



**Salute
prima
di tutto,
Sanità
per tutti.**

**13^a Conferenza
Nazionale GIMBE**
Bologna,
2 marzo 2018

Lettura inaugurale

**#salviamoSSN:
prossima legislatura,
ultima chiamata**

Nino Cartabellotta

Fondazione GIMBE

Disclosure

- La Fondazione GIMBE, di cui sono Presidente, eroga attività di formazione e coaching su alcuni temi trattati dalla mia relazione
- Nessun altro conflitto da dichiarare



Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I

GAZZETTA  **UFFICIALE**
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

ROMA - Giovedì, 28 dicembre 1978

**SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVI**

**DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 65101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8508**

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

Istituzione del servizio sanitario nazionale.

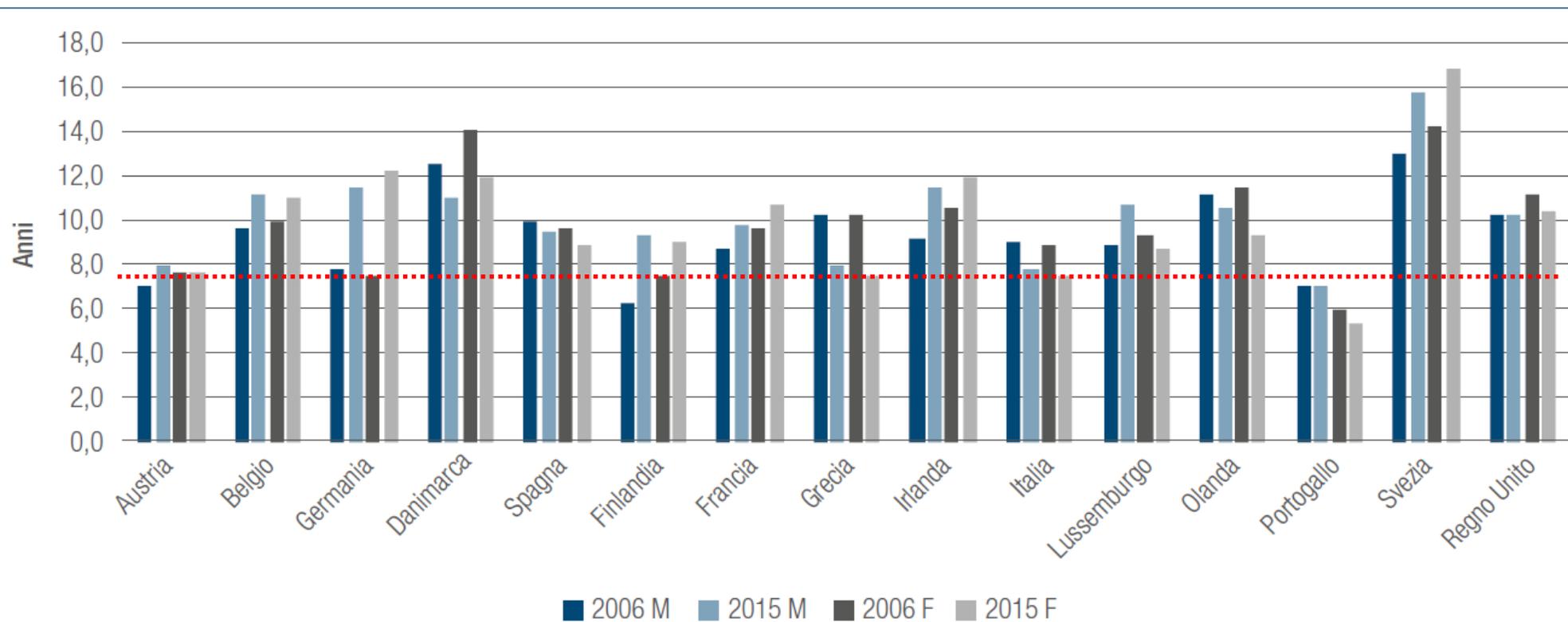


Bloomberg Best (and Worst)

Most Efficient Health Care 2014: Countries

Rank 2014	Country	Efficiency score	Life expectancy	Health-care cost as percentage of GDP	Health-care cost per capita	Rank 2013
1	Singapore	78.6	82.1	4.5%	\$2,426	2
2	Hong Kong SAR	77.5	83.5	5.3	\$1,944	1
3	Italy	76.3	82.9	9.0	\$3,032	6
4	Japan	68.1	83.1	10.2	\$4,752	3
5	South Korea	67.4	81.4	7.0	\$1,703	8
6	Australia	65.9	82.1	9.1	\$6,140	7
7	Israel	65.4	81.7	7.0	\$2,289	4
8	France	64.6	82.6	11.8	\$4,690	19
9	United Arab Emirates	64.1	77.0	3.2	\$1,343	12
10	United Kingdom	63.1	81.5	9.4	\$3,647	14

Figura 7. Aspettativa a 65 anni di vita residua in buona salute (senza limitazioni funzionali)



Fonte: elaborazione su dati Commissione Europea, ECHI Database, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

7,8 anni per gli uomini (media EU 9,4)

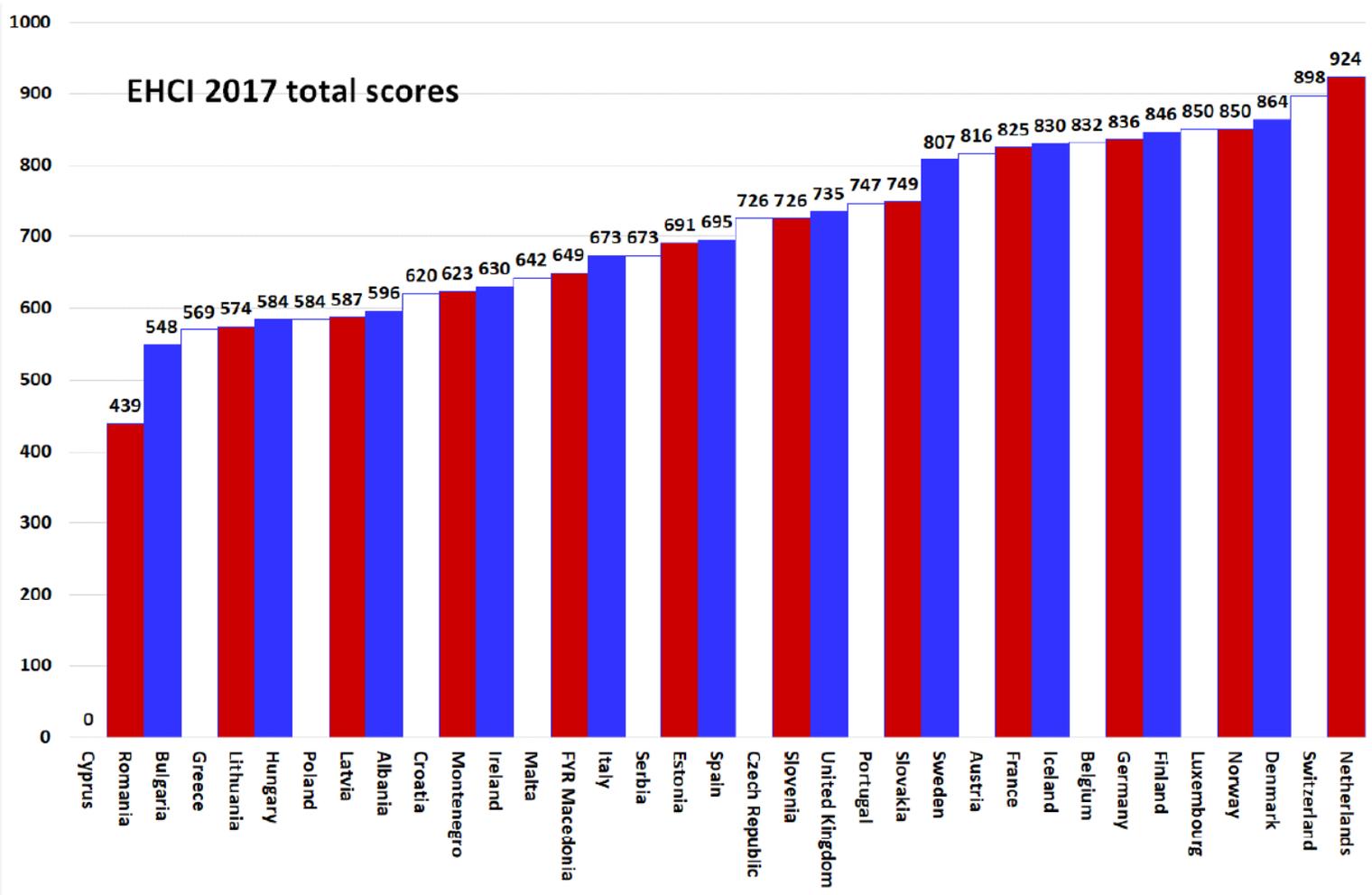
7,5 anni per le donne (media EU 9,4)



**Euro Health
Consumer Index 2017**

1.3.20 Italy

20th place, 673 points. Italy has the largest internal difference of GDP/capita between regions of any European country; the GDP of the poorest region is only 1/3 of that of Lombardy (the richest). Although in theory the entire healthcare system operates under one central ministry of health, the national Index score of Italy is a mix of Northern Italian and Rome Green scores, and Southern Italian Red scores, resulting in a lot of Yellows.



1. Patient rights & Information	1.2 Patient organisations involved in decision making	
	1.4 Right to second opinion	
	1.5 Access to own medical record	
	1.6 Registry of <i>bona fide</i> doctors	
	1.7 Web or 24/7 telephone HC info with interactivity	
	1.8 Cross-border care seeking financed from home	
	1.9 Provider catalogue with quality ranking	
	1.10 Patient records e-accessible	
	1.11 Patients' access to on-line booking of appointments?	
	1.12 e-prescriptions	
	Subdiscipline weighted score	88
2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access	
	2.2 Direct access to specialist	
	2.3 Major elective surgery <90 days	
	2.4 Cancer therapy < 21 days	
	2.5 CT scan < 7days	
	2.6 A&E waiting times	
	Subdiscipline weighted score	150

3. Outcomes	3.1 30-day Case Fatality for AMI	
	3.2 30-day Case Fatality for stroke	
	3.3 Infant deaths	
	3.4 Cancer survival	
	3.5 Potential Years of Life Lost	
	3.6 MRSA infections	
	3.7 Abortion rates	
	3.8 Depression	
	3.9 % of diabetes patients with HbA1c < 7	
	Subdiscipline weighted score	211
4. Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	
	4.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	
	4.3 Kidney transplants per million pop.	
	4.4 Is dental care included in the public healthcare offering?	
	4.5 Informal payments to doctors	
	4.6 Long term care for the elderly	
	4.7 % of dialysis done outside of clinic	
	4.8 Caesarean sections	
	Subdiscipline weighted score	73

5. Prevention	5.1 Infant 8-disease vaccination	
	5.2 Blood pressure	
	5.3 Smoking Prevention	
	5.4 Alcohol	
	5.5 Physical activity	
	5.6 HPV vaccination	
	5.7 Traffic deaths	
	Subdiscipline weighted score	101
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx subsidy	
	6.3 Novel cancer drugs deployment rate	
	6.4 Access to new drugs (time to subsidy)	
	6.5 Arthritis drugs	
	6.6 Statin use	
	6.7 Antibiotics/capita	
	Subdiscipline weighted score	50

Total score	673
Rank	20



Health Care Index for Country 2018

Rank	Country	Health Care Index	Health Care Exp. Index
1	Netherlands	81.08	148.53
2	Belgium	80.43	147.44
3	Austria	78.80	144.68
4	France	78.03	142.77
5	Spain	77.49	142.81
6	Denmark	77.07	142.18
7	Germany	75.44	137.58
8	Finland	75.40	137.04
9	Czech Republic	75.36	138.42
10	Norway	74.66	136.37
11	United Kingdom	74.19	135.82
12	Switzerland	71.73	134.81
13	Estonia	71.35	130.34
14	Sweden	70.42	129.31
15	Portugal	69.50	125.92
16	Italy	68.01	123.63

8^a Conferenza Nazionale GIMBE

Evidence, Governance, Performance

Bologna, 15 marzo 2013

Il diritto alla Salute tra tagli e riforme E' possibile salvare il SSN?

Nino Cartabellotta

Fondazione GIMBE

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it

IL RAPPORTO

CONSULTAZIONE PUBBLICA

RASSEGNA STAMPA



Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025



[Download](#)

Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN



RAPPORTO 2017

RAPPORTO 2016

CONSULTAZIONE PUBBLICA



2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale



 **GIMBE**
EVIDENCE FOR HEALTH

2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale



Presentato a Roma il 6 giugno 2017
Sala degli Atti parlamentari della
Biblioteca "Giuseppe Spadolini"
Senato della Repubblica

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale e commerciale

[Download](#)

2025



2017

2016

2° Rapporto GIMBE

1° Rapporto GIMBE

1

- **Spesa sanitaria 2015**

2

- **Stima fabbisogno 2025**

3

- **Stima “cunei di stabilizzazione”**

4

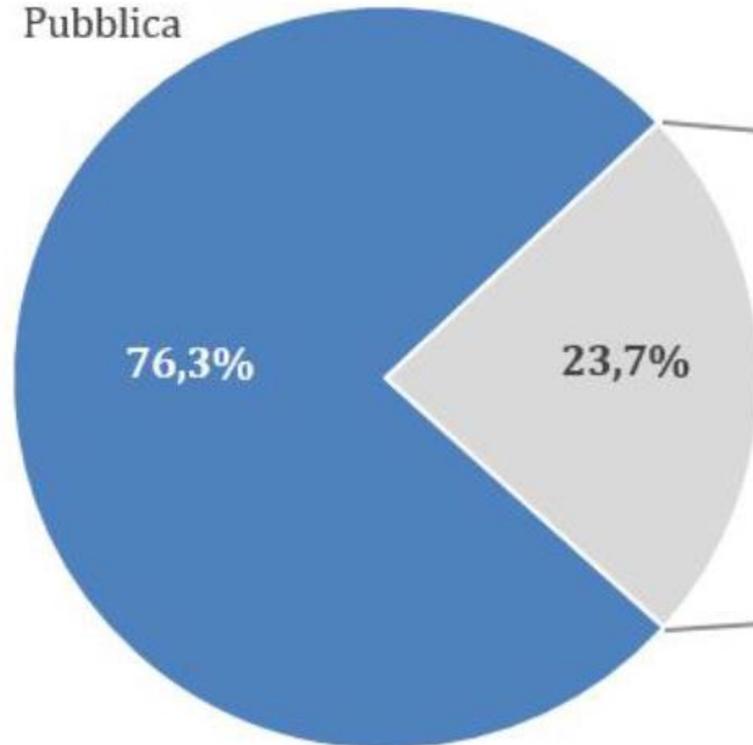
- **Sostenibilità al 2025**

1

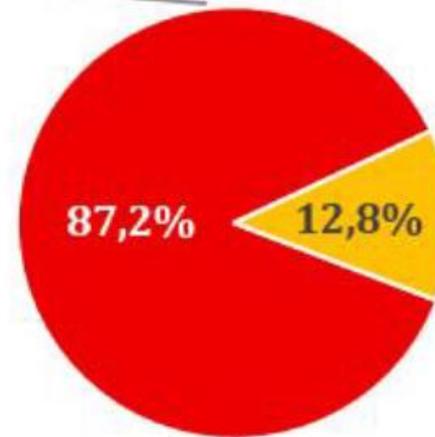
• Spesa sanitaria 2015

€ 147,3 mld

€ 112,41
Pubblica



Out-of-pocket
€ 30,41



Intermediata
€ 4,48



- **Stima fabbisogno 2025**

€ 210 mld*

- Entità del sotto-finanziamento del SSN
- Benchmark con altri paesi europei
- Necessità di rilanciare le politiche per il personale sanitario
- Inadempimenti LEA
- Invecchiamento della popolazione
- Innovazioni farmacologiche
- Necessità di ammodernamento tecnologico
- Nuovi LEA

*spesa pro-capite € 3.500, inferiore alla media OCSE del 2013

2

• Stima fabbisogno 2025

EXTRA-STIMA

- Bisogni socio-sanitari: assistenza familiare e servizi di badantato, partecipazione alle spese sociali, mancato reddito dei caregiver

€ 17 mld

- Investimenti straordinari per l'edilizia sanitaria

???

Finanziamento pubblico

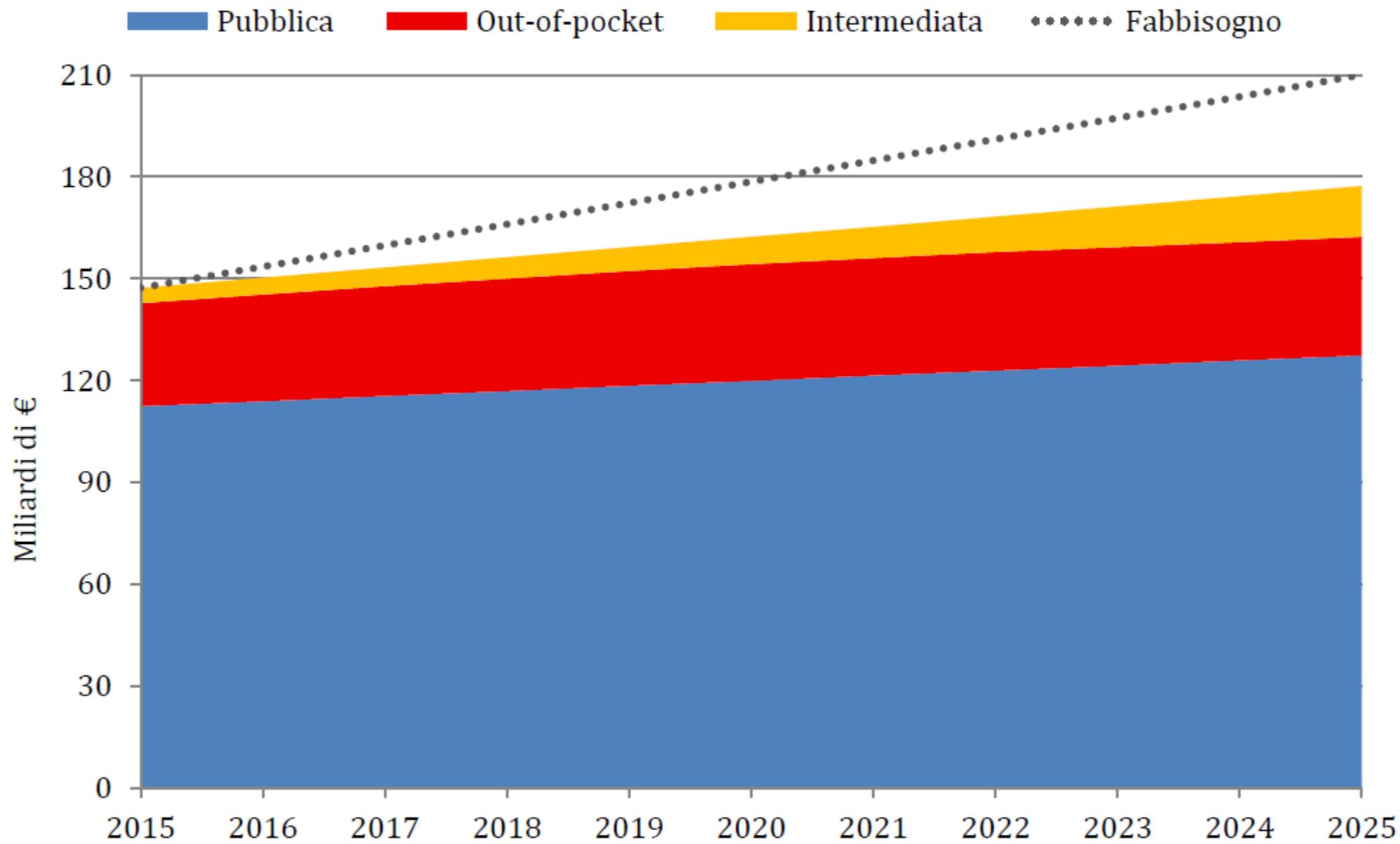
- Incremento reale 2013-2018: < € 6 miliardi in 5 anni
- Nota di aggiornamento DEF 2017: rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,7% (2017) al 6,3% (2020)
- Quadro economico generale

- Stima “cunei di stabilizzazione”

