

I Sistemi Sanitari

GIANLUCA LANZA

MARIO FAINI

Analisi di Reibling

Individua nei processi di accesso ai servizi sanitari una chiave nella classificazione dei sistemi sanitari.

In questa prospettiva, l'autore considera le seguenti dimensioni:

1. la funzione di *gatekeeping* (i processi di governo);
2. la ripartizione dei costi (finanziamento ed erogazione come strategie di incentivazione e regolazione);
3. la densità dei medici (le risorse umane);
4. la densità dei medici di base (le risorse umane ma anche le risorse di governo della domanda);
5. la densità degli specialisti (le risorse umane);
6. la densità infermieri (le risorse umane);
7. MRI Scanner (le risorse tecnologiche);
8. CT Scanner (le risorse tecnologiche).

	Paesi	Caratteristiche
Cluster 1	Austria, Belgio, Svizzera, Francia, Svezia.	Funzione di Gatekeeping: bassa - Ripartizione dei costi: medio alta Densità dei medici: 3,6, medio alta - Densità dei medici di base: 1,3, medio bassa Densità degli specialisti: 2,1, alta - Densità infermieri 10,8, alta MRI Scanner: 9,1, medio alta - CT Scanner: 19,7, alta
Cluster 2	Repubblica Ceca, Germania, Grecia.	Funzione di Gatekeeping: nessuna - Ripartizione dei costi: nessuna Densità dei medici: 3,9, alta - Densità dei medici di base: 1,3, medio bassa Densità degli specialisti: 2,1, alta - Densità infermieri: 7,0, medio bassa MRI Scanner: 3,7, bassa - CT Scanner: 4,6, bassa
Cluster 3	Danimarca, Norvegia, Polonia, Spagna, Gran Bretagna	Funzione di Gatekeeping,: alta - Ripartizione dei costi: nessuna Densità dei medici: 2,8, bassa - Densità dei medici di base: 0,6, bassa Densità degli specialisti: 1,5, medio bassa - Densità infermieri: 9,1, medio alta MRI Scanner: 5,6, medio bassa - CT Scanner: 9,5, medio bassa
Cluster 4	Finlandia. Italia, Portogallo	Funzione di Gatekeeping: alta - Ripartizione dei costi: moderata Densità dei medici: 3,4, medio bassa - Densità dei medici di base: 1,1, medio bassa Densità degli specialisti: 1,9, bassa - Densità infermieri: 6,4 ,bassa MRI Scanner: 9,6, alta – CT Scanner: 16,9 medio-alta

I sistemi internazionali

	Modello Beveridge		Modello Bismarck			Modello misto pubblico/privato
Meccanismo di finanziamento (*)	Cipro, Danimarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Lettonia, Malta, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito		Belgio, Estonia, Francia, Germania, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Repubblica ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia Ungheria			Austria, Bulgaria, Grecia
Aspetti istituzionali dei sistemi sanitari (**)	Gruppo 1	Gruppo 2	Gruppo 3	Gruppo 4	Gruppo 5	Gruppo 6
	Germania, Paesi Bassi, Slovacchia	Belgio, Francia	Austria, Grecia, Repubblica ceca, Lussemburgo	Svezia	Danimarca, Finlandia, Portogallo, Spagna	Irlanda, Italia, Polonia, Regno Unito, Ungheria
Sistema di gestione ospedaliera (***)	Decentrato		Centralizzato		'Deconcentrato'	
	Austria, Belgio, Danimarca, Germania, Finlandia, Italia, Spagna, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica ceca, Slovacchia, Svezia, Regno Unito		Cipro, Estonia, Irlanda, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Romania, Slovenia		Bulgaria, Francia, Grecia, Portogallo	

*La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE. Il ruolo degli enti locali e regionali, Unione europea, 2012, 98-102.

I sistemi sanitari

servizio sanitario nazionale. I valori di riferimento si rifanno all'equità ed alla costruzione delle condizioni che consentono un accesso al sistema dei servizi uguale per tutti. Il finanziamento segue la logica della tassazione pubblica (diretta e indiretta). I fornitori dei servizi sono pubblici e la regolazione è di tipo gerarchico. Lo stato svolge la funzione di pianificazione e di controllo del sistema;

sistema assicurativo sociale. L'equità è perseguita consentendo un accesso uguale ai servizi attraverso la diffusione a tutti di fondi assicurativi. Il finanziamento è in capo alla società che regola i contributi secondo il reddito degli individui. Anche i fornitori sono di tipo societario e includono soggetti pubblici e privati. La regolazione si rifà ad una logica di governance ibrida, basata sulla negoziazione fra le corporazioni, all'interno di una cornice normativa definita e di un insieme di controlli statali;

sistema sanitario privato. Il valore di riferimento non è più l'equità di accesso, ma la corrispondenza fra i servizi erogati e la possibilità di pagamento. La base del finanziamento è assicurativa ed il premio versato è messo in relazione al tipo di rischio e alle modalità di risposta. I fornitori di servizi sono privati di tipo profit. La regolazione pubblica è limitata e ci si affida alle dinamiche della concorrenza.

Da Giovanni Bertin

Cenni di analisi dei tre sistemi: Il sistema Inglese

Accesso gratuito e universale alle prestazioni

Finanziamento dalla fiscalità generale

Governo della sanità a livello nazionale

96% delle strutture ospedaliere sono pubbliche

I Sistemi alla Beveridge

I sistemi sanitari che seguono il modello del servizio sanitario nazionale tendono ad avere assetti più omogenei

- All'apice del sistema è posto un ministero con la responsabilità complessiva di coordinamento e indirizzo del sistema
- In passato adottavano una versione radicale di integrazione territoriale del sistema di offerta: le aziende sanitarie erano definite per delimitate zone geografiche e gestivano l'intera gamma dei servizi sanitari per la popolazione residente
- Il modello territoriale ha subito due profonde trasformazioni negli ultimi 25 anni:
 - a) si sono affermate forme di specializzazione organizzative (ad esempio tra organizzazioni di produzione dei servizi e organizzazioni deputate alla funzione di "acquisto")
 - b) sviluppo di misure che distanzino la gestione dei servizi sanitari dalle istituzioni politiche

La Regolazione – Sistemi Beveridge

L'importanza e il ruolo delle attività di regolazione dipendono dai meccanismi finanziari e dall'assetto istituzionale.

- Lo Stato svolge un ruolo diretto nel finanziamento e nella produzione dei servizi
- L'attività di regolazione pubblica è più limitata anche se in forte crescita
- Le più importanti attività di regolazione riguardano i requisiti minimi per l'esercizio delle professioni sanitarie e i requisiti strutturali per l'attività ospedaliera
- Le istituzioni pubbliche stanno sviluppando strumenti di indirizzo, incentivazione, valutazione e comunicazione dei dati di performance per guidare i servizi sanitari senza l'esercizio di un potere gerarchico sovraordinato

Il Processo



I Sistemi alla Bismark

I sistemi sanitari che insistono sul finanziamento tramite le assicurazioni sociali sono più eterogenei. Due casi:

Sistema “neocorporativo” tedesco

- è presente un sistema “neocorporativo”
- Vari soggetti istituzionali negoziano le condizioni per fare funzionare il sistema
- Le assicurazioni si limitano a pagare gli erogatori senza offrire servizi.
- L’offerta dei servizi ospedalieri è in capo ad aziende pubbliche e private
- L’assistenza territoriale è offerta da medici che lavorano con studi indipendenti.

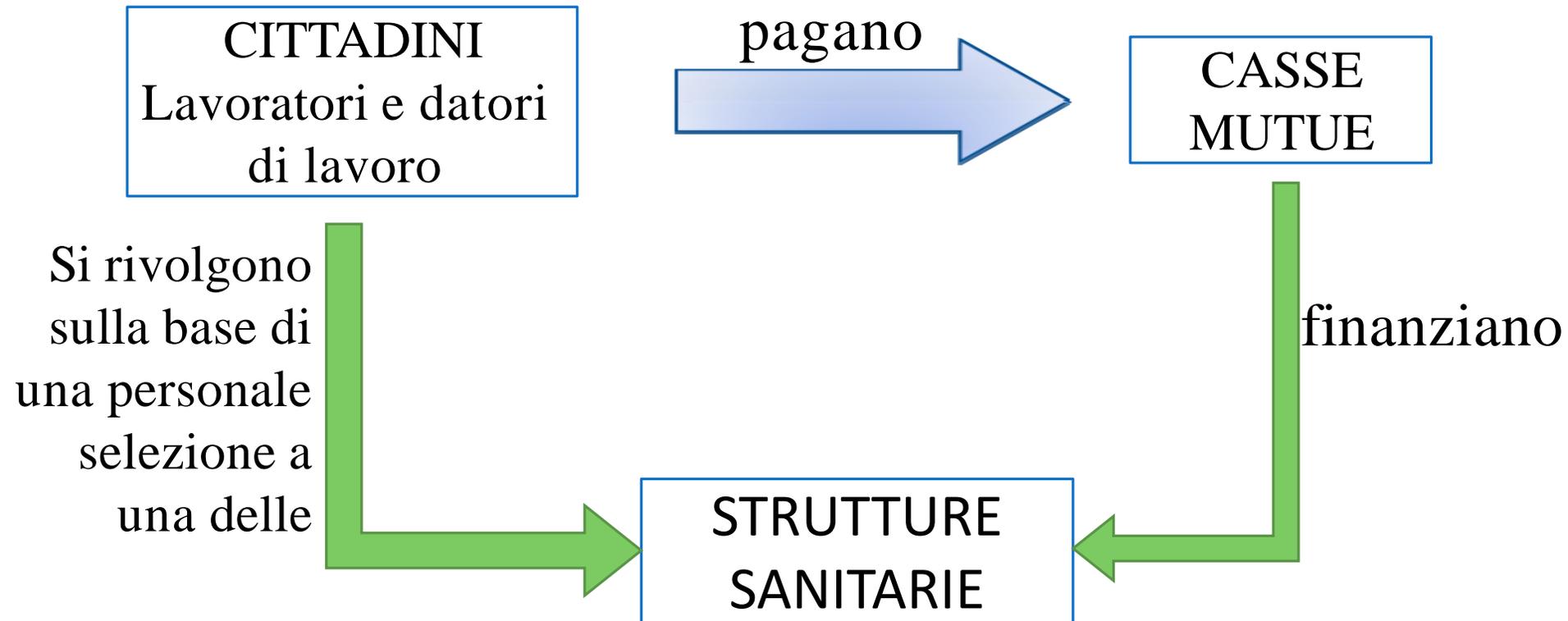
Sistema centralistico rumeno

- lo Stato ha il controllo diretto sull’unico fondo assicurativo e sull’offerta complessiva delle prestazioni tramite un regime pubblico di erogazione dei servizi organizzato territorialmente.
- Anche nel modello rumeno esiste una netta separazione tra sistema finanziario e sistema di erogazione

La Regolazione – Sistemi Bismark

- La regolazione ha sempre avuto un ruolo cruciale (come mostra proprio la stessa genesi del modello già nel XIX secolo)
- L'attività di regolazione del governo indirizza l'autogestione delle corporazioni e crea regole e incentivi per raggiungere gli obiettivi economici e sanitari
- Necessità di controllo della spesa
- In questi ultimi 10 anni gli spazi di autonomia delle assicurazioni e delle corporazioni di rappresentanza degli erogatori dei servizi si sono ristretti, a favore di interventi più diretti da parte del governo

