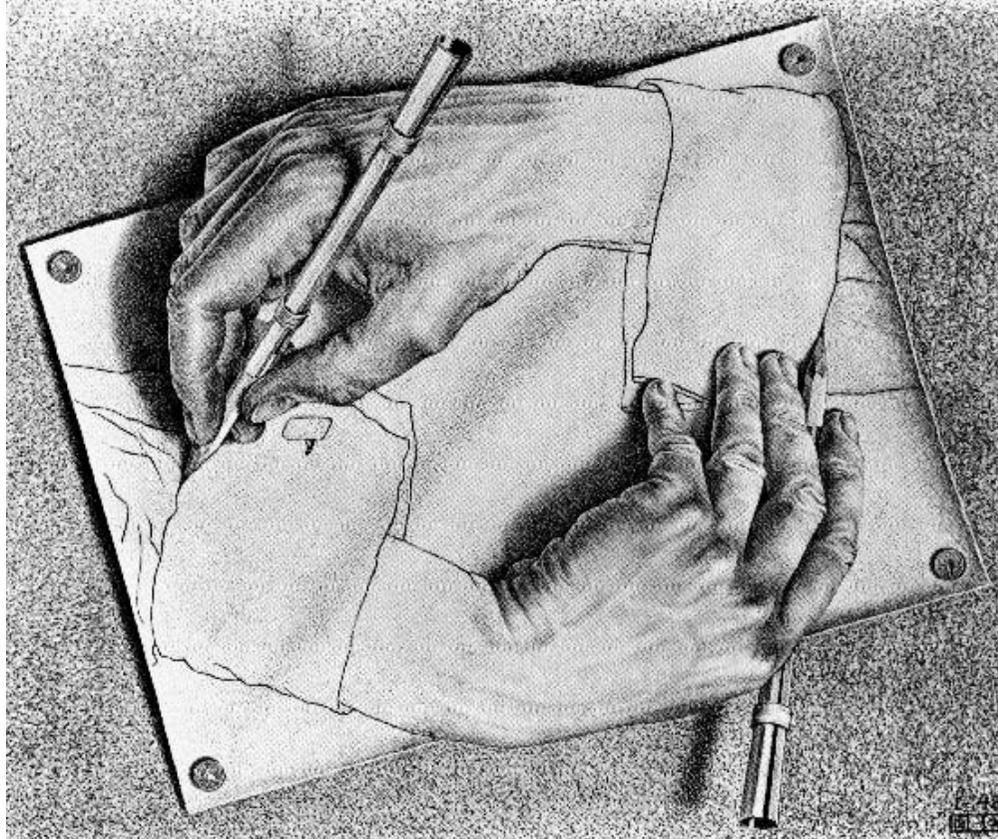


**La SALUTE non ha prezzo,
ma la SANITÀ costa a tutti**

Nino Cartabellotta

Fondazione GIMBE

IL PARADOSSO





Vantiamo un SSN che l'Organizzazione Mondiale della Sanità colloca al secondo posto nella classifica mondiale, dopo la Francia

Abbiamo l'esigenza indifferibile di sottoporre il nostro SSN al rigide misure di contenimento della spesa, in assenza delle quali è a rischio la sua sostenibilità



I NOSTRI DIRITTI



Art. 32, Art. 38



Art. 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti

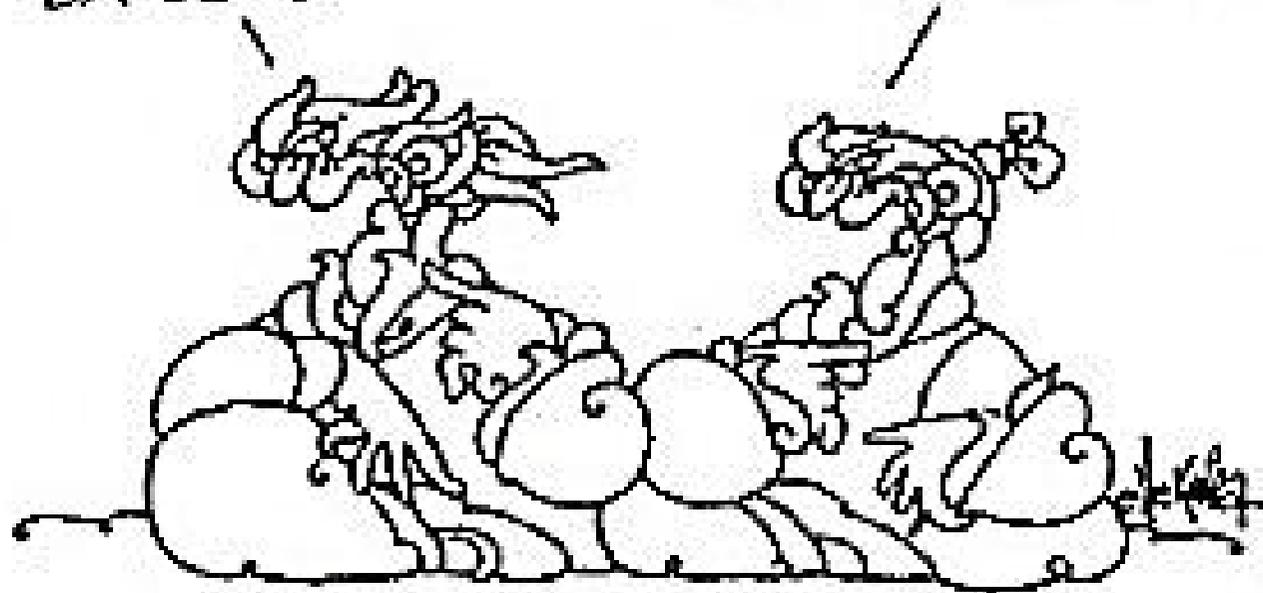
IL DILEMMA



IL DILEMMA

In nome della quadratura di bilancio è legittimo che la deriva economicista della politica eroda progressivamente il diritto alla salute garantito a tutti i cittadini dagli articoli 32 e 38 della Costituzione?

