

Policlinico Agostino Gemelli  
Università Cattolica del Sacro Cuore

Gemelli

# Il Servizio Sanitario Nazionale e l'accesso alle cure: attualità e prospettive

**Prof. Walter Ricciardi**

**Direttore Dipartimento di Sanità Pubblica**

**Commissario dell'Istituto Superiore di Sanità**

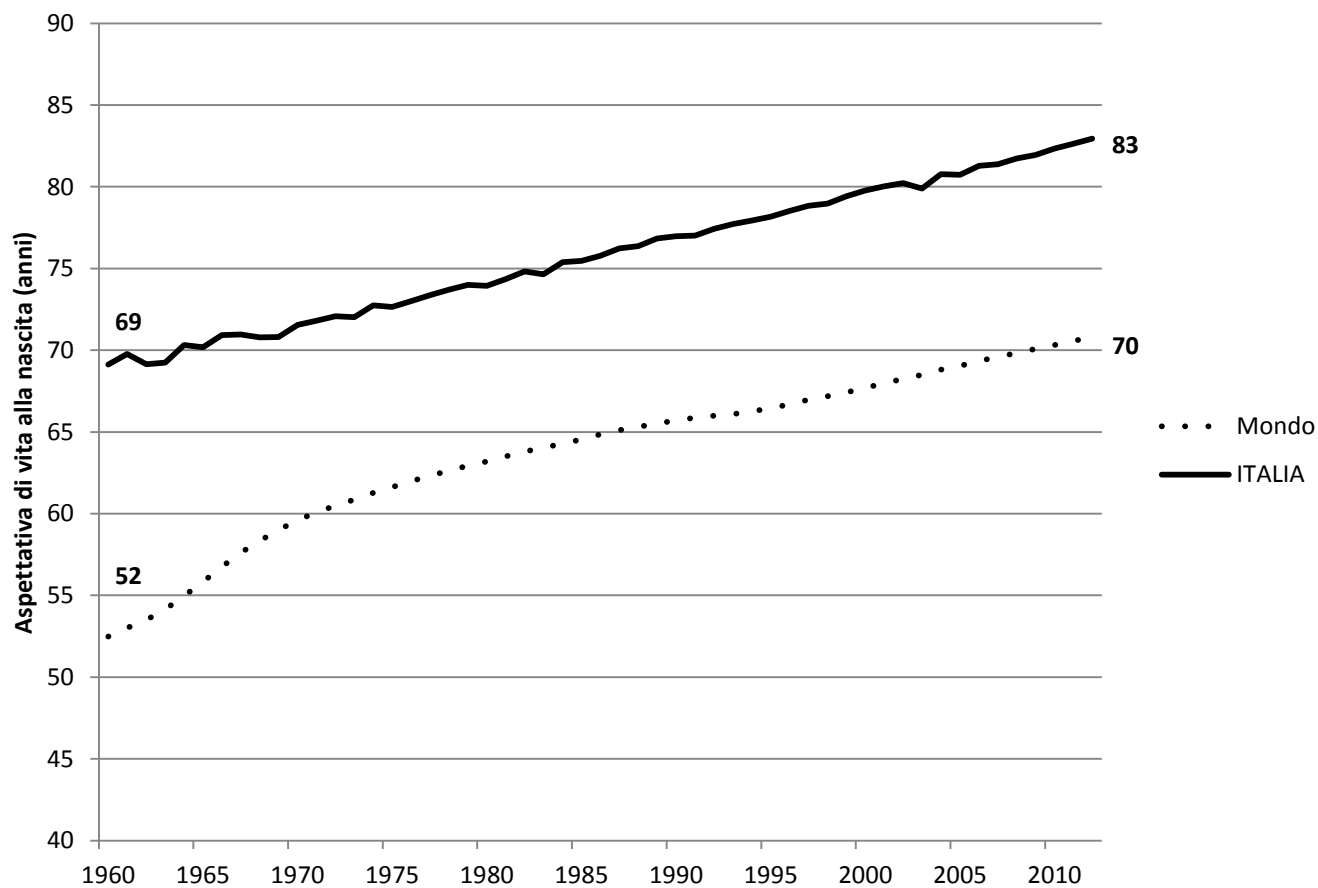
# Agenda

- Ipotesi diverse, basata sulle diverse scelte a disposizione
- Un destino ineluttabile? No!!
- Una prospettiva italiana
- Considerazioni conclusive

# **OMS. STATISTICHE MONDIALI 2014. ITALIA AI PRIMI POSTI PER ASPETTATIVA DI VITA**

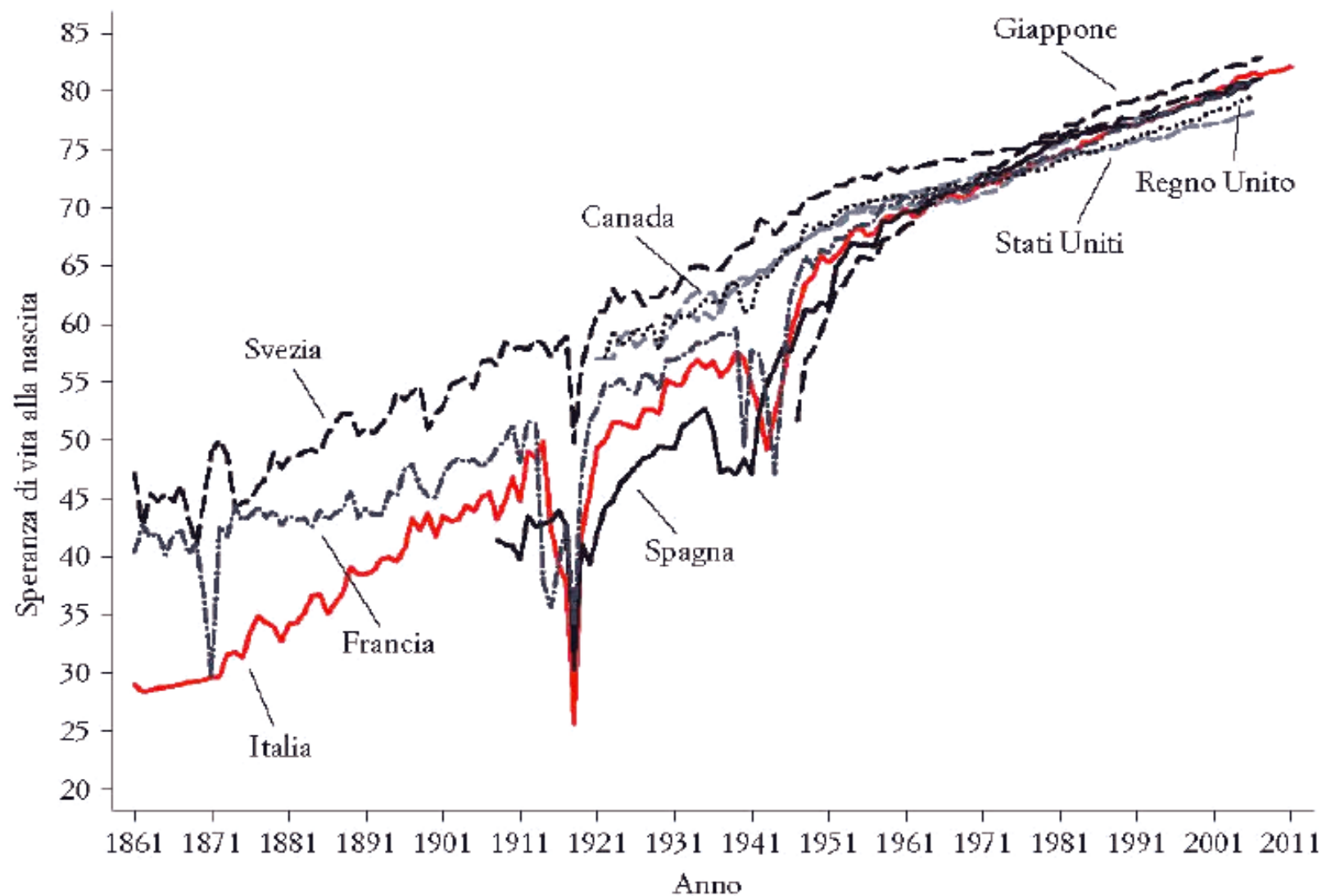
***SIAMO QUINTI AL MONDO PER QUANTO RIGUARDA  
LE DONNE (85 ANNI L'ASPETTATIVA DI VITA,  
GIAPPONE AL PRIMO POSTO CON 87) E SETTIMI PER  
GLI UOMINI (80,2 ANNI L'ASPETTATIVA DI VITA,  
ISLANDA AL PRIMO POSTO CON 81,2). "MA ESISTE  
ANCORA UN DIVARIO PROFONDO TRA RICCHI E  
POVERI***

# Aspettativa di vita alla nascita in Italia e nel mondo dal 1960 al 2012.



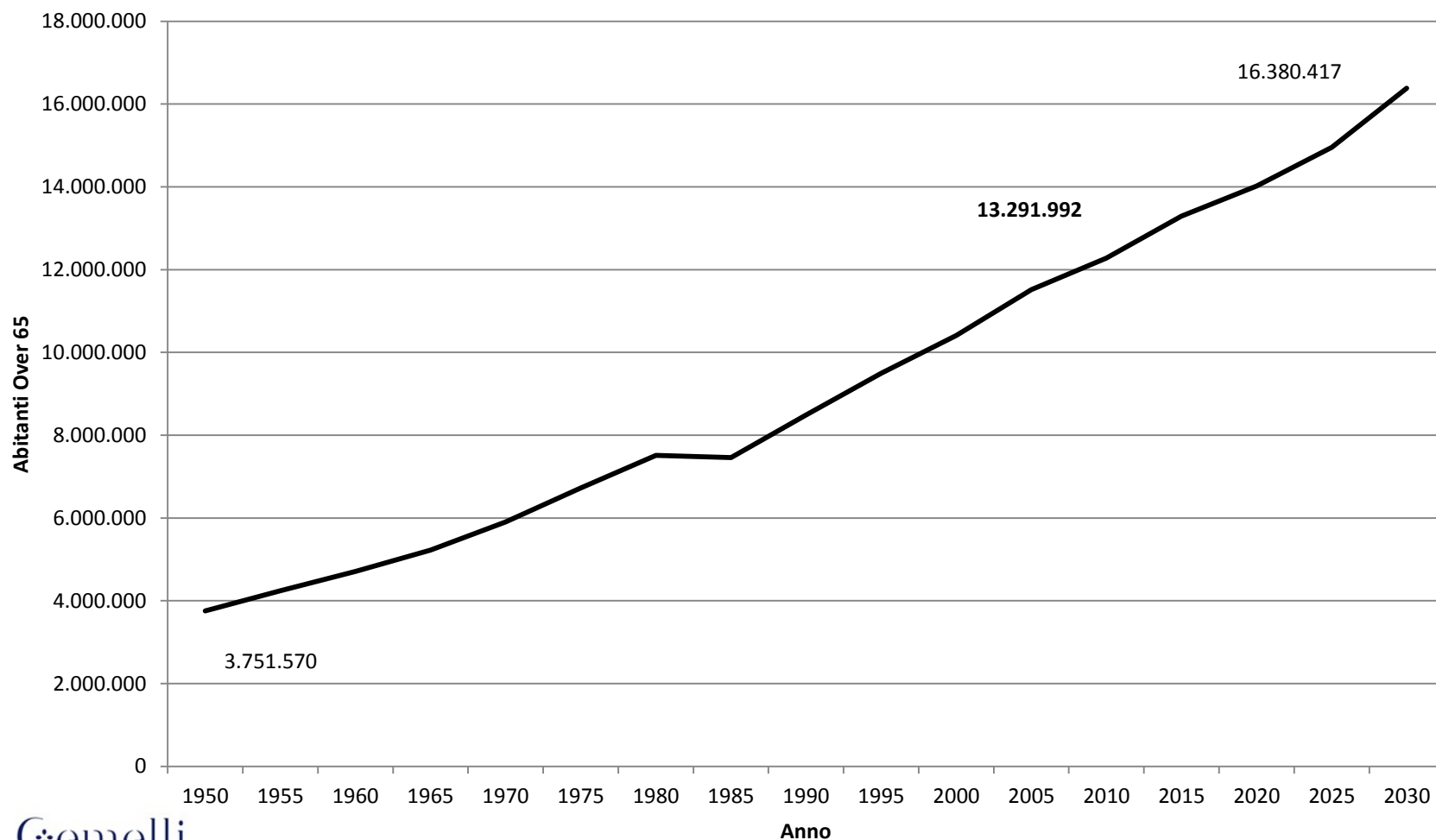
Fonte: World Bank (2014). Disponibile online:  
<http://data.worldbank.org/>

## La vita media in Italia a confronto col resto del mondo, 1861-oggi



Fonte: nostre elaborazioni su dati Human Mortality Database (2010) e Atella V. - Francisci S. - Vecchi G. (2011), *La salute degli italiani, 1861-2011*, «Politiche sanitarie», 12, 4.