€ 15 mld

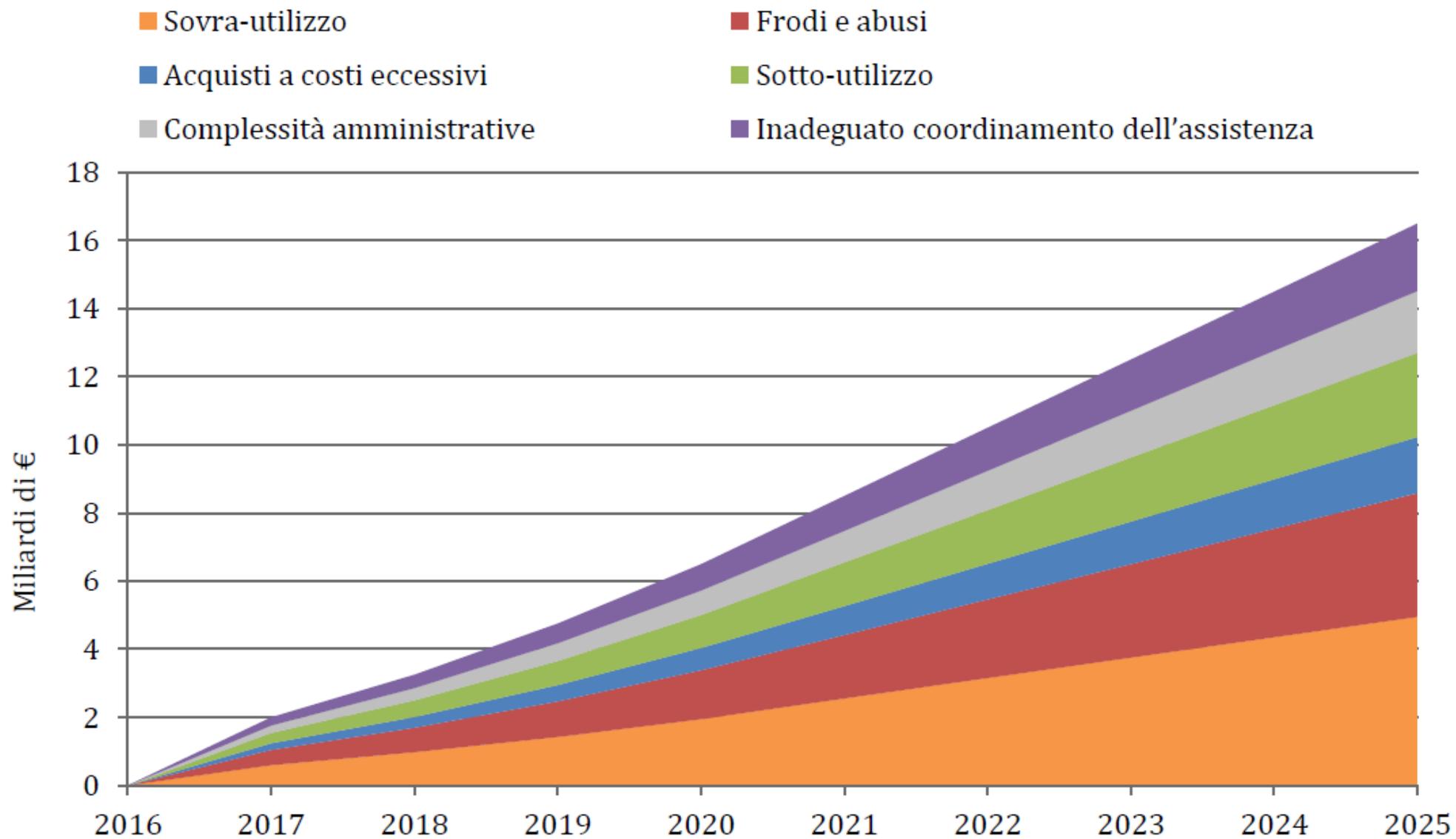
Spesa privata

- Trend aumento numero di fondi sanitari integrativi e iscritti
- Espansione mercato assicurativo
- Aumento spesa out-of-pocket

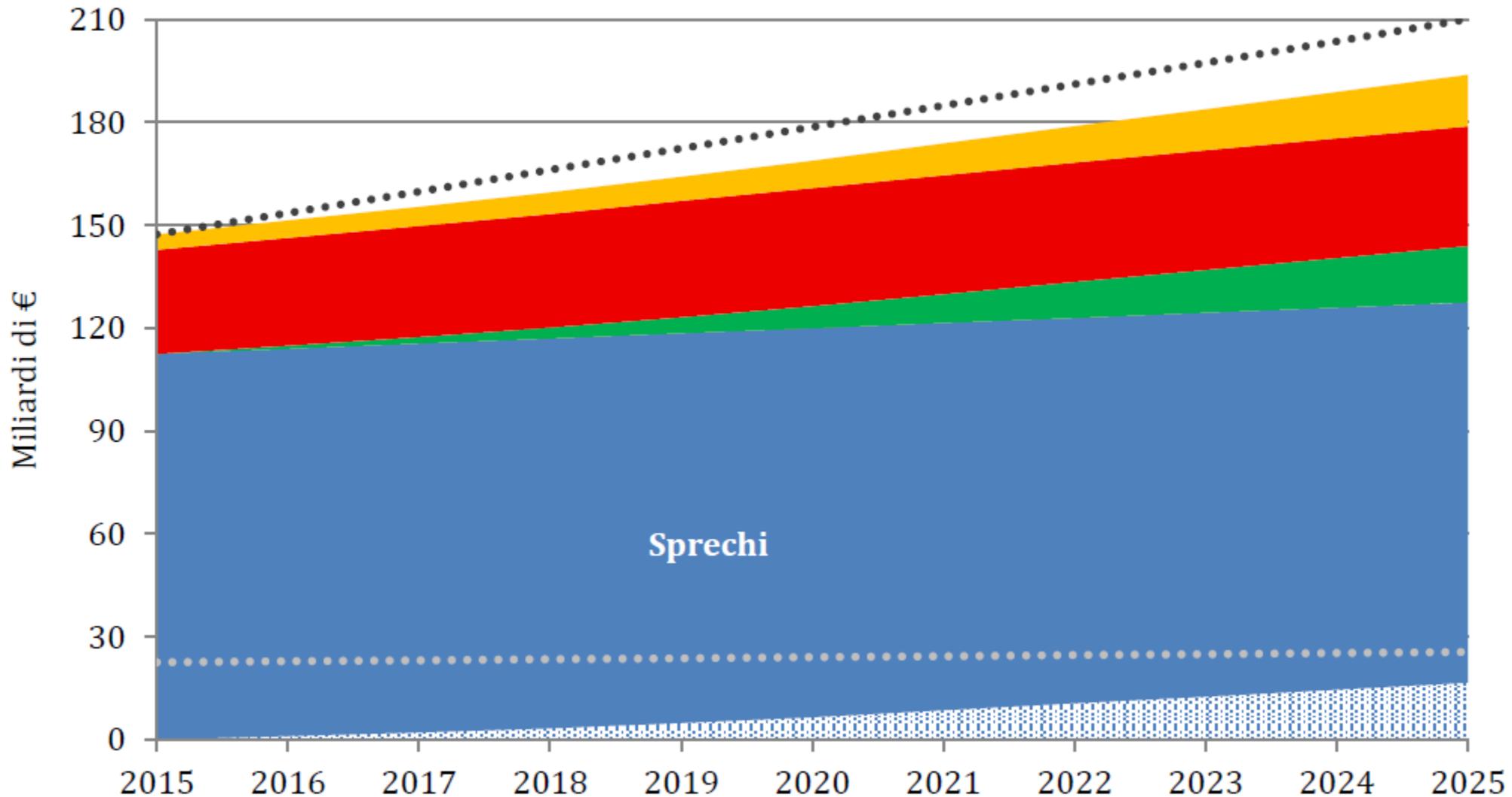


Disinvestimento da sprechi e inefficienze

- Totale sprechi 2016-2025: € 240 miliardi, persistendo lo status-quo
- Nel 2025: accettabilità sprechi < € 10 miliardi
- Entro 2025: disinvestire progressivamente circa 1/3 degli sprechi totali



■ Pubblica
 ■ Disinvestimento
 ■ Out-of-pocket
 ■ Intermediata
 Fabbisogno



- **Sostenibilità al 2025**

- € 16 mld

- Rispetto al fabbisogno stimato per il 2025 il gap è superiore a € 16 miliardi nonostante:
 - Stima fabbisogno € 210 miliardi estremamente prudentiale
 - Recupero € 80 miliardi da sprechi molto impegnativo

Rapporto sulla sostenibilità del
Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025



Presentato a Roma il 7 giugno 2016
Sala degli Atti parlamentari della
Biblioteca "Giovanni Spadolini"
Senato della Repubblica

Per salvare il SSN occorre un preciso programma politico

Rapporto GIMBE, 2016

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

2° Rapporto sulla sostenibilità del
Servizio Sanitario Nazionale



#salviamoSSN

Presentato a Roma il 6 giugno 2017
Sala degli Atti parlamentari della
Biblioteca "Giovanni Spadolini"
Senato della Repubblica

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale

Non possiamo sperare che sia
il futuro a salvare il SSN

Rapporto GIMBE, 2017



SALUTE AL CENTRO DI TUTTE LE DECISIONI POLITICHE non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali



RIORDINO LEGISLATIVO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA per evitare derive consumistiche e di privatizzazione



MAGGIORI CAPACITÀ DI INDIRIZZO E VERIFICA DELLO STATO SULLE REGIONI nel pieno rispetto delle loro autonomie



ELIMINARE IL SUPERTICKET e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei



COSTRUIRE UN SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari



RIDISEGNARE IL PERIMETRO DEI LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri



#salviamoSSN

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH



PROGRAMMA NAZIONALE D'INFORMAZIONE SCIENTIFICA A CITTADINI E PAZIENTI per debellare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e promuovere decisioni realmente informate



CERTEZZE SULLE RISORSE PER LA SANITÀ: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico



RILANCIARE LE POLITICHE PER IL PERSONALE e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari



SANA INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone



PIANO NAZIONALE CONTRO GLI SPRECHI IN SANITÀ, per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi



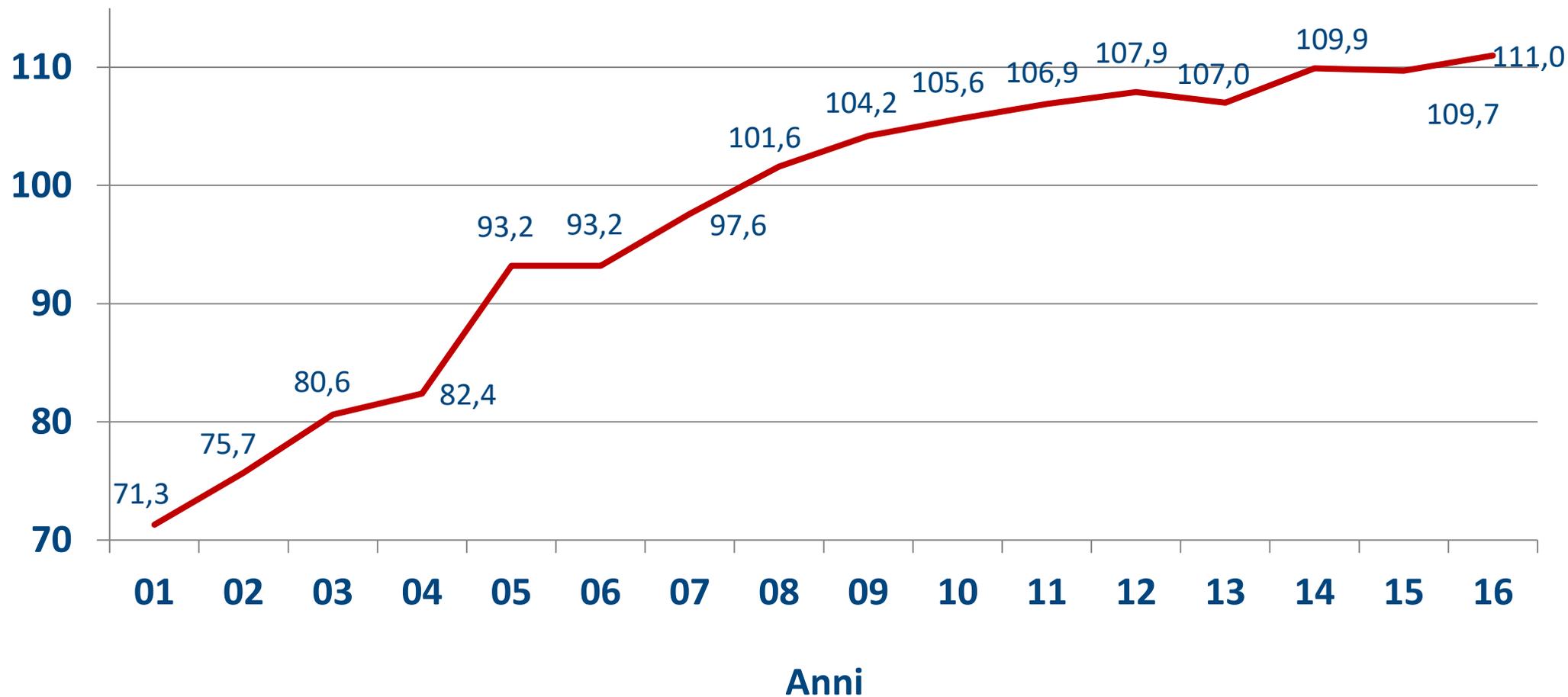
FINANZIARE RICERCA CLINICA E ORGANIZZATIVA: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN

**CERTEZZE SULLE RISORSE
PER LA SANITÀ:** stop alle
periodiche revisioni al ribasso
e rilancio del finanziamento
pubblico



Finanziamento pubblico SSN 2001-2016

Miliardi €



Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA  **UFFICIALE**
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Mercoledì, 21 dicembre 2016

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

LEGGE 11 dicembre 2016, n. 232.

**Bilancio di previsione dello Stato per l'anno
finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio
2017-2019.**

[SANITÀ]

113
MILIARDI

2 miliardi in più del 2015

Epatite C

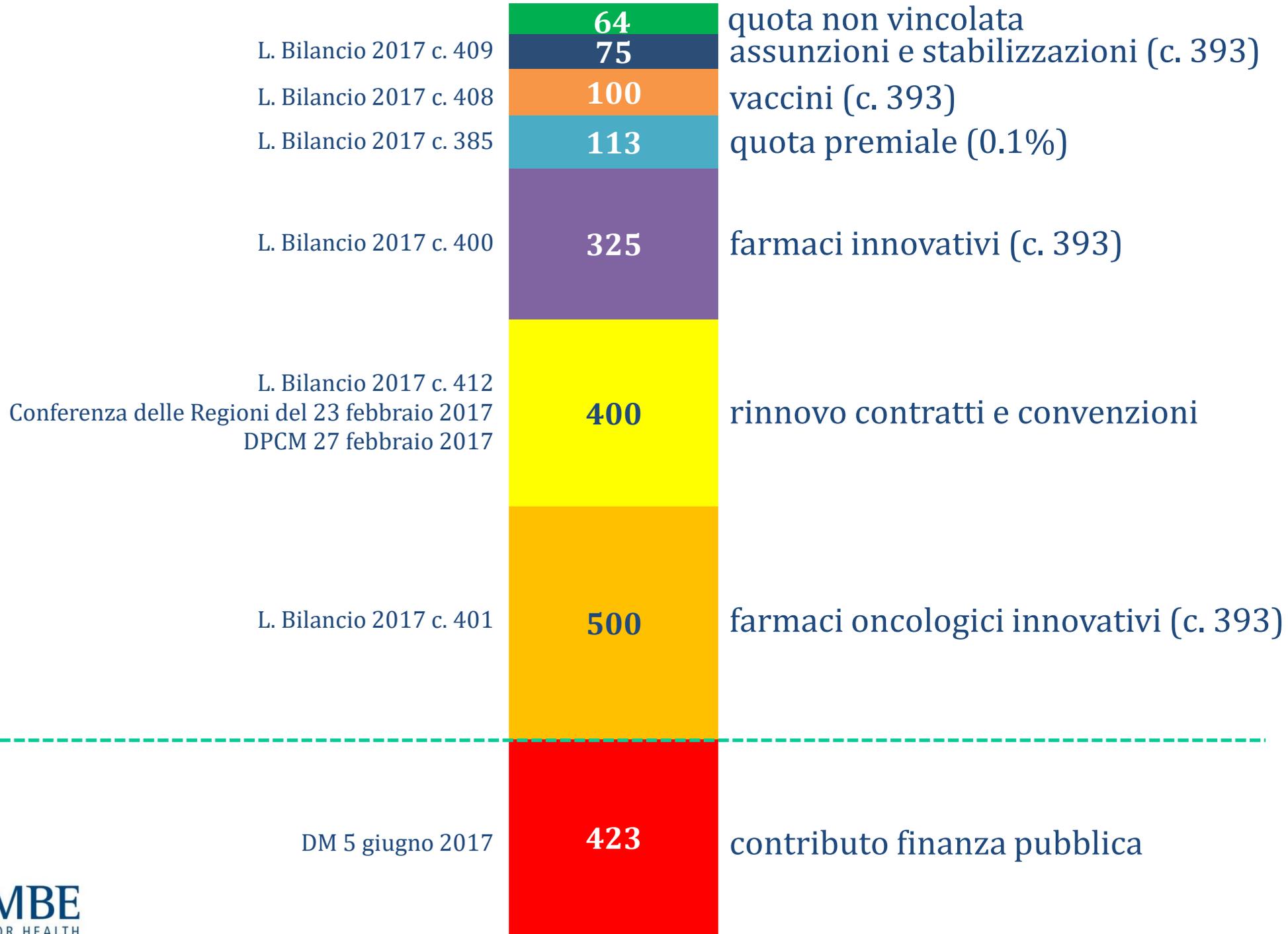
Medicine oncologiche

Vaccini

**STABILIZZAZIONE
MEDICI e INFERMIERI**

Bisogno

#passodopopasso





MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE



DOCUMENTO DI ECONOMIA E FINANZA 2017

Presentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri
Paolo Gentiloni Silveri

e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze
Pier Carlo Padoan

Deliberato dal Consiglio dei Ministri l'11 Aprile 2017



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE



NOTA DI AGGIORNAMENTO DEL
**DOCUMENTO
DI ECONOMIA
E FINANZA 2017**

Deliberata dal Presidente del Consiglio dei Ministri
Paolo Gentiloni Silveri

e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze
Pier Carlo Padoan

il 23 Settembre 2017

TABELLA III.3-2 PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2017 – 2020

	2017	2018	2019	2020
Spesa sanitaria	114.138	115.068	116.105	118.570
In % di PIL	6,7%	6,5%	6,4%	6,4%
Tasso di variazione in %	1,4%	0,8%	0,9%	2,1%

**PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2017 – 2020**

	2017	2018	2019	2020
Spesa sanitaria	114.138	115.068	116.105	118.570
In % di PIL	6,6	6,5	6,4	6,3
Tasso di variazione in %	1,4	0,8	0,9	2,1



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE



NOTA DI AGGIORNAMENTO DEL

**DOCUMENTO
DI ECONOMIA
E FINANZA 2017**



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

**Relazione sulla gestione
finanziaria delle Regioni
Esercizio 2015**

(Legge 5 giugno 2003, n. 131)

Deliberazione n. 17/SEZAUT/2017/FRG

DECRETO 5 giugno 2017.

Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale.

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELLA SALUTE

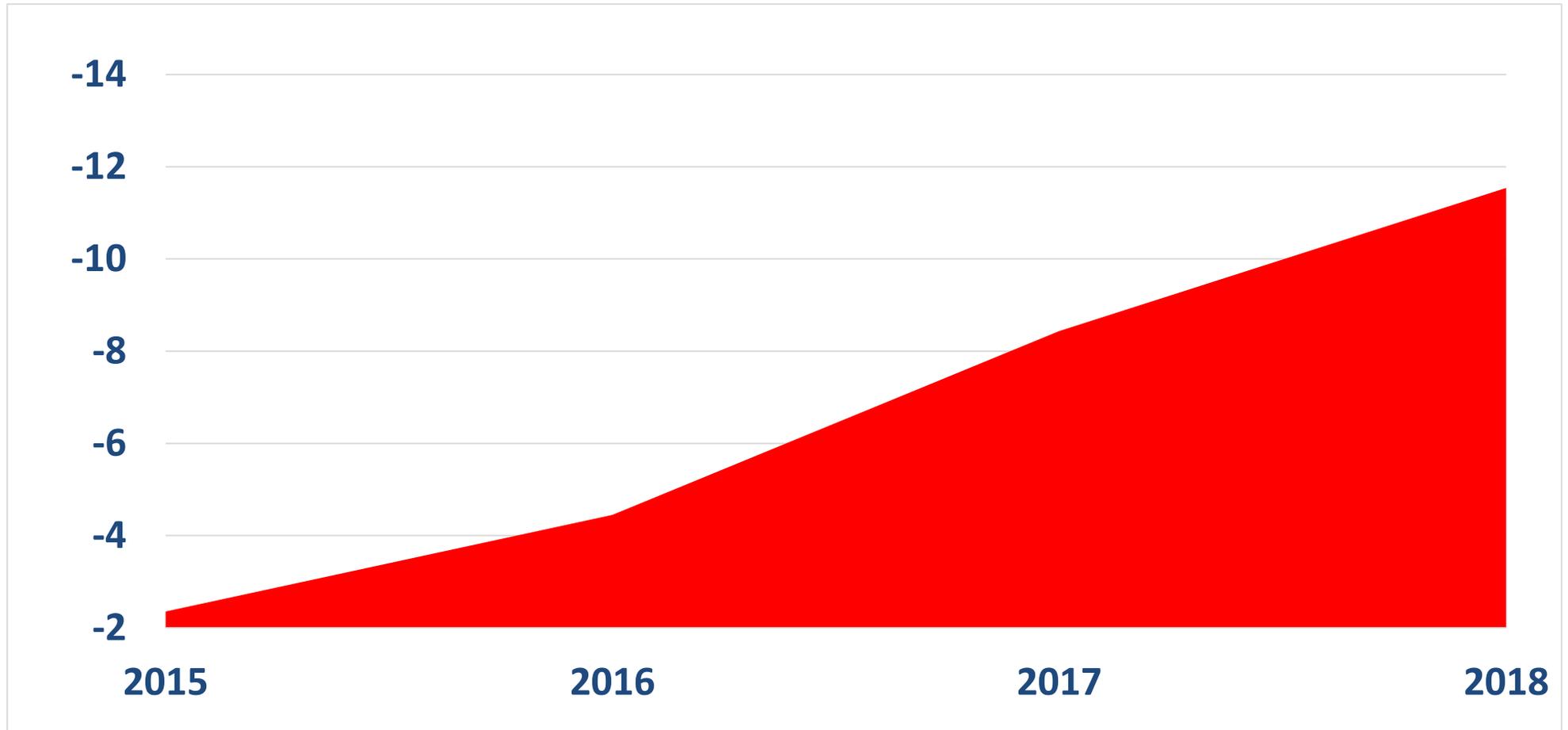
Art. 1.

