



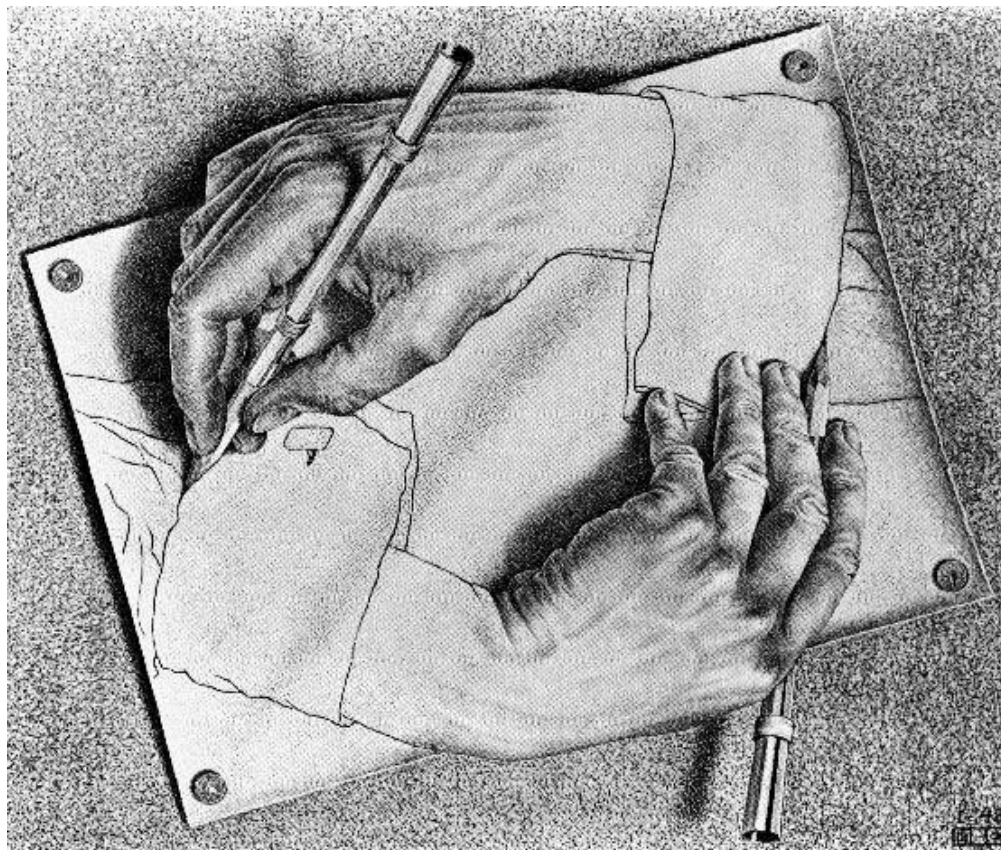
Bologna, 10 gennaio 2012

**La nostra SALUTE non ha prezzo,  
ma la SANITÀ ha un costo...  
che paghiamo tutti**

**Nino Cartabellotta**

Fondazione GIMBE

# IL PARADOSSO





Vantiamo un sistema sanitario nazionale (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 sistema sanitario al rigido vincolo di criteri di economicità e contenimento della spesa, in assenza dei quali è a rischio la sostenibilità del SSN, in particolare nelle regioni del centro-sud



# I NOSTRI DIRITTI





## Art. 32

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

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.



## Art. 38

Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.

I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria.

Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale.

Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato.

L'assistenza privata è libera.

