

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Tagli e sprechi in Sanità: quale futuro per la salute mentale e le patologie da dipendenza

Fabrizio Starace

Direttore DSM-DP, AUSL Modena
Hon. Lecturer Public Health, RFHSM University of London



Studi e Analisi

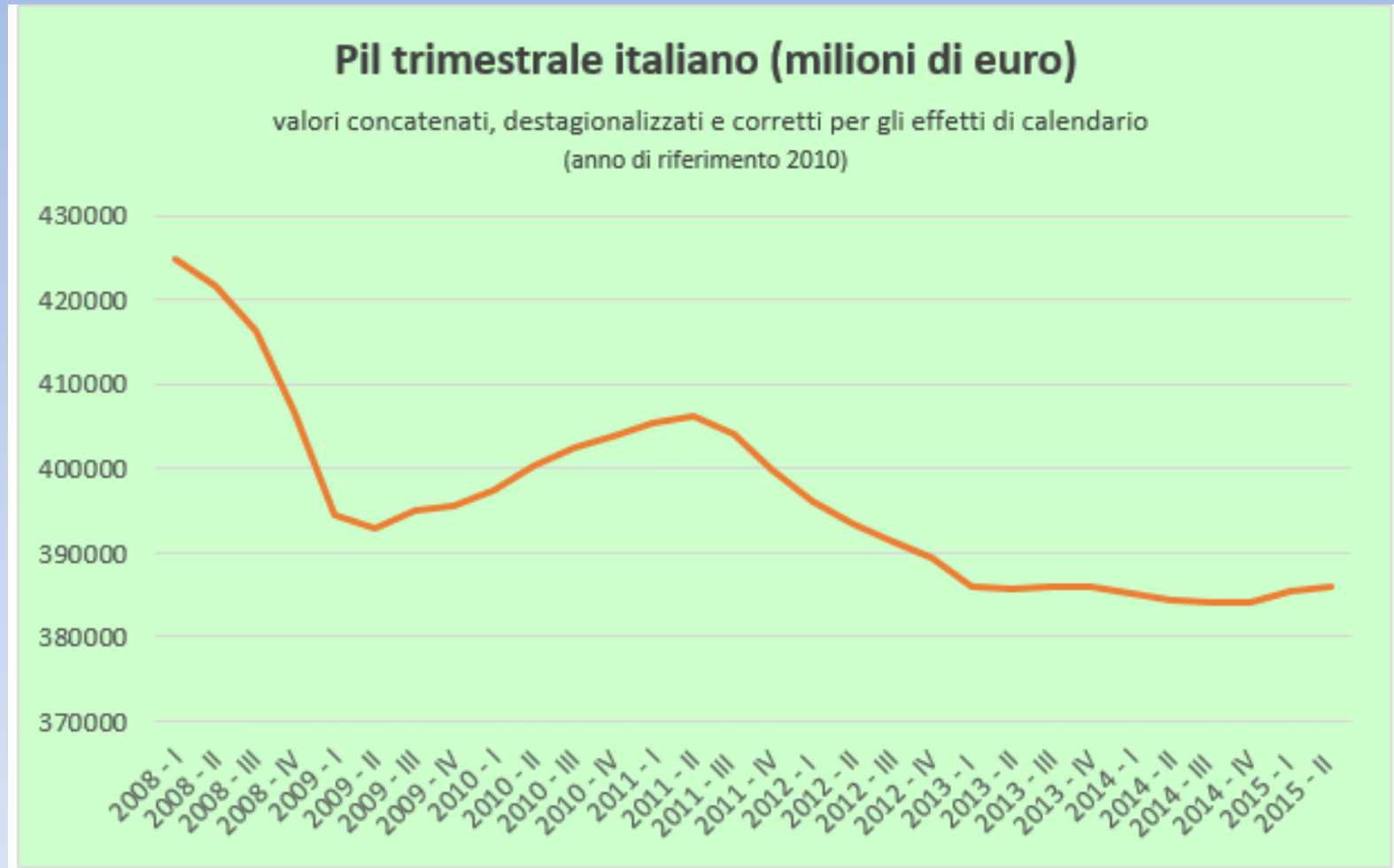
La salute mentale e i tagli alla sanità. Ecco perché si rischia il naufragio di un intero settore

Il nostro settore della Salute mentale è una reale anomalia positiva nel panorama dei Paesi occidentali avanzati. Ma oggi questo patrimonio è messo seriamente a rischio dalla politica persistente (e che sembra confermata anche nel 2016) dei tagli lineari, ovvero nel ridimensionamento a monte dei finanziamenti alla sanità pubblica *di Fabrizio Starace*

[Leggi...](#)



Il grafico della Crisi (2008-2015)

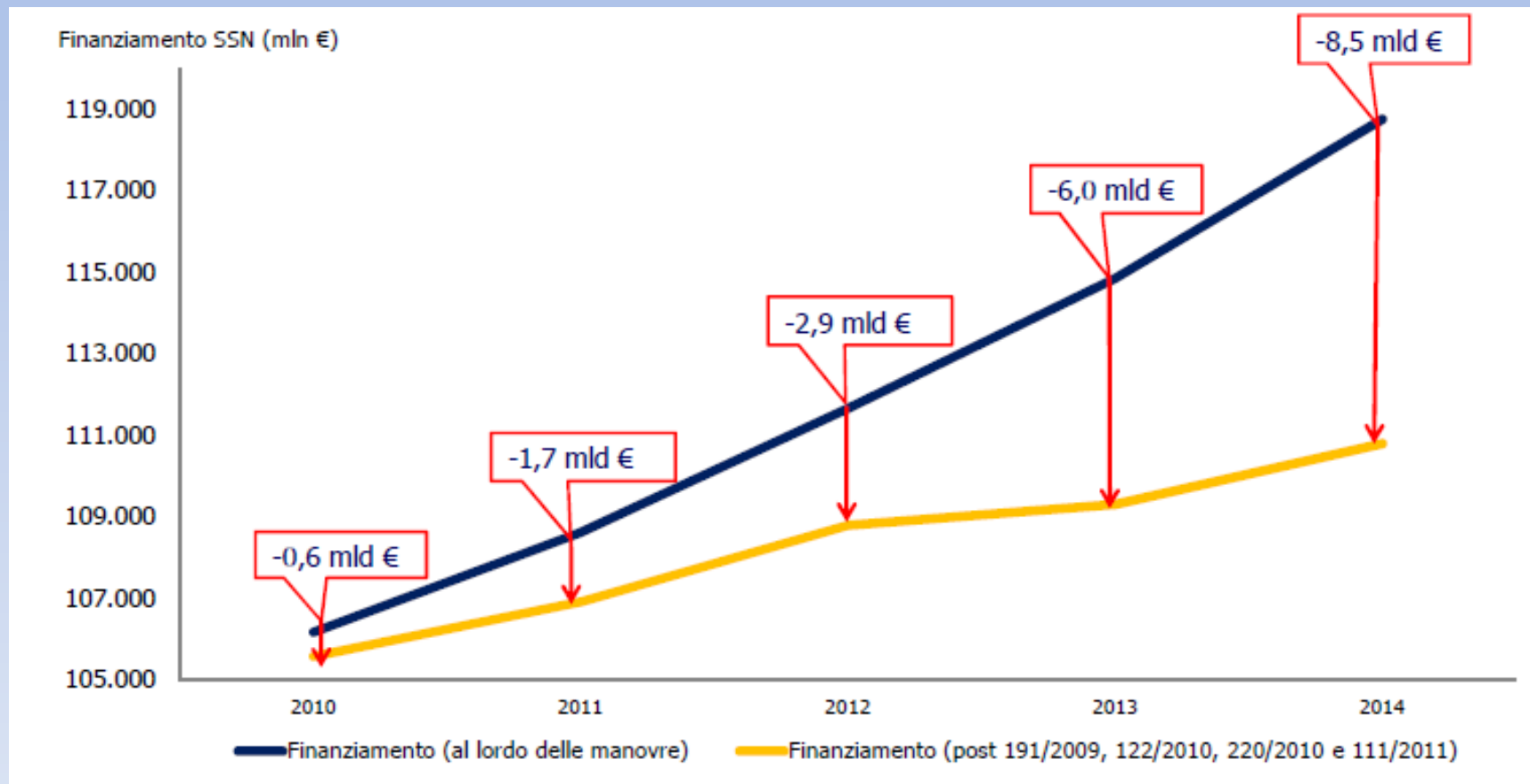


Indicatori sociali pre- e post-crisi: Italia, EU, OECD

	Pre-crisis			Latest year		
	Italy	EU	OECD	Italy	EU	OECD
<u>Annual disposable household income</u> in national currency, latest year prices						
Average	20 800	..	..	20 000	..	..
Bottom 10%	5 600	..	..	4 700	..	..
in USD, latest year PPPs and prices						
Average	24 800	22 900	23 100	23 800	22 900	23 100
Bottom 10%	6 700	7 900	7 300	5 600	7 700	7 100
<u>Total Fertility rate</u>	1.42	1.63	1.75	1.42	1.59	1.70
<u>Unemployment rate (%)</u>	6.0	6.6	5.9	12.3	11.1	9.1
<u>Youth neither in employment, education nor training, NEET rate (%)</u>	16.3	10.7	11.5	21.4	12.7	12.6
<u>Income inequality:</u>						
Gini coefficient	0.311	0.288	0.313	0.319	0.291	0.313
Gap between richest and poorest 10%	8.9	6.9	9.2	10.2	7.4	9.5
<u>Relative poverty (%)</u>	12.0	9.2	11.2	13.0	9.4	11.3
<u>Share of people reporting not enough money to buy food (%)</u>	9.5	9.5	11.2	13.2	11.5	13.2
<u>Public social spending (% GDP)</u>	25.5	22.5	19.6	28.2	25.1	21.9
<u>Suicide rates, per 100 000 population</u>	5.7	12.5	12.5	5.8	12.2	12.4
<u>Health expenditure per capita (latest year USD PPPs)</u>	3 000	3 100	3 100	3 000	3 200	3 300
<u>Confidence in national government (%)</u>	33	50	49	30	41	43
<u>Confidence in financial institutions (%)</u>	34	65	63	21	43	46

Unweighted average of the 21 EU and 34 OECD countries.

