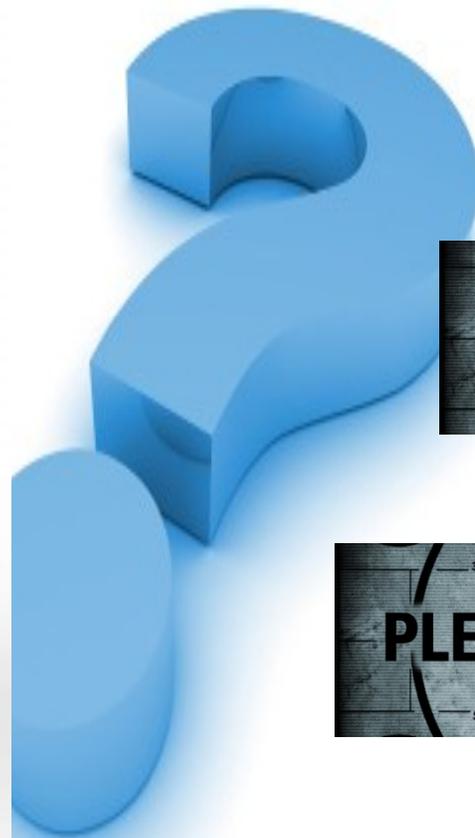


Cosa ricordate della lezione precedente ?





Abbiamo visto:

- ✓ Concetto di salute e sua evoluzione
- ✓ Economia ed economia sanitaria
 - ✓ Domanda, offerta ed elasticità
- ✓ Mercato e fallimenti del mercato
- ✓ Misuratori di performance dell'economia sanitaria
- ✓ Obiettivi della politica sanitaria



L'INDAGINE

Lo strano caso dei farmaci anticancro: il prezzo sale anche quando arriva la concorrenza

In genere succede il contrario: aumenta l'offerta e scendono i costi

redazione 7 Novembre 2017 12:35

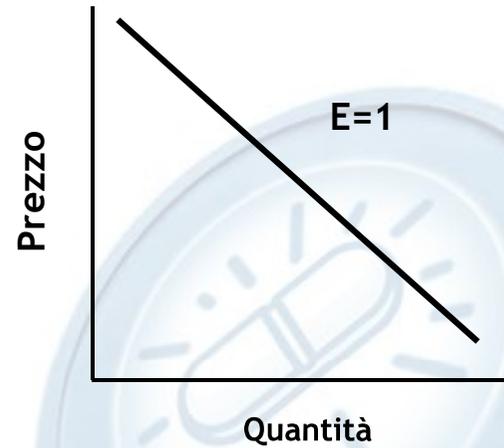


Nel periodo di osservazione di 12 anni, il costo medio di tutti gli antitumorali iniettabili è cresciuto del 37 per cento, al netto dell'inflazione. Restringendo il campo di osservazione a periodi più brevi si ha un aumento annuo medio del costo mensile del 3,7 per cento.

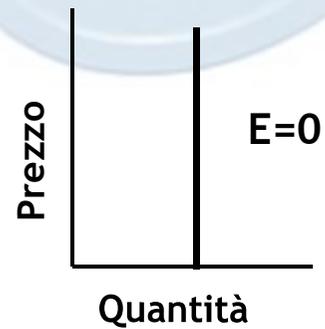
Source: Ben-Gurion University (BGU), il Rabin Medical Center, la Tel Aviv University in Israele, e la Emory University di Atlanta.

Elasticità del prezzo

Se $|E| = 1$ la domanda è perfettamente elastica



Se $|E| = 0$ la domanda è totalmente inelastica



Informazione imperfetta

Il modello di concorrenza perfetta prevede la perfezione dell'informazione.

I soggetti economici che operano sul mercato dispongono di una informazione completa sui beni acquistati e venduti (sulle loro caratteristiche, sulla loro capacità di soddisfare i bisogni, sulla loro qualità)

Il mercato delle prestazioni sanitarie è caratterizzato dalla presenza di numerose situazioni di informazione imperfetta o asimmetrica.

Gli individui non sono in grado di riconoscere i propri bisogni (patologie), di scegliere i trattamenti più appropriati, di giudicare i servizi ottenuti, di valutare la congruità dei prezzi, di prevedere gli esiti del trattamento.

I medici, a loro volta, sono soggetti ad alcuni fattori condizionanti avulsi dal paziente (ambizione personale, desiderio di prestigio, ecc.) e non possono disporre di certezza sui trattamenti (la medicina è una scienza probabilistica)



Informazione imperfetta

A causa della Informazione imperfetta o asimmetrica

Si forma una Relazione di Agenzia

- Quando un soggetto delega la decisione ad altro elemento
- Es relazione paziente-medico
- Può essere
 - Perfetta (l'agente agisce nel puro interesse del paziente)
 - Imperfetta (l'agente sfrutta l'ignoranza del soggetto per raggiungere scopi propri)
 - Può determinare la **Domanda farmaceutica derivata** (Supplier Induced Demand)



Esternalità

Un'esternalità (economia o diseconomia esterna) si verifica ogniqualvolta la produzione o il consumo di un bene da parte di un individuo produce effetti esterni (positivi o negativi) su un altro individuo, senza che quest'ultimo paghi o riceva una compensazione per tali effetti

Nel settore sanitario,

- una esternalità positiva è la vaccinazione
- una esternalità negativa è il fumo

La presenza di esternalità nel settore sanitario impedisce che questo settore si configuri come un mercato concorrenziale e invoca l'intervento pubblico per favorire la produzione di esternalità positive e scoraggiare la produzione di esternalità negative



Monopolio

- in realtà non è un monopolio ma un **Mercato oligopolistico**:
 - **Numero di imprese:** oltre 5000 imprese, ma con oltre il 90% del mercato in mano a meno di 100 multinazionali
 - **Tipi di prodotto:** eterogeneo a causa della diffusa differenziazione di prodotto, con enfasi sulla qualità e la tutela brevettuale
 - **Capacità di definire il prezzo:** possibilità di influire sul prezzo con la R&D e come processo di differenziazione
 - **Restrizioni all'entrata:** alta a causa della tutela brevettuale e dell'intensivo sistema di marketing
 - **Benessere sociale:** sub-ottimale a causa degli elevati prezzi e degli extraprofitti

Trade-off tra benessere sociale sub-ottimale e tutela brevettuale



TOP TEN PHARMACEUTICAL COMPANY

https://youtu.be/RRvbx_MjNdl



Top 10 Pharmaceutical Companies 2017

Per Risultato economico, per analisi del profitto e per capacità di spesa in R&D(Ricerca e Sviluppo)



I numeri della filiera del farmaco

200 aziende

63.500 addetti (90% laureati e diplomati) 43% donne

66.00 addetti nell'indotto

6.100 addetti alla R&S (52 % donne)

30 MILIARDI EURO di produzione (73 % per estero)

2.6 MILIARDI EURO di investimenti (1.4 R&S; 1.2 produzione)

Industria farmaceutica	Concessionari e Depositari (art. 108 DLgs 219/2006)	Distributori Intermedi (art. 105 DLgs 219/2006)	Farmacie Ospedali Case di cura
			
cc. 350 aziende di cui cc. 230 di specialità medicinali.	cc. 150 aziende con cc. 250 depositi.	cc. 140 aziende (di cui cc. 40 cooperative di farmacisti)	cc. 1400 strutture ospedaliere pubbliche. cc. 18000 farmacie.
Forte fenomeno di concentrazione. Le prime 50 coprono 80% del trade.	Svolgono, per conto delle Mandanti, lo stoccaggio, l'allestimento, la consegna.	I primi 4 gruppi coprono il 60% del mercato.	Numero di farmacie regolamentato dalla pianta organica.

Beni pubblici

I beni pubblici (difesa nazionale, igiene pubblica, educazione sanitaria, ecc.) sono distinguibili dai beni privati sulla base del criterio della:

- non rivalità: il consumo da parte di un individuo non impedisce il consumo da parte di tutti gli altri
- non escludibilità: non è possibile escludere dal suo godimento coloro che non sono disposti a pagare il corrispettivo richiesto

I beni pubblici non offrono convenienza ad essere prodotti per ciò è necessario che se ne occupi la pubblica amministrazione.

Impropriamente, le prestazioni sanitarie sono definiti beni pubblici. *In realtà si tratta di beni di merito*: beni che la collettività ritiene degni di particolare attenzione perché meritori dal punto di vista sociale e pertanto oggetto di intervento pubblico.



Equità

Il concetto stesso di equità non è univocamente definito, lo si può intendere come:

- ✓ uguaglianza di accesso alle risorse sanitarie tra gli utenti
- ✓ uguaglianza di utilizzo delle stesse risorse
- ✓ uguaglianza di stato di salute tra i cittadini
- ✓ infine, in una accezione più attuale, garanzia della fornitura di un livello minimo di servizi a tutti i cittadini.

**Un caso interessante è quello
Della necessità di avere quantitativi
di cannabis per uso terapeutico**

<http://www.notiziariochimicofarmaceutico.it/2017/10/20/cannabis-per-uso-terapeutico/>

Lo stato ha messo a disposizione l'Istituto Farmaceutico Militare per la produzione razionalizzata e controllata di questo prodotto

The screenshot shows the website of the Istituto Farmaceutico Militare (IFM) in Florence. The header includes the IFM logo, the text 'Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare', 'Sicurezza e Qualità dal 1853 ... FIRENZE', and 'uno stabilimento Agenzia Industrie Difesa'. The navigation menu includes 'CENNI STORICI', 'ATTIVITÀ', 'PRODOTTI', 'EVENTI E GARE', 'FARMACI ORFANI-ORPHAN DRUGS', 'UTENTI FF.AA.', and 'PRODUZIONE CANNABIS AD USO MEDICO'. The main content area is titled 'PROGETTO PILOTA CANNABIS' and includes a sub-section 'Produzione CANNABIS ad uso medico'. A breadcrumb trail shows 'Home page > Progetto pilota Cannabis'. The page content includes the heading 'PRODUZIONE CANNABIS AD USO MEDICO' and the sub-heading 'Introduzione'. The text below reads: 'Di seguito puoi trovare informazioni utili per l'acquisto dei preparati vegetali a base di Cannabis FM2.'

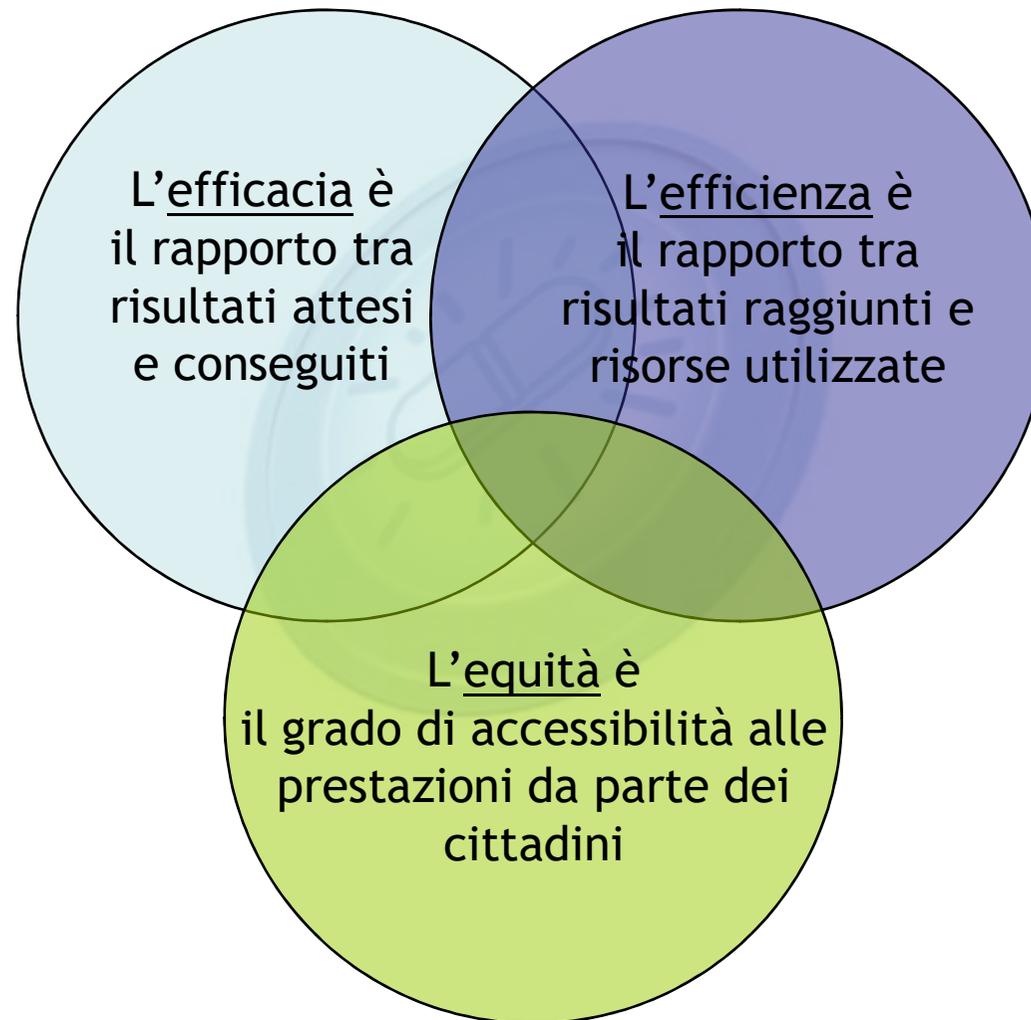


L'Economia sanitaria studia:

- quante risorse di un paese sono allocate al settore della sanità e come vengono poi ripartite all'interno del settore stesso.
- la produzione dei servizi sanitari e il modo in cui questi si distribuiscono tra i cittadini



Strumenti di misurazione di una performance in economia sanitaria



Tipologia di Efficienza

L'efficienza macroeconomica

ha l'obiettivo di determinare una quota appropriata del Prodotto Interno Lordo (PIL) da destinare alla sanità in relazione alle altre voci di spesa pubblica;

L'efficienza microeconomica

ha l'obiettivo di scegliere il mix dei servizi che permette di massimizzare il risultato data una certa quota di PIL attribuita alla spesa sanitaria.