# 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?





# IL FINANZIAMENTO DEL SSN

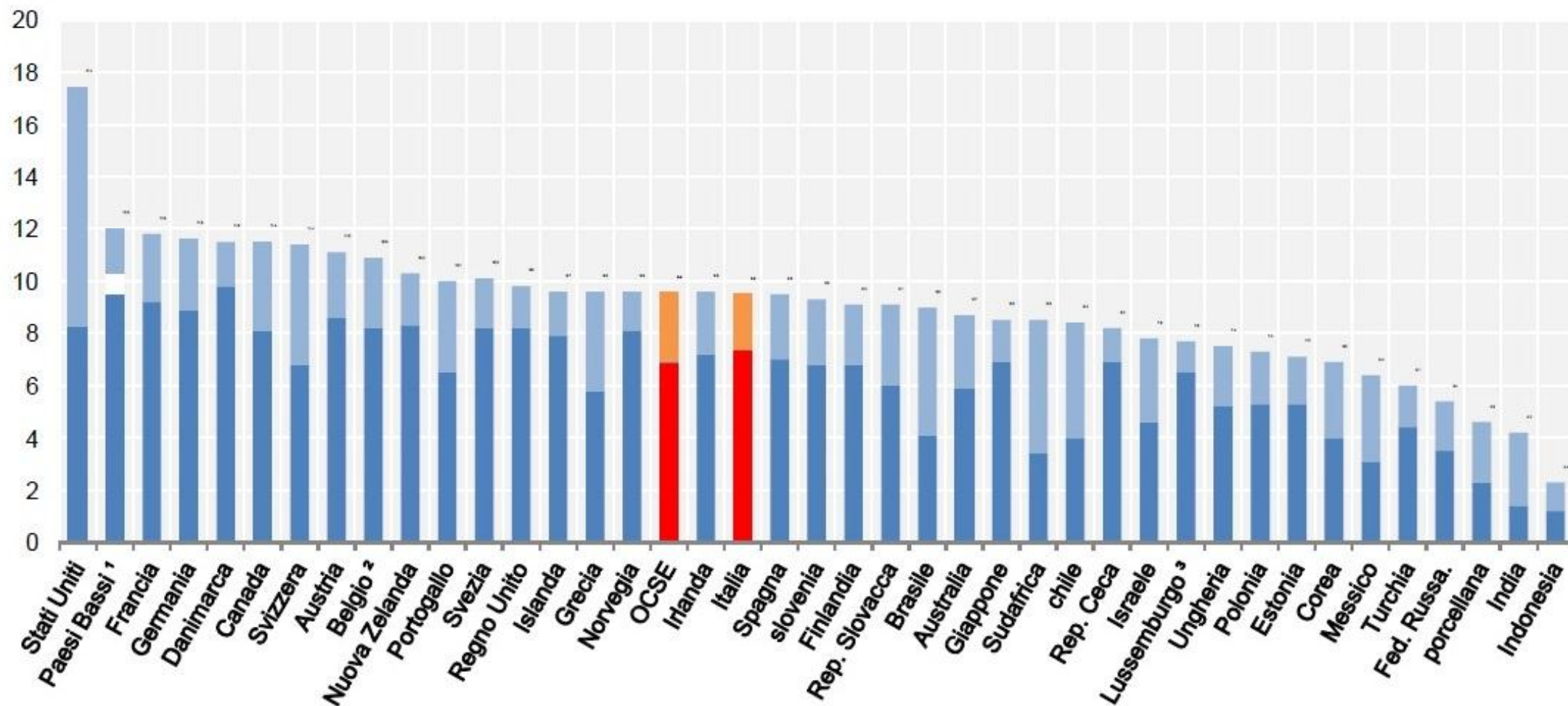


# Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL, 2009 (o anno più vicino)

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%
<b>TOTALE</b>	<b>106.173.749.546</b>	<b>100%</b>

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



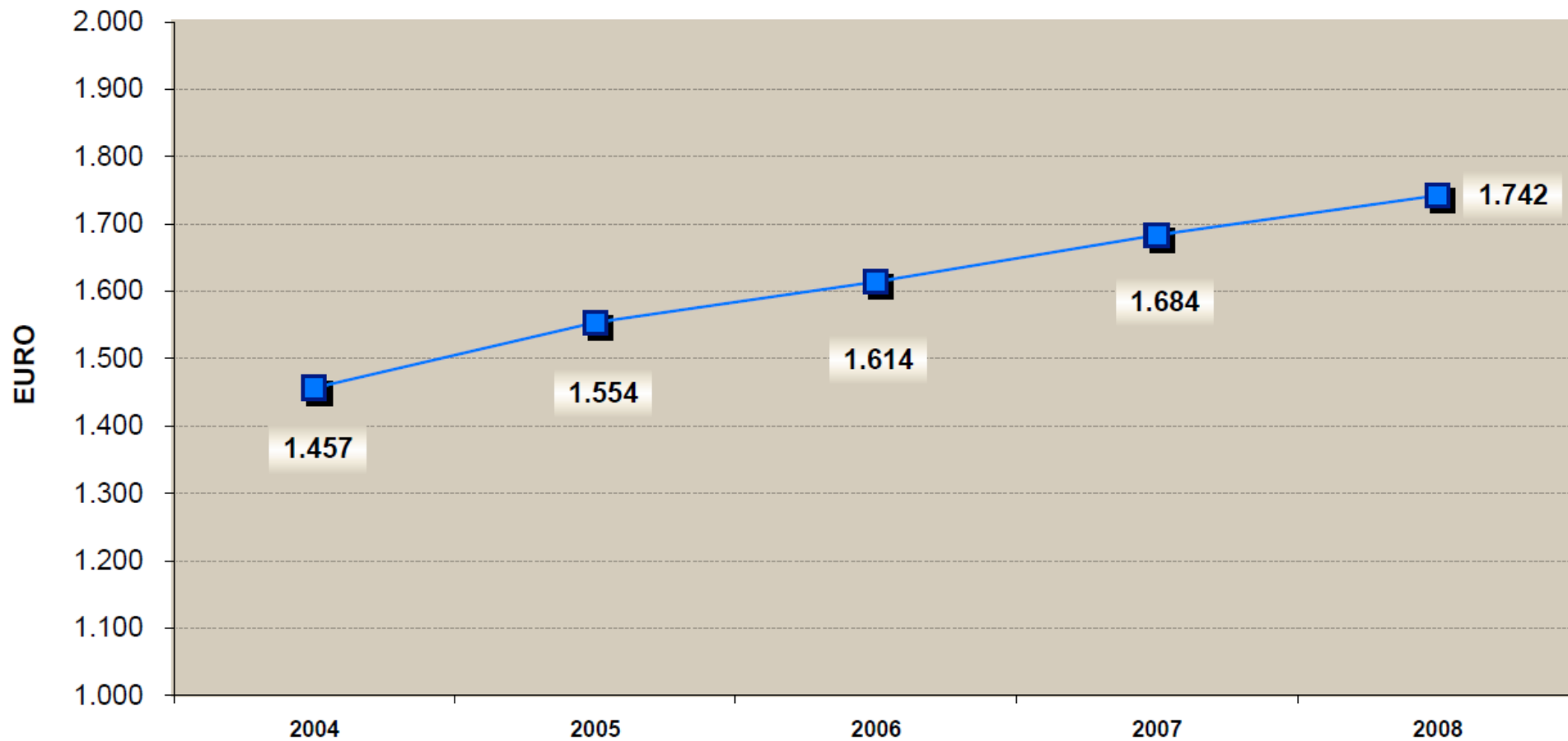
## Fonti di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2008

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
<b>TOTALE REGIONI e PROVINCE AUTONOME</b>	<b>102,902</b>
Altri Enti Finanziati con Fondo Sanitario Nazionale	0,546
<b>TOTALE</b>	<b>103,447</b>

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 BUONE O CATTIVE?