Impatto delle manovre sul finanziamento del SSN, 2010-2014 (stime regionali)



Il Patto per la Salute (10 luglio 2014)

ART.1

Determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali- costi standard e Livelli Essenziali di Assistenza

1. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2014-2016, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato:

- è confermato in 109.928.000.000 euro per l'anno 2014;
- è fissato in 112.062.000.000 euro per l'anno 2015 e in 115.444.000.000 euro per l'anno 2016, salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico, nel qual caso si rimanda a quanto previsto all'articolo 30 comma 2;

ECCO IL NUOVO PATTO DELLA SALUTE

BUDGET CERTO E PROGRAMMAZIONE (?)

La novità: dopo anni di tagli lineari le Regioni avranno **certezza di budget**, sarà possibile avviare una programmazione triennale.



Ministero della Salute

LEGGE 6 agosto 2015, n. 125

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. (15G00135)

(GU n.188 del 14-8-2015 - Suppl. Ordinario n. 49)

Vigente al: 15-8-2015

Art. 9-septies (Rideterminazione del livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale). - 1. Ai fini del conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica di cui all'articolo 46, comma 6, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, e successive modificazioni, e in attuazione di quanto stabilito dalla lettera E. dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 26 febbraio 2015 e dall'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 2 luglio 2015, nonché dagli articoli da 9-bis a 9-sexies del presente decreto, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, come stabilito dall'articolo 1, comma 556, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, e' ridotto dell'importo di 2.352 milioni di euro a decorrere dal 2015.

Rapporto fra Spesa sanitaria e PIL

OECD, 2015

Figure 2. Health spending* as a share of GDP, 2013

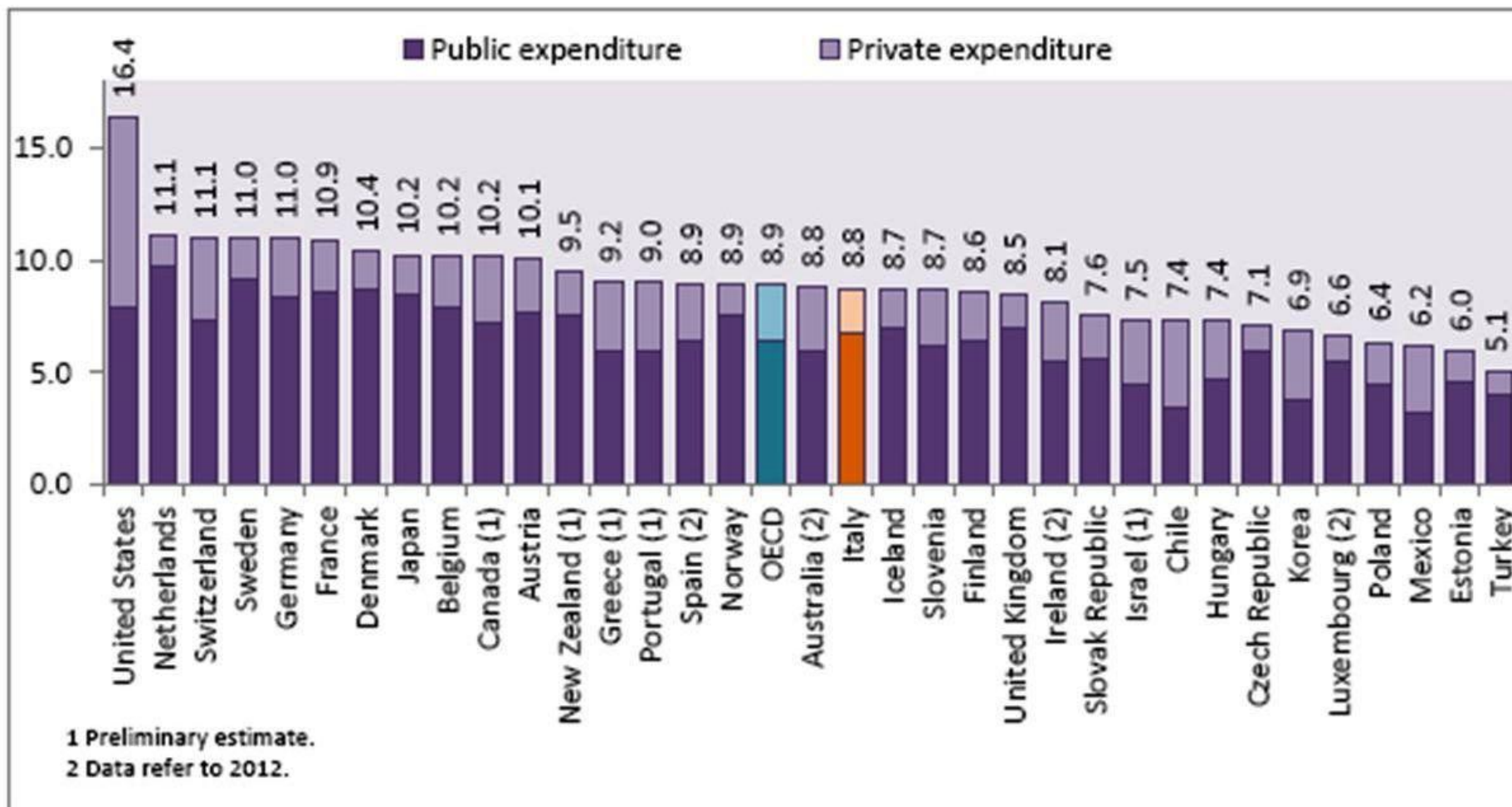
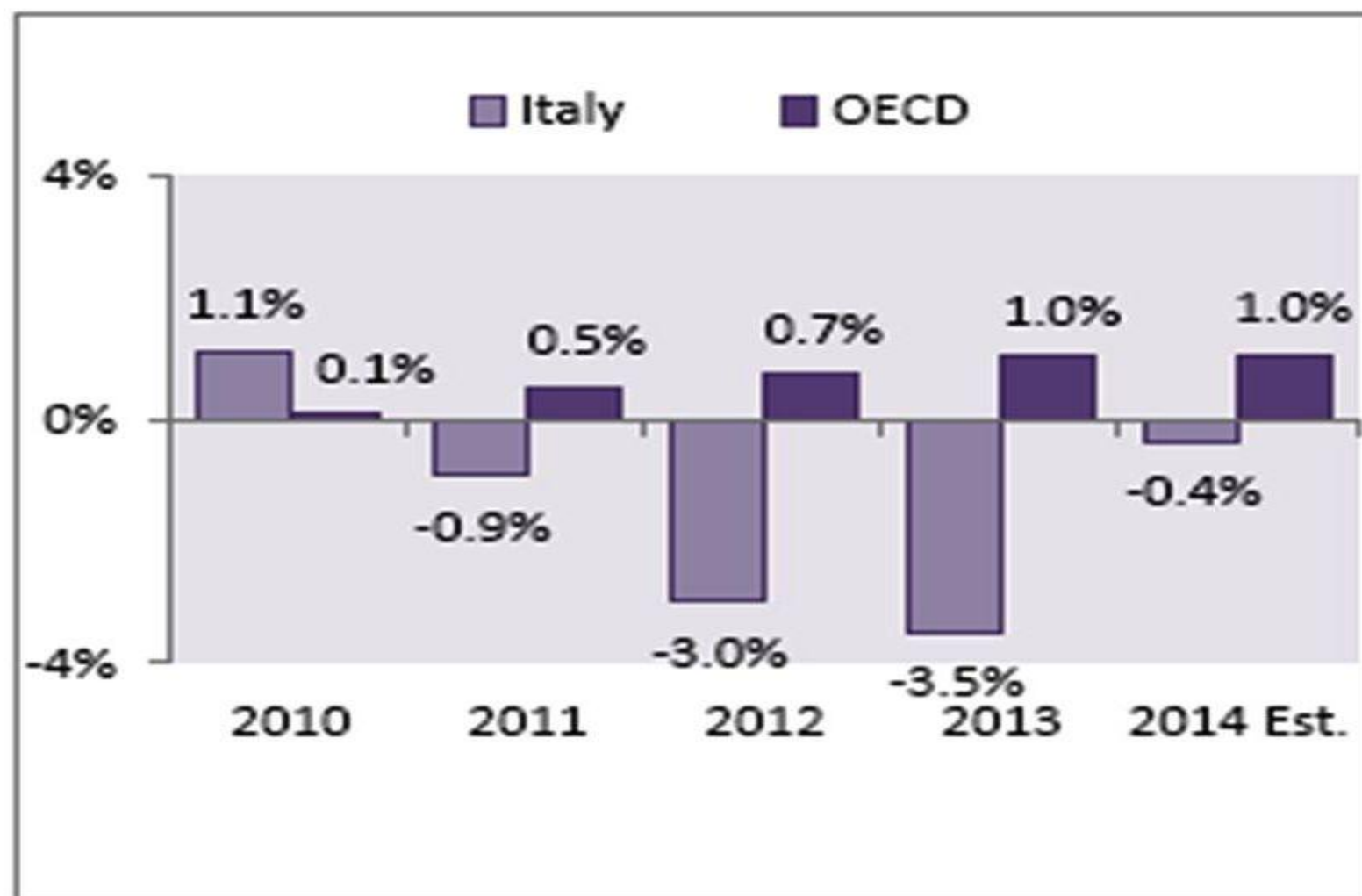


Figure 1. Annual health spending growth*, 2010-2014



* Per capita spending in real terms

Source: OECD Health Statistics 2015

Disaster?



Blessing?



