



**Informazione on line · a cura dell'Ufficio stampa
dell'Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello"**

6 Settembre 2019

**L'Addetto stampa
Massimo Bellomo Ugdulena**

Stabilizzazioni

Scontro fra Fials e Asp sul destino dei precari

Si riaccende lo scontro sugli oltre 600 precari dell'Asp. La Fials ha proclamato lo stato di agitazione di tutto il personale contrattista dal momento che «ad oggi l'Asp di Palermo risulta essere l'unica azienda sanitaria che non ha applicato la legge Madia per la stabilizzazione del personale contrattista ex Lsu». La Fials-Confisal in una nota spiega che l'azienda piuttosto che applicare la Madia si rifà a vecchie normative e ripropone vecchie procedure concorsuali che valgono solo per un centinaio di lavoratori, mentre di recente aveva comunicato di attendere disposizioni dall'assessorato. E quando queste indicazioni sono arrivate, abbiamo registrato l'ennesima contraddizione perché l'Asp sta disattendendo anche la circolare dell'assessore Ruggero Razza che aveva dato il via libera alle stabilizzazioni prevedendo appunto l'applicazione della Madia». «Con questo atteggiamento - spiega Enzo Munafo' e Giuseppe Forte della Fials-Confisal di Palermo - l'azienda conferma l'intenzione di voler modificare i profili professionali dei lavoratori. Tali iniziative sono in palese contrasto con la volontà del governo regionale, continuando a danneggiare i lavoratori contrattisti dell'Asp Palermo che ancora ad oggi sono costretti a dire le vie legali, con ricorsi al Tar, chiedendo il rispetto della legge regionale e invece l'azienda si oppone costituendosi in giudizio». Ecco, infine, la replica dell'Ars: «Ferisce, ancora una volta, la polemica e la rappresentazione non corretta dei fatti. L'Azienda ha messo, da subito, a disposizione della stabilizzazione circa 420 posti del piano di reclutamento. Posti che sarebbero, già, stati assegnati ove non ci fossero stati i ricorsi proposti al Tar che, per quanto non abbiano intaccato l'efficacia di nessun atto sin qui posto in essere lasciandoli tutti operativi, ha rinviato ad un giudizio di merito fissato a decorrere dall'8 ottobre del 2020. Proprio perché il Magistrato amministrativo ha mantenuto la validità degli atti dell'Azienda, si rende possibile oggi l'attivazione di processi di stabilizzazione come sin qui programmati».

Asp di Palermo, si riaccende la vertenza sui precari: «Siano stabilizzati tutti e 600»

insanitas.it/asp-di-palermo-si-riaccende-la-vertenza-sui-precari-siano-stabilizzati-tutti-e-600/

di Redazione

September 5, 2019



PALERMO. Si riaccende lo scontro sugli **oltre 600 precari** dell'Asp di Palermo. La **Fials** ha proclamato lo **stato di agitazione** di tutto il personale contrattista dal momento che «ad oggi l'Asp risulta essere l'unica azienda sanitaria che non ha applicato la legge Madia per la stabilizzazione del personale contrattista ex Lsu».

Insanitas ha chiesto una replica all'Asp: clicca qui per leggerla.

La Fials-Confsal in una nota spiega che «l'azienda piuttosto che applicare la Madia si rifà a **vecchie normative** e ripropone vecchie procedure concorsuali che valgono solo per un centinaio di lavoratori, mentre di recente aveva comunicato di attendere disposizioni dall'assessorato. E quando queste indicazioni sono arrivate, abbiamo registrato l'ennesima **contraddizione**, perché l'Asp sta disattendendo anche la circolare dell'assessore **Ruggero Razza** che aveva dato il via libera alle stabilizzazioni prevedendo appunto l'applicazione della Madia».

«Con questo atteggiamento- spiegano **Enzo Munafò** e **Giuseppe Forte** (rispettivamente a sinistra e destra nella foto) della Fials-Confsal di Palermo- l'azienda conferma l'intenzione di voler modificare i profili professionali dei lavoratori. Tali iniziative sono in palese contrasto con la **volontà del governo regionale**, continuando a danneggiare i lavoratori contrattisti dell'Asp Palermo che ancora ad oggi sono costretti ad adire le vie legali, con ricorsi al Tar, chiedendo il rispetto della legge regionale e invece l'azienda si oppone costituendosi in giudizio».

Il sindacato aggiunge: «La Direzione dell'Asp ad aprile ha soppresso **500 posti di coadiutore amministrativo**, profili per i quali attualmente i lavoratori continuano a svolgere in maniera egregia gli incarichi affidati loro. La Fials-Confsal lamenta il mancato riscontro di quanto avanzato legittimamente con le proprie note e nel proclamare sin da subito lo stato di agitazione di tutto il personale contrattista, reitera la richiesta di intervento autorevole da parte dell'assessorato regionale della Salute».

Infine, il sindacato chiede alla **Prefettura** di Palermo di avviare un ulteriore tentativo di **conciliazione** per scongiurare azioni di lotta e di sciopero che inciderebbero negativamente sui servizi resi alla cittadinanza, e annuncia: «In mancanza di riscontro, la Fials-Confsal sarà costretta a indire la prima giornata di **sciopero** per il mese in corso».

Protesta dei precari, l'Asp di Palermo: «Ecco come stiamo procedendo per le stabilizzazioni»

 insanitas.it/protesta-dei-precari-lasp-di-palermo-ecco-come-stiamo-procedendo-per-le-stabilizzazioni/

di Redazione

September 5, 2019



PALERMO. Dopo l'annuncio da parte della **Fials-Confsal** dello stato di agitazione per sollecitare la stabilizzazione di tutti i 640 precari dell'Asp di Palermo ([clicca qui](#)), ora arriva la replica da parte dell'Azienda sanitaria provinciale.

«Ferisce, ancora una volta, la **polemica** e la rappresentazione non corretta dei fatti- si legge in una nota inviata ad Insanitas- L'Azienda ha messo, da subito, a disposizione della stabilizzazione **circa 420 posti** del piano di reclutamento. Posti che sarebbero, già, stati assegnati ove non ci fossero stati i ricorsi proposti al **TAR** che, per quanto non abbiano intaccato l'efficacia di nessun atto sin qui posto in essere lasciandoli tutti operativi, ha rinviato ad un giudizio di merito fissato a decorrere dall'8 ottobre del 2020».

Dall'Asp aggiungono: «Proprio perché il Magistrato amministrativo ha mantenuto la validità degli atti dell'Azienda, si rende possibile oggi l'attivazione di processi di stabilizzazione come sin qui programmati. Il problema che questa Asp deve affrontare, trattandosi di **640 unità**, la rende unica realtà di queste dimensioni. Una realtà dove evidentemente il fenomeno ha avuto nel passato uno sviluppo incontrollato».

Infine, l'Asp sottolinea: «L'Azienda continua a confidare sull'apporto di tutti e, soprattutto, degli operatori interessati per potere essere posta nelle condizioni di **salvaguardare** i 420 posti messi a disposizione, fermo restando l'impegno della Direzione che, **per i rimanenti operatori**, saranno previste procedure che possano successivamente consentire il loro assorbimento».

Ritardi nei pagamenti dell'Asp di Palermo: protestano i medici con contratti di continuità assistenziale

insanitas.it/ritardi-nei-pagamenti-dellasp-di-palermo-protesta-dei-medici-con-contratti-di-continuita-assistenziale/

di Redazione

September 5, 2019



PALERMO. C'è grande malcontento fra i **giovani medici** che quest'estate hanno sottoscritto con l'Asp di Palermo i contratti di **continuità assistenziale** per garantire la funzionalità delle guardie mediche della provincia.

Al termine dei tre mesi di attività infatti i giovani professionisti non hanno ancora ricevuto neanche il **primo stipendio** e, stando a quanto testimoniato da alcuni diretti interessati, dagli uffici dell'Asp e dagli uffici dei vari distretti sanitari, non arrivano risposte chiari sui tempi del saldo delle tre mensilità.

«Stiamo vivendo una situazione assurda- commenta uno dei medici che da pochi giorni ha terminato il periodo di sostituzione- io ed altri colleghi abbiamo lavorato tutta l'estate in guardia medica. **Ma dopo tre mesi di lavoro non abbiamo ancora ricevuto un euro.** È un problema serio per molti di noi che proprio in questi giorni devono fare i conti con i bilanci personali e familiari per poter continuare il percorso formativo con le scuole di specializzazione. Da giorni chiamiamo i vari distretti coordinatori, ma la risposta è sempre la stessa: le procedure di pagamento non sono state avviate».

Il problema sui ritardi nei pagamenti riguarda circa 50 medici con contratti di continuità assistenziale per le guardie mediche, ma sembra che il problema sia molto più complesso e tocchi anche i medici sostituiti del 118 e i giovani medici che stanno frequentando il corso di medicina generale.

LA REPLICA DELL'ASP

«L'Asp di Palermo elabora ed eroga mensilmente gli stipendi di tutto il personale convenzionato (2.900 professionisti). La segnalazione riguarda circa 30 medici con incarichi temporanei di sostituzione. L'Azienda è impegnata in un intenso processo di **rinnovamento tecnologico** che sta comportando, tra l'altro, la migrazione dei dati in una nuova software house indipendente.

Migrazione che ha determinato un ritardo nei pagamenti ai 30 medici. Tutti gli interessati, comunque, riceveranno **a fine mese** i compensi del mese di luglio, unitamente a quelli di agosto (la cui scadenza è proprio fine settembre)».

HOME (/) • NEWS ED EVENTI (/Q=NEWS-ED-EVENTI) • ASP MESSINA, AUMENTANO LE MISURA DI SICUREZZA PER TUTELARE I MEDICI TRAMITE GEOLOCALIZZAZIONE

ASP Messina, aumentano le misura di sicurezza per tutelare i medici tramite geolocalizzazione



L'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina, così come concordato con S.E. il Prefetto Librizzi, dopo la messa in sicurezza dei presidi di guardia medica, procede nella attività per consentire ai medici di continuità assistenziale di potere lavorare aumentando la sicurezza e tutelandone l'incolumità fisica; a tal fine mercoledì mattina si è svolta presso l'assessorato regionale alla salute una riunione nella quale è stato concluso un accordo con i tecnici informatici della società che gestisce il software del servizio di emergenza urgenza 118.

"L'accordo prevede - dice il Direttore Generale Paolo La Paglia - l'inserimento nella app "Where Are U - 112", di cui saranno dotati tutti i telefonini dei medici di guardia medica della provincia di Messina di un sistema di riconoscimento geografico immediato del medico in servizio, tramite geolocalizzazione; il



quotidianosanità.it

Mercoledì 04 SETTEMBRE 2019

Governo. A sorpresa il Ministero della Salute a LeU. Sarà Roberto Speranza a sostituire Giulia Grillo. Ecco le sue idee per la sanità: dal finanziamento del Ssn al personale

Il Ministero della Salute che sembrava dovesse rimanere al Movimento 5 Stelle con la conferma della ministra uscente, Giulia Grillo, andrà invece a Liberi e Uguali. La decisione, arrivata solo in tarda mattinata dopo il vertice a Palazzo Chigi, è stata ufficialmente confermata poco fa dallo stesso dicastero di Lungotevere a Ripa. Il nuovo ministro della Salute sarà Roberto Speranza. Ecco cosa proponeva a marzo 2018 in materia di finanziamento del Servizio sanitario nazionale

Colpo di scena nel pomeriggio. Proprio mentre il premier incaricato **Giuseppe Conte** è salito al Quirinale per sciogliere la riserva, arrivano nuove notizie che sembrano stravolgere il quadro delle assegnazioni dei vari ministeri dati per ormai certi fino a ieri sera. Il Ministero della Salute che sembrava dovesse rimanere al Movimento 5 Stelle con la conferma della ministra uscente, **Giulia Grillo**, andrà invece a Liberi e Uguali.

La decisione, arrivata solo in tarda mattinata dopo il vertice a Palazzo Chigi, è stata ufficialmente confermata poco fa dallo stesso dicastero di Lungotevere a Ripa. Il nuovo ministro della Salute sarà **Roberto Speranza**.

Ma qual è l'idea di sanità del nuovo ministro? Per capirlo possiamo esaminare un disegno di legge a sua prima firma, assegnato il 4 luglio 2018 alla Commissione Affari Sociali della Camera, recante "Disposizioni in materia di finanziamento del Servizio sanitario nazionale". Qui si propone, all'articolo 1, **l'abolizione del superticket**, ossia la quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Le coperture per questa abolizione vengono conteggiate in circa 600 milioni di euro a regime. Ai fini della copertura "si utilizzano non solo le risorse già stanziare a legislazione vigente dalla legge di bilancio per il 2018, pari a 60 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018 nell'arco del triennio 2018, 2019 e 2020, ma anche le maggiori entrate rivenienti dall'abolizione della deduzione forfettaria dei canoni di locazione, che è pari al 35 per cento per le cosiddette dimore storiche e da cui si ricava un gettito accertato di 545 milioni di euro annui a regime a decorrere dall'anno 2018 (545 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018 + 60 milioni di euro annui già scontati ai sensi della legge di bilancio per il 2018 = 605 milioni di euro complessivi a decorrere dall'anno 2018)".