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

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





# **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

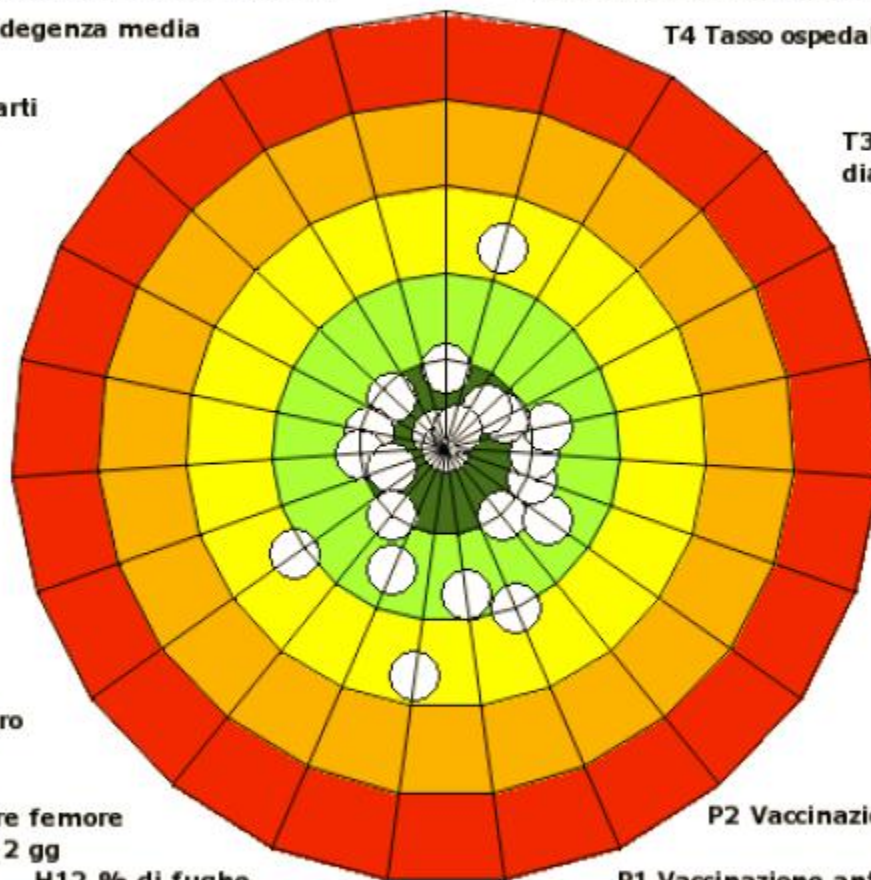
P1 Vaccinazione antinfluenzale

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

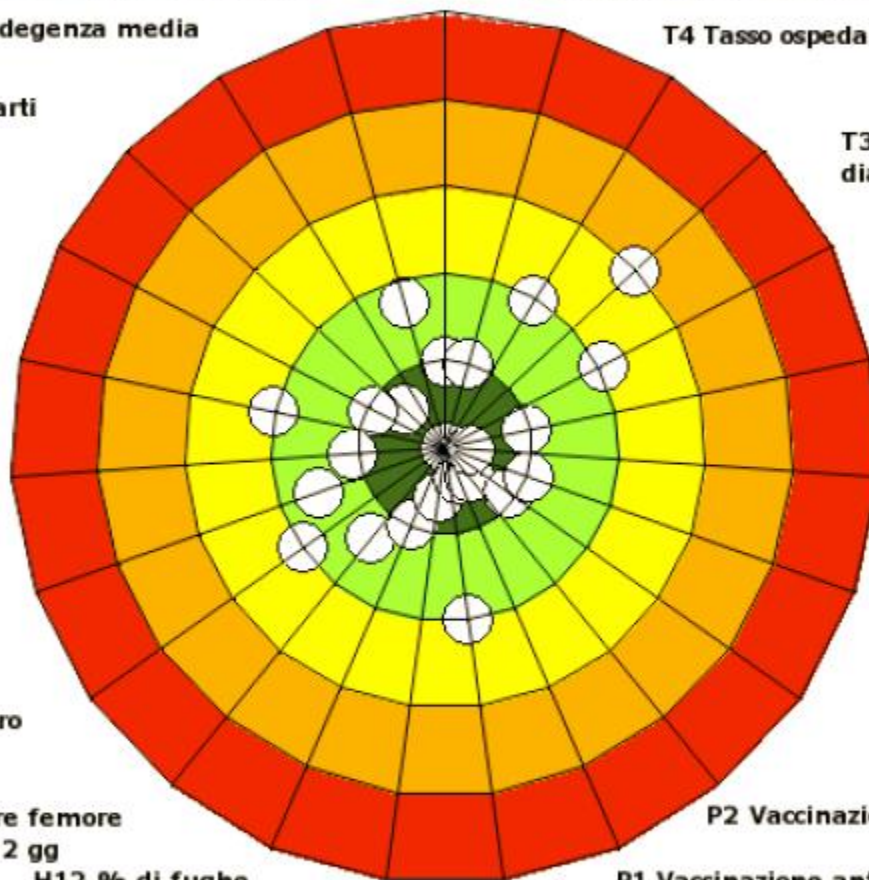
P1 Vaccinazione antinfluenzale

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)

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 % colecistomie 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