Impact of economic crises on mental health



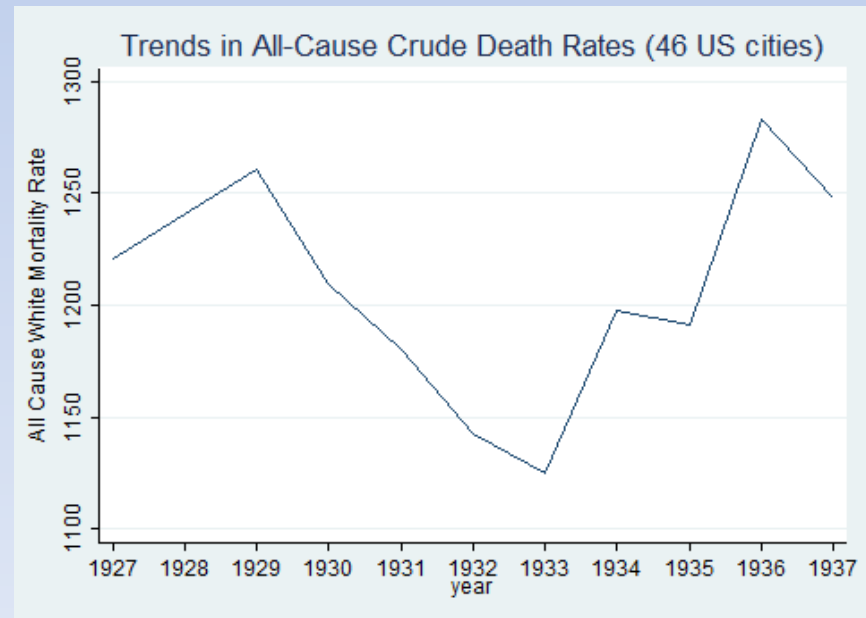
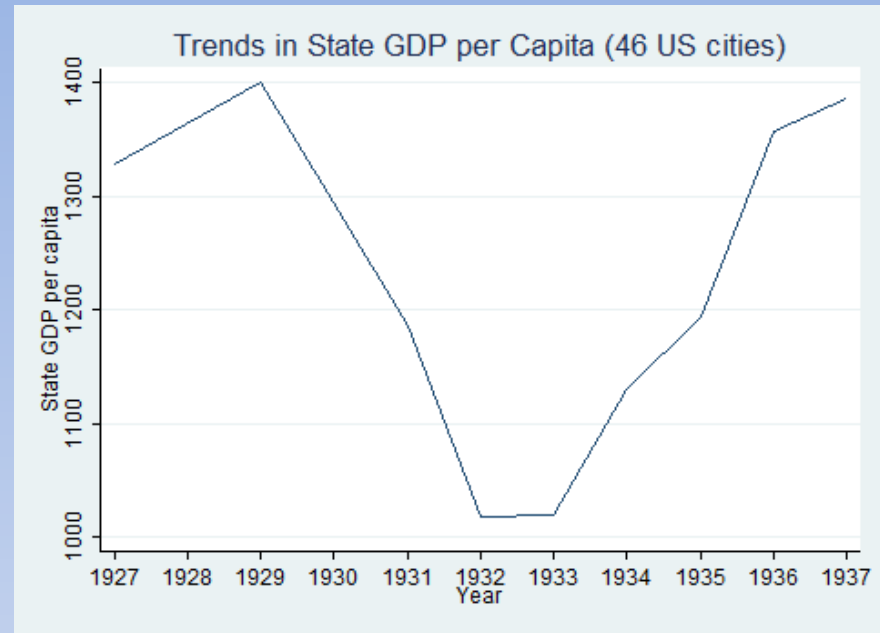
Previous crises: increases in unemployment and poverty increase the risk of poor mental health

Debt and other financial difficulties have a negative impact on mental health

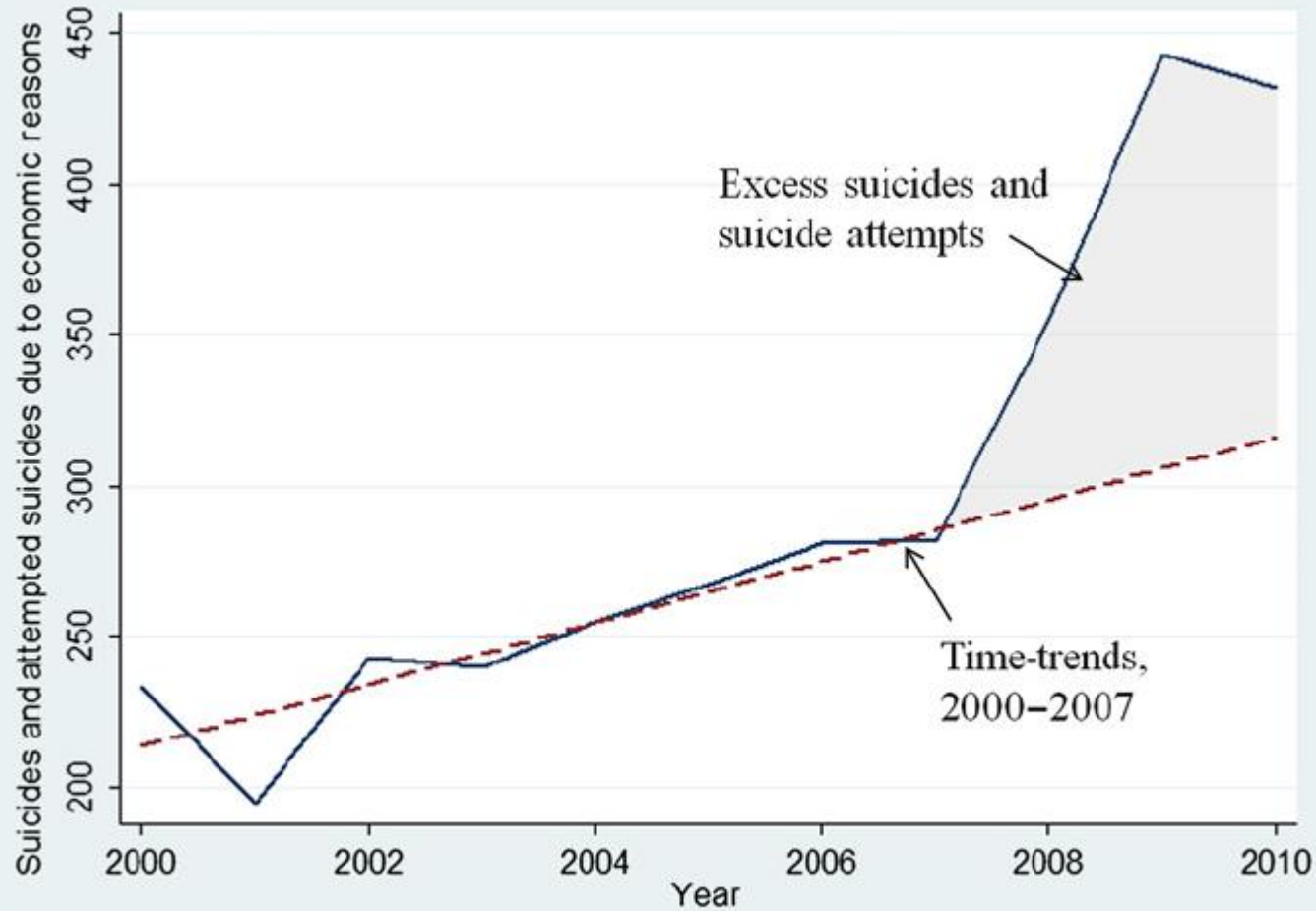
Unemployment and poverty can contribute to depression and increase suicide risk

The Great Depression

- Income ↓ 30%
- All-Cause Mortality Rates ↓ 10%
- Suicide ↑ 40%



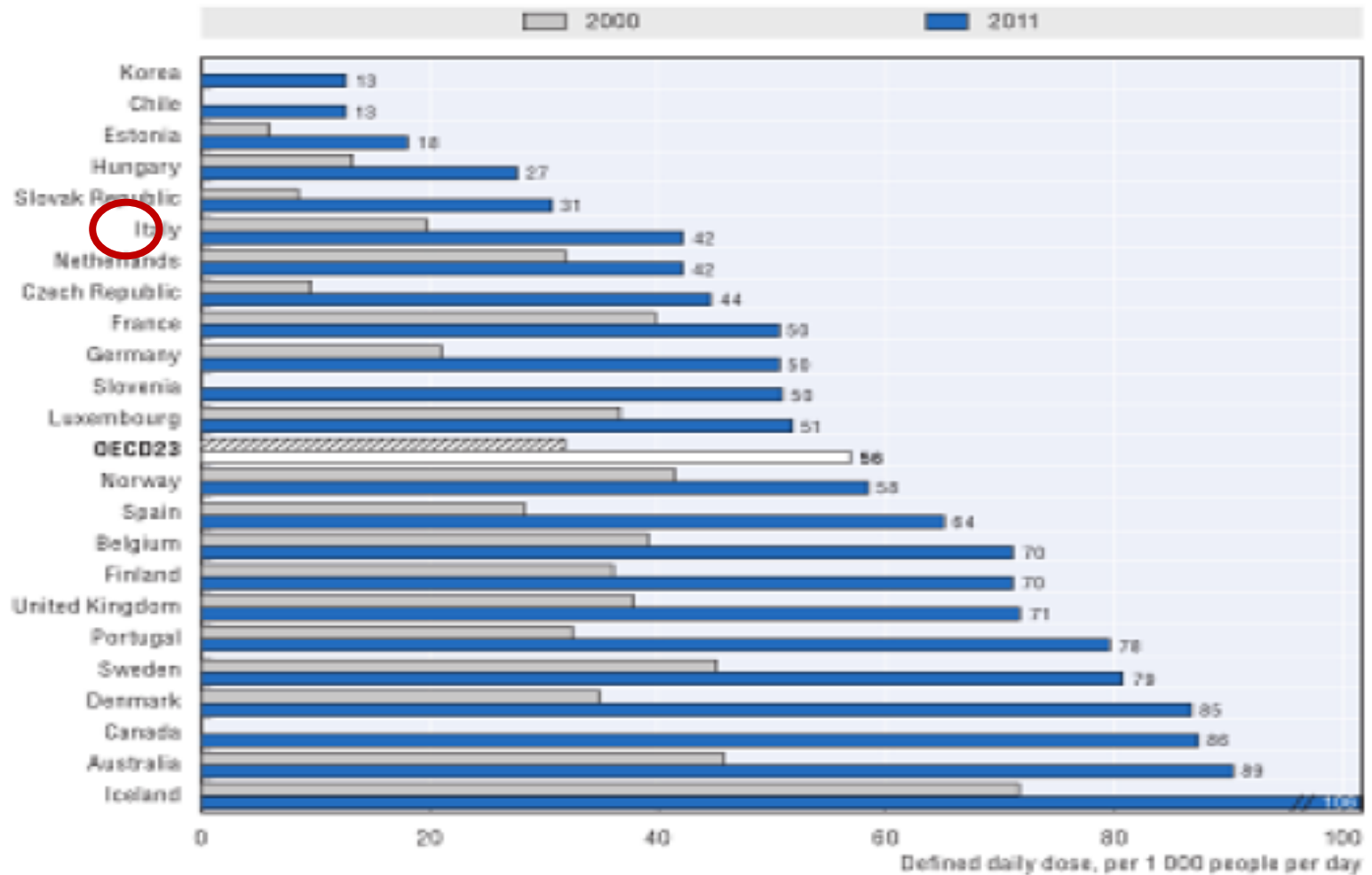
Le conseguenze: suicidi e tentati suicidi in Italia attribuibili alla recessione