All'articolo 2 si dispone, per gli **anni 2019 e 2020**, che il livello del finanziamento del **fabbisogno sanitario nazionale standard** cui concorre lo Stato venga rideterminato rispettivamente in **116.500 milioni di euro** e in **118.000 milioni di euro**. Quanto alle coperture si dovrebbe provvedere attraverso la riduzione della quota di interessi passivi deducibile:

- dal 100 per cento all'82 per cento per le banche ai fini dell'IRES e dell'IRAP;
- dal 96 per cento all'82 per cento per le assicurazioni e i fondi di investimento (SGR) ai fini dell'IRES e dell'IRAP;
- all'82 per cento per le SIM.

Infine, sempre all'articolo 2, si interviene per ottenere un **allentamento dei vincoli per l'assunzione del personale sanitario**. Qui si spiega come, nelle more del completamento delle procedure per la predisposizione e la verifica dei piani di cui all'articolo 1, comma 541, lettera b), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale siano "autorizzati a bandire, nel rispetto dell'equilibrio di bilancio, concorsi per l'assunzione a tempo indeterminato di personale, da destinare all'adeguamento del personale dipendente operante nei servizi d'emergenza-urgenza, terapia intensiva e subintensiva, riabilitazione, centri trapianti e di alta specialità, nonché assistenza domiciliare, a condizione che gli oneri derivanti siano recuperati per almeno il 50 per cento tramite la riduzione, in via permanente e strutturale, delle spese sostenute, da parte

dei medesimi enti, per l'acquisizione di lavoro a tempo determinato e di lavoro temporaneo, nonché per l'acquisizione di servizi sanitari intermedi di diagnosi, cura e assistenza. Le assunzioni sono attuate nel rispetto del finanziamento programmato e, per le regioni sottoposte a piano di rientro, degli obiettivi previsti in detti piani".

Chi è Roberto Speranza. Nato a Potenza il 4 gennaio 1979, sposato con due figli e laureato in Scienze Politiche.

Già deputato (eletto nelle file del Pd) nella scorsa legislatura nella Commissione Esteri della Camera. Il 20 febbraio 2017 abbandona il Partito Democratico insieme ad altri esponenti della minoranza, tra cui anche l'ex segretario Pier Luigi Bersani, a causa di un acceso dibattito con la maggioranza per la linea attuata dal partito sotto la segreteria di Matteo Renzi.

Cinque giorni dopo, assieme ad Arturo Scotto, Enrico Rossi e Pier Luigi Bersani crea un nuovo partito chiamato Articolo 1 - Movimento Democratico e Progressista, formato da parlamentari fuoriusciti dal Partito Democratico e da Sinistra Italiana. Nell'aprile 2017 diviene coordinatore nazionale di Articolo 1 – MDP. Alle politiche del 4 marzo 2018 con Liberi e Uguali, è stato rieletto deputato nella circoscrizione Toscana. Siede nella Commissione Affari costituzionali
Il 22 luglio viene rieletto coordinatore nazionale di Articolo 1 - MDP e il 6 aprile 2019 ne diventa il Segretario.

Giovanni Rodriguez

quotidianosanità.it

Giovedì 05 SETTEMBRE 2019

Roberto Speranza giura da Ministro della Salute: "Impegno per ridurre disuguaglianze"

Il neo Ministro della Salute ha giurato davanti al presidente della Repubblica Sergio Mattarella. "Questo è un Paese in cui dopo la crisi, ci sono ancora pochi che stanno benissimo che non ce la fanno. Se si dà una mano a quelli che sono rimasti indietro a stare un po' meglio, tutto il Paese ne può beneficiare".

È ufficiale, con il giuramento di fronte al presidente della Repubblica **Sergio Mattarella**, parte il Governo Conte 2 con **Roberto Speranza** alla guida di Lungotevere Ripa. "Il nostro impegno – ha dichiarato Speranza uscendo dal Quirinale - al governo sarà di ridurre le disuguaglianze in questo Paese e mettere al centro la questione sociale che è una questione fondamentale. Questo è un Paese in cui dopo la crisi, ci sono ancora pochi che stanno benissimo che non ce la fanno. Se si dà una mano a quelli che sono rimasti indietro a stare un po' meglio, tutto il Paese ne può beneficiare".



Roberto Speranza

22 ore fa



"Giuro di essere fedele alla Repubblica, di osservarne lealmente la Costituzione e le leggi e di esercitare le mie funzioni nell'interesse esclusivo della Nazione"

5531

1457

430

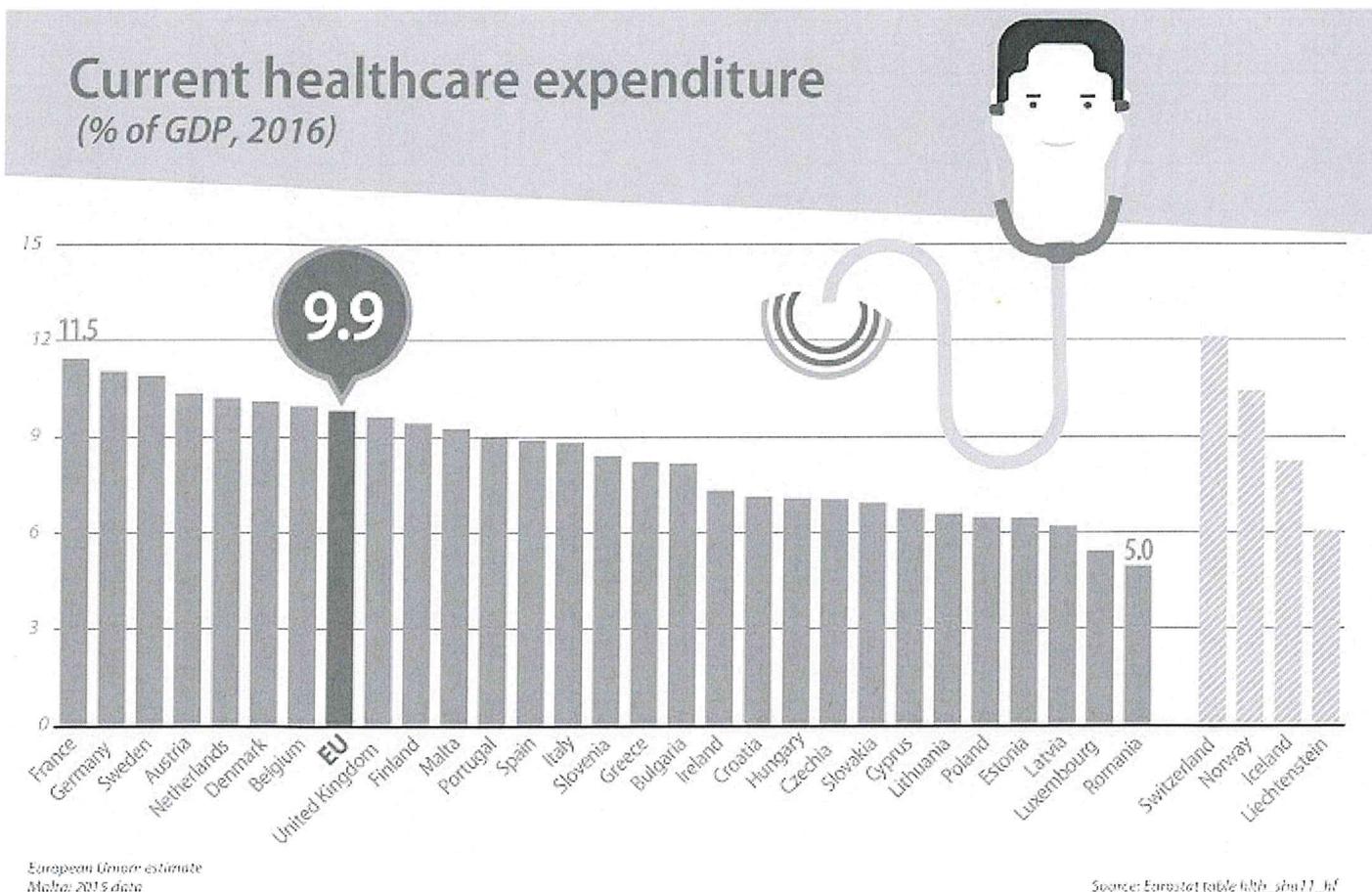
quotidianosanità.it

Giovedì 05 SETTEMBRE 2019

Spesa sanitaria. Italia sempre sotto la media Ue. Pubblico al palo, vola la spesa out of pocket dei cittadini. I nuovi numeri di Eurostat

Rapporto Eurostat sulla spesa sanitaria in Europa. La media è il 9,9% del Pil: al top la Francia con l'11,5%, il livello più basso in Romania con il 5% e l'Italia è all'8,9% tra pubblico e privato. Colpisce il dato della spesa out of pocket. la media Ue è del 15%, l'Italia è al 22%. L'ospedale resta (quasi per tutti) la maggior fonte di spesa.

Le statistiche più recenti sulle spese sanitarie pubblicate da Eurostat mostrano come queste variano nell'Unione europea nel 2016 in termini di percentuale del prodotto interno lordo (PIL).



La spesa sanitaria corrente in Francia era equivalente all'11,5% del PIL, più che in qualsiasi altro Stato membro dell'Ue. I rapporti più alti successivi sono stati in Germania (11,1%) e Svezia (11,0%).

Al contrario, l'attuale spesa sanitaria rappresentava meno del 7,5% del PIL in 12 Stati membri, con la Romania che registra il rapporto più basso (5,0%). Il Lussemburgo ha il secondo rapporto più basso tra spesa sanitaria e PIL, ma per l'alto livello del PIL di quello Stato. L'Italia è all'8,9 per cento. Nell'insieme dell'Ue, si stima che nel 2016 la spesa sanitaria sia stata pari in media al 10% (9,9%) del PIL.

Le spese sanitarie e il PIL sono entrambi influenzati dalle variazioni dei prezzi e quindi, combinando i due indicatori in un rapporto, l'impatto dell'inflazione può essere annullato in una certa misura.

Nel 2016 il livello delle spese sanitarie correnti in Germania è stato di 352 miliardi di euro, il valore più alto tra gli Stati membri dell'Ue. La Francia ha registrato il secondo livello più elevato delle spese sanitarie correnti (257 miliardi di euro), seguita dal Regno Unito (234 miliardi di euro). L'Italia registra una spesa di poco più di 150 miliardi di euro.

La spesa sanitaria corrente in Francia era equivalente all'11,5% del prodotto interno lordo, più che in qualsiasi altro Stato membro dell'Ue.

Rispetto alla dimensione della popolazione e in termini di euro, l'attuale spesa sanitaria è stata più elevata tra gli Stati membri dell'UE in Lussemburgo (5.600 euro per abitante), Svezia (5.100 euro per abitante) e Danimarca (5.000 euro per abitante) nel 2016.

Il Lussemburgo aveva il rapporto più alto per abitante anche avendo il secondo rapporto più basso tra spesa sanitaria e PIL. Questo, appunto, per l'alto livello di PIL in assoluto. Una percentuale significativa di lavoratori in Lussemburgo è costituita da lavoratori transfrontalieri e vive al di fuori del paese; in quanto non residenti, le spese per l'assistenza sanitaria non sono incluse nei conti sanitari lussemburghesi mentre la loro attività economica contribuisce al PIL.

Spese correnti 2016 per la salute

	Million EUR	EUR per inhabitant	PPS per inhabitant	% of GDP
EU-28	1 481 935	2 905	2 905	9.9
Belgium	42 430	3 744	3 388	10.0
Bulgaria	3 961	556	1 285	8.2
Czechia	12 610	1 193	1 953	7.1
Denmark	28 720	5 014	3 582	10.2
Germany	351 701	4 271	4 164	11.1
Estonia	1 410	1 072	1 510	5.5
Ireland	20 172	4 242	3 354	7.4
Greece	14 615	1 356	1 649	8.3
Spain	100 335	2 159	2 342	9.0
France	257 194	3 847	3 622	11.5
Croatia	3 349	803	1 272	7.2
Italy	150 067	2 475	2 449	8.9
Cyprus	1 255	1 474	1 641	6.8
Latvia	1 555	794	1 192	6.2
Lithuania	2 590	899	1 543	6.7
Luxembourg	3 257	5 613	4 052	6.2
Hungary	6 375	853	1 539	7.4
Malta (*)	689	1 999	2 521	9.3
Netherlands	72 789	4 274	3 787	10.3
Austria	37 117	4 248	3 856	10.4
Poland	27 756	731	1 440	6.5
Portugal	16 854	1 632	2 001	9.0
Romania	8 509	432	922	5.0
Slovenia	3 423	1 657	1 999	8.5
Slovakia	5 753	1 061	1 658	7.1
Finland	20 483	3 727	3 053	9.5
Sweden	50 835	5 123	3 788	11.0
United Kingdom	233 685	3 555	2 914	9.7
Iceland	1 522	4 539	2 946	8.3
Liechtenstein	343	9 104	.	6.1
Norway	35 230	6 730	4 517	10.5
Switzerland	74 031	8 841	5 271	12.3

(*) 2015.