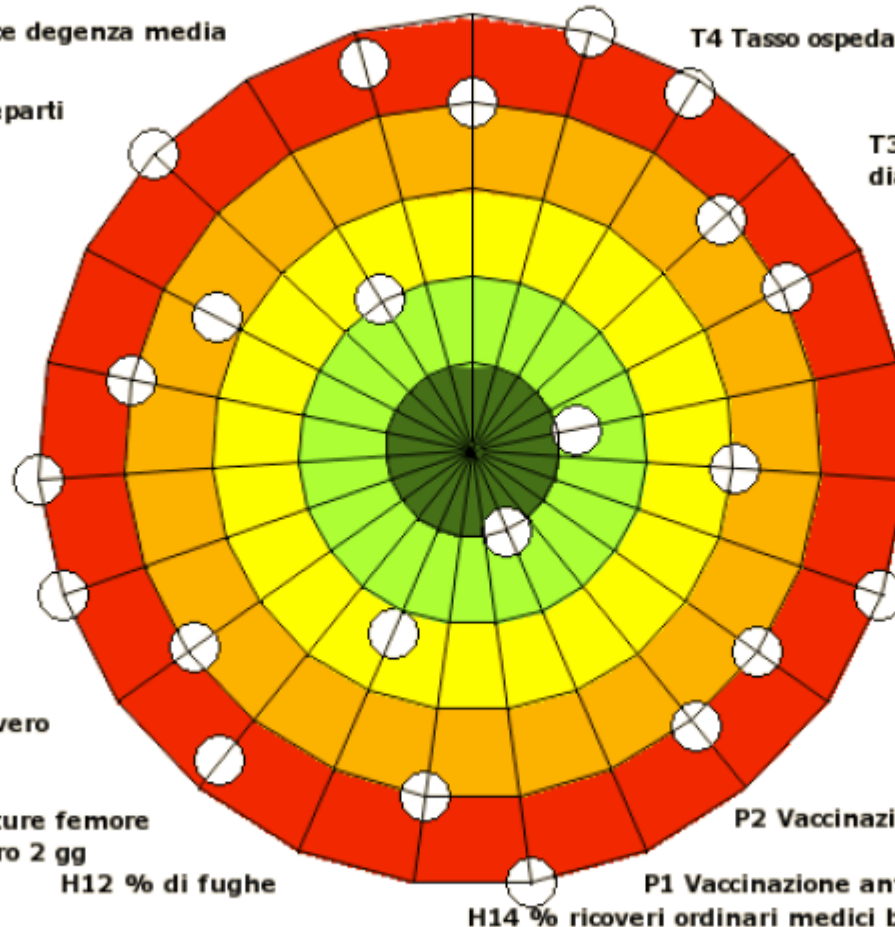
P1 Vaccinazione antinfluenzale

H14 % ricoveri ordinari medici brevi

Assistenza ospedaliera (H)

H13 Degenza media pre-operatoria

Assistenza sanitaria collettiva-prevenzione (P)



# 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

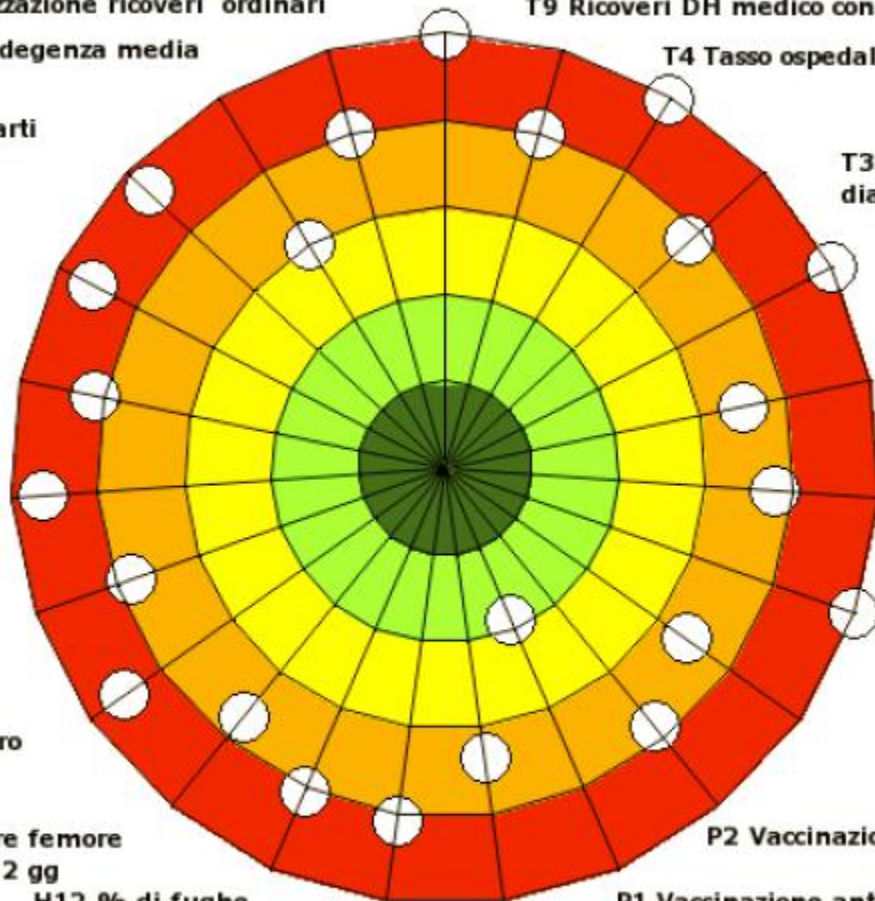
H10 % re-ricovero

H11 % fratture femore operate entro 2 gg

H12 % di fughe

Assistenza ospedaliera (H)

Assistenza sanitaria collettiva-prevenzione (P)