1. Per l'anno 2017 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è ridotto di 423 milioni di euro.

2. A decorrere dall'anno 2018, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è ridotto di 604 milioni di euro.

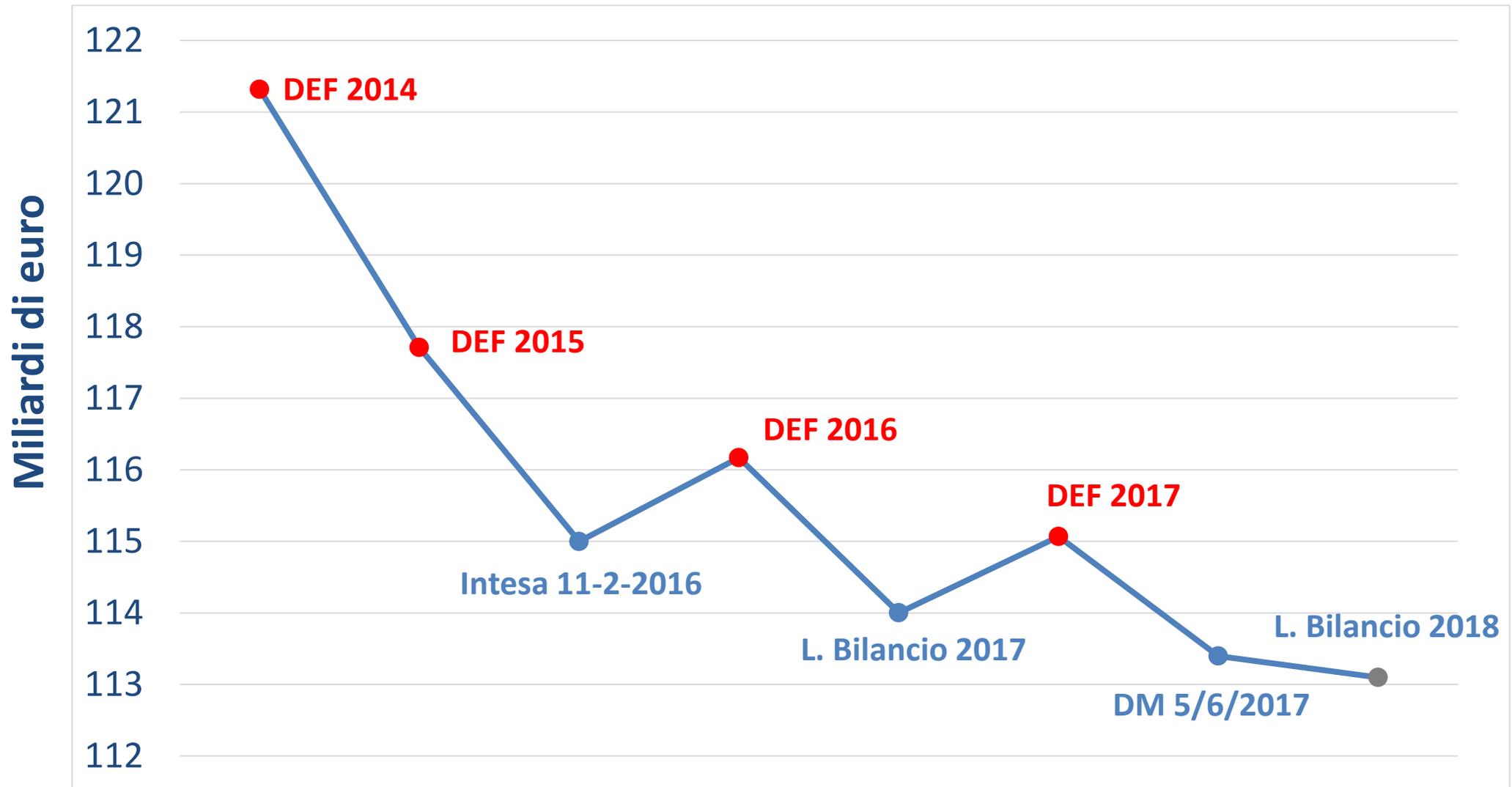
Riduzione cumulativa finanziamento 2015-2018

Miliardi di euro



*Aggiornamento ed elaborazione GIMBE da:
Corte dei Conti, luglio 2017*

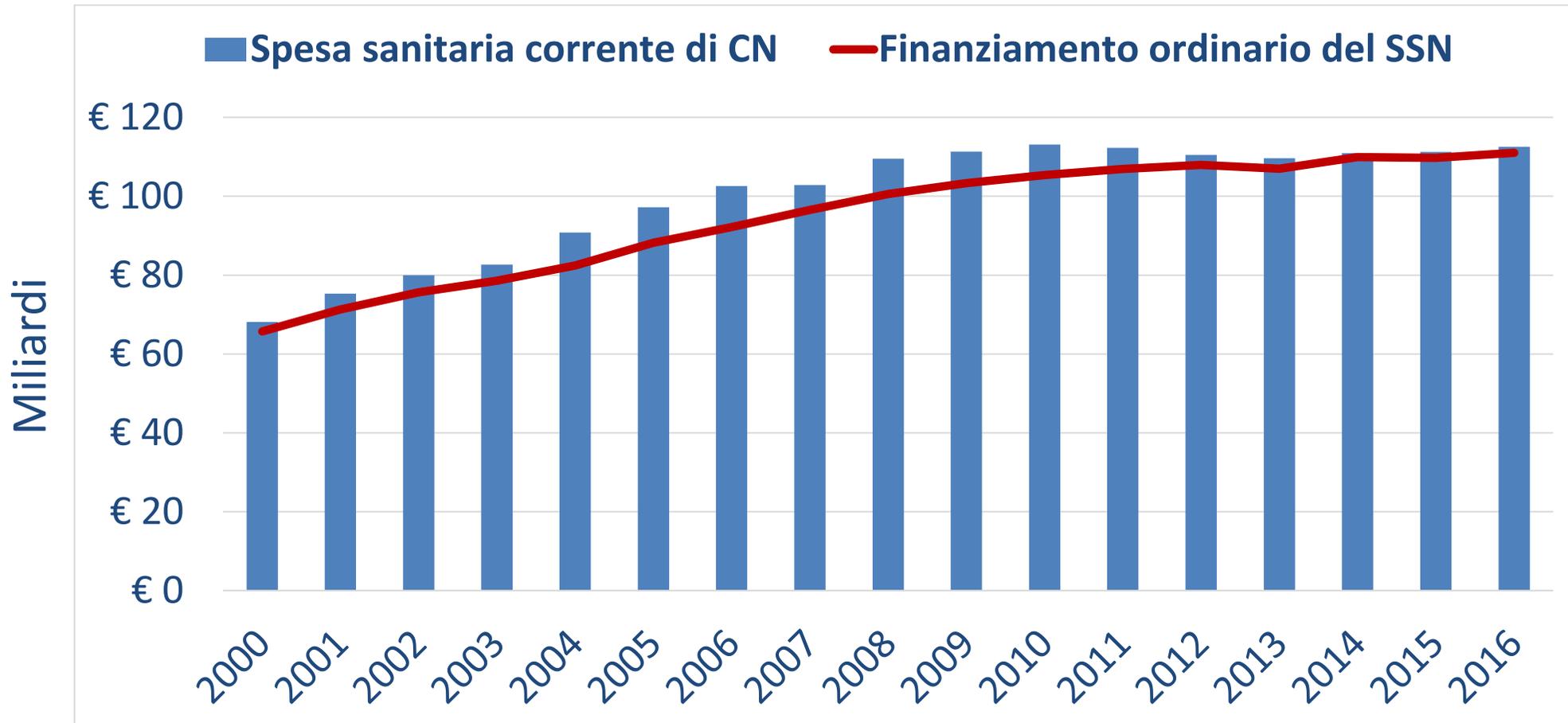
2018: previsioni DEF vs finanziamento reale



Aggiornamento ed elaborazione GIMBE da:
Corte dei Conti, luglio 2017

Tab 21/SA - Spesa per consumi finali delle Amministrazioni pubbliche per funzione, anni 2000 e 2011-2015

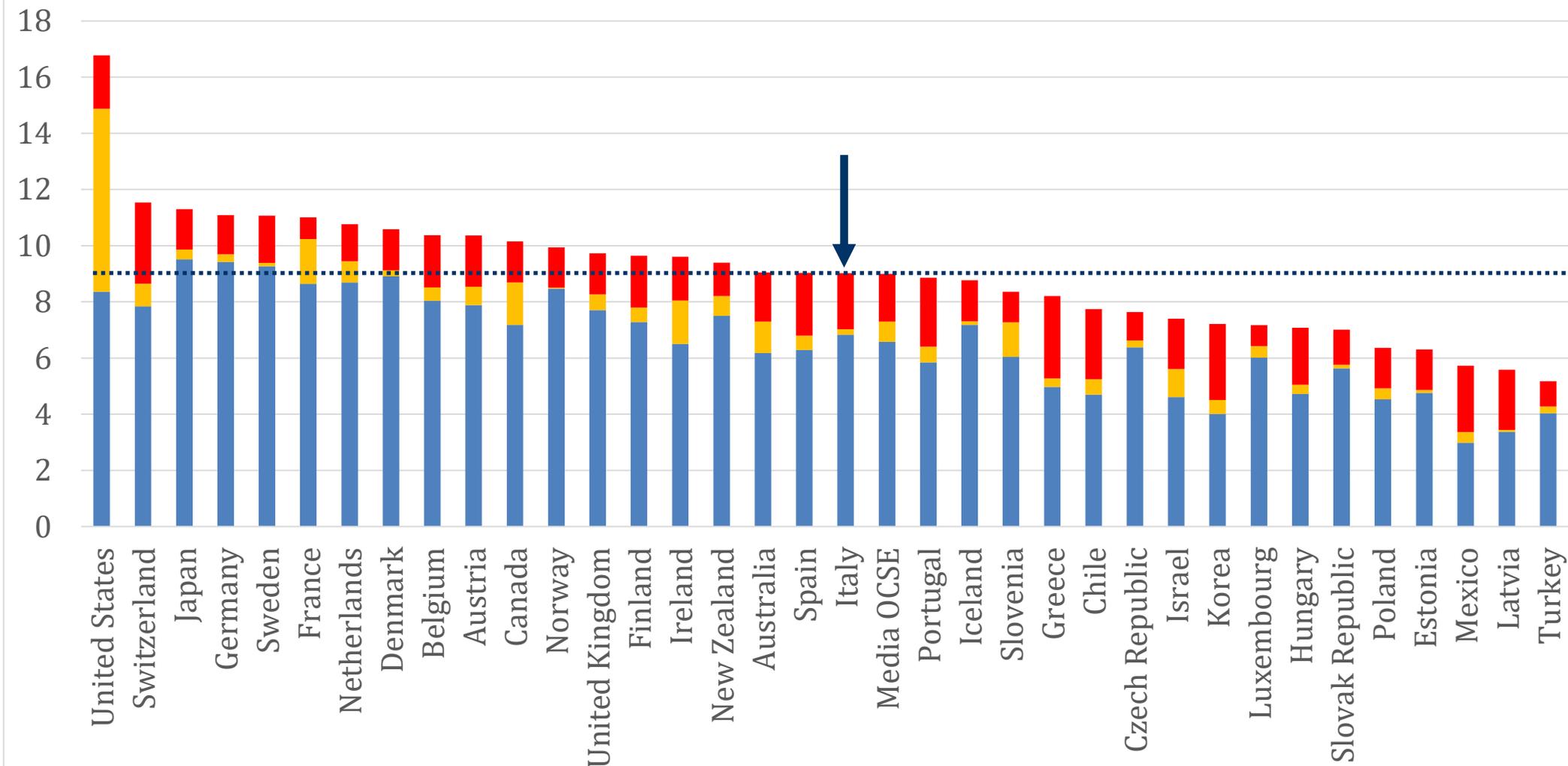
FUNZIONI	2000	2011	2012	2013	2014	2015	Variazioni assolute cumulate 2011-2015	Variazione percentuale 2015/2011
Servizi generali	28.658	40.037	38.471	39.156	37.107	35.630	-4.407	-11,01
Sanità	68.237	111.559	109.957	109.254	110.551	111.707	148	0,13
Protezione sociale	10.117	15.513	15.155	14.776	14.295	13.874	-1.639	-10,57
Istruzione	48.862	58.828	58.080	58.095	58.045	57.272	-1.556	-2,64
Difesa	14.353	21.184	21.074	21.257	20.828	21.124	-426	-0,28
Ordine pubblico e sicurezza	23.054	30.698	29.556	29.843	29.635	29.841	-857	-2,79
Protezione ambiente	2.861	5.450	5.482	5.860	5.324	5.084	-366	-6,72
Abitazioni e assetto del territorio	5.311	8.094	8.451	8.694	8.598	8.054	-40	-0,49



