaglio A.

## 2. I bisogni di salute

Costituiscono:



- Aspettative di salute e di qualità della vita (bisogni espliciti o percepiti)
- Prerogative per la salute e la qualità della vita riconosciute dal sistema (bisogni latenti o non percepiti)
- la base della domanda sanitaria
- l'oggetto dell'offerta sanitaria
- indicatori di qualità (grado di soddisfacimento)



Scardamaglio A.

## 2. Indicatori di bisogno

- Età media
- Aspettativa di vita alla nascita
- Aspettativa di vita in salute alla nascita
- Tasso di mortalità adulta
- Tasso di mortalità infantile



Scardamaglio A.

## 2. Dal bisogno alla domanda

Comprendere i complessi meccanismi che conducono le persone a tramutare i sintomi di un malessere (i bisogni di salute) in domanda di prestazioni sanitarie è un passo fondamentale per cogliere l'evoluzione dei consumi e della spesa sanitaria.

La domanda di prestazioni sanitarie si manifesta quando una malattia, un incidente o un semplice malessere minacciano la salute.



Scardamaglio A.

## 2. Dal bisogno alla domanda

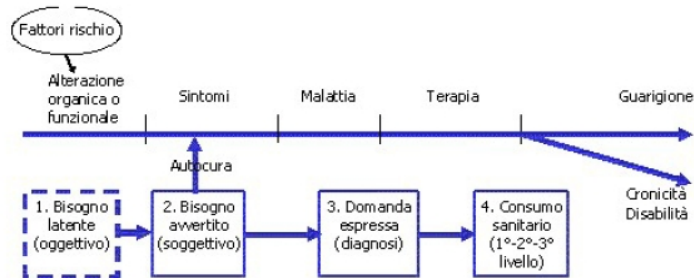
Il processo di trasformazione dei bisogni di salute in domanda di prestazioni passa per varie fasi.

- 1) Bisogno ancora in fase latente, perché asintomatico (ad es. i tumori, il diabete, cfr. fase 1 in fig. 1), ma oggettivo perché si è prodotta un'alterazione organica o funzionale nell'individuo
- 2) La percezione del bisogno avviene sotto forma di sintomi, stati di malessere o dolore acuto (fase 2)
- 3) Recandosi dal medico, l'individuo tramuta il bisogno di salute in una domanda di informazione (la diagnosi) e, quindi, in una domanda di cure (fase 3).

Scardamaglio A.

## 2. Dal bisogno alla domanda

4) Emessa la diagnosi, il medico può rinviare il paziente a casa con semplici consigli, prescrivere una terapia o indirizzare il paziente a servizi di secondo livello (specialista, ospedale) per accertamenti o cure (fase 4).



Scardamaglio A.

## 2. Dalla domanda al fabbisogno

Dall'analisi della domanda per una determinata malattia si perviene alla misura del numero di casi verificatisi e alla sua valutazione prospettica (probabilistica) per il futuro.

Tale tipo di analisi ci orienterà circa le risorse che saranno consumate per la patologia in esame nel segmento temporale oggetto della valutazione.

Tale tipo di valutazione viene chiamata:

**determinazione del fabbisogno**



Scardamaglio A.

## 2. Dalla domanda al fabbisogno



Figura 1 - Bipolarità della determinazione delle risorse economiche per la sanità

Scardamaglio A.

## 2. Dal fabbisogno all'offerta

La tappa successiva alla determinazione del fabbisogno consiste nel modulare l'offerta sanitaria in termini di:

- Risorse strutturali e strumentali
- Risorse umane e tecnologiche
- Procedure organizzative evidence based (percorsi diagnostici-terapeutici, linee guida, gestione del rischio)
- Piani di investimento per l'aggiornamento formativo e tecnologico destinati alla costante qualificazione dell'offerta.



Scardamaglio A.



## 2. Equilibrio domanda-offerta

Un tempo improntato sulla spesa storica, oggi è in Italia essenzialmente basato sul bisogno di assistenza (quota capitaria integrata secondo criteri di ponderazione) e sui livelli di produzione (sistema tariffario).

A livello empirico si utilizzano:

- Strumenti di programmazione e controllo dei livelli di spesa (tetti, target, accordi contrattuali) e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- Sistemi strutturati e formalizzati di programmazione "negoziata", che correlano i sistemi di finanziamento a obiettivi di spesa e di attività.



Scardamaglio A.