Accenni all'analisi dei tre sistemi: Il sistema Tedesco



Il Ruolo Dello Stato Nel Sistema Tedesco

GOVERNO FEDERALE	SINGOLI LAND
<ul style="list-style-type: none">• Definisce le categorie per cui l'iscrizione ai fondi è obbligatoria• Organizza i fondi e le modalità di negoziazione tra mutue e erogatori dei servizi• Compensa i fondi raccolti dalle varie mutue per garantire a ognuna di poter coprire le spese mediche a tutti i suoi iscritti• Finanzia direttamente l'iscrizione alle mutue per le fasce sociali deboli	<ul style="list-style-type: none">• Finanziano gli investimenti strutturali• Si occupano delle negoziazioni con le associazioni dei medici e con i singoli ospedali, delle condizioni operative per l'erogazione dei servizi

Il Sistema Statunitense

Gli USA hanno una molteplicità di attori indipendenti, in una logica di mercato regolato

Gli ospedali sono aziende autonome private e pubbliche

I medici sono liberi professionisti indipendenti

Ospedali e medici competono sul mercato dei pazienti

Il sistema di pagamento a tariffa assicurava il meccanismo concorrenziale, creando incentivi per attrarre pazienti e medici in base alla qualità dei servizi e alle nuove tecnologie

Tale configurazione promuove una forte crescita della spesa

Negli ultimi 20 anni si sono affermati modelli di *managed care*

Maggiore controllo del sistema di offerta, con orientamento alle compatibilità economiche

Problema di estendere la copertura assicurativa ai 40 milioni di cittadini statunitensi sprovvisti

Riforma sanitaria di Obama ha favorito un'ulteriore affermazione della *managed care*

La Regolazione – Sistema USA

L'attività di regolazione del sistema è straordinariamente sviluppata a livello sia federale sia statale

I fallimenti di un sistema di mercato portano le istituzioni pubbliche a dovere intervenire sul piano della regolamentazione per impedire che si producano effetti socialmente indesiderabili

Innumerevoli aspetti sono soggetti a regolamentazione:

- il finanziamento
- l'accreditamento
- la certificazione professionale
- le regole di accesso ai programmi pubblici
- il mercato assicurativo

Medicare (1964; Johnson)

Programma assicurativo uniforme e gestito a livello nazionale (Health Care Financing Administration)

Popolazione anziana (>65), disabili, pazienti affetti da patologia renale cronica

Finanziamento: contributi obbligatori sul reddito da lavoro, tassazione generale e premi (programma di trasferimento finanziario inter-generazionale)

Livello di copertura pubblica non molto elevato: meno del 50% della spesa per anziani è coperta; il 77% degli anziani ha copertura assicurativa complementare

Servizi "coperti" da Medicare

Parte A: assistenza ospedaliera ed infermieristica domiciliare (nucleo centrale, "obbligatorio" e gratuito)

Parte B: assistenza specialistica extra-ospedaliera e presidi (prestazioni, facoltative con pagamento di un premio supplementare)

Parte C: nel 1997 è stata introdotta una ulteriore opzione (Medicare + Choice) che utilizza organizzazioni esterne per coprire le prestazioni escluse dalle parti A e B

Parte D: nel 2003 è stata introdotta un benefit per l'acquisto dei farmaci che copre il 75% delle spese fino a \$2,250 e il 95% delle spese da \$5,100 in poi. Per la prima volta, inoltre, sono state introdotte alcune prestazioni di prevenzione.

Medicaid (1964)

Programma assicurativo per i “poveri” gestito dai singoli stati

Regolazione generale a livello federale (ampie variazioni)

Cofinanziamento Governo Federale-Stati (“matching a tassi variabili)

Beneficiari: obbligatoriamente alcune categorie (donne in maternità, bambini, etc.); volontar. Da parte degli stati altri “poveri” (in molti stati molti “poveri” non sono coperti)

Finanziamenti molto limitati, ma copertura ampia

Sistema Statunitense

FINANZIATORI

IMPRESE

PRIVATI CITTADINI

GOVERNO FEDERALE
*Con fiscalità generale
e contributi sanitari*

SINGOLI STATI
*Con tasse specifiche e
tribute statali*

ASSICURAZIONI

COMMERCIALS

BLUE CROSS
BLUE SHIELD

MEDICARE
Anziani e disabili

MEDICAID
Indigenti

EROGATORI

STRUTTURE
SANITARIE

Sistema Statunitense (2)

- Ogni impresa è obbligata a pagare un'assicurazione (commercials) ai propri dipendenti, che però copre solo parzialmente le spese sanitarie di ciascuno di loro.
- Ogni cittadino decide liberamente se sottoscrivere un'altra assicurazione sanitaria (blue cross o blue shield) che copra la restante parte delle spese sanitarie complessive.
- Spesso si richiede al cittadino di dare comunque una contribuzione diretta, pagando parte della prestazione

Un'analisi europea

Il confronto internazionale

L'Euro Health Consumer Index (EHCI) 2018 mette a confronto le performance dei sistemi sanitari europei, partendo dal punto di vista del paziente/consumatore.

Il confronto internazionale: Metodo

L'Euro Health Consumer Index (EHCI) mette a confronto le performance dei sistemi sanitari europei, dal punto di vista del paziente/consumatore. Scopo di questo processo di *benchmarking* è mettere a disposizione dei diversi Paesi gli strumenti per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria offerta, così da migliorare, la salute delle popolazioni, fornendo agli utenti, da cui deve necessariamente provenire la spinta ad attuare le necessarie riforme, il modo per poter agilmente accedere alle informazioni circa le politiche sanitarie, la qualità dei servizi erogati e i risultati in termini di salute dei sistemi sanitari dei diversi Paesi Europei.

Il confronto internazionale: Metodo

Nel 2018 sono stati inclusi nel calcolo 35 paesi europei; per la creazione dell'EHCI 2018 sono stati selezionati 46 indicatori suddivisi in sei aree. Ciascun area ha un peso relativo. La valutazione delle prestazioni dei sistemi sanitari è stata condotta utilizzando una scala numerica da 1 a 3 per ciascun indicatore.

Area	Indicatori	Peso
Diritti e Informazione dei pazienti	10	125
Accessibilità e tempi di attesa	6	225
Risultati di salute	9	300
Gamma e accessibilità dei servizi offerti	8	125
Prevenzione	7	125
Prodotti Farmaceutici	6	100
TOTALE	46	1000

Diritti dei Pazienti e Informazione

Sub-discipline	Indicator	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	Italy	
1. Patient Rights & Information	1.2 Patient organisations involved in decision making																		
	1.4 Right to second opinion																		
	1.5 Access to own medical record																		
	1.6 Registry of <i>bona fide</i> doctors																		
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with interactivity																		
	1.8 Cross-border care seeking financed from home	n.ap.											n.a.						
	1.9 Provider catalogue with quality ranking															n.ap.			
	1.10 Patient records e-accessible																		
	1.11 Patients' access to on-line booking of appointments?																		
	1.12 e-prescriptions																		
	Subdiscipline weighted score		67	108	104	79	104	83	108	121	121	113	104	104	67	79	121	83	92

Accessibilità

Sub-discipline	Indicator	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	Italy	
2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access																		
	2.2 Direct access to specialist																		
	2.3 Major elective surgery <90 days																		
	2.4 Cancer therapy < 21 days																		
	2.5 CT scan < 7days																		
	2.6 Waiting time for Paediatric Psychiatry																		
	Subdiscipline weighted score	175	175	213	200	125	150	175	175	188	150	188	163	163	113	188	75	138	

Outcomes

Sub-discipline	Indicator	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	Italy	
3. Outcomes	3.1 30-day Case Fatality for AMI																		
	3.2 30-day Case Fatality for stroke																		
	3.3 Infant deaths																		
	3.4 Cancer survival																		
	3.5 Deaths before 65 YO																		
	3.6 MRSA infections																		
	3.7 Abortion rates						n.a.												
	3.8 Suicide rates																		
	3.9 % of diabetes patients with HbA1c > 7	n.a.						n.a.			n.a.				n.a.		n.a.		
	Subdiscipline weighted score		156	244	244	167	200	200	211	267	189	278	233	244	200	156	222	244	233

Gamma e accessibilità dei servizi offerti

Sub-discipline	Indicator	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	Italy
4. Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems																	
	4.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	n.a.					n.a.											
	4.3 Kidney transplants per million pop.																	
	4.4 Is dental care included in the public healthcare offering?																	
	4.5 Informal payments to doctors																	
	4.6 Long term care for the elderly																	
	4.7 % of dialysis done outside of clinic																	
	4.8 Caesarean sections																	
	Subdiscipline weighted score		42	104	115	47	94	63	104	120	94	120	104	83	52	78	104	94