Si divide in:

- Tecnica o Produttiva
- Allocativa o Distributiva



Efficienza tecnica o produttiva

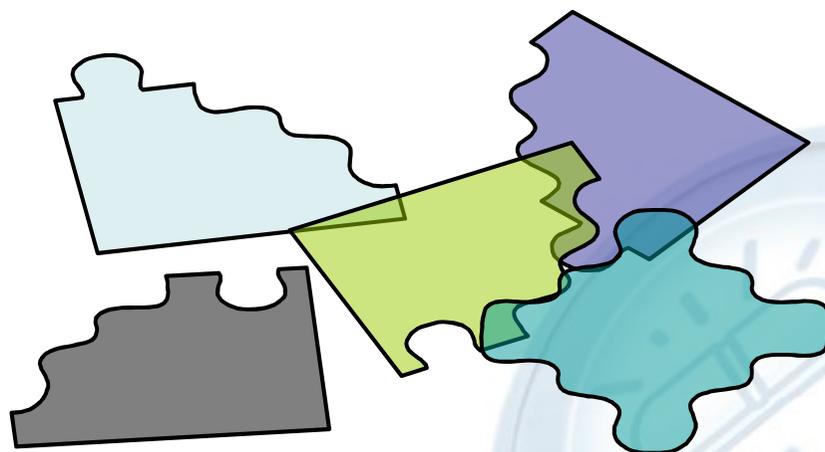
Combinazioni di fattori produttivi che minimizzano i costi (priorità obiettivo salute) o massimizzano i risultati (obiettivo costi)



Qual è l'intervento che minimizza i costi o massimizza lo stato di salute del paziente (prevenzione, terapia, ...)?

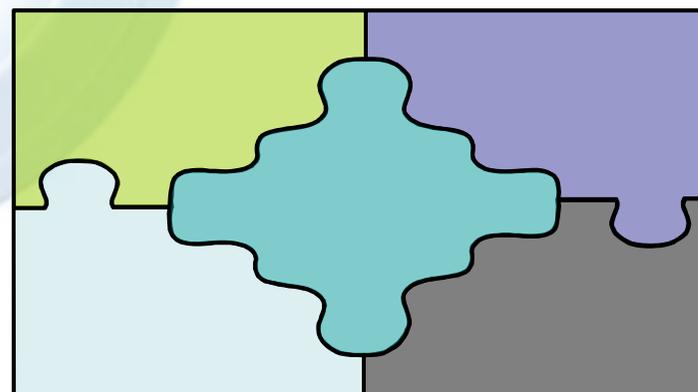


Efficienza allocativa

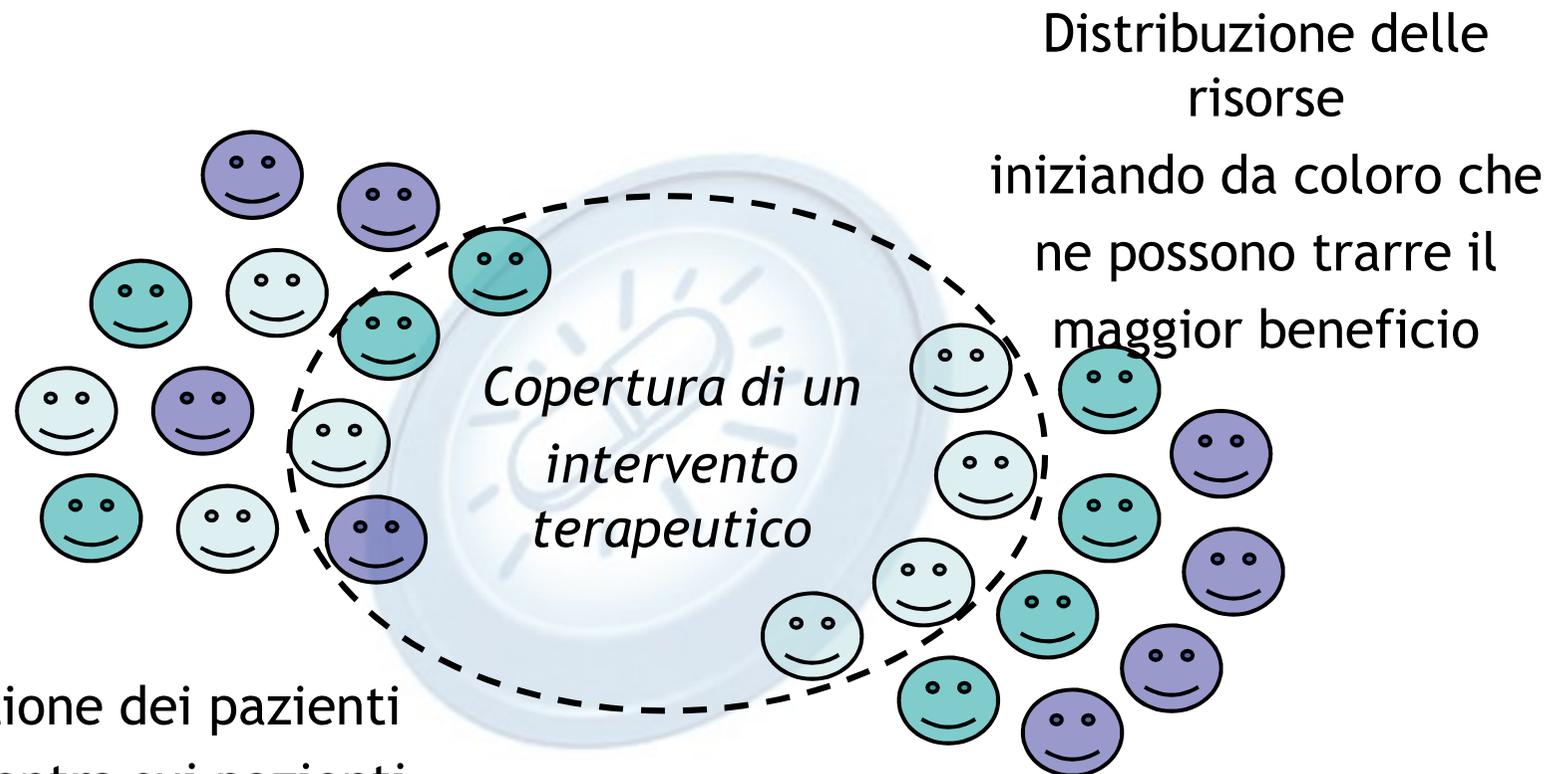


Destinazione delle risorse
secondo un criterio
di massimizzazione
dell'utilità

Come viene destinato
il costo imputabile
alla gestione della
patologia?



Efficienza distributiva



La gestione dei pazienti si concentra sui pazienti con più elevato rischio?



Equità

L'equità esprime la valutazione in merito alla distribuzione dei costi e dei benefici tra i diversi individui o gruppi sociali

Si distinguono due aspetti dell'equità:

equità orizzontale

si prevede un'uguale spesa pro-capite o un numero di servizi uguale;

equità verticale

Si prevede un numero di servizi variabili in funzione dei bisogni per garantire la stessa accessibilità e provvedere ad un uguale livello di salute.



Equità Orizzontale e Verticale

I limiti dell'approccio "verticale" e "orizzontale"

Concentrando il proprio intervento su una singola patologia, fase di cura o funzione del sistema sanitario, **l'approccio verticale porta spesso alla creazione di sistemi paralleli o comunque poco integrati con il sistema sanitario**, che quindi spesso risultano non sostenibili nel tempo. **L'approccio orizzontale, invece, è indirizzato alla creazione di sistemi sanitari permanenti per un approccio a lungo termine**. Le cui risorse spesso però non sono sufficienti a garantire servizi adeguati ai bisogni della popolazione. Metaforicamente è possibile illustrare (vedi Figura 1) l'approccio verticale come un approccio che crea "isole" di sufficienza per specifiche malattie, fasi di cura o servizi sanitari in un "mare" di inadeguatezza del sistema sanitario in generale, mentre l'approccio orizzontale riduce la profondità di questo "mare", che resta comunque insufficiente (3).

Fig. 1 L'approccio verticale e orizzontale a confronto

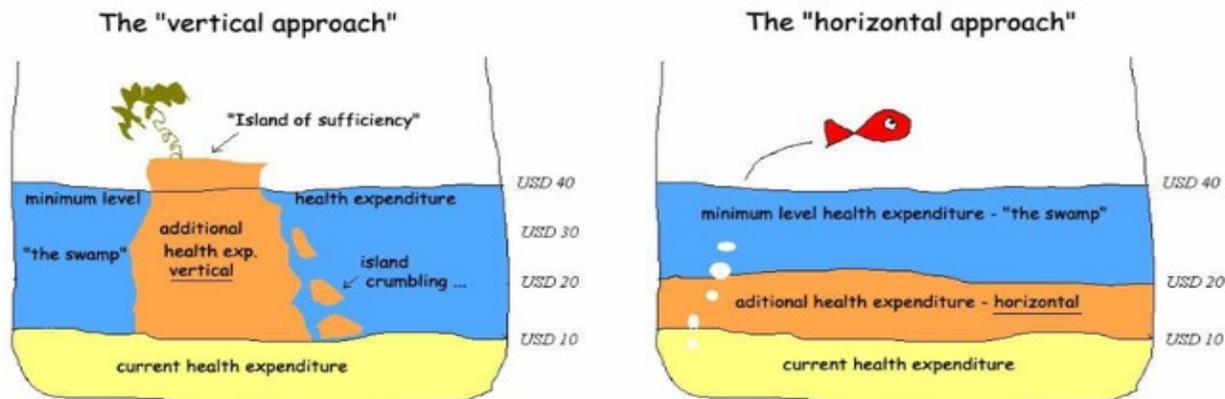
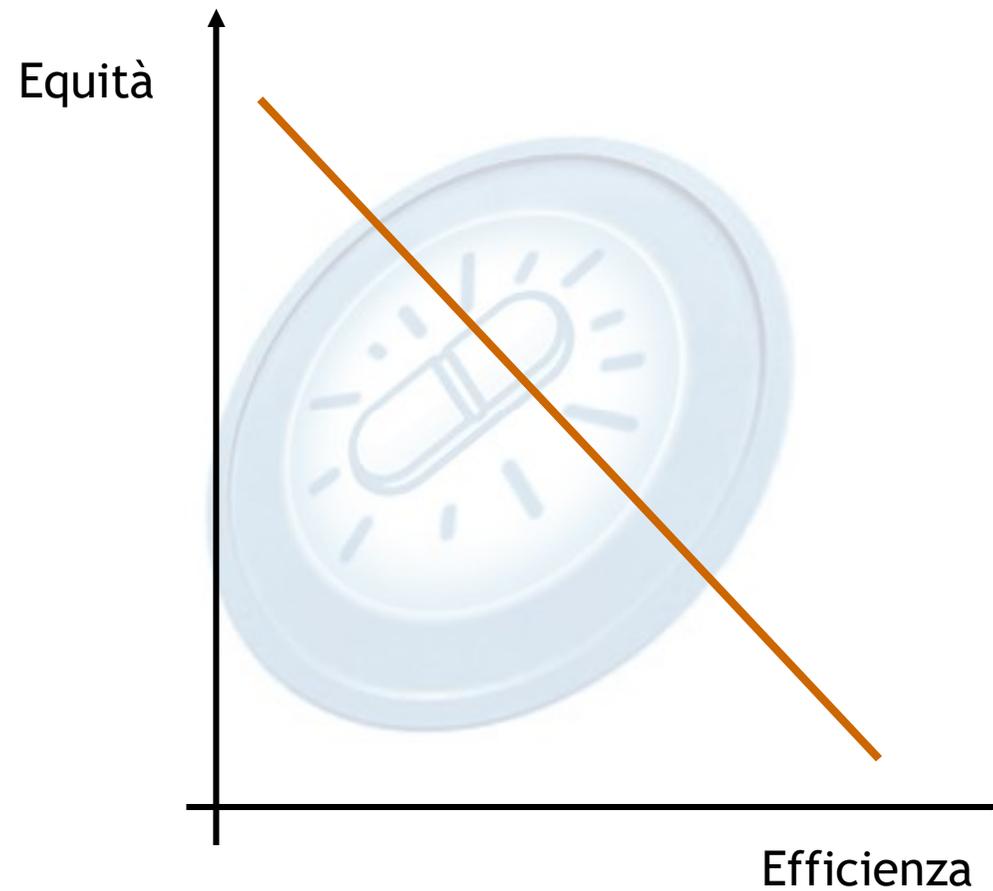


Illustration by Gorik Ooms & Marc Bestgen

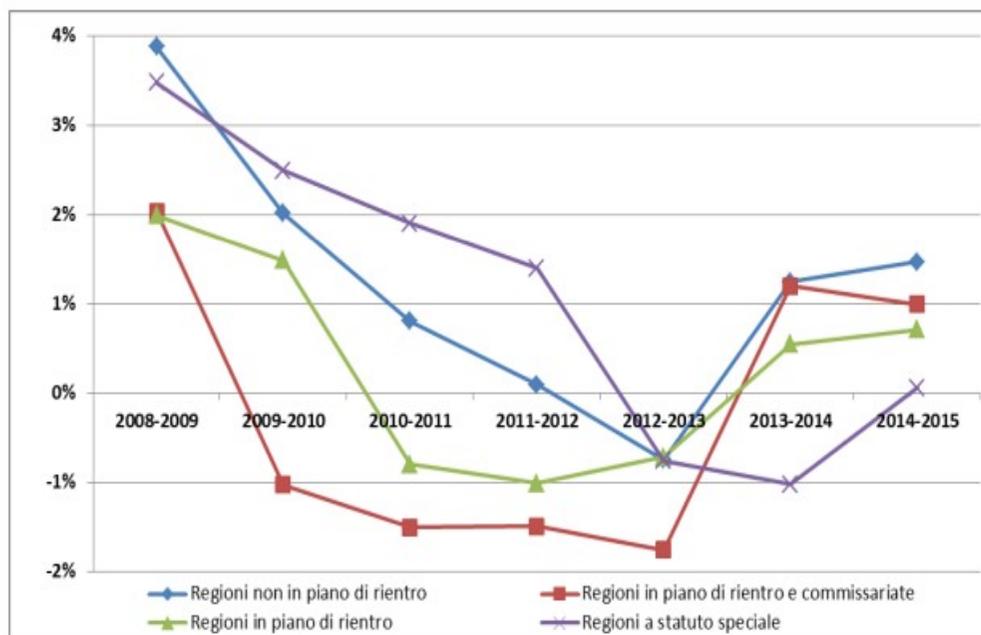
Trade-off equità ed efficienza



Indicazione di efficienza

...il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi,

Figura 1 - Spesa sanitaria corrente (variazione percentuale annua)



Fonte: elaborazione Agenas su dati estratti dai modelli CE consuntivi, anni 2008-2015 (NSIS)

Natalia Di Vivo - Responsabile Monitoraggio Spesa Sanitaria
Angelo Tattoli - Collaboratore Agenas

2





Politica sanitaria

Una moderna POLITICA SANITARIA deve (soprattutto in una fase di politica della SOSTENIBILITA’):

Applicare gli strumenti della economia sanitaria...
...con il fine sociale di ottimizzare gli strumenti di tutela della salute

...ovvero scegliere quali risorse devono essere indirizzate verso quali prestazioni tra quelle di efficacia riconosciuta in base alle evidenze scientifiche e verso quali soggetti che possano trarne maggior beneficio.