“We estimated that there were **290.0** (95% CI 112.4 to 467.6) **excess suicides and attempted suicides due to economic reasons attributable to the recession in Italy**”

Le conseguenze: Incremento nel consumo di antidepressivi nei Paesi OECD, 2000-2011

Figure 2.4. Antidepressants consumption, 2000 and 2011 (or nearest year available)



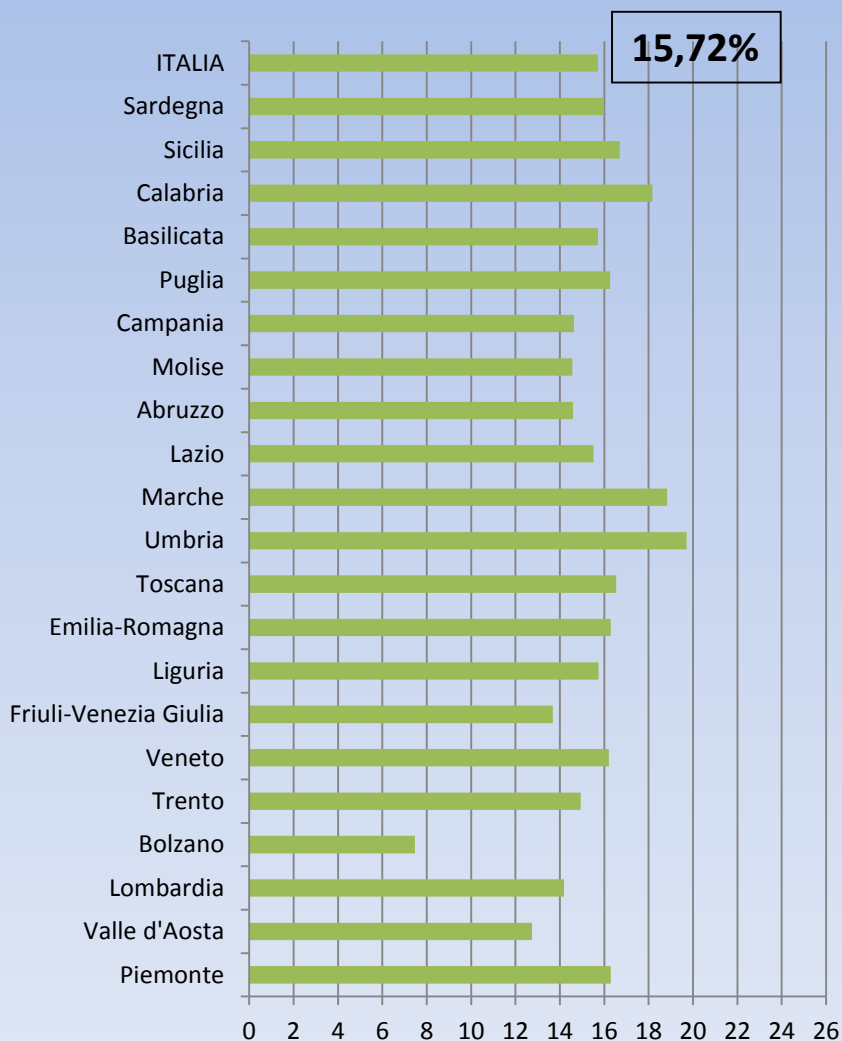
Source: OECD (2013), Health at a Glance 2013 – OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.

Le conseguenze:

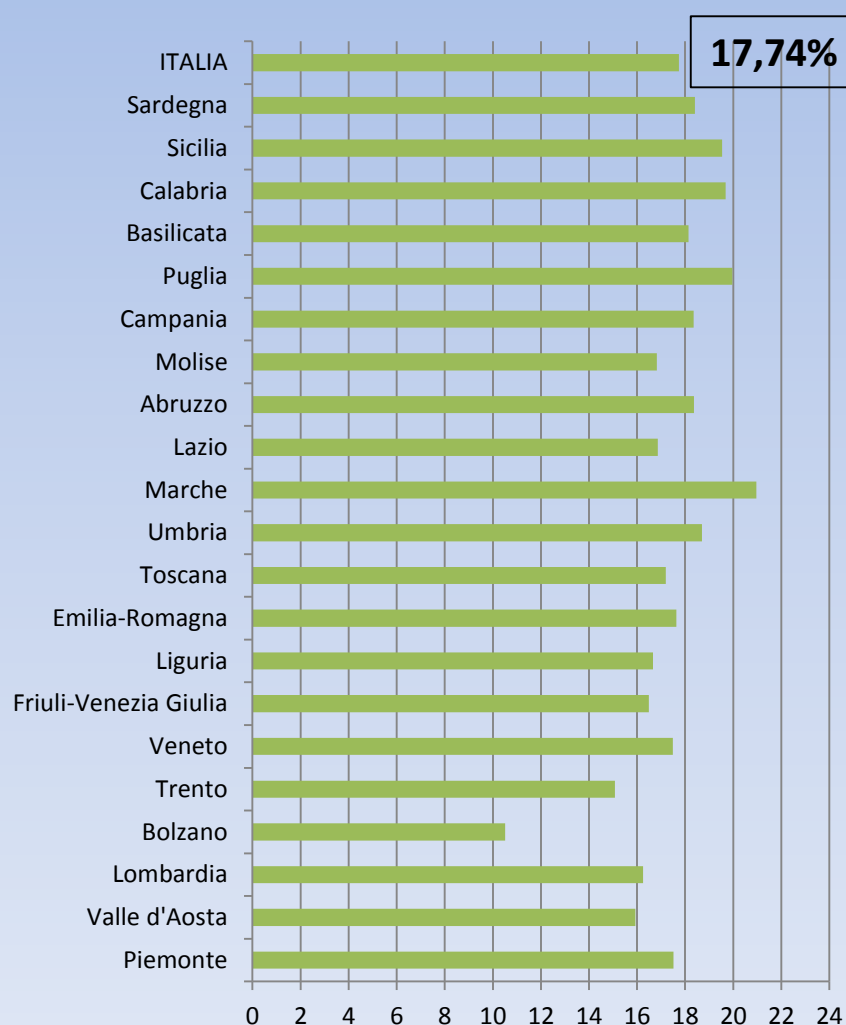
Prevalenza di disturbi psichiatrici comuni 2005 vs. 2013