CORAGGIO,
SE HAI UN PROBLEMA
DI SALUTE LO STATO
NON TI LASCIA
DA SOLO



IL FINANZIAMENTO DEL SSN

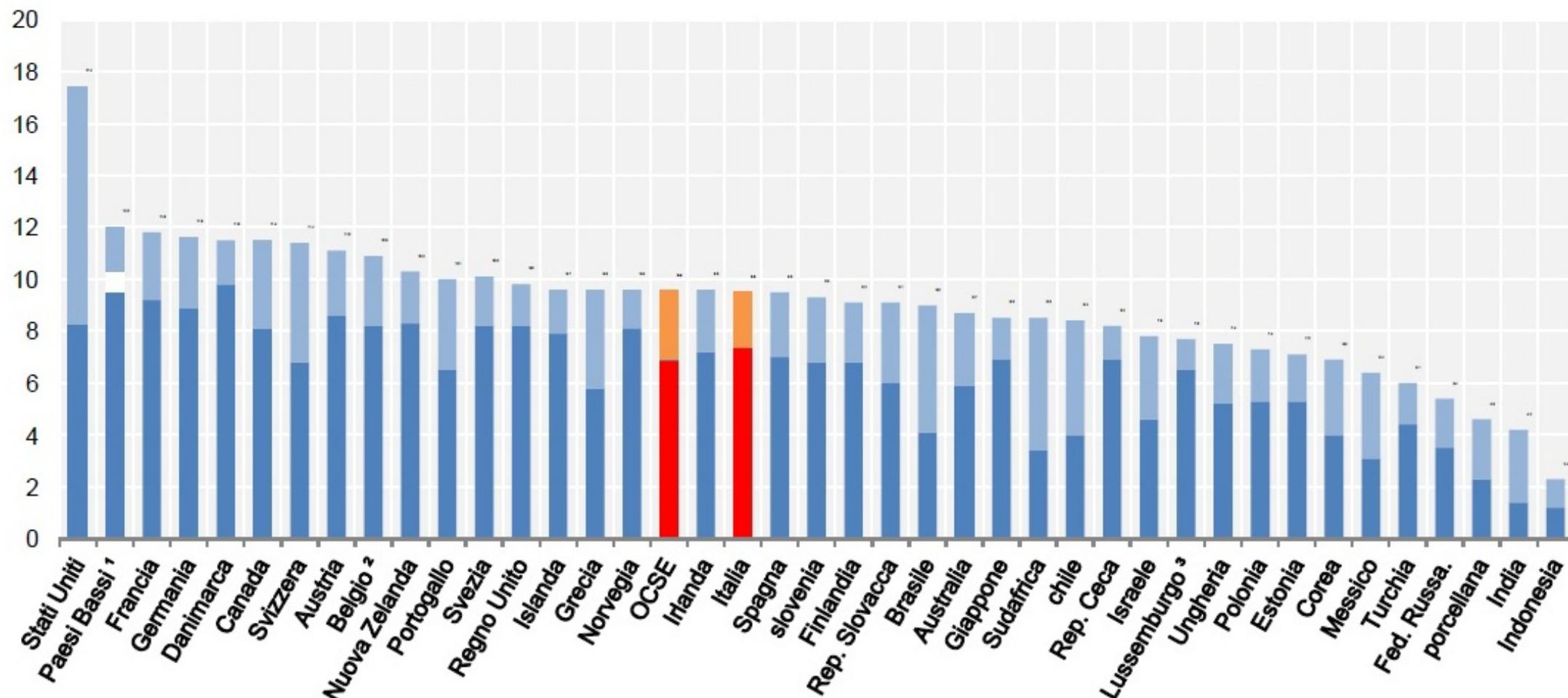


Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL, 2009 (o anno più vicino)

Per cento PIL

■ Spesa pubblica

■ Spesa private



1. Nei Paesi Bassi, non è possibile distinguere chiaramente le parti pubbliche e private relativi agli investimenti . 2. Totale spese esclusi gli investimenti. 3. Spesa sanitaria è per la popolazione assicurata piuttosto che la popolazione residente .

Informazione sui dati per Israele: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>

Source: OECD Health Data 2011 ; WHO Global Health Expenditure Database.

Incidenza della spesa sanitaria sul PIL

- 9,5% vs 9,6% (media OCSE)

Spesa pubblica: circa 110 mld di euro

- 77,9% vs 71,7% (media OCSE)

Spesa privata: circa 30 mld di euro

- 22,1% vs 28,3 (media OCSE)
- In Italia proviene quasi tutta dalle tasche dei cittadini, mentre in Europa è mediata da forme integrative di assistenza

Risonanze magnetiche

- 21,6 per milione di abitanti vs 12 (media OCSE)

TAC e la diagnostica per immagini

- 31,7 per milione di abitanti vs 22,1 (media OCSE)

Obesità

- Dal 7% del 1994 al 10,3% del 2009 → aumento dei costi per diabete e malattie cardiovascolari

IL RIPARTO ALLE REGIONI





Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SSN
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFF.IV EX DGPROG

Proposta per il CIPE

OGGETTO: Riparto disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale nell'anno 2012. Richiesta di Intesa alla Conferenza Stato-Regioni.

IMPORTO STANZIATO

Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2012 è complessivamente determinato in € **108.779,684 milioni di euro**, come somma algebrica dei seguenti importi:

Fabbisogno destinato al SSN per il 2012

- 106.173 miliardi di euro

Criteri per il riparto regionale

- Popolazione residente
 - Pesata per età (non per tutte le prestazioni!)
 - Corretta... con il “lapis”, per evitare sproporzioni eccessive tra un anno e l’altro
- Ignorati i criteri socio-economici (deprivazione) fortemente richiesti dalle regioni del sud

PIEMONTE	7.981.583.212	7,52%
V D'AOSTA	209.252.246	0,20%
LOMBARDIA	17.774.975.226	16,74%
BOLZANO	867.546.996	0,82%
TRENTO	902.286.161	0,85%
VENETO	8.703.791.198	8,20%
FRIULI	2.248.214.395	2,12%
LIGURIA	3.007.127.123	2,83%
E ROMAGNA	8.271.513.285	7,79%
TOSCANA	6.848.906.256	6,45%
UMBRIA	1.630.415.635	1,54%
MARCHE	2.765.899.842	2,61%
LAZIO	9.928.429.429	9,35%
ABRUZZO	2.242.297.661	2,11%
MOLISE	612.240.466	0,58%
CAMPANIA	9.563.030.448	9,01%
PUGLIA	6.851.070.690	6,45%
BASILICATA	996.759.537	0,94%
CALABRIA	3.246.213.875	3,06%
SICILIA	8.463.644.081	7,97%
SARDEGNA	2.866.149.488	2,70%
B GESU'	157.853.618	0,15%
ACISMOM	34.548.676	0,03%
TOTALE	106.173.749.546	100%

5% Prevenzione

51% Assistenza territoriale

44% Assistenza ospedaliera

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) risalgono al 2001

Le Regioni possono utilizzare fondi propri per finanziare ulteriori prestazioni non coperte dai LEA