# VIRTUOSE e DISSENNATE



## 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



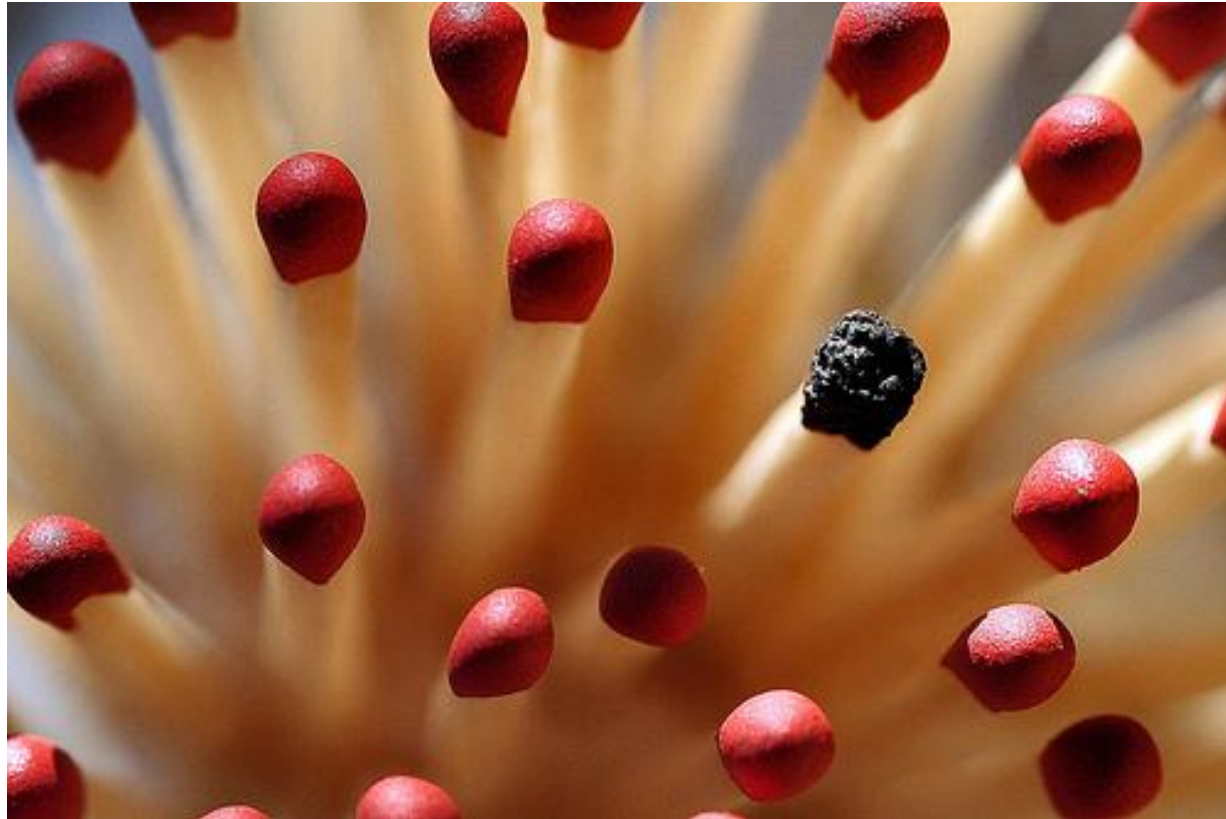
## L'ASSIOMA

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

# SIAMO TUTTI UGUALI?





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 \*

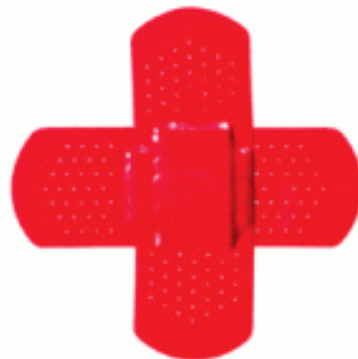
- La regione di residenza di un cittadino, oltre a influenzare l'equità d'accesso a servizi e prestazioni sanitarie, costituisce un fattore di rischio indipendente per la sua salute.
- Le diseguaglianze regionali disegnano una carta geografica molto simile a quella dell'epoca rinascimentale!