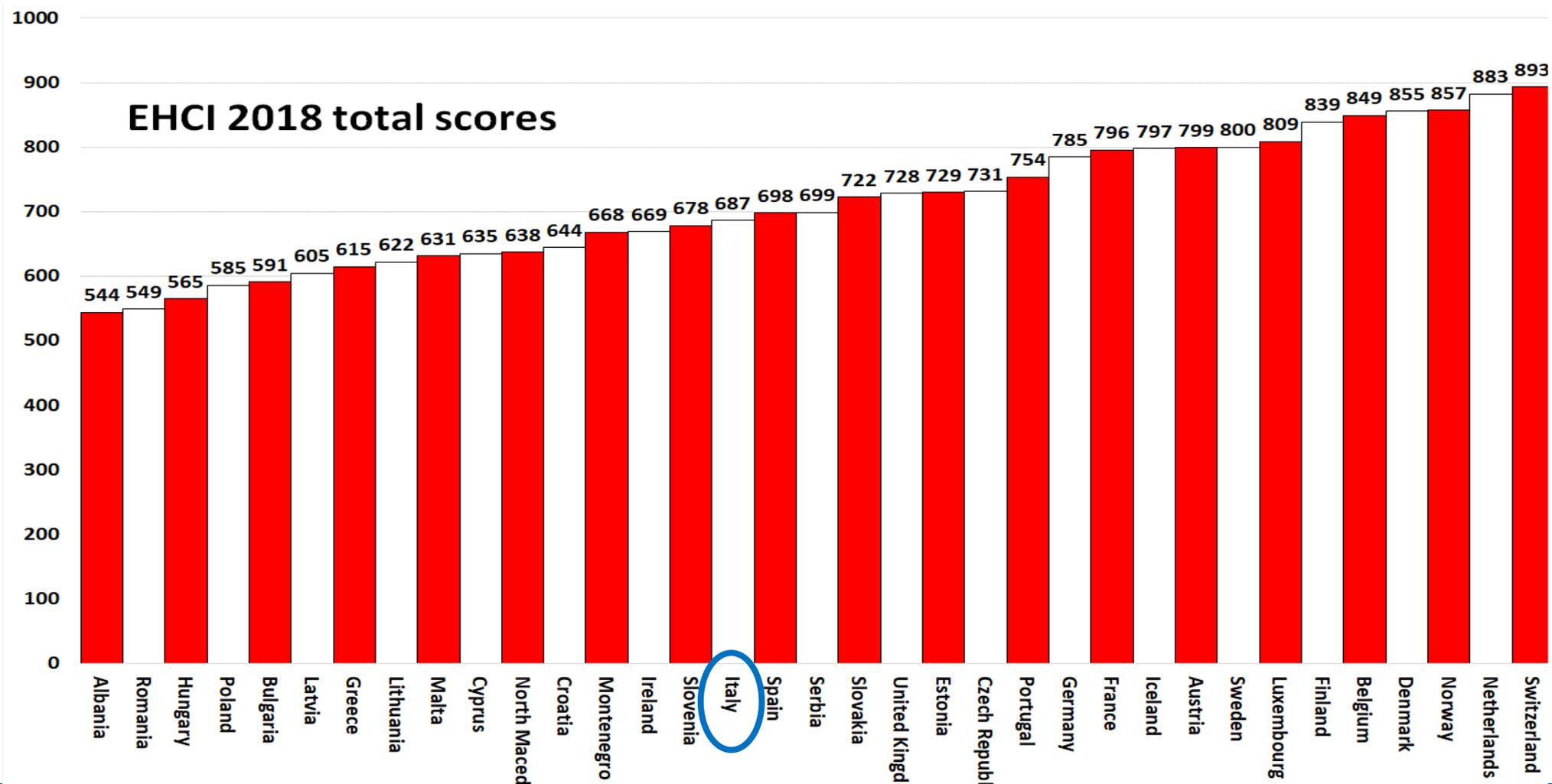
Prevenzione

Sub-discipline	Indicator	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	Italy
5. Prevention	5.1 Infant 8-disease vaccination																	
	5.2 Blood pressure																	
	5.3 Smoking Prevention																	
	5.4 Alcohol																	
	5.5 Physical activity																	
	5.6 HPV vaccination																	
	5.7 Traffic deaths																	
	Subdiscipline weighted score	71	89	101	60	71	83	71	95	77	101	83	101	83	95	107	89	101

Farmaceutica

Sub-discipline	Indicator	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	Italy	
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy																		
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	n.a.																	
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)				n.a.	n.a.										n.a.			
	6.5 Arthritis drugs	n.a.																	
	6.6 Statin use	n.a.					n.a.									n.a.			
	6.7 Antibiotics/capita	n.a.																	
	Subdiscipline weighted score		33	78	72	39	50	56	61	78	61	78	83	89	50	44	56	83	50
Total score		544	799	849	591	644	635	731	855	729	839	796	785	615	565	797	669	687	
Rank		35	9	5	31	24	26	14	4	15	6	11	12	29	33	10	22	20	

Il confronto internazionale: Risultati

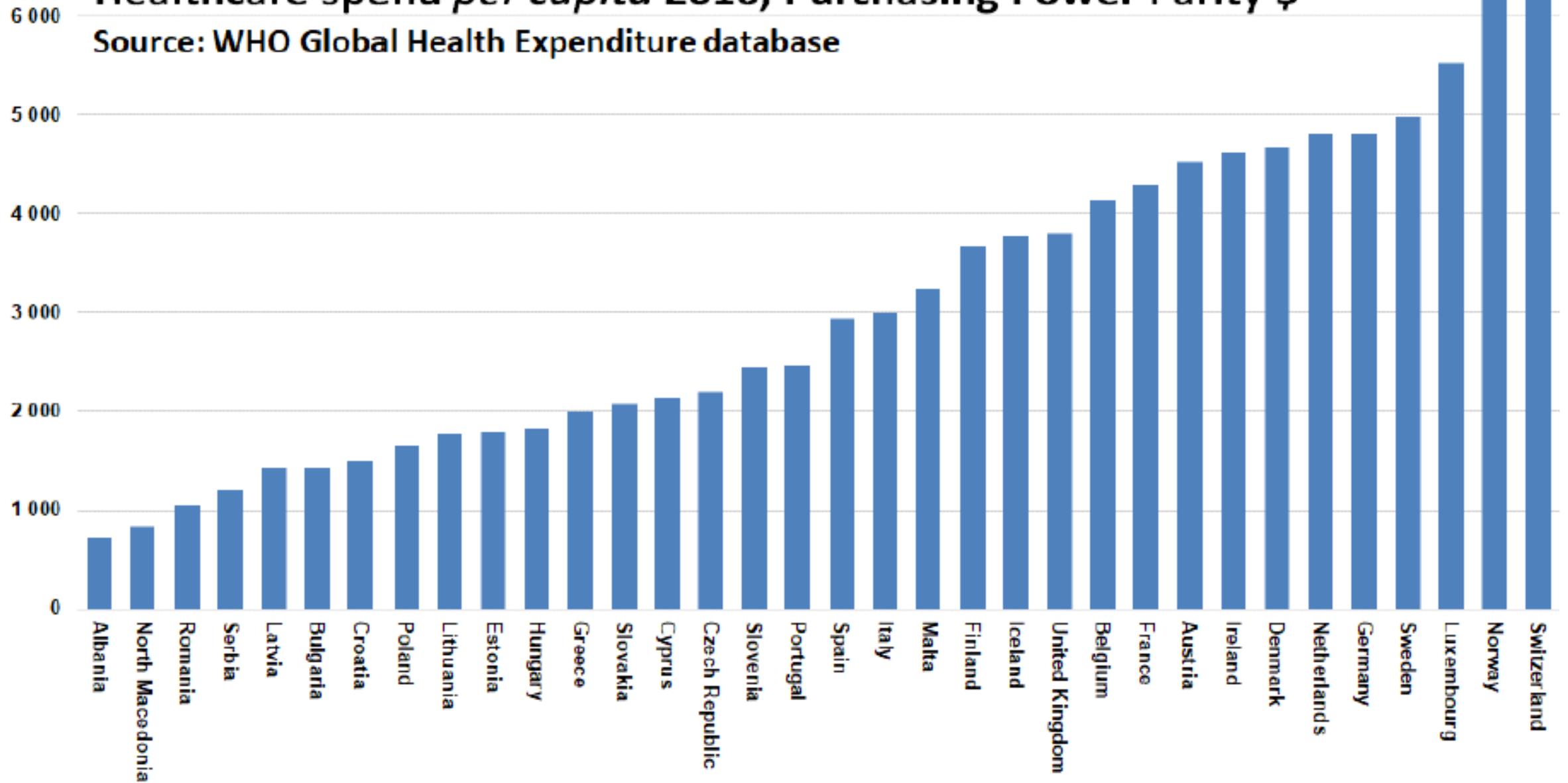


Il confronto internazionale: Risultati

Sub-discipline	Switzerland	Netherlands	Norway	Denmark	Belgium	Finland	Luxembourg	Sweden	Austria	Iceland	France	Germany	Portugal	Czech Republic	Estonia	United Kingdom	Slovakia	Serbia	Spain	Italy
1. Patient Rights & Info	113	125	125	121	104	113	100	117	108	121	104	104	108	108	121	117	113	108	96	92
2. Accessibility	225	175	138	175	213	150	188	113	175	188	188	163	163	175	188	100	188	200	113	138
3. Outcomes	278	256	278	267	244	278	244	267	244	222	233	244	222	211	189	211	200	189	222	233
4. Range and reach of services	99	125	120	120	115	120	109	125	104	104	104	83	94	104	94	109	78	57	94	73
5. Prevention	95	113	119	95	101	101	95	101	89	107	83	101	89	71	77	113	77	83	101	101
6. Pharmaceuticals	83	89	78	78	72	78	72	78	78	56	83	89	78	61	61	78	67	61	72	50
Total score	893	883	857	855	849	839	809	800	799	797	796	785	754	731	729	728	722	699	698	687
Rank	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

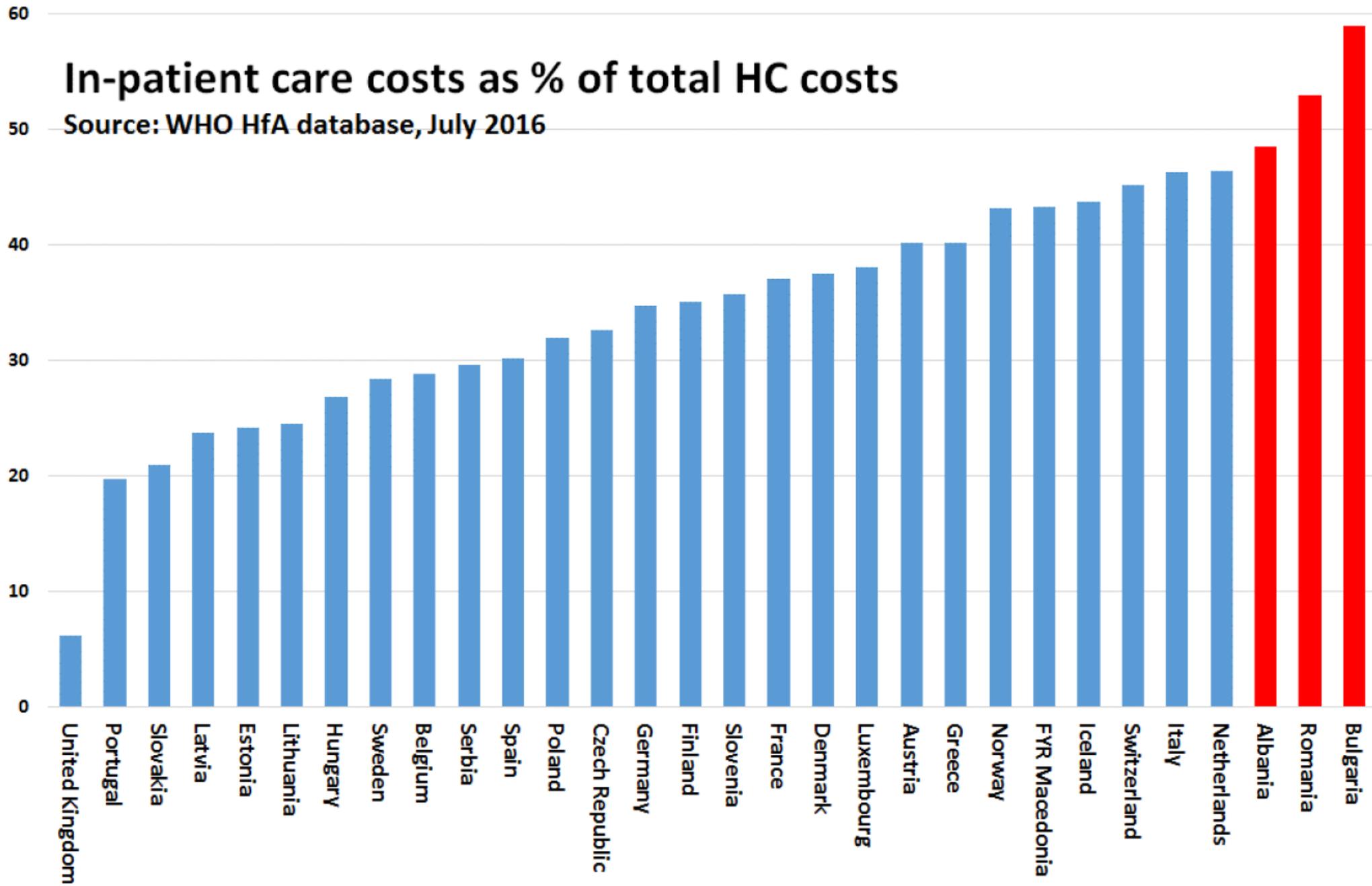
Healthcare spend *per capita* 2016, Purchasing Power Parity \$