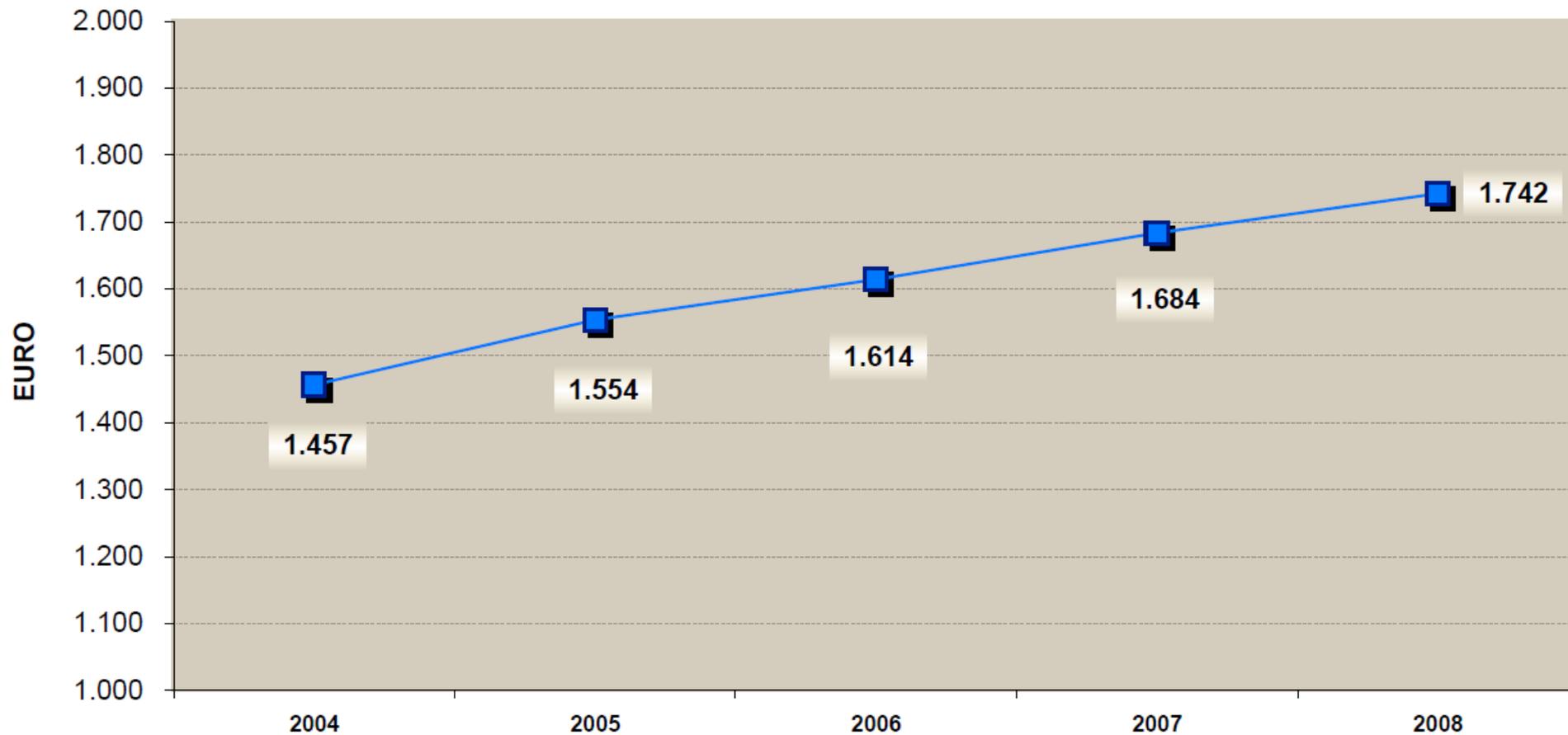
Fonti di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2008

Fonti di finanziamento	Finanziamento del SSN (Miliardi di Euro)
Irap e Addizionale Irpef	38,888
Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	47,507
Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	10,015
Ricavi e Entrate Proprie varie	2,654
FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato	3,839
TOTALE REGIONI e PROVINCE AUTONOME	102,902
Altri Enti Finanziati con Fondo Sanitario Nazionale	0,546
TOTALE	103,447

Altri enti finanziati con FSN: Croce Rossa Italiana, Cassa DD PP, Università (borse di studio per specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario

Quota pro-capite finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale



Roma, 4 gennaio 2012

DOSSIER TICKET 2012

- **Nel 2012 spenderemo 140 euro a testa di ticket per farmaci, analisi, visite e pronto soccorso, con una spesa totale di 4,5 miliardi.**
- **E dal 2014 arriveranno i nuovi ticket e la spesa per la compartecipazione arriverà a 6,6 miliardi.**

REGIONI VIRTUOSE e DISSENNATE





Ministero della Salute

**Adempimento “mantenimento dell’erogazione dei LEA”
attraverso gli indicatori della griglia Lea**

Metodologia e Risultati dell’anno 2009

Adempiente

Emilia R.

Lombardia

Toscana

Marche

Piemonte

Umbria

Veneto

Liguria

Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Basilicata	*Impegni 2010: <ul style="list-style-type: none">• 18 - Percentuale parti cesarei < 44%
	Sardegna	*Impegni 2010: <ul style="list-style-type: none">• migliorare le risorse finanziarie dedicate all'assistenza farmaceutica e ad attuare azioni di potenziamento della prevenzione secondaria (es. programmi di screening)
	Puglia	*Impegni 2010: <ul style="list-style-type: none">• 18 - Percentuale parti cesarei < 45%

Critica	Molise	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per l'obiettivo relativo all'assistenza residenziale ed alla riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata.
	Abruzzo	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per l'obiettivo relativo all'assistenza farmaceutica, all'assistenza agli anziani e per gli hospice
	Sicilia	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza territoriale e domiciliare degli anziani, alla spesa farmaceutica e alla riduzione dell'assistenza ospedaliera.
	Campania	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per aspetti di assistenza territoriale e di assistenza ospedaliera.
	Lazio	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per aspetti relativi al recupero di efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e al contenimento della spesa farmaceutica
	Calabria	<ul style="list-style-type: none"> • Rinvio al Piano di Rientro per aspetti di assistenza territoriale e di assistenza ospedaliera.



Ministero della Salute

Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali

Primi indicatori ministeriali

Anno 2008

Fonte dati: Ministero e database SDO 2008

A cura del Laboratorio Management e Sanità

Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Responsabile Scientifico Prof.ssa Sabina Nuti

Toscana

Assistenza farmaceutica (AF)

Assistenza distrettuale (T)