# Popolazione Italiana over 65 dal 1950 al 2030



**TUTTO BENE?**

# Nord Europa vs Sud Europa



Per la prima volta dal 2005 l'Euro Health Consumer Index ha rilevato quest'anno un gap sanitario sempre più marcato fra le parti d'Europa più ricche e finanziariamente stabili e le zone meno ricche e più colpite dalla crisi.

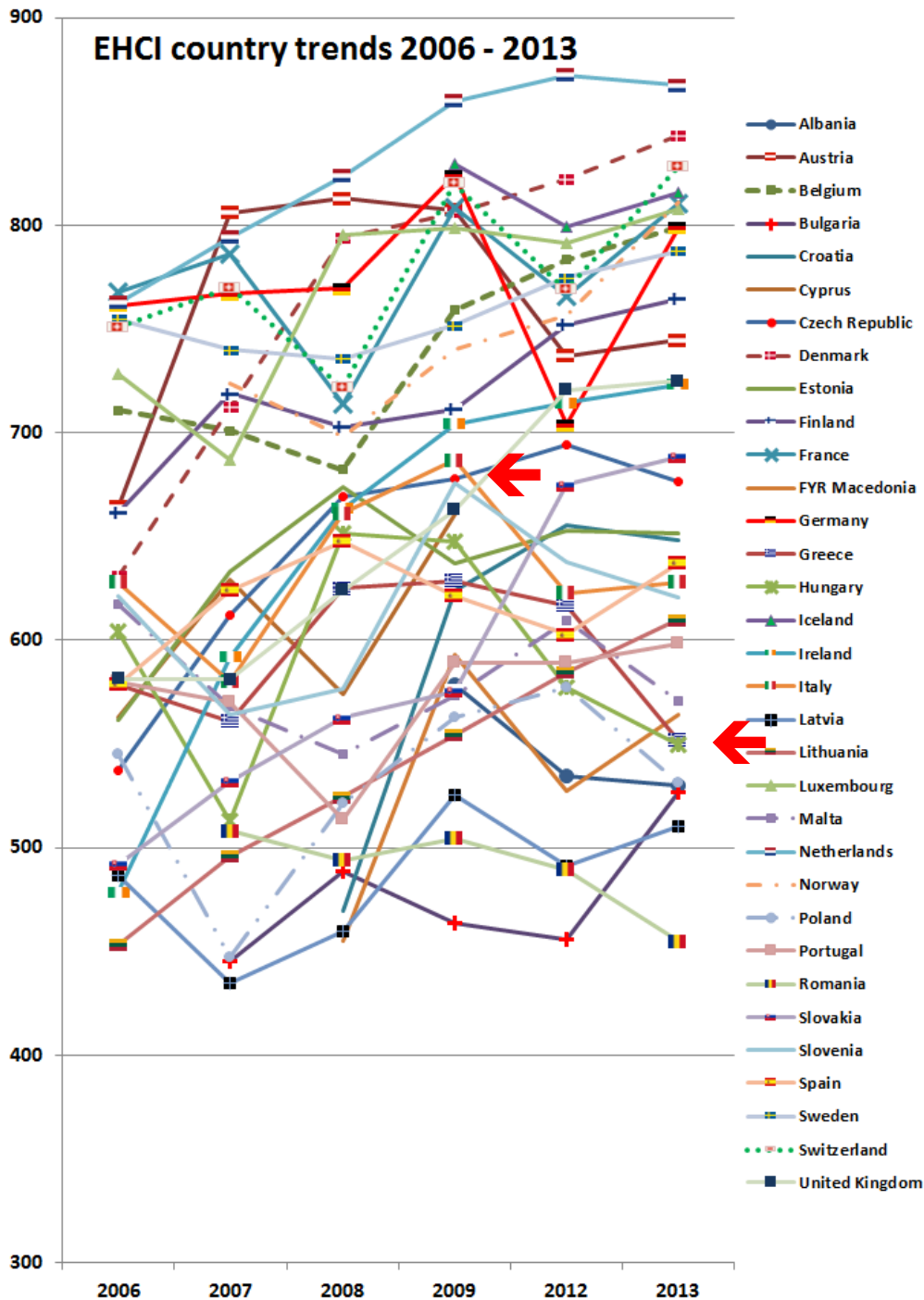
Dal 2013, nella metà più alta dell'indice non figura nessun paese a medio reddito.



1. Olanda
2. Svizzera
3. Islanda
4. Danimarca
5. Norvegia
6. Belgio
7. Germania
8. Lussemburgo
9. Francia
10. Finlandia
11. Svezia
12. Austria
13. Gran Bretagna

14. Irlanda
15. Repubblica Ceca
16. Portogallo
17. Slovenia
18. Spagna
19. Croazia
20. Italia
21. Slovacchia
22. Estonia
23. Lituania
24. Cipro
25. Grecia
26. Malta
27. Macedonia
28. Ungheria
29. Albania
30. Bulgaria
31. Polonia
32. Lettonia
33. Romaniaa

# EHCI country trends 2006 - 2013



# L'Italia può arrestare il suo declino del servizio sanitario nella classifica EHCI affrontando le sue carenze endemiche e le esigenze non soddisfatte nella cura degli anziani

**L'Euro Health Consumer Index del 2014 vede l'Italia attestarsi al 21° posto, con un punteggio di 651 su 1000, appena dietro la Croazia.**

**Nel 2009 l'Italia era in 15° posizione, il rischio è che la sanità italiana stia ormai scendendo per una china irrimediabile.**

In Italia si osservano enormi divari delle prestazioni tra il Nord e il Sud, divergenze che spiegano i mediocri risultati medi. Tuttavia nonostante simili divergenze, le cure mediche appaiono ancora di una qualità ragionevole. Quello che causa più costernazione è invece il fatto che l'attesa stia diventando un problema crescente e che l'impresa pubblica è restrittiva, sia nei confronti dei servizi medici, sia verso le cure per gli anziani.

Sono gli effetti della crisi economica?

**Comunque sia, la sfida si fa sempre più grande per l'Italia.**

**Come si prenderà cura degli anziani di domani?**

# Invito alla presentazione del libro

LA TEMPESTA PERFETTA  
IL POSSIBILE NAUFRAGIO DEL  
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE:  
COME EVITARLO?

**19 maggio 2015**

AUDITORIUM DEL  
MINISTERO DELLA SALUTE  
Lungotevere Ripa 1, Roma  
Ore 11.00

**Intervengono:**

**Beatrice Lorenzin**, Ministro della Salute  
**Renato Botti**, Direttore Generale programmazione Ministero della Salute  
**Walter Ricciardi**, Commissario straordinario Istituto Superiore di Sanità  
**Vincenzo Atella**, Direttore CEIS Università di Roma Tor Vergata  
**Claudio Cricelli**, Presidente SIMG  
**Federico Serra**, Vice Presidente Public Affairs Association

**Modera:**

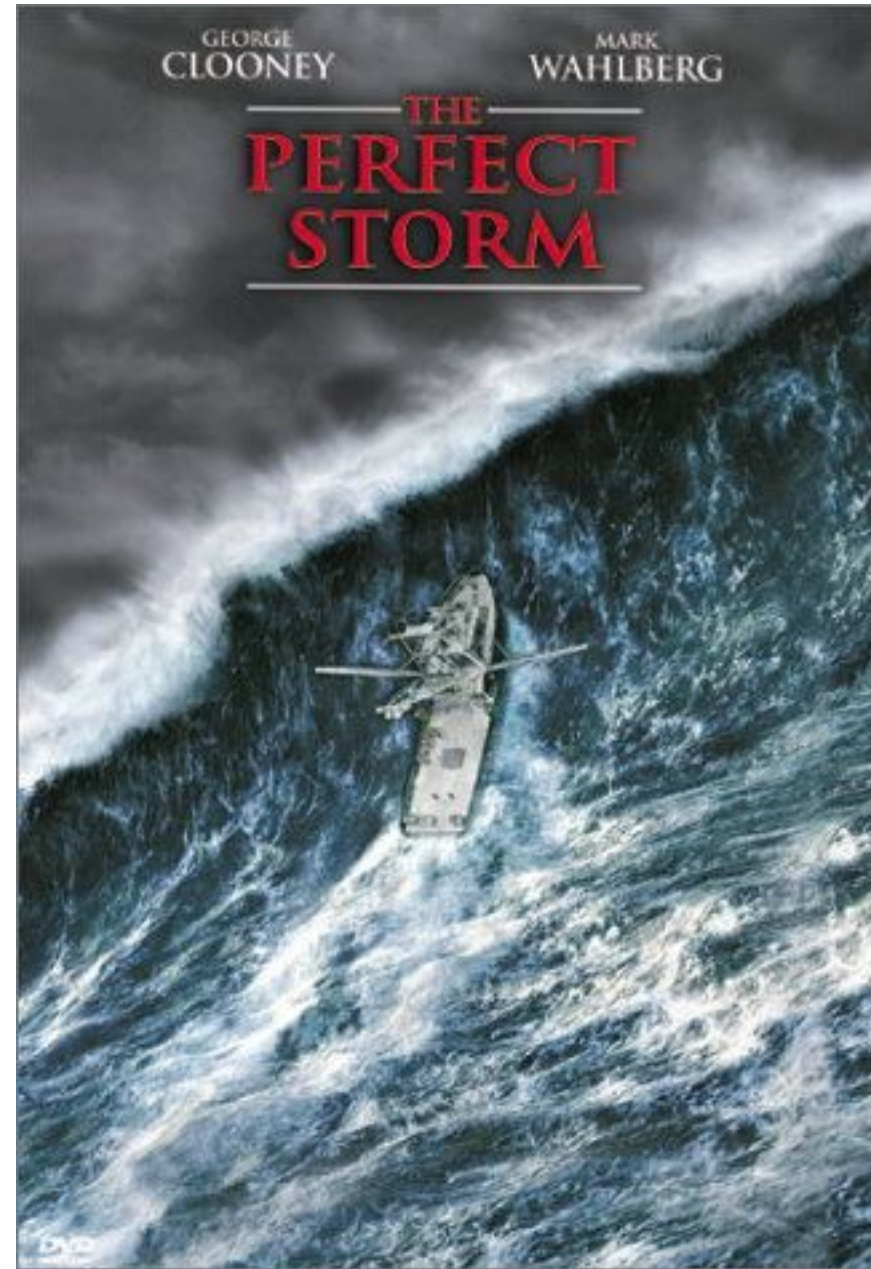
**Maria Emilia Bonaccorso**, giornalista ANSA



**Ufficio Stampa:**  
INTERMEDIA  
Mauro Boldrini  
030 226165  
335 265394  
[intermedia@intermedianews.it](mailto:intermedia@intermedianews.it)

