

Le fonti del finanziamento del Servizio sanitario nazionale

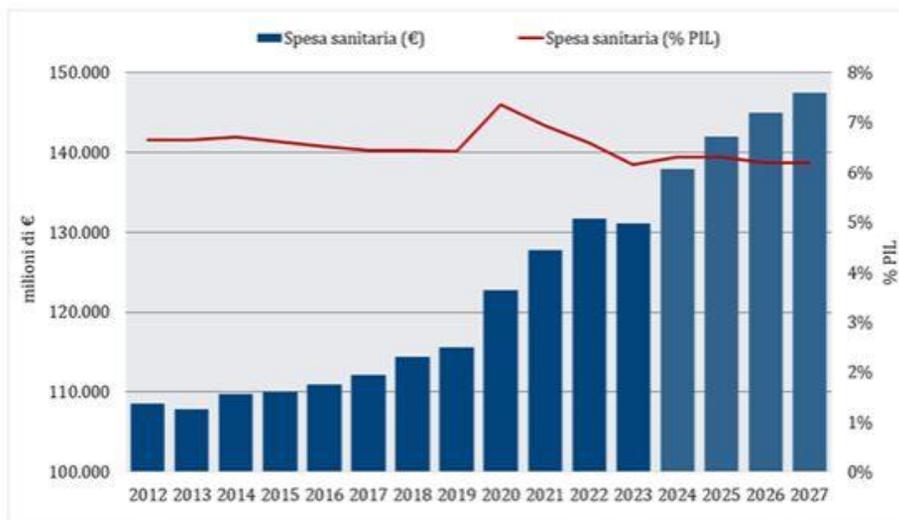
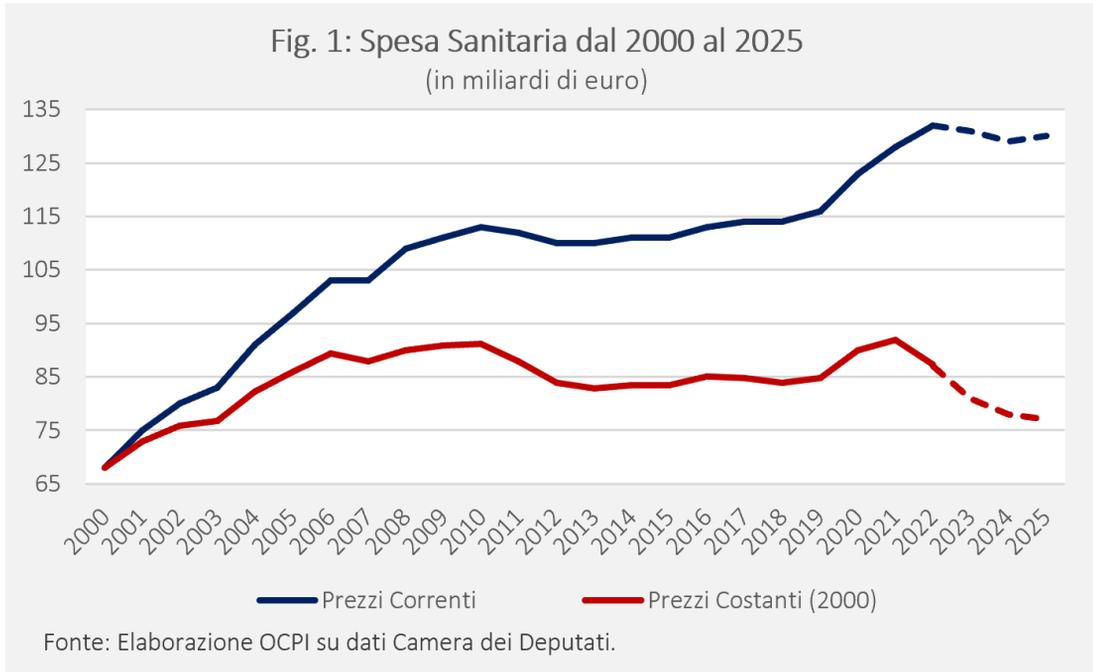


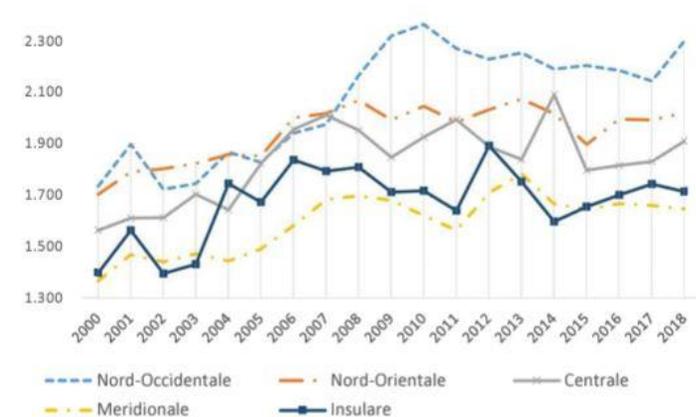
Figura 2.4. Spesa sanitaria pubblica in Italia in euro e percentuale del PIL
(dati ISTAT, Piano Strutturale di Bilancio di medio termine 2025-2029)