AF5 spesa lorda pro-capite

H1_1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari

T9 Ricoveri DH medico con finalità diagnostica

H2 Indice performance degenza media DRG chirurgici

T4 Tasso ospedalizzazione BPCO

H3 % DRG medici da reparti chirurgici

T3 Tasso ospedalizzazione diabete globale

H4 % colecistectomie laparoscopiche Day surgery

T2 Tasso ospedalizzazione scompenso

H5 DRG Lea chirurgici: % ricoveri Day Surgery

P6 Adesione screening colon-retto

H6 DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione

P5 Estensione screening colon-retto

H9 % Parti cesarei

P4 Adesione screening mammografico

H10 % re-ricovero

P3 Estensione screening mammografico

H11 % fratture femore operate entro 2 gg

P2 Vaccinazione pediatrica

H12 % di fughe

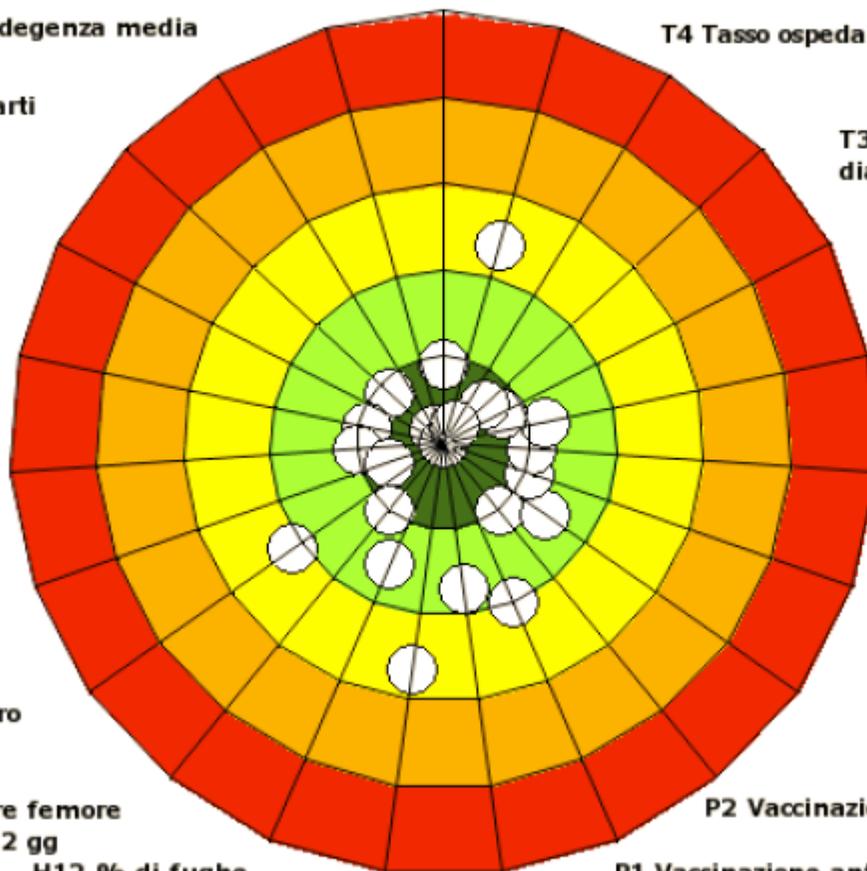
P1 Vaccinazione antinfluenzale

H13 Degenza media pre-operatoria

H14 % ricoveri ordinari medici brevi

Assistenza ospedaliera (H)

Assistenza sanitaria collettiva-prevenzione (P)



Emilia Romagna

Assistenza farmaceutica (AF)

Assistenza distrettuale (T)

AF5 spesa lorda pro-capite

H1_1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari

T9 Ricoveri DH medico con finalità diagnostica

H2 Indice performance degenza media DRG chirurgici

T4 Tasso ospedalizzazione BPCO

H3 % DRG medici da reparti chirurgici

T3 Tasso ospedalizzazione diabete globale

H4 % colecistectomie laparoscopiche Day surgery

T2 Tasso ospedalizzazione scompenso

H5 DRG Lea chirurgici: % ricoveri Day Surgery

P6 Adesione screening colon-retto

H6 DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione

P5 Estensione screening colon-retto

H9 % Parti cesarei

P4 Adesione screening mammografico

H10 % re-ricovero

P3 Estensione screening mammografico

H11 % fratture femore operate entro 2 gg

P2 Vaccinazione pediatrica

H12 % di fughe

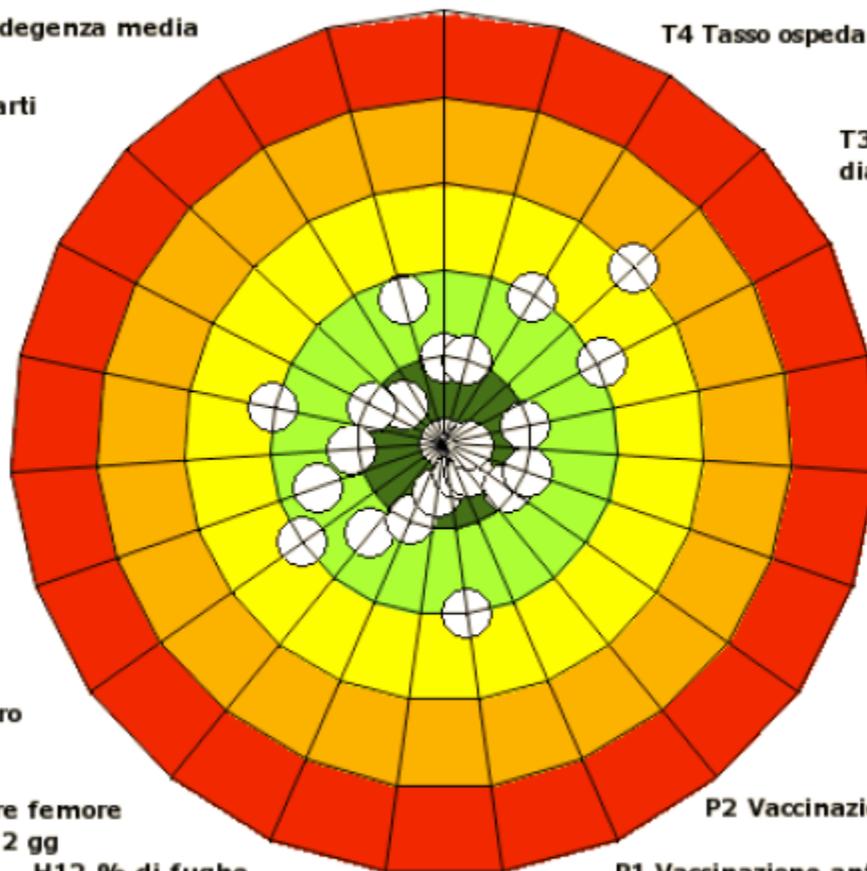
P1 Vaccinazione antinfluenzale

H13 Degenza media pre-operatoria

H14 % ricoveri ordinari medici brevi

Assistenza ospedaliera (H)