Elaborazione su dati Istat - popolazione > 18 anni

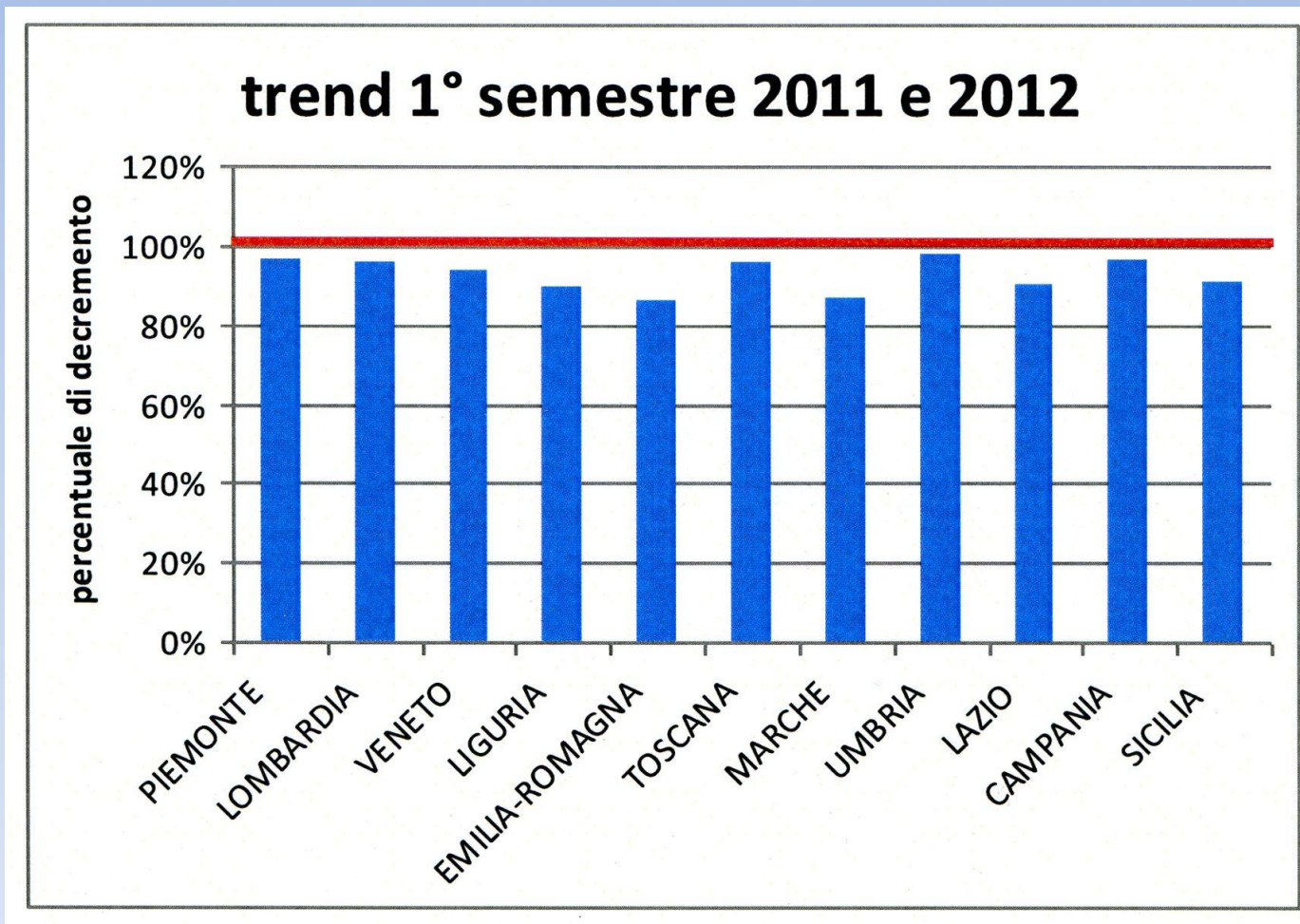
% mcs≤40



% mcs≤40



Le conseguenze: riduzione dell'uso della specialistica ambulatoriale pubblica



The Mental Health Consequences of the Recession: Economic Hardship and Employment of People with Mental Health Problems in 27 European Countries

Sara Evans-Lacko^{1*}, Martin Knapp^{1,2}, Paul McCrone¹, Graham Thornicroft^{1,3}, Ramin Mojtabai^{3,3}

1 Health Service and Population Research Department, King's College London, Institute of Psychiatry, London, United Kingdom, **2** London School of Economics and Political Science, London, United Kingdom, **3** Department of Mental Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland, United States of America

Abstract

Objectives: A period of economic recession may be particularly difficult for people with mental health problems as they may be at higher risk of losing their jobs, and more competitive labour markets can also make it more difficult to find a new job. This study assesses unemployment rates among individuals with mental health problems before and during the current economic recession.

Methods: Using individual and aggregate level data collected from 27 EU countries in the Eurobarometer surveys of 2006 and 2010, we examined changes in unemployment rates over this period among individuals with and without mental health problems.

Results: Following the onset of the recession, the gap in unemployment rates between individuals with and without mental health problems significantly widened (odds ratio: 1.12, 95% confidence interval: 1.03, 1.34). This disparity became even greater for males, and individuals with low levels of education. Individuals with mental health problems living in countries with higher levels of stigmatizing attitudes regarding dangerousness of people with mental illness were more vulnerable to unemployment in 2010, but not 2006. Greater agreement that people with mental health problems have themselves to blame, was associated with lower likelihood of unemployment for individuals with and without mental health problems.

Conclusion: These findings study suggest that times of economic hardship may intensify social exclusion of people with mental health problems, especially males and individuals with lower education. Interventions to combat economic exclusion and to promote social participation of individuals with mental health problems are even more important during times of economic crisis, and these efforts should target support to the most vulnerable groups.

Tassi di disoccupazione medi in soggetti che riportavano o meno la presenza di problemi di salute mentale (Eurobarometer, 2006, 2010)

Nel 2010, il 21.7% degli uomini con problemi di salute mentale erano disoccupati, vs. il 13.7% nel 2006.

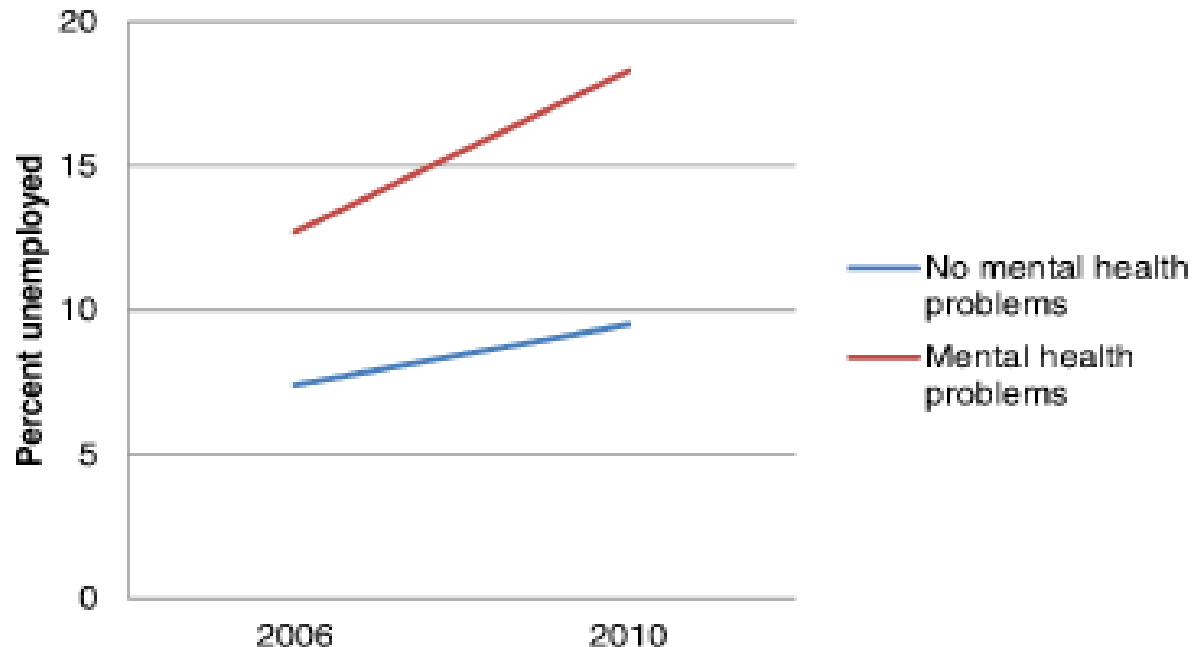
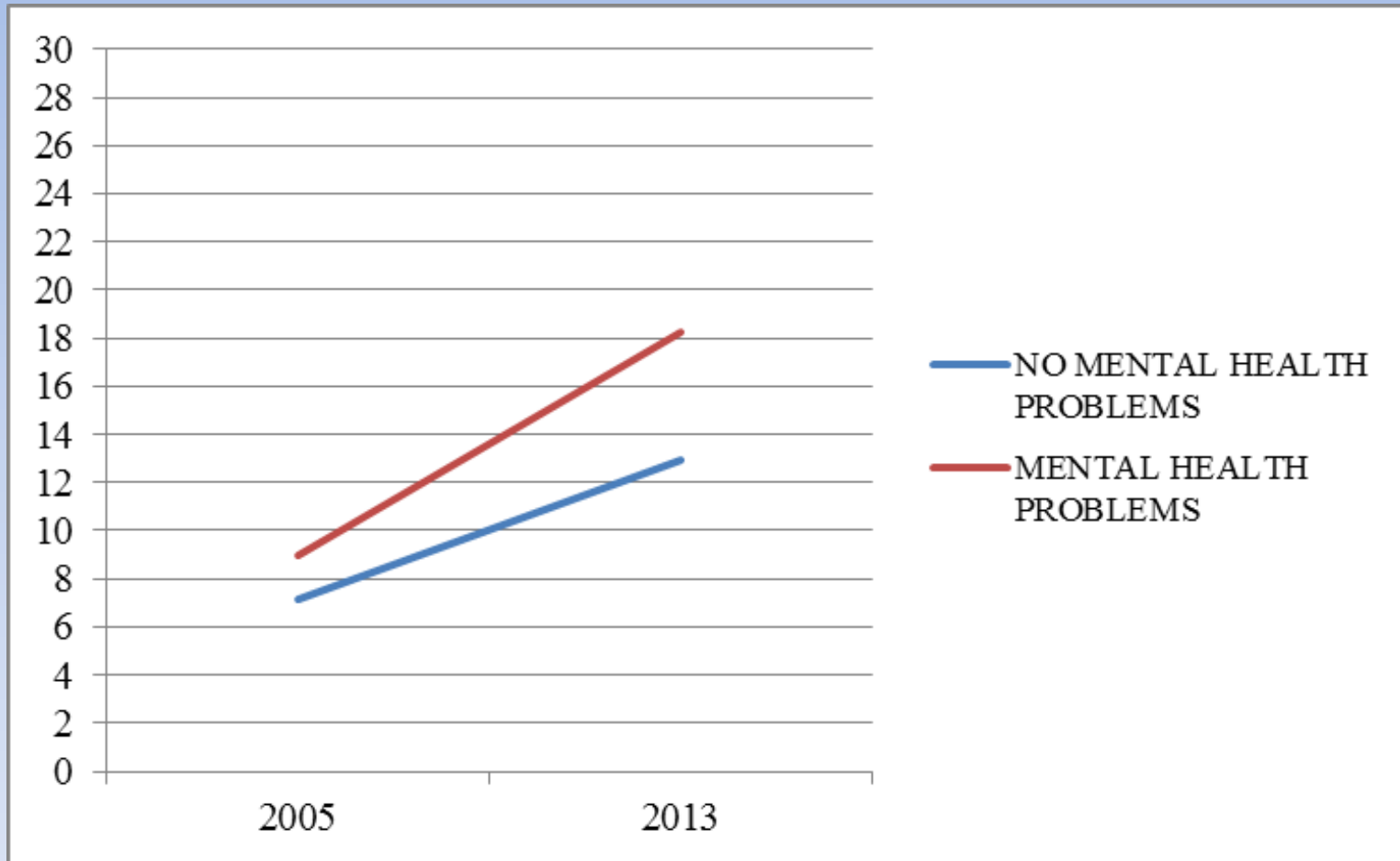


Figure 1. Average unemployment rates among individuals in Eurobarometer 2006 and 2010, stratified by presence of mental health problems (aged 18–65).

