

---

# Il sistema sanitario e il contesto economico

**Giornata internazionale dell'infermiere  
San Vito al Tagliamento, 12 maggio 2010**

---



di Alessandro Lombrano

Università degli Studi di Udine

*alessandro.lombrano@uniud.it*

# Alcune evidenze internazionali

	Medici per 1000 abitanti	Infermieri per 1000 abitanti	Infermieri/medici	Spesa sanitaria pubblica/PIL	Spesa sanitaria totale/PIL	Spesa sanitaria pubblica/Tot. Spesa pubblica	% spesa sanitaria pubblica
Austria	3,75	7,37	1,97	7,72%	10,10%	15,90%	76,40%
Repubblica ceca	3,57	8,01	2,24	5,79%	6,80%	13,50%	85,20%
Francia	3,37	7,73	2,29	8,69%	11,00%	16,60%	79%
Germania	3,5	9,94	2,84	8,00%	10,40%	18,20%	76,90%
Ungheria	2,78	6,12	2,20	5,22%	7,40%	10,50%	70,60%
Irlanda	3,03	15,5	5,12	6,13%	7,60%	17,10%	80,70%
Italia	3,65	7,03	1,93	6,66%	8,70%	13,90%	76,50%
Olanda	3,93	8,69	2,21		9,80%		
Polonia	2,19	5,18	2,37	4,53%	6,40%	10,80%	70,80%
Portogallo	3,51	5,11	1,46		9,90%	15,30%	
Spagna	3,65	7,54	2,07	6,10%	8,50%	15,60%	71,80%
Regno Unito	2,48	10,02	4,04	6,86%	8,40%	15,60%	81,70%

OECD 2009 - dati 2007

-0,019	Spesa sanitaria pubblica/PIL : rapporto infermieri – medici
0,354	Spesa sanitaria pubblica/Spesa pubblica : rapporto infermieri – medici
-0,257	Spesa sanitaria totale/PIL : rapporto infermieri – medici



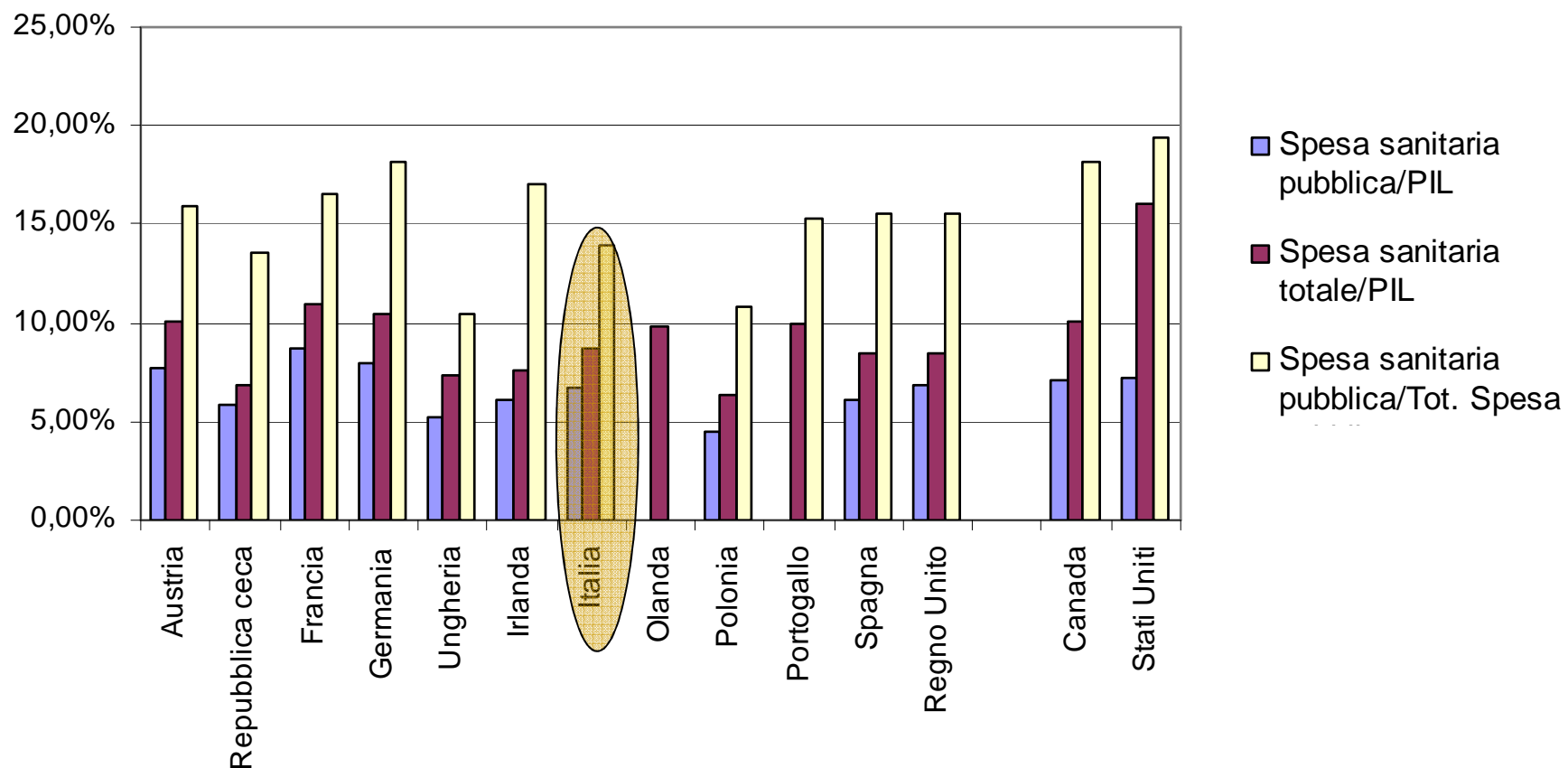
Università degli Studi di Udine

di Alessandro Lombrano

[alessandro.lombrano@uniud.it](mailto:alessandro.lombrano@uniud.it)

