



Il edizione  
**ERNOBBIO  
SCHOOL**

UNA  
**COMUNITÀ  
CHE CURA**  
DALL'IDEA ALL'AZIONE

---

CERNOBBIOSCHOOL2025

**19, 20 E 21 FEBBRAIO 2025**



**CLAUDIO ZANON**

Direttore Scientifico Motore Sanità

# Cernobbio 2025

Una comunità che cura,  
con uno sguardo al futuro

- In termini di quota rispetto alla spesa sanitaria totale, l'“out of pocket” in Italia si attesta intorno al 20–23%. In altre parole, circa un quinto della spesa complessiva per la salute nel nostro Paese è sostenuto direttamente dai cittadini (senza passare da coperture pubbliche o parzialmente da coperture assicurative o fondi integrativi).
- **Buona parte è destinata al superamento delle liste d'attesa di cui però sarà fondamentale governare la domanda e non solo l'offerta grazie all'apporto dell'innovazione tecnologica**
- **Rispetto alla media OCSE, l'Italia si colloca in una fascia medio-alta per quota di spesa sanitaria pagata di tasca propria dai cittadini.**

Tabella stime/forecast (2015–2024)

Anno	Spesa OOP (mld €)*	% su spesa sanitaria totale (stima)
2015	34,0	21,5%
2016	34,7	21,8%
2017	35,8	22,0%
2018	36,9	22,2%
2019	38,0	22,4%
2020	36,5	21,2%
2021	37,5	21,6%
2022	38,5 – 39,0 (stima)	~ 22,0% – 22,2% (stima)
2023	39,0 – 39,5 (stima)	~ 22,1% – 22,3% (stima)
2024	40,0 – 41,0 (prev.)	~ 22,2% – 22,4% (prev.)

- La **quota destinata alle strutture private accreditate** si aggira, a livello nazionale, **tra il 24% e il 26%** della spesa sanitaria pubblica.
- La tendenza è stata **relativamente stabile** negli ultimi 7 anni, con variazioni limitate legate soprattutto a politiche regionali e alla gestione della pandemia.
- Esistono **significative differenze** su base regionale: in alcune Regioni si supera il 30%, in altre si resta sotto il 20%.
- Sommando la quota destinata alle strutture private accreditate con la componente out of pocket risulta che circa il 40%50% della spesa è compartecipata con il privato rendendo di fatto il **SSN un sistema misto in linea con gli altri sistemi welfare europei**.
- **Una trasformazione scarsamente governata negli ultimi due decenni**

Anno	% Finanziamento al privato accreditato (stima su spesa pubblica SSN)
2015	~ 24,0% – 24,5%
2016	~ 24,5% – 25,0%
2017	~ 24,5% – 25,0%
2018	~ 25,0% – 25,5%
2019	~ 25,0% – 26,0%
2020	~ 24,0% – 25,0% (1)
2021	~ 24,5% – 25,5%

Anno	% su Spesa Sanitaria Pubblica (stima nazionale)
2021	~ 24,5% – 25,5%
2022	~ 25,0% – 26,0% (1)
2023	~ 25,0% – 26,0% (2) (stima/forecast)

# $R \approx 0,70$

*Indicatore importante per comprendere la relazione tra spesa sanitaria e ricchezza*

- In economia sanitaria, la formula  $R \approx 0,70$  si riferisce a una forte correlazione statistica tra la **spesa sanitaria di un paese** (sia pubblica che privata) e il suo **PIL pro capite**.
- In pratica, significa che **circa il 70% della variabilità nella spesa sanitaria tra diversi paesi può essere spiegata dalle differenze nel loro livello di ricchezza**. Più un paese è ricco, più tende a spendere in sanità.

Questa correlazione è importante per diversi motivi:

- **Pianificazione sanitaria:** Aiuta i governi a prevedere la spesa sanitaria futura e a pianificare di conseguenza.
- **Confronti internazionali:** Permette di confrontare i sistemi sanitari di diversi paesi, tenendo conto delle differenze di ricchezza.
- **Analisi dell'efficienza:** Può essere utilizzata per valutare l'efficienza dei sistemi sanitari, confrontando la spesa con i risultati ottenuti in termini di salute.