## 2. Equilibrio domanda-offerta

A livello teorico, in riferimento a variabili di domanda e di offerta, si riconoscono i seguenti modelli di Finanziamento:

- **modelli orientati alla domanda:** *Gouveia – Sindrome di Sisifo;*
- **modelli orientati all'offerta:** Teoria di Wagner - Burocrazia alla Niskanen - Modello di Baumol



Scardamaglio A.

## 2. Squilibrio domanda-offerta

E' in buona parte dovuto ad un aumento della domanda complessiva, correlato a:

- l'aumento del reddito della popolazione che determina un aumento dei consumi;
- l'invecchiamento della popolazione con un corrispondente aumento dei bisogni;
- l'induzione della domanda dovuta all'aumento del numero dei medici e all'introduzione di meccanismi di finanziamento basati sui volumi di produzione;
- l'introduzione di nuove e spesso più costose tecnologie sanitarie (apparecchiature, farmaci, procedure assistenziali) con conseguente induzione della domanda delle prestazioni ad esse collegate.

Scardamaglio A.

## 2. Squilibrio domanda-offerta

Rappresenta comunque la regola nel governo dei Moderni Sistemi Sanitari caratterizzati da risorse scarse e bisogni infiniti.

Abitualmente vengono adottate due strategie che agiscono sull'offerta:

- **Razionamento**
- **Razionalizzazione**



Scardamaglio A.

## 2. Razionamento

### 1. Metodi economici

- a) spesa a totale carico del paziente;
- b) spesa parzialmente a carico del paziente;
- c) riduzione dei tempi di ricovero (DRG).

### 2. Metodi dissuasivi

- a) non erogazione delle prestazioni (deviazione ad altra struttura sanitaria);
- b) aumento dei tempi di attesa per ottenere le prestazioni;
- c) aumento dei tempi di risposta degli accertamenti bio-umorali e strumentali;
- d) riduzione delle sedi di erogazione;
- e) scarsa disponibilità degli orari di accesso;
- f) riduzione dei comfort;
- g) scarsa disponibilità del personale.



Scardamaglio A.

## 2. Razionamento

### Alternative al razionamento

- a) aumento del finanziamento (agisce ovviamente sulla spesa pubblica e implica – pertanto – la sottrazione di risorse finanziarie da altre voci del bilancio dello Stato);
- b) aumento delle imposte (agisce direttamente sulla popolazione mediante un'azione di fiscalizzazione degli oneri sociali, con alcuni evidenti problemi che ne possono derivare);
- c) mantenimento dei livelli assistenziali, con riduzione della qualità



Scardamaglio A.

## 2. Razionalizzazione

Implica miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità perseguito attraverso la definizione:

- delle prestazioni che devono essere offerte (LEA),
- del fabbisogno;
- del sistema di remunerazione
- dei processi di erogazione
- della valutazione esiti/effetti
- di un operare complessivo nel rispetto dei vincoli normativi e di spesa
- nel ricorso crescente a forme di autofinanziamento per diverse funzioni di spesa



Scardamaglio A.

## 2. Razionalizzazione

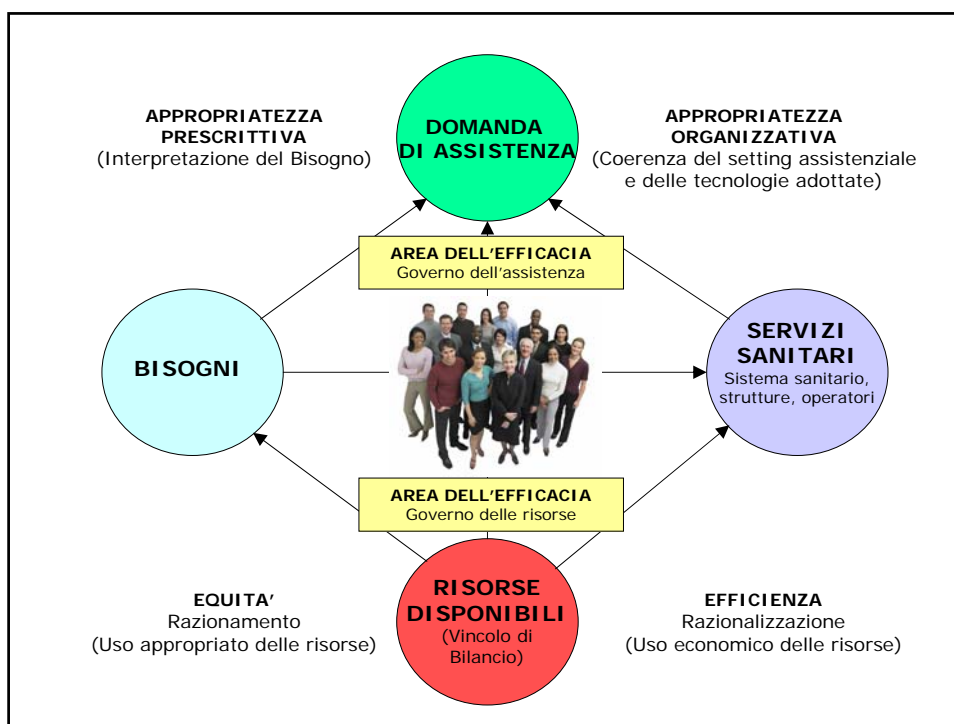
### I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

l'evoluzione storica del concetto di "essenziale":