Source: Eurostat (online data codes: hlth_sha11_hf, dema_gind and nama_10_gdp)

eurostat 

Tre paesi dell'EFTA - Liechtenstein, Svizzera e Norvegia - hanno riportato livelli di spesa sanitaria per abitante più elevati rispetto a quelli degli Stati membri.

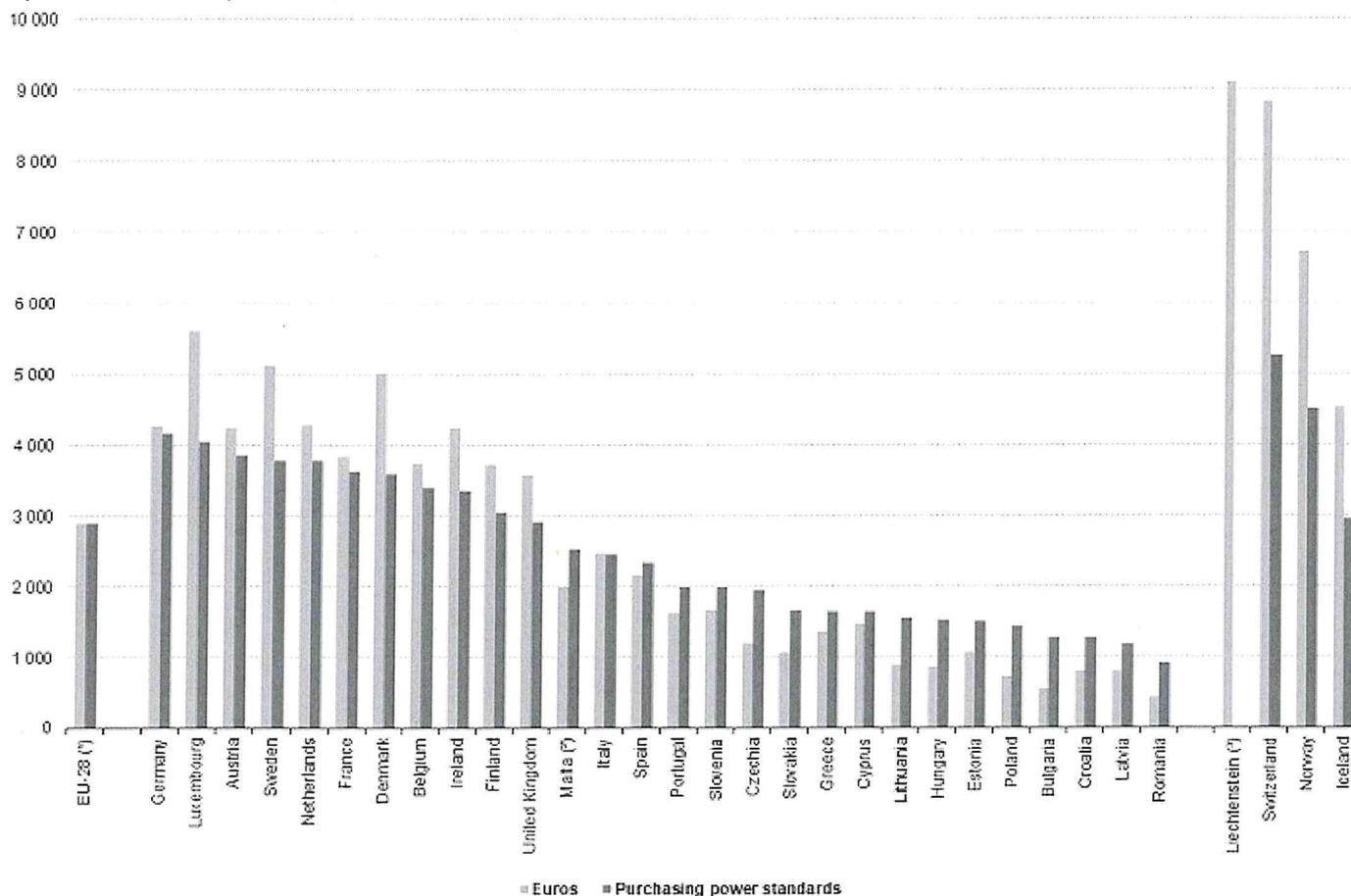
Dopo Lussemburgo, Svezia e Danimarca, un gruppo di quattro Stati membri - Paesi Bassi, Germania, Austria e Irlanda - ha registrato spese sanitarie correnti comprese tra 4.200 e 4.300 euro per abitante. A loro volta, questi sono seguiti a distanza da un altro gruppo - Francia, Belgio, Finlandia e Regno Unito - con rapporti compresi tra 3.600 e 3.800 euro per abitante.

C'è quindi un divario relativamente ampio con l'Italia (2.500 euro per abitante), la Spagna (2.200 euro) e Malta (2.000 euro).

Nel 2016 tutti gli altri Stati membri hanno registrato spese medie inferiori a 1.700 euro per abitante, 7 di questi

(14 in tutto) hanno registrato una spesa media per l'assistenza sanitaria inferiore a 1.000 euro per abitante. I livelli più bassi di spesa media per abitante sono stati in Bulgaria (556 euro) e Romania (euro EUR).

Spese sanitarie correnti per abitante, 2016



(*) Estimates.

(*) 2015.

(*) Purchasing power standards: not available.

Source: Eurostat (online data codes: hlth_sha11_hf and demo_gind)

eurostat

Queste disparità erano minori quando la spesa era espressa in standard di potere d'acquisto (PPS): ciò si adegua alle differenze nei livelli dei prezzi tra gli Stati membri dell'Ue. Germania (4.200 PPS per abitante), Lussemburgo (4.100 PPS per abitante), Austria (3.900 PPS per abitante), Svezia e Paesi Bassi (entrambi 3.800 PPS per abitante) hanno registrato i più alti rapporti di spesa sanitaria per abitante in termini di PPS. La Romania (900 PPS per abitante) ha il rapporto più basso ed è stato l'unico Stato membro dell'Ue a segnalare spese sanitarie inferiori a 1.000 PPS per abitante.

In Italia questo rapporto è stato di 2.4349 PPS.

Tenendo conto delle differenze di livello dei prezzi, il rapporto tra i livelli più alti (Germania) e più bassi (Romania) della spesa sanitaria per abitante era considerevolmente più stretto rispetto al rapporto equivalente in termini di euro sopra menzionato, in quanto era 4,5: 1.

Gli sviluppi nel tempo

Il confronto di Eurostat è tra il 2011 e il 2016. Le analisi sono presentate in termini di prezzi correnti e riflettono quindi le variazioni di prezzo (inflazione e deflazione) come cambiamenti reali nelle spese.

Tra i 19 Stati membri dell'Ue per i quali sono disponibili i dati del 2011 e del 2016, tutti a eccezione della Grecia e di Cipro hanno registrato spese sanitarie più elevate nel 2016 rispetto al 2011. L'aumento complessivo maggiore è stato osservato in Estonia, dove le spese nel 2016 sono state del 45,3% superiori rispetto al 2011, un aumento equivalente a una media del 7,8% all'anno. Tra i tre paesi EFTA per i quali sono disponibili dati, l'Islanda ha registrato un aumento ancora maggiore, con un aumento del 69,5%, un aumento

medio dell'11,1% all'anno. Oltre all'Estonia, altri cinque Stati membri dell'Ue - Romania, Bulgaria, Lituania, Lussemburgo e Germania - hanno registrato aumenti complessivi di oltre il 20 per cento.

Spesa sanitaria corrente, 2011-2016 (% della spesa sanitaria corrente)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Overall change 2011-2016 (%)
	(EUR million)						
EU-28				1 401 658	1 489 131	1 481 936	
Belgium	37 924	39 163	40 295	41 369	41 462	42 430	11.9
Bulgaria	2 945	3 106	3 293	3 640	3 715	3 951	34.4
Czechia			12 314	11 989	12 044	12 610	
Denmark	25 167	26 072	26 313	27 033	27 922	28 720	14.1
Germany	289 789	297 255	308 952	322 083	338 058	351 701	21.4
Estonia	970	1 045	1 138	1 227	1 319	1 410	45.3
Ireland	18 293	18 715	18 500	18 850	19 254	20 172	10.3
Greece	18 836	18 985	15 201	14 203	14 340	14 616	-22.4
Spain	97 317	94 370	92 573	93 654	98 497	100 336	3.1
France	230 522	236 259	242 027	249 015	252 368	257 194	11.6
Croatia			2 986	3 062	3 191	3 349	
Italy		144 485	143 648	146 150	148 490	150 067	
Cyprus	1 301	1 303	1 252	1 193	1 208	1 255	-3.5
Latvia			1 233	1 291	1 369	1 556	
Lithuania	2 032	2 097	2 147	2 265	2 424	2 580	27.0
Luxembourg	2 638	2 899	3 048	3 214	3 225	3 267	23.8
Hungary	7 642	7 429	7 396	7 488	7 864	8 376	9.6
Malta				795	889		
Netherlands	67 639	70 347	71 133	71 993	71 045	72 789	7.6
Austria	31 094	32 500	33 317	34 541	35 692	37 117	19.4
Poland			25 166	25 681	27 260	27 756	
Portugal	16 791	15 742	15 477	15 618	16 132	16 954	0.4
Romania	6 199	6 282	7 467	7 568	7 923	8 509	37.3
Slovenia (*)				3 200	3 302	3 423	
Slovakia (*)		5 550	5 593	5 255	5 418	5 763	
Finland (*)	17 518	18 563	19 301	19 479	20 422	20 483	16.3
Sweden	43 244	45 306	48 372	48 207	49 428	50 836	17.6
United Kingdom			201 655	221 598	254 821	233 886	
Iceland	898	939	992	1 109	1 275	1 522	69.6
Liechtenstein			289	296	340	343	
Norway	31 493	34 806	35 130	35 132	35 220	35 230	11.9
Switzerland	54 276	57 469	58 648	61 486	72 810	74 031	36.4

(*) 2014: break in series.

(*) 2015: break in series.

Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hr)

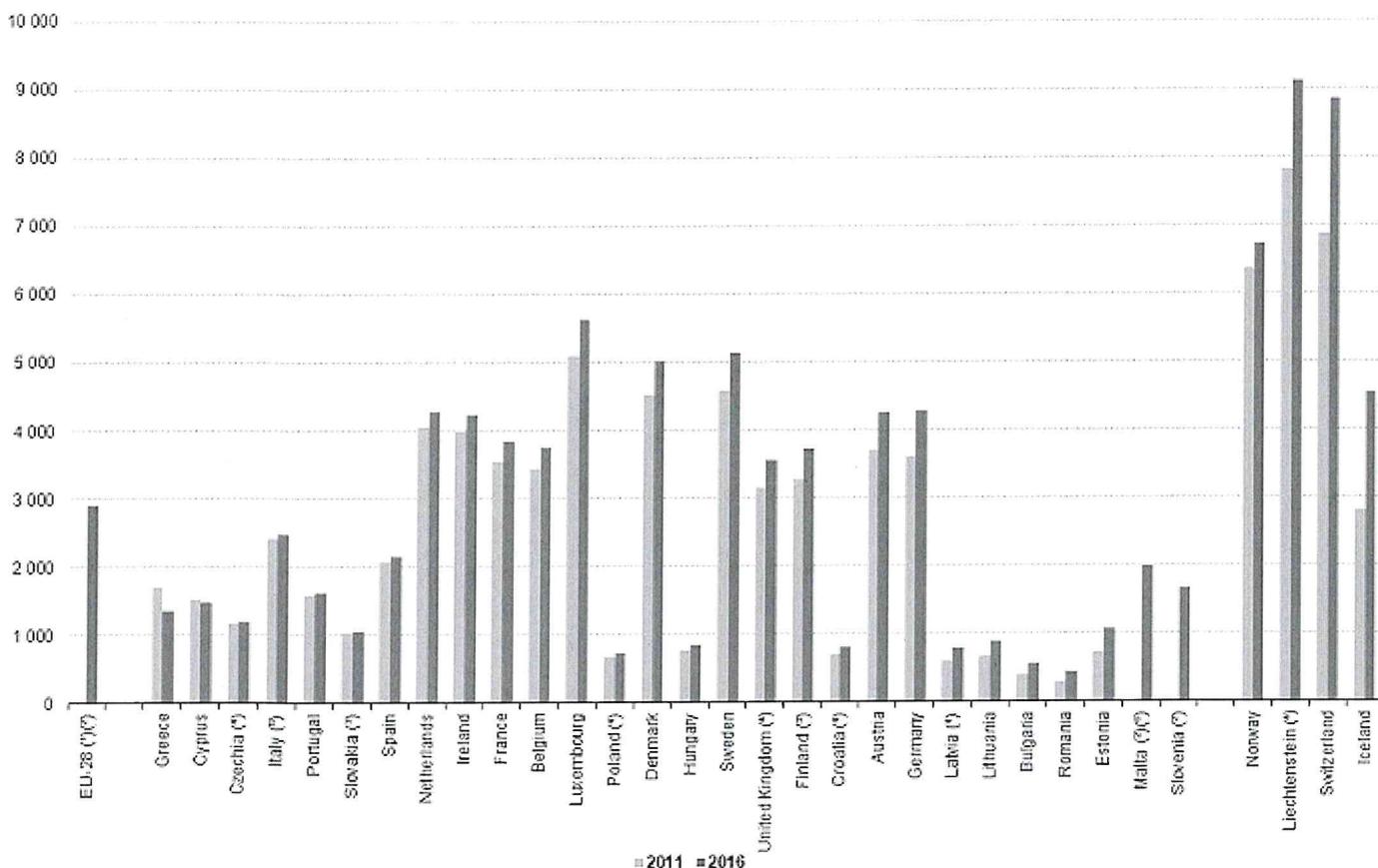
eurostat 

Per l'Italia Eurostat non rileva il dato 2011 e non riporta quindi la differenza percentuale tra i due anni, ma tra il 2012 e il 2016 l'aumento che si registra è appena del 4,2 per cento.