# Debito/PIL

## *Il vero problema*

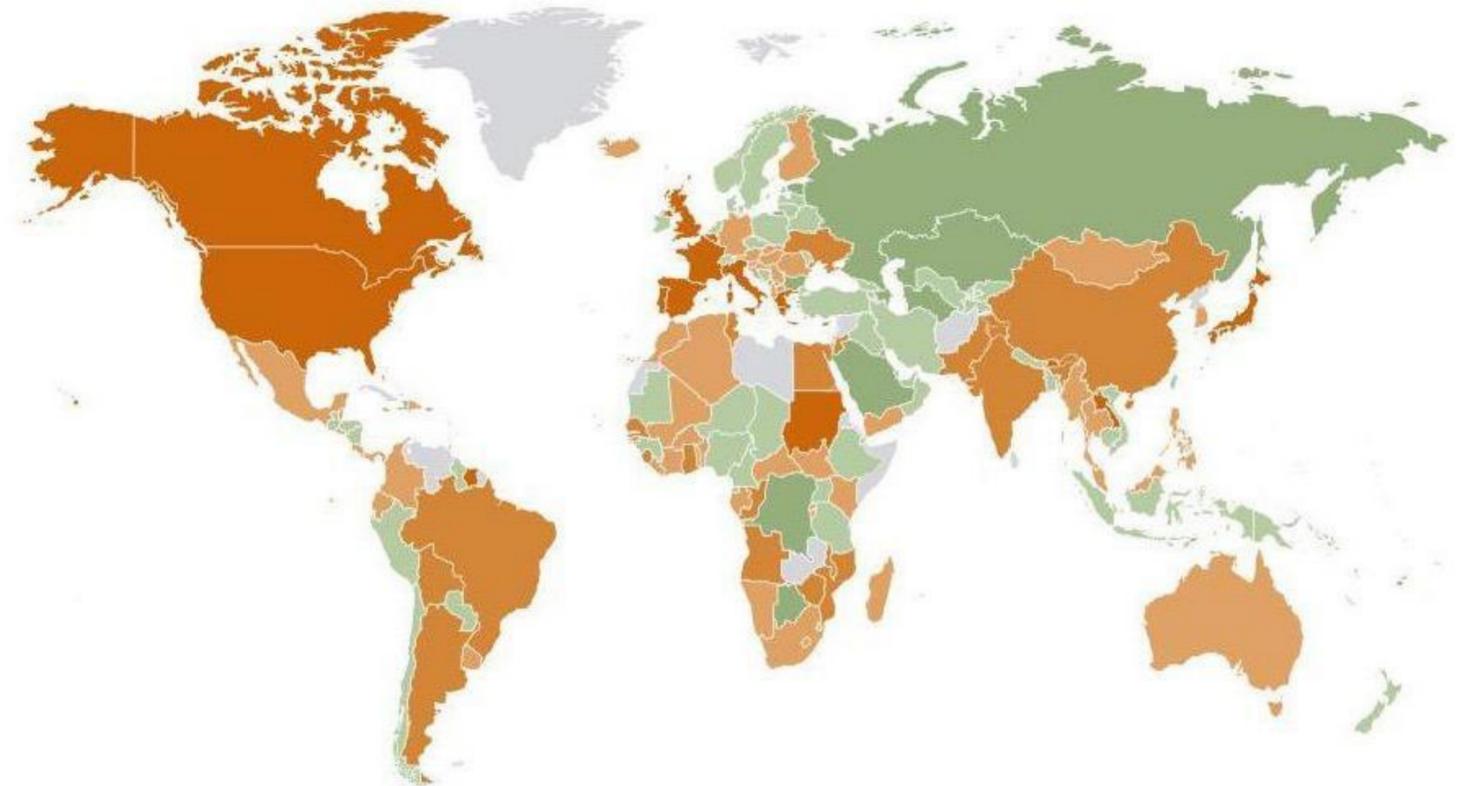
sono appena più complesse. Per chi vuole capire meglio la questione può far riferimento a questa **formula per il calcolo della variazione del rapporto debito-PIL** ("delta b"):