# IL MALAFFARE

**Daniela Francese**

## **SANITÀ SPA**



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

NEWTON COMPTON EDITORI



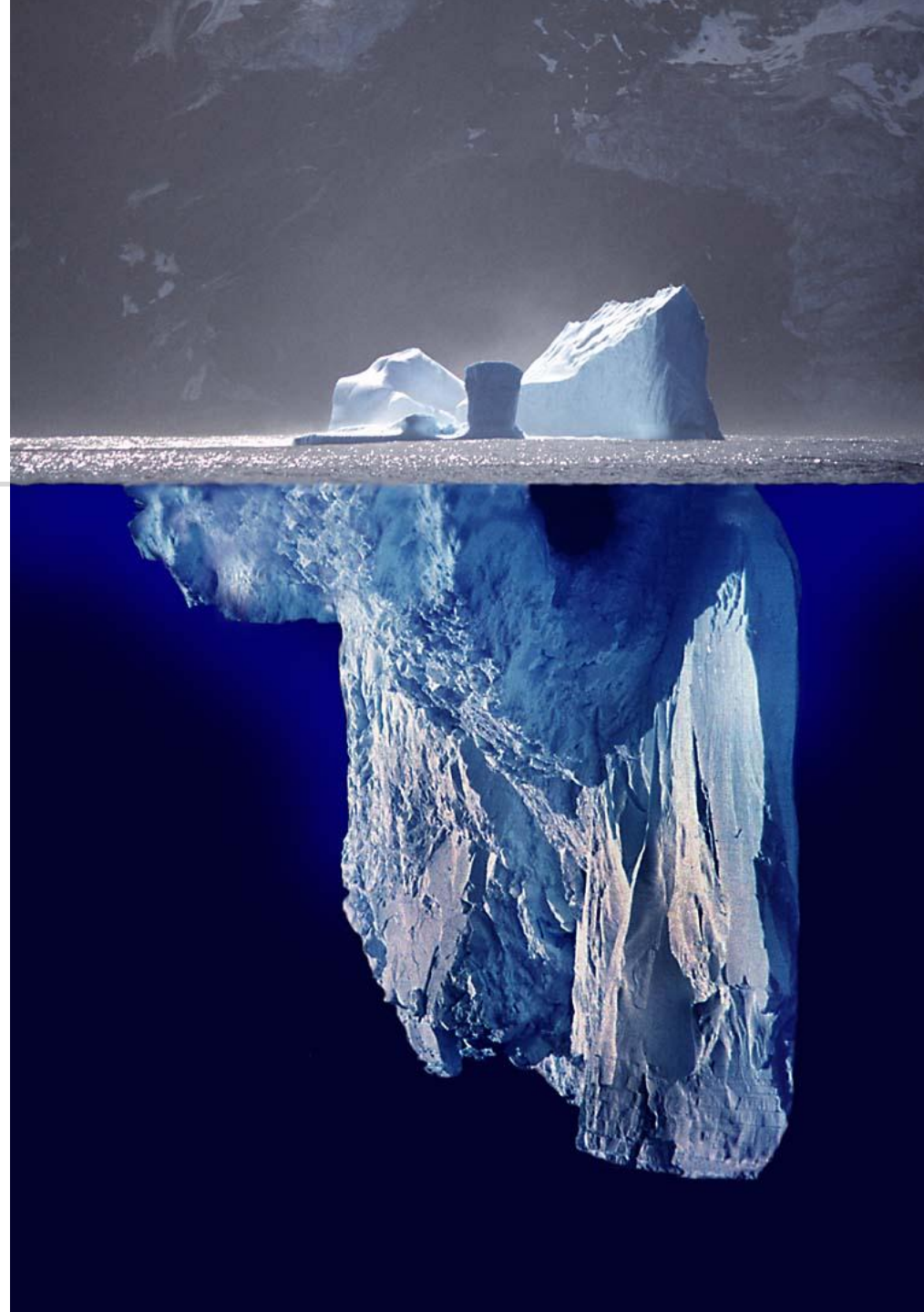
- La sanità con i suoi 130 mld di euro/anno è il comparto con la quota più elevata di denaro pubblico investito.
- Considerato che i soldi pubblici fanno gola a tutti, con gli anni si è radicata una vasta rete del malaffare che sottrae preziose risorse alla sanità pubblica.





3 anni di indagini della Guardia di Finanza hanno accertato:

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



# LE PRESCRIZIONI DEI MEDICI



- I medici sono potenti induttori di servizi e prestazioni sanitarie
- La medicina difensiva ha preso il sopravvento sulle decisioni secondo scienza e coscienza
- L'industria farmaceutica e tecnologica continuamente “induce in tentazione” medici e altri professionisti sanitari
- Troppe risorse pubbliche vengono sprecate per:
  - Interventi sanitari inefficaci
  - Interventi sanitari efficaci, ma non appropriati



## 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**







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

**di Nino Cartabellotta \***

# 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](http://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



# ADESSO BASTA !

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



# ADESSO BASTA !

- Il sistema non può più garantire “**tutto a tutti**” ma solo “tutto quello che realmente serve a chi ne ha veramente bisogno”
- D’ora in poi, sarà sostenibile solo un modello assistenziale guidato dalla parola d’ordine **appropriatezza**





# manager&evidence health

*Programmazione Focus sulla più richiesta e ambita qualità del servizio sanitario*

## **L'appropriatezza nel mirino**

di **Antonino Cartabellotta** \*

**SETTEMBRE 2003**



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 Sulli', with a long horizontal stroke extending to the right.

FINANZIARE, CONDURRE E PUBBLICARE RICERCA RILEVANTE  
PER MIGLIORARE LA SALUTE DEI CITTADINI

INTEGRARE LE MIGLIORI EVIDENZE  
NELLE DECISIONI CLINICHE, MANAGERIALI E DI POLITICA SANITARIA

SVILUPPARE STRATEGIE PER VALORIZZARE  
IL CAPITALE UMANO DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

GARANTIRE QUALITÀ E SOSTENIBILITÀ DELL'ASSISTENZA,  
RISPETTANDO IL VINCOLO DELLE RISORSE PROGRAMMATE

INFORMARE I CITTADINI SULL'EFFICACIA, SICUREZZA  
E APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI SANITARI

ALLINEARE L'OFFERTA DI SERVIZI E PRESTAZIONI SANITARIE  
AI REALI BISOGNI DI SALUTE DEI CITTADINI



Thank you!