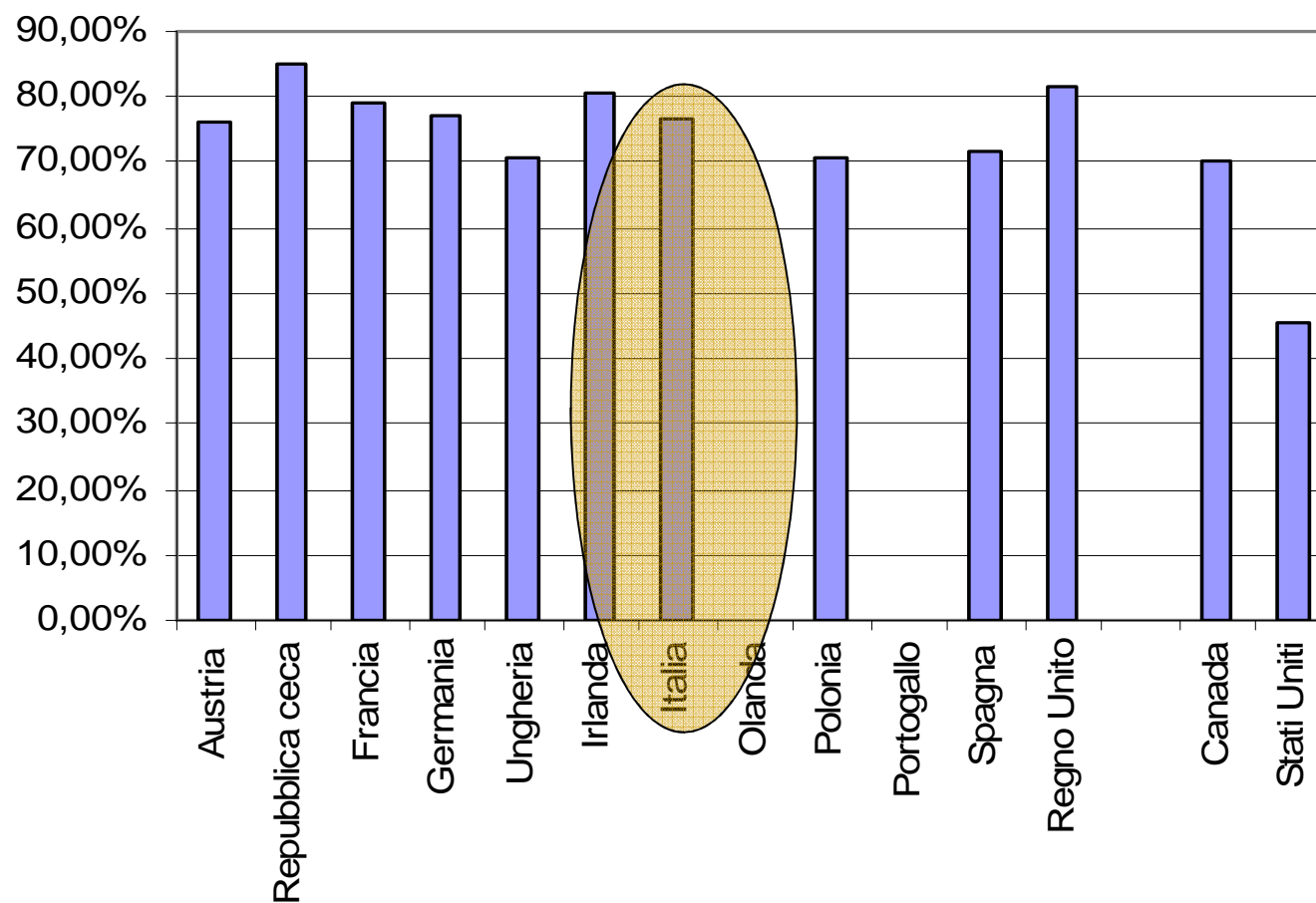
# Alcune evidenze internazionali

Spesa sanitaria, spesa sanitaria pubblica, spesa pubblica, PIL



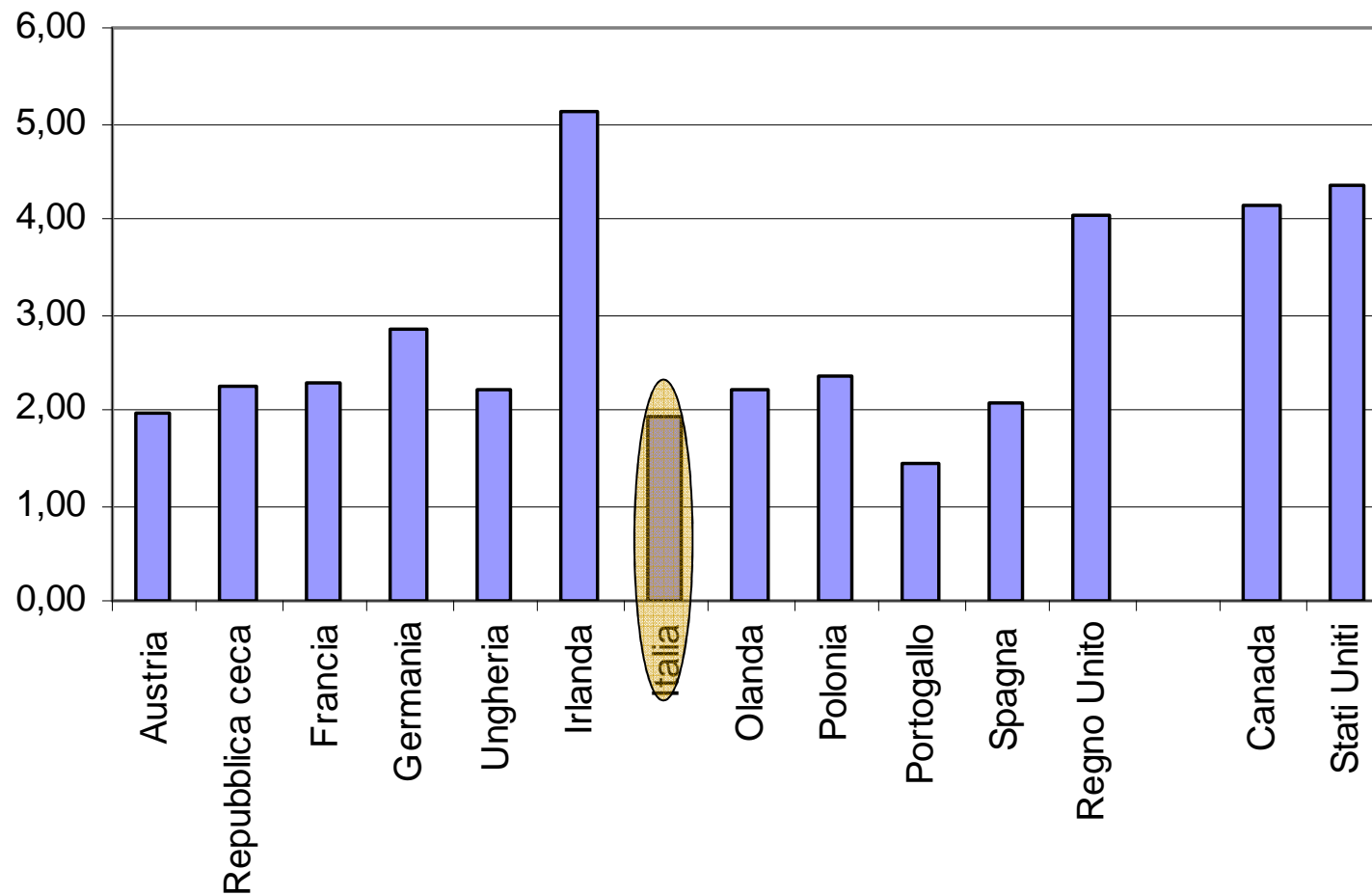
# Alcune evidenze internazionali

% spesa sanitaria pubblica



# Alcune evidenze internazionali

Infermieri/medici



---

## Prime considerazioni

- L'Italia non spende poco in Sanità, considerato anche il peso del debito pubblico e il relativo valore degli interessi passivi
- Il rapporto infermieri/medici, però, è il più basso d'Europa (dopo il Portogallo) ... il numero di medici, invece, è il più alto dopo Austria e Olanda
- I dati suggeriscono che, in generale, non vi sono significative relazioni tra rapporto infermieri/medici e spesa sanitaria pubblica (né calcolata rispetto al PIL né rispetto alla spesa totale)
- A riprova di ciò, si può osservare che a parità di numero di infermieri per 1.000 abitanti, la spesa è inferiore ove il rapporto infermieri/medici è più alto
  - in effetti ... minor costo unitario del personale infermieristico rispetto a quello medico



# Il contesto nazionale – Organizzazione e Spesa Sanitaria

- Analisi della spesa delle regioni italiane in rapporto a elementi strutturali dell'offerta di servizi:
  - dimensioni assolute delle strutture di ricovero (posti letto per 1.000 ab.)
  - dispersione geografica delle strutture
    - concentrazione delle strutture di ricovero (ab. per struttura)
    - diffusione delle strutture di piccole dimensioni (% strutture con  $PL < 120$ )
    - tasso di utilizzo delle strutture pubbliche e private accreditate
  - personale infermieristico delle strutture pubbliche (infermieri/medici strutture pubbliche)