$$\Delta b_t = \frac{i_t - g_t}{1 + g_t} b_{t-1} - pb_t + sf_t$$

I termini "i" e "g" sono l'equivalente di I e P usati in precedenza; "b t-1" è il rapporto debito-PIL dell'anno precedente; "pb" sta per "primary balance", ovvero il saldo primario; "sf" è l'aggiustamento stock-flussi (una sorta di correzione contabile).

Debito pubblico totale, 2023 (% del PIL)

● 100% o più ● 75%-100% ● 50%-75% ● 25%-50% ● Meno di 25% ● Dati non disponibili



Fonte: IMF World Economic Outlook database (ottobre 2023).

# Mapelli sulla spesa sanitaria

*Problemi politici con ricadute da valutare*

Il problema è che esiste infatti una “legge statistica” per cui in tutti i paesi del mondo la spesa sanitaria (pubblica e privata) è strettamente correlata con il livello di sviluppo economico raggiunto, misurato dal Pil pro capite ( $R^2 \approx 0,70$ )

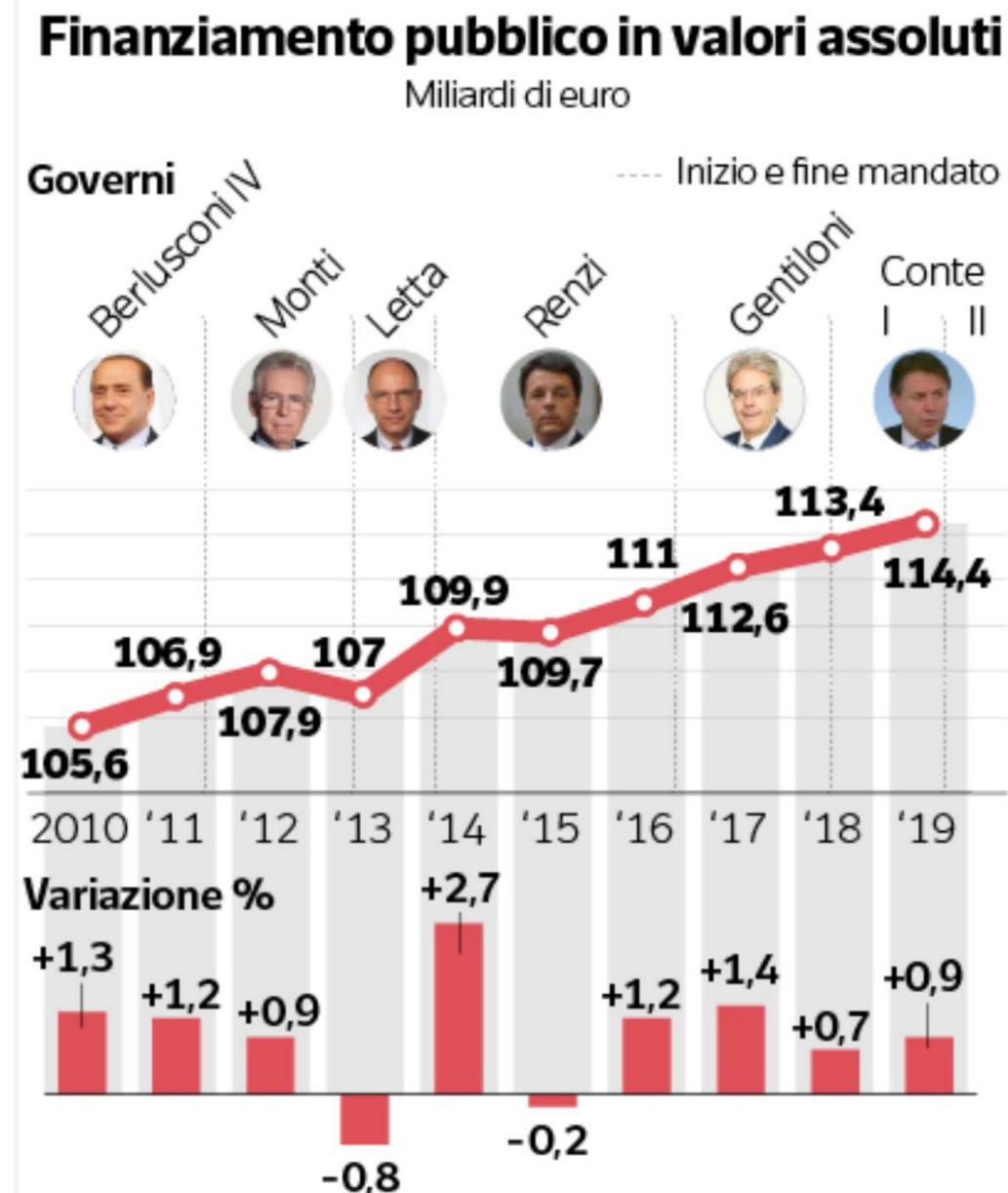
La Corte dei conti, studiosi e politici citano spesso che l'Italia spende meno di Francia e Germania per la sanità, che siamo sotto la media dei paesi OCSE e dell'UE – ed è vero –, ma **il paragone non è corretto**.