**In rigoroso ordine cronologico...**

...alla città di Bologna

...all'amico Gabriele

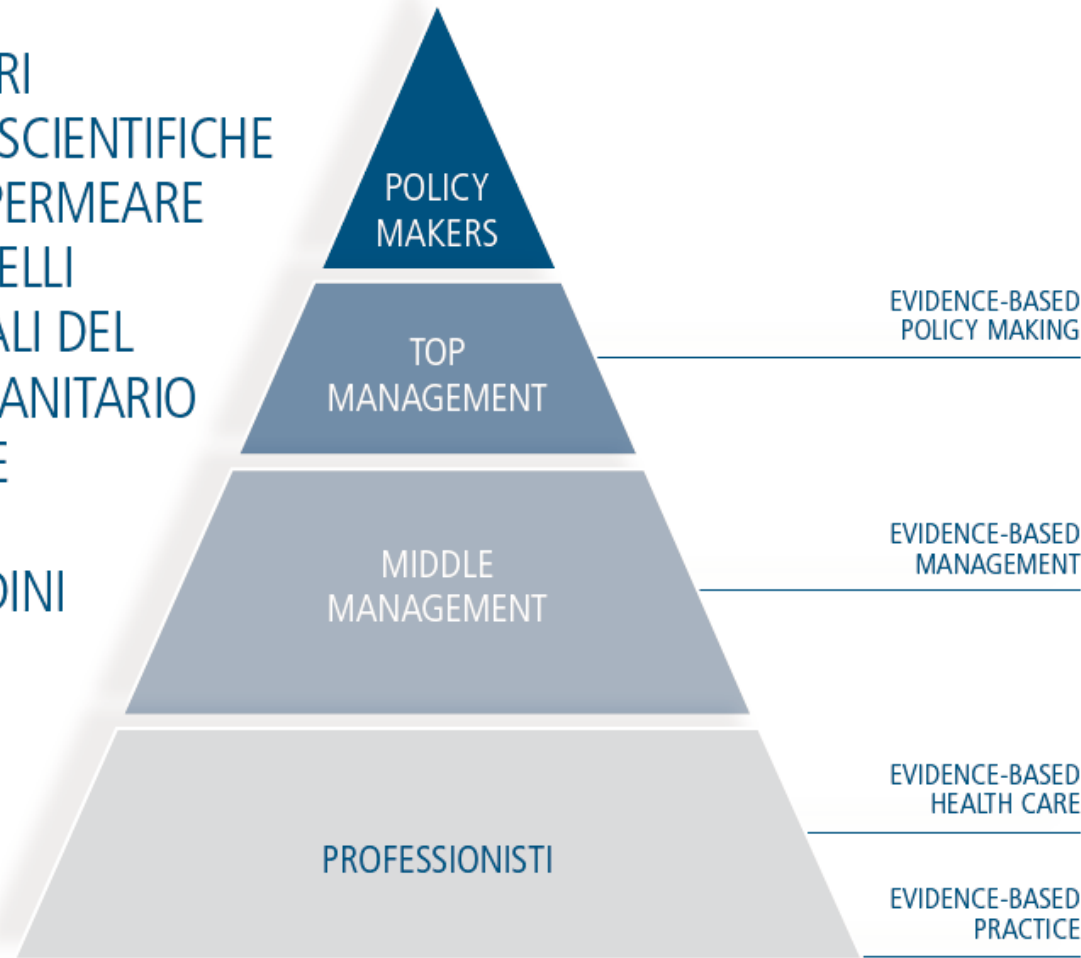
...al Rotary Club Bologna

...al nostro Presidente

...a tutti voi

**La nostra salute non ha prezzo,  
ma la sanità ha un costo per tutti  
SALVIAMO IL NOSTRO SSN**

LE MIGLIORI  
EVIDENZE SCIENTIFICHE  
DEVONO PERMEARE  
TUTTI I LIVELLI  
DECISIONALI DEL  
SISTEMA SANITARIO  
E GUIDARE  
LE SCELTE  
DEI CITTADINI



EVIDENCE-BASED  
CONSUMERS INFORMATION

# Tipologie di appropriatezza

## 1. Health intervention

“Intervento giusto al paziente giusto”

## 2. Timing

“Al momento giusto e per il tempo giusto”

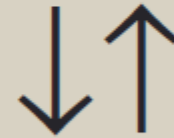
## 3. Setting

“Nel posto giusto”

## 4. Professional

“Dal professionista giusto”

Appropriatezza  
professionale



Appropriatezza  
organizzativa



*Da bambino, sotto il sole della Sicilia, mi divertivo a costruire castelli di sabbia. Innalzavo torri, mura, ponti, tracciavo strade e feritoie. Ma nonostante l'entusiasmo e la determinazione, il risultato non mi soddisfaceva quasi mai.*