  - indice di attrazione
  - indice di fuga
  - capillarità MMG e PLS (MMG + PLS per 1.000 ab.)
- ... e del tasso di popolazione anziana



## Il contesto nazionale

	Spesa sanitaria pro-capite (2008)	Spesa sanitaria pro-capite rettificata	Posti letto per 1000 abitanti	Variazione totale posti letto (1998-2007)	Concentrazione strutture di ricovero e case di cura	% piccole strutture di ricovero (inferiori a 120 PL) %
Piemonte	1.833	1.874	4,25	-19%	54.723	17,9
Valle d'Aosta	2.070	2.344	3,71	-15%	127.065	0,0
Lombardia	1.730	1.649	4,42	-22%	74.372	10,0
Bolzano	2.248	2.188	4,38	-12%	41.571	42,9
Trento	1.936	2.110	4,89	-25%	37.129	50,0
Veneto	1.744	1.694	4,11	-24%	90.473	22,5
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	<b>1.905</b>	<b>1.866</b>	<b>4,30</b>	<b>-28%</b>	<b>58.616</b>	<b>29,4</b>
Liguria	1.975	1.974	4,49	-30%	73.412	27,8
Emilia Romagna	1.856	1.742	4,68	-13%	59.424	3,8
Toscana	1.806	1.737	4,09	-21%	52.969	35,7
Umbria	1.760	1.715	3,67	-24%	55.889	18,2
Marche	1.698	1.731	4,11	-29%	34.121	60,6
Lazio	1.995	1.956	5,12	-24%	38.277	35,1
Abruzzo	1.766	1.717	4,88	-32%	38.134	31,8
Molise	2.030	1.959	6,23	12%	32.080	12,5
Campania	1.667	1.760	3,65	-27%	47.260	27,3
Puglia	1.723	1.791	4,04	-29%	54.396	5,3
Basilicata	1.713	1.913	4,00	-22%	53.691	33,3
Calabria	1.654	1.843	4,44	-18%	26.430	67,6
Sicilia	1.659	1.732	4,15	-12%	37.317	45,1
Sardegna	1.691	1.734	4,43	-24%	37.977	48,5

Nostre elab. su dati Ministero della Salute e OASI Bocconi



Università degli Studi di Udine

di Alessandro Lombrano

[alessandro.lombrano@uniud.it](mailto:alessandro.lombrano@uniud.it)