Spesa sanitaria per macro-aree geografiche

- Le macro-aree (Nord, Centro, Sud e Isole) mostrano significative differenze nella spesa sanitaria pro capite.
- Nord: maggiore spesa pro capite grazie a infrastrutture più sviluppate.
- Sud: spesa inferiore, nonostante i fabbisogni maggiori.

Figura 6 - SPA - SPESA PRIMARIA NETTA IN SANITÀ PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA
(euro pro capite costanti 2015)



www.agenziacoesione.gov.it

SSN e SSR

- *Il sistema sanitario nazionale è composto da 19 servizi sanitari regionali e dalle due province autonome di Trento e Bolzano.*
- Il sistema sanitario attuale nasce dalla riforma del **1978**
- *Con le riforme promulgate nel 1992-93 e nel 1999 alle regioni vengono assegnati l'attuazione legislativa, la programmazione, il finanziamento, il controllo e la responsabilità per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) ai cittadini del proprio territorio.*
- La riforma costituzionale del **2001** rafforza l'autonomia regionale e trasferisce la responsabilità organizzativa e gestionale della spesa alle regioni, pur mantenendo il ruolo di finanziatore a livello centrale. Allo Stato è assegnata la definizione dei LEA garantiti su tutto il territorio nazionale
- Nel 2015, Regione Lombardia, avvia una sperimentazione condivisa con il Ministero della Salute

Le riforme: efficienza e decentramento

- Gli obiettivi di queste riforme che hanno introdotto elementi di gestione (manageriali) erano quelli di aumentare l'efficienza delle prestazioni e migliorare la gestione finanziaria del settore, anche introducendo elementi di concorrenza tra pubblico e privato.
- L'efficienza- ovvero il raggiungimento degli obiettivi con il minor impiego delle risorse – dipende in maniera cruciale dalla **definizione e misurabilità degli obiettivi e dall'orizzonte temporale di riferimento**.
 - [ad esempio, l'efficacia delle risorse destinate alla prevenzione deve essere valutata in riferimento ad un orizzonte temporale sufficientemente lungo]

Le riforme: efficienza e decentramento

- All'interno di linee guida volte alla riduzione delle risorse economiche destinate alla salute, in particolare riduzione dei posti letto e del personale sanitario*, soprattutto nelle regioni sottoposte ai piani di rientro, la regionalizzazione del sistema sanitario ha **comportato l'adozione di modelli ed approcci diversi tra regioni**. Alcune hanno puntato maggiormente sui servizi ospedalieri, altre sulla prevenzione e sui servizi territoriali.

I piani di rientro

- La situazione di squilibrio economico-finanziario strutturale era particolarmente significativa in alcuni SSR. Nel 2006, degli oltre 6.000 milioni di euro di disavanzo complessivo del settore sanitario, circa 3.800 milioni di euro erano concentrati in tre sole regioni: Lazio, Campania e Sicilia.
- Al fine di fronteggiare tali criticità sono stati avviati programmi di riorganizzazione dei servizi finalizzati al conseguimento di una riorganizzazione del SSR finalizzato al rispetto dell'erogazione dei LEA nell'ambito degli equilibri programmati
- In precorso di rientro delle Regioni in difficoltà finanziaria è accompagnato con fondo pubblico transitorio decrescente nel tempo.

Monitoraggio e controllo sull'uso dei fondi

- Strumenti principali:
 - Verifica dell'attuazione dei LEA.
 - Controllo dei bilanci regionali.
 - Sanzioni in caso di mancato rispetto degli obiettivi (es. piani di rientro).
- Esempi: regioni in piano di rientro (es. Calabria, Campania).