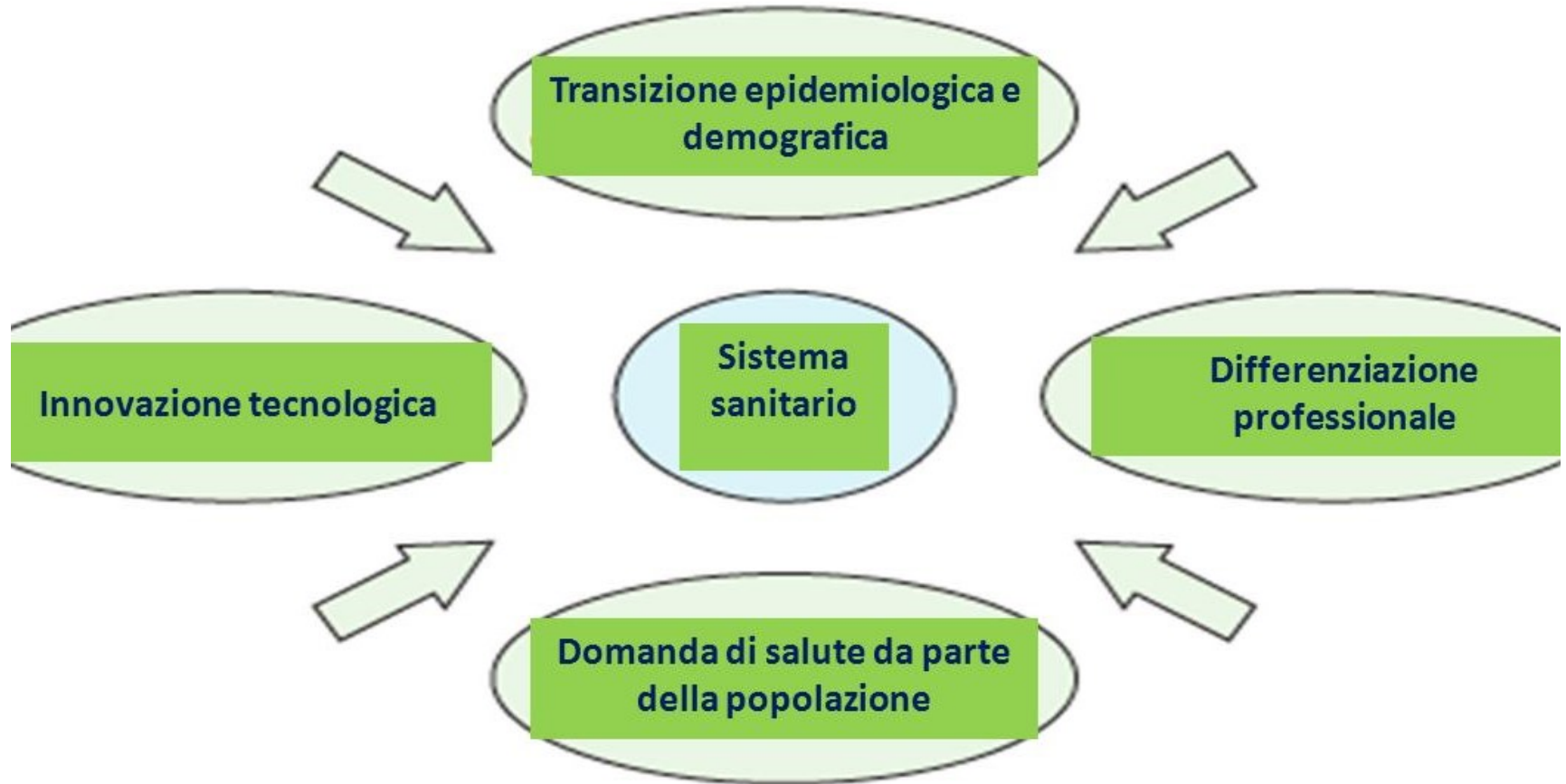
**Accrediti:**  
Gli accrediti vanno richiesti entro giorno  
18 Maggio alle ore 12.00  
Carmen Stabilito, Istituto di Sanità Pubblica  
Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma  
06 35019534  
[carmen.stabilito@rm.unicatt.it](mailto:carmen.stabilito@rm.unicatt.it)

## IOTESI 1 – LA TEMPESTA PERFETTA



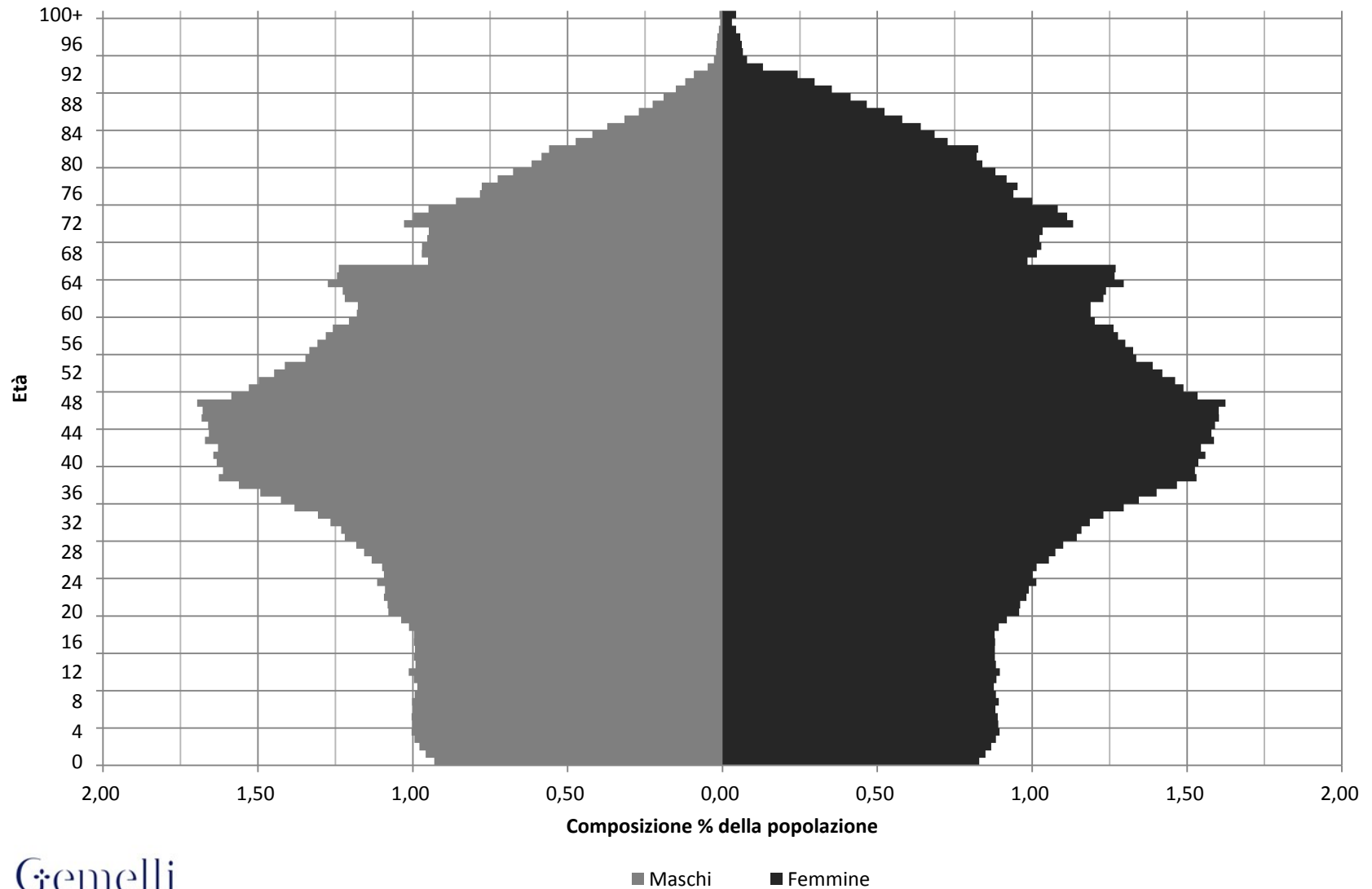


# Le onde della domanda e dell'offerta



# Distribuzione della popolazione italiana per età

Distribuzione elaborata sul numero di residenti nell'anno 2013: 59.685.227 abitanti

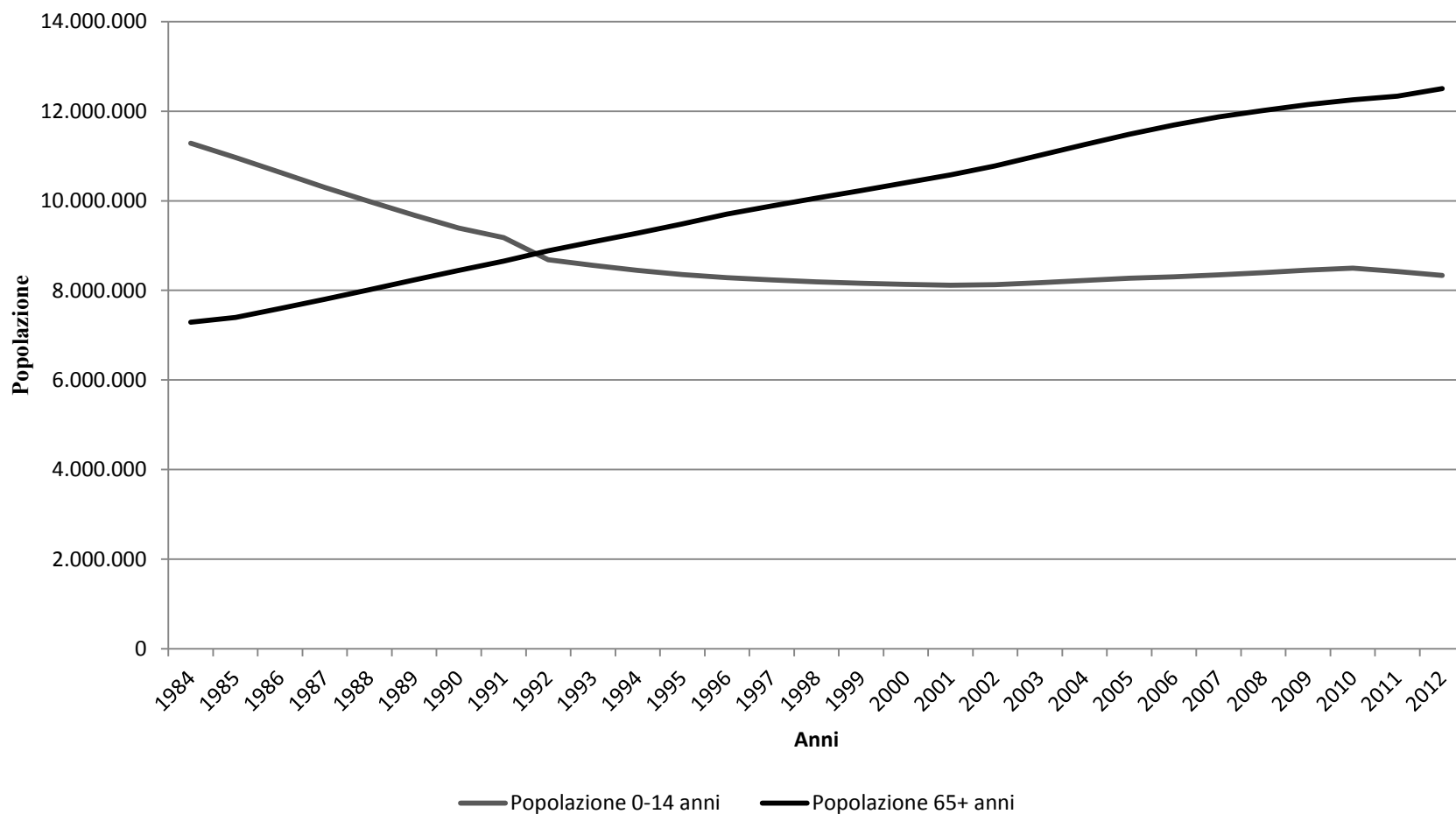


Gemelli

■ Maschi ■ Femmine

Fonte dei dati. ISTAT 2014. Disponibile online: <http://demo.istat.it/>

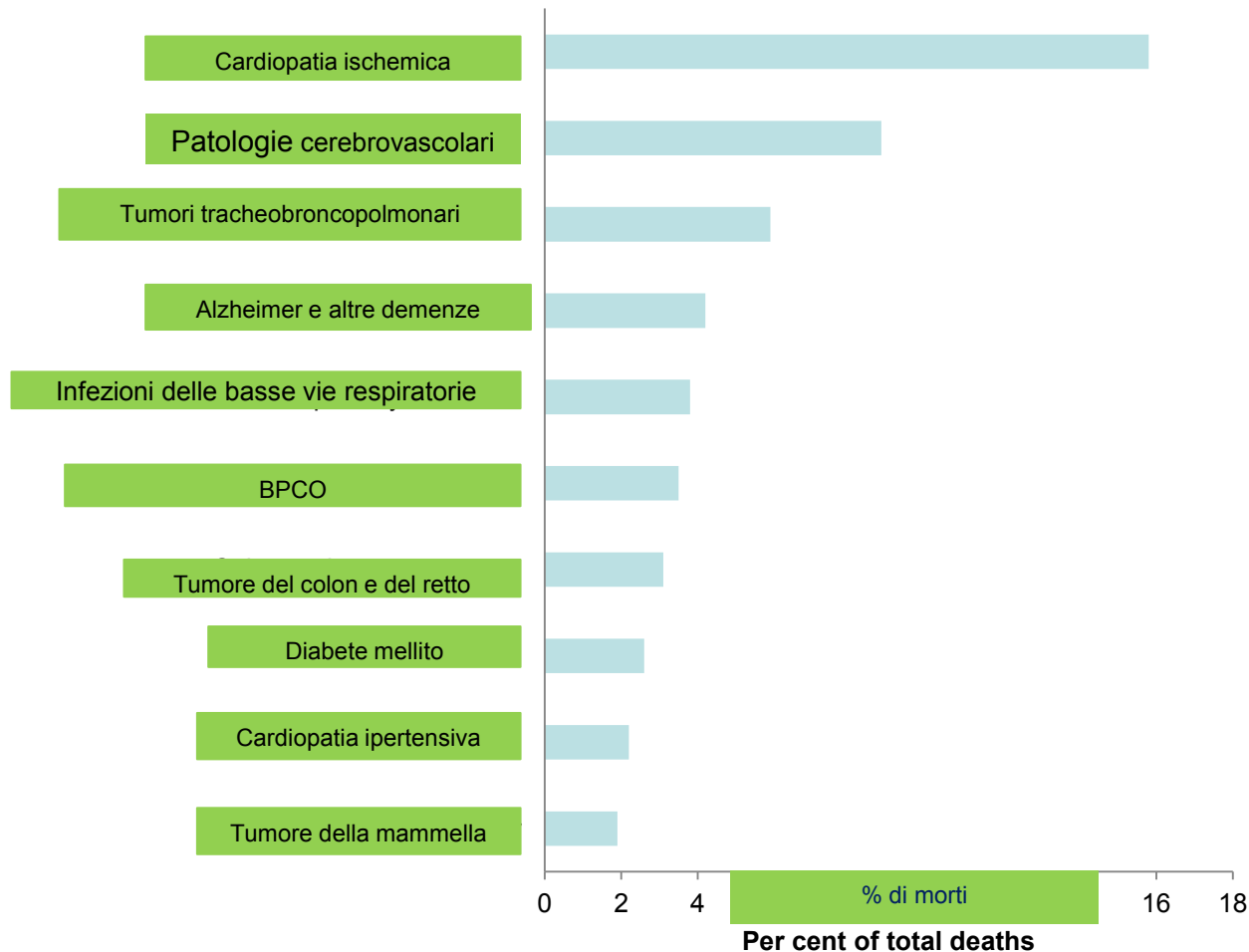
# Popolazione con 65 anni di età o più e popolazione di età pari o inferiore a 14 anni in Italia. Anni 1984-2012