MEF, luglio 2017

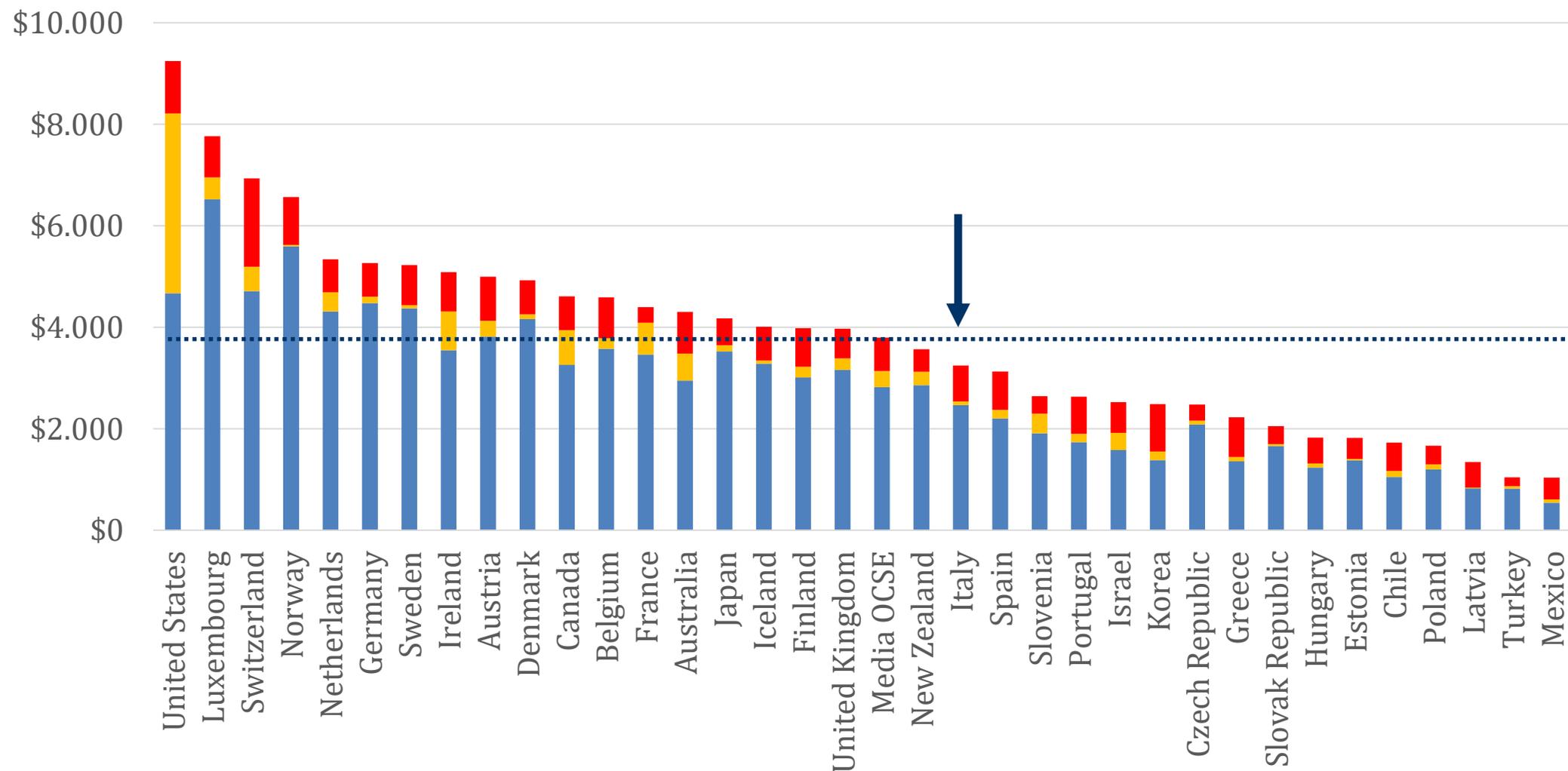
Spesa sanitaria totale in % PIL

■ Pubblica ■ Intermediata ■ Out-of-pocket



Spesa sanitaria pro-capite

■ Pubblica ■ Intermediata ■ Out-of-pocket





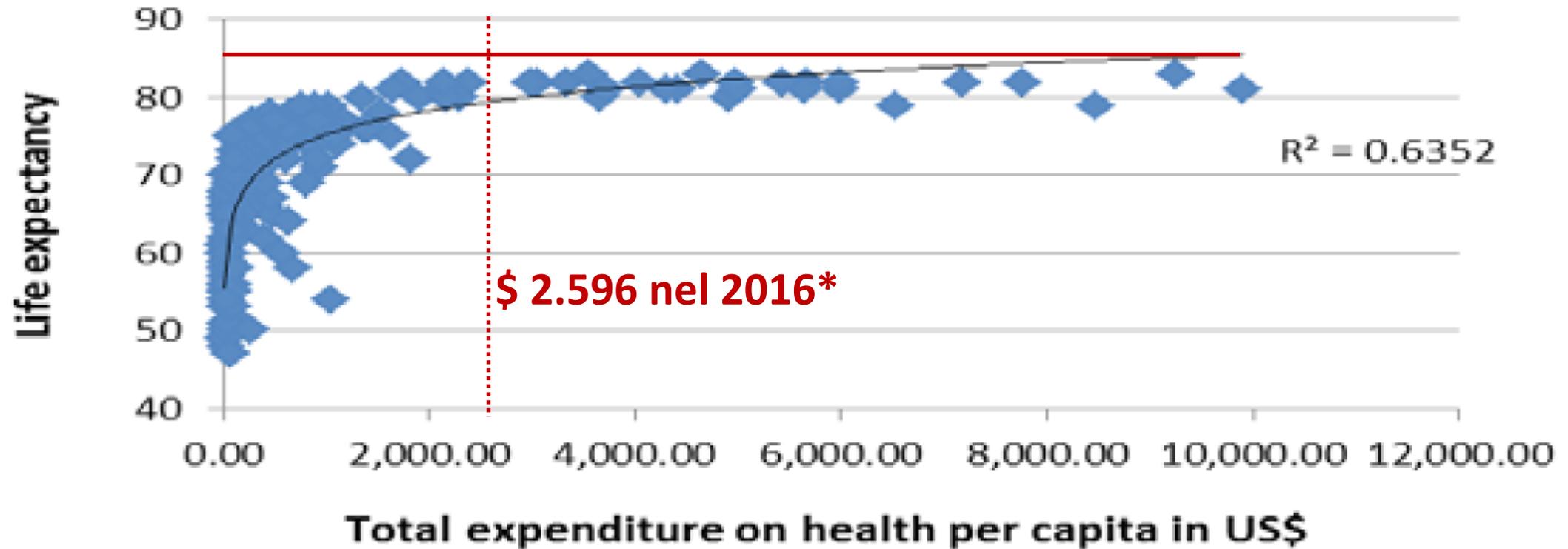
WHO Global Health Expenditure Atlas

September 2014

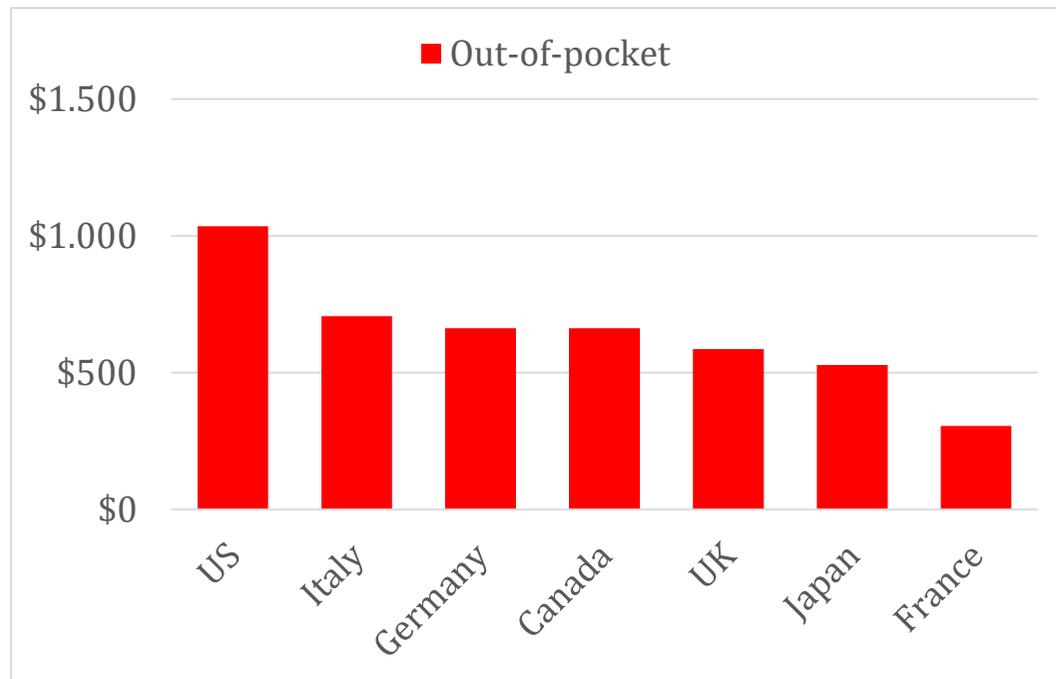
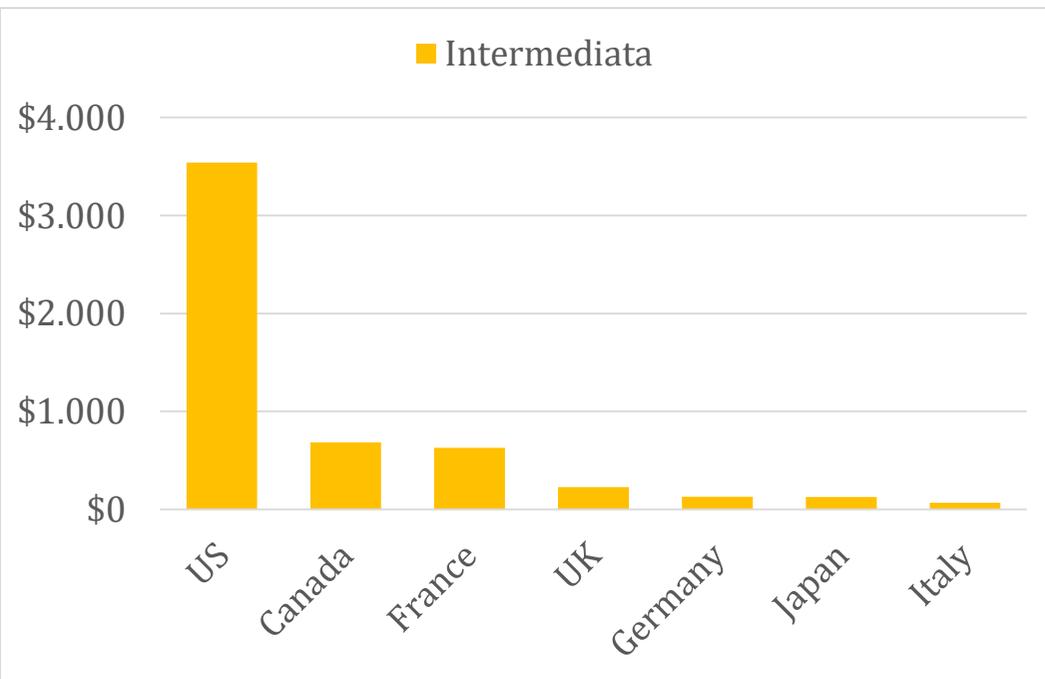
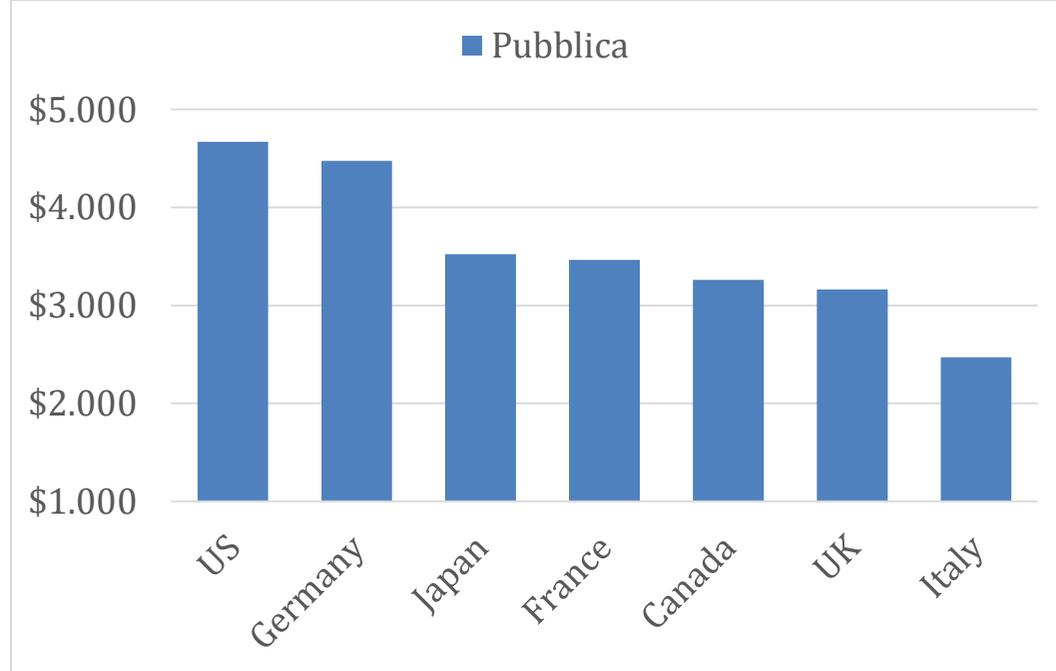
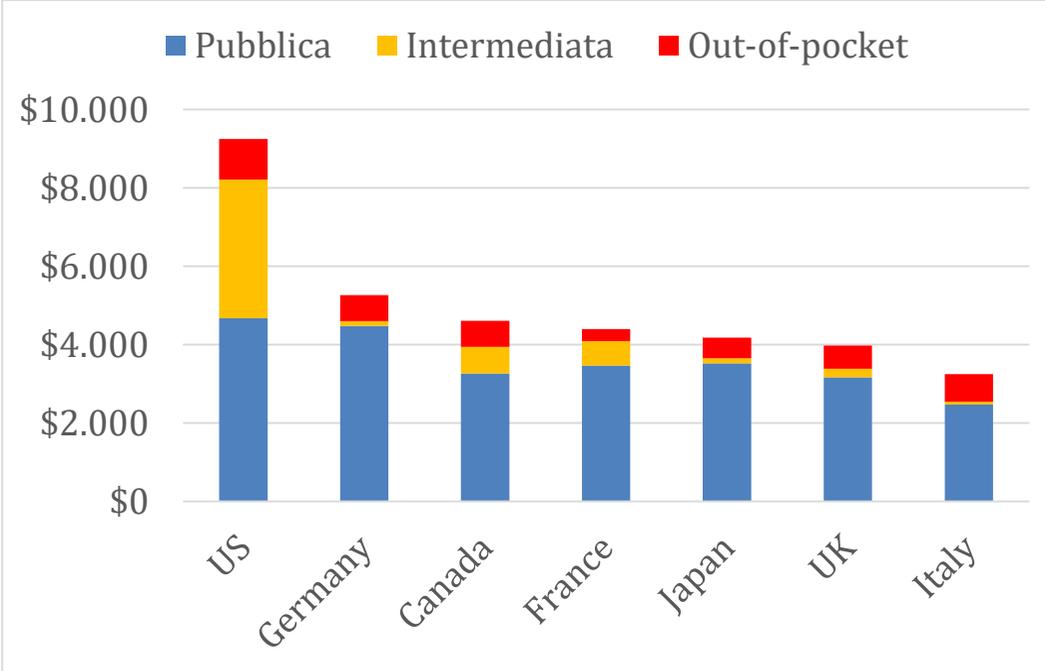


World Health
Organization

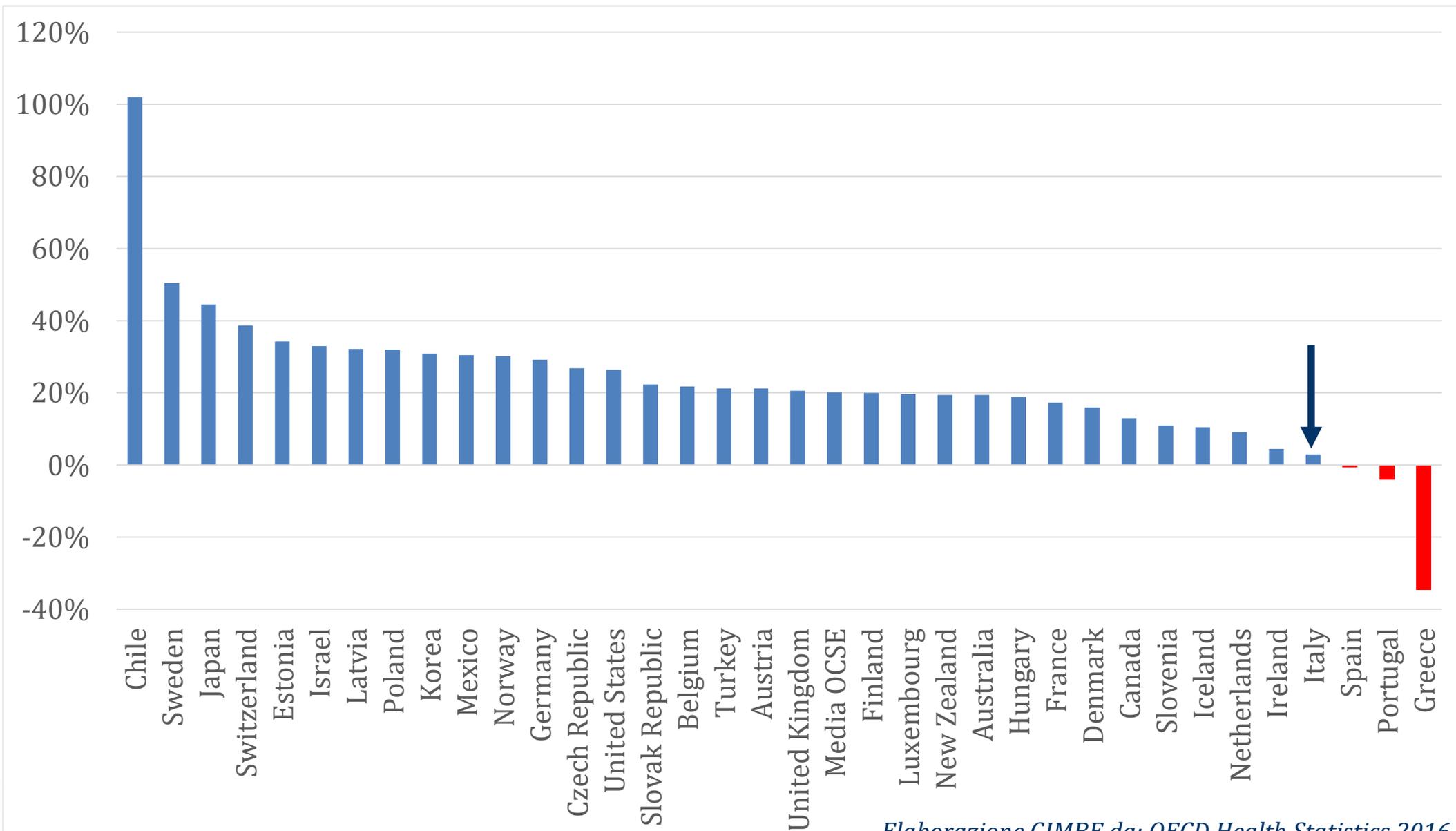
Correlation between expenditure on health and life expectancy



*OECD, 2017



Aumento % finanziamento pubblico 2009-2015





RIDISEGNARE IL PERIMETRO DEI LEA
secondo evidenze scientifiche e principi di
costo-efficacia e rivalutare la detraibilità
delle spese mediche secondo gli stessi criteri



Senato della Repubblica

12^a Commissione Igiene e Sanità

Roma, 30 novembre 2016

Audizione della Fondazione GIMBE su:

**“Schema di DPCM recante
definizione e aggiornamento dei
livelli essenziali di assistenza (LEA)”
di cui all'articolo 1, comma 7, del DL 30 dicembre 1992, n. 502**

Nino Cartabellotta

Presidente

1 dic
2016

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | 🖨

TAG

Prestazioni specialistiche

Livelli essenziali di assistenza - LEA

Ambulatori

Prestazioni sanitarie

IN PARLAMENTO

Gimbe: nuovi Lea non sostenibili senza un metodo rigoroso sulle prestazioni sanitarie

Numerosi elementi positivi ma anche criticità strutturali. Li ha indicati la Fondazione Gimbe ieri nel corso dell'audizione presso la 12a Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica in merito allo «Schema di Dpcm recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Lea)».

Tra gli elementi positivi Gimbe riconosce la ridefinizione dell'articolazione dei Lea con maggior dettaglio nella descrizione delle prestazioni; l'aggiornamento dei nomenclatori delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica; la definizione dettagliata di programmi e prestazioni di assistenza socio-sanitaria; l'aggiornamento degli elenchi di malattie



CRITICITÀ METODOLOGICHE

Il DPCM sui nuovi LEA non prevede alcuna metodologia per inserire le prestazioni nei LEA, spesso sdoganate anche in assenza di prove di efficacia solo per un'elevata domanda sociale e/o professionale

In assenza di un metodo rigoroso ed esplicito per favorire un adeguato trasferimento delle migliori evidenze nella definizione e aggiornamento dei LEA:

- Vengono incluse nei LEA prestazioni dal *value* basso o addirittura negativo (profilo rischio-beneficio sfavorevole)
- Rimangono escluse dai LEA prestazioni dall'elevato *value*

COMMISSIONE 12^a (IGIENE E SANITA')

(Estensore: Sen. Nerina DIRINDIN)

Roma, 14 dicembre 2016

Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (n. 358)

- in vista del già prefigurato aggiornamento dei LEA (v. art. 2 dell'Intesa Stato-Regioni-Province autonome del 7 settembre 2016 - Rep. Atti n. 157/CSR), è opportuno che, sul piano metodologico, siano esplicitamente individuati e resi noti i criteri (etici, economici, organizzativi e scientifici) che presiedono alle scelte modificative, di inserimento, *delisting* o esclusione;

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

N ENGL J MED 363;26 NEJM.ORG DECEMBER 23, 2010

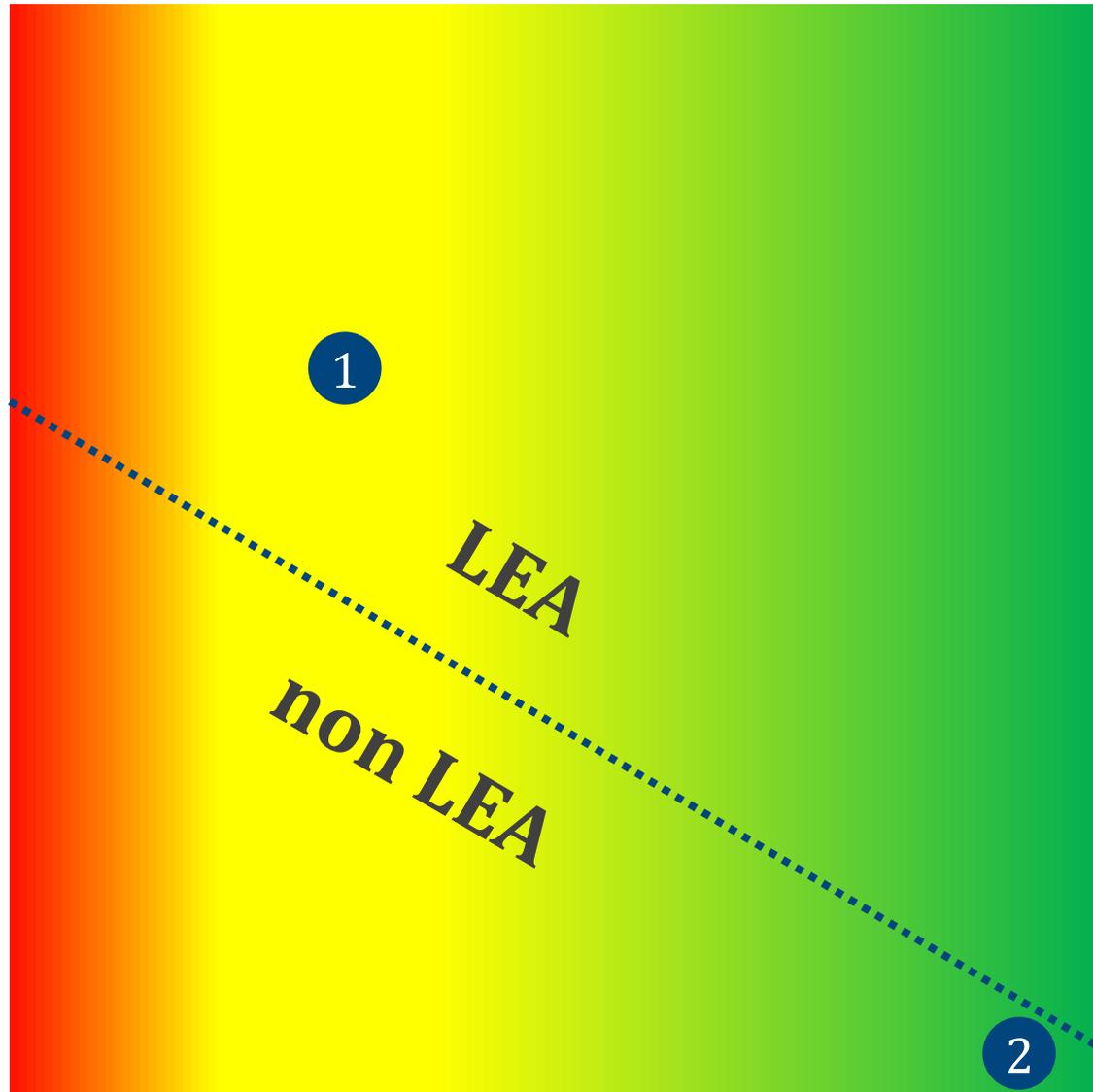
$$\text{Value} = \frac{\text{Patient outcomes}}{\text{Costs}}$$