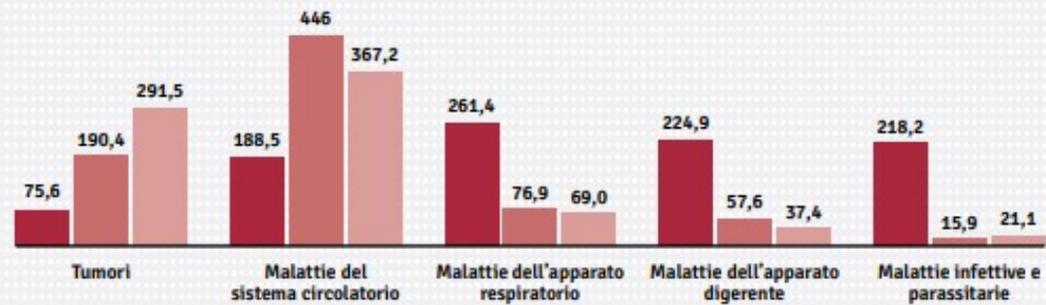


Politica sanitaria

MORTALITÀ PER ALCUNE CAUSE

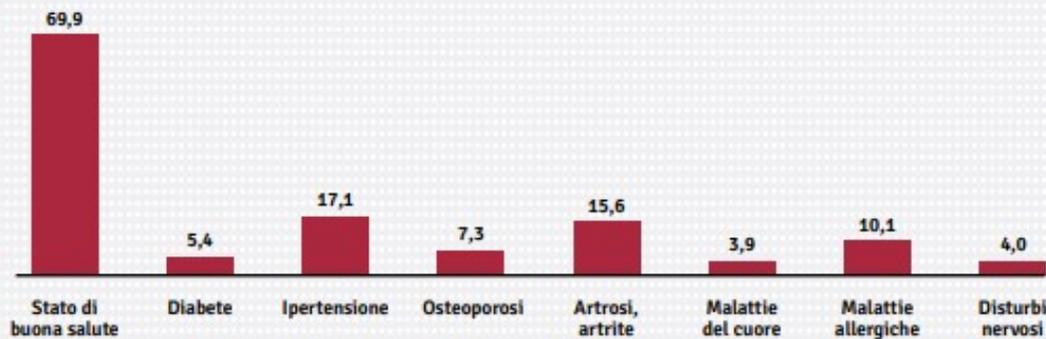
Anni 1931, 1971 e 2013, per 100.000 abitanti

■ 1931 ■ 1971 ■ 2013



CONDIZIONI DI SALUTE E MALATTIE CRONICHE DICHIARATE

Anno 2015, per 100 persone



Souce : Istat 2016





SALUTE E SANITÀ

PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ IN SOVRAPPESO O OBESE PER SESSO E CLASSE DI ETÀ

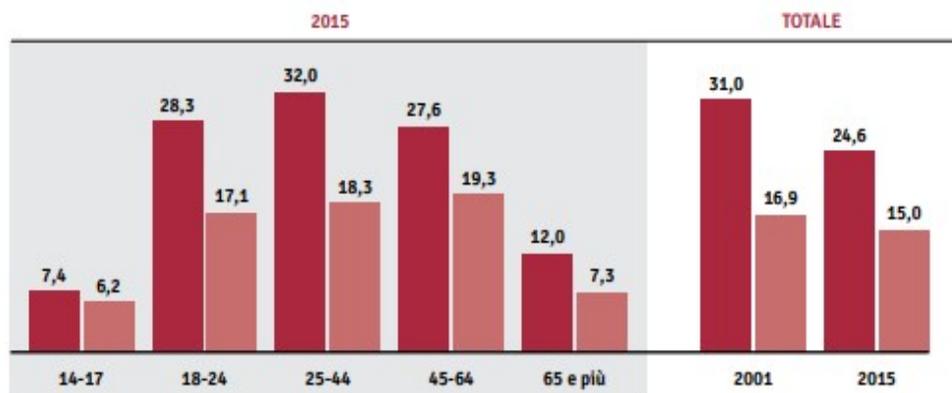
Anni 2001 e 2015 per 100 persone di 18 anni e più dello stesso sesso e classe di età

	18-34		35-54		55-74		75 e più		Totale	
	2001	2015	2001	2015	2001	2015	2001	2015	2001	2015
MASCHI										
Sovrappeso	27,3	27,3	47,4	46,2	52,0	52,0	44,9	50,9	42,6	44,0
Obesi	3,6	4,3	9,8	10,9	12,8	15,6	7,9	11,9	8,7	10,8
FEMMINE										
Sovrappeso	10,4	13,1	23,9	23,7	39,8	36,4	34,4	38,6	25,9	27,3
Obese	1,9	3,1	7,5	7,2	15,4	13,4	9,6	13,0	8,4	9,0
MASCHI E FEMMINE										
Sovrappeso	18,8	20,3	35,6	34,8	45,5	43,8	38,3	43,6	33,9	35,3
Obesi	2,7	3,7	8,6	9,0	14,2	14,4	9,0	12,6	8,5	9,8

PERSONE DI 14 ANNI E PIÙ PER ABITUDINE AL FUMO, SESSO E CLASSE DI ETÀ

Anni 2001 e 2015, per 100 persone dello stesso sesso e classe di età

■ MASCHI ■ FEMMINE



Italia in cifre 2016

17





Politica Sanitaria & farma

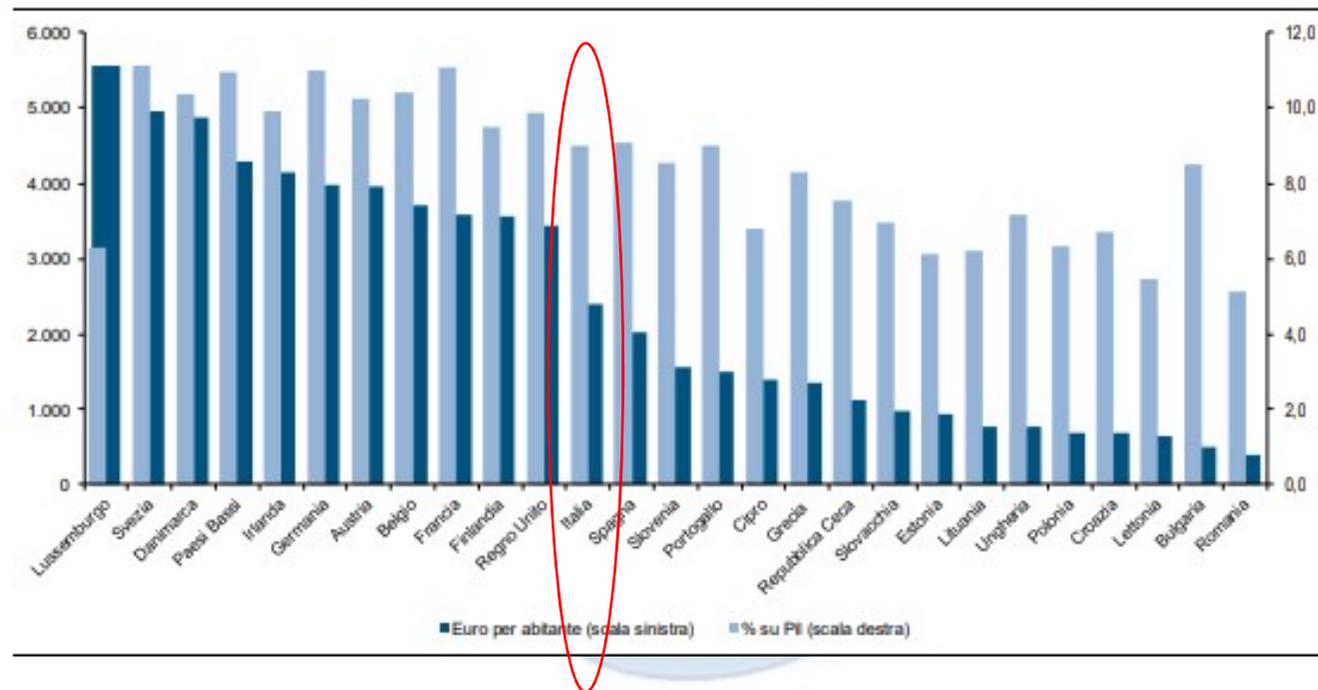
**Marketing e Tecniche di Accesso al mercato Farmaceutico
A.A. 2017-2018**

**Roberto Adrower
Professore a Contratto canale M-Z**



Spesa Sanitaria e PIL

FIGURA 5. SPESA SANITARIA NEI PAESI UE. Anno 2014, euro per abitante e incidenza sul Pil



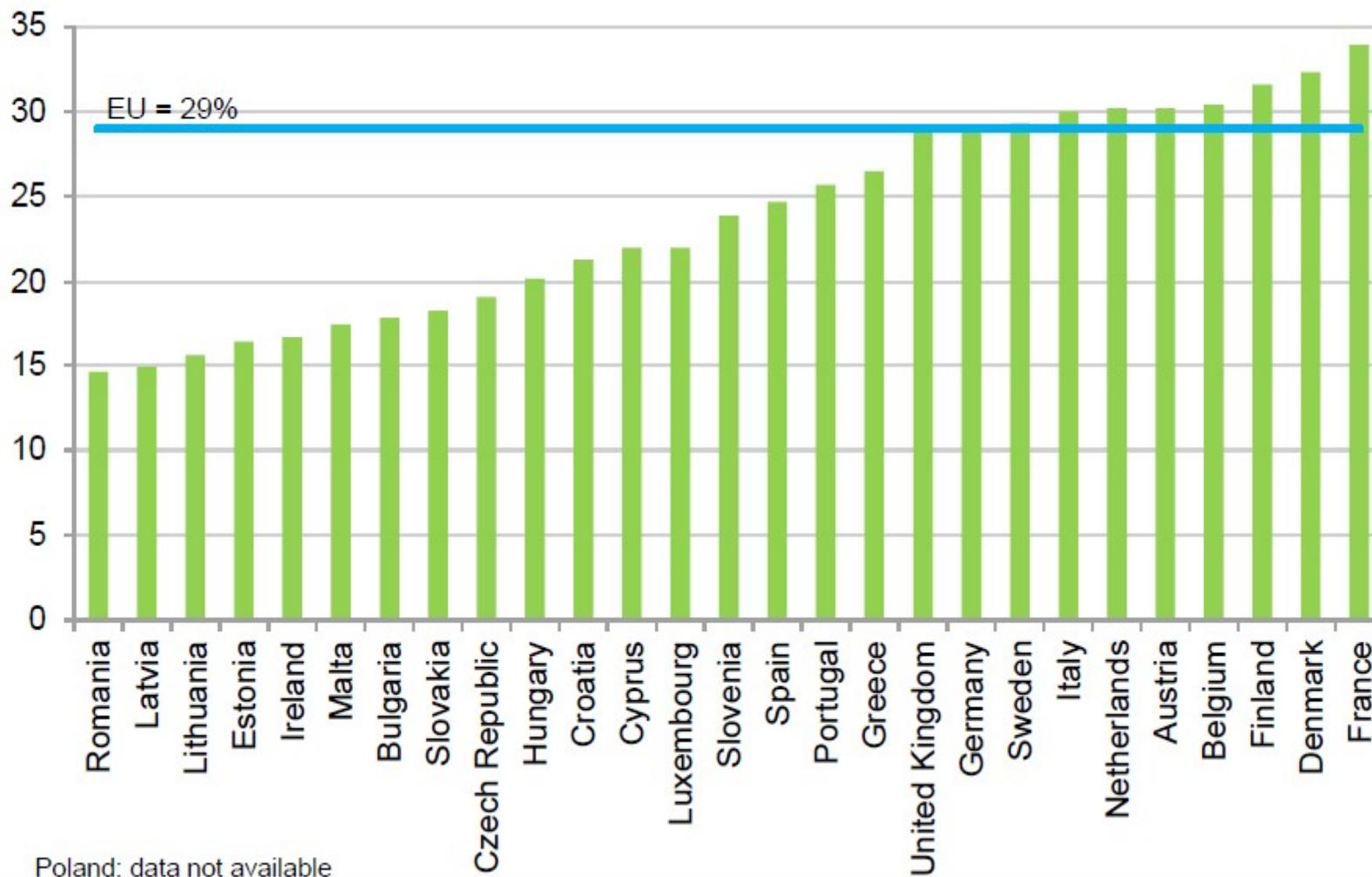
Source dati Istat 2014



La Sanità sacrificata alle *pensioni*, un'analisi della spesa sociale



Social protection expenditure in the EU Member States, 2015 (% GDP)



_Figura 1

Perché le pensioni erodono la spesa sanitaria?