## Il contesto nazionale

	Tasso di utilizzo nelle strutture di ricovero pubbliche (%)	Tasso di utilizzo nelle Case di cura private accreditate (%)	Infermieri/medici strutture pubbliche	Indice di Attrazione	Indice di Fuga	Saldo	MMG+PLS per 1.000 abitanti	% popolazione con 65 anni e oltre
Piemonte	79,68	78,26	2,40	6,2	8,4	-2,2	1,74	22,7%
Valle d'Aosta	76,88	-	1,99	10,6	22,2	-11,7	2,13	20,7%
Lombardia	78,80	54,39	2,76	8,8	3,9	4,9	1,72	19,9%
Bolzano	78,55	71,73	2,87	7,3	4,6	2,7	1,28	17,5%
Trento	69,42	37,57	2,99	9,5	17,8	-8,3	2,04	19,2%
Veneto	81,91	86,66	3,34	8,2	5,3	2,9	1,77	19,7%
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	<b>74,97</b>	<b>29,34</b>	<b>2,88</b>	<b>8,4</b>	<b>6,3</b>	<b>2,1</b>	<b>1,87</b>	<b>23,2%</b>
Liguria	81,93	66,95	2,72	11,2	11,2	0,0	1,65	26,8%
Emilia Romagna	76,85	88,22	2,87	12,8	6,3	6,6	2,03	22,5%
Toscana	81,26	38,61	2,81	9,9	5,9	4,0	2,01	23,3%
Umbria	83,96	38,34	2,50	14,1	11,4	2,6	2,05	23,2%
Marche	81,19	55,97	2,63	9,0	10,9	-1,9	1,89	22,4%
Lazio	86,86	74,72	2,20	8,6	6,6	2,0	2,17	19,7%
Abruzzo	80,84	85,13	2,58	13,0	10,2	2,8	2,11	21,2%
Molise	85,38	56,23	2,18	24,2	20,6	3,6	1,91	21,9%
Campania	83,03	69,34	1,94	2,3	7,6	-5,3	1,71	15,9%
Puglia	82,89	64,80	2,33	3,8	7,7	-3,8	1,97	18,0%
Basilicata	65,10	46,36	2,57	12,3	24,0	-11,7	1,86	20,1%
Calabria	82,23	50,16	2,14	3,3	14,7	-11,4	1,89	18,6%
Sicilia	74,73	58,15	1,86	1,7	6,1	-4,4	2,09	18,3%
Sardegna	69,90	47,64	2,17	1,8	4,2	-2,5	2,06	18,7%

Nostre elab. su dati Ministero della Salute e OASI Bocconi



Università degli Studi di Udine

di Alessandro Lombrano  
[alessandro.lombrano@uniud.it](mailto:alessandro.lombrano@uniud.it)

# Cosa emerge sulla relazione tra spesa sanitaria e organizzazione

-0,131	Spesa sanitaria pro-capite rettificata : concentrazione strutture di ricovero
0,296	Spesa sanitaria pro-capite rettificata : concentrazione strutture di ricovero e case di cura
-0,031	Spesa sanitaria pro-capite rettificata : % popolazione anziana
0,130	Spesa sanitaria pro-capite rettificata : posti letto totali
-0,299	Spesa sanitaria pro-capite : MMG+PLS per 1.000 ab
-0,102	Spesa sanitaria pro-capite rettificata : rapporto infermieri - medici
0,186	Spesa sanitaria pro-capite rettificata : indice di attrazione
0,539	Spesa sanitaria pro-capite rettificata : indice di fuga
-0,169	Spesa sanitaria pro-capite rettificata : tasso di utilizzo delle strutture pubbliche
-0,079	Spesa sanitaria pro-capite rettificata : tasso di utilizzo case di cura accreditate
-0,066	Spesa sanitaria pro-capite rettificata : % piccole strutture di ricovero pubbliche

Nostre elab. su dati Ministero della Salute e OASI Bocconi



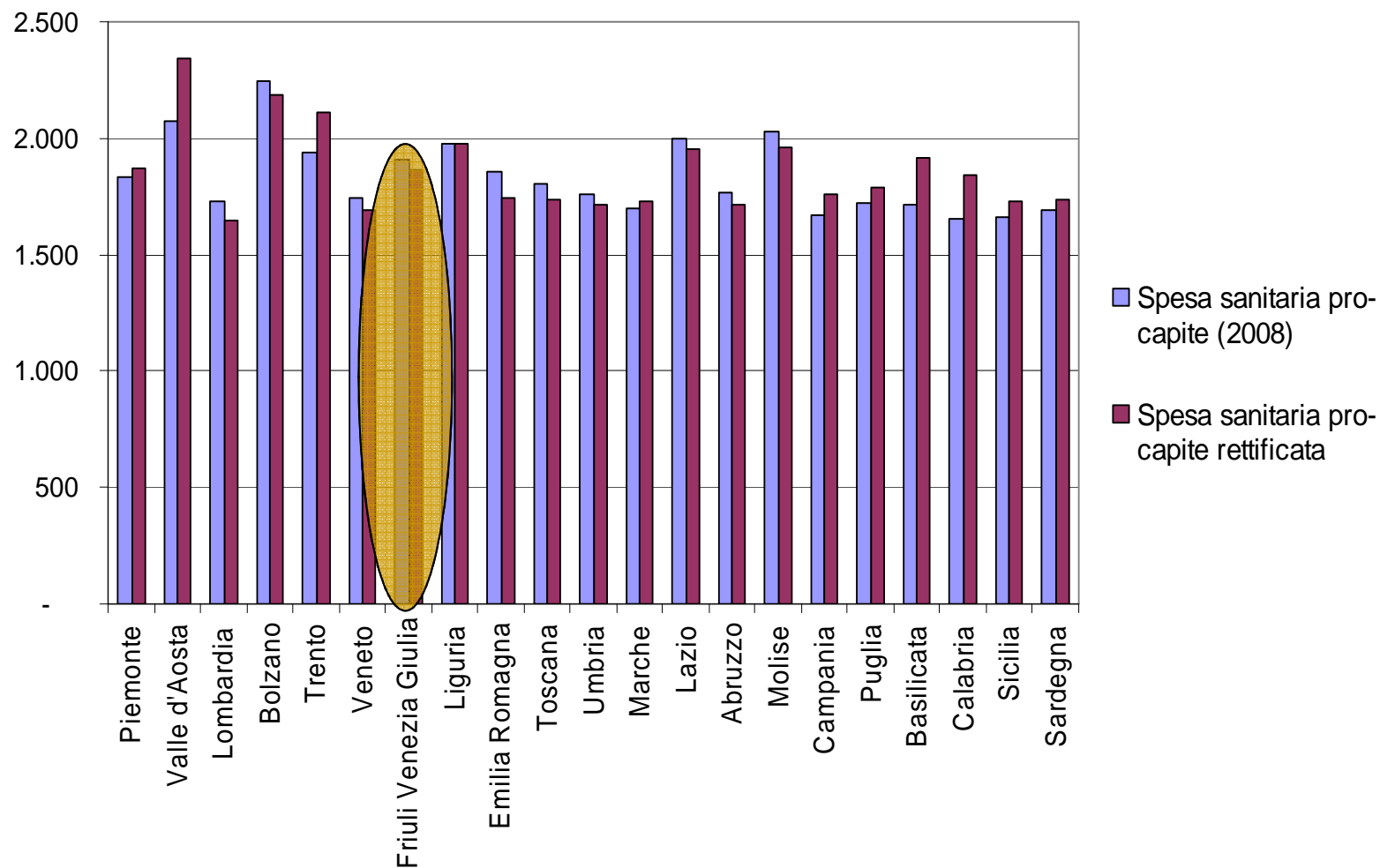
---

## Alcune altre conclusioni

- Spesa sanitaria dipende da
  - concentrazione delle strutture di ricovero pubbliche (economie dimensionali)
  - in senso inverso, dal numero di MMG e PLS
- È interessante inoltre osservare che la spesa non è spiegata dal tasso di attrazione – la **qualità** non è necessariamente un costo!!! – mentre è ben spiegata dal tasso di fuga – la **non qualità** è un costo!!!