Se Germania e Francia spendono rispettivamente 3.450 e 3.071 euro pro capite, rispetto ai 2.178 dell'Italia per la sanità pubblica nel 2019, è perché la loro economia è più sviluppata, **il loro Pil supera quello italiano del 39 e del 20% (fonte: Eurostat). E questo vale anche per i redditi dei medici, degli insegnanti e del personale sanitario.**

**L'Italia raggiungerà queste cifre se e quando il suo Pil toccherà i 35-40.000 euro pro-capite. Questa è la via , se non si vuole finanziare la sanità a debito, come stiamo già facendo.**

## Ministro Giorgetti

*Il problema per noi è che paghiamo 90 miliardi all'anno di interessi e il nostro scopo è quello di abbassare lo spread, confidando che la Banca centrale europea tiri giù i tassi d'interesse, e di pagare 10-20 miliardi di euro in meno l'anno di interessi, da destinare alla scuola e la sanità. Questa è la mia missione".*



## **Mantenere il SSN sostenibile in un contesto di scarsa crescita economica Dove trovare i soldi**

*Intesa politica trasversale per incidere su quello che non possiamo più permetterci*

### **La politica dovrà puntare su:**

- una seria azione di controllo della spesa e riduzione degli sprechi;
- il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza territoriale;
- la trasformazione digitale e l'uso appropriato di nuove tecnologie, etc. (FSE 2.0, Ospedale virtuale, etc.)
- la riorganizzazione razionale della rete ospedaliera e la collaborazione tra pubblico e privato;
- un adeguato finanziamento e una migliore gestione delle risorse umane;
- l'adozione di indicatori di qualità e valore.

## Mantenere il SSN sostenibile in un contesto di scarsa crescita economica Dove trovare i soldi

*Intesa politica trasversale per incidere su quello che non possiamo più permetterci*

### Trovare i soldi sulla parte improduttiva della spesa per la PA

*Sommando i vari capitoli di spesa potenzialmente aggredibili (Province, Comuni piccolissimi, Comunità Montane, società partecipate inattive o in perdita, enti strumentali duplicati, inefficienze negli acquisti e nella digitalizzazione), si arriva a **diverse decine di miliardi** di potenziali risparmi, almeno sulla carta. In passato, alcune stime di Cottarelli ipotizzavano **25-30 miliardi** di riduzione di spesa nell'arco di più anni, se le riforme fossero state attuate in modo incisivo*

# Chi curiamo nel futuro?

*Tutti o i più fragili o le patologie più importanti?*

“Assicurare tutto a tutti” in senso letterale (cioè ogni possibile prestazione, a chiunque, e senza limiti) è sempre più messa in discussione dall'evoluzione demografica, dal progresso tecnologico (che rende disponibili trattamenti molto costosi) e dalla stagnazione economica.