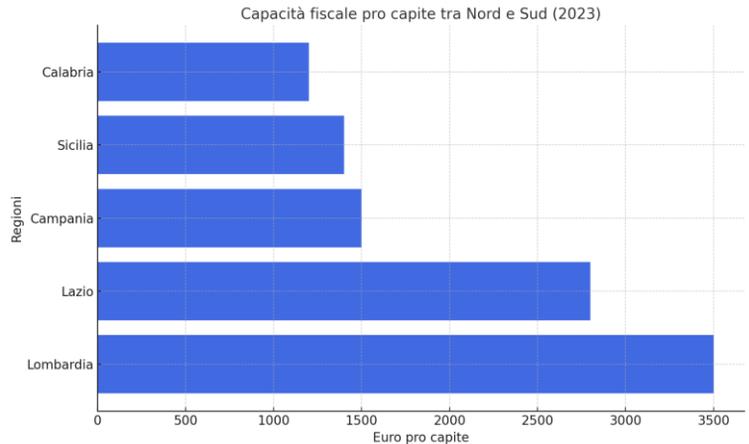
Il fondo di finanziamento ordinario (FFO)

- Il finanziamento del SSN è stabilito annualmente nella legge di Bilancio
- Le fonti di finanziamento
 - Tributi regionali (addizionale IRPEF, IRAP)
 - Entrate proprie delle ASL (es. ticket)
 - Compartecipazione all'IVA

Fonte di finanziamento	Percentuale stimata
Fiscalità generale	70%
Entrate regionali (IRAP, IRPEF)	25%
Ticket sanitari	5%

Capacità fiscale e finanziamenti regionali

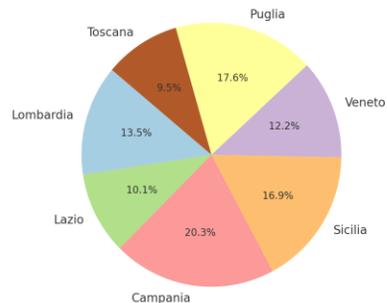
- Le regioni con un PIL pro capite più elevato dispongono di maggiori risorse proprie (IRAP e addizionali IRPEF).
- Il fondo perequativo riduce ma non elimina il divario tra Nord e Sud.



Fondi perequativi

- Strumento per compensare diversa capacità fiscale tra regioni.
- Regioni con una base imponibile più bassa (es. Calabria, Sicilia) ricevono trasferimenti maggiori.

Quota di fondi perequativi assegnata alle regioni (2023)



Il fabbisogno sanitario nazionale (FSN)

• **Popolazione residente:** parametro base per calcolare le risorse necessarie.

• **Fabbisogni sanitari**

- età
- prevalenza di malattie croniche
- altri fattori di salute pubblica.

• **Criteri fabbisogno sanitario standard**

- Calcolo basato sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
- Indicatori: mortalità precoce (<75 anni), ricoveri evitabili, spesa farmaceutica pro capite.

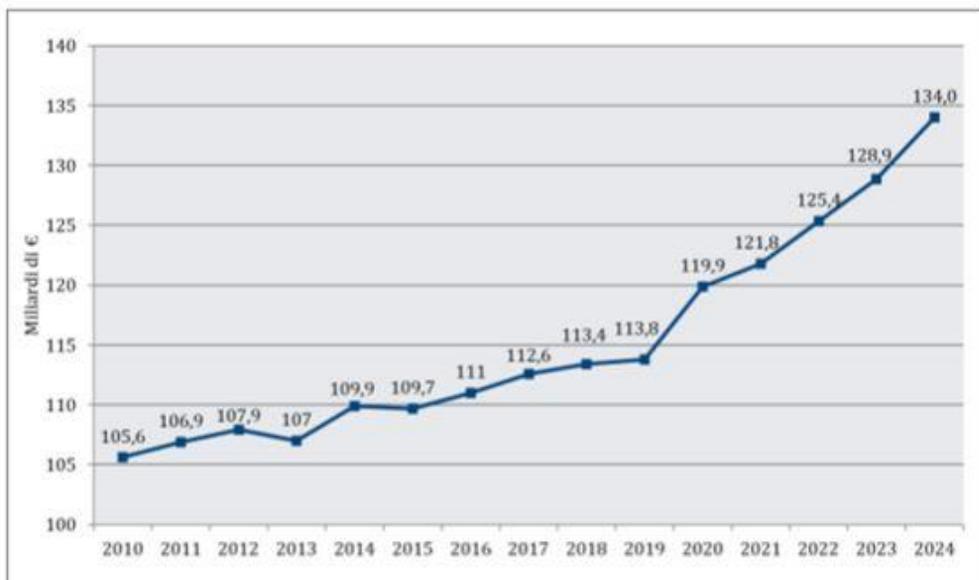
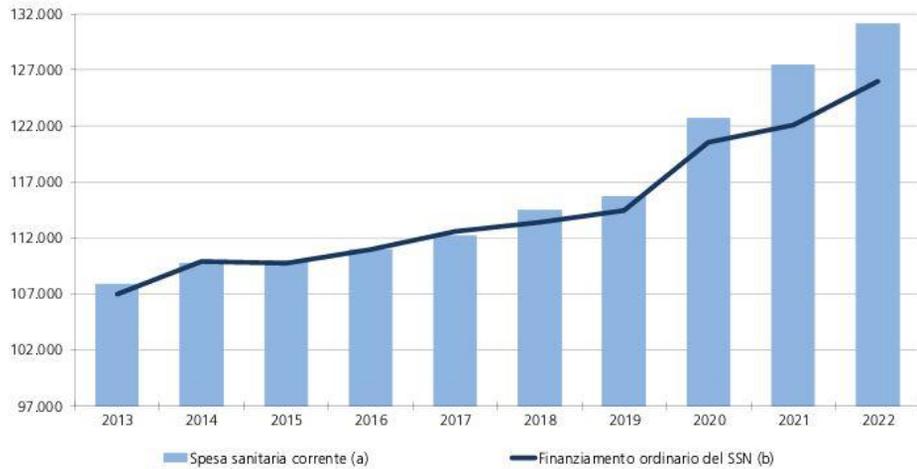