Oltre a essere influenzato dalle variazioni dei prezzi, il confronto della spesa sanitaria nel tempo può anche essere influenzato dalle variazioni demografiche.

Tra i 26 Stati membri per i quali vengono mostrati dati per due anni (non sono disponibili dati precedenti per Malta o la Slovenia), la Grecia e Cipro sono state nuovamente le uniche a registrare una spesa inferiore nel 2016 rispetto al 2011. Allo stesso modo, l'Estonia ha registrato di nuovo il più grande aumento, con una spesa media per abitante cresciuta del 46,6%. Per quanto riguarda l'aumento complessivo della spesa, anche la Romania (+40,4%), la Bulgaria (38,6%) e la Lituania (34,1%) hanno registrato forti aumenti della spesa per abitante, così come la Lettonia (29,7%, tra il 2013 e il 2016). L'Italia è intorno al 14 per cento.

Spesa sanitaria corrente per abitante, 2011 e 2016 (euro)



Note: ranked on the percentage rate of change between 2011 and 2016 (see footnotes for some alternative periods).

(*) Estimate.

(*) 2011: not available.

(*) Break in series.

(*) 2013 instead of 2011.

(*) 2012 instead of 2011.

(*) 2015 instead of 2016.

Source: Eurostat (online data codes: hlth_sha11_hf and demo_gind)



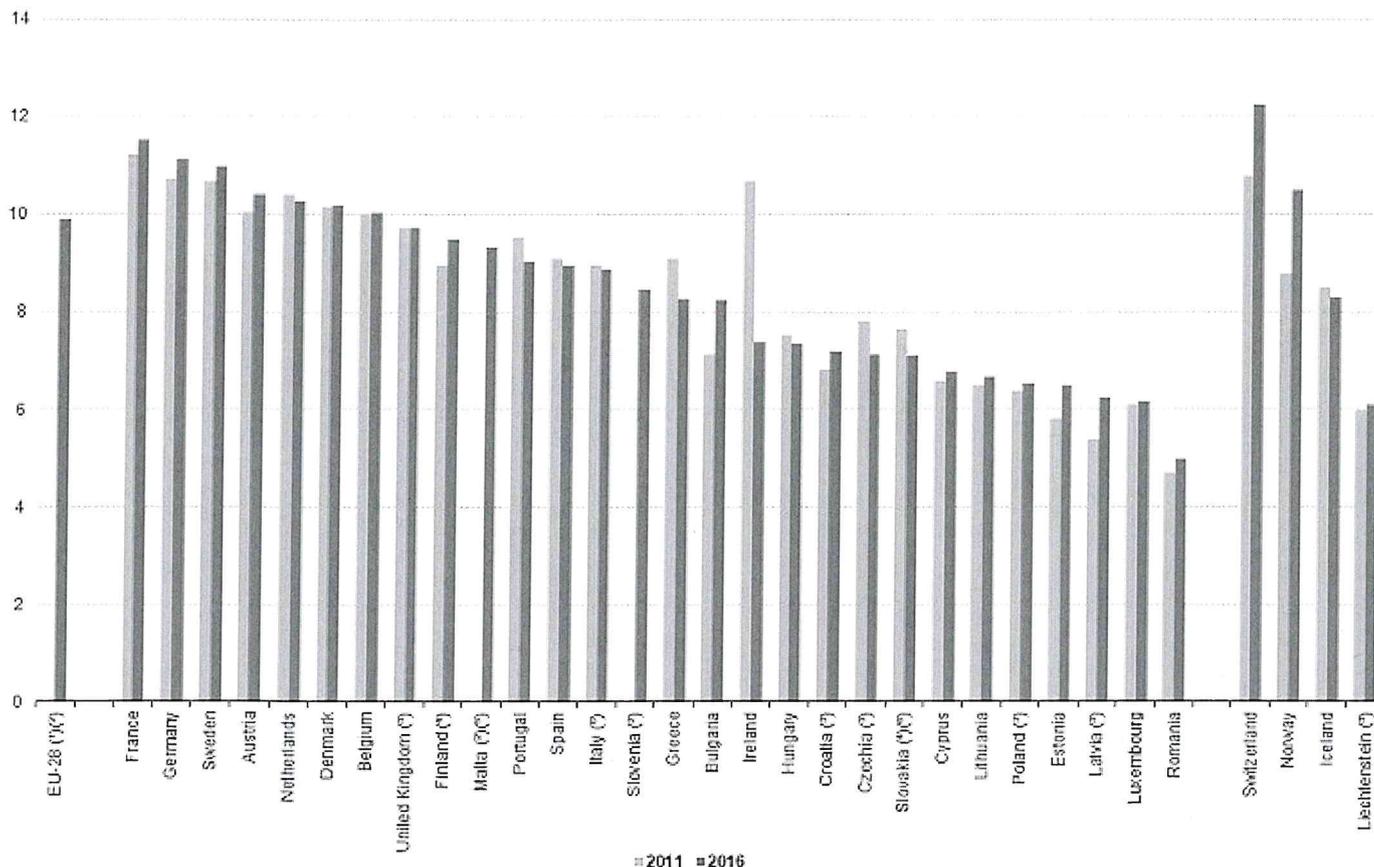
Per quanto riguarda l'analisi della variazione della spesa sanitaria complessiva tra il 2011 e il 2016, concentrandosi sul rapporto tra questa spesa e il PIL, le spese sanitarie e il PIL sono entrambi influenzati dalle variazioni dei prezzi e quindi, combinando i due indicatori in un rapporto, l'impatto dell'inflazione può essere annullato in una certa misura. Questo dipende dalla misura in cui le variazioni dei prezzi relative alla spesa sanitaria sono simili a quelli con esperienza per l'economia nel suo complesso.

Nove Stati membri dell'Ue (nessun dato precedente disponibile per Malta o la Slovenia) hanno riportato un rapporto inferiore tra spesa sanitaria e PIL nel 2016 rispetto al 2011 (2012 o 2013 per alcuni Stati membri), tre hanno riportato lo stesso valore per il rapporto in entrambi anni e 14 hanno riportato un rapporto più elevato nel 2016.

Il calo di gran lunga maggiore è stato in Irlanda, dove il rapporto era di 3,3 punti percentuali inferiore nel 2016 (7,4%) rispetto al 2011 (10,7%). In Italia il calo è stato inferiore allo 0,15 per cento.

Negli Stati membri in cui il rapporto era più elevato nel 2016 rispetto al 2011, l'aumento è stato generalmente di 0,5 punti percentuali o meno: Estonia (+ 0,7 punti percentuali), Lettonia (0,8 punti percentuali tra il 2013 e il 2016) e Bulgaria (1,1 punti percentuali) hanno registrato aumenti maggiori, così come la Svizzera (1,5 punti percentuali) e la Norvegia (1,7 punti percentuali) tra i paesi EFTA.

Spese sanitarie correnti relative al PIL, 2011 e 2016 (%)



(*) Estimate.
 (†) 2011: not available.
 (‡) 2013 instead of 2011.
 (¶) Break in series.
 (‡) 2015 instead of 2016.
 (¶) 2012 instead of 2011.
 Source: Eurostat (online data codes: hlth_sha11_hf and nama_10_gdp)



Panoramica del finanziamento, delle funzioni e dei fornitori di assistenza sanitaria

Le spese sanitarie possono essere analizzate da tre prospettive: le fonti di finanziamento; le funzioni sanitarie finanziate; i fornitori di assistenza sanitaria.

I regimi governativi hanno finanziato il 36,7% di tutte le spese sanitarie nell'Ue-28 nel 2016, mentre i regimi obbligatori di assicurazione sanitaria contributiva e i conti obbligatori di risparmio medico hanno rappresentato il 42,7%.

Queste due fonti hanno rappresentato il 79,4% di tutti i finanziamenti. Più della metà (54,3%) della spesa sanitaria nell'Ue-28 nel 2016 era destinata a cure e riabilitazione, mentre quasi un quinto (18,4%) era destinato a prodotti medici.

Gli ospedali erano i maggiori fornitori di assistenza sanitaria in termini di spese, rappresentando quasi i due quinti (37,4%) di tutte le spese nell'Ue-28. I fornitori di assistenza sanitaria ambulatoriale (25,4%) e i rivenditori e altri fornitori di prodotti medici (17,0%) sono stati il secondo e il terzo più grande fornitore in termini di spesa.

Analisi delle spese sanitarie correnti, 2016 (%)

	Financing			Functions			Providers			
	Government schemes	Compulsory schemes and saving accounts (*)	Other financing agents (including unknown)	Curative and rehabilitative care	Medical goods (non-specified by function)	Other functions (including unknown)	Hospitals	Providers of ambulatory health care	Retailers and other providers of medical goods	Other providers (including unknown)
EU-28 (*)	36.7	42.7	20.6	54.3	18.4	27.4	37.4	25.4	17.0	20.3
Belgium	17.8	61.0	21.2	50.4	16.8	32.8	34.0	36.5	12.7	16.9
Bulgaria	9.3	41.4	49.2	47.4	43.9	6.7	33.8	14.3	43.6	6.3
Czechia	12.3	69.7	18.0	52.9	20.4	26.8	40.8	21.8	17.1	20.4
Denmark	84.1	0.0	15.9	55.9	10.1	34.1	44.3	28.3	10.1	17.4
Germany	6.8	77.4	15.8	50.7	19.8	29.4	29.0	31.6	19.7	19.7
Estonia	10.7	65.0	24.3	58.9	21.6	21.6	46.7	21.7	21.5	10.0
Ireland	72.2	0.3	27.5	55.0	14.2	30.8	36.8	19.9	13.8	29.5
Greece	30.9	30.1	38.9	59.9	31.4	8.7	43.8	17.0	31.4	7.8
Spain	66.5	4.8	28.8	57.8	22.9	19.2	42.0	23.0	22.9	12.1
France	5.1	77.9	17.1	53.4	19.1	27.5	39.4	21.7	17.9	21.9
Croatia	2.3	76.2	21.5	53.2	27.6	19.0	42.6	19.8	27.5	10.1
Italy	74.4	0.3	25.4	55.1	20.4	24.5	45.6	22.7	16.2	15.6
Cyprus	41.8	0.3	57.9	62.2	20.6	17.2	45.9	25.4	16.6	12.2
Latvia	54.6	0.0	45.4	49.5	31.9	18.6	31.6	24.9	31.0	12.5
Lithuania	9.9	57.0	33.1	52.9	29.9	17.3	35.0	21.4	29.8	13.7
Luxembourg	8.6	72.3	19.1	53.3	11.0	35.8	31.7	28.3	9.6	30.6
Hungary	8.2	58.0	33.8	53.8	31.5	14.7	36.6	22.1	31.5	9.7
Malta (*)	60.6	.	.	49.7	23.8	26.5	43.3	18.5	16.1	22.1
Netherlands	6.1	74.9	19.0	52.5	11.9	35.6	34.6	18.2	11.5	35.8
Austria	29.9	44.0	26.2	58.9	16.9	24.2	38.2	22.7	15.6	23.4
Poland	10.0	59.8	30.2	60.8	23.2	16.1	34.9	27.5	23.0	14.6
Portugal	65.0	1.3	33.7	66.3	19.2	14.5	42.2	27.3	19.3	11.2
Romania	13.1	65.2	21.7	50.2	32.3	17.5	39.9	15.7	31.3	13.2
Slovenia	3.8	68.9	27.3	58.5	22.5	19.1	42.1	22.3	22.0	13.6
Slovakia	4.3	76.4	19.3	52.3	34.4	13.4	31.9	19.3	34.4	14.5
Finland	62.0	12.7	25.4	58.2	14.8	27.0	35.9	29.5	15.2	19.5
Sweden	83.4	0.0	16.6	52.2	12.6	35.2	39.2	24.1	11.2	26.5
United Kingdom	79.4	0.1	20.5	57.2	13.8	29.0	41.7	24.5	11.0	22.9
Iceland	81.5	0.0	18.5	59.2	14.1	26.7	38.6	26.0	14.1	21.3
Liechtenstein	14.4	48.0	37.6	58.7	15.4	25.9	8.1	30.8	3.6	57.4
Norway	74.3	10.8	14.9	49.9	10.9	39.2	40.2	26.9	10.5	22.4
Switzerland	21.0	41.8	37.2	53.4	16.4	30.2	35.3	29.9	8.9	26.0

(*) Compulsory contributory health insurance schemes and compulsory medical saving accounts.

(*) Excluding Malta

(*) 2015.