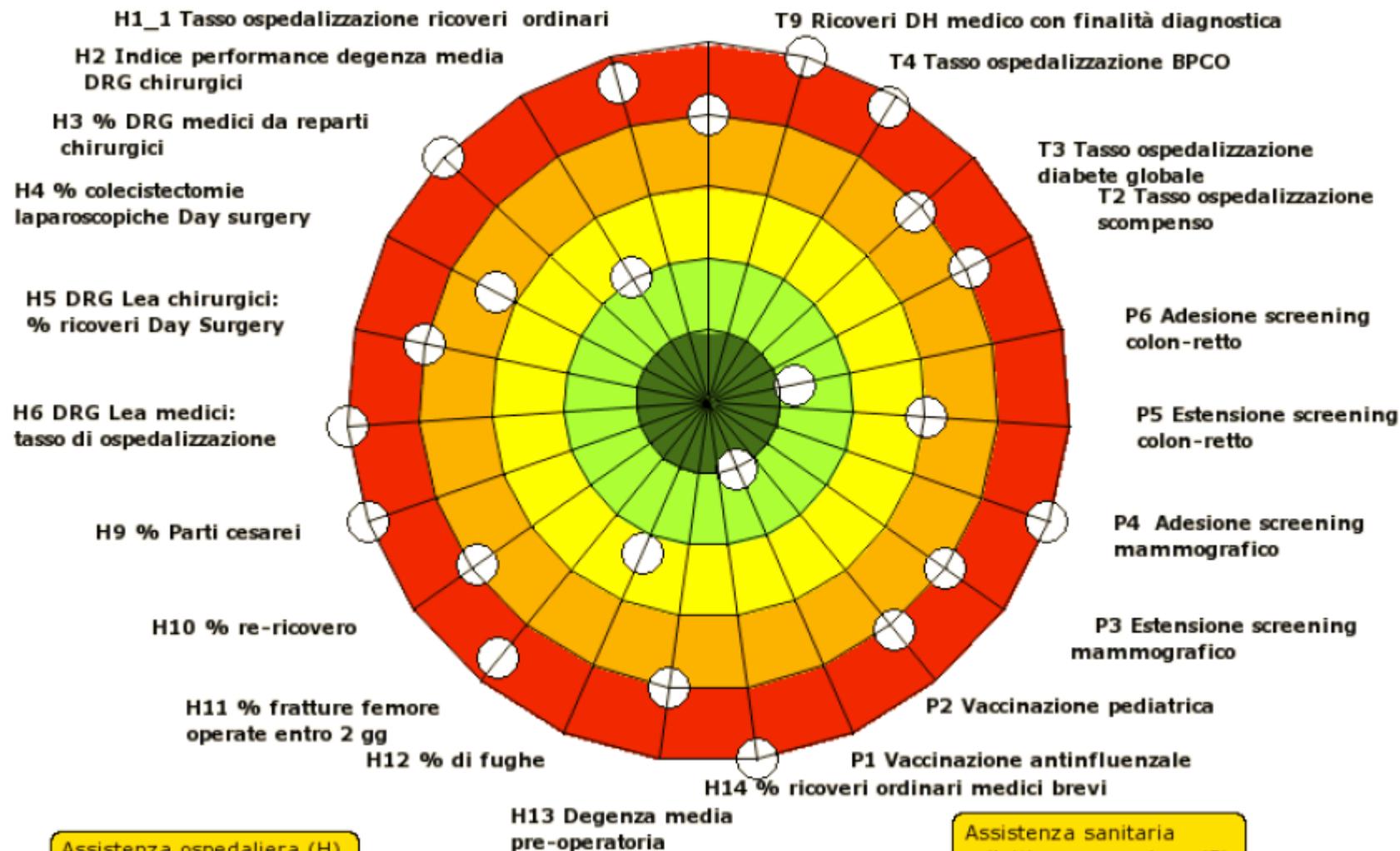
Assistenza sanitaria collettiva-prevenzione (P)



Campania

Assistenza farmaceutica (AF)

Assistenza distrettuale (T)



Calabria

Assistenza farmaceutica (AF)

Assistenza distrettuale (T)

AF5 spesa lorda pro-capite

- H1_1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari
- H2 Indice performance degenza media DRG chirurgici
- H3 % DRG medici da reparti chirurgici
- H4 % colecistectomie laparoscopiche Day surgery
- H5 DRG Lea chirurgici: % ricoveri Day Surgery
- H6 DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione

T9 Ricoveri DH medico con finalità diagnostica

T4 Tasso ospedalizzazione BPCO

T3 Tasso ospedalizzazione diabete globale
T2 Tasso ospedalizzazione scompenso

P6 Adesione screening colon-retto

P5 Estensione screening colon-retto

P4 Adesione screening mammografico

P3 Estensione screening mammografico

P2 Vaccinazione pediatrica

P1 Vaccinazione antinfluenzale

H14 % ricoveri ordinari medici brevi

H13 Degenza media pre-operatoria

H9 % Parti cesarei

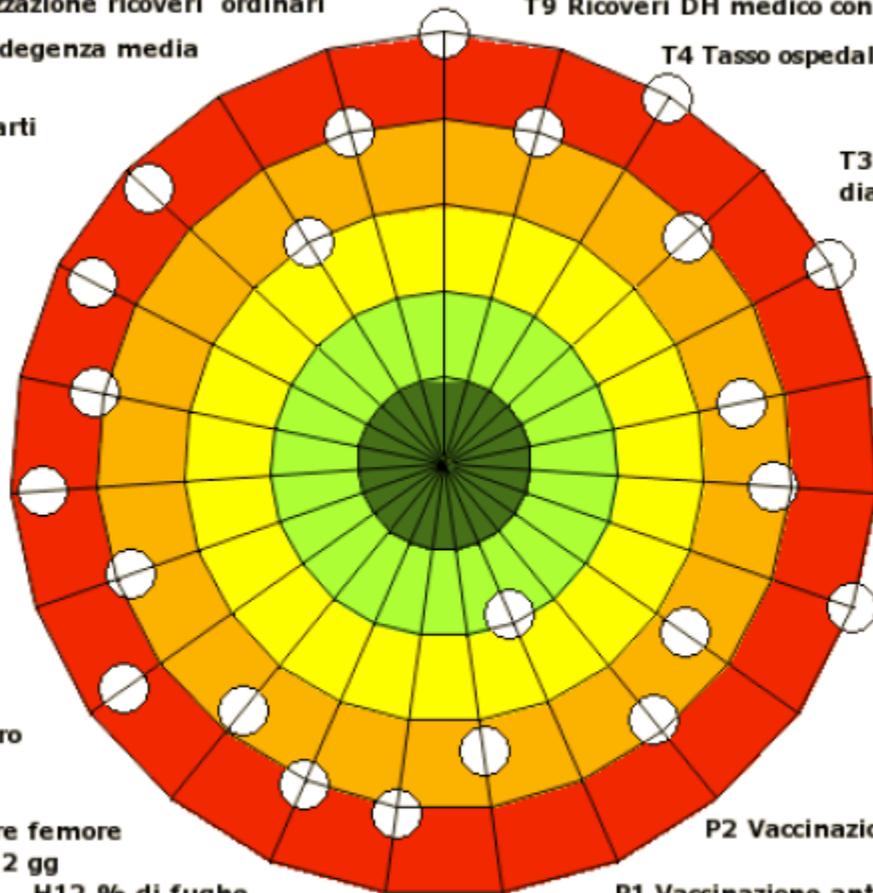
H10 % re-ricovero

H11 % fratture femore operate entro 2 gg

H12 % di fughe

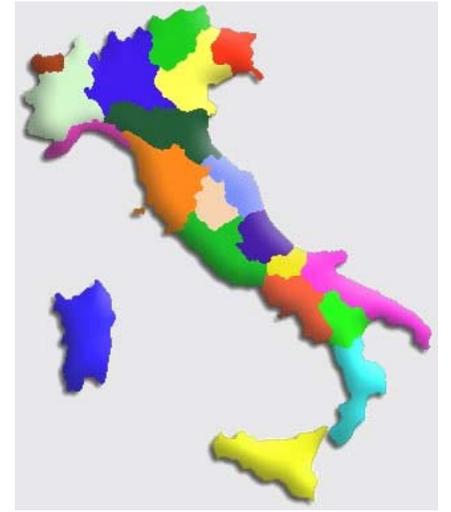
Assistenza ospedaliera (H)

Assistenza sanitaria collettiva-prevenzione (P)