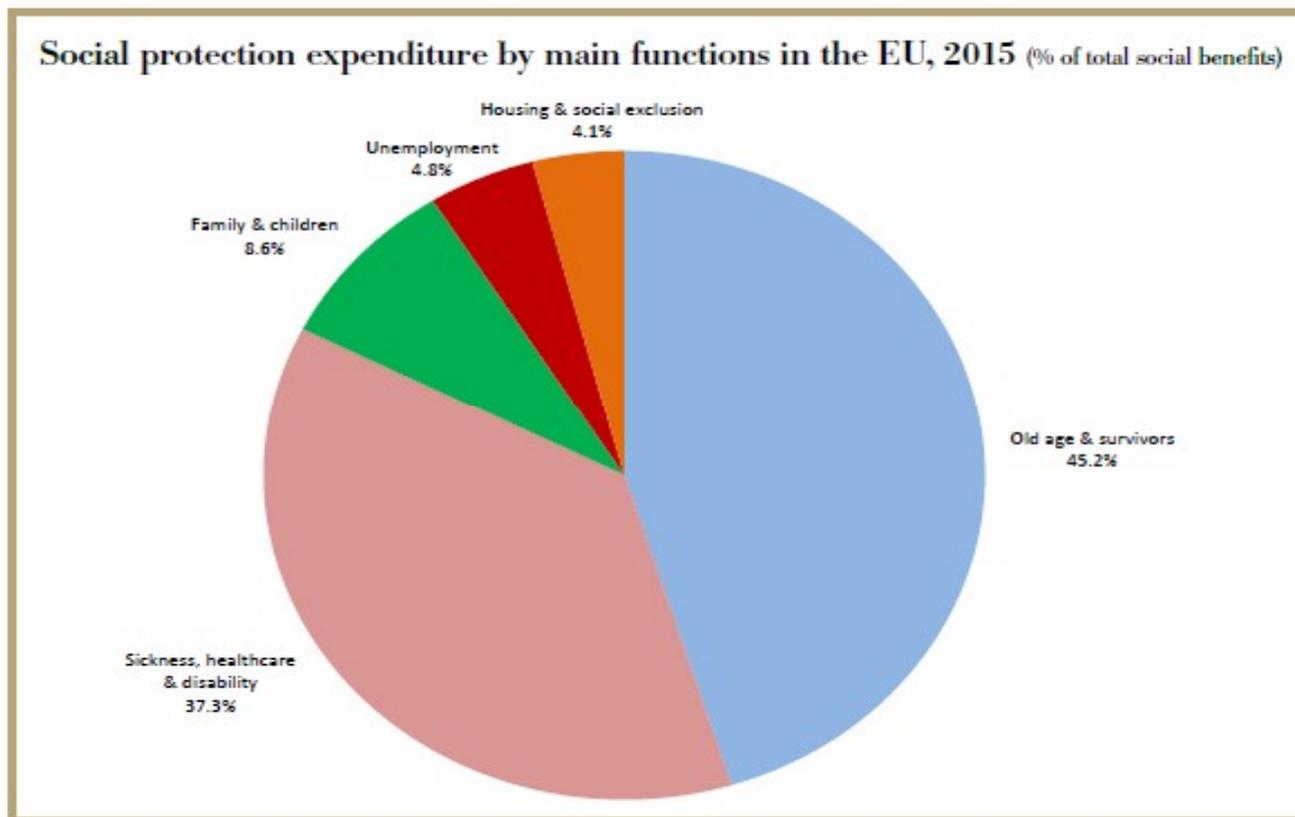


Figura 2

Febbraio_2018 | Il Quaderno della distribuzione farmaceutica_24



Politica sanitaria

Politica = Policy (*non politics*)

“Insieme delle azioni messe in atto per la gestione del bene comune”

Gli obiettivi di una moderna politica sanitaria si possono riassumere in 4 punti:

- ✓ *Preservare e migliorare la salute della popolazione*
- ✓ *Raggiungere un livello accettabile di Equità*
- ✓ *Rispondere alle aspettative della popolazione, dei cittadini*
- ✓ *Far fronte ad interessi paralleli quale ad esempio il rispetto di un determinato bilancio.*

Ob. tecnico

Ob. sociale

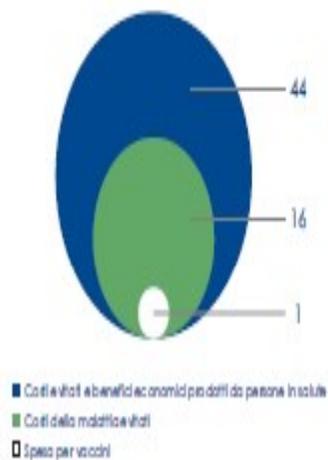
Ob. politico

Ob. economico



ALCUNI ESEMPI

RAPPORTO TRA COSTE E BENEFICI DELLA VACCINAZIONE



Fonte: Health Affairs 2014

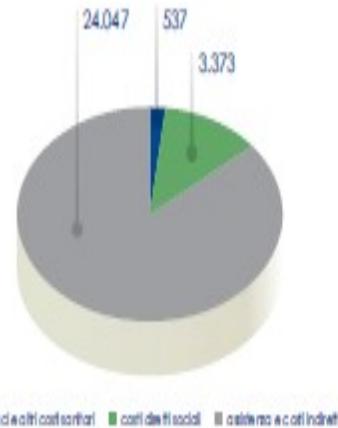
26

ONCOLOGIA: SPESA PROCAPITE PER MEDICINALI E SPESA SANITARIA TOTALE IN ITALIA (€)



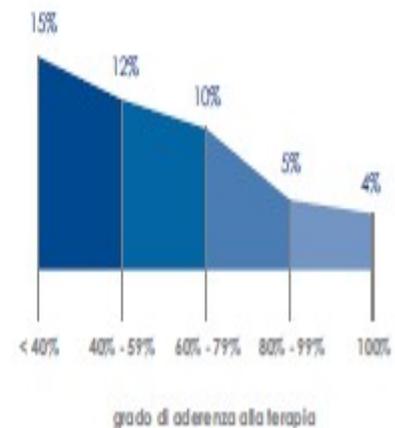
Fonte: IRI - Compasar Report 2017

COSTI DELLA DEMENZA SENILE IN ITALIA (€ all'anno per paziente)



Fonte: Farmindustria su dati The Economist-Intelligence Unit 2017

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE



Fonte: PHMA

27

Source : dati farmindustria 2017



Politica sanitaria

3 strumenti di tutela della salute

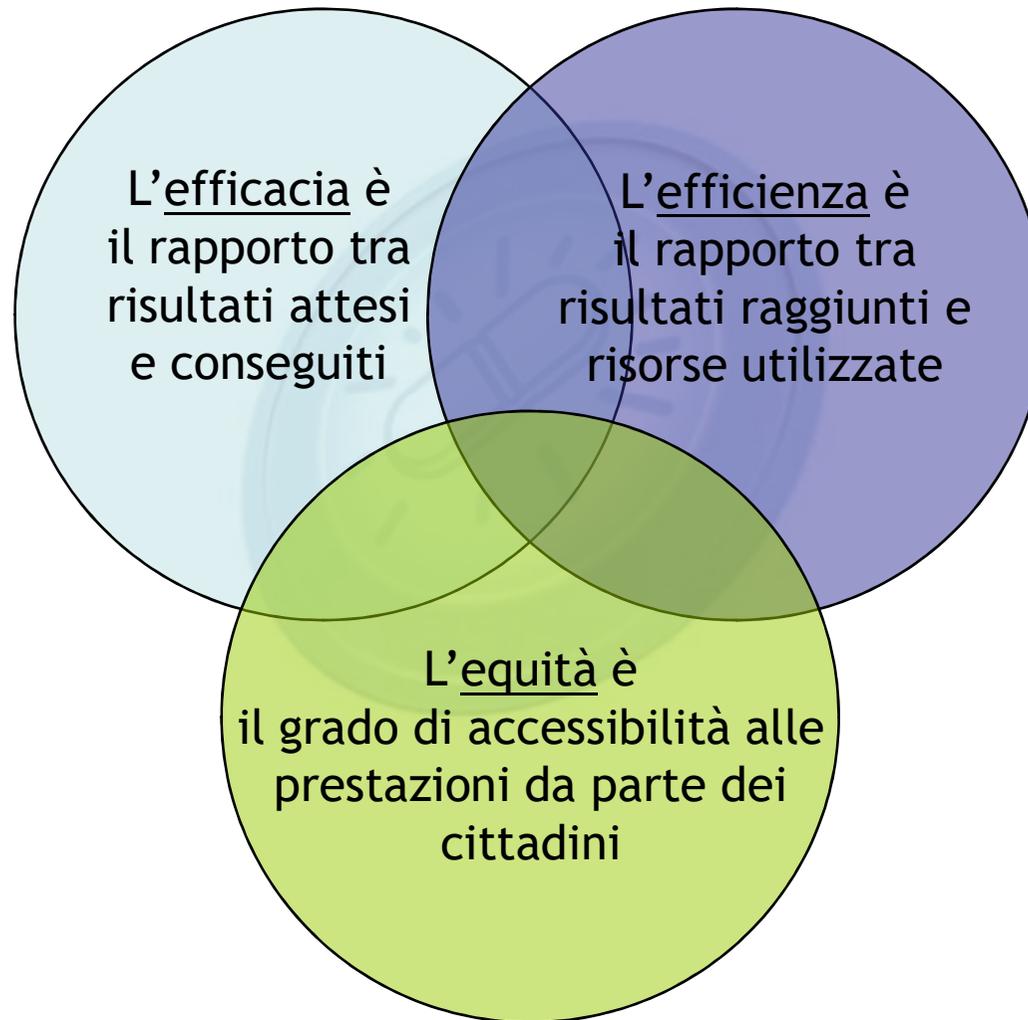
- Prevenzione
- Informazione
- Assistenza sanitaria
 - Cura e riabilitazione

3 indici di performance del sistema

- ✓ Efficacia
- ✓ Efficienza
- ✓ Equità



Strumenti di misurazione di una performance in economia sanitaria



I sistemi sanitari

Legge 833/1978 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale Italiano

Cosa c'era prima del 23 dicembre 1978?

Le casse mutue (la mutua) o sistema mutualistico

- Contribuzione obbligatoria dei lavoratori
 - Dipendenti (INAM, ENPAS, INADEL, ENPDEP)
 - Autonomi (Agricoltori, Artigiani, Calzolari)
- Settore pubblico
 - Prevenzione
 - Poveri
 - Salute mentale
- Caratteristiche
 - Copertura non totale (ca. 90%, i.e. 5-6 mio non coperti)
 - Redistribuzione minima
 - Copertura rischi: parziale
- Copertura farmaceutica Indiretta



I sistemi sanitari

Legge 833/1978 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale Italiano

Come funziona il SSN?

I principi ispiratori del SSN

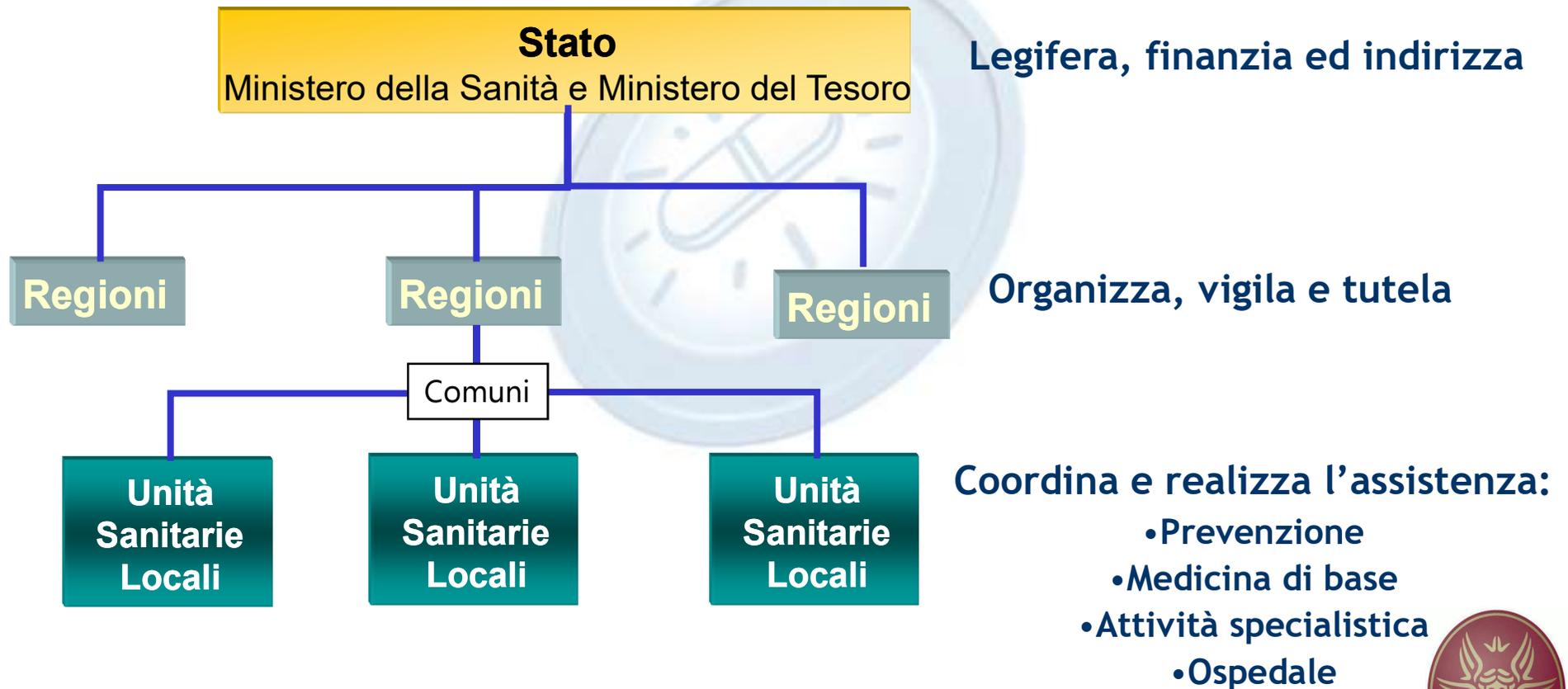
- Finanziamento attraverso la tassazione generale
- Universalismo (copertura estesa a tutta la popolazione)
- Solidarismo (libero accesso alle cure)
- Ruolo centrale del settore pubblico nella erogazione dei servizi e capillarizzazione sul territorio (USL)
- Decentralizzazione (ruolo delle regioni)
- Controllo democratico (eleggibilità delle cariche)
- Copertura farmaceutica diretta