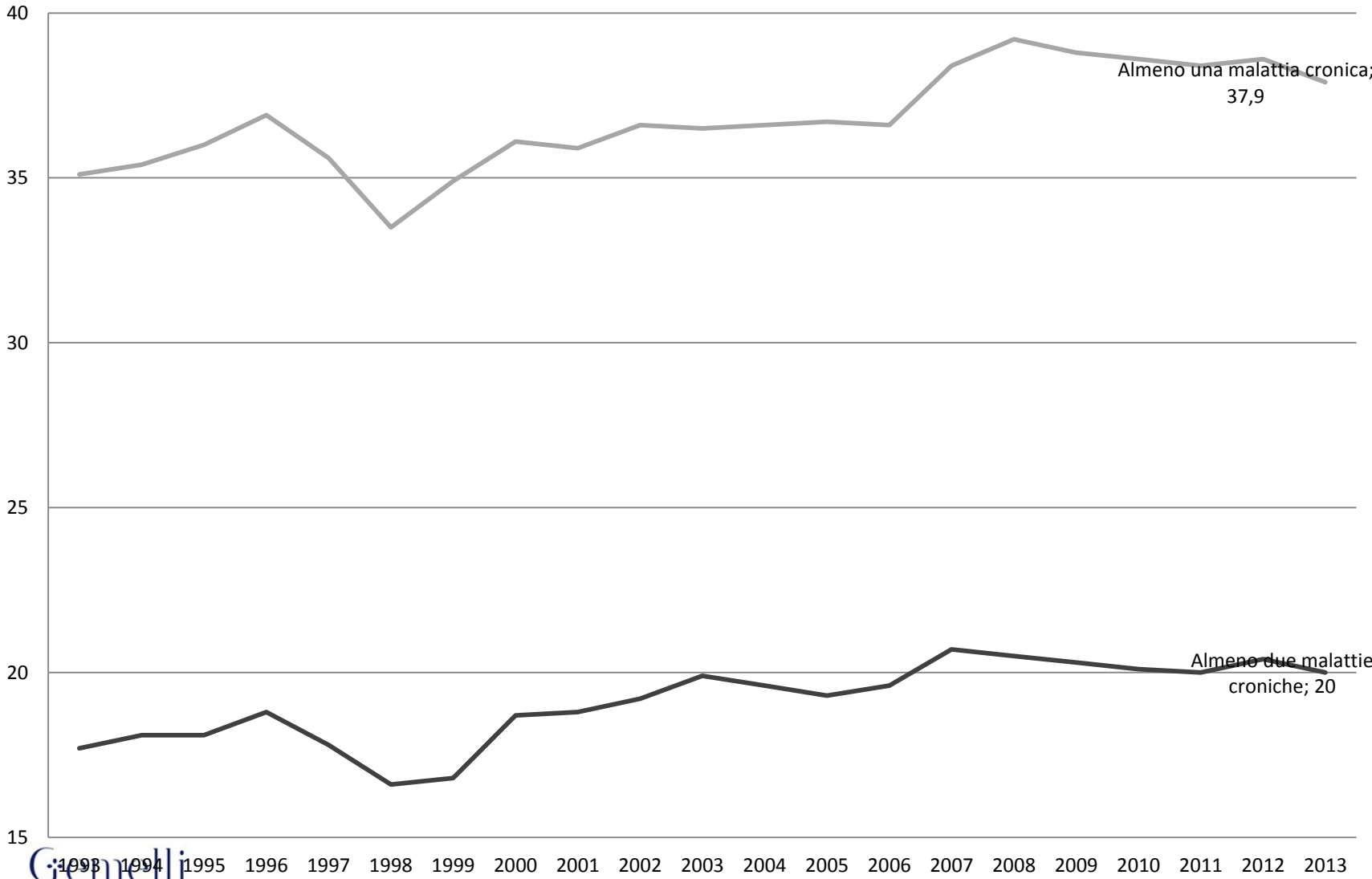
# DOMANDA

## EPIDEMIOLOGIA: INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE E MALATTIE NON TRASMISSIBILI



# Presenza di malattie croniche in Italia

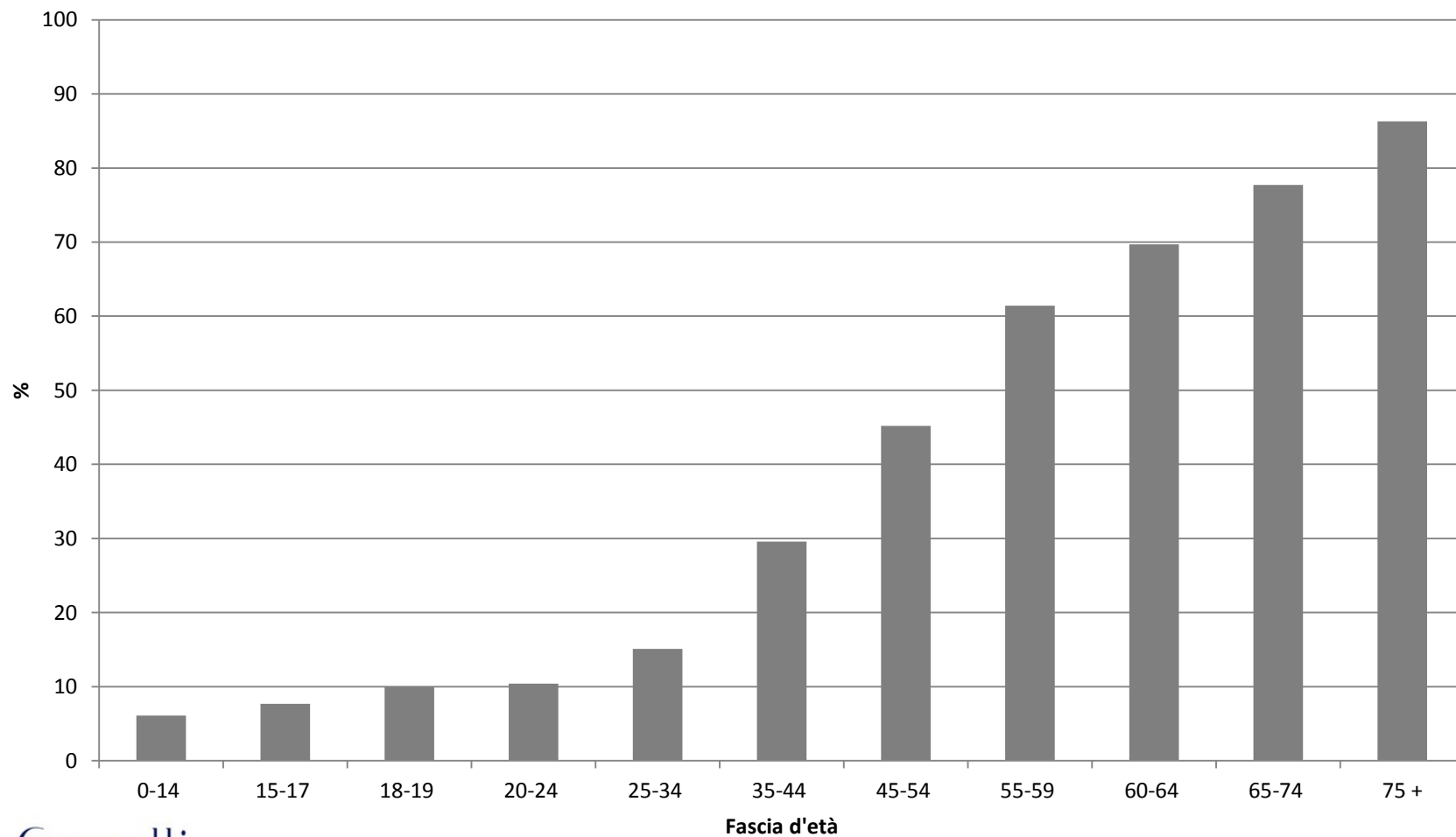
Percentuale di soggetti affetti da almeno una o due malattie croniche negli anni 1993-2013