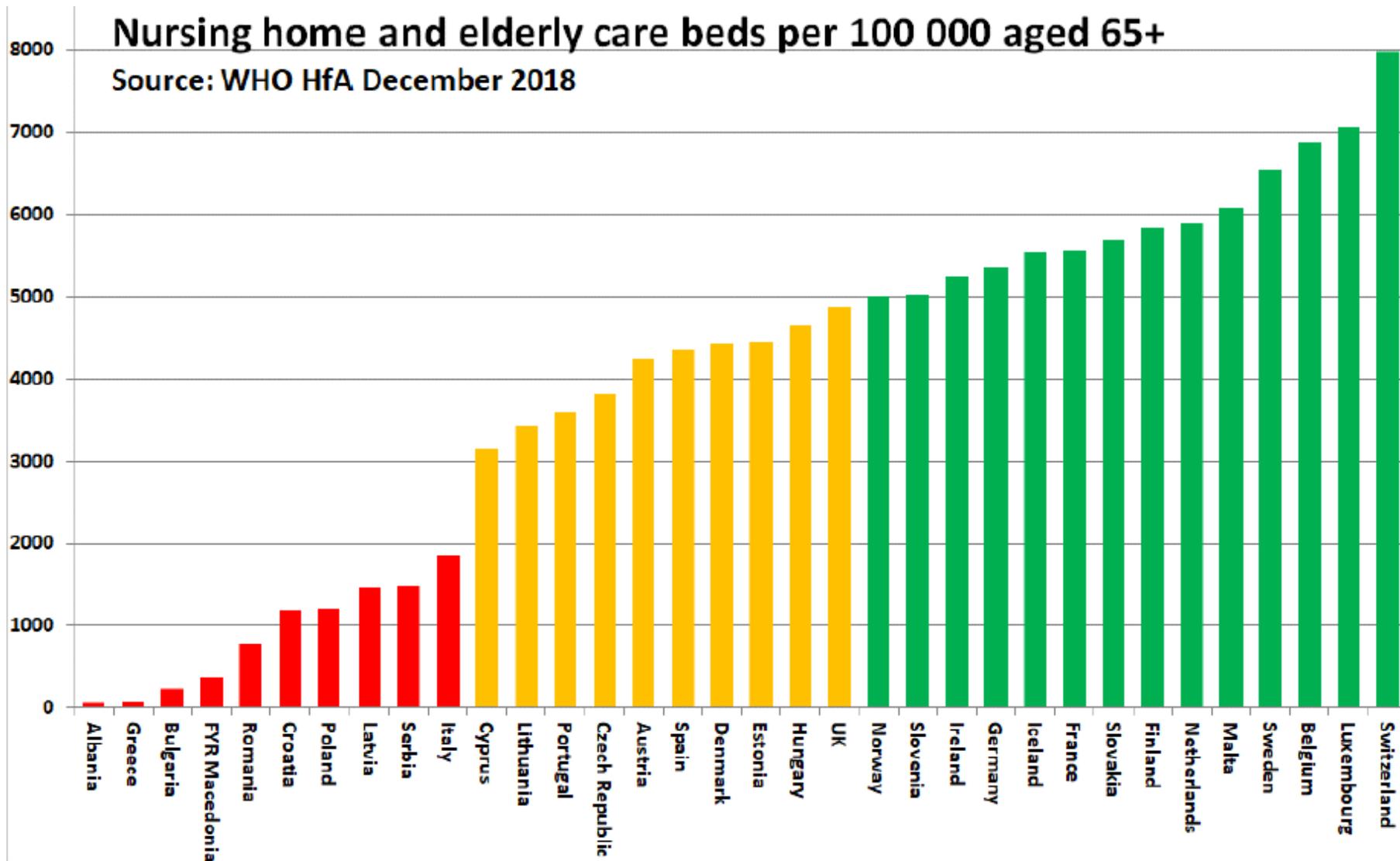
Source: WHO Global Health Expenditure database



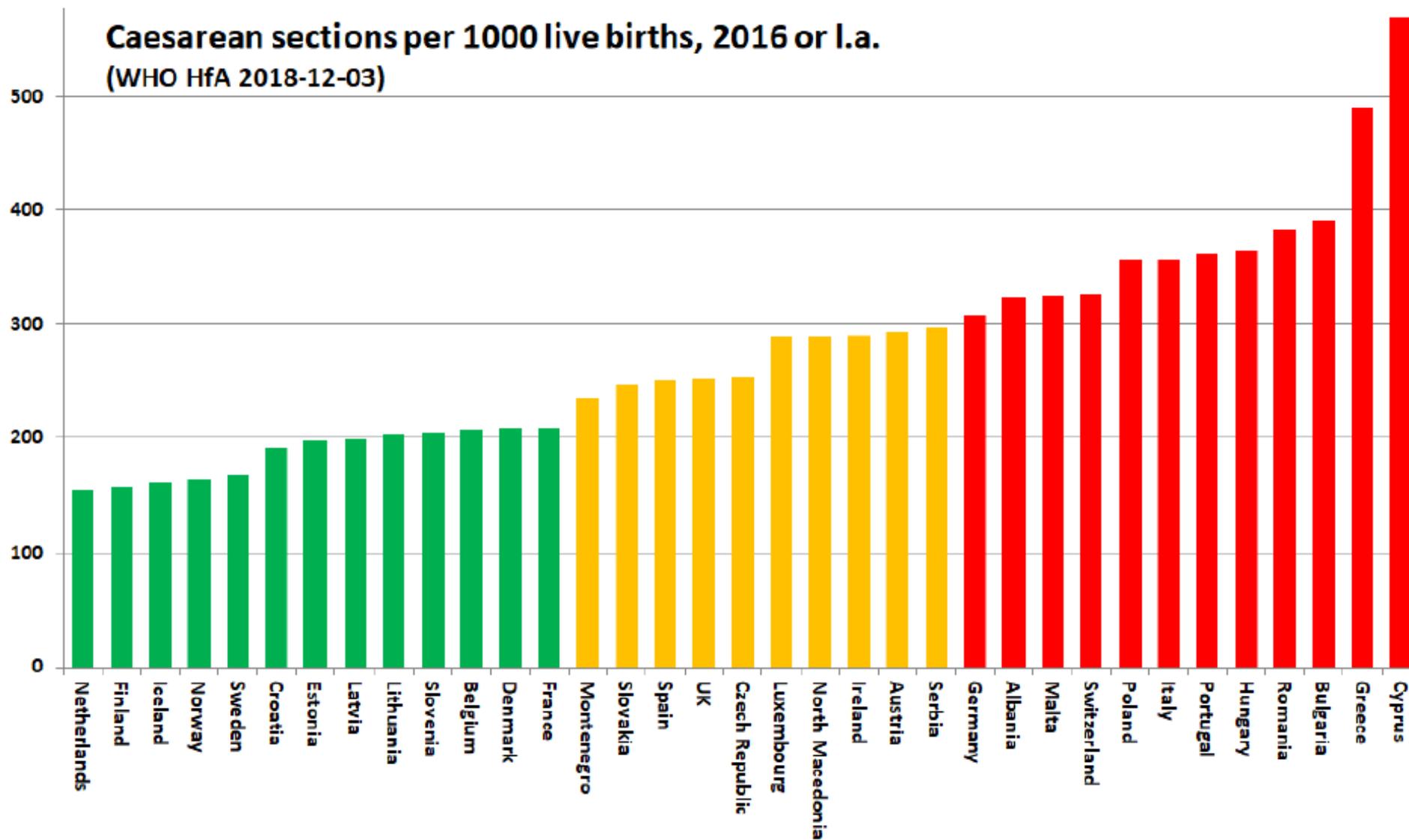
In-patient care costs as % of total HC costs