Source: Eurostat (online data codes: hlth_sha11_hf, hlth_sha11_hc and hlth_sha11_hp)

eurostat 

Per la modifica delle spese per ciascuna delle maggiori fonti di finanziamento, funzioni e fornitori tra il 2011 e il 2016, i dati sono disponibili per 19 Stati membri dell'Ue. Tra il 2011 e il 2016, il maggiore aumento dei finanziamenti in otto Stati membri dell'Ue (ad esempio, in Belgio) è derivato da regimi governativi mentre in altri quattro (ad esempio in Portogallo) è stato proveniente da regimi obbligatori e conti di risparmio; di conseguenza c'erano sette Stati membri (ad esempio la Lituania) in cui le spese di altri agenti finanziari sono aumentate più che da queste due grandi fonti.

Per quanto riguarda le funzioni, in sei Stati membri dell'Ue (ad esempio nei Paesi Bassi) l'incremento maggiore è stato per le spese per cure e riabilitazione, mentre in altre quattro (ad esempio in Bulgaria) le spese sono aumentate maggiormente per i prodotti medici.

In quasi la metà degli Stati membri per i quali sono disponibili dati (9 su 19, ad esempio in Lussemburgo), l'aumento delle spese per altre funzioni è stato superiore a quello delle cure e riabilitazione o dei beni medici.

Per i fornitori, il maggiore aumento delle spese tra il 2011 e il 2016 si è avuto in tre Stati membri dell'Ue (ad esempio in Irlanda) è stato per gli ospedali, mentre in altri sette (ad esempio in Belgio) è stato per i fornitori di cure ambulatoriali e in quattro (ad esempio a Cipro) era destinato ai rivenditori e ad altri fornitori di prodotti medici; di conseguenza, vi erano cinque Stati membri (ad esempio l'Estonia) in cui le spese per altri fornitori erano aumentate più che per questi tre grandi fornitori.

Tasso di variazione complessivo per le spese sanitarie correnti, 2011-2016 (%)

	Financing			Functions			Providers			
	Government schemes	Compulsory schemes and saving accounts (*)	Other financing agents (including unknown)	Curative and rehabilitative care	Medical goods (non-specified by function)	Other functions (including unknown)	Hospitals	Providers of ambulatory health care	Retailers and other providers of medical goods	Other providers (including unknown)
Belgium	93.6	1.9	7.1	15.1	6.8	9.8	15.7	31.5	-0.5	-13.7
Bulgaria	-19.0	43.4	44.9	30.2	42.6	20.7	24.5	42.0	42.6	26.0
Czechia	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Denmark	14.8	-	10.6	13.2	0.1	20.6	14.6	15.0	0.1	21.1
Germany	22.5	22.9	14.1	18.1	23.4	26.0	19.4	23.1	23.6	19.4
Estonia	40.9	43.8	51.7	46.0	37.1	52.6	43.8	45.1	36.5	79.9
Ireland	10.5	13.6	9.7	12.6	1.7	10.4	14.0	10.3	1.3	10.3
Greece	7.5	-46.4	-11.2	-20.7	-26.4	-18.9	-12.2	-37.3	-25.9	-17.8
Spain	-0.8	4.3	13.1	2.1	8.6	0.0	4.0	-1.9	8.6	0.0
France	15.2	22.1	-20.5	13.4	5.3	12.7	13.2	14.7	2.4	14.0
Croatia	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Italy	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Cyprus	-12.8	-55.0	5.3	-8.1	8.7	1.1	-1.7	-1.7	8.9	-23.3
Latvia	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Lithuania	30.1	18.0	44.9	24.8	30.7	27.6	18.9	32.9	30.0	33.9
Luxembourg	58.5	17.2	40.2	19.0	21.4	32.7	19.9	33.3	13.6	23.4
Hungary (*)	12.3	8.7	10.5	22.1	-8.4	15.2	25.5	32.4	-8.4	-11.0
Malta	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Netherlands (*)	41.2	3.9	14.9	14.8	-9.5	4.6	11.3	11.8	-8.0	8.0
Austria	15.4	20.0	23.1	18.7	18.4	21.8	17.7	20.1	19.5	21.4
Poland	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Portugal	-2.0	19.1	4.7	4.6	-13.4	3.2	7.2	-1.0	-13.3	7.5
Romania	83.1	36.8	20.2	50.5	12.3	63.2	53.9	53.5	11.0	53.8
Slovenia	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Slovakia (*)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Finland (*)	18.3	6.1	16.9	16.9	11.9	17.3	17.4	20.6	11.8	11.8
Sweden	16.8	-	21.7	16.5	17.7	19.2	17.4	19.2	13.7	18.0
United Kingdom	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Iceland	72.5	-	57.1	80.6	33.1	70.8	75.9	83.9	33.1	71.0
Norway	13.6	7.5	6.8	12.0	5.2	13.6	15.0	17.1	6.0	3.9
Switzerland	31.8	40.4	34.7	38.3	33.1	35.0	39.7	42.0	24.1	30.6

(*) Compulsory contributory health insurance schemes and compulsory medical saving accounts.

(*) Hospitals and providers of ambulatory health care: break in series.

(*) Curative and rehabilitative care: break in series.

(*) Break in series

Source: Eurostat (online data codes: hlth_sha11_hf, hlth_sha11_hc and hlth_sha11_hp)

eurostat 

In Italia, il 74,4% della spesa è stata a carico dello Stato e di questa il 55,1% è stata per cure e riabilitazione e il 45,6% è stata spesa negli ospedali.

Spese sanitarie per regime di finanziamento

Eurostat distingue: regimi governativi, regimi obbligatori contributivi di finanziamento della sanità e conti obbligatori di risparmio medico (che sono generalmente parte del sistema di sicurezza sociale e sono di seguito denominati regimi/conti obbligatori) e tutti gli altri schemi di finanziamento.

La percentuale di regimi governativi e di regimi/conti obbligatori sul totale delle spese sanitarie correnti è stata superiore all'80,0% in Germania (dove è stata registrata la quota più elevata, all'84,2%), Danimarca, Svezia, Francia, Repubblica Ceca, Paesi Bassi, Lussemburgo e Slovacchia ; era anche superiore all'80,0% in Norvegia (che ha riportato una quota superiore a quella registrata in uno degli Stati membri dell'UE, all'85,1%) e in Islanda tra i paesi EFTA.

A eccezione di Cipro, le spese combinate provenienti da regimi governativi e regimi/conti obbligatori nel 2016 hanno superato le spese provenienti da tutte le altre fonti in tutti gli Stati membri dell'Ue (dati 2015 per Malta) e in tutti i paesi EFTA.

Nella maggior parte degli Stati membri dell'Ue, dominavano i sistemi governativi o i regimi/conti obbligatori: in 10 Stati membri i regimi governativi rappresentavano più della metà di tutte le spese e in 14 Stati membri i regimi/conti obbligatori rappresentavano più della metà di tutte le spese.

In Austria, i regimi/conti obbligatori hanno registrato una quota maggiore rispetto ai regimi governativi o ad altre fonti, ma meno della metà del totale.

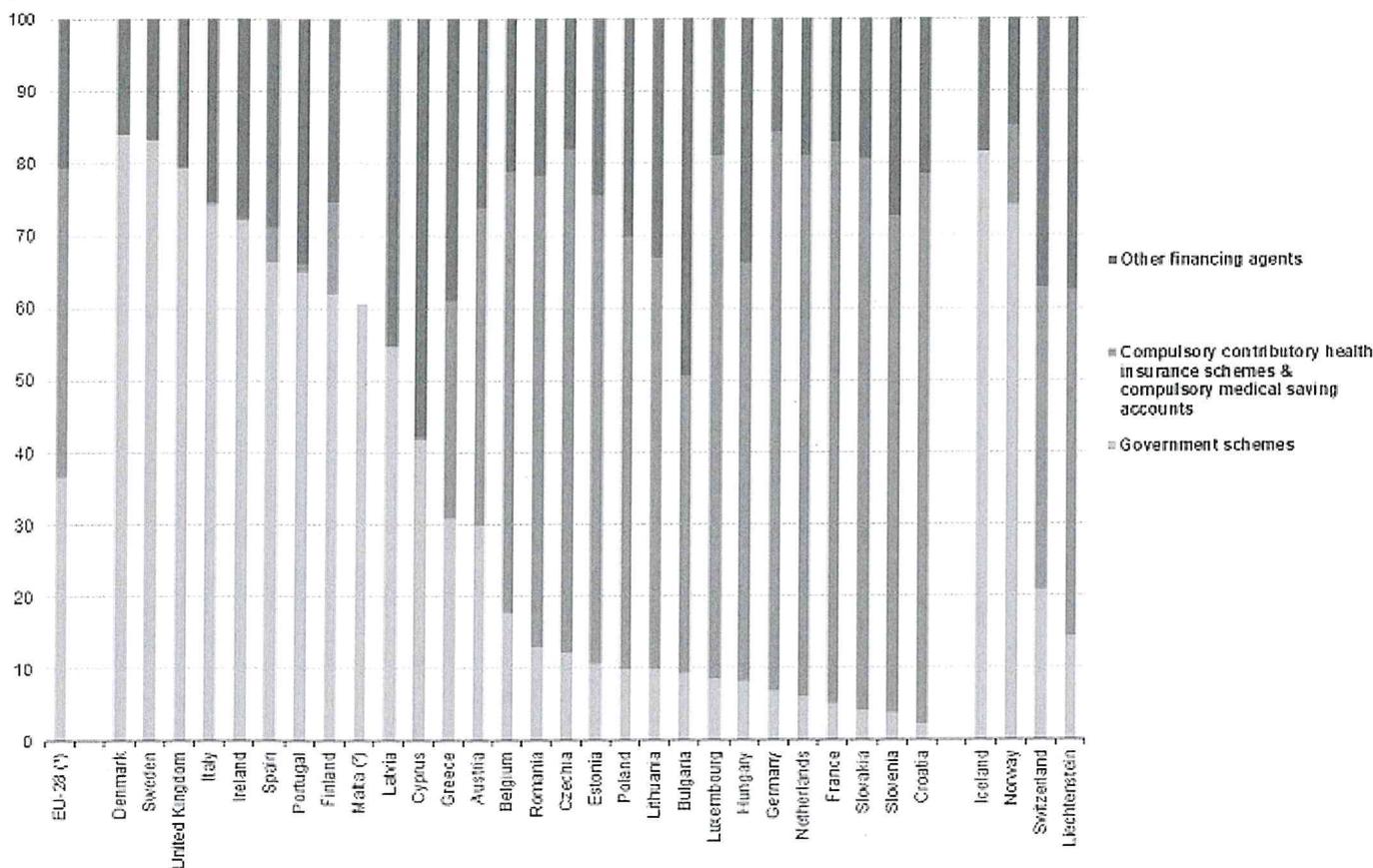
Nei restanti tre Stati membri - Bulgaria, Grecia e Cipro - altre fonti hanno fornito una quota maggiore di

finanziamenti rispetto ai regimi governativi o ai regimi / conti obbligatori; solo a Cipro altre fonti hanno fornito la maggioranza (57,9%) del finanziamento.

I regimi/conti obbligatori hanno rappresentato tre o più della spesa complessiva per l'assistenza sanitaria in Francia (77,8%), Germania (77,4%), Slovacchia (76,4%) e Croazia (76,2%) nel 2016, ma meno del 5,0% in Spagna, Portogallo, Cipro, Irlanda, Italia, Regno Unito, Danimarca, Lettonia e Svezia.

Al contrario, la Danimarca (84,1%), la Svezia (83,4%) e il Regno Unito (79,4%) hanno riferito che i regimi governativi rappresentavano oltre i tre quarti delle loro spese per l'assistenza sanitaria, mentre le quote comprese tra il 65,0% e il 75,0% erano registrate in Italia, Irlanda, Spagna e Portogallo.

Maggiori fonti di finanziamento della spesa sanitaria corrente, 2016 (% della spesa sanitaria corrente)



(*) Excluding Malta.

(*) 2015. Compulsory contributory health insurance schemes & compulsory medical saving accounts and other financing agents: not available.

Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_inf)



La terza fonte di finanziamento dell'assistenza sanitaria è stata rappresentata dai pagamenti diretti delle famiglie, la cui quota è stata mediamente del 15,7% nell'Ue-28 (esclusa Malta) nel 2016.

In Italia è stata del 22,9 per cento.

Questa quota ha superato il 40,0% del totale in Lettonia, Cipro e Bulgaria (dove ha raggiunto un picco del 48,0%), mentre i pagamenti diretti delle famiglie hanno rappresentato oltre un terzo della spesa sanitaria totale a Malta e in Grecia. La Francia era l'unico Stato membro dell'Ue in cui i pagamenti diretti delle famiglie rappresentavano meno di un decimo (9,8%) delle spese sanitarie.