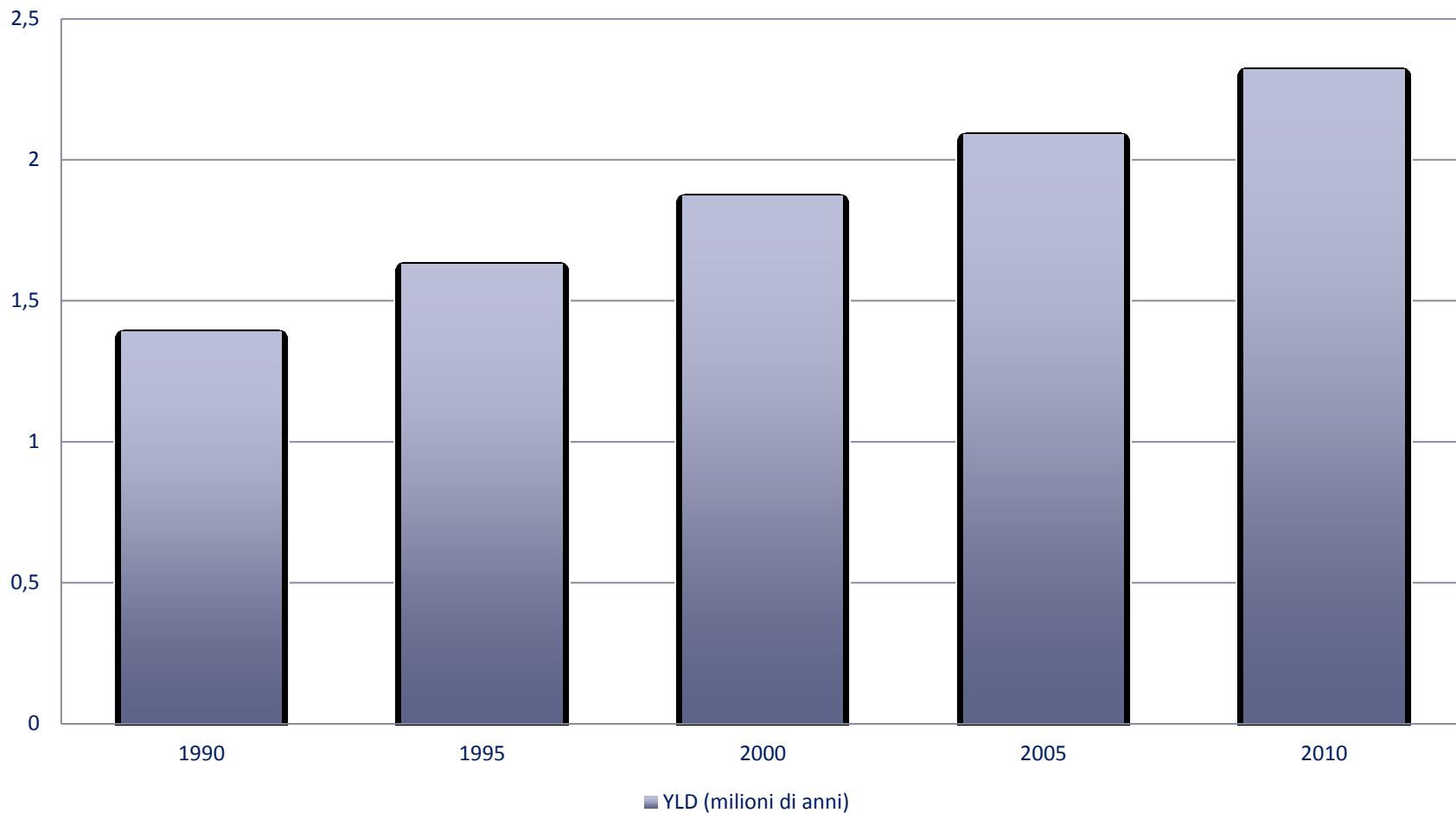
Genelli

Fonte dei dati. ISTAT 2014. Disponibile online: <http://demo.istat.it/>

# Percentuale di soggetti affetti da almeno una malattia cronica in Italia nel 2013



## Anni vissuti con disabilità in Italia (Valori Assoluti). Periodo 1990-2010



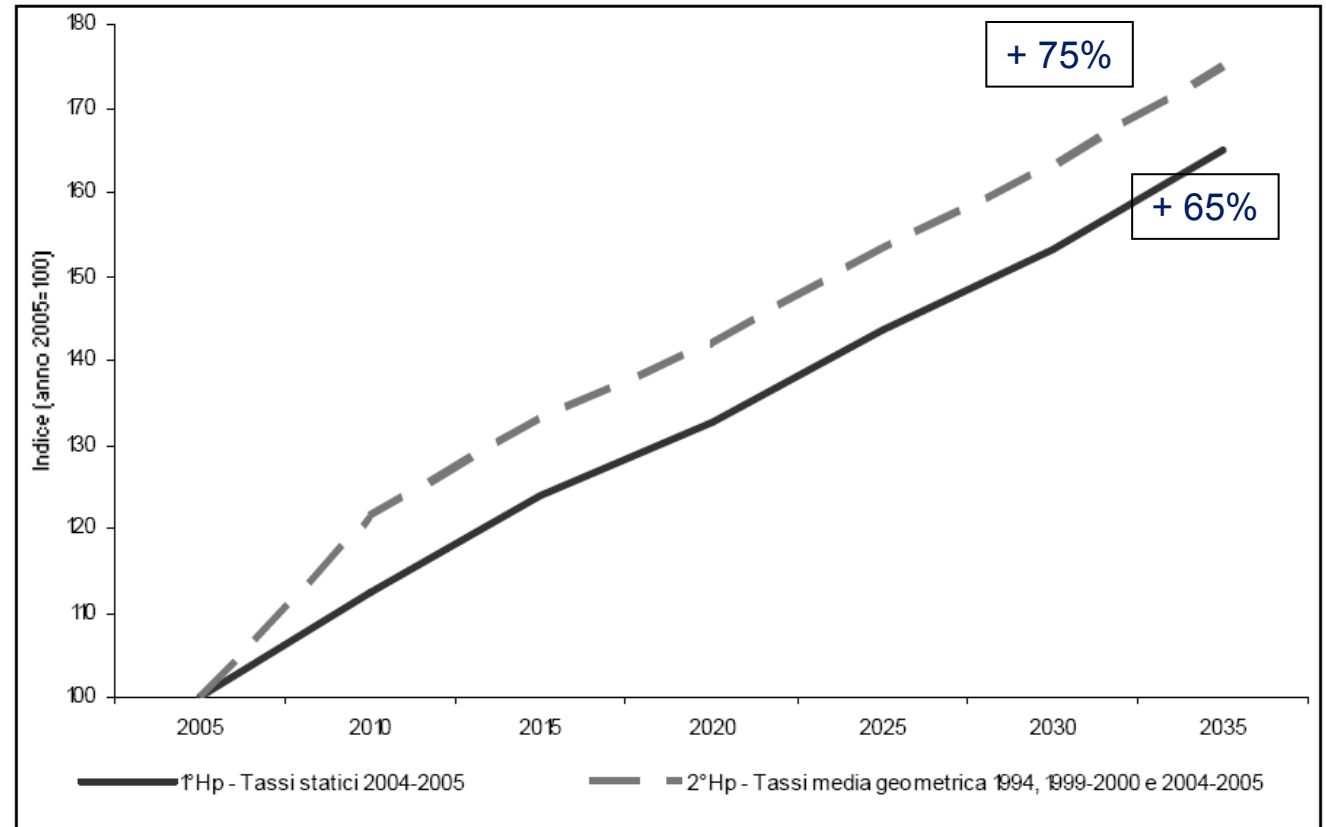
# EPIDEMIOLOGIA

## I “NUOVI” PAZIENTI



**Disabili**

**Proiezione del tasso di disabilità secondo le varie ipotesi**  
**Anno 2005-2035 (numeri indice anno base=2005)**



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# OFFERTA TECNOLOGIA

## Opinioni dei medici sulle più importanti innovazioni del secolo scorso

- RMN e TC
- ACE inibitori
- Angioplastica
- Statine
- Mammografia
- Bypass aorto-coronarico
- Inibitori della pompa protonica e H2 antagonisti
- Antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRIs) e non-SSRI

- Chirurgia della cataratta
- Protesi di anca e ginocchio
- Ecografia
- Endoscopia gastrointestinale
- Steroidi inalatori per l'asma
- Chirurgia laparoscopica
- Farmaci antiinfiammatori non steroidei
- Enzimi cardiaci



**Nanomacchine per la rimozione dei depositi di colesterolo in arterie e vene**



**Nanotecnologie che riescono ad esplorare il processo cognitivo a livello molecolare**





**Impianti neurali per contrastare il Morbo di Parkinson ed i tremori nella Sclerosi Multipla**



**Pazienti non vedenti possono essere in grado di vedere immagini grezze mediante utilizzo di computer connessi alle fibre del nervo ottico**



**T-shirt con sensori in grado di monitorare il battito cardiaco e altri parametri vitali e trasmettere le informazioni direttamente ad un medico**

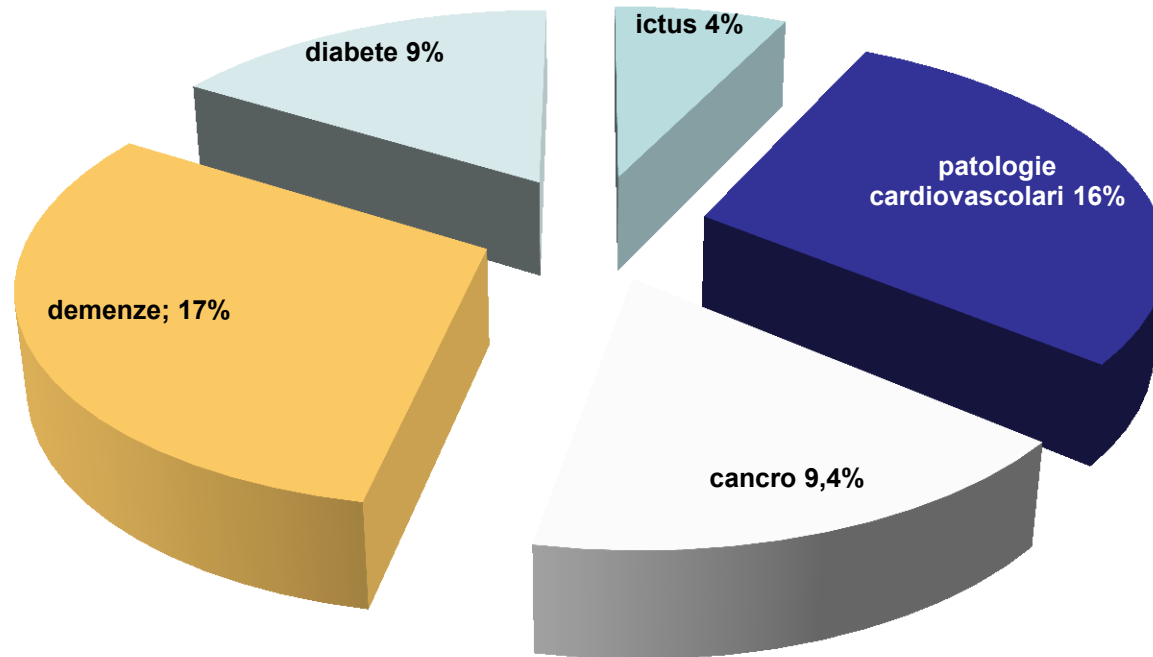


**Tests genetici e nuovi approcci nella progettazione di nuovi farmaci e nel trattamento del dolore.**





# Patologie croniche ed impatto economico



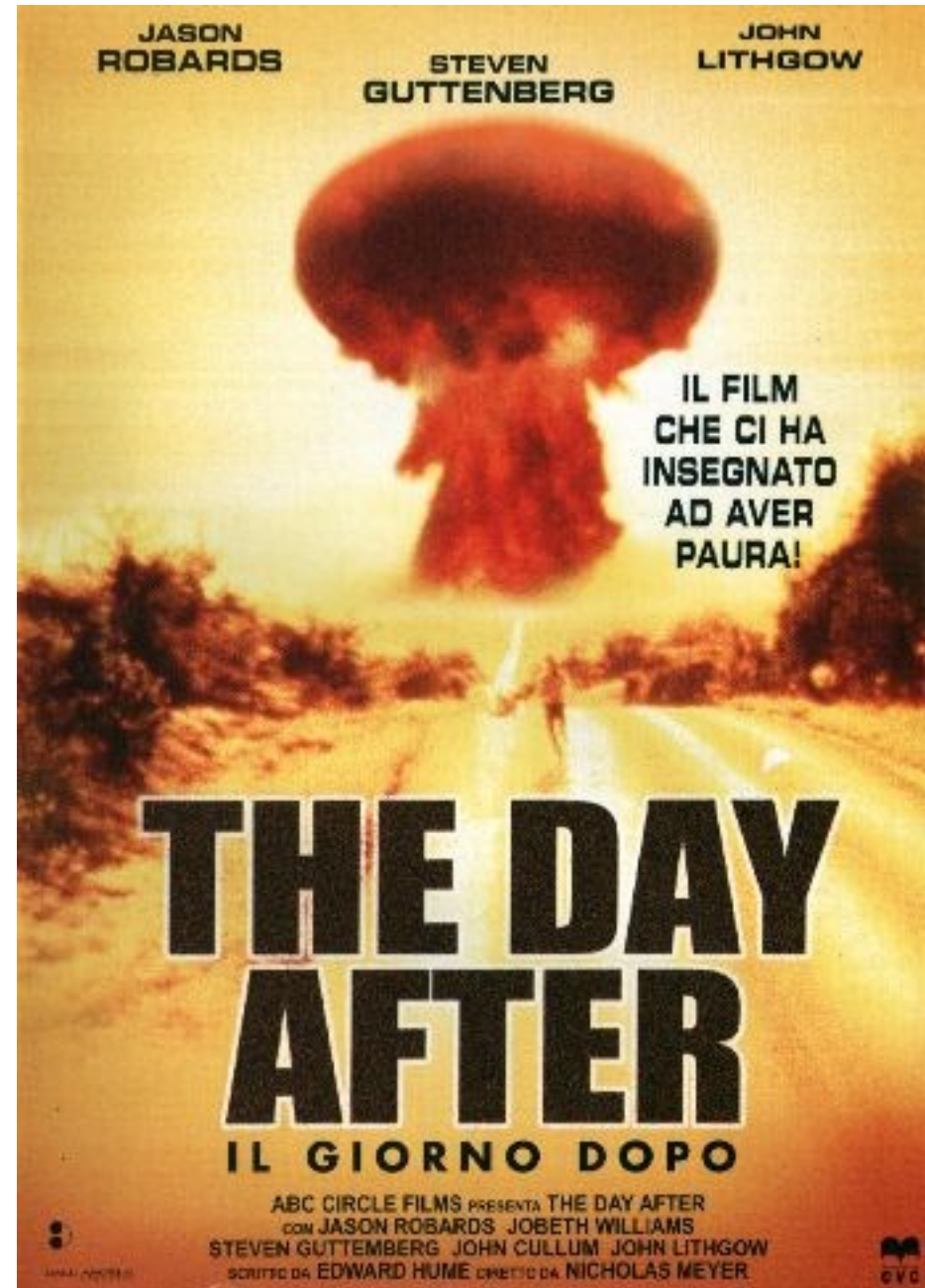
E 'stato stimato che la spesa relativa alle più comuni condizioni croniche in Europa ammonta a più di 1.000 miliardi di euro l'anno. Entro la metà del secolo si prevede che la spesa raggiungerà i 6.000 miliardi di euro.