IL PARADOSSO

Le regioni **virtuose** garantiscono una buona sanità tenendo in equilibrio il proprio bilancio; quelle **dissennate** hanno i conti fuori controllo e offrono peggiori livelli di assistenza sanitaria



L'ASSIOMA

Non si tratta di quante risorse si hanno a disposizione, ma di come i servizi sanitari regionali gestiscono quelle assegnate

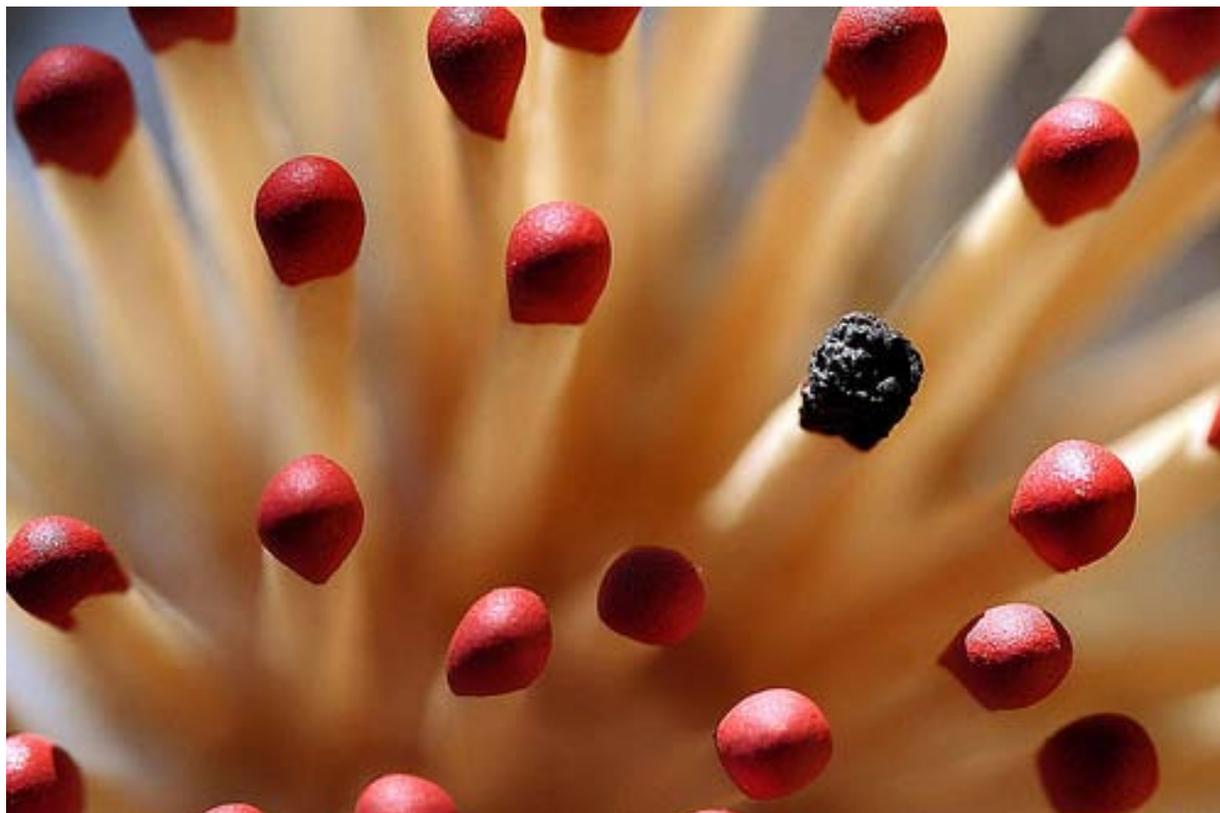
IL PROVERBIO

Chi più spende... peggio spende

Intervista a Zuccatelli: “Nelle Regioni in deficit politica faccia un passo indietro. Ora i tecnici”

"Come si può pensare che chi ha determinato il disavanzo guidi il risanamento?"

LE DISEGUAGLIANZE



Il Sole **24 ORE**

Sanità



ANGOLO DI PENNA

Viva l'Italia! 150 anni di unità tra i perigliosi flutti delle diseguaglianze regionali

di Nino Cartabellotta *

- La regione di residenza di un cittadino, oltre a influenzare l'equità d'accesso a servizi e prestazioni sanitarie, costituisce un fattore di rischio indipendente per la sua salute.
- Le diseguaglianze regionali disegnano una carta geografica molto simile a quella dell'epoca rinascimentale!