doi:10.1371/journal.pone.0069792.g001

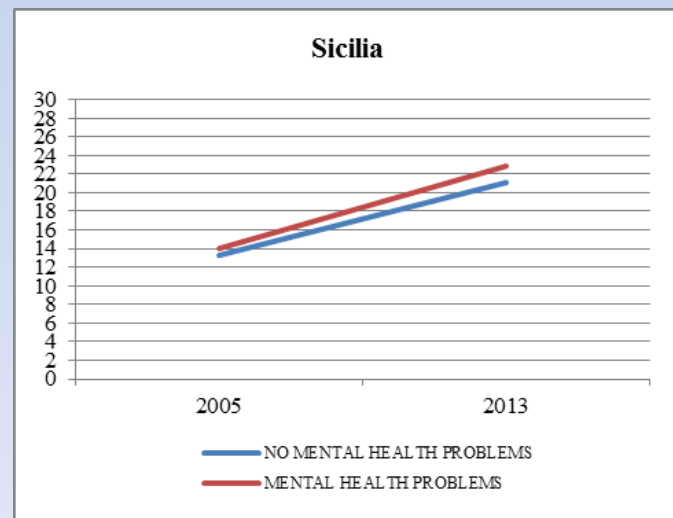
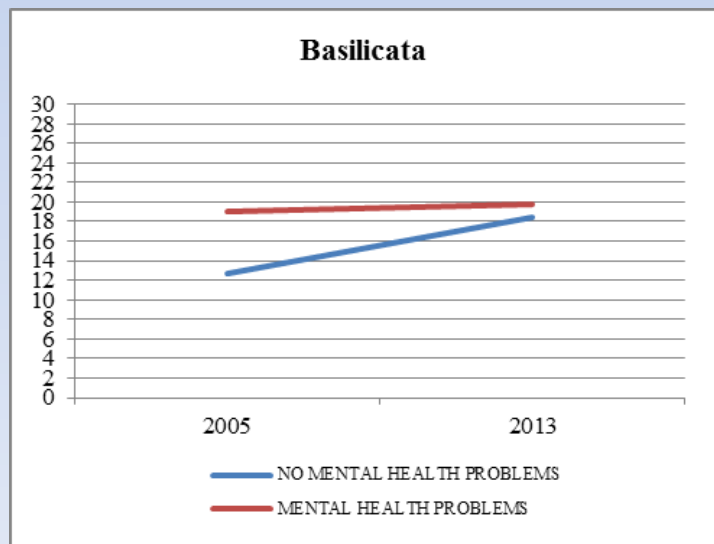
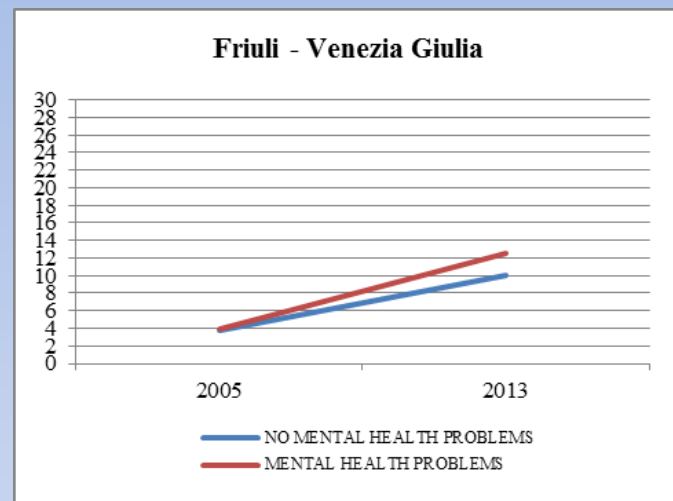
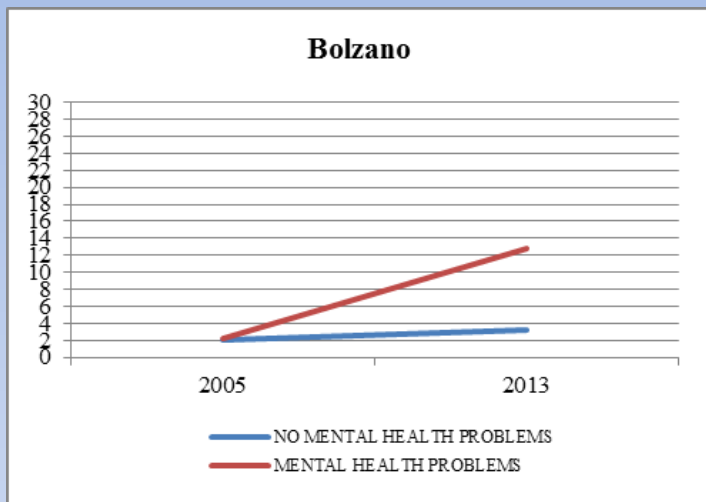
Self-reported unemployment status among individuals with and without mental health problems (age: 18–64) Italy



Source: Starace F., Mungai F., Sarti E., Addabbo T. (2015) Elaboration on the Surveys on Health and Use of Health Services, ISTAT 2005 and 2013

Self-reported unemployment status among individuals with and without mental health problems (age: 18–64)

Selected Regions



Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis

KRISTIAN WAHLBECK¹, DAVID McDAID²

¹Finnish Association for Mental Health, Maistraatinportti 4 A, FI-00240 Helsinki, Finland; ²LSE Health and Social Care and European Observatory on Health Systems and Policies, London School of Economics and Political Science, London, UK

The current global economic crisis is expected to produce adverse mental health effects that may increase suicide and alcohol-related death rates in affected countries. In nations with greater social safety nets, the health impacts of the economic downturn may be less pronounced. Research indicates that the mental health impact of the economic crisis can be offset by various policy measures. This paper aims to outline how countries can safeguard and support mental health in times of economic downturn. It indicates that good mental health cannot be achieved by the health sector alone. The determinants of mental health often lie outside of the remit of the health system, and all sectors of society have to be involved in the promotion of mental health. Accessible and responsive primary care services support people at risk and can prevent mental health consequences. Any austerity measures imposed on mental health services need to be geared to support the modernization of mental health care provision. Social welfare supports and active labour market programmes aiming at helping people retain or re-gain jobs can counteract the mental health effects of the economic crisis. Family support programmes can also make a difference. Alcohol pricing and restrictions of alcohol availability reduce alcohol harms and save lives. Support to tackle unmanageable debt will also help to reduce the mental health impact of the crisis. While the current economic crisis may have a major impact on mental health and increase mortality due to suicides and alcohol-related disorders, it is also a window of opportunity to reform mental health care and promote a mentally healthy lifestyle.

Key words: Mental health, economic crisis, suicide prevention, social policy

(*World Psychiatry* 2012;11:139-145)

«L'essere soggetto di politica di inserimento al lavoro riduce del 54% i giorni di ricovero ospedaliero nelle persone con diagnosi di psicosi»

VARIABILI	Psicosi
Donna	0,00267 (0,762)
Età	-0,394 (0,409)
Età al quadrato	0,00476 (0,00509)
Diploma o più	-0,742 (0,753)
Inserimento lavorativo	-0,540*
Costante	10,39 (7,959)
Osservazioni	343
R ²	0,017

Tindara Addabbo, Elena Sarti,
Fabrizio Starace

**Il costo della crisi in termini
di salute mentale:
il caso di Modena**

2
2015

**Quaderni Fondazione Marco Biagi
Saggi**

Tindara Addabbo, Elena Sarti,
Stefano Mimmi, Fabrizio Starace

**Crisi economica e Salute mentale:
analisi multi-livello nella
Provincia di Modena**

3
2015

**Quaderni Fondazione Marco Biagi
Saggi**

INVESTIRE IN SALUTE MENTALE CONVIENE !

Economic pay-offs per £1 investment	NHS	Other public sector	Non-public sector	Total
Early identification and intervention as soon as mental disorder arises				
Early intervention for conduct disorder	1.08	1.78	5.03	7.89
Health visitor interventions to reduce postnatal depression	0.40	-	0.40	0.80
Early intervention for depression in diabetes	0.19	0	0.14	0.33
Early intervention for medically unexplained symptoms	1.01	0	0.74	1.75
Early diagnosis and treatment of depression at work	0.51	-	4.52	5.03
Early detection of psychosis	2.62	0.79	6.85	10.27
Early intervention in psychosis	9.68	0.27	8.02	17.97
Screening for alcohol misuse	2.24	0.93	8.57	11.75
Suicide training courses provided to all GPs	0.08	0.05	43.86	43.99
Suicide prevention through bridge safety barriers	1.75	1.31	51.39	54.45
Promotion of mental health and prevention of mental disorder				
Prevention of conduct disorder through social and emotional learning programmes	9.42	17.02	57.29	83.73
School-based interventions to reduce bullying	0	0	14.35	14.35
Workplace health promotion programmes	-	-	9.69	9.69
Addressing social determinants and consequences of mental disorder				
Debt advice services	0.34	0.58	2.63	3.55
Befriending for older adults	0.44	-	-	0.44

Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010

Harvey A Whiteford, Louisa Degenhardt, Jürgen Rehm, Amanda J Baxter, Alize J Ferrari, Holly E Erskine, Fiona J Charlson, Rosana E Norman, Abraham D Flaxman, Nicole Johns, Roy Burstein, Christopher J L Murray, Theo Vos

Summary

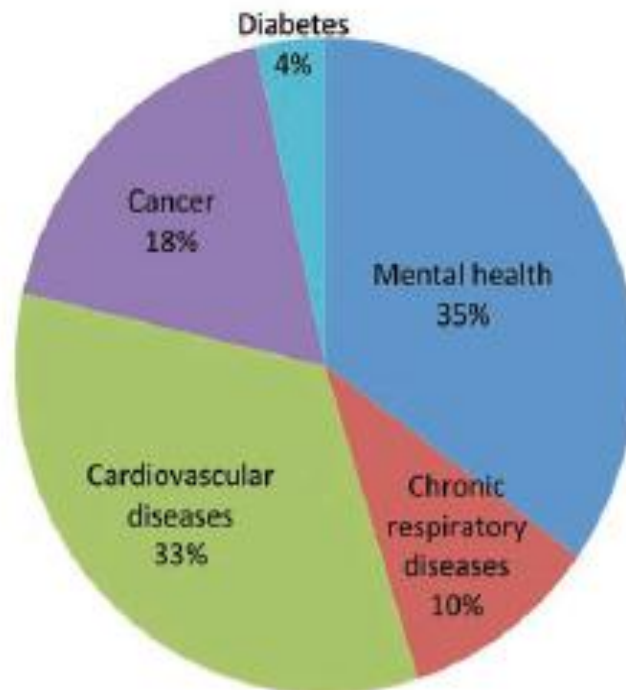
Background We used data from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010 (GBD 2010) to estimate the burden of disease attributable to mental and substance use disorders in terms of disability-adjusted life years (DALYs), years of life lost to premature mortality (YLLs), and years lived with disability (YLDs).