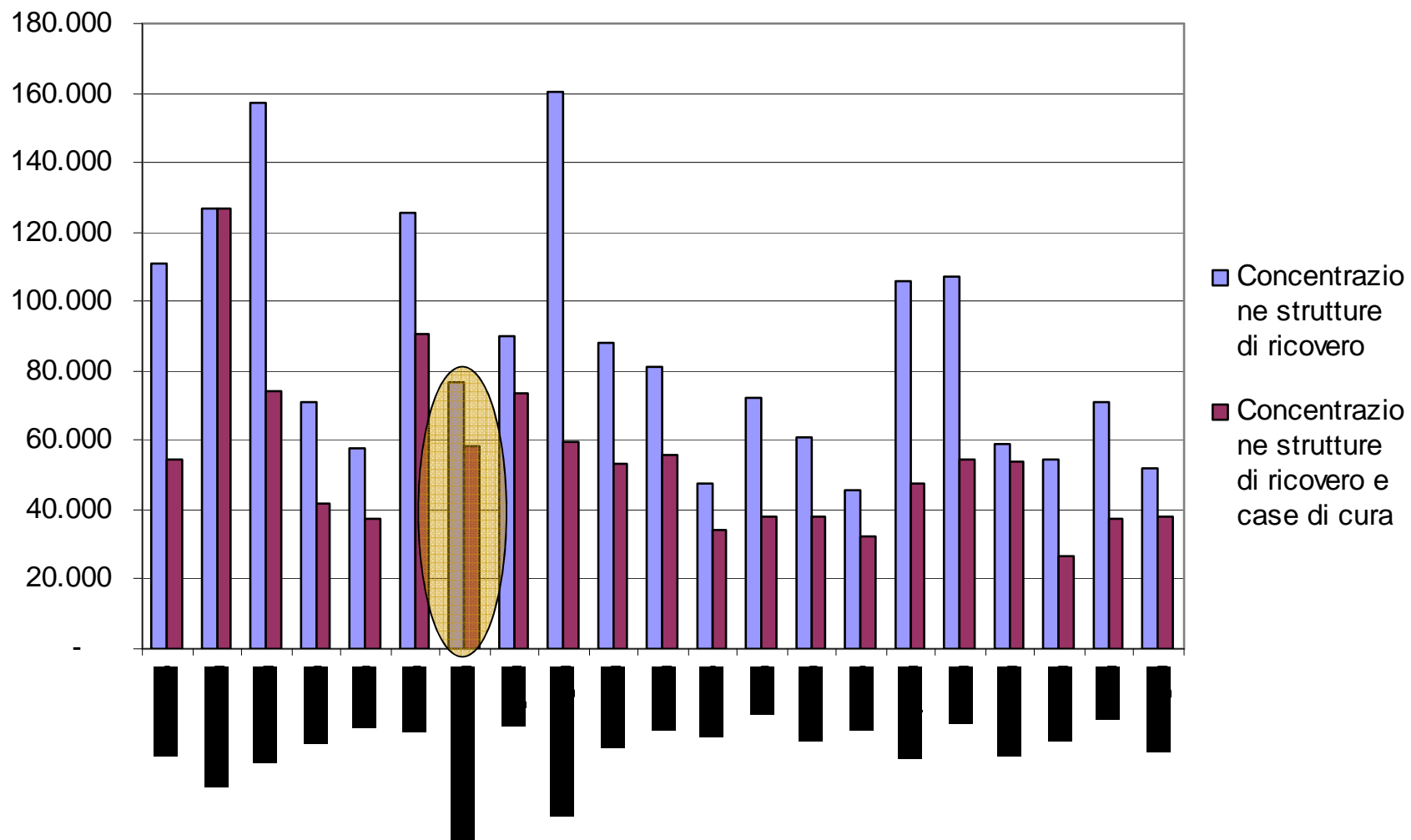


# E in FVG?



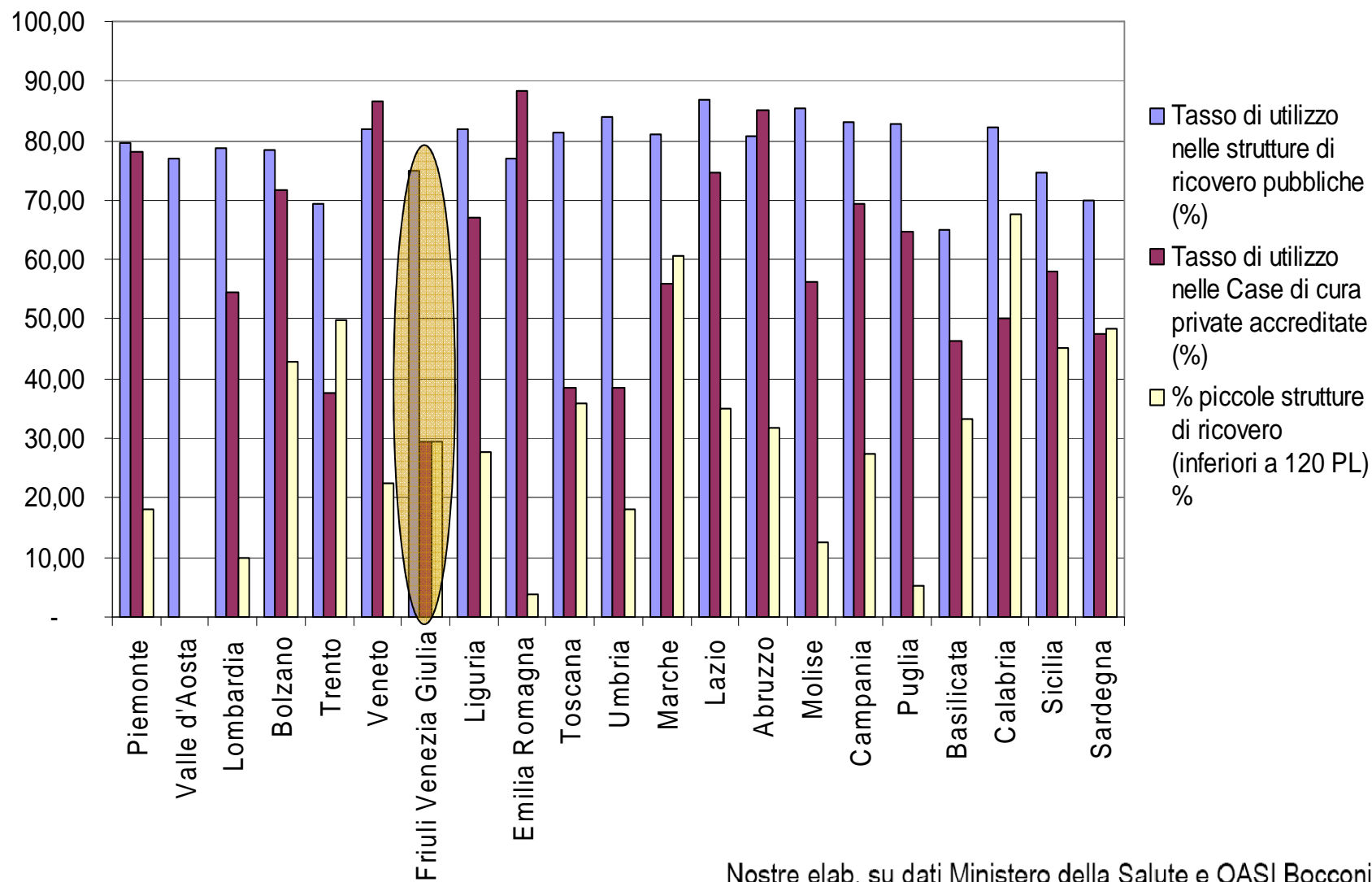
Nostre elab. su dati Ministero della