# In Italia corriamo il rischio di non vederle (o di dover migrare per averle)



## IPOSTESI 2 – THE DAY AFTER

SI SALVI CHI PUO'



# CHI HA UN REDDITO VS CHI NON CE L'HA

1994-2014 -10% PIL

1939 - 1945 -7,5% PIL

PRODUZIONE INDUSTRIALE 2000 -2014 -25%

DISOCCUPAZIONE 2014 MASSIMA DAL 1970

- 1.100.000 POSTI DI LAVORO NEGLI ULTIMI 5 ANNI

POTERE D'ACQUISTO MEDIO 2014 < 1994

PRIMI 10 ITALIANI > RICCHEZZA 500.000 FAMIGLIE  
A BASSO REDDITO



# Chi si salverà: chi sa fare



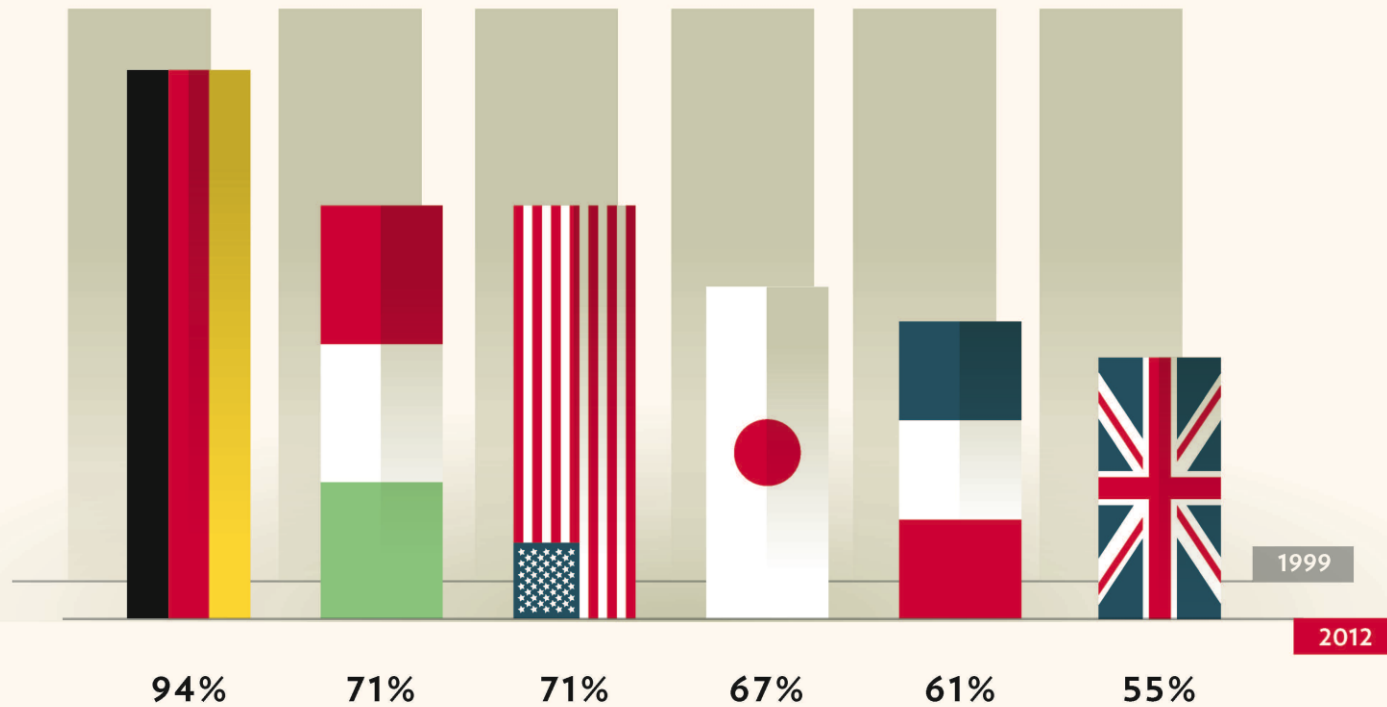
NUMERO DI PRODOTTI  
(SU UN TOTALE DI 5117)  
NEI QUALI L'ITALIA DETIENE  
LE PRIME POSIZIONI AL MONDO  
PER SURPLUS COMMERCIALE (2012)  
(INDICE FORTIS-CORRADINI -  
FONDAZIONE EDISON ©)

**PODIO 935 PRODOTTI**

FORNITORE: 10 VERITÀ SULLA COMPETITIVITÀ ITALIANA  
FONDAZIONE SYMBOLA - UNIONCAMERE - FONDAZIONE EDISON  
(SU DATI ISTAT, EUROSTAT, UN COMTRADE)

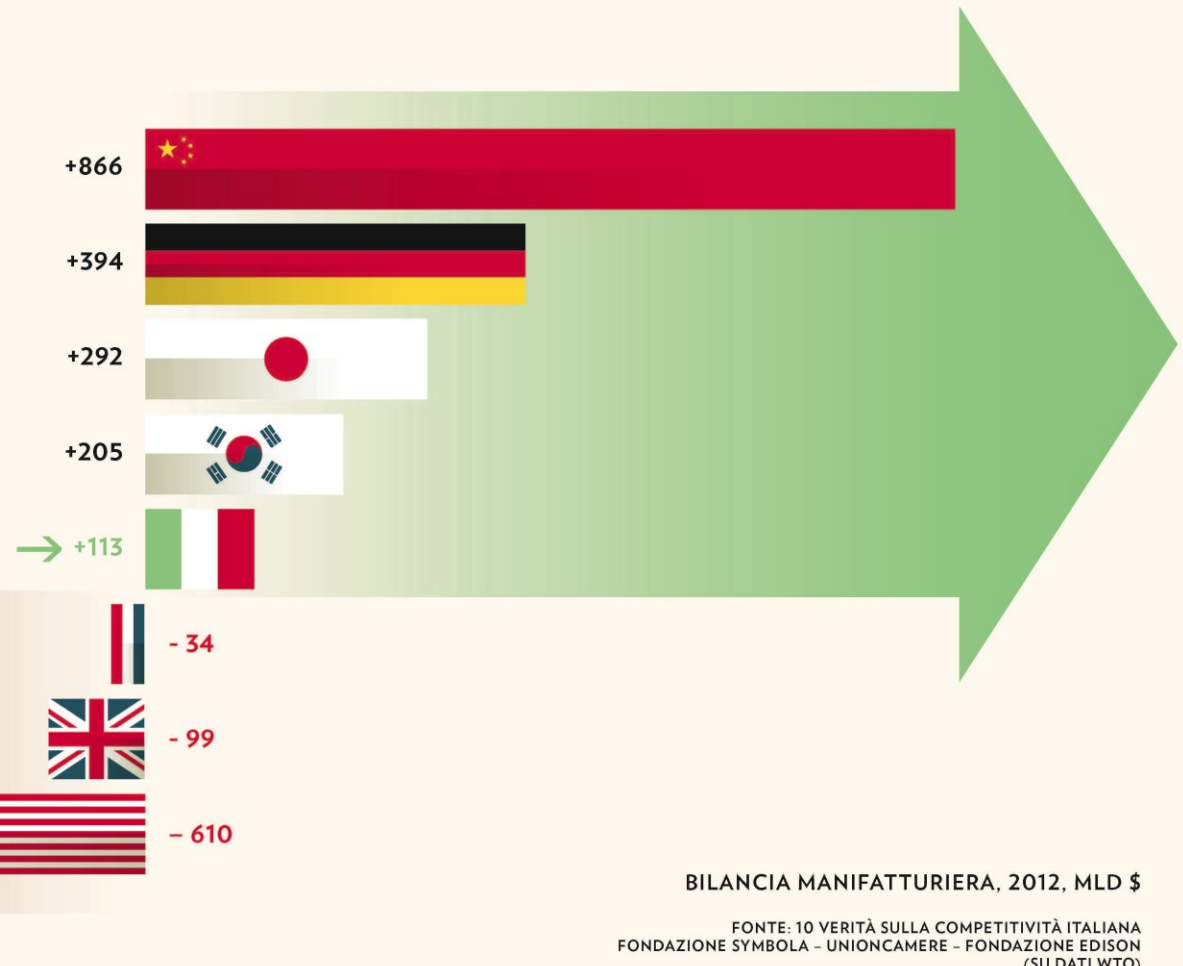
# Chi si salverà: chi sa fare

FORTE: 10 VERITÀ SULLA COMPETITIVITÀ ITALIANA  
FONDAZIONE SYMBOLA - UNIONCAMERE - FONDAZIONE EDISON  
(SU DATI WTO)



QUOTE DI EXPORT MONDIALE DEI PRODOTTI MANIFATTURIERI, 2012 VS 1999

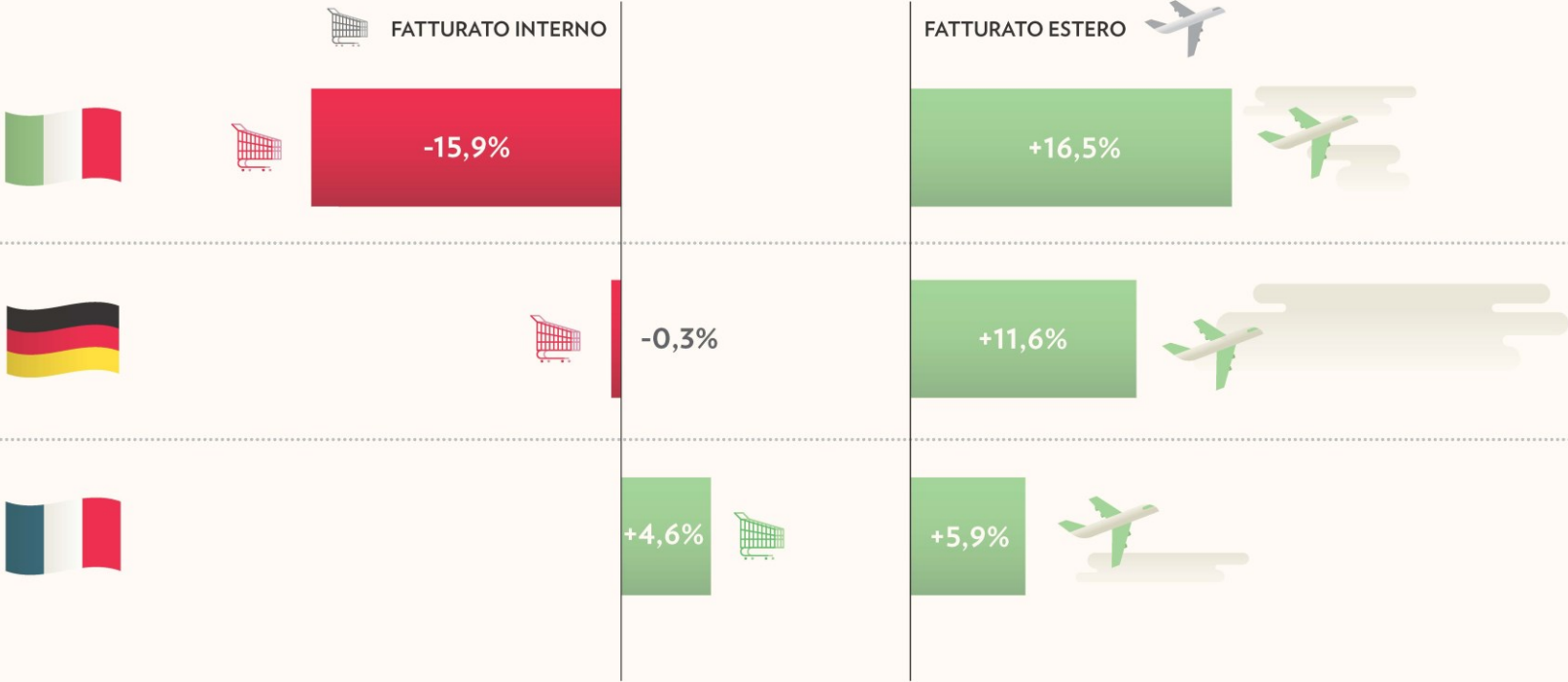
# Chi si salverà: chi esporta tanto



BILANCIA MANIFATTURIERA, 2012, MLD \$

FONTE: 10 VERITÀ SULLA COMPETITIVITÀ ITALIANA  
FONDAZIONE SYMBOLA - UNIONCAMERE - FONDAZIONE EDISON  
(SU DATI WTO)

# CHI NO: CHI LAVORA E PRODUCE PER IL MERCATO INTERNO



ANDAMENTO FATTURATO MANIFATTURIERO (2012=100)  
 MERCATO INTERNO: CONFRONTO OTT 2008 | NOV 2013  
 MERCATO ESTERO: CONFRONTO NOV 2008 | OTT 2013

FONTE: 10 VERITÀ SULLA COMPETITIVITÀ ITALIANA  
 FONDAZIONE SYMBOLA - UNIONCAMERE - FONDAZIONE EDISON  
 (SU DATI EUROSTAT)