Source: WHO HfA database, July 2016

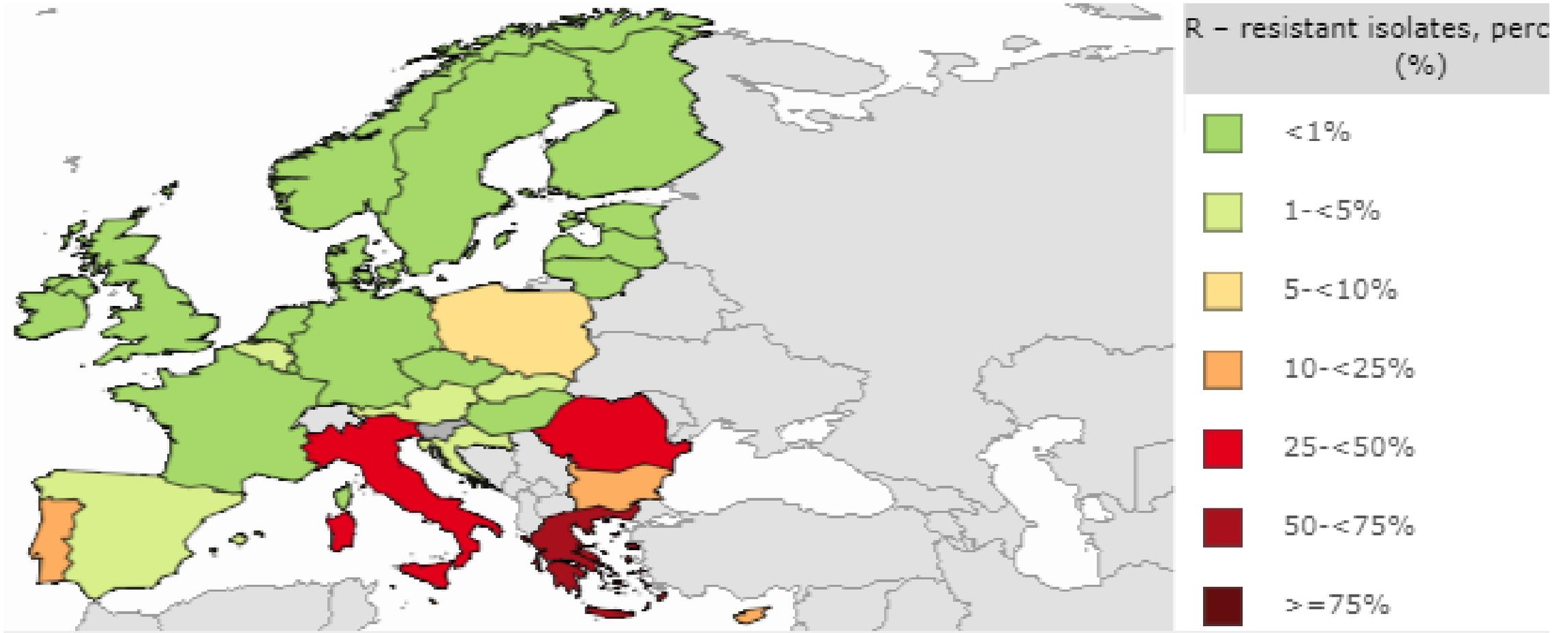




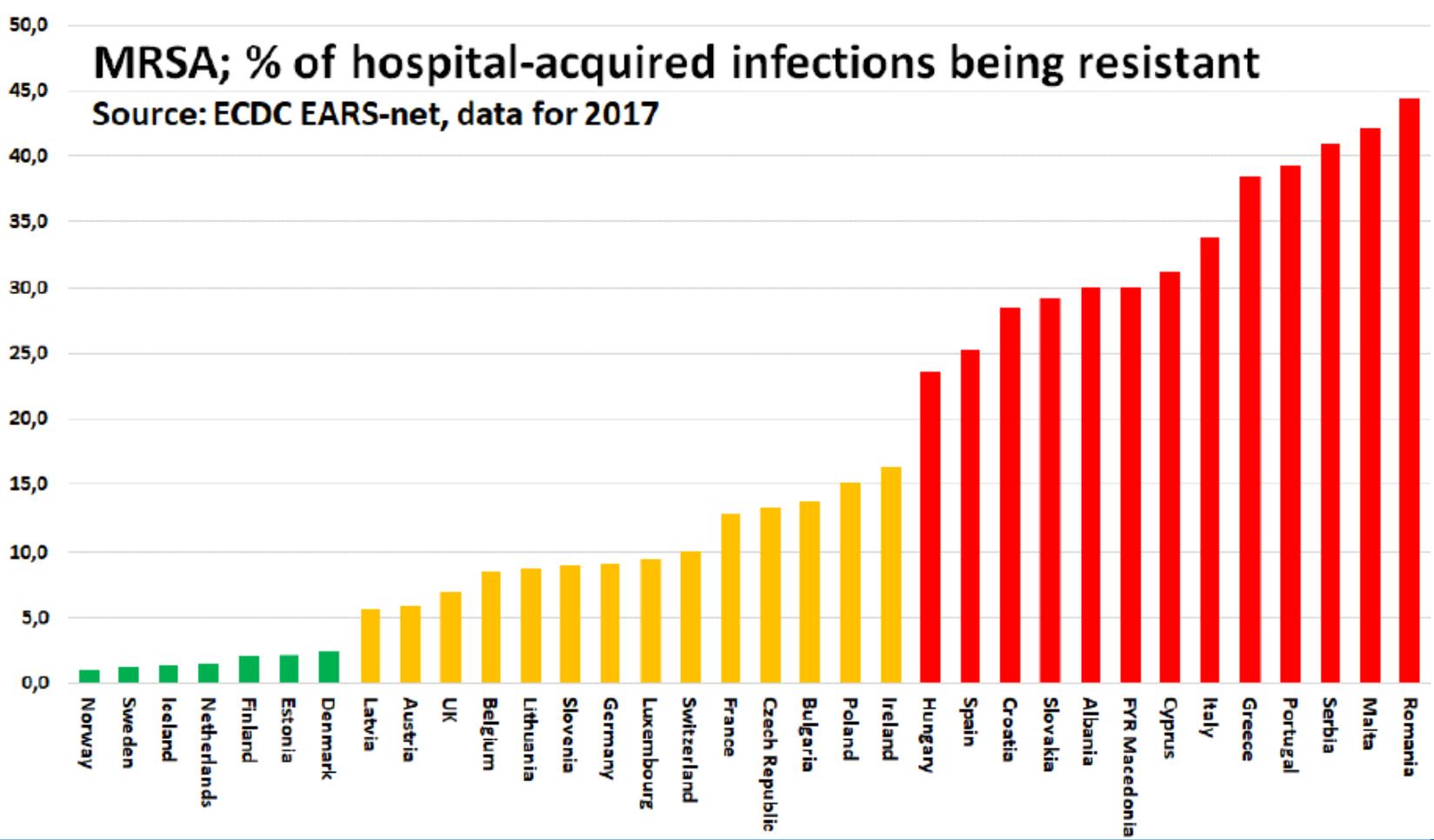
Caesarean sections per 1000 live births, 2016 or l.a.
(WHO HfA 2018-12-03)



Analisi ECDC Antibiotico Resistenza

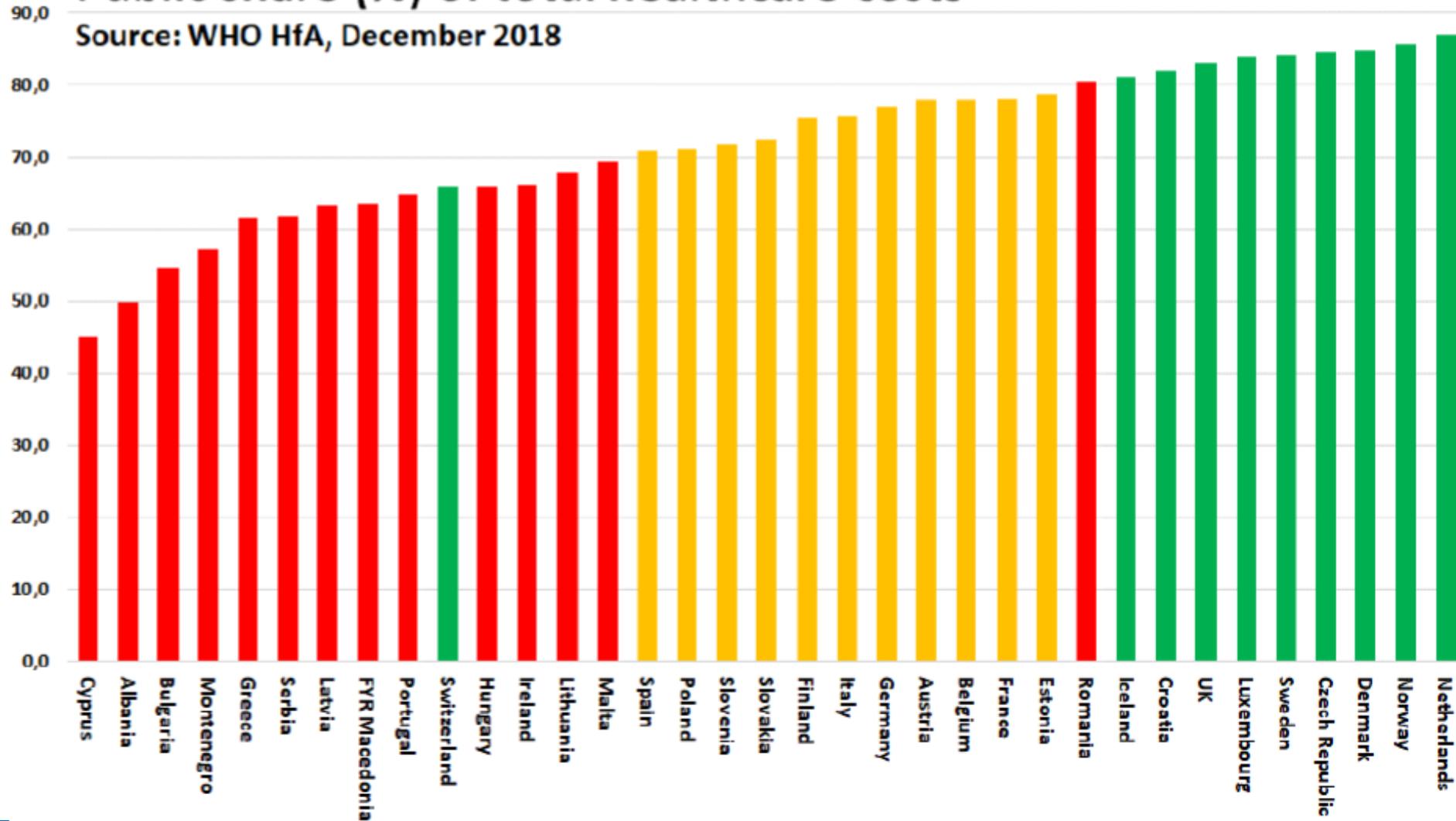


Il confronto internazionale: Risultati



Public share (%) of total healthcare costs

Source: WHO HfA, December 2018



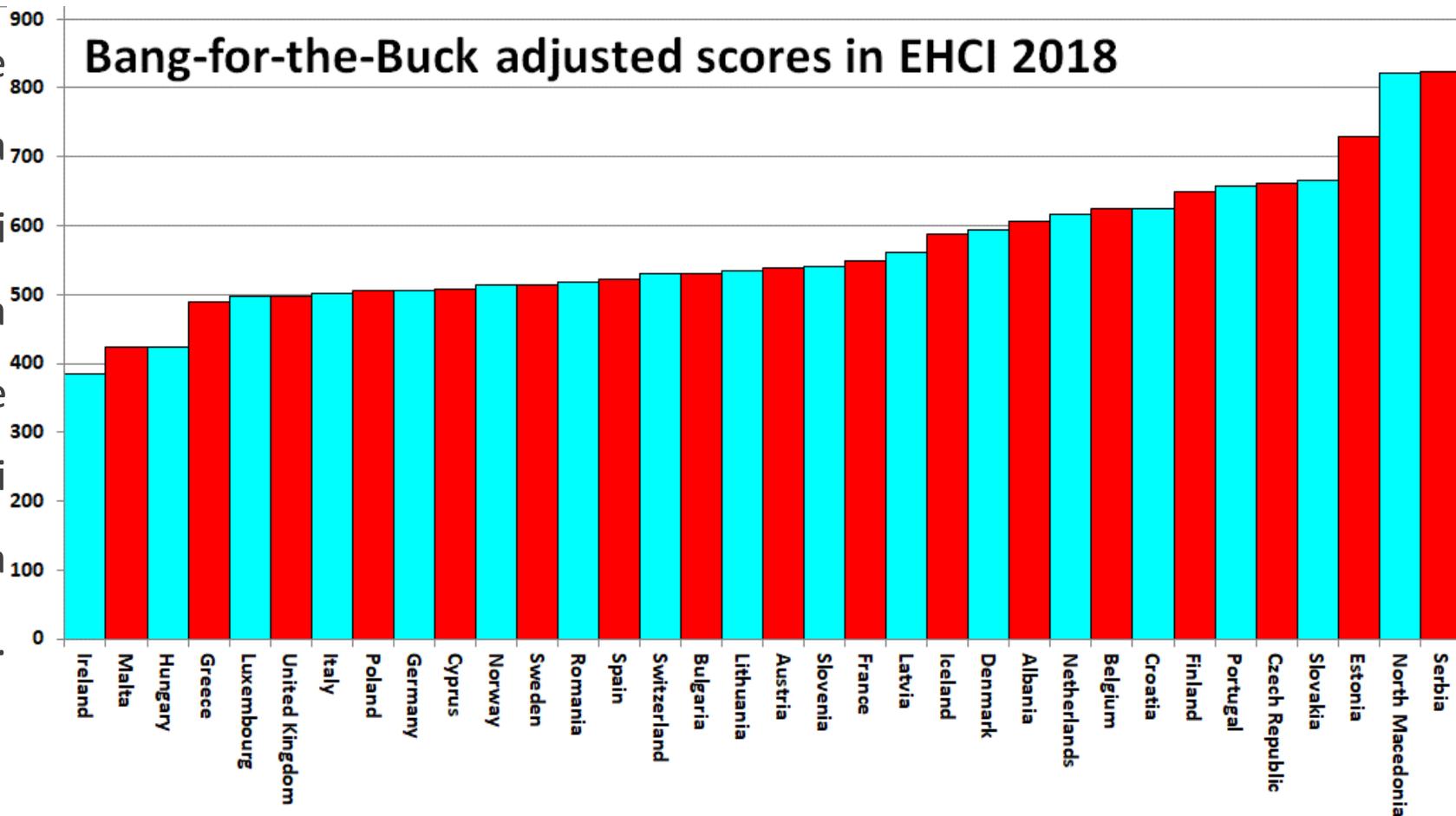
Il confronto internazionale: Risultati

In southern Europe, Spain and Italy provide healthcare services where medical excellence can be found in many places. Real excellence in southern European healthcare seems to be a bit too much dependent on the consumers' ability to afford private healthcare as a supplement to public healthcare. Also, both Spain and Italy show large regional variation, which tends to result in a lot of Amber scores for these countries.