Spesa sanitaria corrente per fonte di finanziamento, 2016 (% della spesa sanitaria corrente)

	Government schemes	Compulsory contributory health insurance schemes & compulsory medical saving accounts	Voluntary health insurance schemes	Financing schemes of non-profit institutions serving households	Enterprise financing schemes	Household out-of-pocket payments	Rest of the world (non-resident)
EU-28 (*)	36.7	42.7	3.6	0.7	0.5	15.7	0.0
Belgium	17.8	61.0	5.1	0.2	0.1	15.9	:
Bulgaria	9.3	41.4	0.4	0.6	0.3	48.0	0.0
Czechia	12.3	69.7	0.1	2.5	0.4	15.0	:
Denmark	84.1	0.0	2.1	0.1	:	13.7	0.0
Germany	6.8	77.4	1.4	1.2	0.4	12.7	:
Estonia	10.7	65.0	0.3	0.1	1.3	22.7	0.0
Ireland	72.2	0.3	12.9	:	1.9	12.8	:
Greece	30.9	30.1	3.9	0.1	0.1	34.6	0.3
Spain	66.5	4.8	4.6	0.4	:	23.8	:
France	5.1	77.8	6.7	0.0	0.6	9.8	:
Croatia	2.3	76.2	6.2	0.0	0.0	15.4	:
Italy	74.4	0.3	1.7	0.4	0.4	22.9	:
Cyprus	41.8	0.3	11.5	1.1	0.0	45.3	:
Latvia	54.6	0.0	0.6	0.2	:	44.6	0.0
Lithuania	9.9	57.0	0.7	0.0	0.1	32.3	0.0
Luxembourg	8.6	72.3	5.4	1.3	0.0	11.2	1.2
Hungary	8.2	58.0	2.1	1.3	0.6	29.7	0.0
Malta (†)	60.6	:	2.0	:	:	37.5	:
Netherlands	6.1	74.8	6.1	:	1.4	11.5	:
Austria	29.9	44.0	5.1	1.6	0.2	19.3	:
Poland	10.0	59.8	5.4	0.9	0.9	22.9	0.0
Portugal	65.0	1.3	5.0	0.1	0.9	27.8	:
Romania	13.1	65.2	0.5	0.4	0.1	20.8	:
Slovenia	3.8	68.9	14.0	0.1	1.2	12.0	:
Slovakia	4.3	76.4	:	0.8	0.6	17.9	:
Finland	62.0	12.7	2.3	0.5	2.2	20.4	:
Sweden	83.4	0.0	0.6	0.1	0.5	15.3	:
United Kingdom	79.4	0.1	3.3	1.6	0.5	15.1	0.0
Iceland	61.5	0.0	0.0	1.6	0.0	16.9	0.0
Liechtenstein	14.4	48.0	12.6	0.2	0.6	24.3	0.0
Norway	74.3	10.8	0.0	0.0	0.4	14.5	0.0
Switzerland	21.0	41.8	6.7	0.4	0.6	29.6	0.0

(*) Excluding Malta.

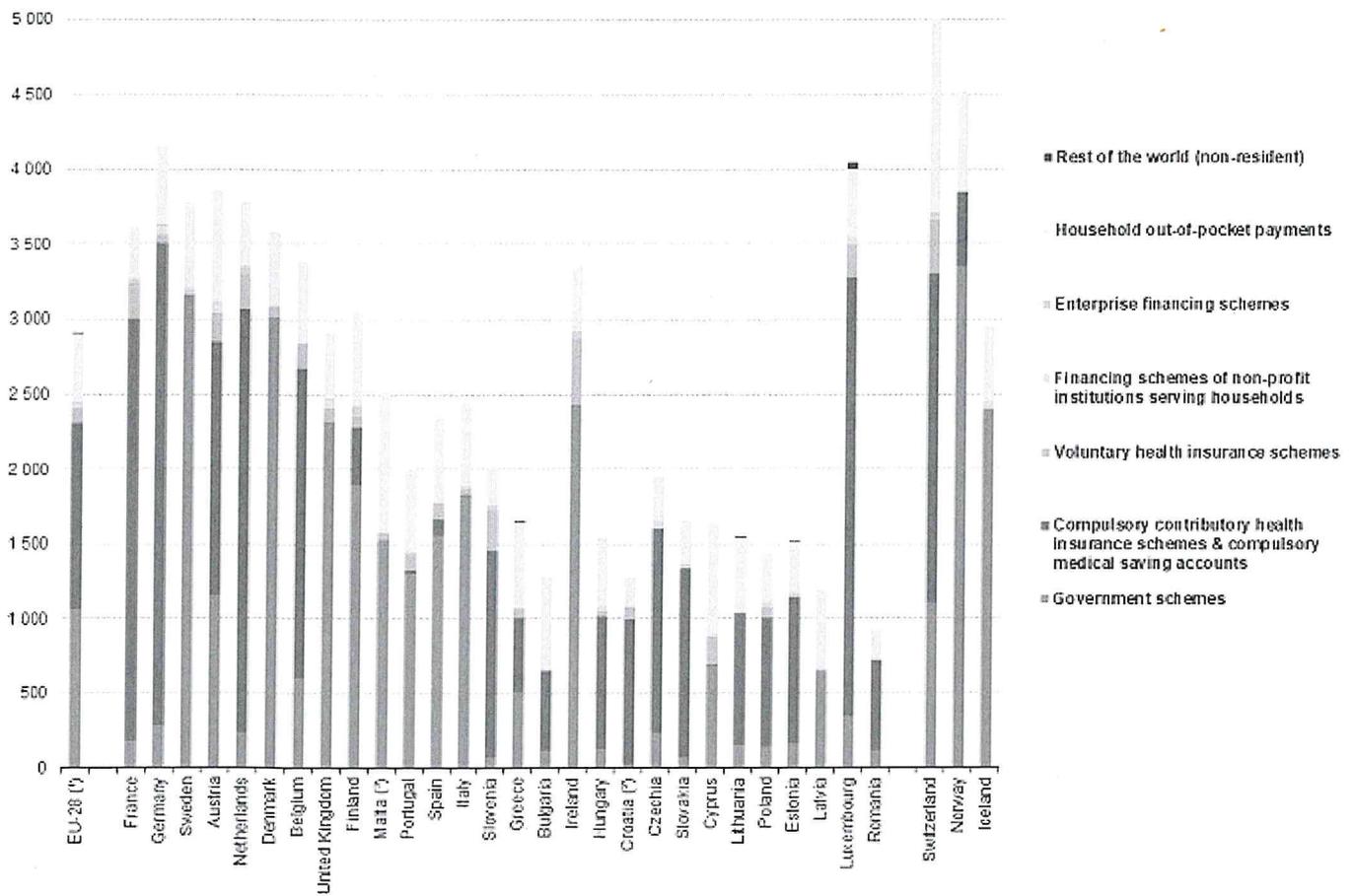
(†) 2015.

Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hf)

eurostat 

I sistemi di assicurazione sanitaria volontaria hanno generalmente rappresentato una piccola parte del finanziamento dell'assistenza sanitaria tra gli Stati membri dell'Ue nel 2016, con una media del 3,6% (esclusa Malta). La loro quota relativa ha raggiunto il picco del 14,0% in Slovenia, mentre quote superiori a un decimo sono state registrate anche in Irlanda e Cipro. Le quote di questi tre Stati membri erano chiaramente maggiori che altrove, poiché la quota successiva più elevata era del 6,7% (in Francia). Vi erano sette Stati membri in cui i regimi di assicurazione sanitaria volontaria fornivano meno dell'1,0% dei finanziamenti per le spese sanitarie nel 2016, con la percentuale più bassa registrata in Repubblica ceca (0,1%).

Spesa sanitaria corrente per abitante per fonte di finanziamento, 2016 (SPA per abitante)



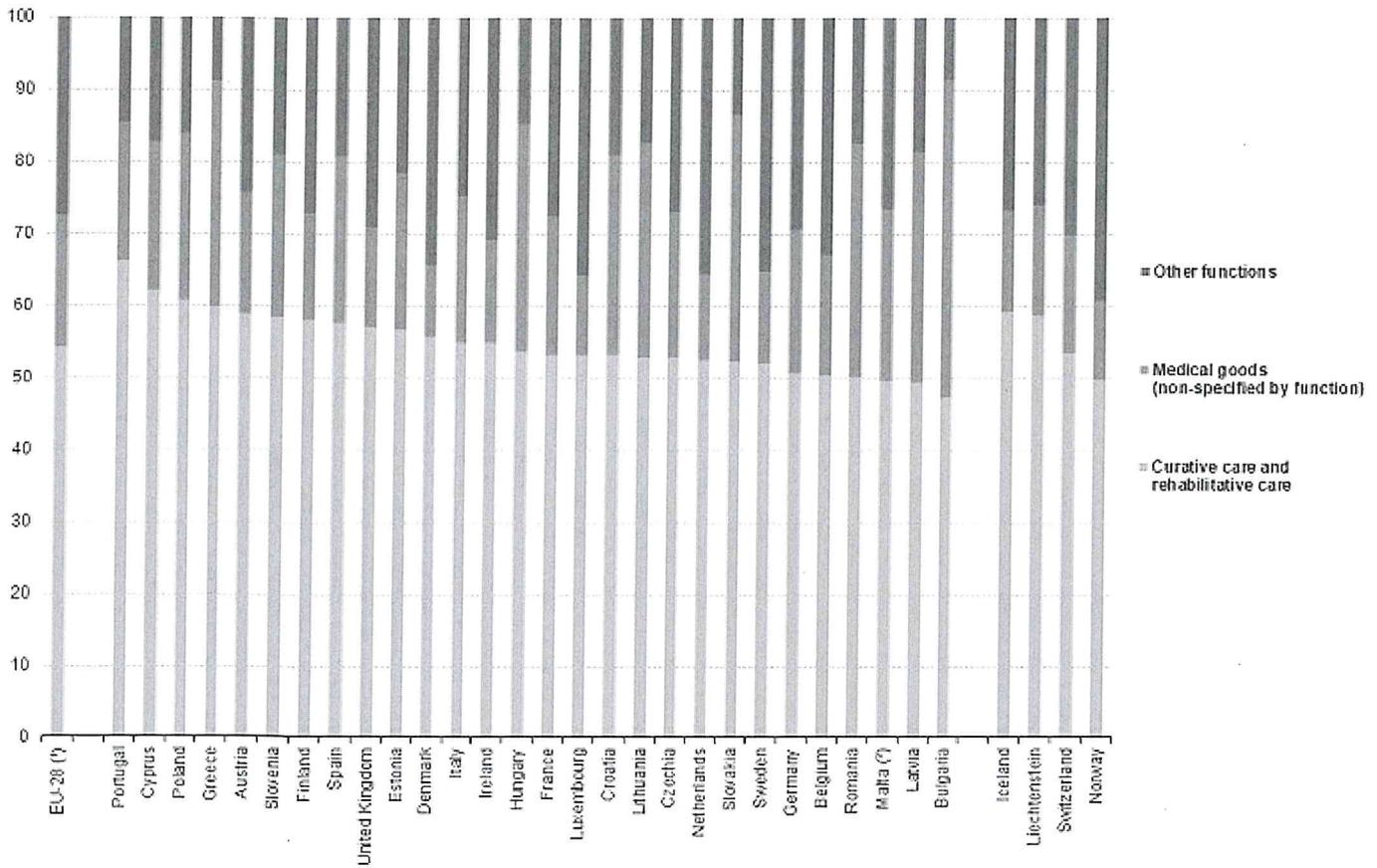
Note: countries are ranked on current healthcare expenditure as a share of GDP.
 (*) Excluding Malta.
 (†) Household out-of-pocket payments: estimate.
 (‡) 2015.
 Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hf)



Spese sanitarie per funzione

Nel 2016 i servizi di cura e riabilitazione hanno sostenuto oltre il 50,0% delle spese sanitarie correnti nella stragrande maggioranza degli Stati membri dell'Ue, con l'eccezione di Malta (dati 2015), Lettonia e la Bulgaria, dove le azioni variavano dal 47,4% al 49,7%. Al contrario, nella fascia alta dell'intervallo, quasi i due terzi (66,3%) delle spese sanitarie correnti nel 2016 sono state sostenute da servizi di cure curative e riabilitative in Portogallo, mentre Cipro e Polonia hanno registrato quote superiori al 60,0%, con la Grecia (59,9%) appena sotto questo livello.

Principali funzioni della spesa sanitaria, 2016 (% della spesa sanitaria corrente)



(*) Excluding Malta.

(*) 2015.

Source: Eurostat (online data code: hith_sha_hc)

eurostat

I prodotti medici (prodotti farmaceutici e altri beni medici non durevoli e apparecchi terapeutici e altri beni medici durevoli, non specificati per funzione) erano la seconda funzione più grande nell'Ue-28 (esclusa Malta), con una quota del 18,4% delle spese sanitarie correnti. Vi è stata una variazione sostanziale tra gli Stati membri dell'Ue in termini di percentuale delle spese utilizzate per i prodotti medici. Le quote più basse - inferiori al 15,0% - sono state registrate per Finlandia, Irlanda, Regno Unito, Svezia, Paesi Bassi, Lussemburgo e Danimarca (dove è stata registrata la quota più bassa, al 10,1%). Al contrario, le quote più elevate - in cui i beni medici rappresentavano tra il 30,0% e il 40,0% delle spese sanitarie correnti nel 2016 - sono state registrate per Grecia, Ungheria, Lettonia, Romania e Slovacchia, con questa quota che raggiunge il 43,9% in Bulgaria.

In Italia il valore è di circa il 20 per cento.