# RASSEGNAZIONE GENOVA





# RASSEGNAZIONE NAPOLI





# RASSEGNAZIONE CAGLIARI



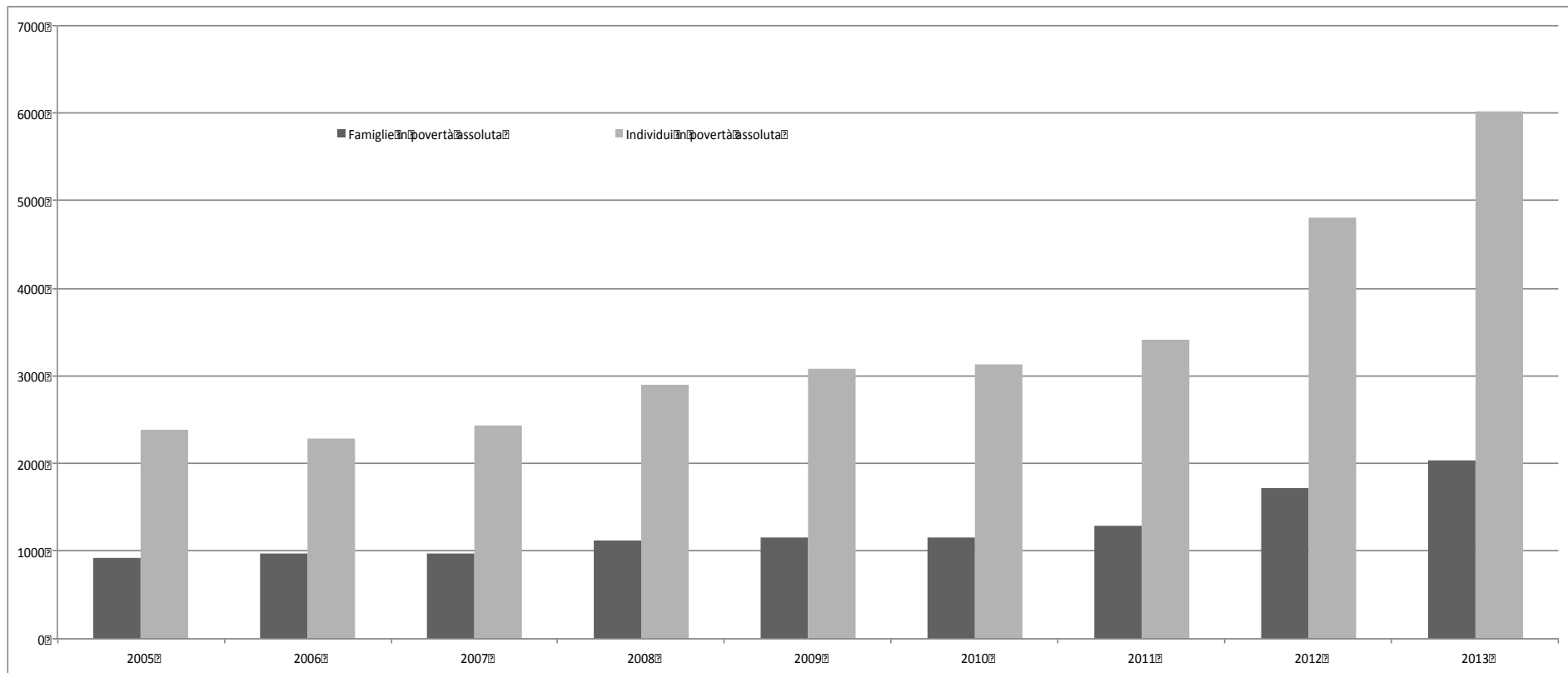


# RASSEGNAZIONE PALERMO





# TREND DELLA POVERTA' ASSOLUTA IN ITALIA 2005-2013





**E in sanità?**

**Fino ad oggi soluzioni di breve periodo**

# Soluzioni di breve periodo

- **Tagli e tetti di spesa**, controlli stringenti su **prezzi e volumi** (di fattori e prestazioni), **aumento delle compartecipazioni alla spesa** da parte dei cittadini.
- Si tratta di **misure per garantire la sostenibilità finanziaria della spesa sanitaria nel breve periodo**



**Scarsa efficacia nel lungo periodo** in quanto:

1. **non riescono** a tenere sotto controllo adeguatamente i **principali fattori di crescita della spesa nel lungo periodo**;
2. presentano **rischi** per quanto riguarda il mantenimento dei **livelli di qualità ed equità dei sistemi**.



Infatti minano gli obiettivi del sistema sanitario:

- riducono la portata dei servizi essenziali garantiti,
- riducono la copertura della popolazione,
- aumentano i tempi di attesa per i servizi essenziali,
- determinano attriti con i dipendenti del settore sanitario a causa della riduzione dei salari e/o conflitti intergenerazionali (tempo indeterminato/precari).

Eurobservatory, 2012

# LA STAMPA

L'ospedale pediatrico  
"dimezzato": otto medici  
e nessun infermiere

LAURA ANELLO  
PALERMO

Ospedale Molinette

La gara al risparmio  
arriva in corsia: meno  
farmaci ai pazienti

MARCO ACCOSSATO  
TORINO

"Meno letti e personale  
Aumenta la mortalità  
tra i neonati prematuri"

[PA.RU.]

Policlinico

Reparti accorpati  
e difficoltà a comprare  
persino le protesi

FABIO POLETTI  
MILANO

## CORRIERE FIORENTINO

Gaetano Cervone

SANITÀ

Effetto tagli: per due mesi  
solo operazioni urgenti  
negli ospedali fiorentini

### Effetto tagli, il chirurgo dimezzato

Da lunedì a Firenze, e per due mesi, solo urgenze e interventi salvavita

**Camici bianchi  
vs Marroni**  
Ecco perché

Posti letto

**Sotto la soglia**

Secondo gli standard  
del ministero i posti  
letto potrebbero  
aumentare di 1.500  
unità: la Regione  
invece li vuole tagliare  
di duemila unità



Carlo Palermo,  
presidente  
Anao Assomed

Pronto soccorso

**Ricoveri in barella**

Per i medici, con  
il piano regionale,  
il pronto soccorso sono  
destinati a diventare  
reparti di ricovero  
inappropriati, senza letti  
ma con posti in barella

Precari

**Riduzioni di organico**

La riduzione dei posti  
letto porterebbe a una  
riduzione dell'organico  
negli ospedali, con  
effetti soprattutto  
sulla stabilizzazione  
dei medici precari

Vertici

**Senza razionalizzazione**

Dicono i medici che  
serviva un piano di  
tagli anche per la  
«sovrastruttura» (Asl  
e dirigenti), e una  
riflessione sull'uso dei  
grandi ospedali

Spending review Nella bozza della manovra: attiviamo le leve fiscali senza penalizzare la competitività dei territori  
**Sanità, tagli veloci. E 900 posti letto in meno**  
Riduzione dei reparti, via i doppioni, turnover dei direttori e revisione dei dipartimenti

M.B.

**l'Opinione**

## Sanità provinciale sul baratro A rischio Latina e Terracina

*Moscardelli in campo per evitare il ko dei presidi locali e stabilizzare il personale*

ALESSIA TOMASINI

**IL TEMPO**  
ROMA

**la Repubblica**  
ROMA

*La Asl deve risparmiare. Niente acqua e latte all'ospedale*  
**Antonio Sbraga**

L'appello alla Polverini delle famiglie dei 300 malati dell'Anad: "Se non verranno più fornite le soluzioni alimentari dovremo ricoverarli tutti"

Sos per i pazienti nutriti artificialmente  
"Non tagliate l'assistenza ai nostri cari"

**ANNA RITA CILLIS**

il Resto del Carlino  
**RIMINI**

**«Niente dialisi la sera: via il servizio»**  
*La denuncia ortopedico riminese lancia l'allarme sull'azzeramento delle sedute dalle 19 alle 24*  
*L'Asl replica che la decisione non è presa: ci sono ancora tre settimane di tempo*

**Monica Raschi**

Sanità

La denuncia:  
«Dialisi di notte,  
toglieranno  
il servizio»



**osservatorio**

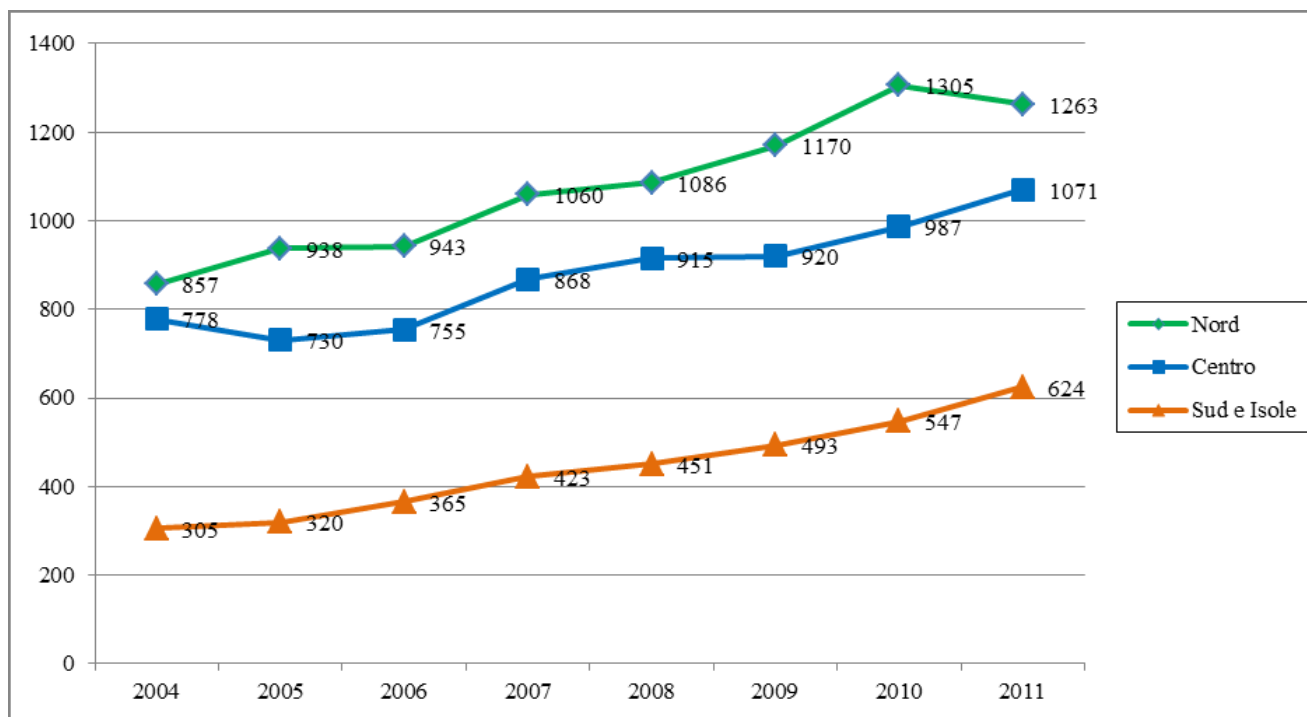
nazionale sulla salute nelle regioni italiane