Area Valutativa	1° in classifica	Punteggio Ottenuto	Punteggio Max
Diritti e informazione dei pazienti	Paesi Bassi e Norvegia	125	125
Accessibilità	Svizzera	225	225
Risultati di salute	Finlandia, Norvegia e Svizzera	278	300
Gamma e accessibilità dei servizi offerti	Paesi Bassi, Svezia	125	125
Prevenzione	Norvegia	119	125
Prodotti farmaceutici	Germania e Paesi Bassi	89	100

Il confronto internazionale: Risultati

Misurando i risultati in rapporto alle risorse impiegate, la classifica cambia e salgono ai primi posti Paesi con spesa sanitaria relativamente bassa ma buone performance, e Repubblica di Macedonia, Estonia e Serbia occupano così le prime tre posizioni.



Una breve sintesi sull'Italia

1.3.20 Italy

20th place, 687 points.

Italy has the largest internal difference of GDP/capita between regions of any European country; the GDP of the poorest region is only 1/3 of that of Lombardy (the richest). Although in theory the entire healthcare system operates under one central ministry of health, the national Index score of Italy is a mix of Northern Italian and Rome Green scores, and Southern Italian Red scores, resulting in a lot of Yellows.

Il Sistema Sanitario Italiano

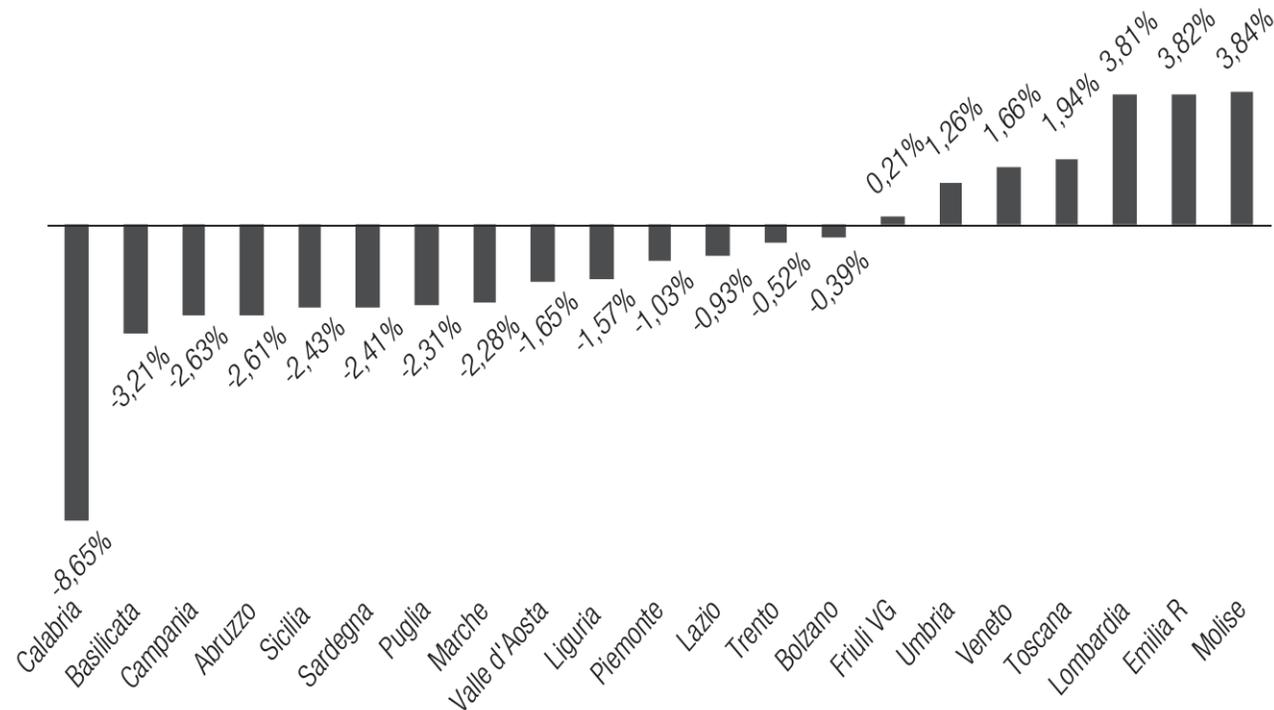
Spesa sanitaria italiana

Tabella 3.9 **Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990, 1995, 2000, 2001, 2005, 2010-2017) (milioni di Euro)**

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Tasso crescita medio			
															'90/'17	'95/'01	'01/'10	'10/'18
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	26.888	31.759	36.674	36.101	35.585	35.090	34.779	34.608	34.321	34.296	34.803	2,8%	4,7%	3,5%	-0,7%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	16.883	26.611	33.103	34.423	35.620	35.559	37.202	37.909	39.221	41.389	42.185	6,4%	10,5%	7,8%	3,1%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	4.511	5.691	6.541	6.626	6.647	6.609	6.614	6.619	6.633	6.637	6.642	3,6%	7,9%	4,2%	0,2%
Farmaceutica conv.	7.288	5.146	8.748	11.662	11.894	10.913	9.862	8.891	8.616	8.390	8.235	8.100	7.592	7.553	0,1%	14,6%	-0,7%	-4,5%
Ospedaliera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.131	8.147	8.849	8.641	8.525	8.538	8.712	8.757	8.697	8.710	8.803	2,8%	6,6%	0,9%	-0,1%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	2.485	3.231	4.504	4.668	4.755	4.679	4.572	4.553	4.622	4.702	4.792	3,5%	12,3%	6,8%	0,8%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	6.025	7.939	10.177	10.261	10.533	10.821	11.013	11.298	11.590	11.835	12.034	7,0%	11,4%	6,0%	2,1%
Altri costi (c)	375	471	578	703	1.066	7	34	202	-212	-255	-520	-329	-529	-896	n.d.	6,9%	-39,7%	n.d.
Altro	375	471	194	259	201	197	202	202	232	234	244	229	240	236	-1,6%	-9,5%	-3,0%	2,3%
Saldo voci straordinarie	-	-	384	64	1.002	-132	-89	51	-378	-398	-652	-465	-647	-976	n.d.	n.d.	-208,4%	28,4%
Saldo intramoenia	-	-	-	-93	-137	-58	-78	-195	-209	-210	-220	-226	-220	-235	n.d.	n.d.	-5,2%	19,3%
Saldo svalutazioni/ rivalutazioni	-	-	-	-	-	-	-	144	143	119	109	133	98	80	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Altri enti (d)	74	637	509	398	459	563	641	647	592	633	653	653	653	653	8,1%	-7,5%	3,9%	1,9%
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.553	2.559	2.502	2.528	2.452	2.392	2.378	2.395	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Totale	41.466	48.752	70.173	77.686	96.797	111.331	112.810	113.964	112.795	114.186	114.564	115.900	117.662	118.964	3,8%	8,1%	4,1%	0,8%
Totale al netto di (c) e (d) : (f)	41.017	47.644	69.085	76.585	95.271	110.761	112.135	113.115	112.415	113.809	114.431	115.576	117.538	119.207	3,9%	8,2%	4,2%	0,9%

Spesa sanitaria italiana

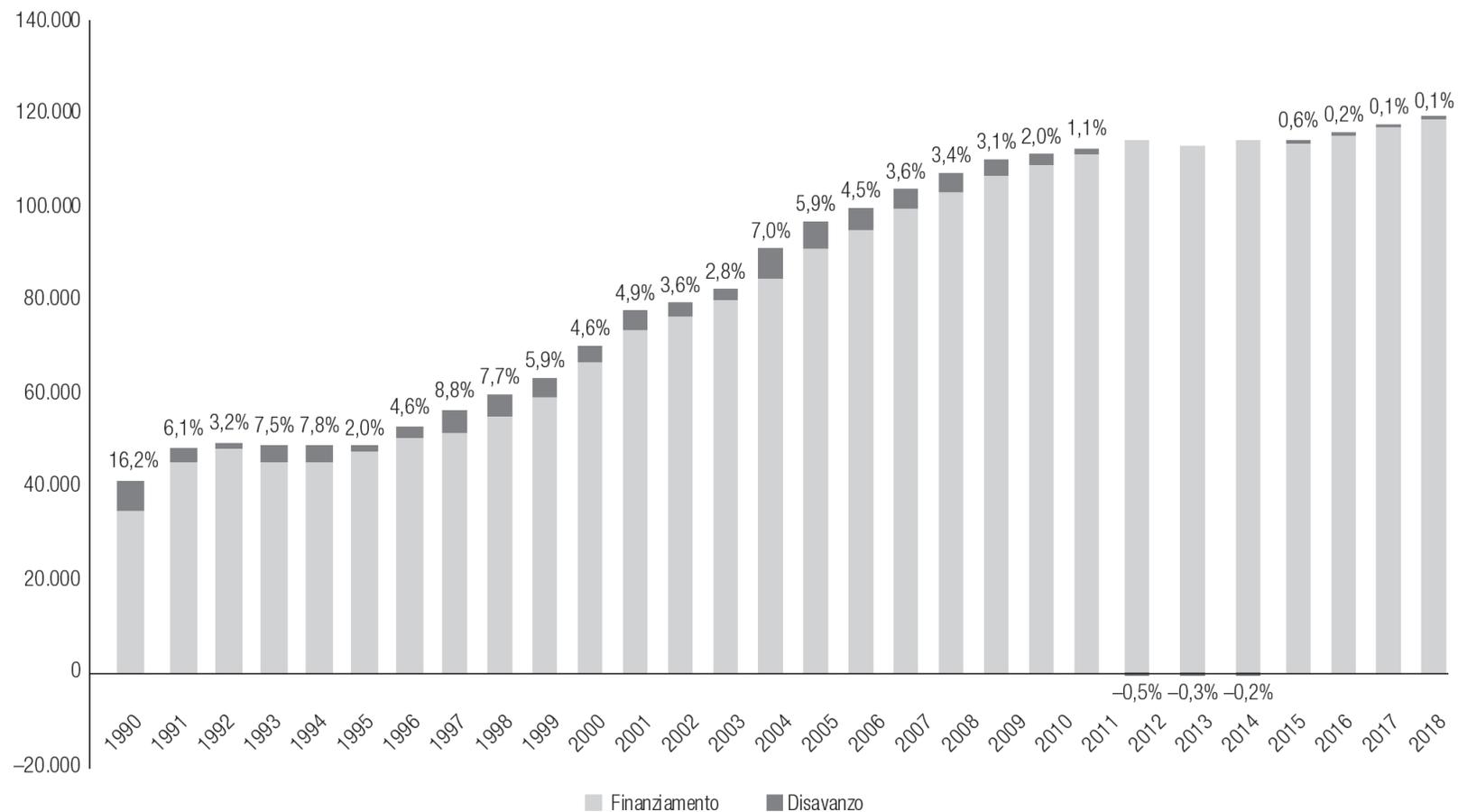
Figura 3.8 **Saldo pro-capite della mobilità su spesa sanitaria pro-capite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) (2018)**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute (2019)