Figura 2.1. Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2024

FFO e FSN

Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2013-2022 (milioni di euro)



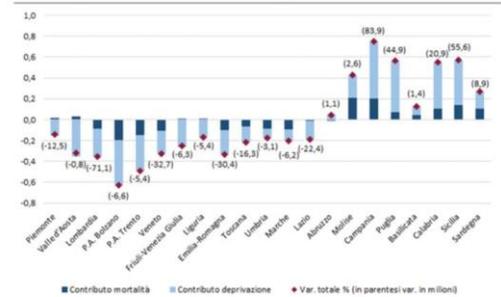
^(a) Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2023.

^(b) Fonte: Disposizioni normative e relative intese tra lo Stato e le Regioni. MDSS-RS2023 PDF (WWW.RGS.MEF.GOV.IT)

Riparto del FFO tra le Regioni

- Obiettivo: assegnare risorse in modo efficiente, riducendo le disuguaglianze territoriali
- In base alla struttura per età della popolazione
- + dal 2023
 - mortalità sotto i 75 anni
 - indicatori condizioni socio-economiche

Fig. 1 - Effetti del nuovo meccanismo di riparto (variazioni percentuali e in milioni di euro)



Fonte: elaborazioni su dati dell'Intesa Stato-Regioni del 9 novembre 2023 (rep/atti 262/CSR) e dell'Istat.

Criteri di ripartizione del FFO tra le Regioni

- **Popolazione residente:**

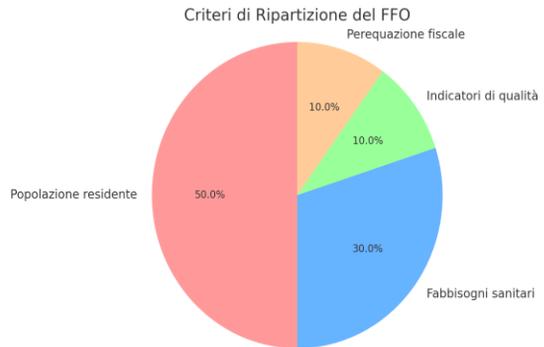
parametro base per calcolare le risorse necessarie.

- **Fabbisogni sanitari standard:**

indicatori basati su età, prevalenza di malattie croniche e altri fattori di salute pubblica.

- **Indicatori di efficienza e qualità:** regioni che raggiungono obiettivi prefissati possono ricevere risorse aggiuntive.

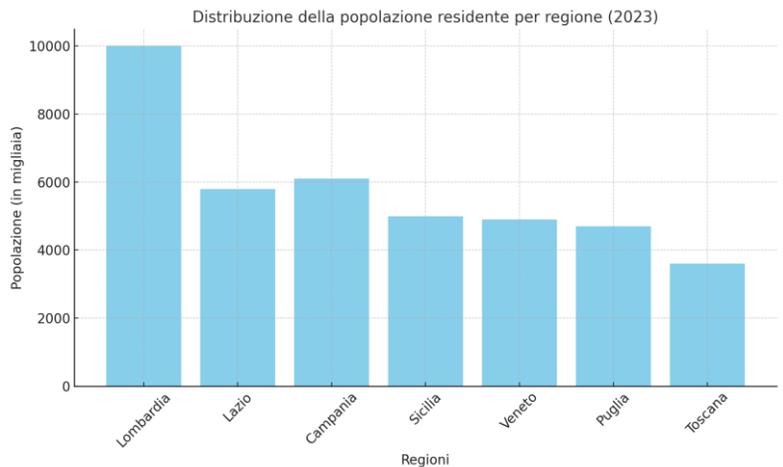
Perequazione fiscale: compensazione per regioni con minore capacità contributiva.