Spesa sanitaria per funzione, 2016 (% della spesa sanitaria corrente)

	Curative care and rehabilitative care	Long-term care (health)	Ancillary services (non-specified by function)	Medical goods (non-specified by function)	Preventive care	Governance and health system and financing administration	Other health care services
EU-28 (*)	54.3	15.7	4.6	18.4	3.1	3.6	0.3
Belgium	50.4	21.5	5.2	16.8	2.4	3.8	:
Bulgaria	47.4	0.1	4.1	43.9	2.5	1.3	0.6
Czechia	52.9	13.2	5.2	20.4	3.0	2.5	2.8
Denmark	55.9	24.7	4.4	10.1	2.6	2.4	0.0
Germany	50.7	16.7	5.0	19.8	3.0	4.8	:
Estonia	56.9	5.9	11.0	21.6	3.2	1.4	0.0
Ireland	55.0	21.7	2.9	14.2	2.6	2.7	0.9
Greece	59.9	1.4	3.7	31.4	1.3	2.4	0.0
Spain	57.8	9.3	5.0	22.9	2.0	2.9	0.0
France	53.4	14.8	5.2	19.1	1.8	5.7	:
Croatia	53.2	3.0	9.4	27.8	3.0	2.6	1.0
Italy	55.1	10.2	8.3	20.4	4.0	2.0	:
Cyprus	62.2	3.5	10.8	20.6	1.3	1.7	0.0
Latvia	49.5	4.7	9.5	31.9	2.4	2.0	0.0
Lithuania	52.9	8.3	5.0	29.9	2.0	1.9	0.0
Luxembourg	53.3	23.0	5.9	11.0	2.4	4.5	0.0
Hungary	53.8	3.8	5.9	31.5	2.7	2.0	0.4
Malta (*)	49.7	15.2	5.0	23.8	1.3	5.0	:
Netherlands	52.5	25.6	1.9	11.9	3.6	3.9	0.6
Austria	58.9	14.9	3.0	16.9	2.2	4.1	:
Poland	60.8	5.8	4.8	23.2	3.1	2.0	0.3
Portugal	66.3	2.6	8.1	19.2	1.7	2.0	0.1
Romania	50.2	6.4	5.4	32.3	1.7	2.5	1.5
Slovenia	58.5	9.6	3.6	22.5	3.0	2.9	0.0
Slovakia	52.3	0.4	8.5	34.4	1.2	3.4	:
Finland	58.2	19.3	3.0	14.8	3.9	0.8	0.1
Sweden	52.2	26.1	3.7	12.6	3.1	1.5	0.7
United Kingdom	57.2	18.5	1.8	13.8	5.4	2.0	1.3
Iceland	59.2	20.5	2.5	14.1	2.5	1.2	0.0
Liechtenstein	58.7	14.1	4.6	15.4	1.2	6.0	0.0
Norway (*)	49.9	28.1	7.6	10.9	3.0	0.6	0.0
Switzerland	53.4	19.4	4.6	16.4	2.4	3.8	0.0

(*) Excluding Malta.

(*) 2015.

(*) Ancillary services: definitions differ.

Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_nc)

eurostat 

La percentuale delle spese sostenute per l'assistenza sanitaria a lungo termine è stata del 15,7% nell'Ue-28 (esclusa Malta) nel 2016.

La quarta funzione principale era rappresentata dai servizi ausiliari (come test di laboratorio o trasporto di pazienti), che rappresentavano il 4,6% delle spese sanitarie nell'Ue-28 (esclusa Malta) nel 2016. La quota di questi servizi ha superato il 10,0% a Cipro ed Estonia.

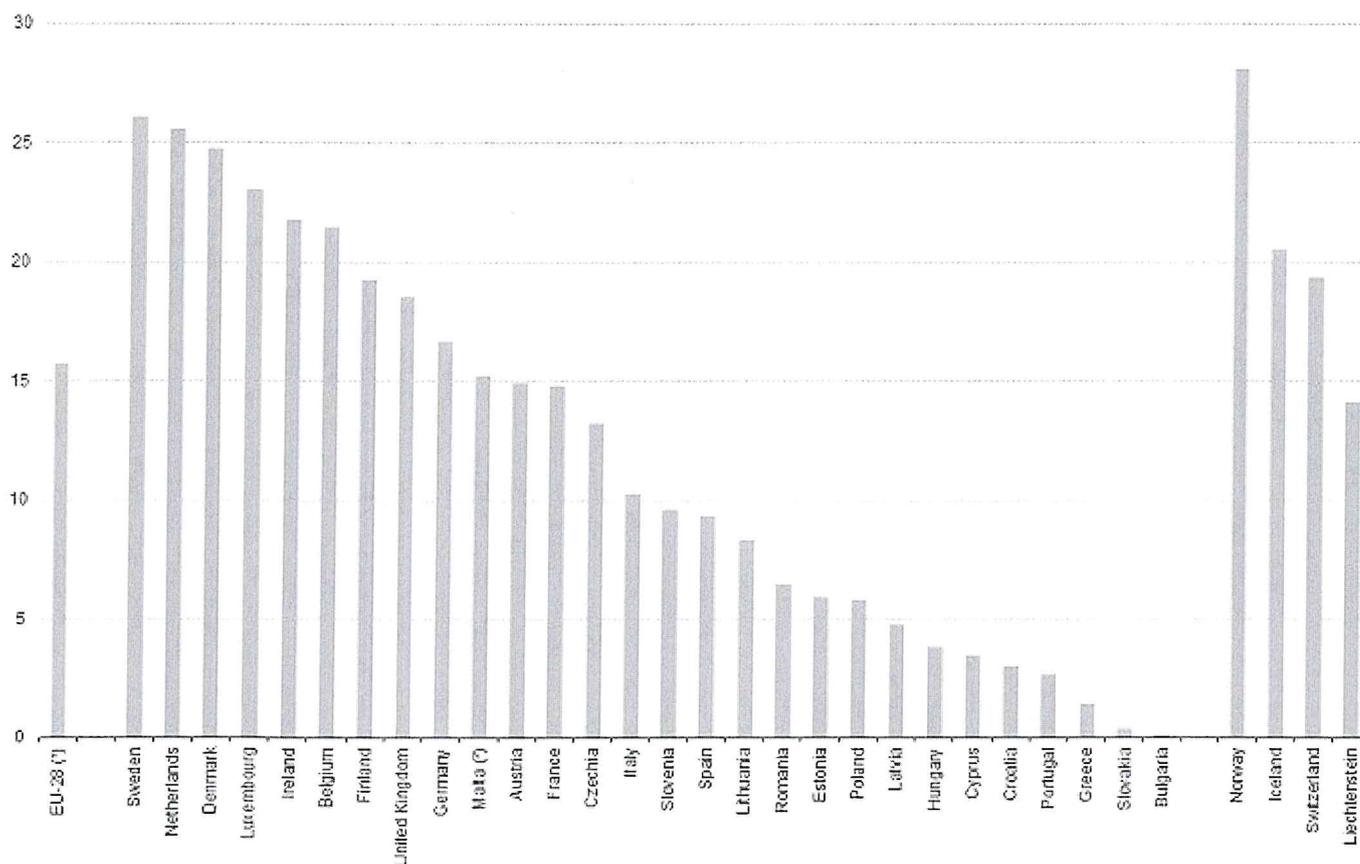
Le spese relative alla governance del sistema sanitario e all'amministrazione dei finanziamenti sono state in media del 3,6% nell'Ue-28 (esclusa Malta) e andavano dallo 0,8% in Finlandia al 5,7% in Francia (in Italia 2%).

Le spese per le cure preventive sono state in media del 3,1% delle spese sanitarie correnti nell'Ue-28 (esclusa Malta), che vanno dall'1,2% in Slovacchia al 5,4% nel Regno Unito (in Italia 4%).

I servizi relativi all'assistenza sanitaria a lungo termine hanno rappresentato il 15,7% delle spese sanitarie correnti nell'Ue-28 (esclusa Malta) nel 2016 (in Italia era del 10,2%). La percentuale era inferiore al 10,0% nella metà degli Stati membri dell'Ue. Quote relativamente basse potrebbero essere dovute all'onere principale dell'assistenza sanitaria a lungo termine a carico dei familiari, senza alcun pagamento per la fornitura di questi servizi.

Al contrario, oltre un quinto della spesa sanitaria è stato assegnato all'assistenza sanitaria a lungo termine in Belgio, Irlanda, Lussemburgo e Danimarca, con questa quota che ha raggiunto oltre un quarto nei Paesi Bassi (25,6%) e Svezia (26,1%); una quota ancora maggiore (28,1%) è stata registrata in Norvegia.

Assistenza sanitaria a lungo termine in percentuale delle spese sanitarie correnti, 2016 (%)



(*) Excluding Malta.

(*) 2015.

Source: Eurostat (online data code: nlth_sha11_nc)

eurostat

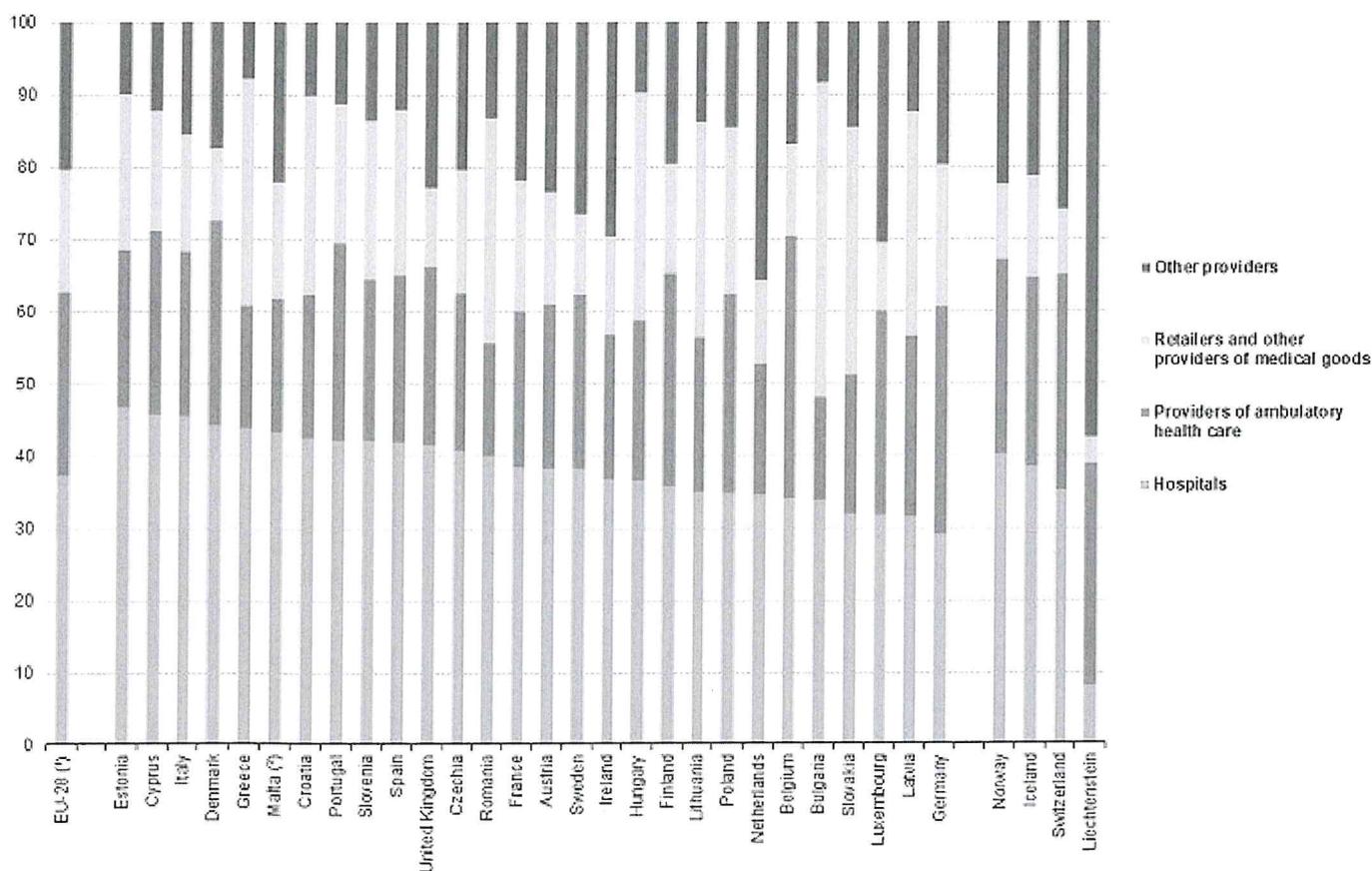
Spese sanitarie per fornitore

Eurostat precisa che i fornitori di assistenza sanitaria classificati nello stesso gruppo non svolgono necessariamente lo stesso insieme di attività. Ad esempio, gli ospedali possono offrire assistenza diurna, ambulatoriale, accessoria o di altro tipo, oltre ai servizi di degenza.

Gli ospedali hanno rappresentato la percentuale più elevata (37,4%) della spesa sanitaria nel 2016 nell'Ue-28 (esclusa Malta). Tra gli Stati membri dell'Ue, la quota delle spese sanitarie correnti relative agli ospedali variava dal 29,0% del totale in Germania al 46,7% in Estonia (l'Italia come accennato va oltre il 45%).