Spesa sanitaria italiana

Figura 3.3 Spesa sanitaria, finanziamento e disavanzo (1990-2018) (milioni di Euro)



Fonte:
Rapporto OASI 2019

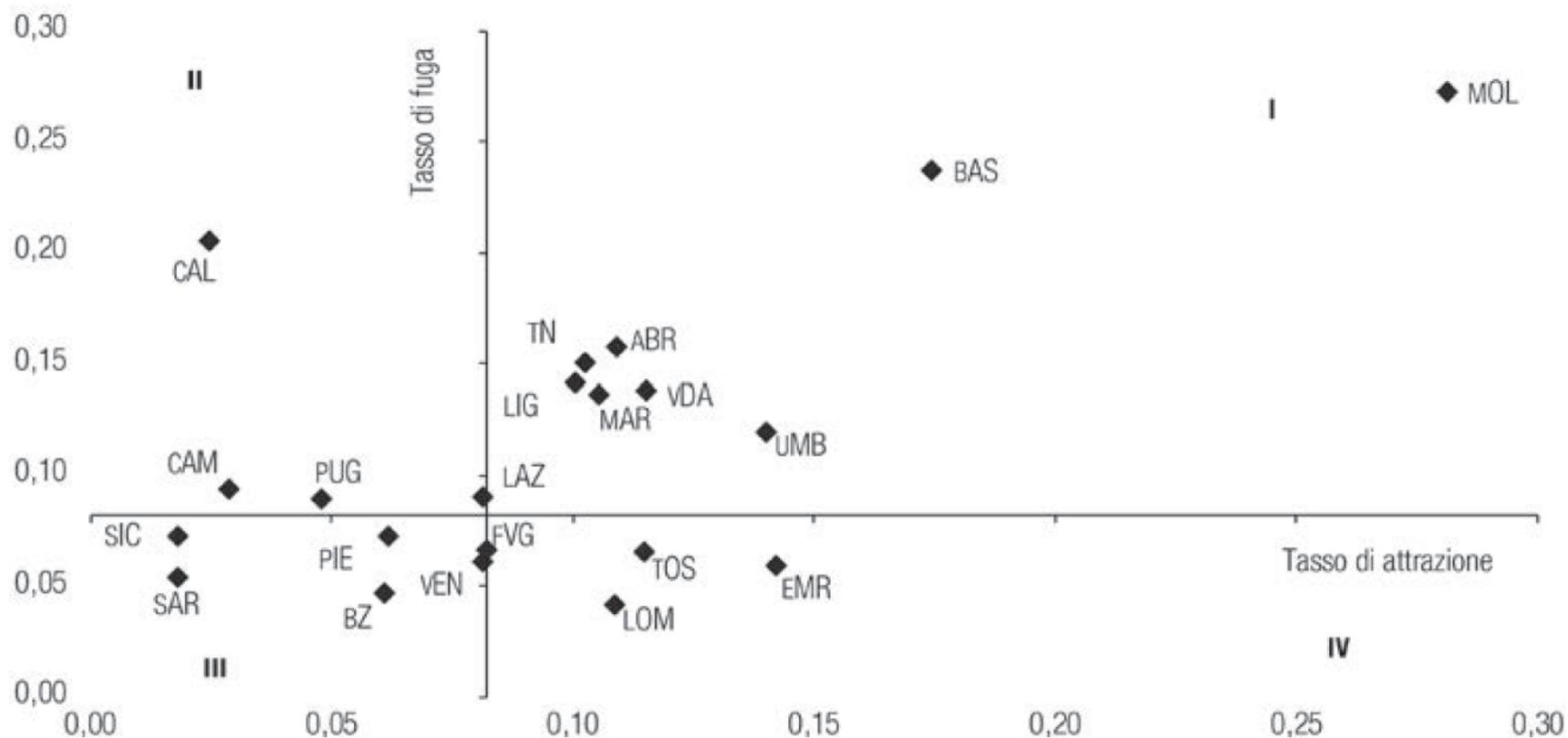
Le organizzazioni sanitarie

Regione	ASL e ASST					Popolazione media 2019	AO (*)				AO integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	IRCCS pubblici	Enti intermedi (**)
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/2015	Numero al 30/06/2019		Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/01	Numero al 30/06/15	Numero al 30/06/19	Numero al 30/06/2019	Numero al 30/06/2019	Numero al 30/06/19
Piemonte	63	22	22	13	12	363.034	7	7	6	6	–	–	–
Valle d'Aosta	1	1	1	1	1	125.666	–	–	–	–	–	–	–
Lombardia	84	44	15	15	27	372.614	16	27	29	–	–	5	11
PA Bolzano	4	4	4	1	1	531.178	–	–	–	–	–	–	–
PA Trento	11	1	1	1	1	541.098	–	–	–	–	–	–	–
Veneto	36	22	21	21	9	545.095	2	2	2	2	–	1	1
Friuli VG	12	6	6	5	5	243.044	3	3	2	–	–	2	1
Liguria	20	5	5	5	5	310.128	3	3	–	–	–	2	1
Emilia Romagna	41	13	13	8	8	557.435	5	5	5	4	–	2	–
Toscana	40	12	12	12	3	1.243.214	4	4	4	4	–	–	1
Umbria	12	5	4	2	2	441.008	2	2	2	2	–	–	1
Marche	24	13	13	1	1	1.525.271	3	4	2	2	–	1	–
Lazio	51	12	12	12	10	587.908	3	3	4	4	1	2	–
Abruzzo	15	6	6	4	4	327.895	–	–	–	–	–	–	–
Molise	7	4	4	1	1	305.617	–	–	–	–	–	–	–
Campania	61	13	13	7	7	828.813	7	8	7	7	2	1	–
Puglia	55	12	12	6	6	671.509	4	6	1	1	1	2	–
Basilicata	7	5	5	2	2	281.435	1	1	1	1	–	1	–
Calabria	31	11	11	5	5	389.426	4	4	4	4	–	1	–
Sicilia	62	9	9	9	9	555.543	16	17	5	5	3	2	–
Sardegna	22	8	8	8	1	1.639.591	1	1	1	1	2	–	1
ITALIA	659	228	197	139	120	502.996	81	97	75	43	9	22	17

Fonte:
Elaborazione
OASI su dati
Ministero della
Salute (Elenchi
ASL e strutture di
ricovero), Del
Vecchio (2017)

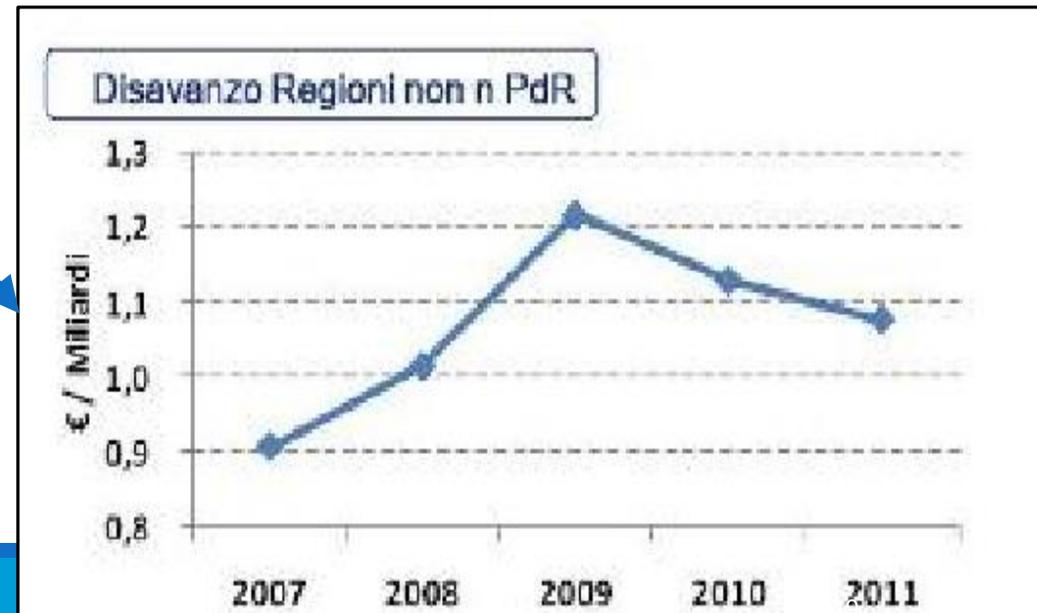
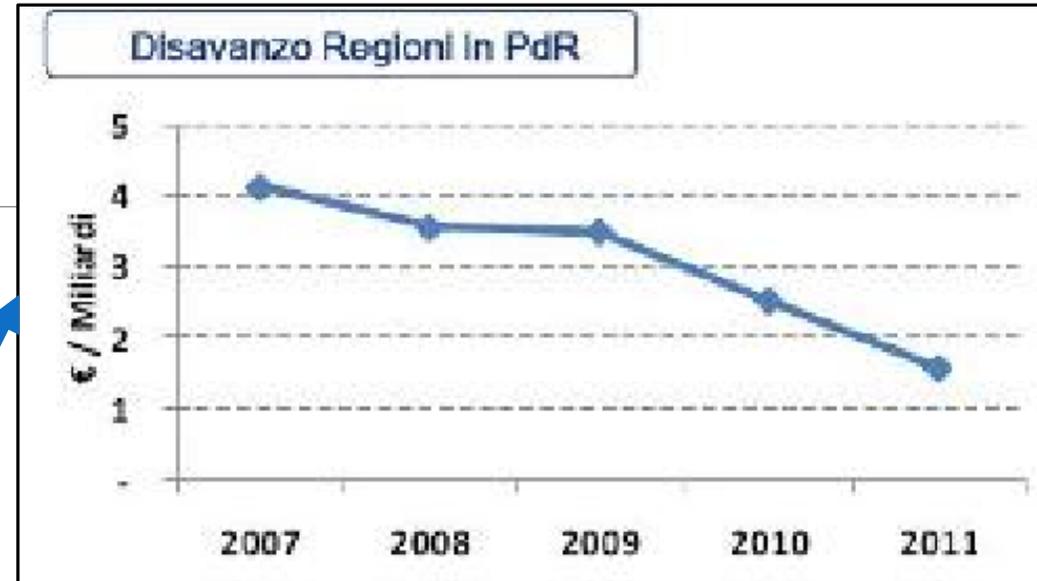
Le organizzazioni sanitarie