Il ruolo della popolazione nella ripartizione

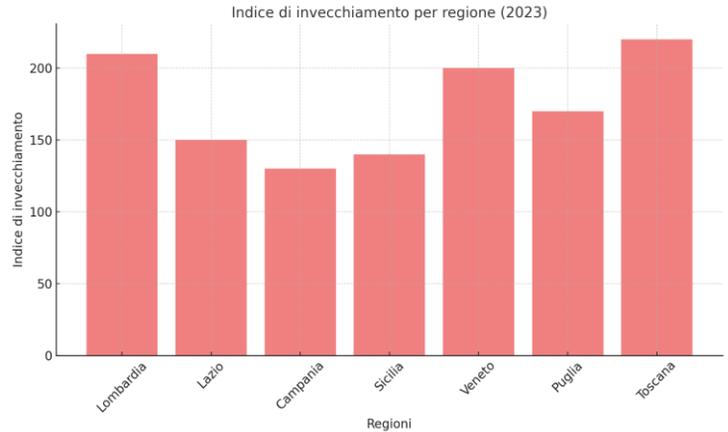
- La popolazione residente è parametro principale per la distribuzione del FFO.

- Le regioni con una popolazione più numerosa ricevono una quota maggiore, ma il dato è ponderato per tenere conto delle differenze di fabbisogno.



Indice di invecchiamento e fabbisogni sanitari

- L'età media della popolazione influenza la domanda di servizi sanitari.
- Indice di invecchiamento** misura il rapporto tra popolazione anziana (65+) e giovane (0-14 anni).
- Regioni con un indice di invecchiamento elevato (es. Liguria, Toscana) ricevono risorse aggiuntive per far fronte a un maggiore utilizzo di servizi sanitari.



Differenze regionali nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

- Nonostante il finanziamento basato sui LEA, permangono disuguaglianze nella qualità dei servizi tra Nord e Sud.
- Le regioni settentrionali (es. Lombardia) hanno performance migliori rispetto a molte meridionali (es. Calabria)

I LEA (2010-2019)

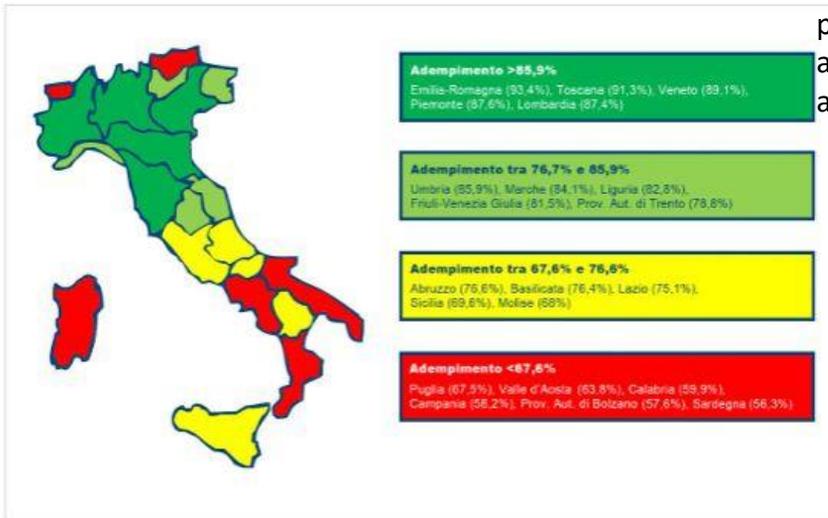


Figura 5.6. Griglia LEA: percentuale di adempimento cumulativo 2010-2019

Macro-livelli di assistenza:
prevenzione e sanità pubblica
assistenza distrettuale
assistenza ospedaliera

Rapporto GIMBE

I LEA (2022)



Figura 5.7. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali anno 2022

Macro livelli di assistenza
Contesto per la stima del bisogno sanitario
Equità sociale
Monitoraggio e valutazione di alcuni PDTA

Rapporto GIMBE

Mobilità sanitaria interregionale

- Fenomeno che riguarda i pazienti che si spostano tra regioni per ricevere cure migliori.
- Le regioni del Nord attraggono pazienti da tutto il paese (es. Lombardia, Emilia-Romagna).
- Le regioni del Sud soffrono una "fuga sanitaria", con costi aggiuntivi per le famiglie e perdite economiche per i sistemi sanitari locali.