Quattro Stati membri hanno riferito che gli ospedali non avevano la quota più elevata di spese sanitarie: gli operatori sanitari ambulatoriali rappresentavano una quota maggiore della spesa sanitaria totale in Belgio e Germania; i rivenditori e altri fornitori di prodotti medici hanno rappresentato una quota maggiore in Bulgaria e Slovacchia.

Spesa sanitaria per i principali fornitori, 2016 (% della spesa sanitaria corrente)



(*) Excluding Malta.

(*) 2015.

Source: Eurostat (online data code: hlth_sqa11_hp)



Il secondo maggiore fornitore di assistenza sanitaria (in termini di spesa) era generalmente quello dei fornitori di assistenza sanitaria ambulatoriale. La loro quota delle spese sanitarie correnti nel 2016 era in media del 25,4% nell'Ue-28 (esclusa Malta) e andava dal 14,3% in Bulgaria al 31,6% in Germania e al 36,5% in Belgio (in Italia circa il 28%).

La quota delle spese sanitarie correnti rappresentate dai rivenditori e da altri fornitori di prodotti medici è stata in media del 17,0% nell'Ue-28 (esclusa Malta) nel 2016. Tuttavia, la loro quota variava notevolmente tra gli Stati membri dell'Ue, dal 9,5% in Lussemburgo a 34,4 % in Slovacchia e 43,6% in Bulgaria (in Italia circa 16%).

Il maggior fornitore sono state le strutture di assistenza residenziale a lungo termine, che rappresentavano il 10,1% delle spese sanitarie correnti nell'Ue-28 (esclusa Malta) nel 2016.

La quota più elevata per le strutture di assistenza residenziale a lungo termine era del 25,8% nei Paesi Bassi, mentre in Croazia e Bulgaria la quota era inferiore all'1,0% (in Italia 6,1%).

Spesa sanitaria per fornitore, 2016 (% della spesa sanitaria corrente)

	Hospitals	Residential long-term care facilities	Providers of ambulatory health care	Providers of ancillary services	Retailers and other providers of medical goods	Providers of preventive care	Providers of health care system administration and financing	Rest of the economy	Rest of the world
EU-28 (*)	37.4	10.1	25.4	2.3	17.0	1.3	3.8	2.2	0.3
Belgium	34.0	8.1	38.5	2.7	12.7	1.4	4.3	0.4	.
Bulgaria	33.8	0.3	14.3	3.6	43.6	0.7	1.3	1.8	0.5
Czechia	40.8	7.6	21.8	3.8	17.1	0.5	2.7	1.8	0.1
Denmark	44.3	12.1	28.3	1.5	10.1	1.3	2.4	0.1	0.0
Germany	29.0	8.8	31.6	1.3	19.7	0.6	5.4	3.2	0.5
Estonia	46.7	4.1	21.7	1.9	21.5	1.2	1.5	0.4	0.9
Ireland	36.8	18.1	19.9	1.4	13.8	1.2	2.7	5.2	0.2
Greece	43.8	1.2	17.0	3.6	31.4	0.3	2.4	0.0	0.4
Spain	42.0	5.8	23.0	1.5	22.9	0.8	2.9	1.2	0.0
France	38.4	11.3	21.7	2.8	17.9	1.2	5.7	1.0	.
Croatia	42.6	0.6	19.8	3.7	27.5	1.8	2.5	0.4	0.9
Italy	45.6	6.1	22.7	4.4	16.2	3.1	2.0	0.0	0.0
Cyprus	45.9	1.3	25.4	6.9	16.5	0.5	1.7	0.0	1.8
Latvia	31.6	2.8	24.9	6.4	31.0	0.6	2.2	0.5	0.0
Lithuania	35.0	1.5	21.4	2.9	29.8	0.8	1.9	5.3	0.4
Luxembourg	31.7	16.6	28.3	3.8	9.5	0.9	6.2	1.2	2.0
Hungary	36.6	2.4	22.1	3.3	31.5	0.4	2.0	1.3	0.4
Malta (*)	43.3	14.2	18.5	2.2	16.1	1.1	4.4	.	0.2
Netherlands	34.6	25.8	18.2	1.5	11.5	2.5	4.4	0.8	0.8
Austria	38.2	8.6	22.7	3.0	15.6	0.8	4.1	6.1	0.9
Poland	34.9	1.4	27.5	4.8	23.0	0.1	3.5	4.2	0.6
Portugal	42.2	2.0	27.3	4.9	19.3	0.1	2.0	1.4	0.9
Romania	39.9	1.6	15.7	5.3	31.3	0.3	2.5	1.8	1.6
Slovenia	42.1	6.7	22.3	1.0	22.0	0.6	2.9	1.8	0.6
Slovakia	31.9	.	19.3	8.5	34.4	0.6	3.4	1.4	0.6
Finland	35.9	14.6	29.5	1.7	15.2	0.2	0.8	2.2	.
Sweden	38.2	18.1	24.1	0.0	11.2	1.6	1.5	2.0	0.1
United Kingdom	41.7	11.7	24.5	1.8	11.0	1.7	2.0	4.4	0.2
Iceland	38.6	16.1	26.0	2.5	14.1	0.6	1.2	0.0	0.9
Liechtenstein	8.1	9.6	30.8	2.6	3.6	0.8	6.0	2.7	35.7
Norway	40.2	16.4	26.9	1.0	10.5	2.6	0.6	1.6	0.2
Switzerland	35.3	18.1	29.9	2.0	8.9	1.3	4.9	1.2	0.5

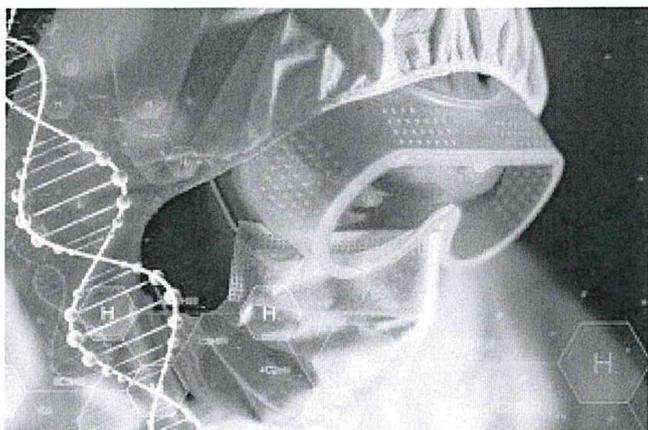
(*) Excluding Malta.

(*) 2015.

Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hp)



Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) - IFO e Polo Oncologico della Sapienza (POS): nuova convenzione potenzia le attività grazie alla condivisione di esperienze e piattaforme. Il Direttore generale Ripa di Meana e il Rettore Gaudio: “Una sinergia strategica per garantire l’accesso a cure innovative a un maggior numero di pazienti e per raccogliere dati di grande rilevanza per la ricerca”



Roma 5 settembre 2019 - Siamo in una fase storica dell’oncologia: sta emergendo il “modello mutazionale” che consente di trattare i pazienti con farmaci capaci di intervenire sulla alterazione di specifici geni presenti nelle cellule tumorali. Finora è stato il modello istologico a orientare i trattamenti, ma le nuove terapie, per lo più farmaci a bersaglio molecolare, si rivelano sempre più efficaci.

Strumenti e metodi innovativi (sequenziamento del genoma, approcci bioinformatici, intelligenza artificiale, biobanche, ecc.) consentono di studiare migliaia di alterazioni dei geni presenti in un tumore o in un singolo paziente e di ottenere la profilazione genomica tramite biopsia solida e liquida, nonché di verificare l’efficacia di alcuni farmaci anche al di fuori delle indicazioni terapeutiche standard.

L’FDA, l’ente regolatorio statunitense, ha infatti autorizzato di recente 3 nuovi farmaci (Pembrolizumab, Larotrectinib e Entrectinib) per il trattamento dei tumori in pazienti affetti da una neoplasia caratterizzata da specifiche mutazioni, indipendentemente dall’età, dal sesso e dalla localizzazione del tumore.



Francesco Ripa di Meana ed Eugenio Gaudio

I Molecular Tumor Board (MTB), gruppi interdisciplinari che integrano le competenze oncologiche, ematologiche, della biologia molecolare, delle anatomie patologiche e delle farmacie ospedaliere, sono stati istituiti un anno fa presso l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) - IFO e il Polo Oncologico della Sapienza (POS), per fornire a medici e pazienti gli strumenti per gestire situazioni complesse e particolari attraverso un accesso omogeneo, equo, governato e sostenibile, alle nuove modalità terapeutiche in oncologia.

“In tale contesto, - annunciano con entusiasmo Eugenio Gaudio, Rettore della Sapienza e Francesco Ripa di Meana, Direttore generale IFO - riteniamo strategica l'intesa siglata tra IFO e Sapienza, finalizzata a garantire al maggior numero di pazienti la profilazione genomica, possibile con il supporto dell'alta tecnologia e di nuove terapie personalizzate sulle specifiche mutazioni. Grazie all'esperienza del MTB IRE-IFO, all'ampio bacino di utenza del Polo Oncologico Sapienza (POS) e alla piattaforma informatica di gestione dati messa a disposizione dalla Sapienza, nasce nella Regione Lazio un modello esemplare”.

Il Regina Elena dal 2017 effettua di routine, a circa 1.000 pazienti/anno, la profilazione molecolare NGS (Next Generation Sequencing) al fine di identificare mutazioni geniche predittive delle risposte terapeutiche. Con l'istituzione del Molecular Tumor Board (MTB) l'IRE-IFO ha ottenuto risultati interessanti: negli ultimi 12 mesi ha studiato casi clinici molto complessi di pazienti in cura presso l'IFO o inviati da altre istituzioni sanitarie e ha offerto una opportunità terapeutica innovativa e aggiuntiva a pazienti che erano ancora in buone condizioni generali, nonostante la malattia neoplastica fosse in stato avanzato.

Dall'analisi di almeno 40 casi clinici, si è riusciti a proporre una terapia non convenzionale (off label) in 11 casi. La risposta clinica nella maggioranza dei pazienti trattati è stata entusiasmante, in alcuni si è registrata la remissione completa. Sono stati trattati e osservati soggetti che non avevano altra opzione terapeutica praticabile e avrebbero avuto una evoluzione rapida e fatale, ma, come in un caso di carcinoma del polmone a stadio avanzato, si è osservato quello che in letteratura si chiama Lazarus' resurrection. Il successo del MTB IRE-IFO testimonia che la strada è giusta, va perseguita, e se possibile

ampliata.

L'esperienza del Polo Oncologico della Sapienza (Policlinico Umberto I e Ospedale Sant'Andrea) basata su piattaforme Foundation One e Nanostring ha consentito, dal dicembre 2018 a oggi, la valutazione della espressione genica su un totale di 89 pazienti con caratteristiche cliniche analoghe a quelle utilizzate nello studio dell'IFO-IRCCS.

I report mutazionali dei 75 campioni valutati sono stati decisivi per l'individuazione di target molecolari e la scelta del trattamento mirato in oltre il 40% dei casi (67 relativi a pazienti affetti da neoplasia del polmone in fase metastatica, 1 relativo a melanoma metastatico, 1 relativo a carcinoma squamocellulare dell'ano metastatico e 6 relativi a neoplasia del colon).

Inoltre, dalla collaborazione tra Sapienza Università di Roma, Fondazione Ricerca e Salute (ReS) e Cineca, parte la realizzazione, configurazione e gestione di un sistema informatico (piattaforma mutazionale) per assicurare la discussione collegiale dei casi clinici di particolare complessità, sulla base della profilazione genomica, costituendo un supporto digitale e un database di fondamentale rilevanza per il confronto tra esperti. La piattaforma agevolerà l'analisi epidemiologica, la classificazione delle mutazioni e le attività della ricerca oncologica.

L'utilizzazione di queste informazioni consentirà di mettere a disposizione della ricerca e delle autorità regolatorie informazioni di straordinaria importanza, raccolte in modo omogeneo e prospettico nella vita reale e non solo nell'ambito di studi clinici.

“Il nostro impegno - sottolineano Gennaro Ciliberto, Direttore Scientifico IRE e Paolo Marchetti, coordinatore del POS - è ora volto con determinazione a consolidare l'esperienza comune, che ha già dato risultati così importanti, ma anche ad ampliarla e condividerla per tracciare a beneficio di tutti i pazienti del Lazio un nuovo percorso nelle terapie oncologiche”.

“Solo le sinergie di scala - concludono il Rettore Gaudio e il Direttore generale Ripa di Meana - e l'impegno assiduo e congiunto di pazienti che acconsentono a questa nuova forma di sperimentazione clinica, di oncologi, medici e di ricercatori clinici, potrà contribuire a partire da Roma alla diffusione di un network di MTB sul territorio nazionale. La condivisione attiva di strumenti, risorse, metodologie e la possibilità di consultazioni anche online, ci permetterà di compiere passi avanti rapidi e significativi per assicurare in concreto a ogni paziente il giusto farmaco e la cura personalizzata in base al proprio profilo molecolare”.