VALUE

Negativo

Basso

Elevato



1. Adroterapia nei tumori solidi pediatrici

2. Telemedicina nello scompenso cardiaco

PRESTAZIONI

Dannose

Futili

Necessarie

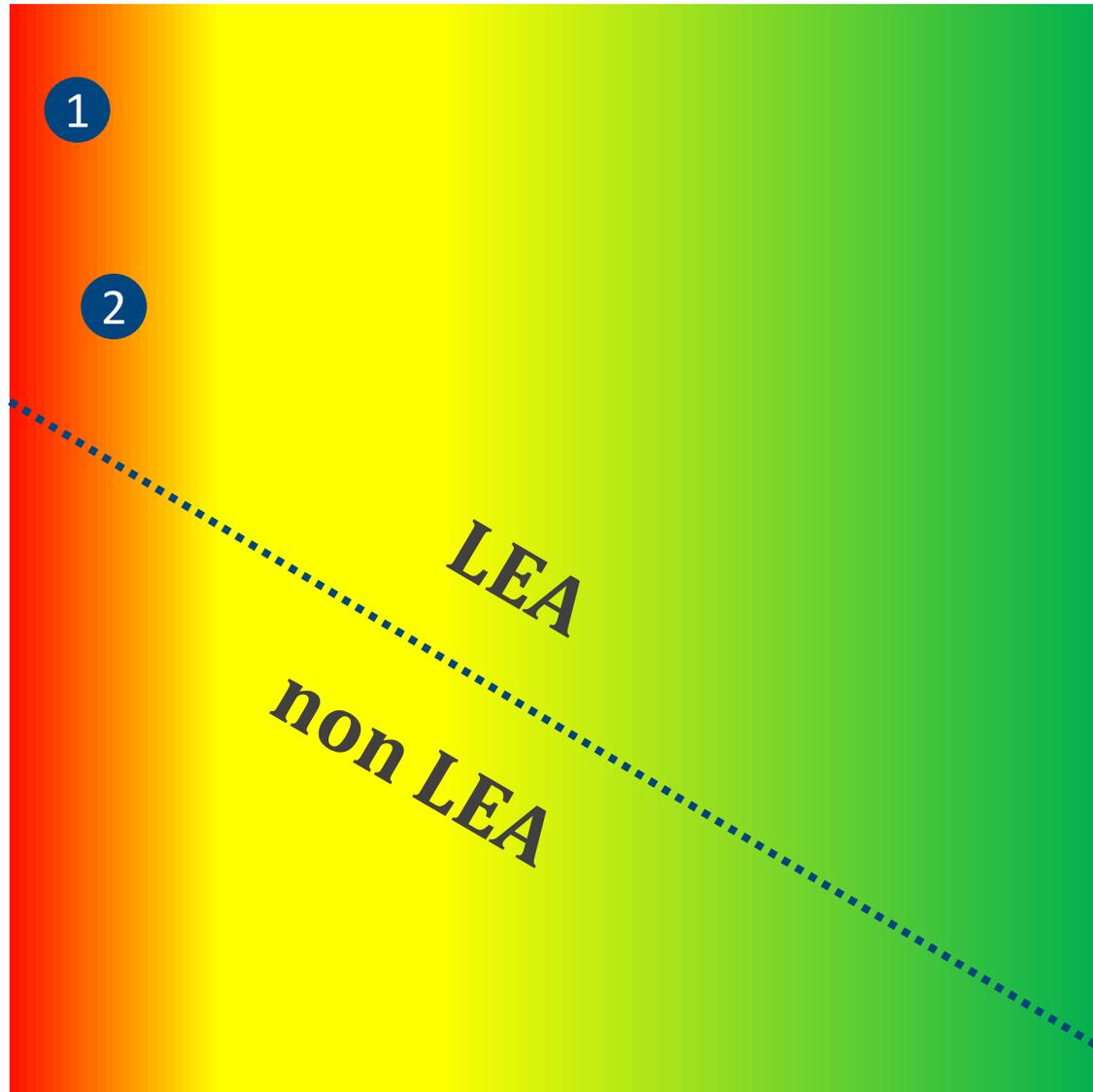
Indispensabili

VALUE

Negativo

Basso

Elevato



1

2

LEA

non LEA

**1. Chirurgia oncologica
in UU.OO sotto-soglia**

**2. Punti nascita < 500
parti/anno**

PRESTAZIONI

Dannose

Futili

Necessarie

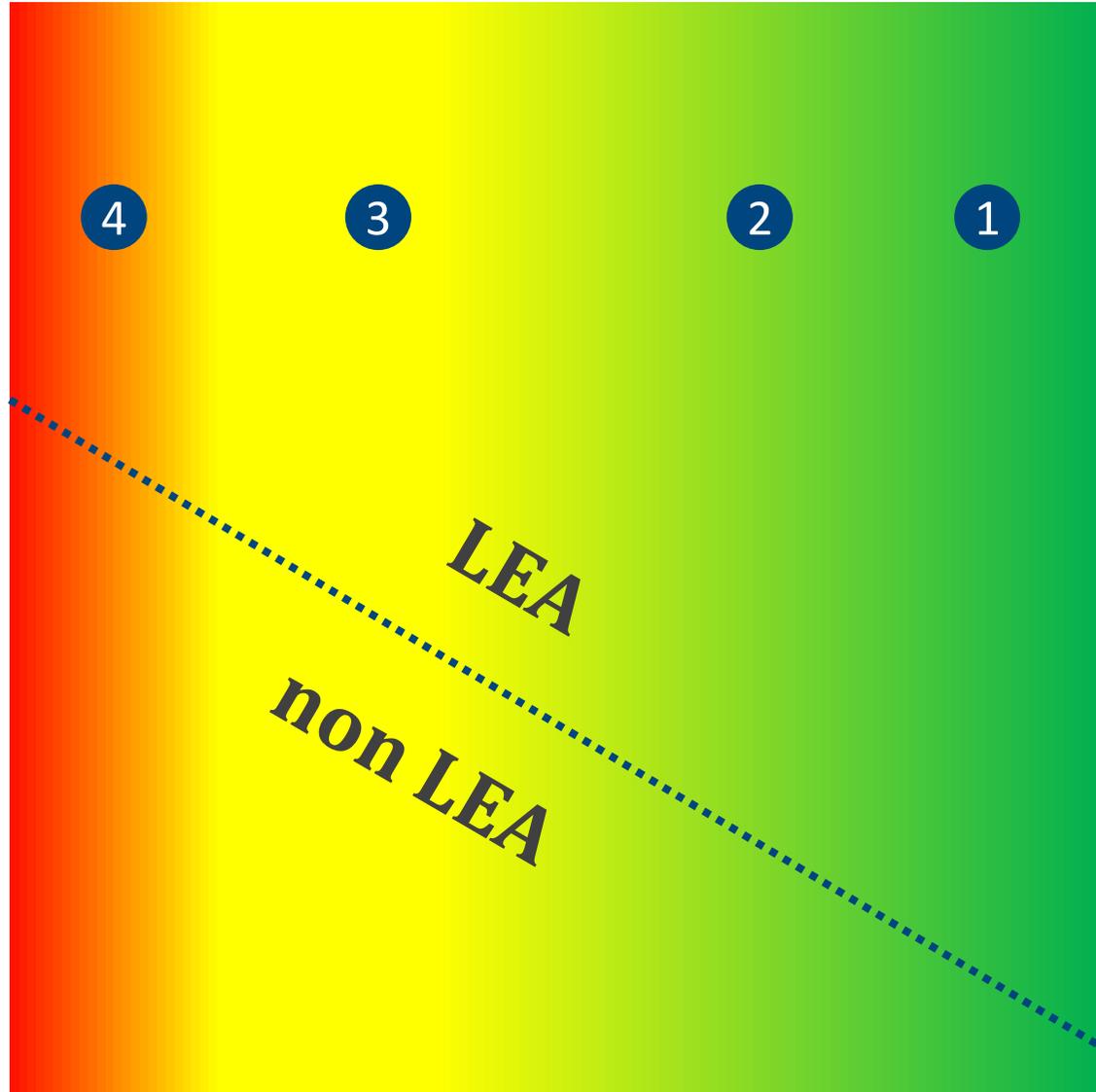
Indispensabili

VALUE

Negativo

Basso

Elevato



1. RMN in lombalgia acuta: pazienti con *red flags*

2. RMN in lombalgia acuta pazienti senza *red flags*, dopo 4-6 settimane

3. RMN in lombalgia acuta: pazienti senza *red flags*, dopo 2-3 settimane

4. RMN in lombalgia acuta pazienti senza *red flags*, entro 1 settimana

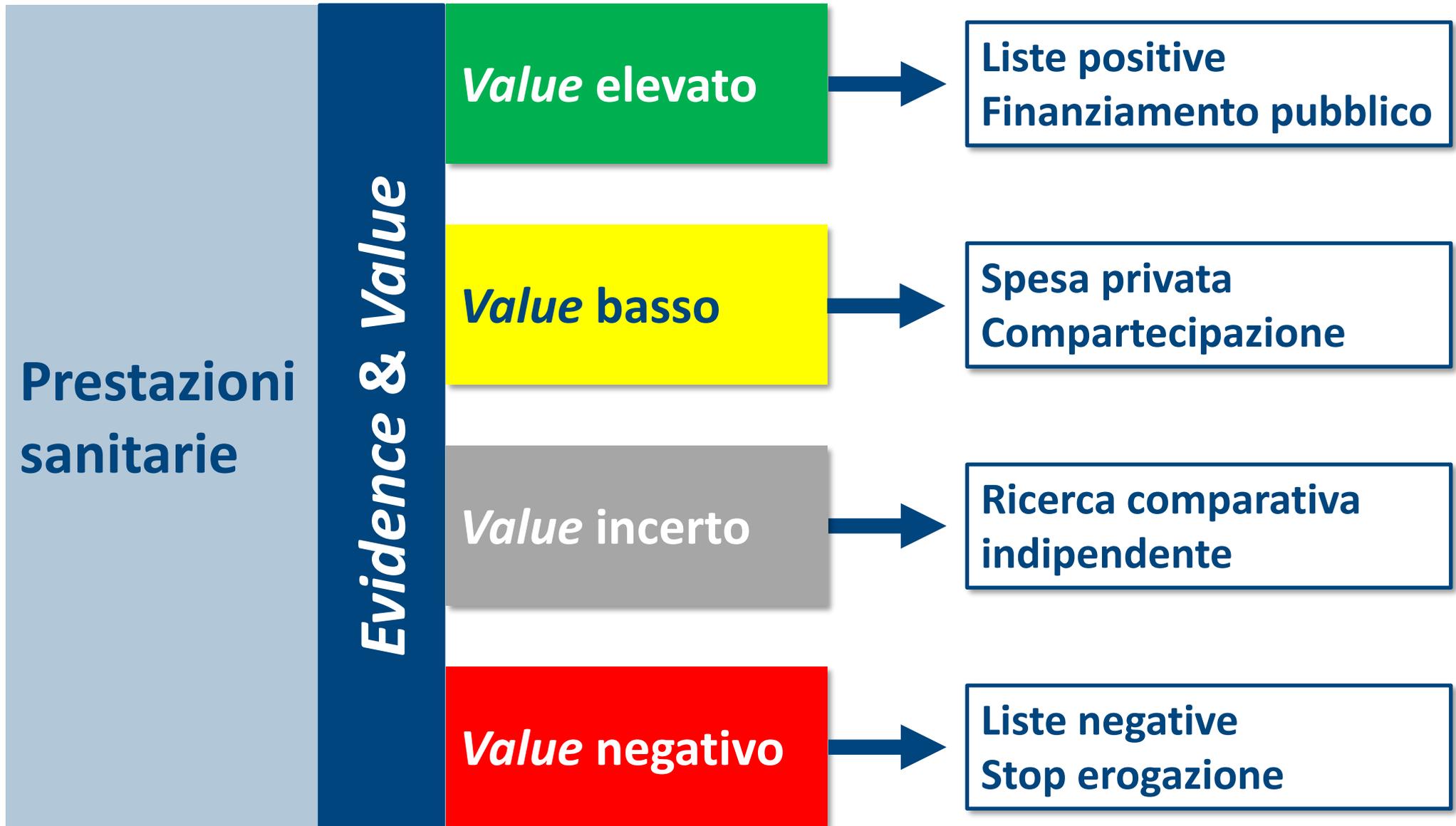
PRESTAZIONI

Dannose

Futili

Necessarie

Indispensabili



PRESTAZIONI

VALUE

Indispensabili

Elevato

Necessarie

Spesa pubblica

LEA

non LEA

Basso

Futili

Spesa privata

Dannose

Negativo

FINANZIARE RICERCA CLINICA E ORGANIZZATIVA: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN



**PIANO NAZIONALE CONTRO
GLI SPRECHI IN SANITÀ,**
per recuperare almeno 1 dei
2 euro sprecati ogni 10 spesi





“gli sprechi sono generati da attività che consumano risorse senza generare value”

Taiichi Ohno, Toyota

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

N ENGL J MED 363;26 NEJM.ORG DECEMBER 23, 2010

Value

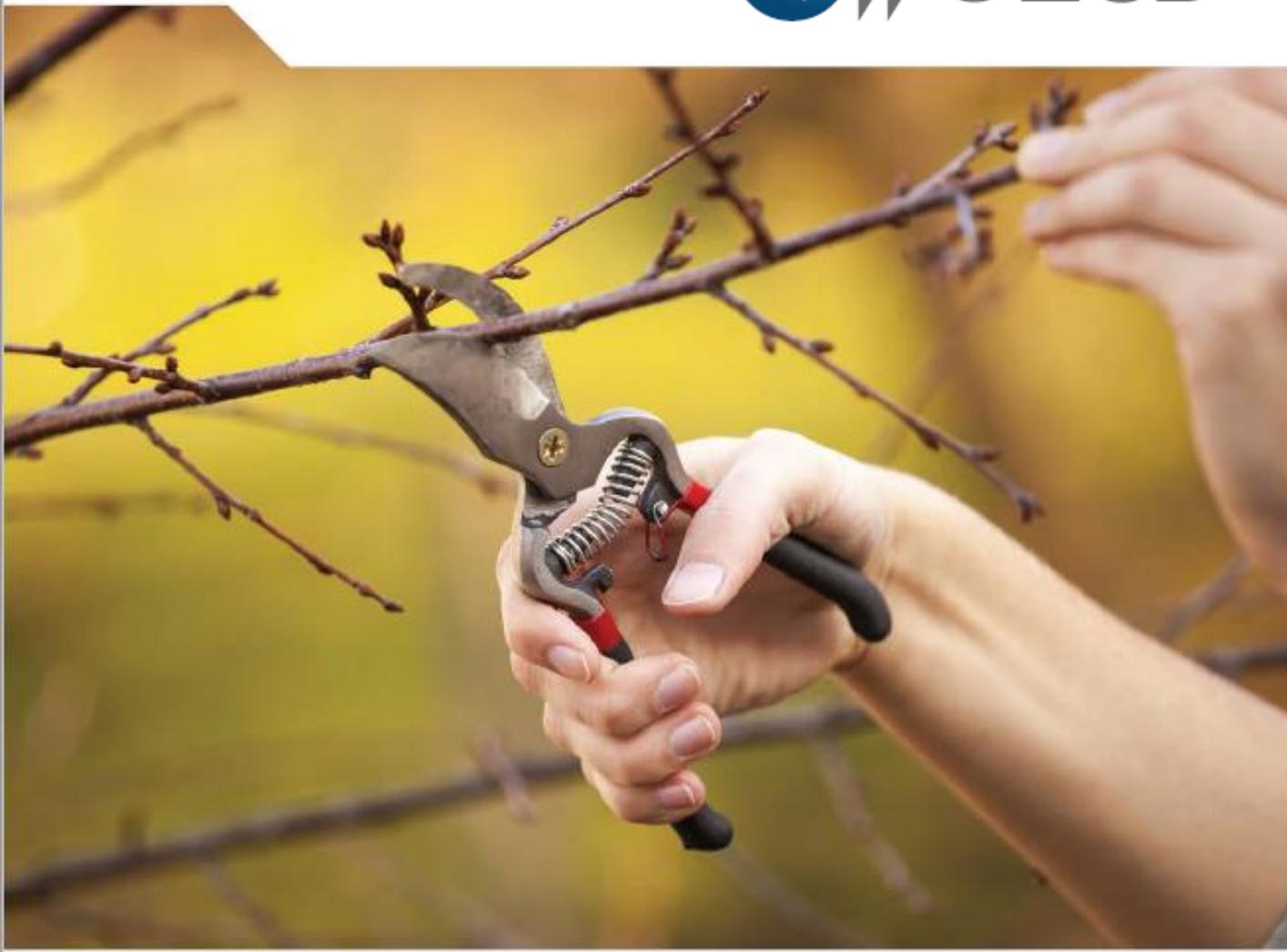
=

Patient outcomes

Costs



Tackling Wasteful Spending on Health





20 GENNAIO 2017

In sanità 2 euro su 10 vengono sprecati



Sovrautilizzo e sottoutilizzo di servizi e interventi sanitari stanno mettendo a rischio la sopravvivenza della **sanità** di tutto il mondo. È l'allarme che arriva dalla prestigiosa rivista *The Lancet* con la serie di pubblicazioni *Right Care* e dal rapporto Ocse *Tackling Wasteful Spending on Health*. L'Italia, come conferma un recente rapporto della fondazione Gimbe, non fa eccezione: sono 24 i miliardi di euro di fondi pubblici persi ogni anno a causa di frodi, abusi, acquisti a costi eccessivi, eccessiva burocrazia e scarso coordinamento dell'assistenza.

- Around one fifth of health expenditure makes no or minimal contribution to improving people's health
- Patients, providers, managers and regulators all play a role in generating waste and ineffective spending
- Waste should be cut with surgical precision
- With as much as 9% of GDP spent on health care systems three-quarters of which is by governments, all stakeholders must now contribute to the solution
- **The evidence of waste in health care is indisputable. Now is the time to act upon it**

Disinvestimento in sanità

Recupero (parziale o completo) di risorse in ambito sanitario da qualunque pratica, procedura, tecnologia o farmaco che rispetto al costo determina un guadagno di salute minimo o nullo, consumando risorse che possono essere riallocate

*Elshaug AG, et al.
Aust New Zealand Health Policy 2007*

Stima degli sprechi in sanità

Categoria	%	Mld €*	(± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	6,75	(5,40 – 8,10)
2. Frodi e abusi	22	4,95	(3,96 – 5,94)
3. Acquisti a costi eccessivi	10	2,25	(1,80 – 2,70)
4. Sotto-utilizzo	15	3,38	(2,70 – 4,05)
5. Complessità amministrative	11	2,48	(1,98 – 2,97)
6. Inadeguato coordinamento assistenza	12	2,70	(2,16 – 3,24)

*€ 22,51 miliardi calcolati proiettando la stima OCSE (20%) sui € 112,408 miliardi di spesa sanitaria pubblica nel 2016

**RILANCIARE LE POLITICHE
PER IL PERSONALE** e
programmare adeguatamente il
fabbisogno di medici, specialisti e
altri professionisti sanitari



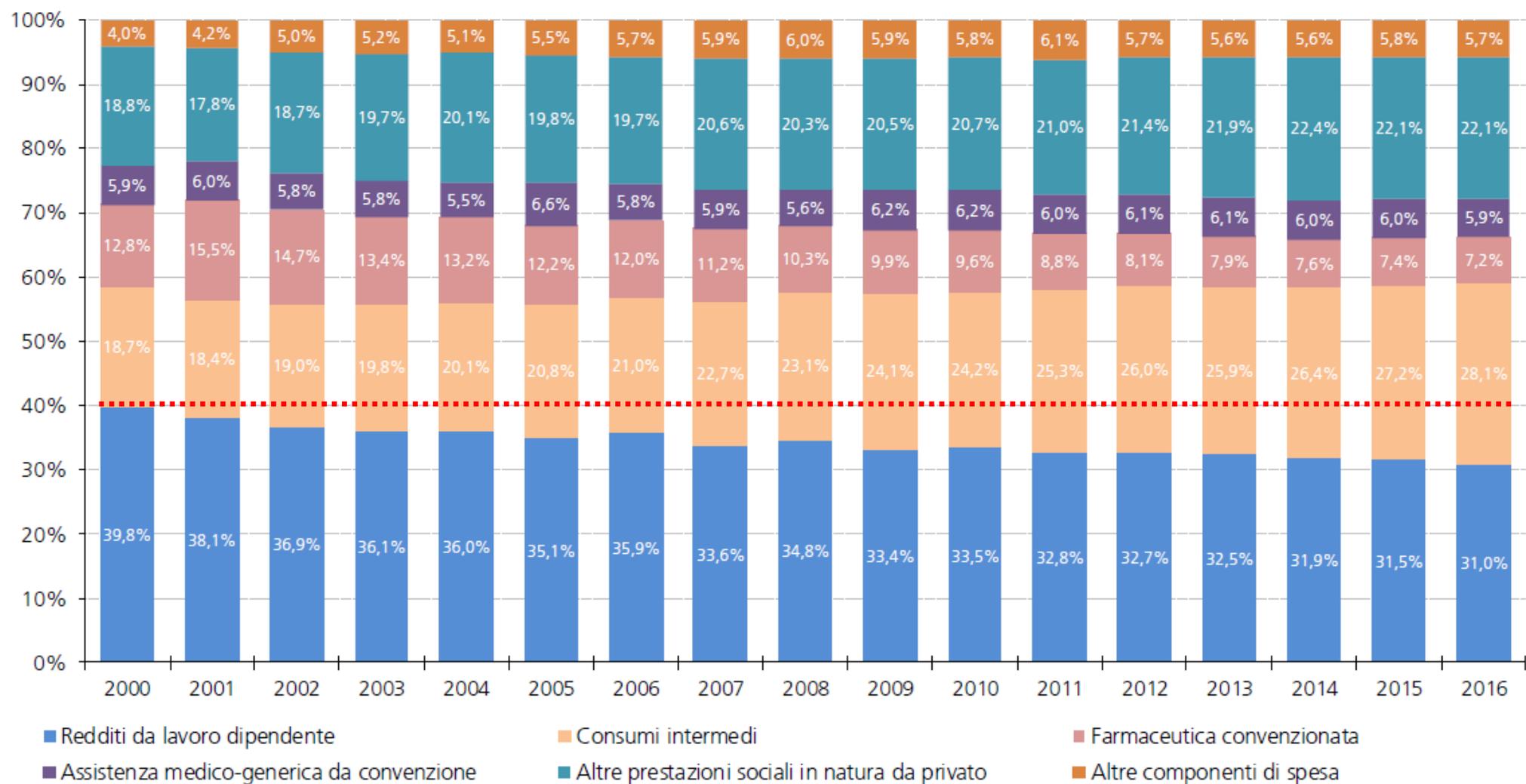


IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Rapporto n. 4

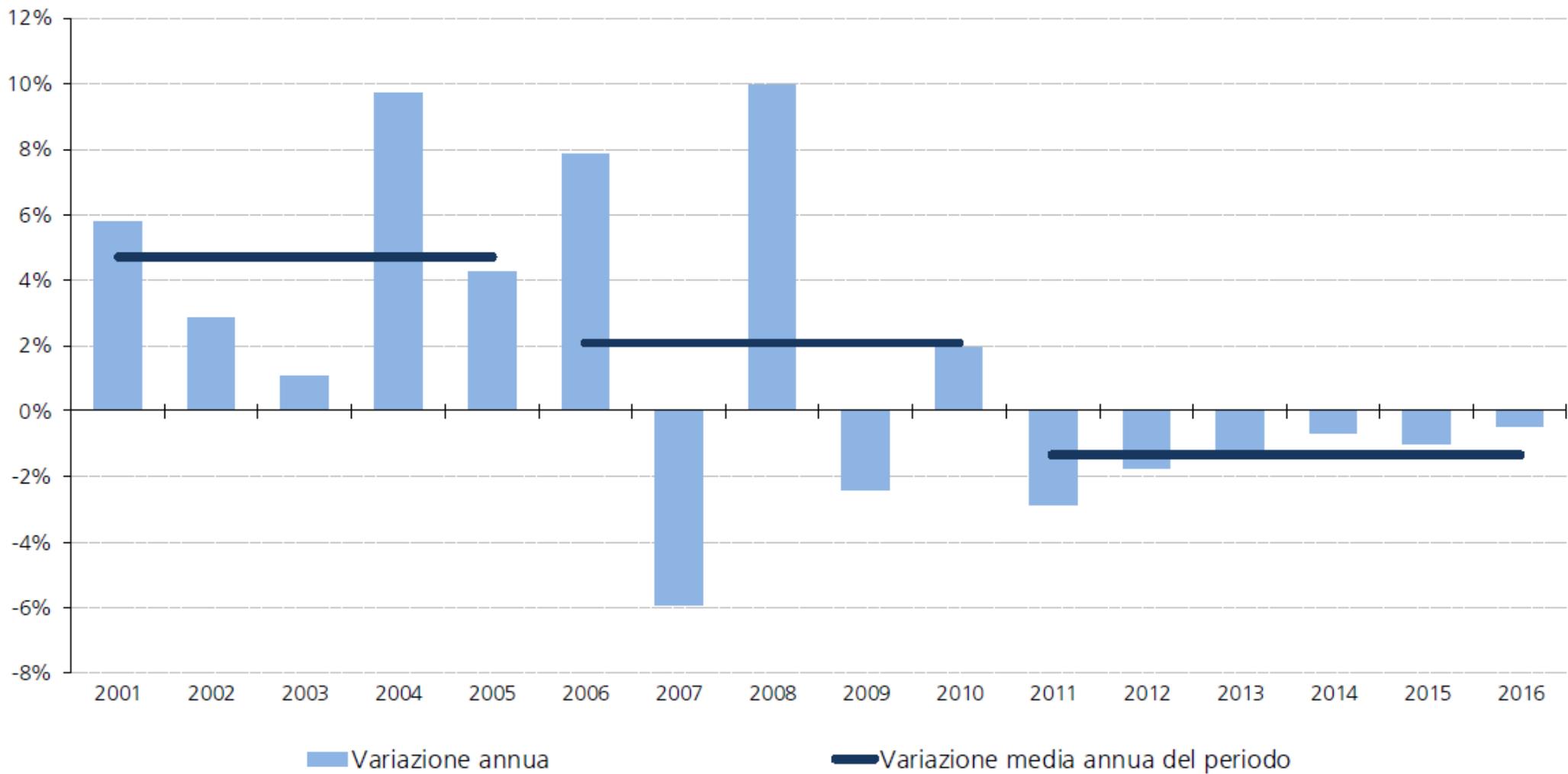
2015
2016
2017
2018

Fig. 2.3: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2000-2016 (composizioni percentuali)