I sistemi sanitari

Legge 833/1978 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale Italiano

Organizzazione su 3 livelli



Costituzione delle Regioni

Le Regioni erano previste in Costituzione (Art 5, 117 e ss) ma vengono formalmente istituite solo nel 1970

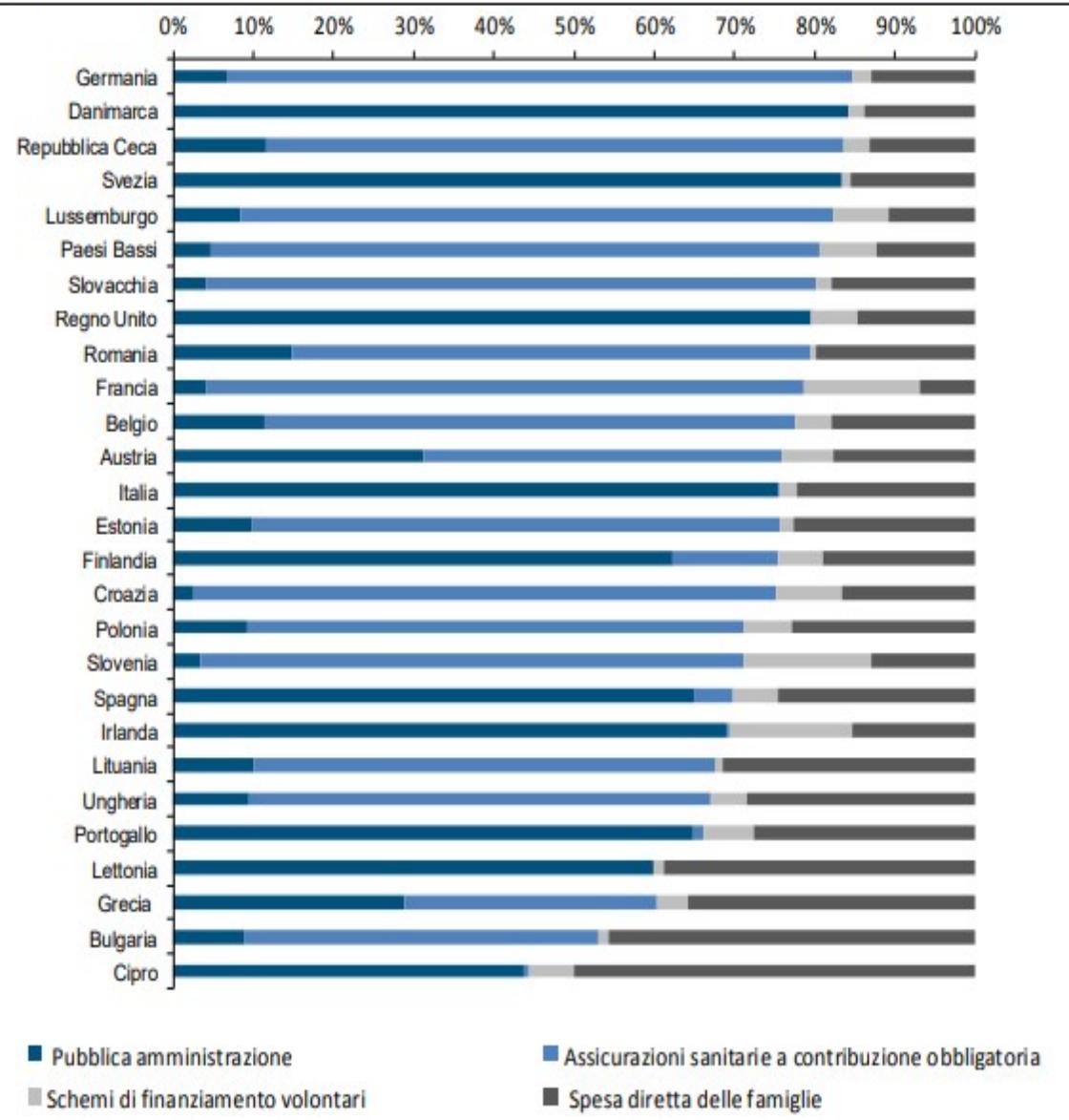
D.P.R. 14 gennaio 1972 n. 4

- Le funzioni amministrative esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in materia di assistenza sanitaria, nelle sue fasi di intervento preventivo, curativo e riabilitativo, sono trasferite alle Regioni a statuto ordinario.





FIGURA 6. SPESA SANITARIA PER REGIME DI FINANZIAMENTO NEI PAESI UE.
Anno 2014, incidenza sul totale di spesa sanitaria



I sistemi sanitari a confronto



Nomi dei sistemi	Sistema BEVERIDGE	Sistema BISMARCK	Sistemi privati
Tipo di sistema	Sistema solidaristico	Sistema mutualistico	Sistema di mercato
Gestione	Governo centrale	Assicurazione obbligatoria e controllo governativo	Privati ed assicurazioni
Finanziamento	Imposte	Contributi sanitari	Prezzi dei servizi
Esempi	ITALIA Regno Unito	Germania Francia	Stati Uniti
Caratteristiche	Sistema omogeneo ed equo, ma inefficiente Ha bisogno di quote di spesa privata	Sistema più efficiente ma a rischio di selezione avversa	Max qualità ai vertici, esclusione delle categorie sociali più deboli, selezione avversa, aumento costi Medicare & Medicaid



I sistemi sanitari a confronto

Sistemi sanitari individualistici

- Il rischio economico grava sul singolo individuo
 - sistema responsabilizzante per l'individuo
 - sistema iniquo a livello sociale
- Molteplicità degli acquirenti/finanziatori
 - il potere contrattuale è detenuto dai produttori/venditori di cure
 - prezzi più alti
 - onorari professionali relativi più elevati

Sistemi sanitari solidaristici

- Il rischio economico è redistribuito
 - dai “sani” ai “malati”
 - dai “ricchi” ai “poveri”
- Unico acquirente o sistema integrato di acquirenti
 - il potere contrattuale è detenuto dall'unico compratore
 - prezzi più bassi onorari professionali relativi più bassi

Due forme diverse:

- INSURANCE-BASED MODEL
 - sistemi mutualistici obbligatori per la totalità della popolazione (Europa continentale)
- TAX BASED MODEL
 - servizi sanitari nazionali (Nord Europa, Paesi mediterranei)



Sistemi sanitari a confronto

Tipici rischi insiti nei sistemi sanitari

moral hazard (*sistema Beveridge*)

- si realizza quando non si paga per il bene che si acquista
- la tendenza a sovrautilizzare un bene di cui non si comprende il valore

Es. di soluzione: politiche di co-payment (ticket, franchigia)

selezione avversa (*sistemi Bismarck e privati*)

Tendenza alla presa in carico dei soli soggetti più convenienti

Es. assicurazioni vita

Es. di soluzione: intervento statale tramite sussidi



I problemi «storici» del nostro SSN

- “Burocratizzazione” delle USL
 - Formalizzazione dell’attività (autoreferenzialità)
 - Intervento della politica nella gestione
- Mancanza di autonomia e direzione “manageriale”
- Remunerazione del personale non correlata ai risultati
- Deresponsabilizzazione finanziaria USL e Regioni
 - Ritardi nella definizione e ripartizione del FSN
 - Separazione tra responsabilità di spesa (USL) e finanziamento (Stato)
 - Ripiano dei disavanzi



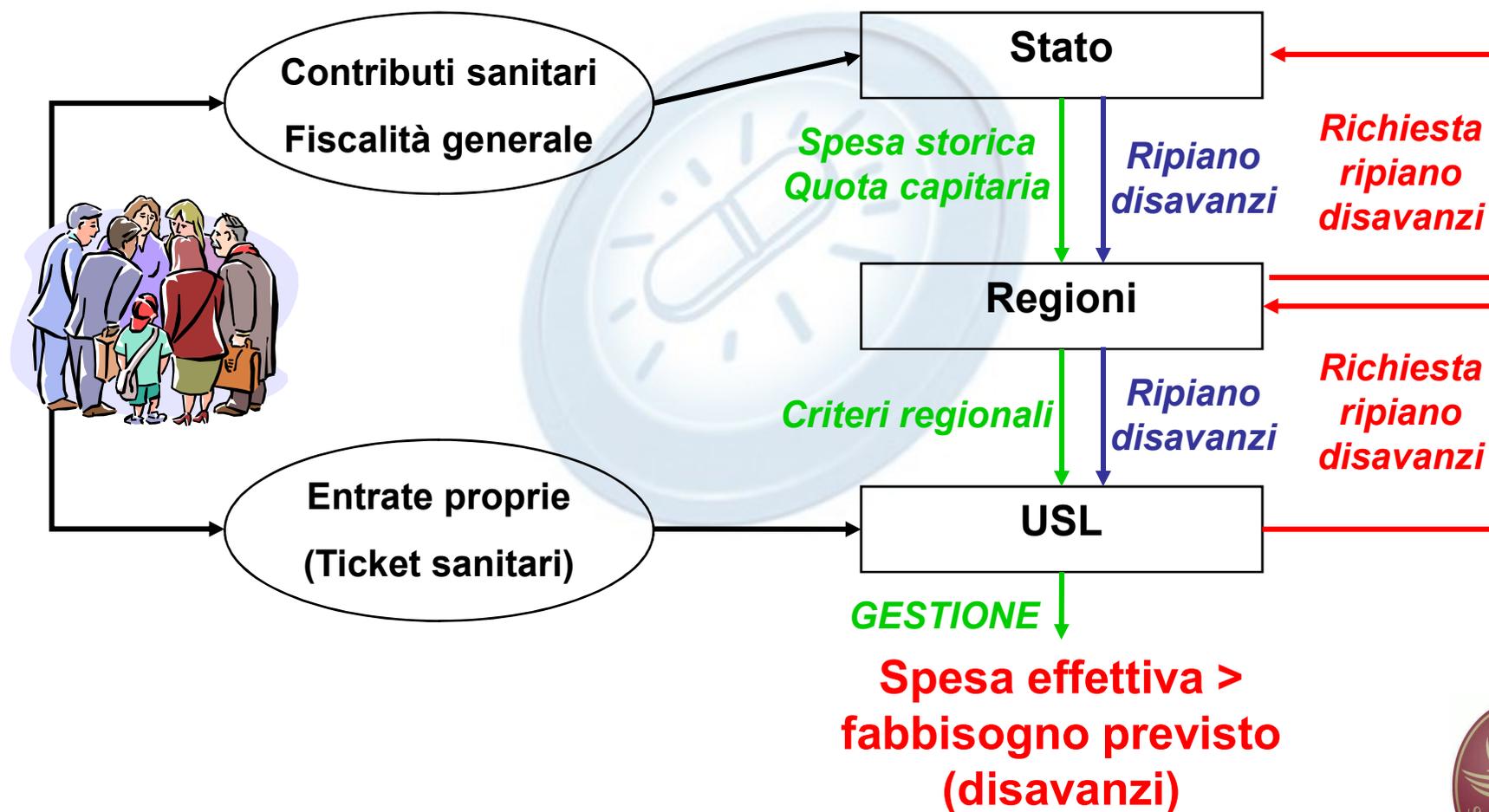
Anni settanta

- Viene apertamente teorizzata la traduzione sul piano politico del principio base della tradizionale deontologia medica:
 - Il professionista deve dedicare ogni possibile sforzo per migliorare le condizioni di salute di ogni paziente
- *Presuppone* la disponibilità di risorse umane, finanziarie, tecnologiche e organizzative infinite e infinitamente flessibili nel tempo e nello spazio.
- L'entità della spesa sanitaria pubblica assume di fatto il ruolo di **variabile indipendente rispetto alla programmazione economica del paese**, compromettendo la possibilità di controllo dei conti pubblici.

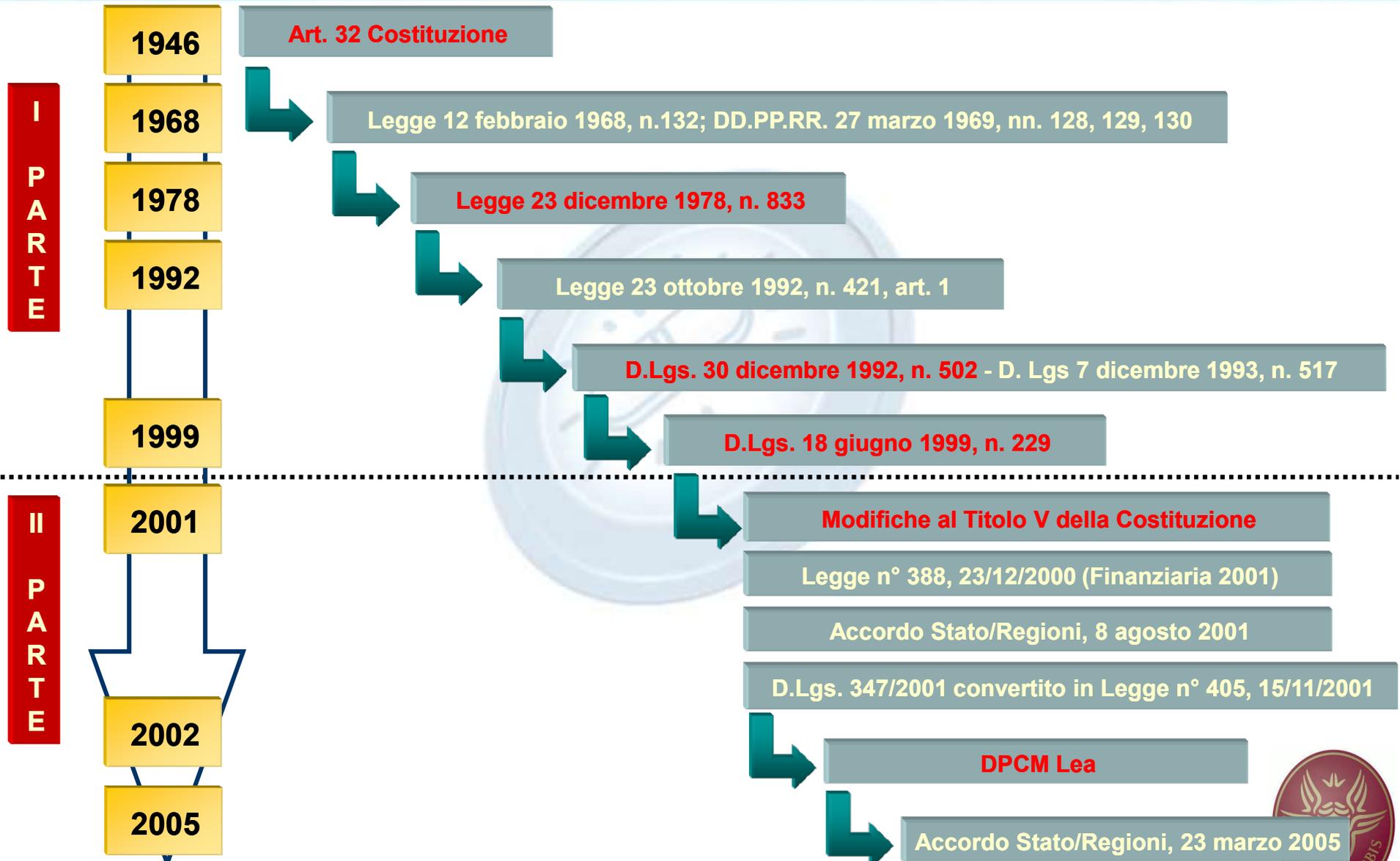


Sistema di finanziamento accentrato

Fabbisogno previsto per SSN



Provvedimenti di riforma sanitaria



Provvedimenti di riforma sanitaria



I principi delle due grandi riforme 502 e 229

• Aziendalizzazione

- le U.S.L. sono diventate aziende (A.S.L.) a seguito di un processo di aziendalizzazione, tale per cui sono state investite da una serie di compiti, attribuzioni e requisiti al pari di aziende private.