Rapporto sull'uso dei farmaci antibiotici

Analisi del consumo territoriale nelle regioni italiane



2009



Agenzia Italiana del Farmaco
AIFA

L'uso SSN di antibiotici nelle Regioni italiane in DDD/1000 ab die.
Anno 2008

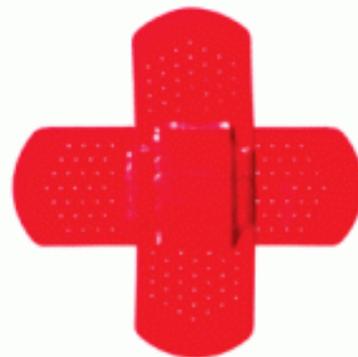




IL MALAFFARE

Daniela Francese

SANITÀ SPA



**TAGLIARE IL MALAFFARE
PER SALVARE IL DIRITTO DI TUTTI
ALLA CURA E ALL'ASSISTENZA**

NEWTON COMPTON EDITORI



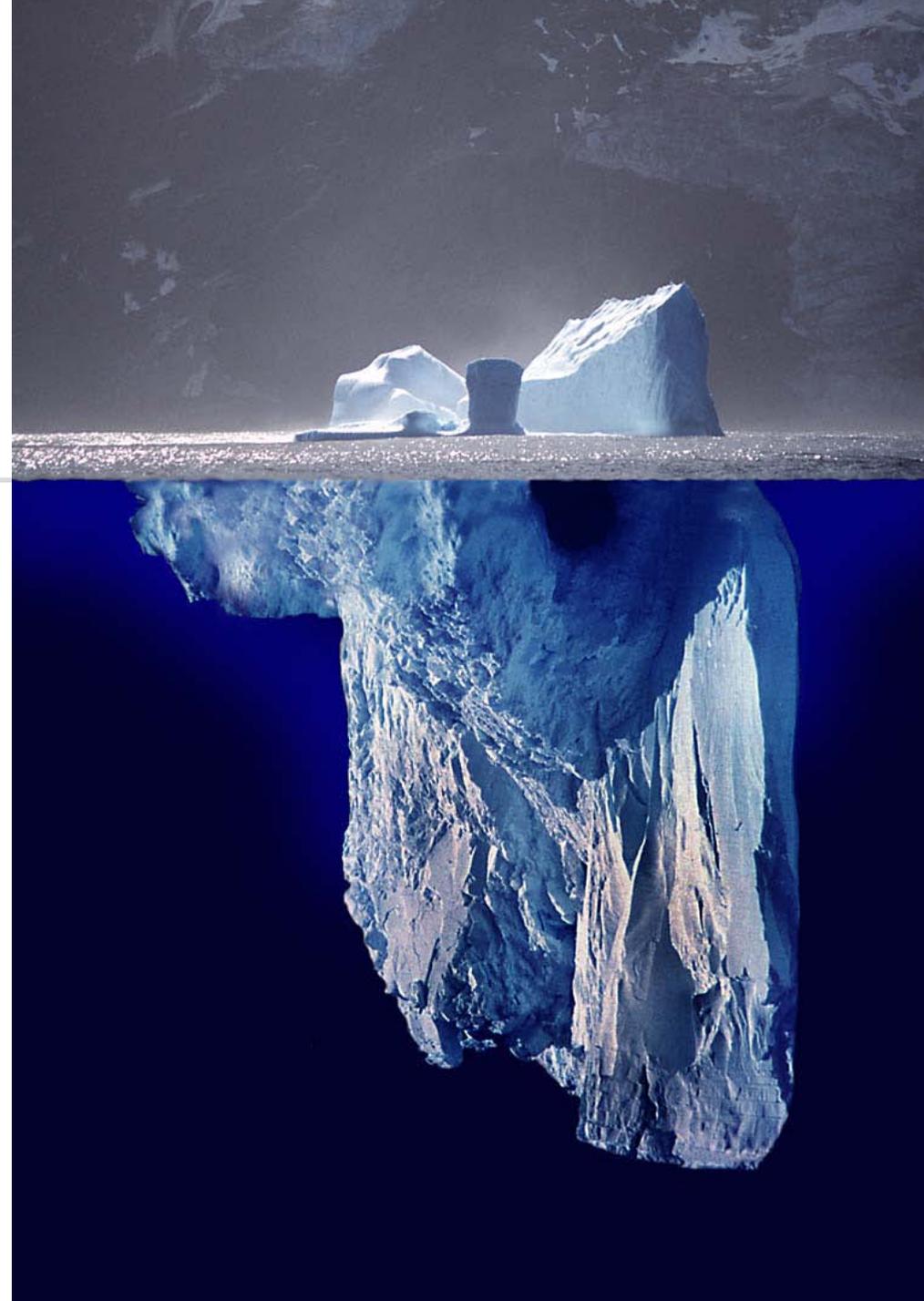
- La sanità con 130 miliardi di euro/anno è il comparto con la quota più elevata di denaro pubblico investito.
- Considerato che i soldi pubblici fanno gola a tutti, con gli anni si è radicata una vasta rete del malaffare che sottrae preziose risorse alla sanità pubblica.





3 anni di indagini della Guardia di Finanza hanno accertato:

- Danni erariali: 2 mld di euro
- Frodi: 500 mln di euro



Cronache

Corte dei Conti. Sanità. Contestati danni per 333 milioni di euro. Dilagano truffe e illeciti

A tanto ammontano i danni erariali al Ssn rilevati dalle Procure ma ancora in attesa del giudizio contabile. Nel 2011 già notificati 22 milioni di euro di risarcimento (metà confermata in appello). Lo rileva [la relazione della Corte](#) illustrata oggi. Ecco la mappa regione per regione. [Leggi...](#)



I PROFESSIONISTI



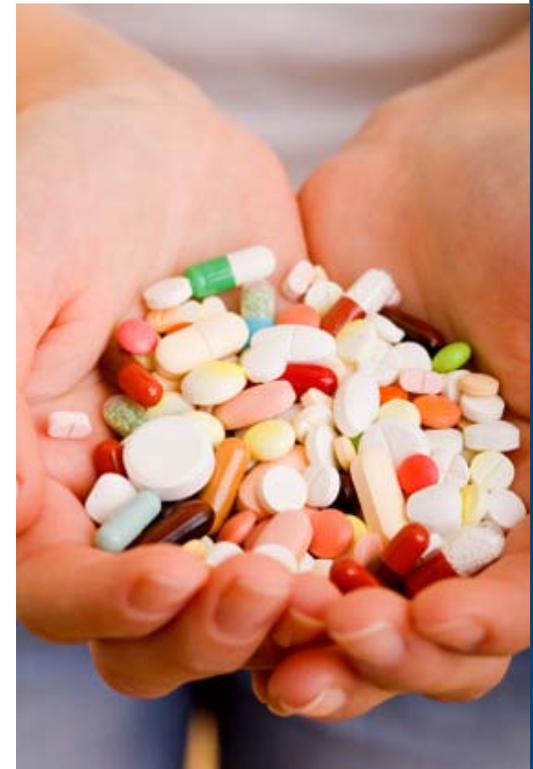
- I professionisti sanitari sono potenti induttori di servizi e prestazioni
- La medicina difensiva ha preso il sopravvento sulle decisioni secondo scienza e coscienza
- L'industria farmaceutica e tecnologica continuamente "induce in tentazione" tutti i professionisti sanitari

Ingente spreco di risorse per

- Interventi sanitari inefficaci
- Interventi sanitari efficaci, ma inappropriati

LE REGOLE (ANOMALE) DEL MERCATO DEI FARMACI

- Chi sceglie (**medico**), non paga e non consuma
- Chi consuma (**cittadino**), non sceglie e non paga
- Chi paga (**SSN**), non sceglie e non consuma



GLI STAKEHOLDERS



MANAGER

**SOCIETÀ
SCIENTIFICHE**

CITTADINI



**AZIENDE
SANITARIE**

POLITICA

INDUSTRIA

**PROFESSIONISTI
SANITARI**





Come allineare gli obiettivi di tutti gli stakeholders non sempre convergenti e spesso conflittuali?