Salute e OASI Bocconi





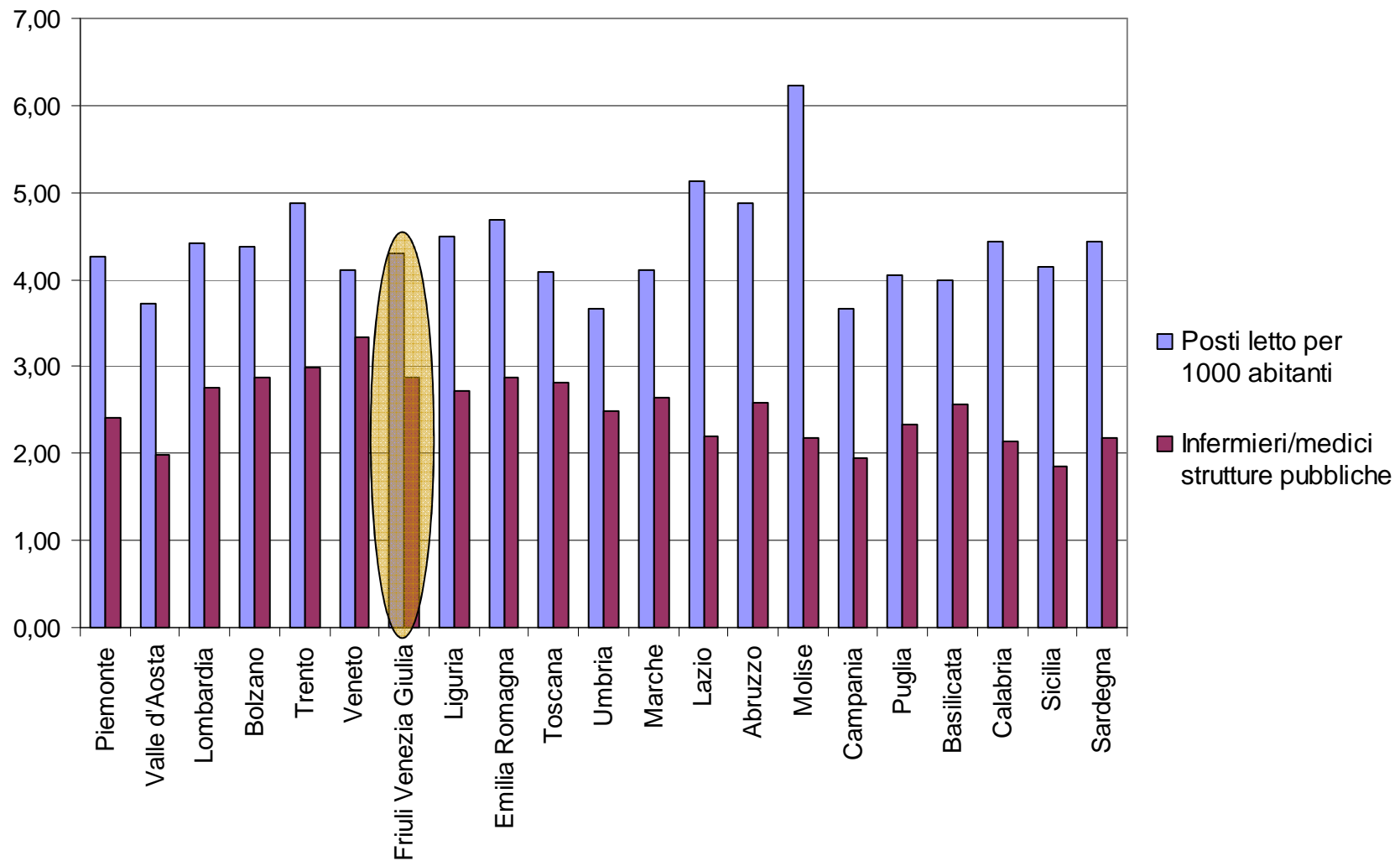
Nostre elab. su dati Ministero della Salute e OASI Bocconi