• Eliminazione del livello locale (comuni)

• Creazione dei LEA

• Concorrenza pubblico/privato



Principio di concorrenza

- La 229/99 stabilisce un *principio generale di libera concorrenza*:
 - gli assistiti hanno la possibilità, per, di scegliere se rivolgersi, per un determinato servizio o prestazione, a strutture pubbliche o private.
- Questo principio è nato per stimolare a effettuare tutte le prestazioni sanitarie nel modo più efficiente, più efficace e più economico possibile
- Una struttura può chiedere di essere legittimata a svolgere attività sanitaria, parasanitaria assistenziale, ecc. ricorrendo a :
 - **pre-autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria**A seguire 2 modalità:
 - **accreditamento istituzionale**
 - **stipula di accordi contrattuali**



Principio dei LEA

- Il S.S.N. ha provveduto a fare in modo che tutti i cittadini possano disporre di tutta una serie di prestazioni sanitarie che devono essere obbligatoriamente garantite, i Livelli Essenziali di Assistenza, divisi in 3 aree:
 - Assistenza sanitaria in ambiente di vita e di lavoro
 - Assistenza distrettuale
 - Assistenza ospedaliera
- Le prestazioni sanitarie che sono comprese all'interno di questi L.E.A sono prestazioni che sono erogate a tutti i cittadini seguendo due modalità differenti:
 - prestazioni che il Servizio garantisce a tutti i cittadini senza alcun onere a carico dell'utente al momento in cui fruisce della prestazione (diagnostica strumentale, laboratorio, prestazioni di assistenza specialistica sulla base di programmi di prevenzione di patologie e malattie rare).
 - prestazione erogate dal S.S.N. non senza oneri da parte dell'utente, ma dietro pagamento di una quota (così come per tutte le prestazioni non comprese nei L.E.A.)
- Tutti gli utenti che usufruiscono del S.S.N. sono iscritti in appositi elenchi che vengono aggiornati periodicamente presso le stesse Aziende Sanitarie.



Monitoraggio LEA

Tabella 5 - Monitoraggio griglia LEA

Regioni	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	159	185	180	174	170	186	201	200
Lombardia	175	169	200	171	195	184	187	193
Veneto	179	192	163	178	182	193	190	189
Liguria	153	174	162	137	154	176	187	194
Emilia Romagna	203	175	215	208	208	210	204	204
Toscana	175	207	198	185	168	193	214	217
Umbria	190	183	180	191	184	171	179	190
Marche	169	177	183	180	161	165	191	192
Lazio	153	138	114	122	135	167	152	168
Abruzzo	136	148	120	133	145	145	152	163
Molise	nd	161	136	126	142	146	140	159
Campania	140	141	117	95	101	117	136	139
Puglia	146	127	129	74	123	140	134	162
Basilicata	144	167	157	164	165	169	146	177
Calabria	109	97	88	99	128	133	136	137
Sicilia	140	124	103	108	147	157	165	170
Sardegna	149	133	135					

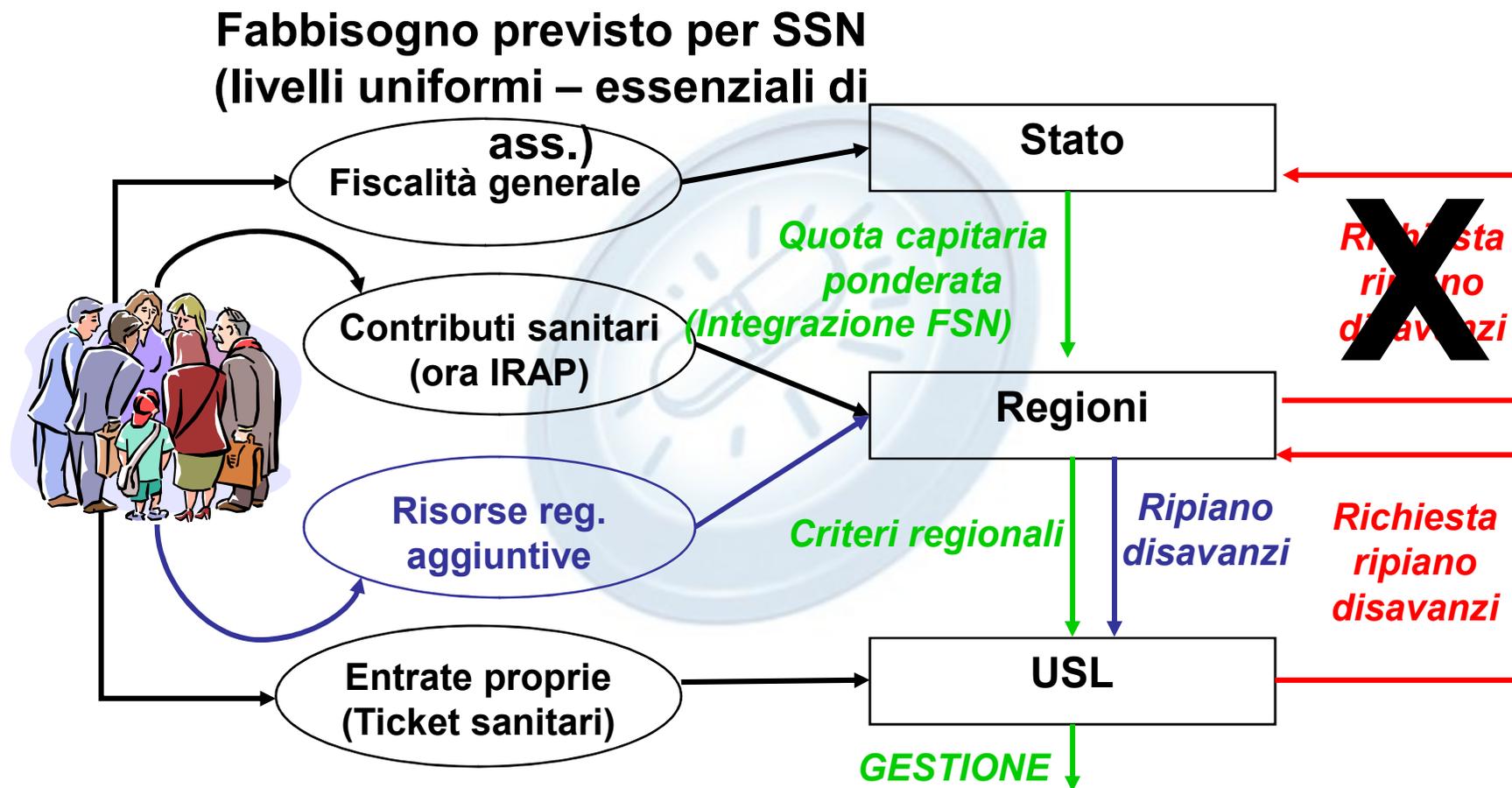
Valutazione
Adempiente
Adempiente con impegno su alcuni indicatori
Critica

Intervallo
> 160
> 130 < 160
< 130

Fonte: elaborazione Agenas su dati banca dati SIVEAS, anni 2007-2014



Nuovo modello di finanziamento



**Spesa effettiva > fabbisogno previsto
(disavanzi)**



Il “quasi mercato”

- Parziale separazione tra acquirente “per conto del paziente” (Azienda USL) e produttore (nuove AO e privato accred.)
- Sistema di pagamento a tariffe per prestazione => tensione competitiva tra produttori
- Sistema di finanziamento a quota capitaria della ASL con pagamento della mobilità (i soldi seguono il paziente) => governo della domanda da parte della ASL



Il “quasi-mercato”

		Produzione	
		Publica	Privata
Finanziamento	Publico	Produzione istituzionale	Strutture accreditate
	Privato	Area a pagamento; Libera professione intramoenia; Ticket;	Privato-privato



La riforma Bindi (D. Lgs 229/99) - 1

Ri-affermazione principi e impostazione 833/78

Definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (novembre 2001)

Cosa può permettersi di offrire il SSN (efficacia, appropriatezza, economicità)

Quanto si dovrebbe spendere per tali livelli

Sviluppo dei fondi integrativi



La riforma Bindi (D. Lgs 229/99) - 2

- Più programmazione - meno mercato
 - rilancio della pianificazione nazionale, regionale e attuativa locale (con ruolo Comuni)
 - regole + limitative del “quasi-mercato” (sistemi di autorizzazione/accreditamento, sistemi contrattuali, limitazioni del sistema tariffario)
 - integrazione socio-sanitaria
- Criteri globali (non solo finanziari) per la valutazione dei Direttori Generali
- Rapporto di lavoro esclusivo per i medici



Come è organizzata una A.S.L.?

- Distretti sanitari di base
- Dipartimenti di prevenzione
- Presidi ospedalieri (non costituiti in aziende ospedaliere)
- Aziende Ospedaliere



Distretti Sanitari

- **Distretti sanitari di base:** il distretto è un articolazione dell'Azienda sul territorio e deve avere, in base al decreto 229/99, una popolazione di almeno **60.000 abitanti**. Il distretto ha una serie di compiti e di attribuzioni fondamentali che vanno **dall'assistenza specialistica ambulatoriale, alle attività rivolte agli anziani, ai disabili, ai malati di HIV**; c'è un direttore di distretto che dipende dall'A.S.L. anche se distaccato

Prof. Franco Scarpino
Università di Messina



Asl: Dipartimenti di Prevenzione

Dipartimenti di prevenzione: è una struttura operativa organizzata da parte di ciascuna Regione e lo scopo è quello di:

- garantire la salute collettiva
- perseguire degli obiettivi generali di promozione della salute
- agire per prevenire malattie ed eventuali disabilità
- cercare di contribuire al miglioramento della qualità della vita

Anche il dipartimento di prevenzione ha una sua autonomia organizzativa e nell'insieme delle sue funzioni si occupa prevalentemente di Igiene e sanità pubblica, sanità degli alimenti, sanità della nutrizione, sicurezza degli ambienti di lavoro, sanità animale relativa alla produzione, trasformazione e commercializzazione dei prodotti



Asl: Presidi Ospedalieri

Presidi ospedalieri non costituiti in aziende ospedaliere: è un ospedale che non è stato costituito in Azienda Ospedaliera.

- Ha una sua autonomia a livello direttivo e una sua autonomia contabile in quanto è dotato di una contabilità separata rispetto a quella A.S.L.
- Accanto al presidio esiste l'Azienda Ospedaliera
- Uno dei requisiti fondamentali richiesti è la presenza di strutture dipartimentalizzate; ormai la dipartimentalizzazione è molto applicata soprattutto nelle grandi A.S.L.; si tende quindi ad unire più U.O. per creare dei dipartimenti, quindi obiettivo principale perché si possa parlare di Azienda Ospedaliera è proprio una spiccata e massiva tendenza alla dipartimentalizzazione.
- Altri requisiti importanti sono quelli di disporre di un sistema economico-patrimoniale e di una contabilità analitica per centri di costo, avere almeno tre U.O di alta specialità e avere un dipartimento di emergenza di 2° livello.



Asl: Le Aziende Ospedaliere

Le Aziende Ospedaliere rappresentano tutti quegli ospedali scorporati dall'Azienda A.S.L. che sono stati costituiti come Aziende Autonome dotate di propria personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale; non sono A.S.L. perché hanno un bacino di utenza completamente diverso e possiedono requisiti diversi.

- Sono le Regioni che devono individuare quegli ospedali, che per la presenza di tutta una serie di requisiti fondamentali, si possono scorporare dalla A.S.L. per essere costituiti in aziende ospedaliere.