- nell'800: ciò che evita la diffusione delle malattie
- inizio '900: ciò che preserva la forza lavoro
- anni '80: ciò che può offrire la medicina ufficiale
- anni '90: ciò che è economicamente conveniente
- anni recenti: ciò che è efficace



Scardamaglio A.



### 3. Lo sviluppo tecnologico

- Lungo periodo: invecchiamento della popolazione (costo nuove tecnologie + allungamento vita media > risparmio garantito da migliori stati di salute)
- Breve periodo impatto tecnologie sanitarie se introdotte senza corretta valutazione del costo-beneficio
- Disponibilità di nuova tecnologia crea la propria domanda, a fronte di Pz. sempre più informati sulle tecnologie innovative.
- Overlapping (sovrapposizione): aumento dei costi overlapping di tecnologie



Scardamaglio A.

### 3. Tecnologie sanitarie

CATEGORIE DI TECNOLOGIE SANITARIE	ESEMPI
Farmaci	aspirina, betabloccanti, penicillina, vaccini
Device, apparecchiature	pacemaker, CT scanner, guanti chirurgici, kit per test diagnostici
Procedure mediche e chirurgiche	psicoterapia, angiografia coronaria
Sistemi di supporto	cartella clinica elettronica, sistemi di telemedicina, banche del sangue, laboratori clinici
Soluzioni organizzative e manageriali	sistemi di tariffazione legati ai Drg, percorsi clinici, programmi di total qualità management

Scardamaglio A.

### 4. Asimmetria informativa

*Produce inefficienze nell'erogazione di prestazioni sanitarie di rilevanza etica. Infatti in assenza di opportuni meccanismi incentivanti*

- **il rapporto medico-assistito (rapporto di agenzia)**  
è turbato da comportamenti opportunistici attraverso l'operare congiunto dei meccanismi di **selezione avversa** dei medici da parte dei pazienti (opportunismo pre-contrattuale) e di **azzardo morale** del medico nei confronti dei pazienti (opportunismo post-contrattuale)
- **rapporto tra soggetto pagatore e soggetto erogatore**  
**Codifica opportunistica** delle prestazioni sanitarie (SDO)  
Creazione di **domanda indotta**



Scardamaglio A.

## 4. Rapporto di agenzia

La relazione di agenzia è definita come "un contratto in base al quale una o più persone (**principale**) obbliga un'altra persona (**agente**) a ricoprire per suo conto una data mansione, che implica una delega di potere all'agente".

Il rapporto medico-paziente è una relazione di agenzia



Scardamaglio A.

## 4. Rapporto di agenzia

Il contratto di agenzia presenta alcuni rischi, dovuti a **comportamenti opportunistici** posti in essere dalle parti, che tendono a massimizzare la propria utilità (tale comportamento opportunistico non è eliminabile, può essere tuttavia limitato).

Si riconoscono tre tipi di opportunismo:

**La selezione avversa**

**L'azzardo morale**

**Domanda indotta**



Scardamaglio A.

## 4. Comportamenti opportunistici

- **Selezione avversa:** i pazienti sono indotti a selezionare, tra la popolazione potenziale di medici (erogatori), coloro che si caratterizzano per la capacità che hanno di soddisfare date preferenze e/o esigenze
- **Azzardo morale:** il medico (erogatore) è il soggetto informato che può utilizzare in senso strategico l'informazione di cui dispone al fine di soddisfare date preferenze o aspettative dei pazienti, e selezionarsi egli stesso come "migliore curante/erogatore".
- **Domanda indotta:** il medico (erogatore), propulsore della domanda di prestazioni sanitarie, può avere forti incentivi a generare una domanda eccessiva di prestazioni e di farmaci rispetto a quella riconducibile agli specifici bisogni dell'assistito

Scardamaglio A.