Methods For each of the 20 mental and substance use disorders included in GBD 2010, we systematically reviewed epidemiological data and used a Bayesian meta-regression tool, DisMod-MR, to model prevalence by age, sex, country, region, and year. We obtained disability weights from representative community surveys and an internet-based survey to calculate YLDs. We calculated premature mortality as YLLs from cause of death estimates for 1980–2010 for 20 age groups, both sexes, and 187 countries. We derived DALYs from the sum of YLDs and YLLs. We adjusted burden estimates for comorbidity and present them with 95% uncertainty intervals.

Findings In 2010, mental and substance use disorders accounted for 183·9 million DALYs (95% UI 153·5 million–216·7 million), or 7·4% (6·2–8·6) of all DALYs worldwide. Such disorders accounted for 8·6 million YLLs (6·5 million–12·1 million; 0·5% [0·4–0·7] of all YLLs) and 175·3 million YLDs (144·5 million–207·8 million; 22·9% [18·6–27·2] of all YLDs). Mental and substance use disorders were the leading cause of YLDs worldwide. Depressive disorders accounted for 40·5% (31·7–49·2) of DALYs caused by mental and substance use disorders, with anxiety disorders accounting for 14·6% (11·2–18·4), illicit drug use disorders for 10·9% (8·9–13·2), alcohol use disorders for 9·6% (7·7–11·8), schizophrenia for 7·4% (5·0–9·8), bipolar disorder for 7·0% (4·4–10·3), pervasive developmental disorders for 4·2% (3·2–5·3), childhood behavioural disorders for 3·4% (2·2–4·7), and eating disorders for 1·2% (0·9–1·5). DALYs varied by age and sex, with the highest proportion of total DALYs occurring in people aged 10–29 years. The burden of mental and substance use disorders increased by 37·6% between 1990 and 2010, which for most disorders was driven by population growth and ageing.

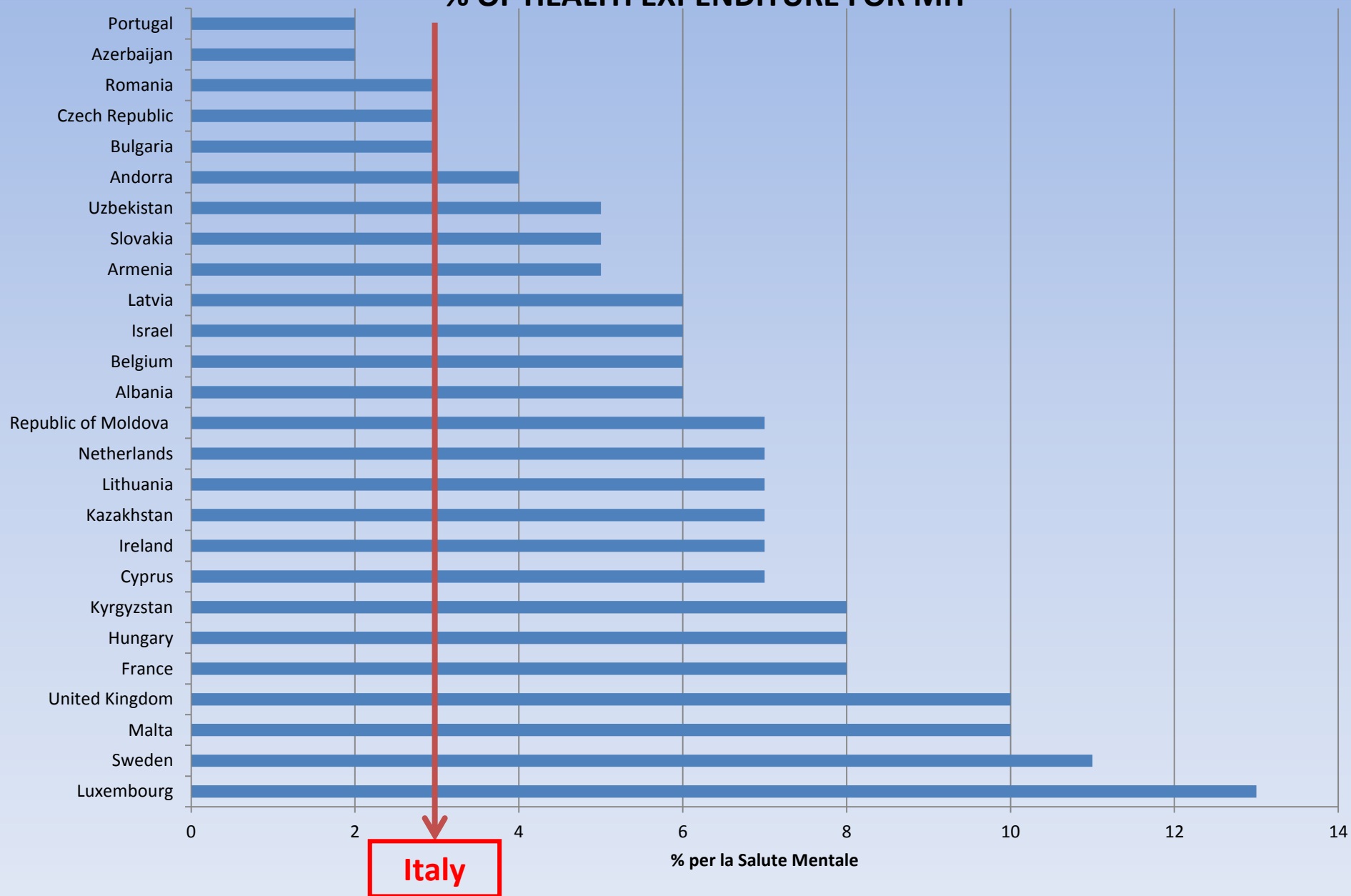
The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases

Figure 3a: Mental health and cardiovascular diseases are top drivers of lost output
Breakdown of NCD cost by disease type, based on EPIC model



WHO – MENTAL HEALTH ATLAS PROJECT

% OF HEALTH EXPENDITURE FOR MH



Crisi economica: quali soluzioni?

- Investire meno risorse → **tagli lineari**
- Identificare altri "canali" di finanziamento → **ticket, intermediazione assicurativa**
- Ottenere migliori risultati dalle risorse investite, riducendo gli sprechi → **disinvestimento e riallocazione**



**6 categorie di sprechi
erodono...**



...oltre il 20% della spesa sanitaria

Impatto degli sprechi sul SSN

Categoria sprechi	%	Mld *	(± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,69	(6,15 – 9.23)
2. Frodi e abusi	20	5,13	(4,10 – 6.15)
3. Acquisti a costi eccessivi	16	4,10	(3,28 – 4.92)
4. Sotto-utilizzo	12	3,08	(2,46 – 3,69)
5. Complessità amministrative	12	3,08	(2,46 – 3,69)
6. Inadeguato coordinamento assistenza	10	2,56	(2,05 – 3.08)

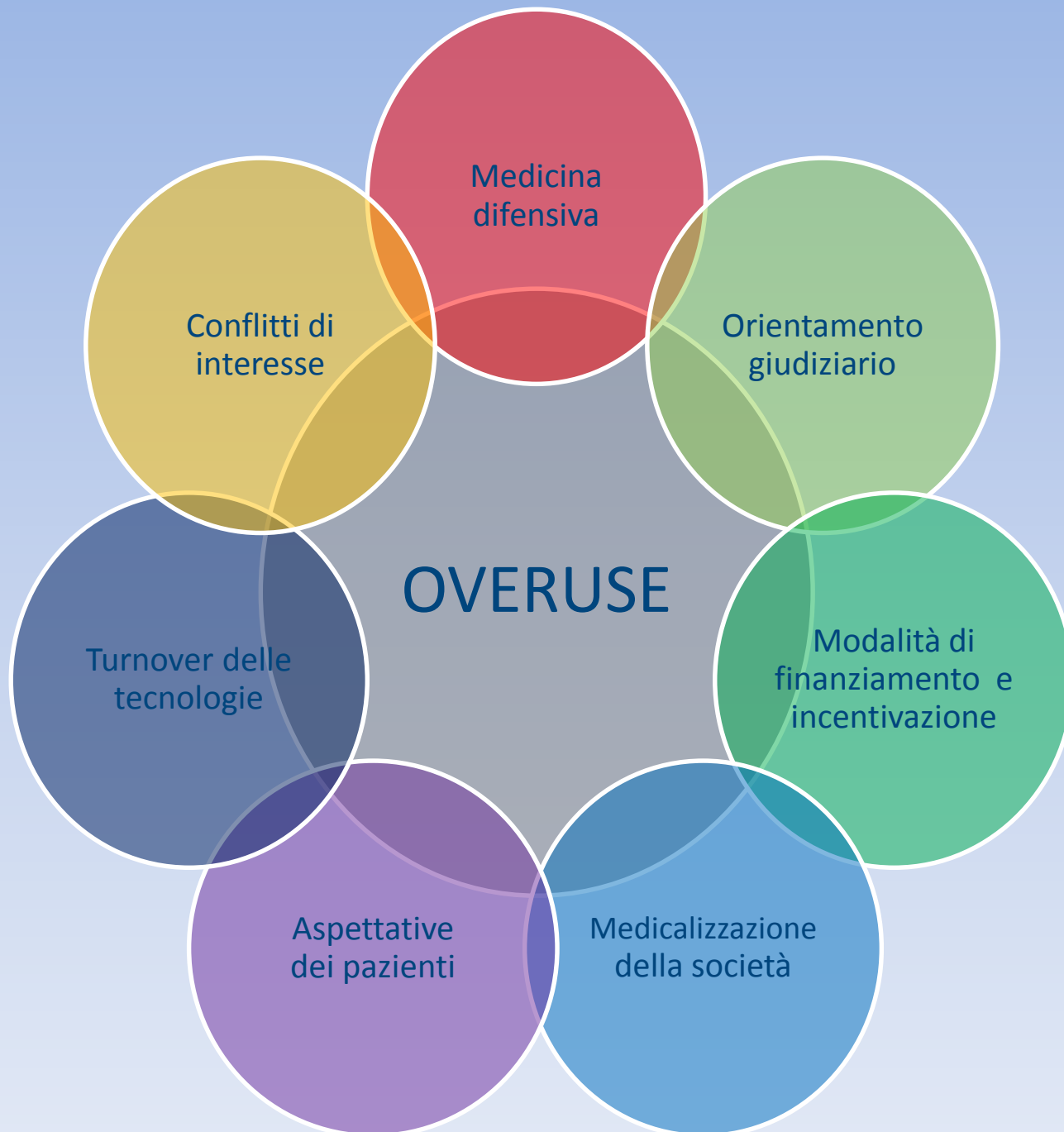
*25,64 mld calcolati proiettando la stima di Don Berwick (23% della spesa sanitaria) sui 111,475 miliardi di spesa sanitaria pubblica nel 2014