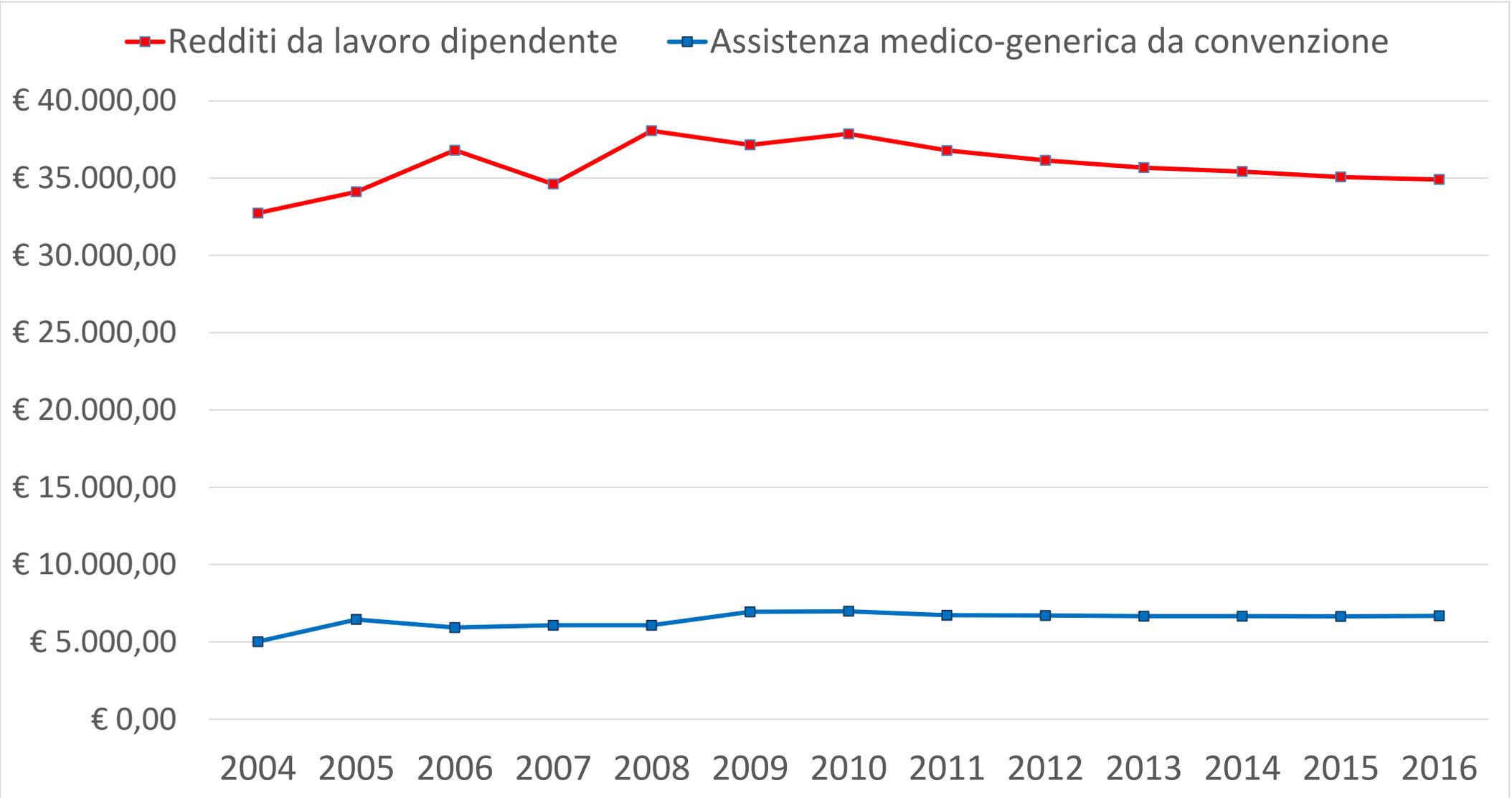


MEF, luglio 2017

Fig. 2.4: spesa per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2001-2016 (variazioni percentuali)



MEF, luglio 2017



Elaborazione GIMBE da: MEF, luglio 2017

- **Età media personale SSN**

50,6 anni nel 2016 vs 43,5 nel 2001

Conto economico del personale della Pubblica Amministrazione 2016
(Ragioneria generale dello Stato, 01/02/2018)



- **Medici di medicina generale**

14.908 pensionamenti entro il 2022, 33.392 entro il 2028

Studio FIMMG-ANAAO 10/02/2018

- **Medici ospedalieri**

47.284 pensionamenti al 2028

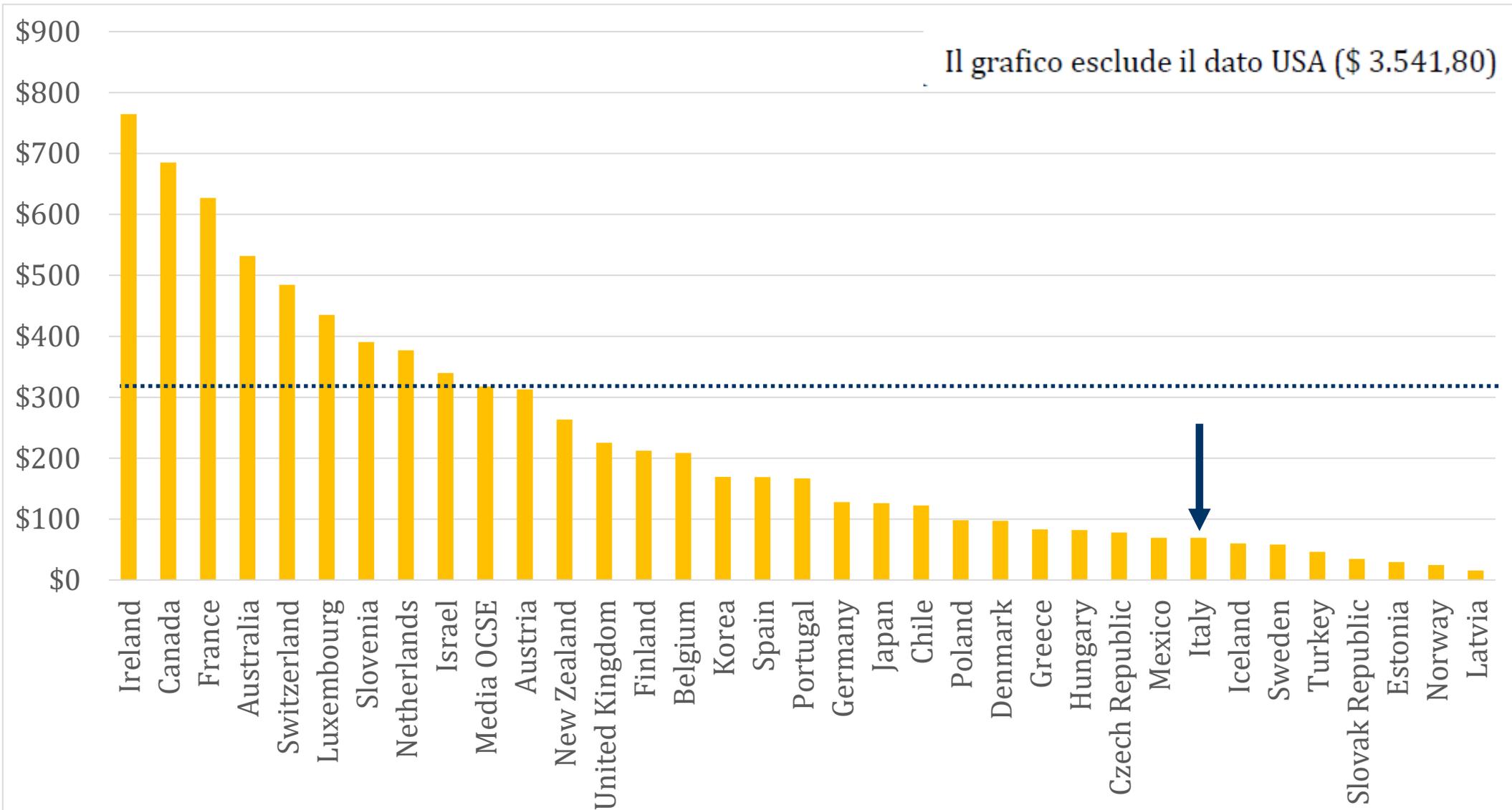
Studio FIMMG-ANAAO 10/02/2018



RIORDINO LEGISLATIVO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA

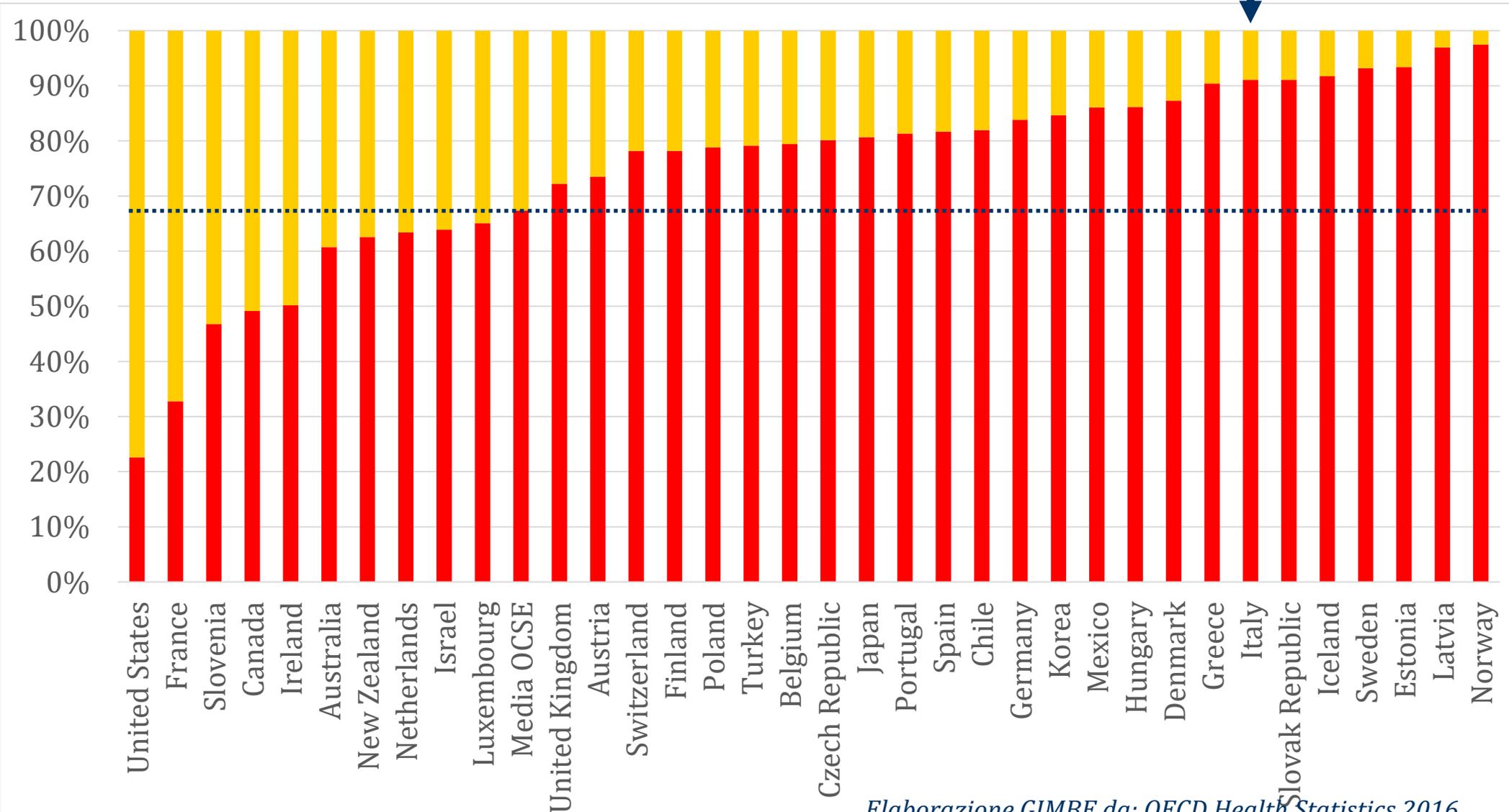
per evitare derive
consumistiche e di
privatizzazione

Spesa intermediaia pro-capite



Ripartizione % spesa privata

■ Out-of-pocket ■ Intermediata





Anni 2012-2016

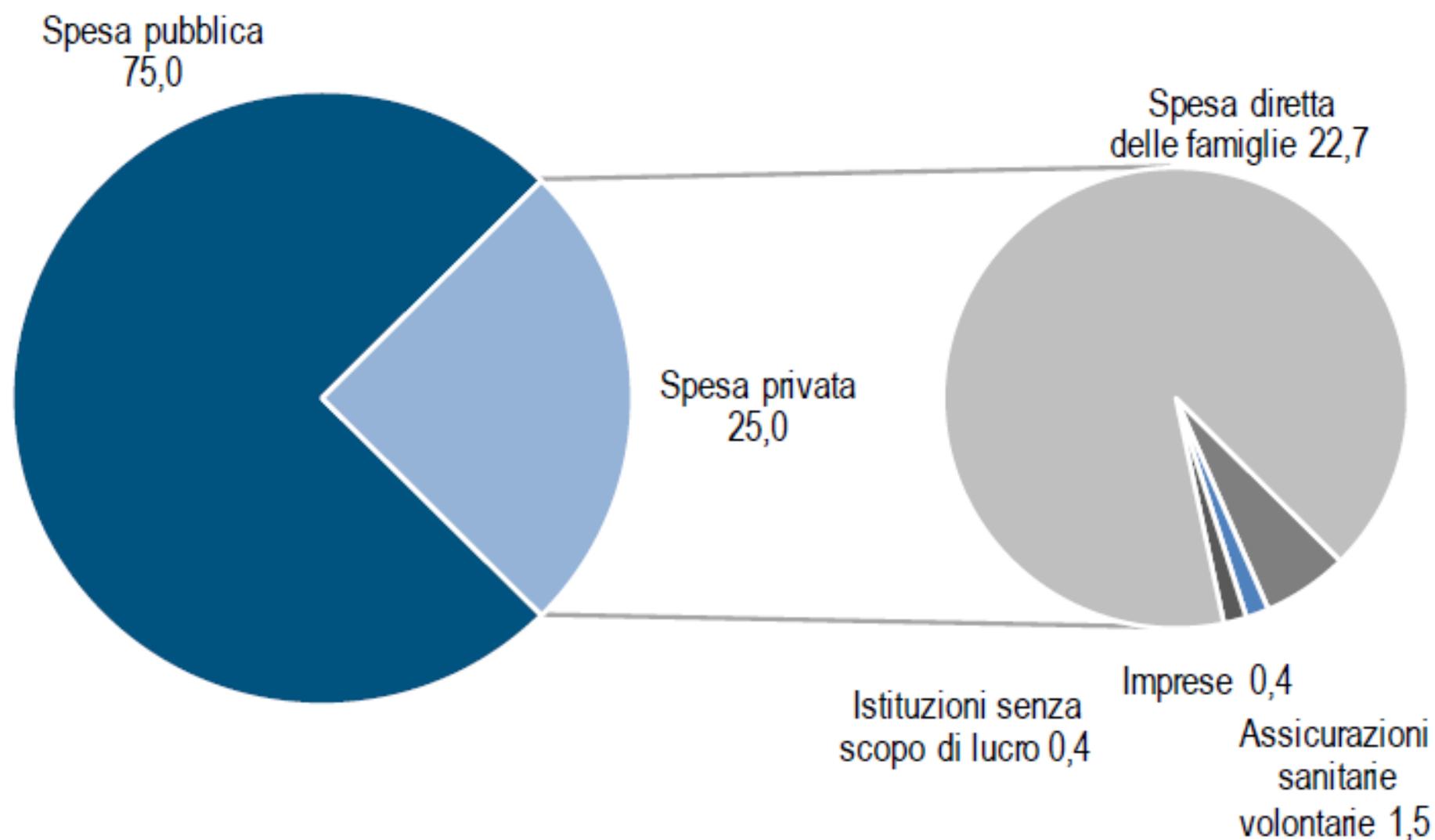
IL SISTEMA DEI CONTI DELLA SANITÀ PER L'ITALIA

■ Nel 2016 la spesa sanitaria corrente è pari a 149.500 milioni di euro, con un'incidenza sul Pil dell'8,9%, ed è sostenuta per il 75% dal settore pubblico e per la restante parte dal settore privato.

■ La spesa sanitaria privata nel 2016 è pari a 37.318 milioni di euro, la sua incidenza rispetto al Pil è del 2,2%. Il 90,9 per cento della spesa sanitaria privata è sostenuta direttamente dalle famiglie.

SPESA SANITARIA PER REGIME DI FINANZIAMENTO.

Anno 2016, composizione percentuale



Spesa out-of-pocket (OOP)

Fronteggia le minori
tutele pubbliche?

Alimenta il consumismo
sanitario?



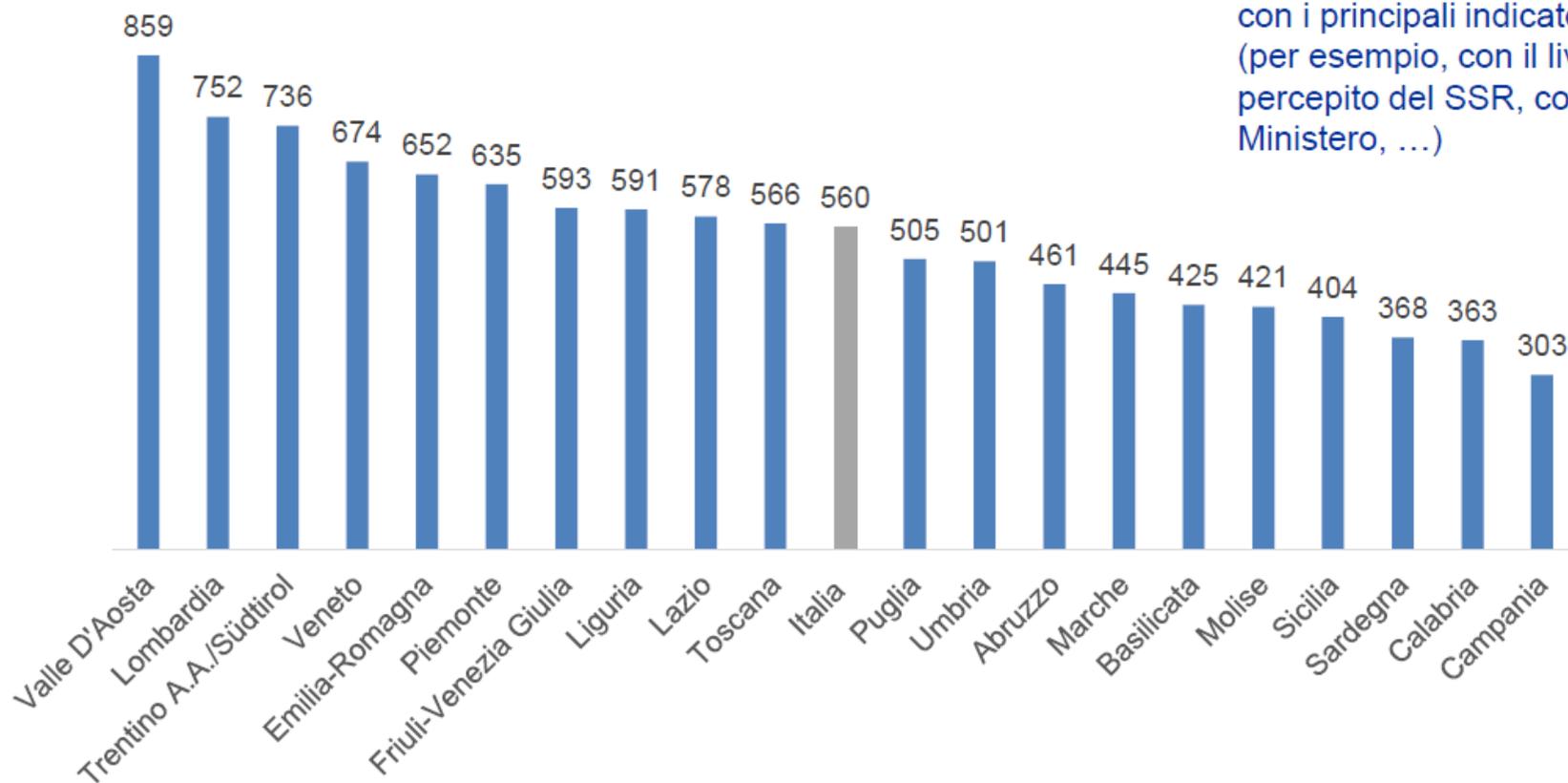
La spesa sanitaria delle famiglie: un quadro d'insieme (2016 o anno più recente). Valori in miliardi di euro.

SDA Bocconi

		Servizi	Beni	TOT
P U B B L I C O	Co-payment	1,4	0,5	3,9
	Intramoenia differenza prezzo	1,0 (intramoenia)	1,0 (differenza di prezzo tra generico e brand)	
P R I V A T O		18,9 (di cui, 8,7 miliardi cure dentali)	16,6	35,5
TOT		21,3	18,1	39,4

La spesa sanitaria annuale delle famiglie, media dei pro capite 2014 – 2016, per regione.

MEDIA 2014-2016



- Il ranking non cambia sostanzialmente pesando il dato per età
- La spesa pro capite annuale delle famiglie è correlata al 90,7% con il reddito
- La spesa pro capite annuale delle famiglie mostra una correlazione positiva (> 80%) con i principali indicatori di qualità dei SSR (per esempio, con il livello di soddisfazione percepito del SSR, con il punteggio LEA del Ministero, ...)