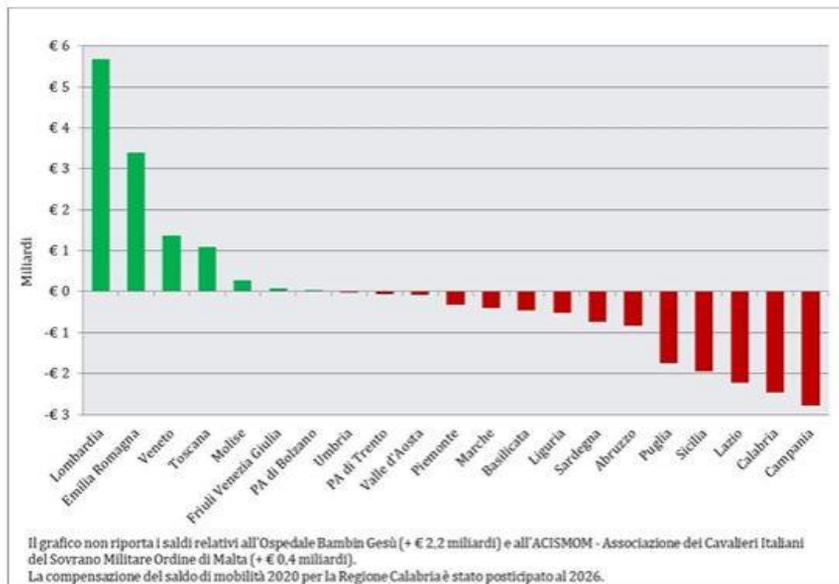
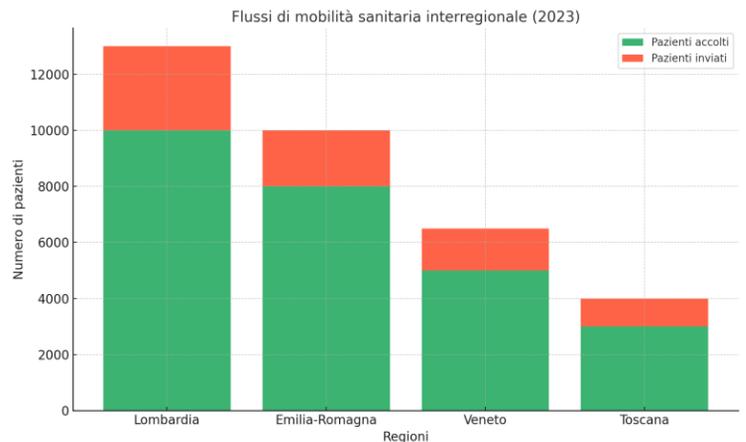
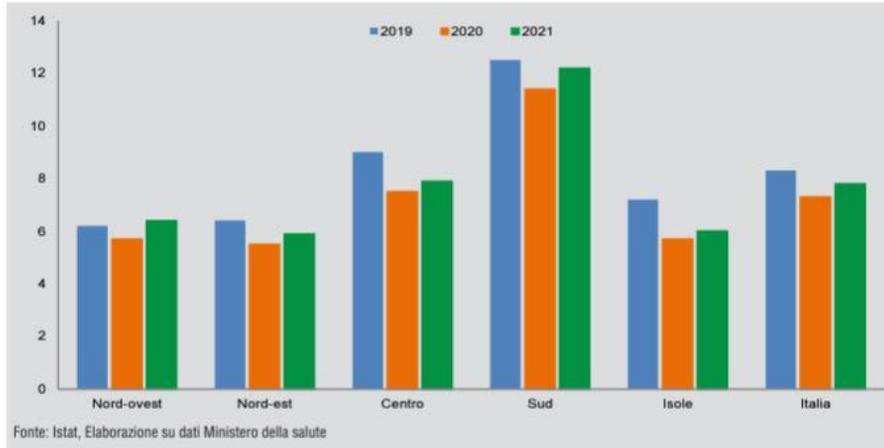


Figura 5.10. Saldi mobilità interregionale 2012-2021 (riparto FSN 2014-2023)

Rapporto GIMBE

Mobilità interregionale [ISTAT]

Figura 3. Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per acuti effettuate in regioni diverse da quella di residenza per ripartizione geografica. Anni 2019-2021. Valori percentuali



Perché si spostano [Deloitte 2021]



Il **33%** degli intervistati **si è spostato** dalla propria regione **per motivi di salute** negli ultimi 3 anni...