Asl: Finanziamento

Le fonti di finanziamento per le A.S.L sono:

- una quota del fondo sanitario regionale che viene ripartito annualmente dalla Regione; mensilmente la Regione attribuisce una quota a ciascuna A.S.L.
- redditi
- lasciti
- donazioni
- mutui ma per durata non superiore ai 10 anni; vige infatti un divieto da parte delle A.S.L. di indebitarsi

Più entrate proprie:

- il ticket rappresenta la principale fonte di entrata propria dell' A.S.L.;
- avanzi di gestione (assai improbabili in sanità);
- Libera professione: intramoenia



Provvedimenti di riforma sanitaria



Devolution sanitaria e Federalismo fiscale

**PIENA RESPONSABILIZZAZIONE DELLE REGIONI
SULL'UTILIZZO DEL BENE FARMACO**



Il Federalismo Fiscale - Risorse Regionali

- Risorse totalmente raccolte dalle regioni
 - Soppressione trasferimenti erariali (soprattutto abolizione dell'integrazione FSN)
 - Sostituzione con compartecipazione IRPEF (da 0,5 s 0,9%), aumento accisa sulla benzina e compartecipazione all'IVA (25,7%)
- ... quindi risorse complessive regionali legate allo sviluppo del reddito e dei consumi



Il Federalismo Fiscale - Il fondo perequativo

- Finanziato attingendo alle compartecipazioni Iva ed eventualmente all'accisa sulla benzina
- Concorso / assegnazione in base a capacità fiscale (90% distanza tra gettito standardizzato regionale e medio, esclusi aumento aliquote tributi propri) e criterio del fabbisogno (quota capitaria ponderata + correzione per costo delle piccole dimensioni)
- Importanza attribuita alla spesa storica (peso decrescente fino ad esaurimento nel 2013)



Programmazione SSN

Le attività del S.S.N. vanno pianificate e il principale strumento per eccellenza è il **Piano Sanitario Nazionale** triennale dove vengono definite e programmate tutte le attività, strategie e prestazioni istituzionali del S.S.N.

Ogni Regione deve redigere un proprio **Piano Sanitario Regionale** **entro 150 giorni dall'entrata in vigore del P.S.N.**; se le Regioni trascorso i 150 giorni, non hanno provveduto a redigerlo, interviene il Ministero della Salute, dandogli ancora **3 mesi** per adottare il **P.S.R.**

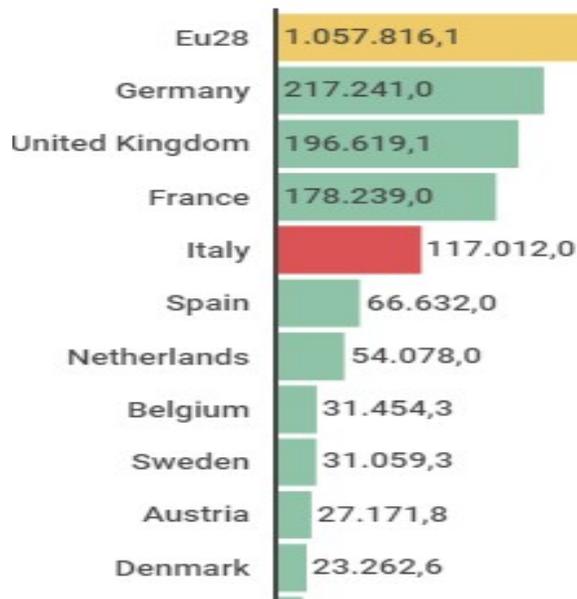




Elementi di politica farmaceutica



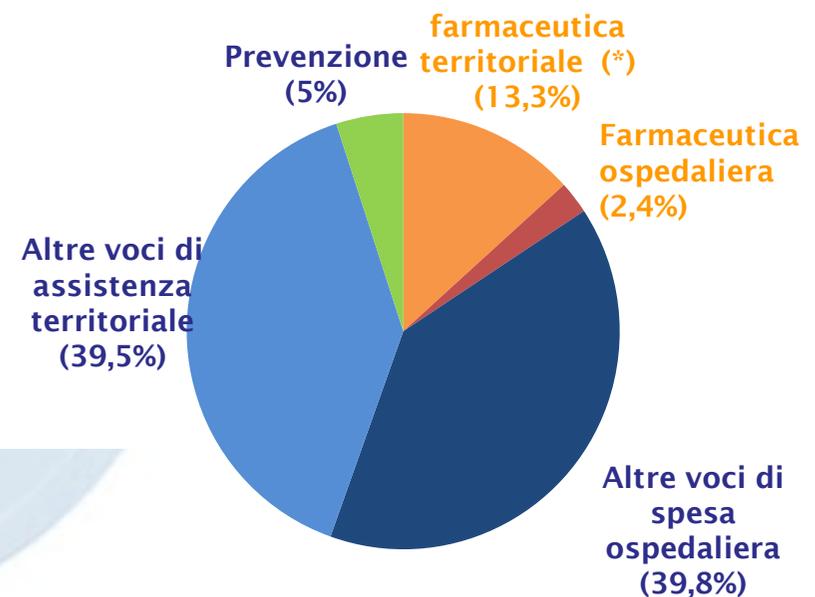
La salute è un bene economico



Spesa Sociale = 20% del PIL

- Composta da:
- ✓ 10% pensioni
 - ✓ 7% sanità
 - ✓ 3% scuola

Composizione del Finanziamento SSN (% sul totale)



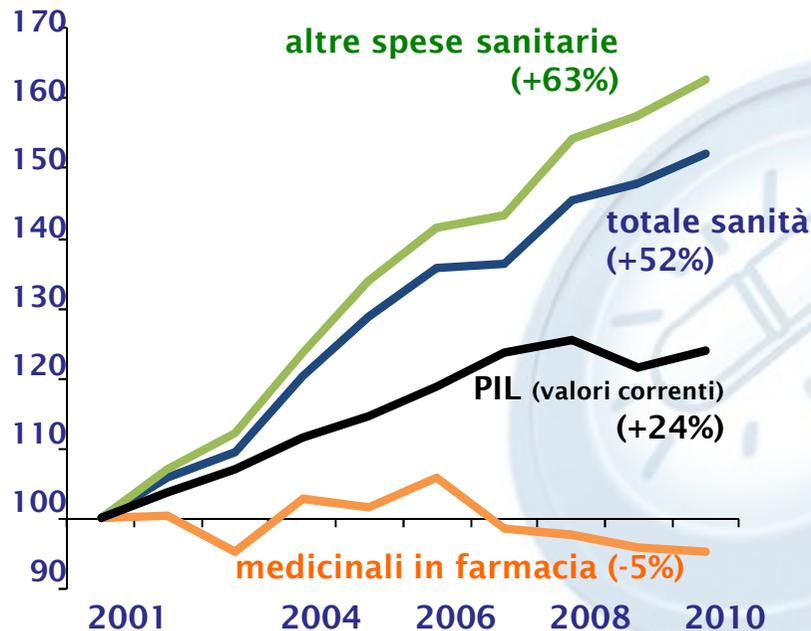
* include una parte di spesa privata, ovvero la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini

Source: Farmindustria Osmed Istat 2016

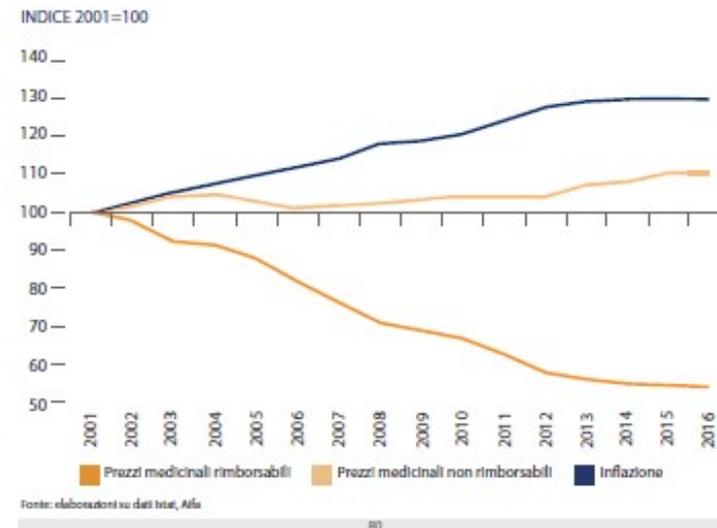


Spesa sanitaria e farmaceutica

Spesa sanitaria pubblica e sue componenti (indice 2001=100)



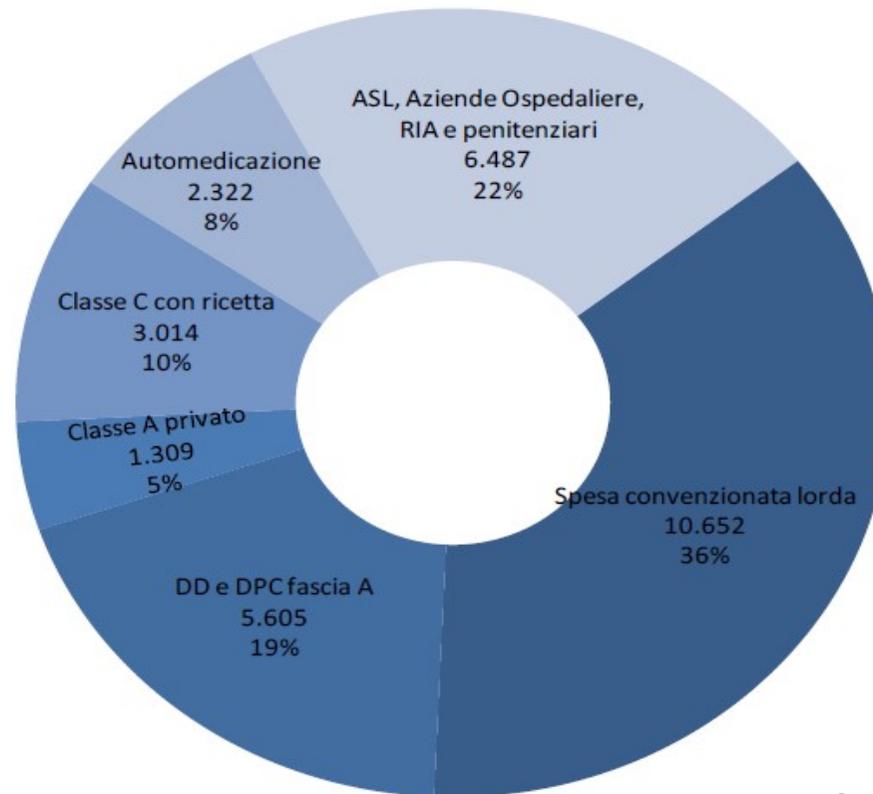
Prezzi dei medicinali e inflazione in Italia (indice 1990=100)



Il calo della spesa farmaceutica è legato a quello dei prezzi dei medicinali, con particolare evidenza il comparto farmaci rimborsabili (a carico del SSN)

Fonte: stime su dati Istat, Aifa, Agenas

Composizione spesa farmaceutica

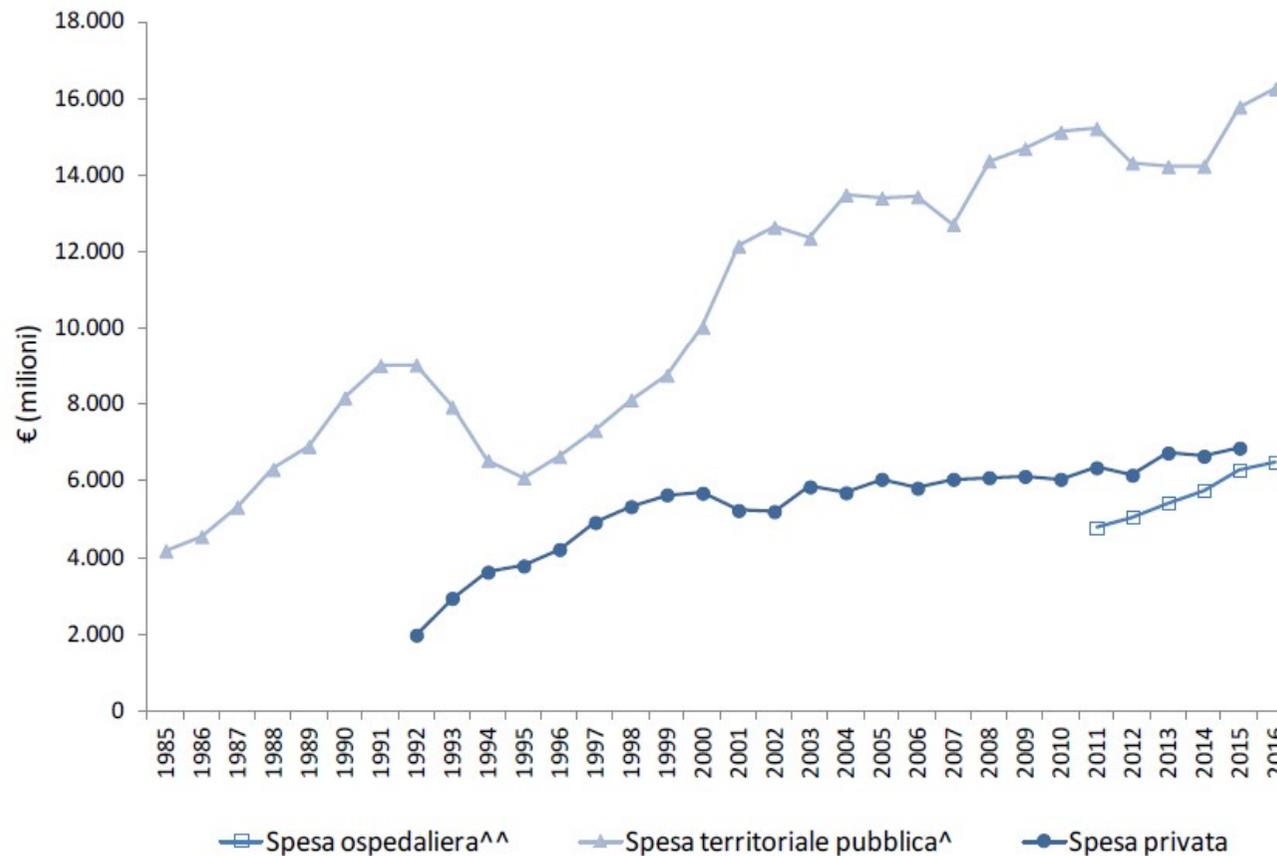


Source: Osmed 2016



Spesa Farmaceutica 1985-2016

Figura 1a. Spesa farmaceutica in Italia nel periodo 1985–2016



Source: Osmed 2016



Confronto spesa Retail Pubb. Priv.