Nostre elab. su dati Ministero della Salute e OASI Bocconi



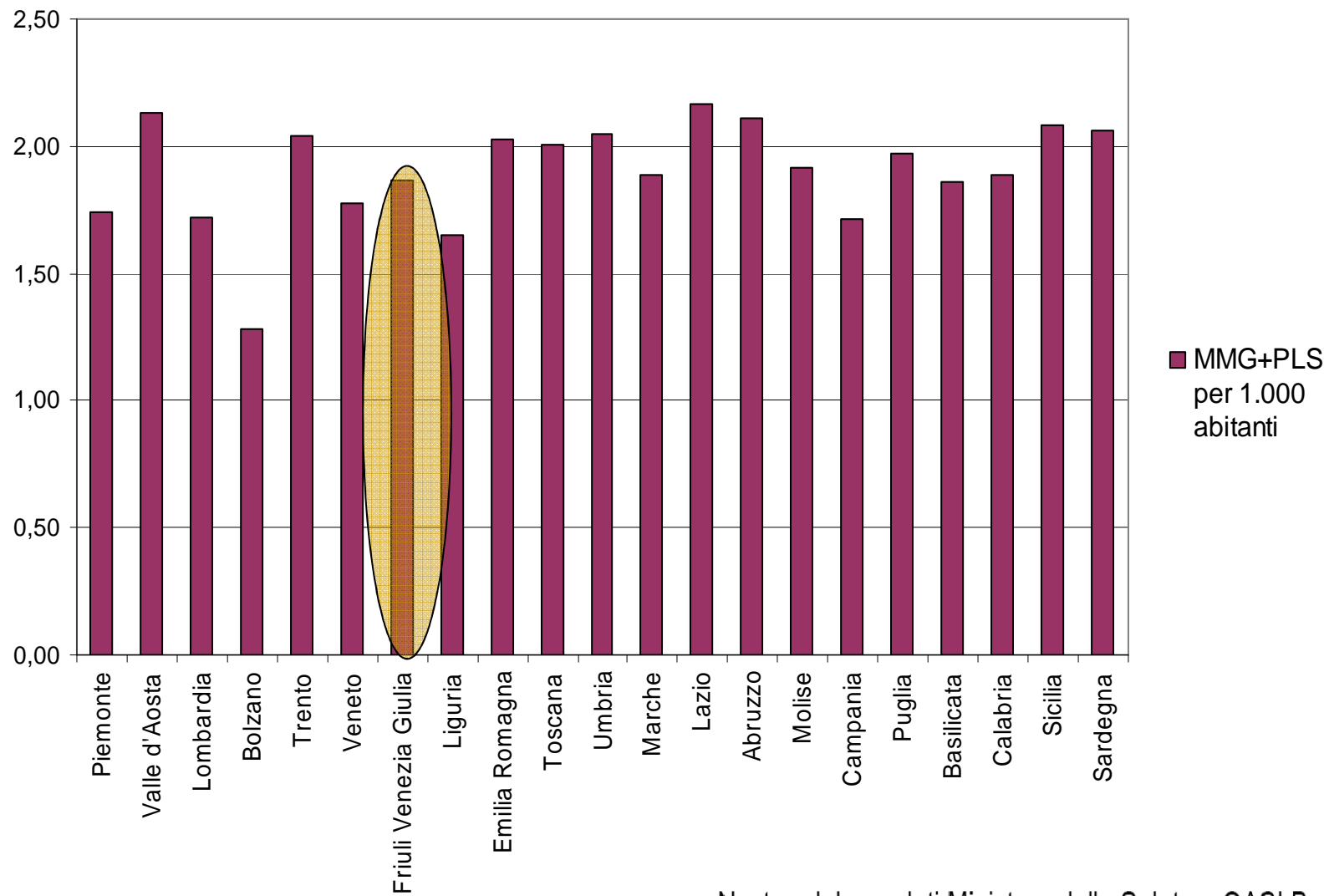


Nostre elab. su dati Ministero della Salute e OASI Bocconi



Università degli Studi di Udine

di Alessandro Lombrano  
[alessandro.lombroso@uniud.it](mailto:alessandro.lombroso@uniud.it)



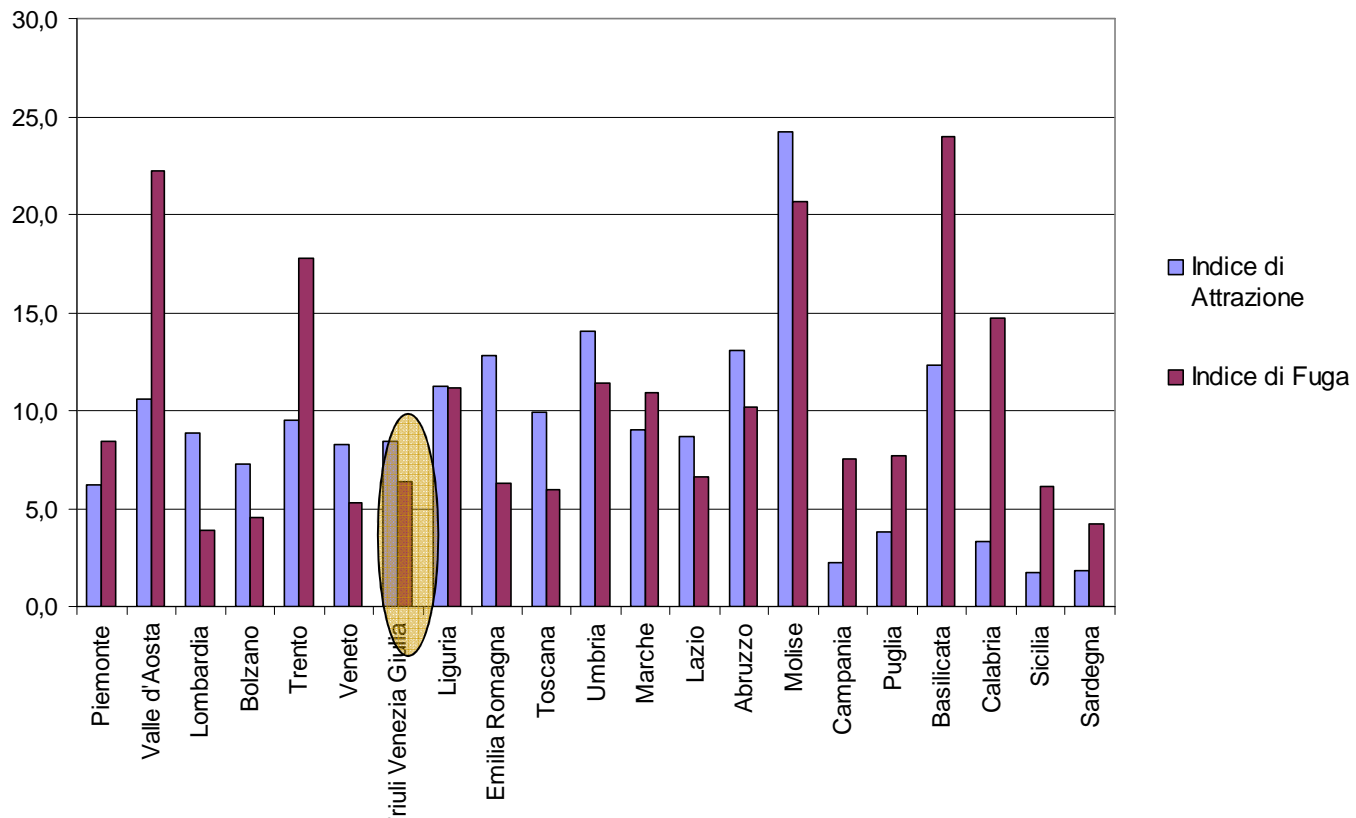
Nostre elab. su dati Ministero della Salute e OASI Bocconi