Grandi interventi ospedalieri
Ricoveri ospedalieri
Visite specialistiche
 Diagnostica strumentale

Driver di Mobilità Sanitaria



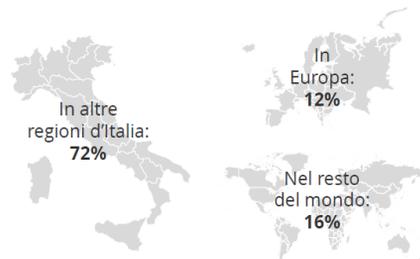
Per ricevere le cure in una **struttura specifica**/medico specifico



Per avere una **migliore qualità** delle prestazioni



Perché le **liste d'attesa** nella mia regione erano troppo lunghe



Costi sostenuti dai pazienti che si spostano [Deloitte 2021]



Il 43% di chi si è spostato ha sostenuto una spesa compresa tra 200 e 1.000 €, mentre il 21% tra 1.000 e 5.000 €



NB: Non è considerata la spesa per le prestazioni sanitarie ma la spesa a supporto (viaggio, alloggio)

...e il 70% pensa che in futuro si sposterà ancora



I costi della mobilità sanitaria

- Scelta e/o necessità spingono alla mobilità (passiva).
- Accanto ai costi e benefici per il SSN, occorre tener presente i costi sostenuti dai privati per lo spostamento. C'è poi chi queste spese non può permetterselo e rinuncia del tutto alle cure (dati)
- Costi spostamento + disagio economico → disuguaglianza nell'effettiva possibilità di accesso ad un diritto fondamentale sancito dalla costituzione

Questioni aperte

- Equità del sistema, in particolare disuguaglianza territoriale che si aggiunge e forse supera per rilevanza quella socio-economica.
- Valutazione economica delle prestazioni (HTA)
- Il rapporto pubblico/privato, agevolazioni fiscali, *opting out* e qualità del SSN; quale ruolo per l'assicurazione «integrativa»?

Digitalizzazione e futuro del SSN

- Obiettivo: ridurre le disparità regionali, migliorare la gestione delle risorse e l'accesso ai servizi.
- Investimenti in tecnologie come il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).
- Benefici attesi: maggiore efficienza, riduzione dei tempi di attesa e migliori cure.

Sistemi di remunerazione

Sistemi di remunerazione

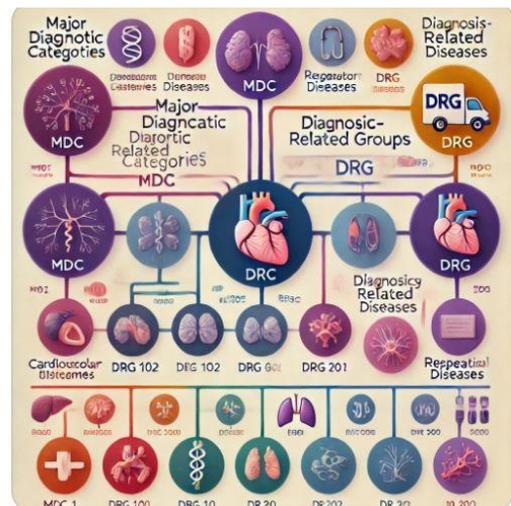
- Obiettivo: efficienza (minor costo) ed efficacia (i LEA)
- Strumento: disegno degli incentivi per raggiungere l'obiettivo
- **I principali sistemi:**
 - DRG (o ROD Raggruppamento omogeneo di diagnosi)
 - Budget Capitation (quota capitaria)
 - Fee-for-Service (pagamento a prestazione)

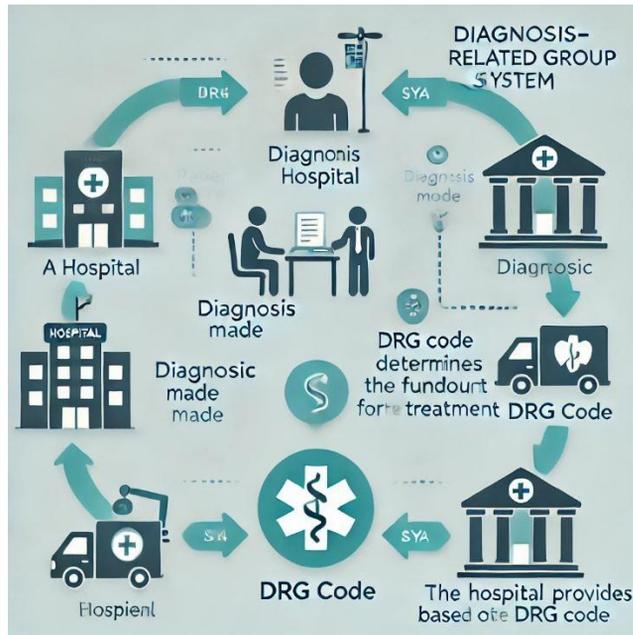
DRG: Diagnosis-Related Groups

- Sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere basato su diagnosi e trattamenti.
- Ogni ricovero è associato a un DRG, che ne determina il valore economico.
- Obiettivo: uniformare i criteri di finanziamento per i ricoveri ospedalieri.
- Vantaggi: trasparenza e razionalizzazione della spesa sanitaria.