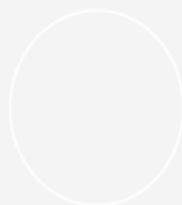
Potenziabili guadagni da una valutazione critica degli interventi

Health systems financing: the path to universal coverage, World Health Report 2010

Study	Currency ^a	Cost of obtaining one year of healthy life *		
		Current mix	Optimal mix	Improvement (%)
Malaria drug treatment in Zambia (62) (cost per case cured)	US\$	10.65	8.57	20
Disease and injury prevention in Thailand (63)				
Cardiovascular disease prevention	BHT	300 000	2 185	99
Road traffic injury prevention (alcohol)		6 190	3 375	45
Road traffic injury prevention (helmets)		1 000	788	21
Alcohol and tobacco control in Estonia (64)				
Alcohol	EEK	2 621	893	66
Tobacco		292	247	15
Neuropsychiatric interventions in Nigeria (65)				
Schizophrenia	NGN	37 835	26 337	30
Depression		210 544	67 113	68
Epilepsy		104 586	62 095	41
Epilepsy		13 339	10 507	21
Alcohol abuse		20 134	10 677	47
Mental health-care package in Australia (66)				
Schizophrenia	AU\$	30 072	17 536	42
Affective disorder (any)		196 070	107 482	45
Anxiety disorder (any)		20 463	10 737	48
Anxiety disorder (any)		15 184	9 130	40
Alcohol disorder		97 932	53 412	45
Cervical cancer care and prevention (67)^b				
High-income subregion (EurA)	İ\$	4 453	3 313	26
Middle-income subregion (WprB)		3 071	1 984	35
Low-income subregion (SearD)		421	355	16

66. Andrews G et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British journal of psychiatry*, 2004





→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

35

Focus on Trasparenza, legalità ed etica nel Servizio sanitario nazionale ■ Intervista al Ministro Beatrice Lorenzin
■ Il Piano nazionale anticorruzione e le indicazioni per le Aziende sanitarie ■ Il ruolo di Agenas per una cultura etica in sanità ■ La trasparenza nel monitoraggio dei siti web delle Aziende sanitarie **Dalle Regioni** Il Dossier formativo nel sistema Ecm **Agenas on line** Patologie croniche, ecco Matrice, un nuovo strumento di governance clinica

Ed è il Presidente di Agenas Giovanni Bissoni ad affermare che si stima attorno al 5,6% del budget della sanità le risorse assorbite da corruzioni e frodi. Considerando la spesa sanitaria di circa 110 miliardi di euro l'anno, è tra i 5 e i 6 miliardi di euro, il costo della corruzione in questo settore. Ma “al di là delle cifre, il fenomeno incide pesantemente sull'efficienza, la qualità, la sicurezza, l'equità di accesso ai servizi, sulla fiducia dei cittadini, quindi sul diritto alla salute”.

Cifre a confronto

Ecco, per alcune voci di spesa per servizi all'interno degli ospedali, i prezzi di riferimento stabiliti dalla Autorità di vigilanza sui contratti pubblici (Avcp) nel 2012 e dove si sono riscontrati, sulla base di un confronto nazionale, i costi maggiori e quelli invece più bassi

prezzo di riferimento

- prezzo più alto
- prezzo più basso

Pasti giornalieri per paziente con distribuzione a letto



Pasti giornalieri per paziente senza distribuzione a letto



Servizio di lavanderia per paziente, a giornata di degenza (con noleggio)



Servizio di pulizia in aree ad alto rischio (unità di misura 'canone mq mensile')



Servizio di pulizia in aree a medio rischio (unità di misura 'canone mq mensile')



Fattori che influenzano la continuità della cura

- Tempi per raggiungere i servizi specialistici (distanza)
- Liste d'attesa per visite ambulatoriali
- Applicazione di strategie per mantenere il contatto con gli utenti
- Esistenza di servizi territoriali
- Collaborazione e comunicazione tra diversi servizi
- Avere un “piano di trattamento dopo il ricovero” formalizzato
- Dimissioni contro il parere del medico
- Tariffe/ticket elevati per le visite ambulatoriali
- Sistema di finanziamento che favorisce la continuità



REFINEMENT

“REsearch on FINancing systems’ Effect on the Quality of MENTAL health care”

www.refinementproject.eu

Integrazione con l'assistenza sociale

	<i>Number of social workers and occupational therapists</i>	<i>Total population (>18 years) of the study area</i>	<i>Rate of social workers and occupational therapists per 100,000 inhabitants</i>
Austria	36.79	445,748	8.25
England	262	1,364,799	19.20
Finland	207.27	1,206,446	17.18
France	18.24	422,853	4.31
Italy	18.51	393,402	4.70
Norway	129.94	225,081	57.73
Romania	105	484,212	21.68
Spain	24.9	599,473	4.15



REFINEMENT

"REsearch on FINancing systems' Effect on the Quality of MENTAL health care"

www.refinementproject.eu

SENATO DELLA REPUBBLICA

XVI LEGISLATURA

XXII-bis n. 10

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Istituita con deliberazione del Senato del 30 luglio 2008

RELAZIONE FINALE SULL'ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE

Relatore senatore Ignazio MARINO

Approvata dalla Commissione nella seduta del 30 gennaio 2013

Composizione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale

Inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale

Relatori alla Commissione SACCOMANNO e BOSONE

Principali criticità da affrontare

Integrazione dipartimentale di tutte le risorse per la salute mentale e le dipendenze patologiche, in tutte le fasi della vita

Integrazione inter-dipartimentale con le Cure Primarie per la valorizzazione della medicina di base nell'identificazione precoce e nella gestione

Integrazione con le Agenzie Sociali per le attività di prevenzione e di intervento sui principali determinanti sociali di salute

Integrazione con l'Università per le attività di assistenza, didattica e ricerca

Integrazione del Privato Sociale ed Imprenditoriale nelle attività del DSM-DP secondo modalità che aggiungano valore alla governance pubblica

Attenzione inter-settoriale alla Salute Mentale e alle Dipendenze Patologiche nelle Politiche Nazionali e Locali (es. giustizia, istruzione, formazione-lavoro)

Risorse da generare

Risorse economiche: non solo quanto ma come (es.: Sicilia vs. FVG)

Risorse strutturali: teoria della finestra rotta

Risorse umane: invecchiamento e manutenzione, deriva privatistica

Risorse di conoscenza: sistemi informativi, indicatori attività territoriali (es.: Griglia LEA, PNE, Progetto Bersaglio, Indice Ambrosetti)

Risorse di prossimità: comunità locali, sussidiarietà orizzontale (es.: mega-dipartimenti ospedalieri vs. territoriali)

Risorse di cittadinanza: discriminazione, disuguaglianze, partecipazione alle scelte individuali e di politica sanitaria

Risorse amministrative: sistemi di acquisto e remunerazione che valorizzino la personalizzazione degli interventi e non le singole prestazioni

Erogazione dei LEA: equità o georeferenziazione ?

Rango	Punteggio 2011		Rango	Punteggio 2012		Rango	Punteggio 2013	
1°	Emilia Romagna	213	1°	Emilia Romagna	210	1°	Toscana	214
2°	Lombardia	195	2°	Toscana	193	2°	Emilia Romagna	204
3°	Umbria	184	2°	Veneto	193	2°	Piemonte	201
4°	Veneto	182	4°	Piemonte	186	4°	Marche	191
5°	Piemonte	170	5°	Lombardia	184	5°	Veneto	190
6°	Toscana	168	6°	Liguria	176	6°	Liguria	187
7°	Basilicata	167	7°	Umbria	171	6°	Lombardia	187
8°	Liguria	166	8°	Basilicata	169	8°	Umbria	179
9°	Marche	161	8°	Lazio	167	9°	Sicilia	165
10°	Lazio	152	10°	Marche	165	10°	Abruzzo	152
11°	Sicilia	147	11°	Sicilia	157	10°	Lazio	152
12°	Abruzzo	145	12°	Molise	146	12°	Basilicata	146
13°	Molise	142	13°	Abruzzo	145	13°	Molise	140
14°	Calabria	128	14°	Puglia	140	14°	Calabria	135
15°	Puglia	123	15°	Calabria	133	15°	Puglia	134
16°	Campania	101	16°	Campania	117	16°	Campania	127