Per mantenere il carattere universalistico del SSN e garantirne la sostenibilità, sarà necessario compiere scelte di priorità: definire più rigorosamente quali prestazioni rientrano nei LEA, **puntare su ciò che produce maggior valore in termini di salute, e valutare forme di compartecipazione o integrazione per i servizi accessori o con un basso impatto clinico.**

L'obiettivo, infatti, non è abbandonare l'universalismo, ma ridefinirne i confini in modo che resti effettivamente realizzabile e non solo teorico.



# Contratti e governance anacronistici

*Pensati per un periodo in cui gli ospedali erano centrali e MMG lavoravano da soli*

La sanità del XXI secolo, con l'avvento di soluzioni digitali e telemedicina, la diffusione di strumenti diagnostici portatili e la necessità di integrare sempre più il lavoro in équipe multidisciplinari, rende evidente che molti degli attuali contratti e delle forme di inquadramento professionale (per medici, infermieri e altri operatori sanitari) siano in parte anacronistici.

## 1. Superamento del binomio pubblico/privato in termini rigidi

- Molti professionisti sanitari alternano attività intra-ospedaliera, territoriale e privata, anche sfruttando tecnologie digitali. Una rigidità contrattuale (es. esclusività di rapporto o convenzioni "ottocentesche") può ostacolare la creazione di reti integrate.
- Nuove formule potrebbero consentire a un professionista di lavorare in modo flessibile tra diverse strutture (pubbliche e convenzionate) e domiciliare/telematico, mantenendo la qualità e la continuità delle cure.

# Contratti e governance anacronistici

*Pensati per un periodo in cui gli ospedali erano centrali e MMG lavoravano da soli*

## 2. Smart working e tele-lavoro, anche in sanità

- Non tutti i ruoli sanitari possono essere svolti da remoto, ma diversi atti medici (televisite, teleconsulti, follow-up) sono già oggi possibili. Il contratto dovrebbe prevedere tutele, remunerazioni e regole chiare per il lavoro a distanza (ad es. come si conteggiano le ore di teleconsulto, come si gestisce la responsabilità professionale, ecc.).
- Le sperimentazioni fatte in emergenza (COVID-19) dimostrano che un certo grado di lavoro “ibrido” è attuabile e può alleviare la pressione sugli ospedali.

# Contratti e governance anacronistici

*Pensati per un periodo in cui gli ospedali erano centrali e MMG lavoravano da soli*

## 3. Potenziamento della medicina territoriale e domiciliare

- Se vogliamo davvero spostare il baricentro dall'ospedale al territorio, i medici di base e gli infermieri dovrebbero avere contratti che riconoscano il valore delle attività fuori ambulatorio, domiciliare e digitale.
- Oggi la remunerazione del medico di famiglia è sostanzialmente a "quota capitaria" (in base al numero di assistiti) con alcune quote variabili; in futuro potrebbe essere premiato l'uso della telemedicina, la riduzione dei ricoveri evitabili, la gestione integrata delle cronicità.

# Contratti e governance anacronistici

*Riconoscimento economico e nuovi sistemi di incentivazione*

## 1. Pay-for-performance e outcome

- Con l'avvento di strumenti di raccolta dati e monitoraggio a distanza, è possibile misurare più oggettivamente gli esiti di salute di un determinato gruppo di pazienti (riduzione delle complicanze, miglioramento dell'aderenza terapeutica, ecc.).
- Una parte della remunerazione potrebbe essere legata ai risultati ottenuti (es. riduzione delle ri-ospedalizzazioni) o all'uso di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi. Questa formula, tuttavia, deve essere ben studiata per evitare distorsioni e considerare i diversi contesti socio-economici.