MDC e DRG

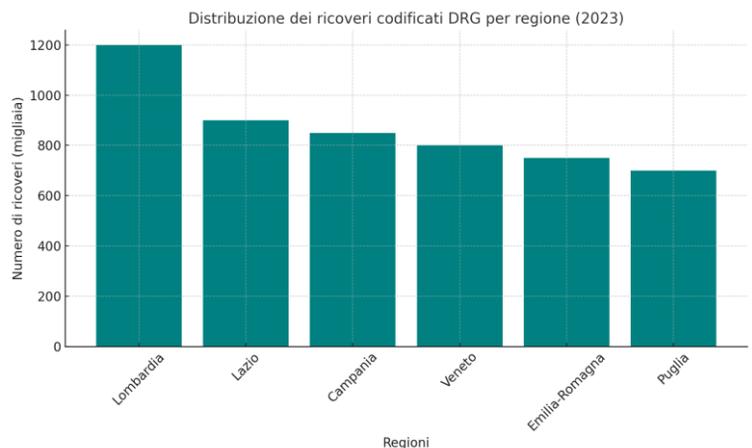
- **MDC 1 - Malattie dell'apparato cardiovascolare**
 - DRG 101: Infarto miocardico acuto
 - DRG 102: Insufficienza cardiaca
 - DRG 103: Chirurgia cardiaca
- **MDC 2 - Malattie dell'apparato respiratorio**
 - DRG 200: Pneumonia
 - DRG 201: Bronchite acuta
 - DRG 202: Trattamenti per malattie respiratorie croniche





DRG e ripartizione del FSN

- I DRG influenzano la distribuzione delle risorse tra le regioni.
- Le regioni con volumi maggiori di ricoveri DRG (es. Nord) tendono a ricevere più finanziamenti.
- Disuguaglianze: alcune regioni possono sovrautilizzare i DRG per aumentare le risorse, con il rischio di inapproprietezza.



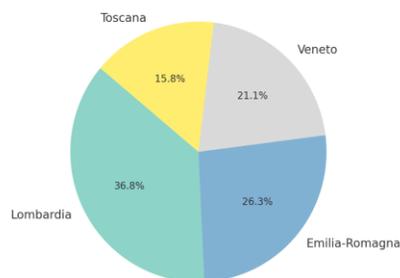
Criticità dei DRG

- **Inappropriatezza:** ricoveri DRG per casi gestibili a livello ambulatoriale.
- **Disparità regionali:** capacità di codifica DRG diversa tra regioni.
- **Focus su efficienza:** rischio di focalizzarsi sul volume di prestazioni piuttosto che sulla qualità.

DRG e mobilità sanitaria

- Le regioni con ospedali più attrattivi (es. Lombardia) accolgono pazienti DRG da altre regioni.
- **Effetti economici:** trasferimenti di risorse tra regioni attraverso i DRG.

Percentuale di ricoveri DRG per pazienti fuori regione (2023)



Budget Capitation

- Ogni ospedale riceve una somma fissa per **popolazione assistita**.
- Il budget è determinato in base al numero di residenti nella zona geografica servita dall'ospedale.
- Il finanziamento è assegnato annualmente e non è legato al numero di prestazioni o ricoveri realizzati.
- **Vantaggi**: Prevedibilità, Incentivi a migliorare la salute della popolazione
- **Problemi**: Incentivi per ridurre i servizi, Rischio di inadeguatezza, Distribuzione inefficiente delle risorse:

Sistema a Prestazione (Fee-for-Service)

- L'ospedale viene rimborsato per ogni singola prestazione fornita, indipendentemente dalla durata del ricovero o dalla complessità.
- Ogni prestazione (consulto, intervento chirurgico, esame diagnostico, etc.) ha un costo predefinito.
- **Vantaggi**: Flessibilità, Motivazione alla qualità
- **Problemi**: Rischio di sovrautilizzo, Dispendioso, Complessità nella gestione

Sistema di rimborso	Vantaggi	Problemi
DRG	Equità, trasparenza, incentivi alla qualità	Rischio di inappropriatelyzza, disparità regionali
Budget Capitation	Prevedibilità, incentivi alla prevenzione	Rischio di ridurre servizi, difficoltà a gestire malattie complesse
Fee-for-Service	Flessibilità, pagamento diretto per prestazione	Sovrautilizzo, difficoltà di controllo, costi elevati
Misto	Flessibilità, bilanciamento di risorse	Complessità gestionale, rischio di conflitto