## 4. Domanda di salute indotta

Il medico è in grado di influenzare la domanda nei modi seguenti:

- può modificare la percezione del paziente delle proprie necessità (induzione specifica)
- in quanto opinion leader e primo decisore, è nelle condizioni di poter enfatizzare le capacità della tecnologia medica di soddisfare le esigenze dell'assistito (induzione aspecifica);
- decide, dopo la valutazione iniziale, il numero e la cadenza dei controlli clinici e dei tests strumentali a supporto della decisione

Il fenomeno, da tempo noto, viene denominato **SID (Supply Induced Demand)**.

Scardamaglio A.



## 4. Domanda di salute indotta

Il mercato sanitario è per definizione imperfetto. L'asimmetria di informazioni, l'incertezza sui costi e sul risultato delle cure e la funzione di agenzia del medico sono alla base di un'anomalia tipica del settore sanitario:

- 1) la facoltà dell'offerta di indurre la domanda e di prendere in carico selettivamente determinati tipi di pazienti (cream skinning).
- 2) l'induzione diretta di prestazioni da parte della domanda.

Queste due speculari forme di induzione delle prestazioni ne condizionano l'appropriatezza e sono alla base di un equivoco sulla funzione delle cure primarie nel governo della domanda.

Scardamaglio A.

## 4. Difensivismo medico

Altra distorsione del rapporto di agenzia medico-paziente è rappresentato dalla cosiddetta "**Medicina difensivistica**".

Il medico, nel timore di essere perseguito dall'Autorità Giudiziaria, prescrive accertamenti, anche strumentali, eccedenti rispetto alle reali esigenze cliniche dei casi osservati.



Scardamaglio A.

## 4. Logiche di appartenenza

Nell'attuale dinamica domanda-offerta si riconoscono 4 tipologie di strategie operative, legate all'appartenenza a macro-aree di interessi concreti, perseguite dagli attori coinvolti:

- **Consumerismo:** Centralità del cittadino-utente, Carte dei Servizi, reclami, partecipazione alle decisioni, accountability, associazioni di consumatori, ecc.
- **Professionalismo:** autonomia del produttore (clinico); difesa delle prerogative professionali, autoreferenzialità, medicina intesa come cura di singoli casi, attenzione per le risorse su basi clinico-organizzative (iso-risorse, iso-gravità, iso-assistenza ...), ecc.
- **Aziendalismo:** medicina intesa come tutela sanitaria della popolazione residente nell'Asl, EBM, gestione del rischio, progettualità sostenibile, efficienza, efficacia, economicità, ecc.
- **Privatismo:** politiche liberiste, mercato, libertà di scelta ed empowerment del consumatore, comunicazione strategica, marketing, concorrenza, deregulation, ecc.

Scardamaglio A.

## 4. Effetti prodotti

I suddetti meccanismi distortivi producono effetti "a cascata" riguardo:

- induzione di domanda generante offerta non qualificata;
- scarsa appropriatezza delle cure;
- eccessivo coinvolgimento del gestore pubblico costretto a distogliere risorse alla programmazione per destinarle al controllo;
- aumento artificioso della spesa pubblica



Scardamaglio A.

## Il prezzo della salute

**La salute non ha prezzo ma ha dei costi**

*La contrapposizione tra il valore infinito del bene-salute e la scarsità dei mezzi con cui garantirla rappresenta l'inadeguatezza di base per ogni soluzione finora adottata per finanziare la sanità.*



Scardamaglio A.

## Quale futuro per il finanziamento

*Se ancora vi sarà una sanità pubblica universalistica, il futuro passa senz'altro attraverso:*

- *La misurazione del fabbisogno di salute*
- *La modulazione di un'offerta ad esso corrispondente*
- *Il rispetto del più appropriato livello di assistenza previsto per l'erogazione delle prestazioni*
- *Modelli organizzativi sostenibili dal punto di vista, normativo, finanziario, organizzativo, logistico, cronologico e di rischio (tipo "Project Management")*
- *L'attivazione e la gestione della leva del cambiamento in quelle aree del Paese ove ancora si manifesta resistenza al recepimento dell'evoluzione normativa in corso (tipo "Change Management")*

Scardamaglio A.

## La cultura della sostenibilità

*Il nostro Sistema Sanitario Nazionale, già da tempo in bilico tra devoluzione e sottofinanziamento, può trovare una sua realistica riqualificazione attraverso l'utilizzo di modelli organizzativi ispirati al concetto di*

## **sostenibilità**



Scardamaglio A.

## La scelta sostenibile

***La sostenibilità  
appare ancora come una  
sorta di oggetto non  
identificato nell'attuale  
panorama sanitario***

Scardamaglio A.