Sanità integrativa: posizione GIMBE

In presenza di un definanziamento pubblico di tale portata, per impedire l'aumento della spesa out-of-pocket sino alla rinuncia alle cure per le fasce più deboli:

- ridurre le prestazioni incluse nei LEA secondo un metodo *evidence- & value-based*
- reperire ulteriori risorse dalla sanità integrativa, senza compromettere modello universalistico SSN



Sanità integrativa: posizione GIMBE

Testo Unico per tutte le forme di sanità integrativa pervenendo a un impianto regolatorio capace di:

- assicurare una governance nazionale
- garantire a tutti gli operatori del settore le condizioni per una sana competizione
- tutelare il cittadino, evitando derive consumistiche e di privatizzazione





Senato della Repubblica

12^a Commissione Igiene e Sanità

Roma, 7 novembre 2017

**Audizione della Fondazione GIMBE
in vista dell'esame, in sede consultiva,
del Disegno di Legge di Bilancio 2018**

Nino Cartabellotta

Presidente

INTERVISTA ■ Nino Cartabellotta ■ Gimbe

Sistema integrativo, regole da rifare

Ro. M.

ROMA

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ANSA



Gimbe. Nino Cartabellotta

«Il prossimo governo dovrà avviare una riforma della sanità integrativa, perché la normativa è frammentata e non più in linea con le esigenze del servizio sanitario. E questo rende il sistema più iniquo». A parlare è Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, think tank indipendente della sanità di respiro internazionale che cura il Rapporto sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

Il Ssn è a corto di ossigeno e la spesa privata, intermediata e non, cresce. Perché?

Mi convince poco l'assioma - sostenuto da chi vuole incrementare la spesa intermediata - che la spesa privata serva esclusivamente a coprire le minori tutele pubbliche conseguenti al definanziamento del Ssn. È vero solo in parte. La spesa out-of-pocket è molto più elevata nelle regioni più ricche e alimentano solo il consumismo sanitario.

La popolazione invecchia: su cronicità e non autosufficienza l'assistenza pubblica deve ancora trovare il giusto assetto per vincere la sfida. Fondi e assicurazioni possono rappresentare una parte della soluzione?

Sì. Mail problema è definire cosa esce dai Lea, separando nettamente le prestazioni a carico del finanziamento pubblico da quelle sostenute dalla sanità integrativa. Oggi invece, con una certa schizofrenia, l'ultima revisione dei Lea ha notevolmente ampliato il "paniere" senza un aumento adeguato del Fondo sanitario nazionale. Così la sanità integrativa, assicurazioni in particolare, rischia di diventare sostitutiva, aumentando le disuguaglianze.

Un nuovo mercato però c'è. Come conciliare libertà di scelta del cittadino ed equità?

La normativa è estremamente frammentata, sia dal punto di vista delle prestazioni coperte sia sotto il profilo delle agevolazioni fiscali. I fondi sanitari integrativi legati ai contratti di lavoro godono di una deducibilità dei contributi fino a 3.615,20 euro. Una quota quasi doppia al finanziamento pubblico pro capite. Tale defiscalizzazione è sostenuta con le tasse di tutti i cittadini, ma ne beneficia solo quelli iscritti ai fondi sanitari integrativi. Agevolazioni fiscali minori ci sono per le assicurazioni, che coprono anche prestazioni incluse nei Lea. Ecco perché è indifferibile un Testo unico della sanità integrativa.

In America entrano vistosamente nuovi giganti nel mondo della sanità. Potrebbe accadere anche in Italia?

Certo che può accadere. Però questo processo va governato. Perché con la normativa attuale chiunque entri rischia di creare pericolosi corti circuiti della sanità pubblica.



**MAGGIORI CAPACITÀ DI
INDIRIZZO E VERIFICA
DELLO STATO SULLE
REGIONI** nel pieno rispetto
delle loro autonomie

**ADEMPIMENTI
LEA**

**PROGRAMMA
NAZIONALE ESITI**

**ADDIZIONALI
REGIONALI IRPEF**

TICKET

**MOBILITÀ
SANITARIA**

**RETI PER
PATOLOGIA**



LISTE D'ATTESA



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO VI

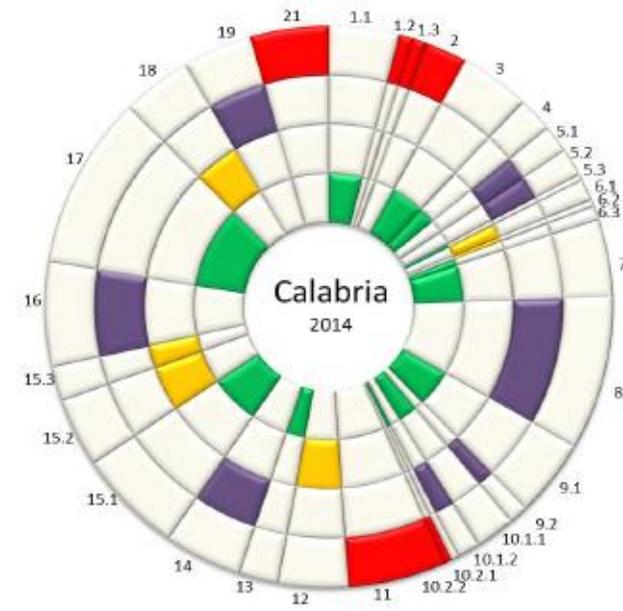
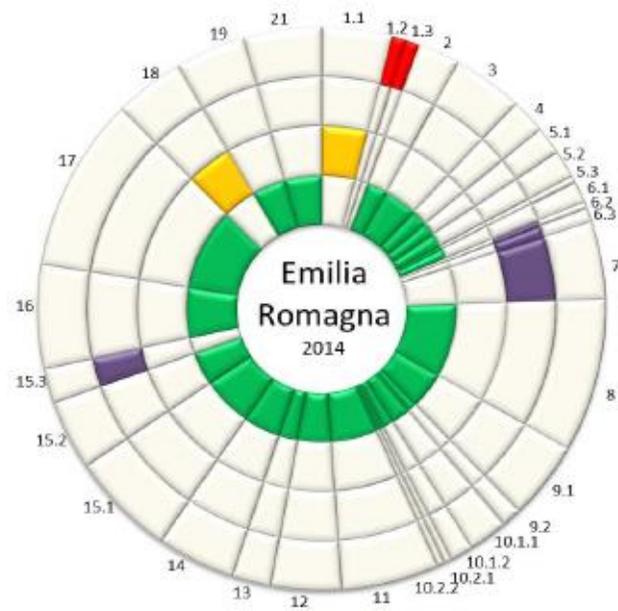
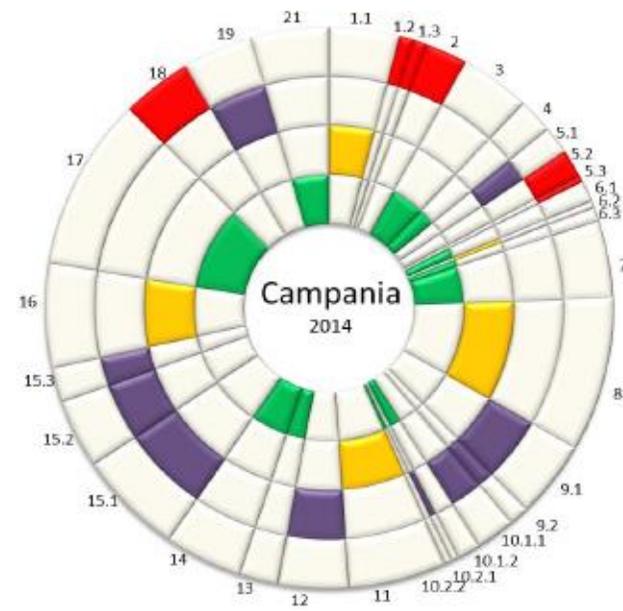
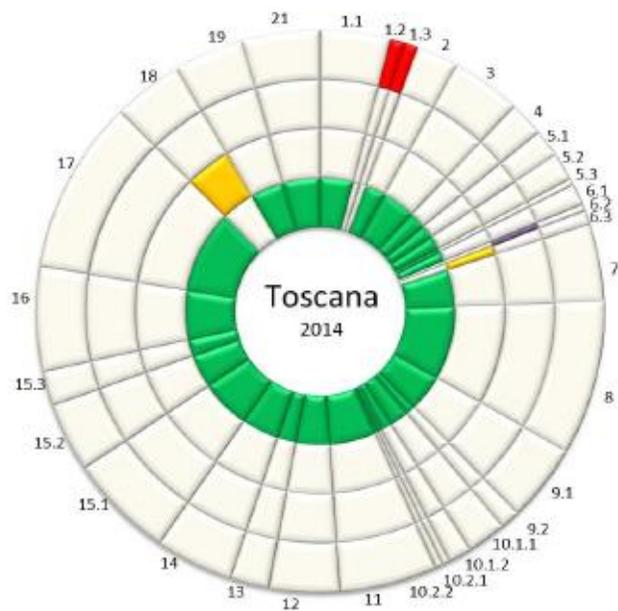
Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA

Metodologia e Risultati dell'anno 2015

Luglio 2017

3.2 Punteggi regionali Griglia LEA, Trend 2012-2015

Regione	2012	2013	2014	2015
Toscana	193	214	217	212
Emilia R.	210	204	204	205
Piemonte	186	201	200	205
Veneto	193	190	189	202
Lombardia	184	187	193	196
Liguria	176	187	194	194
Marche	165	191	192	190
Umbria	171	179	190	189
Abruzzo	145	152	163	182
Lazio	167	152	168	176
Basilicata	169	146	177	170
Molise	146	140	159	156
Puglia	140	134	162	155
Sicilia	157	165	170	153
Calabria	133	136	137	147
Campania	117	136	139	106
Regioni non in PdR (punteggio medio)	183	187	195	195
Regioni in PdR (punteggio medio)	149	152	162	160



Programma Nazionale Esiti - PNE

PNE è uno strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo

"PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi."

APP



PNE INFORMA

Interventi TM Polmone Numero minimo di interventi?	Interventi TM Colon Numero minimo di interventi?	Interventi TM Stomaco Numero minimo di interventi?

FORMAZIONE

- ECM Formazione ECM
- Tutorial
- Panoramica del sito

Benvenuto/a ASSICILIA Esci



Struttura Ospedaliera/ASL



Sintesi per Struttura/ASL



Strumenti per audit

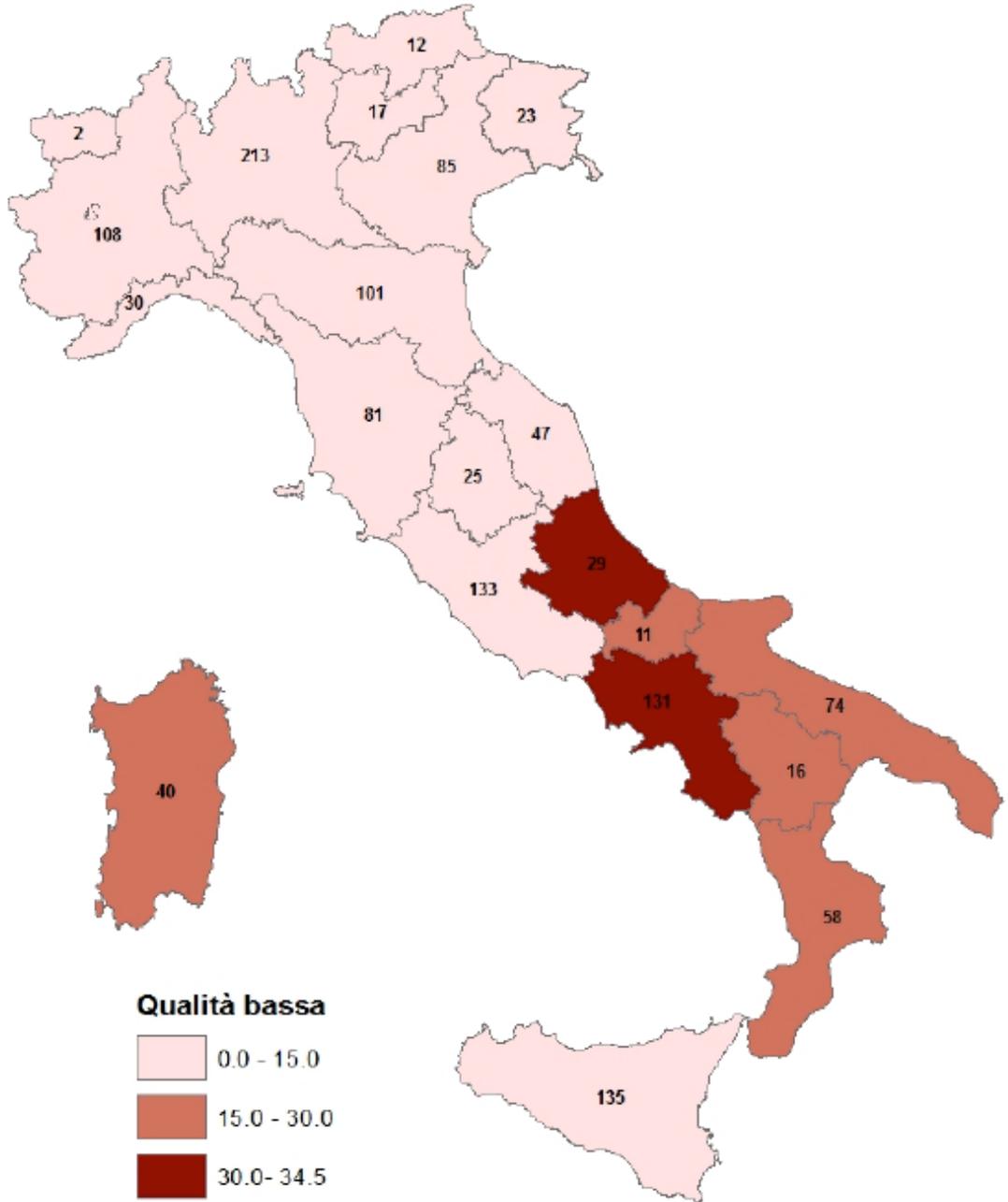


S.I. Emergenza Urgenza

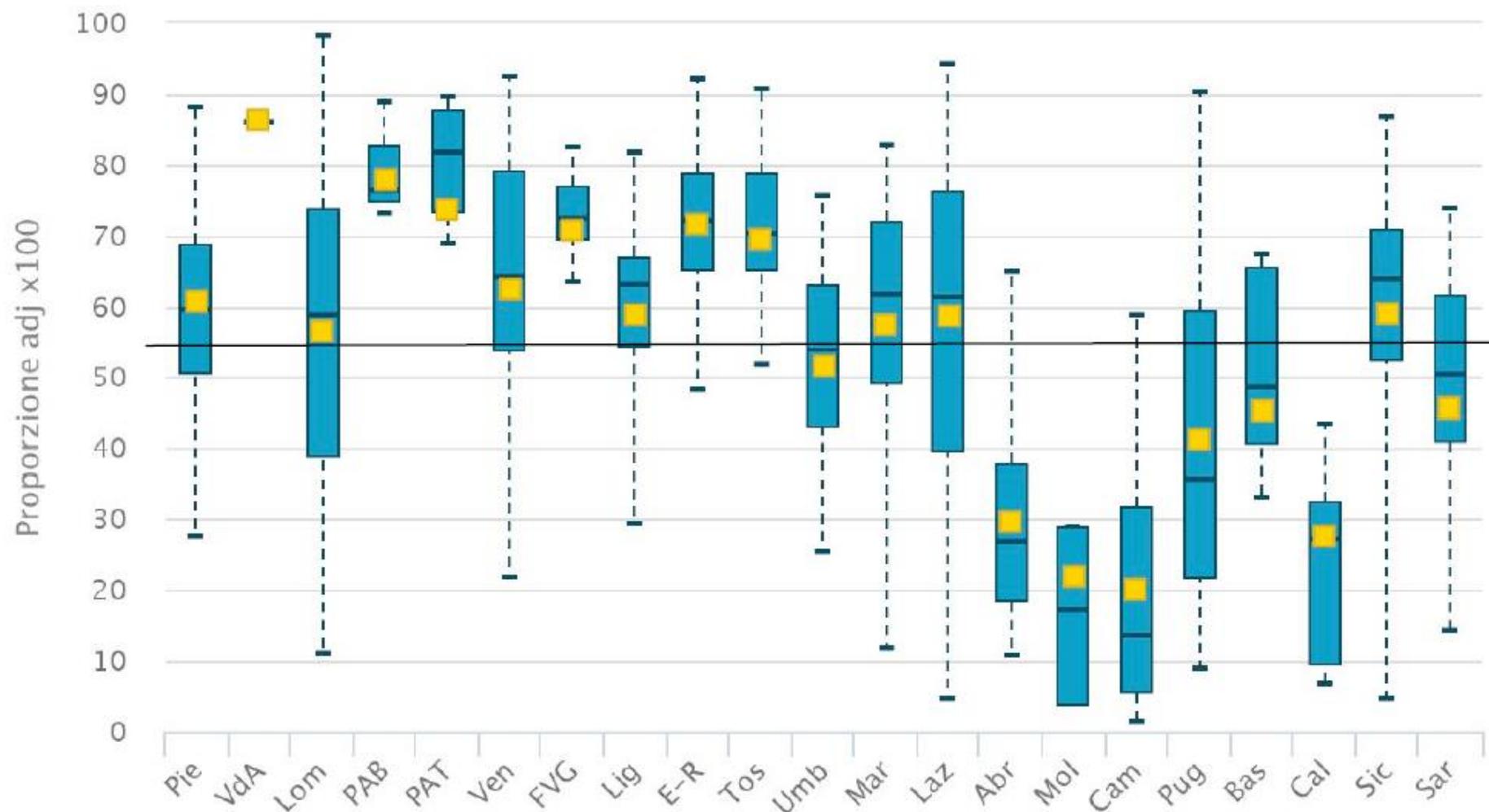


Sperimentazioni regionali

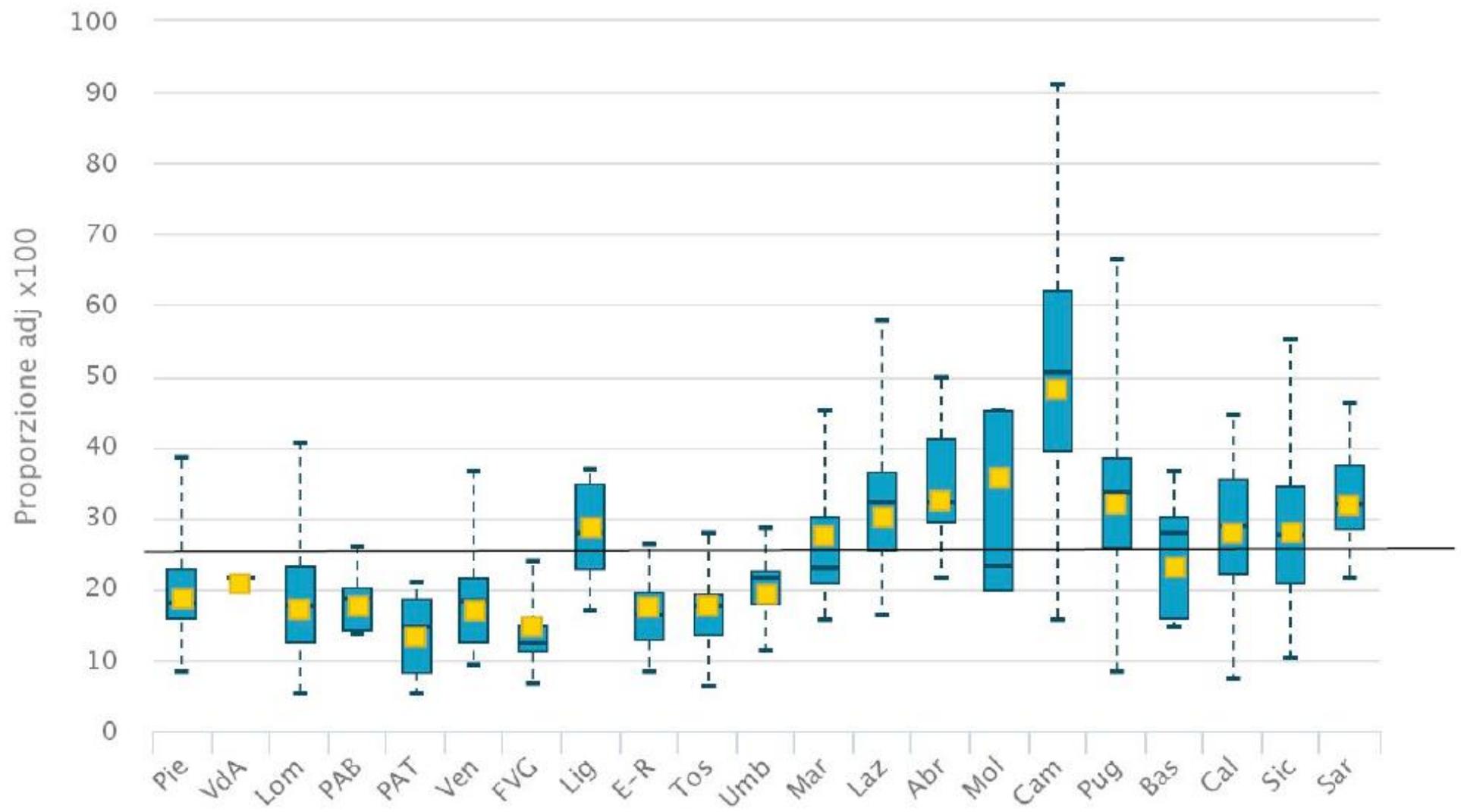
Fig. 4 Strutture ospedaliere con livelli di qualità bassi/molto bassi, sulla base degli standard di PNE, per almeno il 50% della attività valutata. Analisi per regione. Italia 2015 (PNE ed 2016)