Università degli Studi di Udine

di Alessandro Lombrano  
[alessandro.lombroso@uniud.it](mailto:alessandro.lombroso@uniud.it)

Nostre elab. su dati Ministero della Salute e OASI Bocconi



Censis 2003-2006

	Nord-Ovest			Nord-Est			Centro			Sud e isole			Italia		
	2003	2006	Diff. % '03-'06	2003	2006	Diff. % '03-'06	2003	2006	Diff. % '03-'06	2003	2006	Diff. % '03-'06	2003	2006	Diff. % '03-'06
Medicina di base	72,9	80,4	7,5	75,1	76,1	1,0	64,7	81,5	16,8	80,3	65,5	-14,8	74,5	74,7	0,2
Pronto soccorso	61,8	58,1	-3,7	57,3	61,1	3,8	50,8	60,9	10,1	54,5	40,7	-13,8	56,3	53,2	-3,1
Day hospital	52,3	65,3	13,2	67,0	63,4	-3,6	42,8	56,9	14,2	48,9	44,9	-4,0	52,1	56,4	4,3
Ricovero ordinario	57,7	57,8	0,1	61,1	63,3	2,3	47,6	61,9	14,3	47,5	58,2	-9,3	52,7	52,9	0,2
Medicina specialistica	59,1	60,3	1,2	58,4	68,9	10,5	59,9	65,2	5,3	52,8	36,8	-16,0	56,8	54,7	-2,1
Servizi domiciliari	45,0	48,7	3,7	44,0	51,1	7,1	41,1	39,7	-1,4	30,0	21,5	-8,5	38,8	37,8	-1,0



Università degli Studi di Udine

di Alessandro Lombrano  
alessandro.lombroso@uniud.it

---

## In sintesi

- I dati suggeriscono che in FVG
  - spesa sanitaria media per ab. - nella media nazionale, che si riduce se rettificata per mobilità interregionale
  - dispersione organizzativa
    - offerta di PL/ab. - medio-alta
    - concentrazione delle strutture di ricovero - medio-bassa
    - varie strutture di piccole dimensioni (< 120 PL)
    - tasso di utilizzo delle strutture - medio/medio-basso
  - personale infermieristico nelle strutture pubbliche - medio alto ... ma in termini relativi
  - capillarità di MMG e PLS nella media
  - se è vero che saldo mobilità ~ qualità - buon livello dei servizi (conferma dati rapporto Censis)



# Verso quale modello di sanità?

- Le relazioni tra spesa, organizzazione del sistema sanitario e qualità dei servizi forniscono indicazioni che sembrano valide in generale e, data l'analisi strutturale, per il FVG
- A livello strutturale
  - valorizzazione dei servizi territoriali
    - associazione di MMG e PLS
    - distretti come centri della salute
      - diagnostica
      - ambulatori specialistici
      - servizi medico – legali
      - ...
  - (importanza del fattore tecnologico)
  - concentrazione delle strutture ospedaliere (ospedali di rete) e progressiva diminuzione dei PL
  - rafforzamento dei meccanismi di coordinamento e controllo
- A livello di RU
  - focalizzazione sui bisogni e non sulle specialità
  - progressivo innalzamento del rapporto infermieri/medici (tendenza fisiologica – dati MIUR e Alma Laurea: l'Università italiana laurea un medico ogni tre infermieri)
  - ampliamento delle competenze assistenziali infermieristiche (infermiere cardiologo, infermiere anestesista dell'esperienza UK)
  - focalizzazione dell'attività medica su diagnosi e cura
  - nuove responsabilità organizzative a livello territoriale (medici e infermieri)



# È possibile? Come?

- Molti studi ed evidenze empiriche mostrano che *spesa ospedaliera e spese territoriali sono “vasi comunicanti”*
- La nuova organizzazione richiede Investimenti ma non deve alimentare debito
  - evidenze correnti in alcuni paesi
  - limiti strutturali debito/PIL (in generale ma in particolare per la situazione italiana)
  - peso degli oneri finanziari (spesa improduttiva)
- Necessità di “conversione patrimoniale” e di finanza di progetto (PF, fondi immobiliari, Holding patrimoniali ... ) e importanza del Management apicale (a livello regionale e aziendale)
- Segue fisiologica (ma governata) razionalizzazione della spesa corrente
- Il prossimo ricambio generazionale della classe medica associato alle dinamiche dei corsi di laurea in medicina e infermieristica (meno medici - 5/6.000 ogni anno - e più infermieri laureati - oltre 20.000 ogni anno con tasso di occupazione di oltre il 90% a un anno dalla laurea) può rappresentare un’opportunità ... a patto di ripensare il modello organizzativo