Figura 2.9 **Posizionamento delle regioni in base agli indici di attrazione (*) e di fuga (**) (2017)**

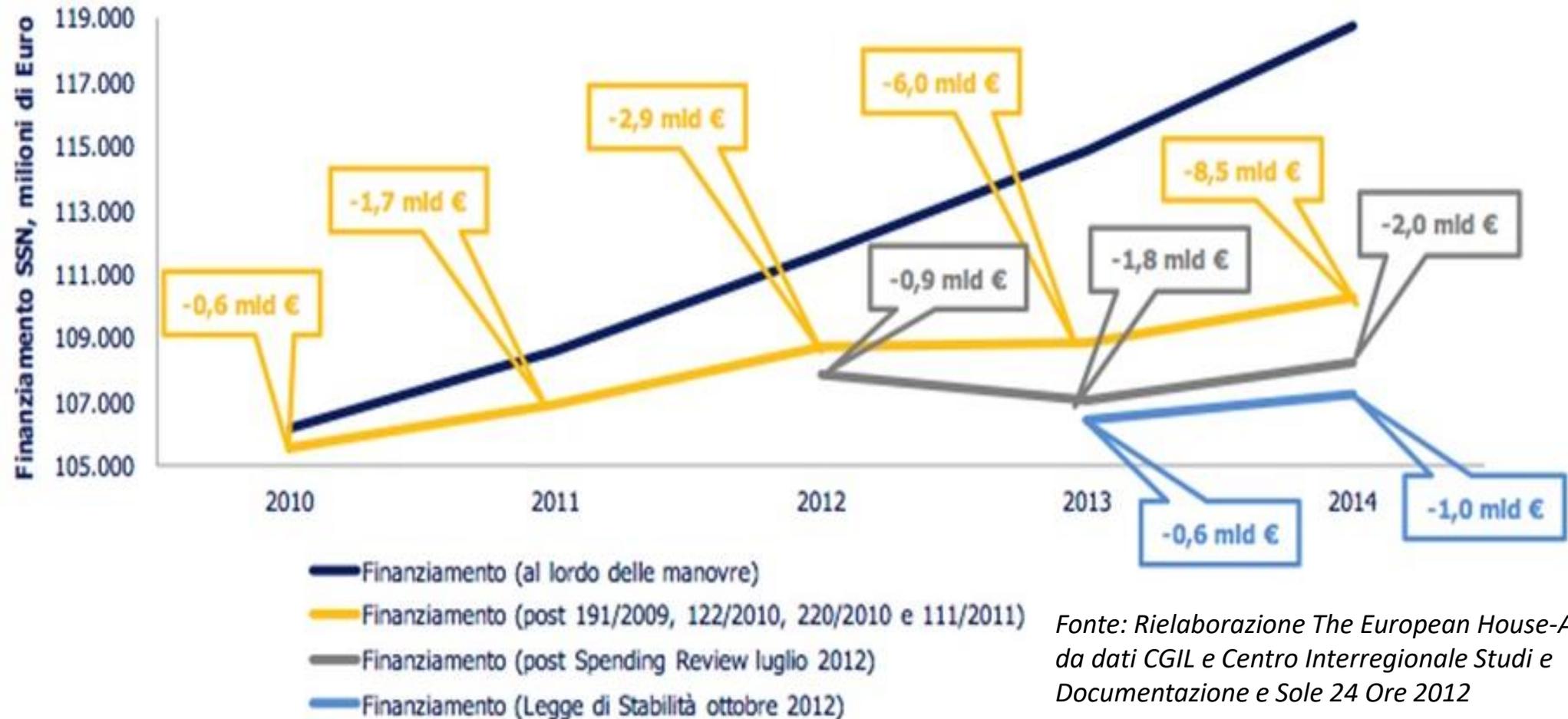


I piani di rientro

ACCORDO	REGIONE	DISAVANZO
28-feb-07	LAZIO	1.700.000.000
06-mar-07	ABRUZZO	140.000.000
27-mar-07	MOLISE	70.000.000
13-mar-07	CAMPANIA	870.000.000
31-lug-07	SICILIA	640.000.000
17-dic-09	CALABRIA	250.000.000
29-lug-10	PIEMONTE	420.000.000
30-nov-10	PUGLIA	330.000.000
altre regioni		900.000.000



Freno alla crescita F.S.N.

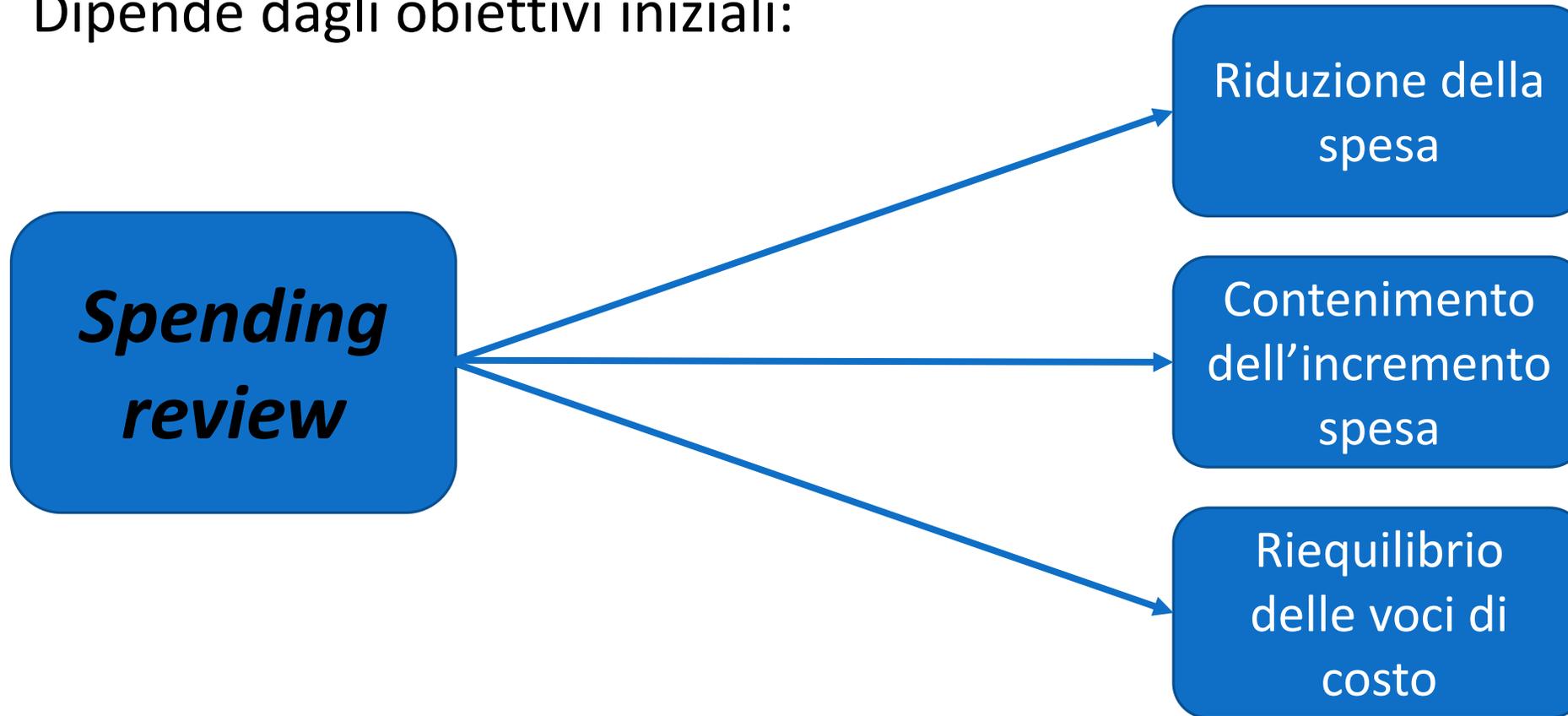


Posti Letto per Regione

Regione	N° Reparti	PL degenza ordinaria	PL degenza a pagamento	PL Day Hospital	PL Day Surgery	Totale PL
PIEMONTE	992	14.707	-	1.067	864	16.638
VALLE D`AOSTA	33	448	-	24	17	489
LOMBARDIA	1.996	34.831	581	957	1.426	37.795
PROV. AUTON. BOLZANO	128	1.863	19	105	89	2.076
PROV. AUTON. TRENTO	97	1.886	-	117	119	2.122
VENETO	869	16.022	119	623	749	17.513
FRIULI VENEZIA GIULIA	236	3.809	55	413	80	4.357
LIGURIA	406	5.018	46	382	269	5.715
EMILIA ROMAGNA	1.120	16.404	72	532	387	17.395
TOSCANA	898	10.291	222	949	563	12.025
UMBRIA	267	2.873	9	187	202	3.271
MARCHE	332	4.637	8	365	221	5.231
LAZIO	1.437	18.345	95	1.610	768	20.818
ABRUZZO	322	3.983	6	208	218	4.415
MOLISE	78	950	144	76	58	1.228
CAMPANIA	1.219	15.280	70	1.768	885	18.003
PUGLIA	719	11.676	4	599	264	12.543
BASILICATA	129	1.613	26	147	76	1.862
CALABRIA	361	4.965	-	538	293	5.796
SICILIA	1.318	13.807	91	1.191	736	15.825
SARDEGNA	370	5.043	3	555	189	5.790
ITALIA	13.327	188.451	1.570	12.413	8.473	210.907

La metodologia di spending review fin qui utilizzata è stata efficace?

Dipende dagli obiettivi iniziali:



Conclusioni

Qual è stata la risposta delle aziende alla spending review:

34%



Riduzione dei costi

44%



Stabilizzato la spesa

22%



Aumento dei costi

Il destino dei piccoli ospedali

Decreto 95 del 6.07.2012
"Patto per la Salute" del 10.07.2014
alla Conferenza Stato-Regioni

Legge di Stabilità
2016

**Riduzione posti letto
(3,7 per mille ab.)**
Standard ospedalieri
minimi e massimi.
Riduzione delle strutture
complesse.

Esiti e valutazioni del PNE.
Regolazione Puntiriscita.



Indicazione implicita dell'esistenza di una
relazione evidente tra dimensione, costo ed esiti

ADEMPIMENTI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA 2010-2017



Adempimento >84,5%

Emilia Romagna (92,2%), Toscana (89,6%), Piemonte (86,9%), Veneto (86,7%), Lombardia (85,3%)

Adempimento tra 75,3% e 84,5%

Umbria (83,9%), Marche (81,9%), Liguria (80,3%), Friuli Venezia Giulia* (79%), Prov. Aut. di Trento* (77,8%), Basilicata (75,3%)

Adempimento tra 62,6% e 75,2%

Abruzzo (72,8%), Lazio (72%), Sicilia (67,9%), Molise (66,7%), Puglia (63,1%)

Adempimento <62,6%

Valle d'Aosta* (62%), Calabria (58,9%), Sardegna* (56,1%), Prov. Aut. di Bolzano* (55,4%), Campania (53,9%)

*Regioni e Province autonome non sottoposte alla verifica degli adempimenti