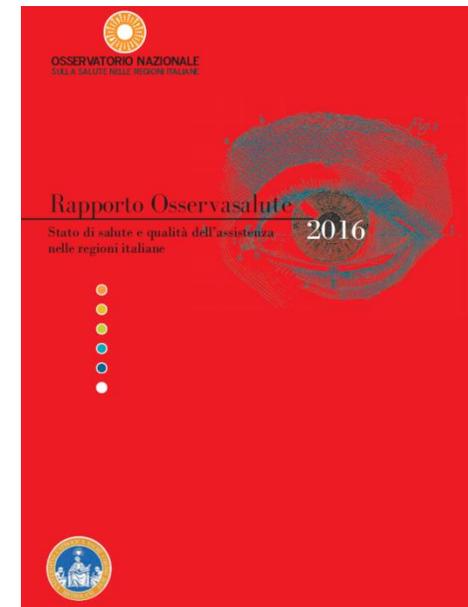
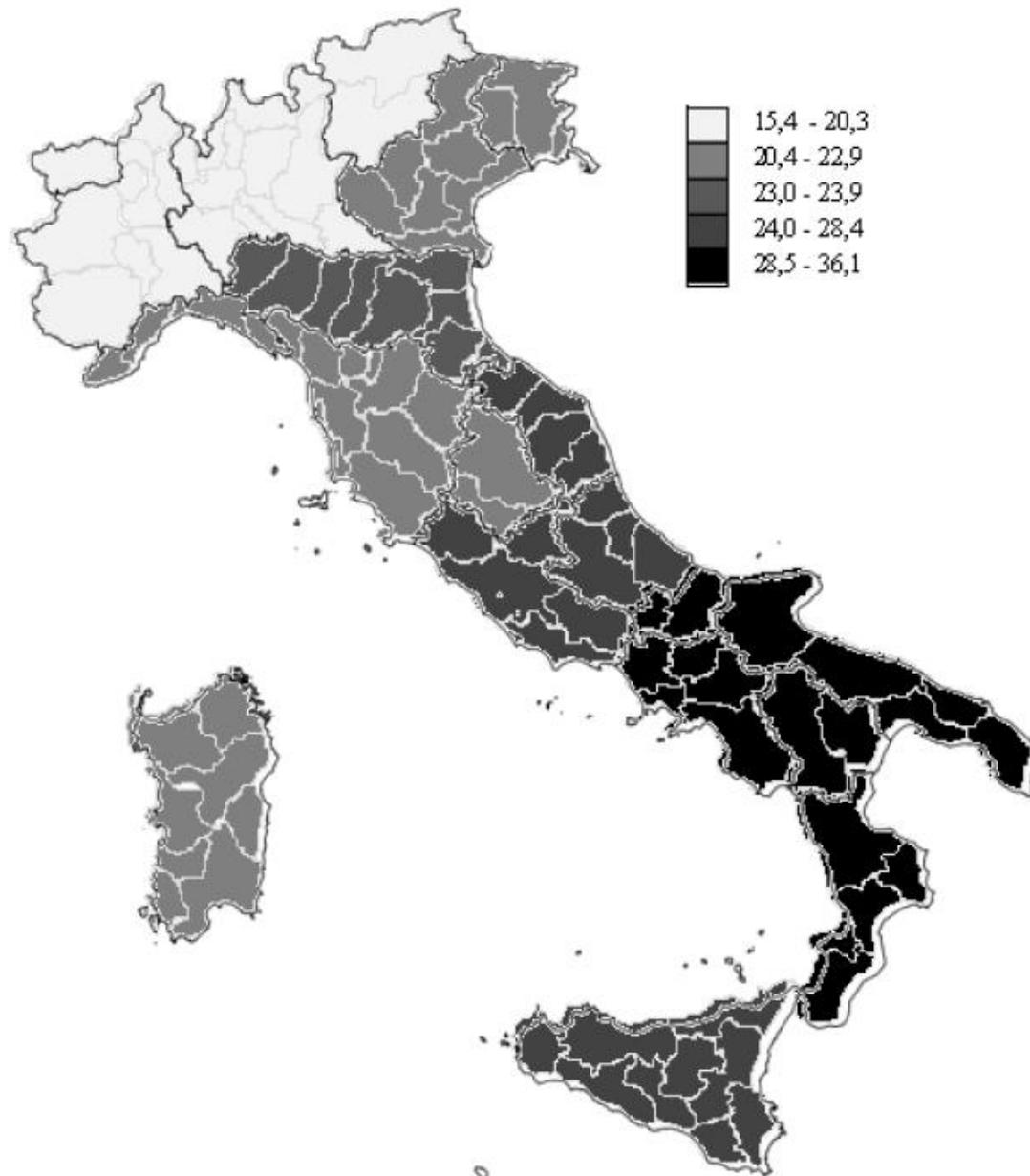
FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI - ITALIA 2015



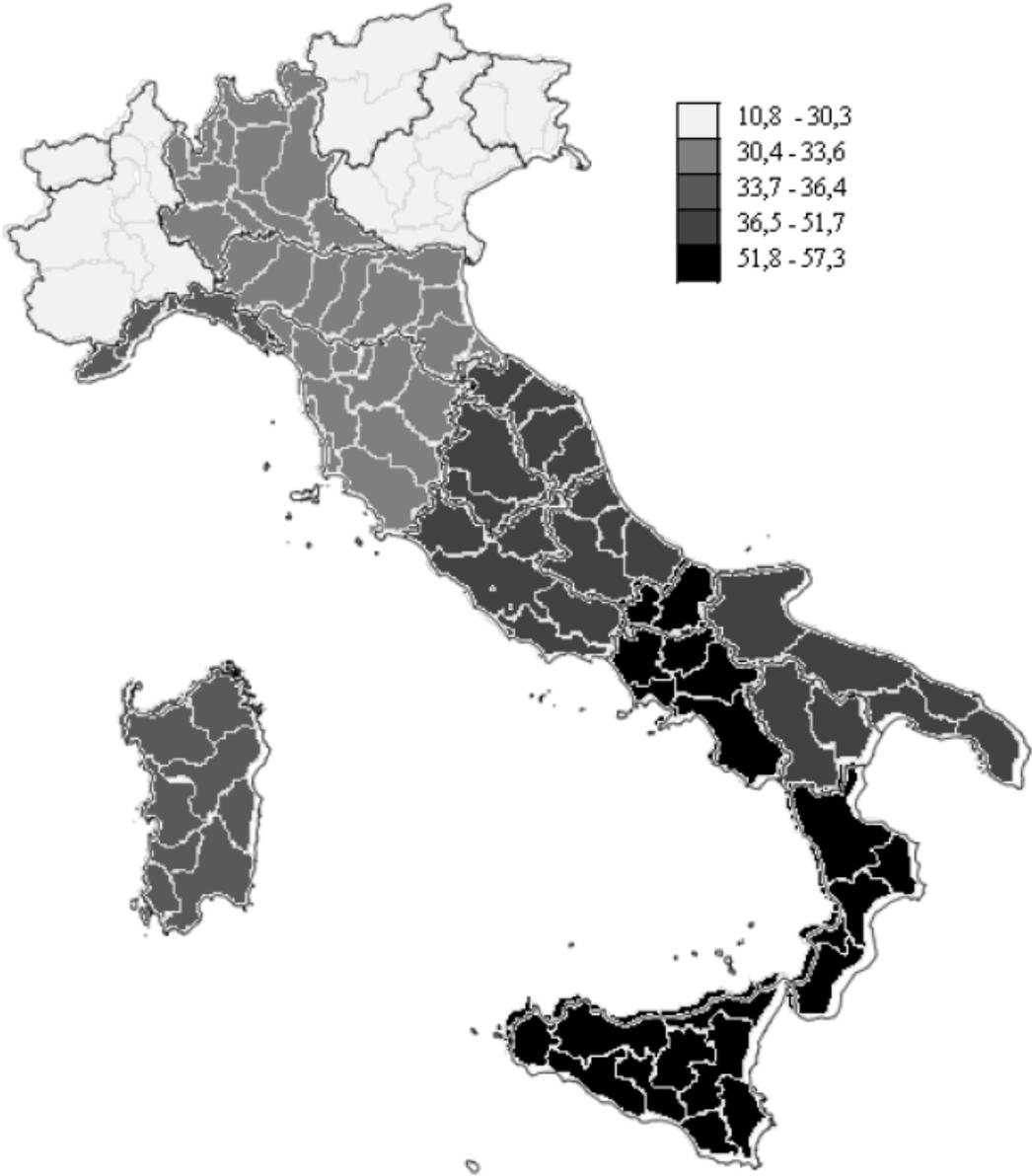
PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO. ITALIA 2015



Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 6-17 anni in eccesso di peso per regione. Anni 2014-2015



Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2015



OSSEVATORIO NAZIONALE
SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

Rapporto Osservasalute
Stato di salute e qualità dell'assistenza
nelle regioni italiane

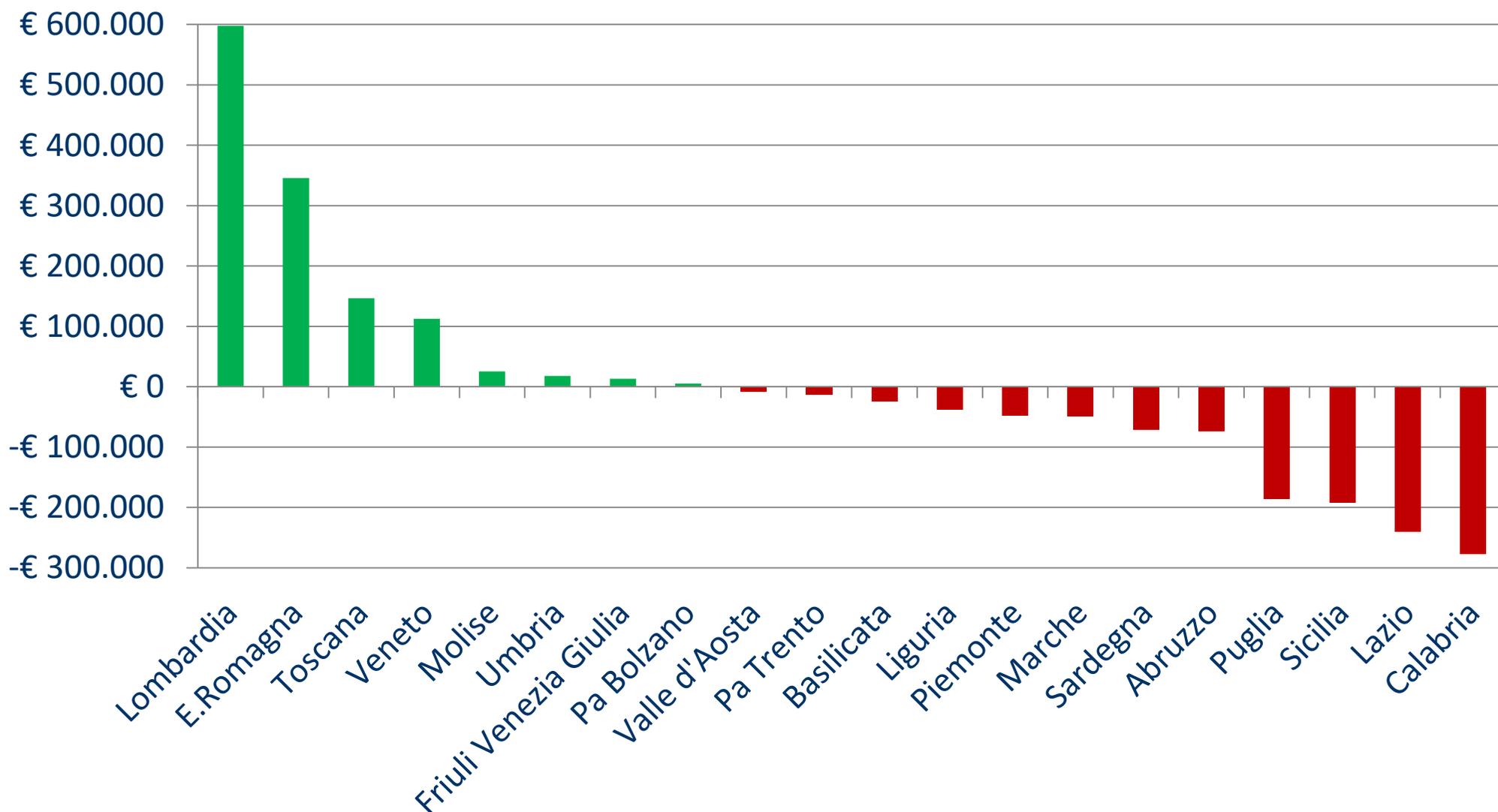
2016

Mobilità sanitaria 2016

€ 4.154,4 miliardi



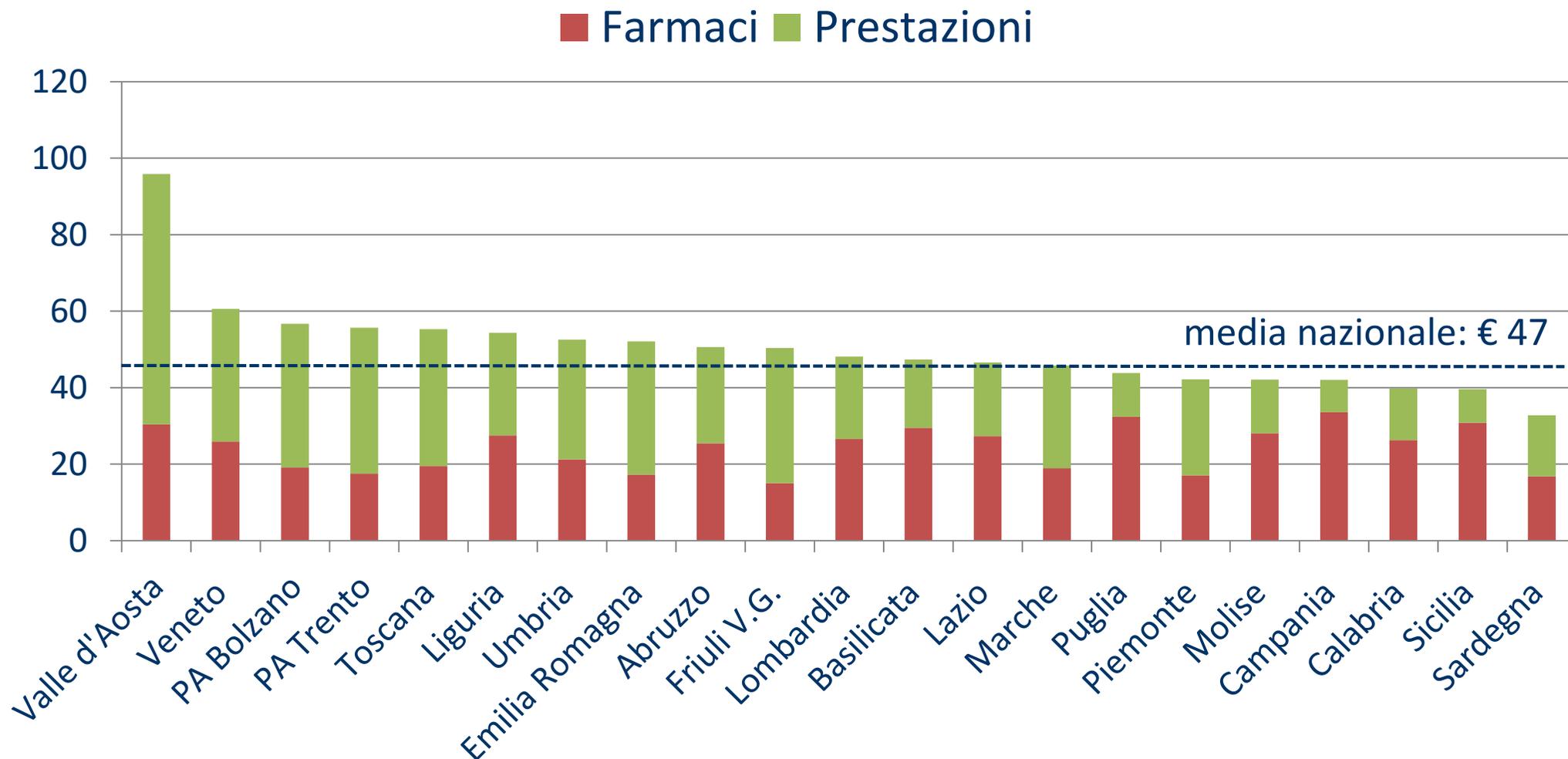
Mobilità sanitaria: saldo 2016



Ticket 2016
€ 2.857,400 miliardi



Ticket 2016: spesa pro-capite





**SALUTE AL CENTRO DI TUTTE LE DECISIONI
POLITICHE** non solo sanitarie, ma anche
industriali, ambientali, sociali, economiche
e fiscali

WHAT IS HEALTH IN ALL POLICIES?



Good health requires policies that actively support health



It requires different sectors working together, for example:



TO ENSURE ALL PEOPLE HAVE EQUAL OPPORTUNITIES TO ACHIEVE THE HIGHEST LEVEL OF HEALTH

The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013
The Helsinki Statement on Health in All Policies





HEALTH IN ALL POLICIES

TRAINING MANUAL



**COSTRUIRE UN SERVIZIO
SOCIO-SANITARIO
NAZIONALE**, perché i bisogni
sociali sono strettamente
correlati a quelli sanitari

FONDI POLITICHE SOCIALI

a cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome - Settori Salute e Politiche Sociali

ANNO		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO NON AUTOSUFFICIENZE	FONDO/ INIZIATIVE PER LA FAMIGLIA	FONDO POLITICHE GIOVANILI	FONDO PARI OPPORTUNITA'	PIANO ANTI VIOLENZA	CENTRI ANTIVIOLENZA-CASE RIFUGIO E ASSISTENZA A DONNE VITTIME DI VIOLENZA	FONDO PER LA LOTTA ALLA POVERTA' E
2014	Totale Fondo	€ 297.417.713	€ 350.000.000	€ 16.695.248	€ 13.665.714	€ 14.403.000	€ 10.000.000	€ 13.449.385	
	Quota Regioni/Comuni	€ 262.618.000	€ 340.000.000	€ 5.000.000	€ 7.106.171			€ 6.449.385	
2015	Totale Fondo	€ 312.992.666	€ 400.000.000	€ 135.261.738	€ 5.761.000	€ 9.971.390	€ 9.119.726	€ 9.119.826	
	Quota Regioni/Comuni	€ 278.192.953	€ 390.000.000	€ 105.000.000	€ 3.736.376,93				
	Quota Regioni triennio 2013-2015						€ 13.000.000,00		
2016	Totale Fondo	€ 311.589.741	€ 400.000.000	€ 15.168.618	€ 5.000.000	€ 12.099.591	€ 10.000.000	€ 9.007.627	€ 1.620.000.000
	Quota Regioni/Comuni	€ 277.790.028	€ 390.000.000	€ 7.500.000	€ 1.530.133,00				
2017	Totale Fondo	€ 289.802.949,94	€ 500.000.000	€ 2.780.032	€ 4.221.150	€ 12.714.553			€ 1.530.000.000
	Quota Regioni/Comuni	€ 276.963.236,94	€ 498.600.000	€ 2.780.032	€ 1.266.345,00	€ 12.714.553			
2018	Totale Fondo				€ 8.891.535				€ 2.059.000.000
	Quota Regioni/Comuni				2.156.836				

**PROGRAMMA NAZIONALE D'INFORMAZIONE
SCIENTIFICA A CITTADINI E PAZIENTI** per debellare
le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e
promuovere decisioni realmente informate





[Home](#)

[Notizie](#)

[La salute dalla A alla Z](#)

[Stili di vita e ambiente](#)

[Falsi miti e bufale](#)

[Chi siamo](#)

LA SALUTE
DALLA A
ALLA Z

STILI DI VITA
E
AMBIENTE

FALSI MITI
E
BUFALE



ELIMINARE IL SUPERTICKET
e definire criteri nazionali
di compartecipazione alla
spesa sanitaria equi
e omogenei

**SANA INTEGRAZIONE
PUBBLICO-PRIVATO** e libera
professione regolamentata
secondo i reali bisogni
di salute delle persone



Il diritto costituzionale alla tutela della salute non può essere condizionata da ideologie partitiche, ma è un diritto civile che la politica deve garantire a tutti cittadini.



Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN



Osservatorio sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

ELEZIONI 2018

Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali

SANITÀ E RICERCA BIOMEDICA





SALUTE AL CENTRO DI TUTTE LE DECISIONI POLITICHE non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali



RIORDINO LEGISLATIVO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA per evitare derive consumistiche e di privatizzazione



MAGGIORI CAPACITÀ DI INDIRIZZO E VERIFICA DELLO STATO SULLE REGIONI nel pieno rispetto delle loro autonomie



ELIMINARE IL SUPERTICKET e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei



COSTRUIRE UN SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari



RIDISEGNARE IL PERIMETRO DEI LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri



#salviamoSSN

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH



PROGRAMMA NAZIONALE D'INFORMAZIONE SCIENTIFICA A CITTADINI E PAZIENTI per debellare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e promuovere decisioni realmente informate



CERTEZZE SULLE RISORSE PER LA SANITÀ: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico



RILANCIARE LE POLITICHE PER IL PERSONALE e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari



SANA INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone



PIANO NAZIONALE CONTRO GLI SPRECHI IN SANITÀ, per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi



FINANZIARE RICERCA CLINICA E ORGANIZZATIVA: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN

3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

Roma, 5 giugno 2018
Sala Capitolare - Senato della Repubblica



3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale Roma, 5 giugno 2018

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it