Sanità



ANGOLO DI PENNA

**Il value-based
healthcare
“unità di misura”
delle prossime
politiche sanitarie**

di Nino Cartabellotta *



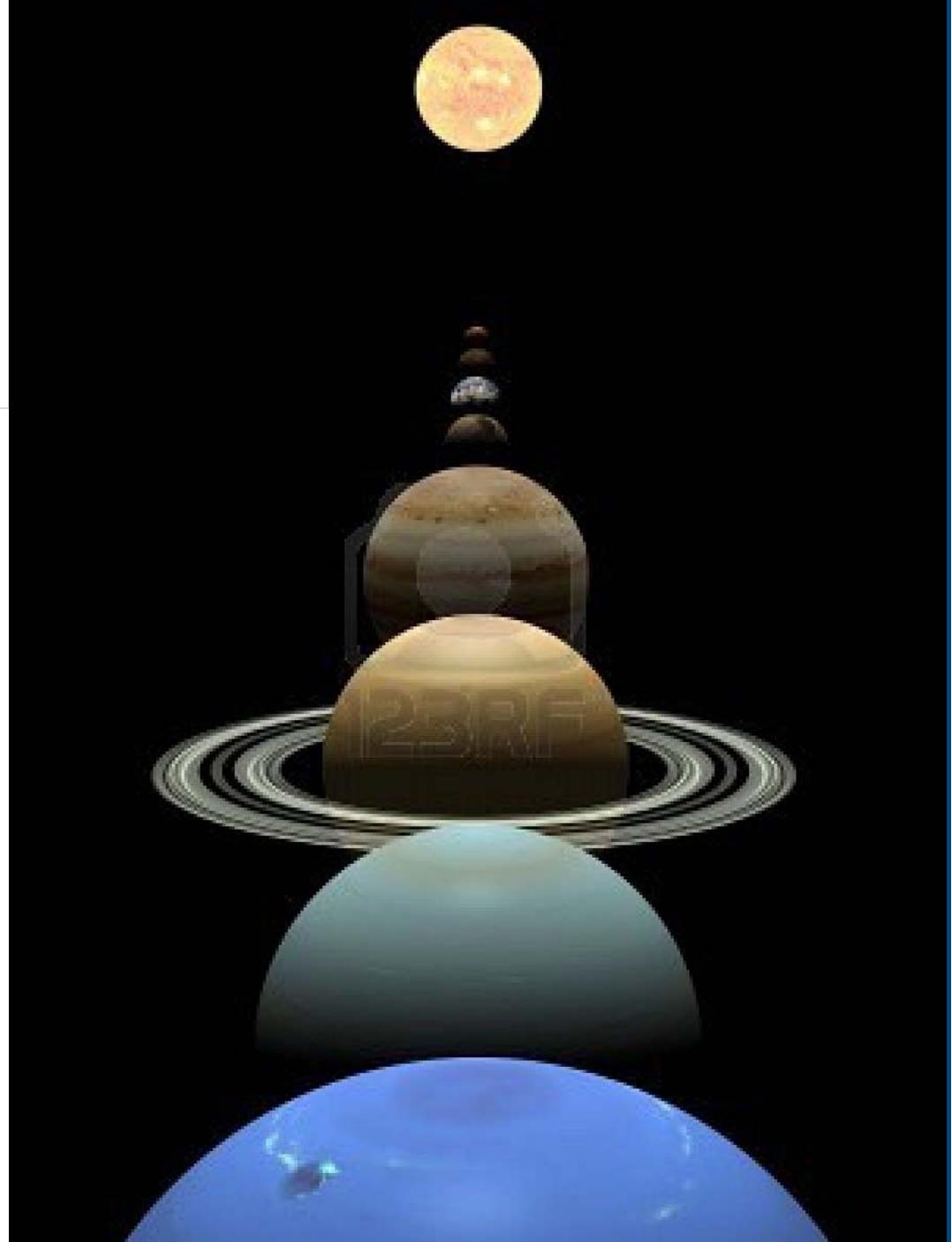
ANGOLO DI PENNA

**Il codice genetico
delle High Value
Healthcare
Organizations**

di Nino Cartabellotta *

HIGH VALUE

Miglior risultato di salute
ottenuto
per unità monetaria utilizzata



LE ASPETTATIVE DEI CITTADINI

HAI BUONE
PROBABILITA'
DI VIVERE
CENT'ANNI.

TUTTI QUI
IN QUESTO
PAESE?!





> **E se un giorno i diamanti diventassero caramelle?**

A A A 



Mentre i portici e le vie di Bologna si colorano magicamente, le parole di Gaetano Curreri dipingono di nero il futuro: *“Qui è come se domani non ci fossero più stelle, è come se diamanti diventassero caramelle è come se il mattino non portasse mai più il sole...”*

Si certo, la melodia degli Stadio è solo una canzone d'amore, ma se i “diamanti diventassero caramelle” che ne sarebbe del nostro futuro e, soprattutto, di quello dei nostri figli?

Leggi tutto

 43 commenti

Le migliori evidenze scientifiche devono permeare tutte le decisioni sanitarie e guidare le scelte dei cittadini

Data: [3 dicembre 2011](#) Categoria: [Post](#) Tags: [Aspettative](#), [Politica sanitaria](#) [Edit]

www.ninocartabellotta.it









Nel 1999 Richard Smith, aveva intuito che per garantire la sostenibilità del sistema sanitario pubblico l'azione più urgente ed efficace è **intervenire sulle aspettative dei cittadini nei confronti di una “medicina mitica”**.

E ricordava a tutti noi che...





1. la morte è inevitabile
2. la maggior parte delle malattie gravi non può essere guarita
3. gli antibiotici non servono per curare l'influenza
4. le protesi artificiali ogni tanto si rompono
5. gli ospedali sono luoghi pericolosi
6. tutti i farmaci hanno anche effetti collaterali
7. la maggioranza degli interventi sanitari produce solo benefici marginali e molti non funzionano affatto
8. gli screening producono anche risultati falsi negativi e falsi positivi
9. oltre che acquistare indiscriminatamente tecnologie sanitarie, esistono altri modi per investire le risorse economiche

- Il messaggio di Richard Smith deve concretizzarsi in **misure istituzionali per alfabetizzare tutti i cittadini sull'efficacia-appropriatezza-sicurezza degli interventi sanitari**
- Misure tanto più urgenti quanto più la crisi economica costringerà questo esecutivo tecnico (e quelli politici che verranno) a scelte sempre più difficili per decidere quali prestazioni garantire a tutti i cittadini, le cui **aspettative sempre crescenti non potranno mai essere soddisfatte con le risorse disponibili**

QUALE SOLUZIONE?

- Il SSN per sopravvivere non può più garantire **“tutto a tutti”**
- Oggi è sostenibile solo un sistema sanitario pubblico guidato dalla parola d'ordine **appropriatezza**





"è indispensabile fare dell'appropriatezza il faro che illumina tutta la materia, evitando che il contenimento della spesa comporti un venir meno della fiducia nella qualità dei servizi"



7 febbraio 2012





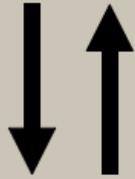
manager&evidence health

Programmazione Focus sulla più richiesta e ambita qualità del servizio sanitario

L'appropriatezza nel mirino

di **Antonino Cartabellotta** *

**Appropriatezza
Professionale**



**Appropriatezza
Organizzativa**

Health Intervention

“intervento giusto al paziente giusto”

Timing

“al momento giusto e per la durata giusta”

Setting

“nel posto giusto”

Professional

“dal professionista giusto”



Sistema nazionale per
le linee guida
Istituto superiore di sanità

Taglio cesareo

Solo quando serve



Parti cesarei. Se ne fanno troppi. Balduzzi invia i Nas in tutta Italia per verifiche su abusi

10 febbraio 2012



Nino Cartabellotta

Evidenze scientifiche, linee guida, audit clinico... No grazie!

Visti i divari intollerabili tra le regioni (dal 23% in Friuli al 62% in Campania) il Ministro Balduzzi si affida ai Nas per verificare l'appropriatezza.

facebook

ADESSO BASTA !

È UNA VITA CHE NASCONDO
LA TESTA. E ADESSO
MI AVVISANO CHE
ERA M , NON SABBIA.





Ho fondato GIMBE
perché i migliori risultati della ricerca
siano sempre disponibili
a chi decide della nostra salute:
professionisti sanitari,
manager, politici.

E anche per tutti noi,
perché la salute
è il nostro bene più prezioso.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Roberto Sella', with a long horizontal flourish extending to the right.

La **SALUTE** non ha prezzo
ma la **SANITÀ** costa a tutti
SALVIAMO il nostro **SSN**