# Contratti e governance anacronistici

*Riconoscimento economico e nuovi sistemi di incentivazione*

## 2. Carriera professionale e formazione continua

- I contratti dovrebbero premiare chi acquisisce competenze digitali o gestionali, chi si specializza in aree strategiche (es. telemedicina, assistenza domiciliare avanzata, gestione di dispositivi).
- Un vero e proprio “ruolo unico” che superi le barriere tra ospedale e territorio potrebbe evitare la percezione di “serie A” (ospedale) e “serie B” (territorio), dando pari dignità e prospettive di crescita professionale. Responsabilità medico-legale in ambito digitale
- Chi opera in telemedicina o utilizza strumenti di monitoraggio remoto ha bisogno di un quadro normativo chiaro sui limiti e gli obblighi, per evitare incertezze legali. I contratti collettivi devono recepire queste innovazioni.
- Servono linee guida nazionali (ad esempio, integrate nelle convenzioni o nei contratti) che precisino standard di sicurezza, privacy e responsabilità in caso di malpractice telematica.

# Superare i modelli contrattuali ed inquadrativi del XX secolo

*Leva strategica per migliorare la salute e la sostenibilità*

**Ha poco senso mantenere inalterati i modelli contrattuali del XX secolo** in un contesto in cui la sanità si sta trasformando profondamente a livello tecnologico, organizzativo e culturale.

- **Occorre superare** il dualismo rigido “ospedale vs territorio” e pensare a un unico “ruolo” o comunque a contratti che permettano di erogare servizi in ambienti diversi (compresi quelli virtuali).
- **Servono nuovi schemi retributivi** (misti, parte fissa e parte variabile, pay-for-performance, premi per l'innovazione digitale, ecc.) che incentivino il miglioramento continuo della qualità e l'adozione di tecnologie avanzate.
- **La formazione e la valorizzazione delle competenze digitali** devono diventare parte integrante del percorso di carriera di medici, infermieri e altri professionisti sanitari.
- **La necessità delle risorse umane dovrà tenere conto della rivoluzione tecnologica in atto (es.IA)**

La riforma contrattuale non è solo un “costo” o un adeguamento formale: è una leva strategica per orientare il sistema verso la prevenzione, la continuità assistenziale e l'impiego virtuoso della tecnologia, in modo da migliorare la salute dei cittadini e la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

# Sanità come investimento

## *Esempi pratici*

- **Una politica industriale del farmaco e dei dispositivi medici** ben disegnata può rappresentare un **volano per la crescita** e uno **strumento di rafforzamento** del Servizio Sanitario Nazionale.
- Creare o potenziare **hub di ricerca e produzione** in Italia, integrati col sistema universitario e ospedaliero, permette di **accelerare l'innovazione tecnologica e biologica (reti al carbonio e reti al silicio)**, contenere i costi nel lungo periodo e **garantire maggiore autonomia strategica**.
- In tale scenario, la sanità italiana non sarebbe solo un "consumatore" di farmaci e dispositivi importati, ma **un protagonista** nello sviluppo di soluzioni all'avanguardia, con benefici per pazienti, operatori sanitari, industria e bilancio dello Stato.

# Sanità come investimento

## *Esempi pratici*

### **Silver Economy**

- Se fosse stato sovrano la Silver Economy sarebbe la terza potenza economica mondiale( Oxford Economics e Technopolis Group-UE)
- **La ricchezza delle famiglie italiane è di 10.000 miliardi (4 volte il debito pubblico) ed il 60% è nella disponibilità degli over 65**
- **Plegeversicherung: patto generazionale in Germania a cui concorrono tutti i lavoratori e i datori di lavoro per la non autosufficienza e cronicità**
- Entro il 2025 nella UE la Silver Economy arriverà a 5,7 trilioni di euro e darà lavoro a 88 milioni di persone
- **Il modello in Italia sta entrando in difficoltà perchè se ha resistito alla pandemia, la terza età spende meno per l'incertezza economica, energetica (la guerra), e l'insufficiente risposta del SSN**

# Proviamoci

*Cercando possibili e ragionevoli soluzioni*

*Di Dio ci fidiamo ma tutti gli altri portino i dati.*

**W. Deming**

*Non è la più forte delle specie che sopravvive, né la più intelligente, ma quella che si adatta meglio al cambiamento*

**C. Darwin**