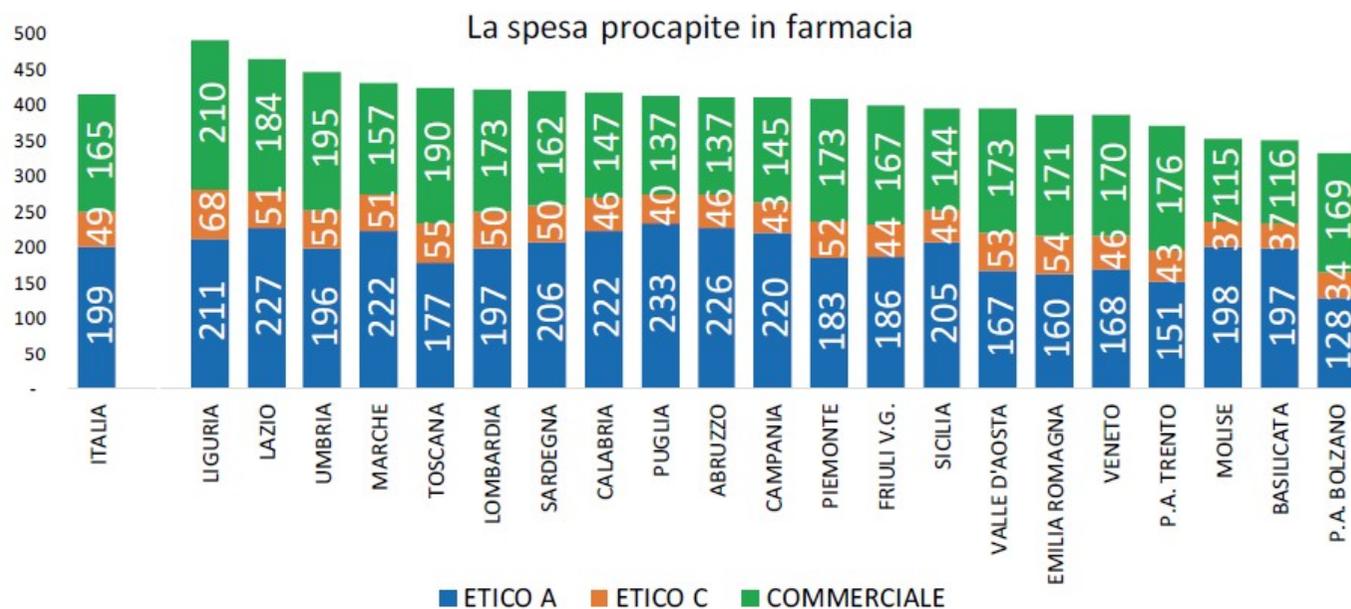
Tabella 2a. Spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata: confronto 2012-2016

	2012 (milioni)	2013 (milioni)	2014 (milioni)	2015 (milioni)	2016 (milioni)	Δ % 13/12	Δ % 14/13	Δ % 15/14	Δ % 16/15
1 Spesa convenzionata netta	8.986	8.863	8.598	8.477	8.268	-1,4	-3,0	-1,4	-2,5
2 Distribuzione diretta e per conto di fascia A	2.837	3.003	3.250	4.921	5.605	5,9	8,2	51,4	13,9
1+2 Totale spesa pubblica	11.823	11.866	11.848	13.398	13.874	0,4	-0,2	13,1	3,5
3 Compartecipazione del cittadino	1.406	1.436	1.500	1.521	1.540	2,1	4,5	1,4	1,2
4 Acquisto privato di fascia A*	1.027	1.468	1.442	1.487	1.309	43,0	-1,8	3,1	-11,9
5 Classe C con ricetta	3.000	2.985	2.937	2.997	3.014	-0,5	-1,6	2,1	0,6
6 Automedicazione (SOP e OTC)	2.125	2.278	2.269	2.375	2.322	7,2	-0,4	4,7	-2,3
3+4+5+6 Totale spesa privata	7.558	8.168	8.148	8.380	8.185	8,1	-0,2	2,9	-2,3
Totale spesa farmaceutica	19.381	20.035	19.996	21.778	22.058	3,4	-0,2	8,9	1,3
Quota a carico SSN (%)	61,0	59,2	59,3	61,5	62,9				

Source: Osmed 2016



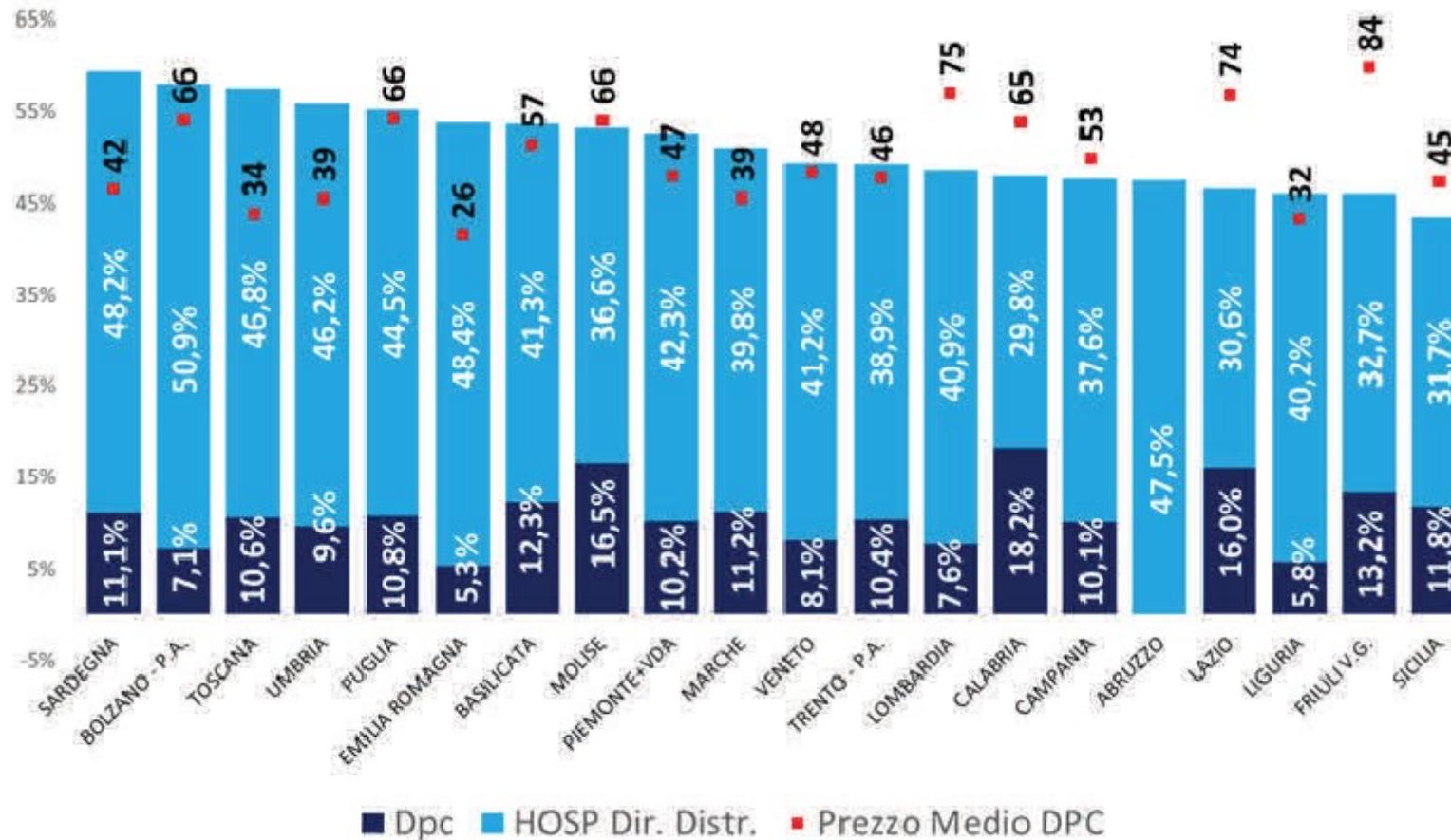
Spesa procapite in Farmacia



Fonte dati QuintilesIMS Pharmatrend, MAT Dec 2016



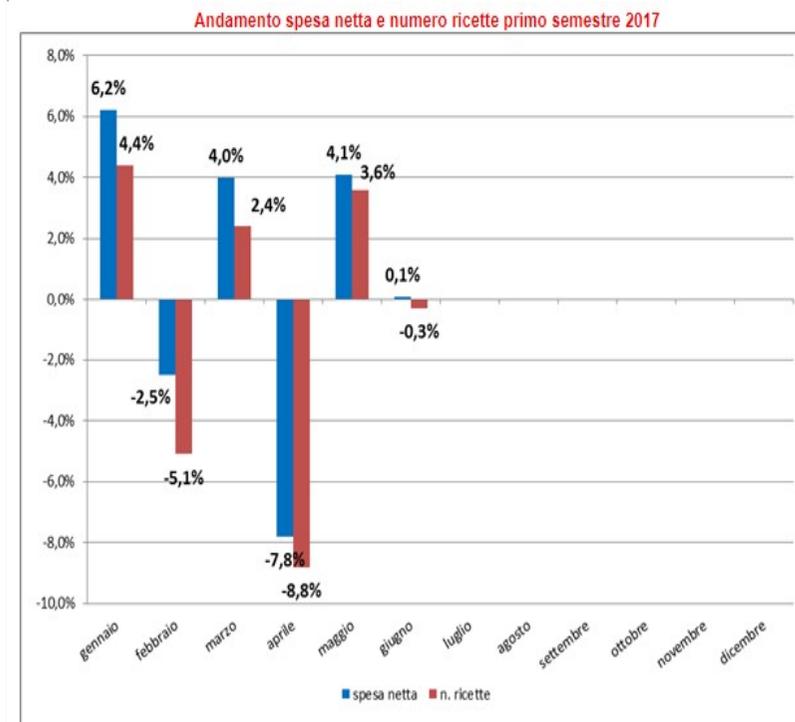
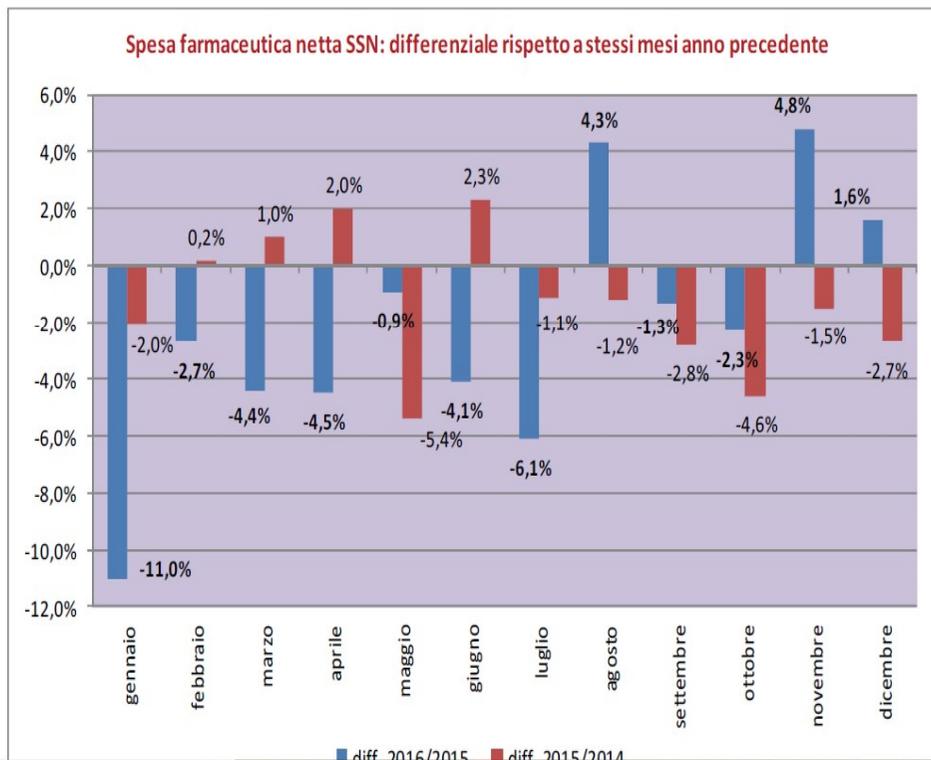
Spesa 2016 DPC H-DD Pro capite x Regione



Dati Federfarma 2016



Confronto trend mensili del mercato retail



Dati Federfarma 2016



Cosumatori di farmaci per età

CONSUMATORI DI FARMACI* PER CLASSE DI ETÀ

Anni 2011-2015, migliaia di persone

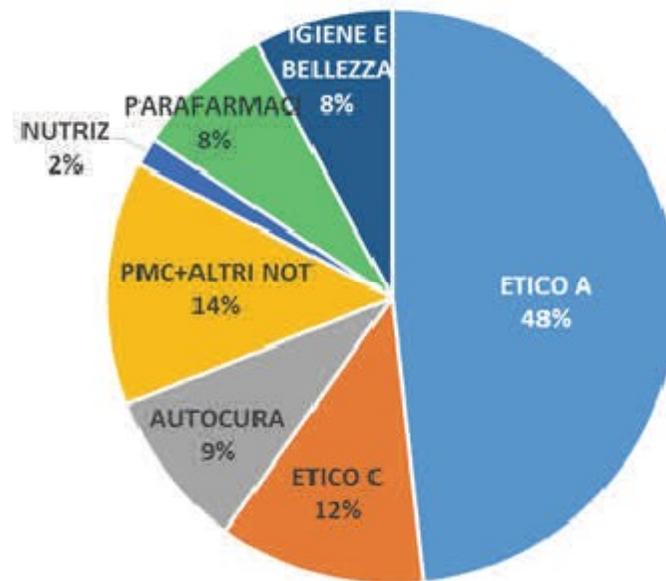
Classi di età	2011		2013		2015	
	Valore assoluto	% su popolazione stessa età	Valore assoluto	% su popolazione stessa età	Valore assoluto	% su popolazione stessa età
Fino a 14 anni	1.224	14,5	1.104	13,0	1.165	13,9
15-34 anni	2.608	19,6	2.437	18,8	2.604	20,3
35-64 anni	9.774	37,8	10.102	38,6	10.341	39,3
65 anni e più	9.600	79,6	10.330	82,2	10.692	82,1
Totale	23.206	38,9	23.974	39,8	24.802	41,0

* nei due giorni precedenti l'intervista

Source : Istat 2016



Il peso del farmaco in farmacia



Fonte dati QuintilesIMS Pharmatrend,
MAT Dec 2016