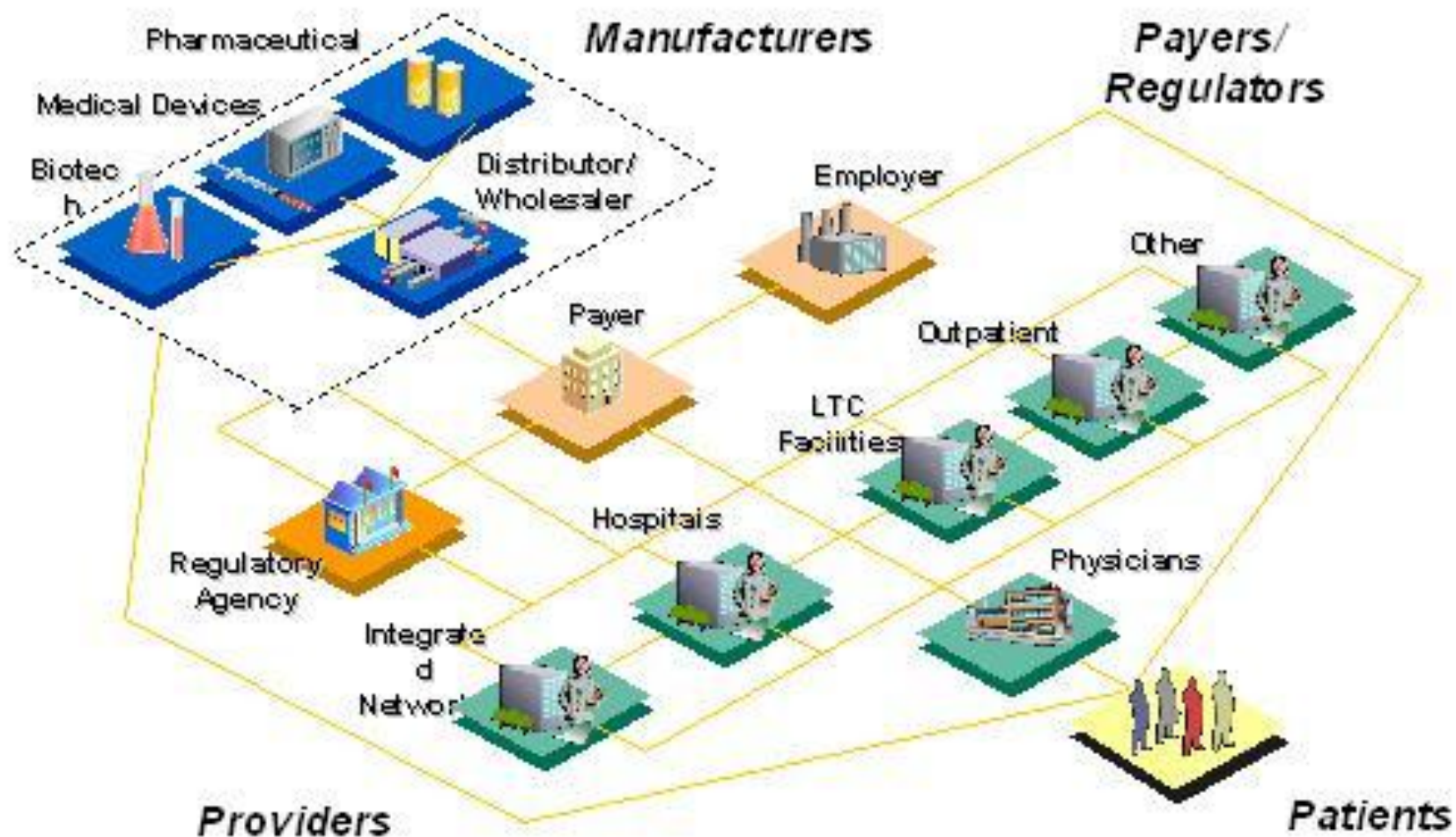
*Un giorno si avvicinò mio padre e mi disse: «Per fare un buon castello devi partire dalla terra. Devi conoscerla a fondo, sapere come reagirà all'acqua, al vento, al peso delle torri. E se questa terra non va bene dovrai cercarne altre, anche lontano da qui. Quando le fondamenta del castello saranno solide sarai a buon punto. Ma solo tu, con la tua mano potrai dare forma alla terra per costruire un castello che mare e vento non potranno disperdere. Ascolta i consigli dei grandi. Ma non farti condizionare, segui sempre le tue idee».*

*Mio padre era il medico di un piccolo paese dell'isola. Ma pensava in grande. E mi ha insegnato quanto sia importante conoscere e studiare. Ma anche che servono gli strumenti giusti per studiare perché i consigli degli esperti non sempre sono veri e disinteressati. E soprattutto che di studiare e migliorarsi non si finisce mai.*

*Per questo 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. Perché solo attraverso la conoscenza è possibile, al tempo stesso, usare bene il denaro pubblico e migliorare la nostra salute.*

*Sapere è potere: anche di curarsi al meglio.*

# Healthcare Stakeholders



<i>Livello di assistenza</i>	<i>Sotto livello</i>		<i>Dati disponibili da NSIS</i>	<i>Criteri di riparto</i>	
Prevenzione	5 %		No	popolazione non pesata	
Distrettuale	51 %	Medicina di base	7,00 %	No	popolazione non pesata
		Farmaceutica	13,57 % del fabbisogno indistinto-	Si	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo comprensivo delle somme vincolate
		Specialistica	13,30%	Si (Tessera sanitaria - 2010)	popolazione pesata (v. Tabella pesi)
		Territoriale	17,13 %	No	popolazione non pesata
Ospedaliera	44 %		Si (Anagrafica SDO - 2009)	50 % popolazione non pesata; 50 % popolazione pesata (v. Tabella pesi)	



09 gennaio 2012

## Regioni e Asl

# Piani di rientro. Bocciatura per Lazio, Campania e Piemonte. Puglia e Calabria in stand by

Niente fondi extra per le tre regioni che hanno ricevuto una netta bocciatura dagli esperti dell'Economia e della Salute nell'ultima verifica sui Piani di rientro di dicembre. Va meglio alle regioni di Vendola e Scopelliti. Ma i bilanci sanitari 2011 di tutte e 5 le regioni sono sempre negativi (-375,6 mln). [Leggi...](#)





- L'obiettivo primario dell'assistenza sanitaria è l'**high value**, il miglior risultato di salute ottenuto per unità monetaria utilizzata
- Il value rappresenta l'unità di misura più concreta e innovativa per guidare le strategie organizzative e le politiche sanitarie del terzo millennio, perché mette in relazione diretta i risultati ottenuti dall'assistenza sanitaria (efficacia, sicurezza) con le risorse utilizzate (efficienza)

- 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**

*C'era una volta un padre molto generoso con 21 figli che gestivano con differente responsabilità la “paghetta” assegnata: accanto a quelli che spendevano con oculatazza, acquistando solo beni e servizi essenziali, altri sprecavano inutili risorse per acquistare profumi e balocchi.*

*A fine anno, il padre ripianava sempre i debiti accumulati dai figli più dissennati senza nemmeno un rimprovero, per cui ogni anno la storia si ripeteva.*

*Con il passare del tempo i figli, crescendo, iniziavano a rivendicare le proprie autonomie, finché un bel giorno una grande conferenza familiare li rese liberi nella gestione e organizzazione delle proprie famiglie.*

*Gli accordi con il padre erano chiari: lui avrebbe continuato a “foraggiarli”, ma i figli avrebbero accettato regole e verifiche per assicurare al vecchio che tutti i nipoti e pronipoti godessero in maniera equa di servizi efficaci, appropriati e, pertanto, essenziali.*