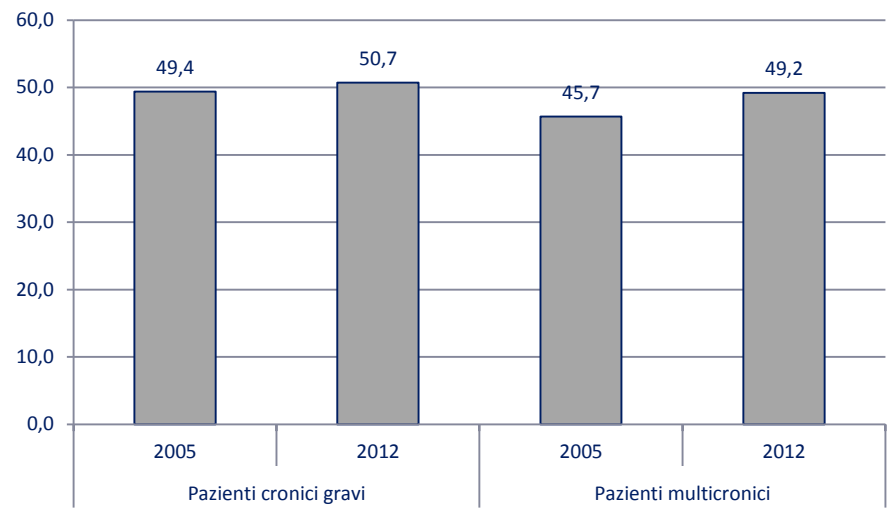
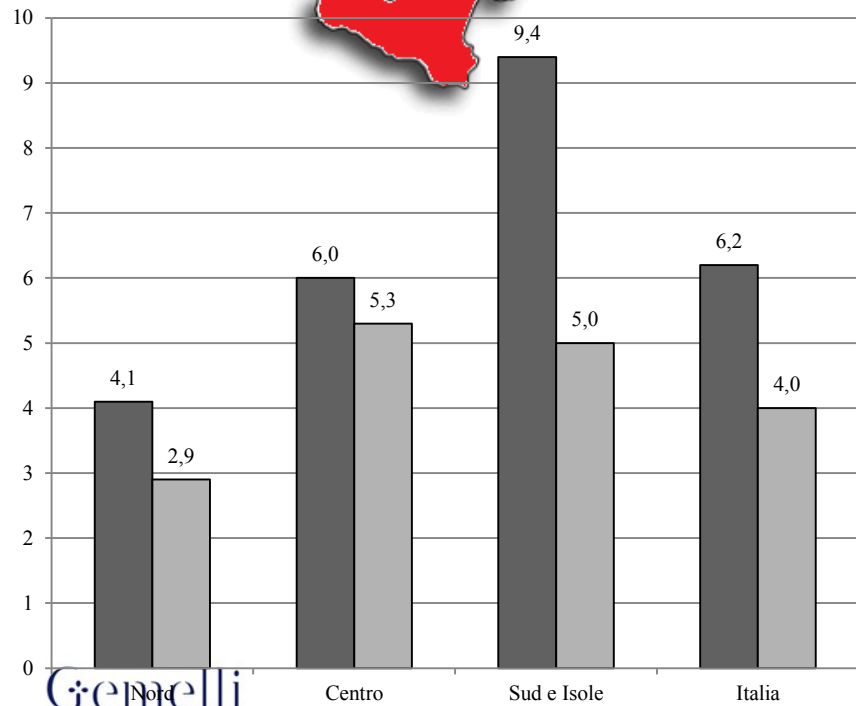
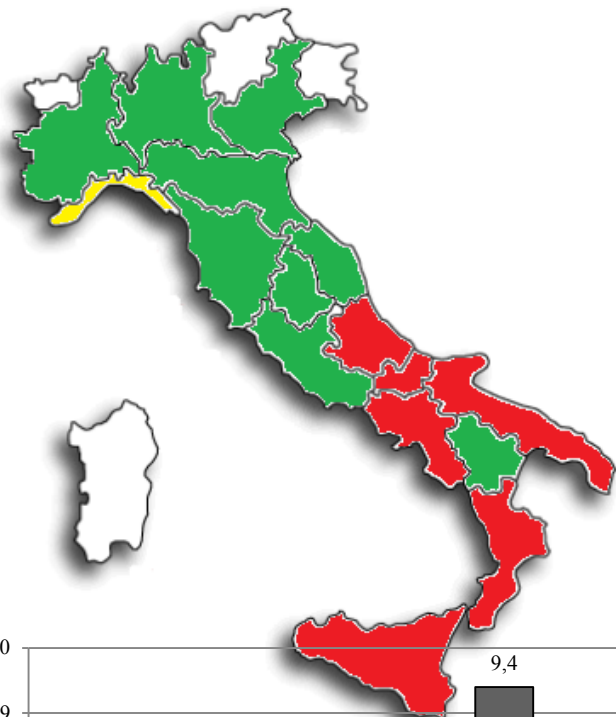
# Nord Italia vs Sud Italia



## Assistenza Territoriale

**Tasso (per 100.000) di assistibili trattati in ADI per macroarea - Anni 2004-2011**





■ motivi economici  
 ■ motivi di offerta



# Categorie a rischio

- disoccupati
- cassintegrati e licenziati
- dipendenti pubblici
- cittadini del sud (in particolare donne e anziani)
- malati cronici
- disabili

## IPOSTESI 3 – REVOLUTION

Messa  
in discussione di  
ruoli e modelli  
organizzativi fin qui  
acquisiti.

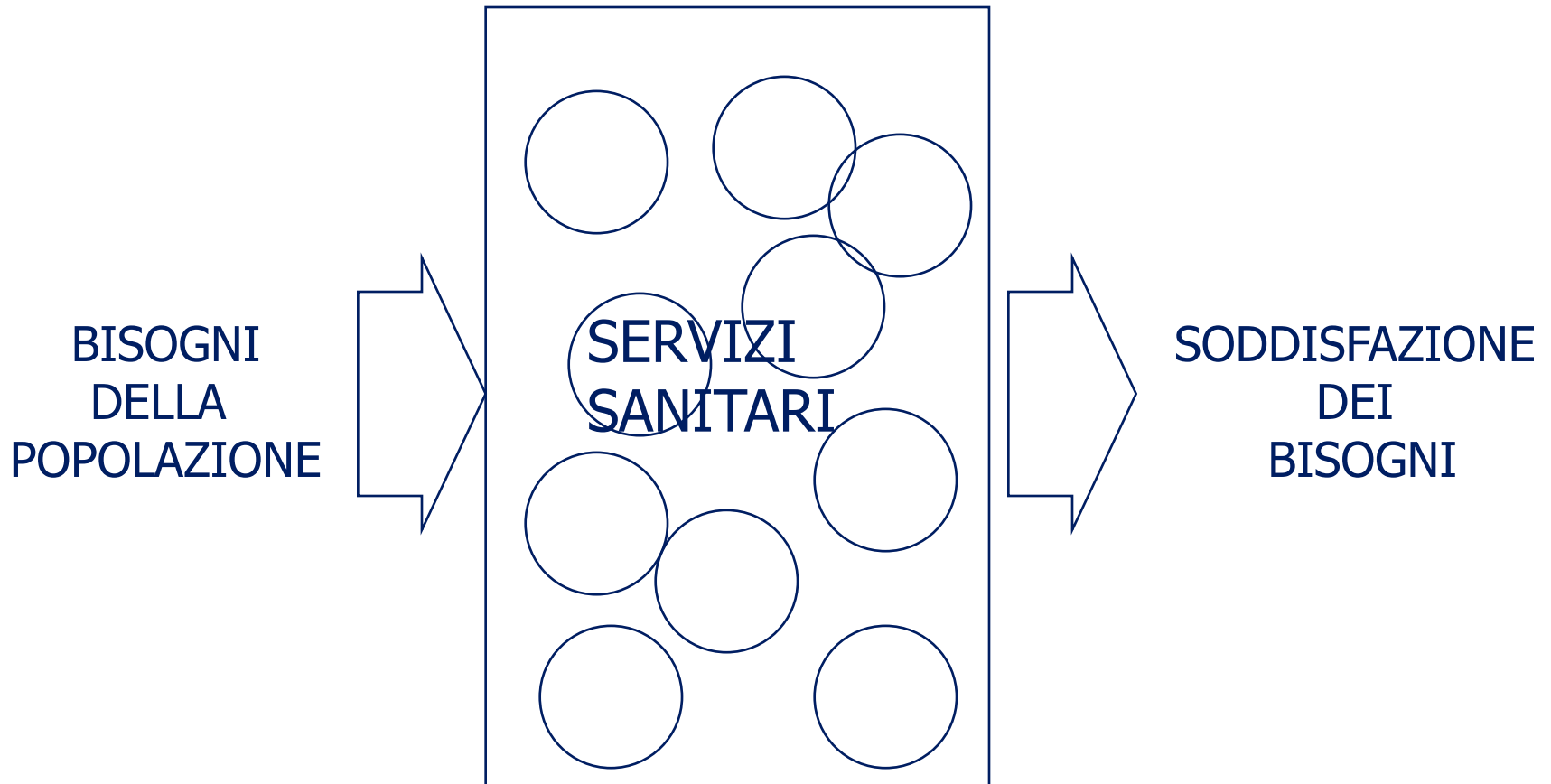


**KEEP  
CALM  
AND  
Join The  
Revolution**

# Il modello Beveridge

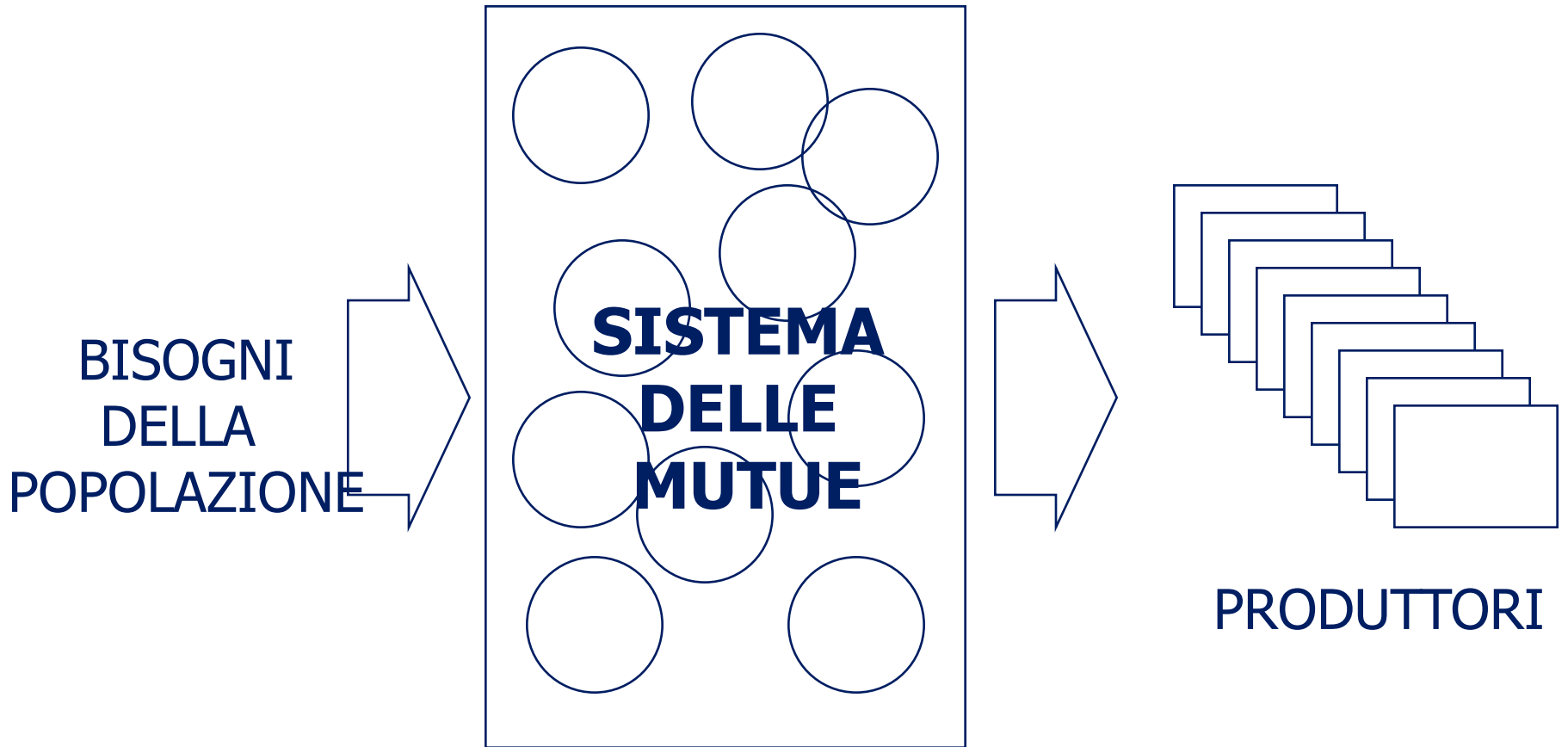


# Il modello Beveridge (Italia)



	Provision	Consumption	Diffusion of technology
Supply state (USA, Switzerland)	Deeply influenced by a large independent profession and private institutions ( hospitals)	Regulated by private health insurers	Mostly in the hands of the producers, who have lobbied the government and insurance industry to ensure that they do not interfere
Command and control (UK; Scandinavia)	Majority of medical provision occurs through government owned Universal coverage	Regulated by 'gatekeepers' (PC)	Depends on budgeting and political decisions by the state.
Corporatist (Germany, Belgium, Netherlands)	Mix of public, independent non-profit and private institutions	Dominated by public-law bodies (typically 'sickness funds') that arenon-profit, but separate from the state	Often very weak and heavily influenced by supply companies who lobby providers and sickness fund
Insecure' Command and control ( The PIGS countries))	Systems which have been set up in the mould of the classical command and control systems but undermining by political clientism and corruption and a breakdown of universal coverage due to economic pressure		

# Il Modello Bismarck:



# ECHI

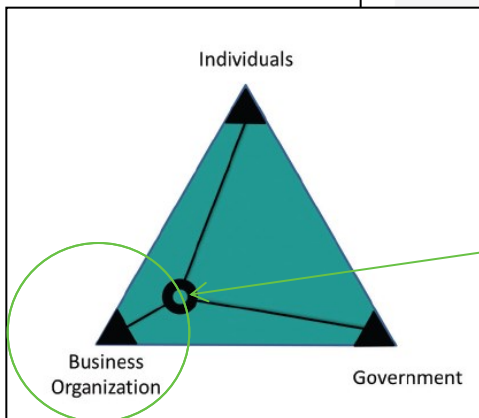
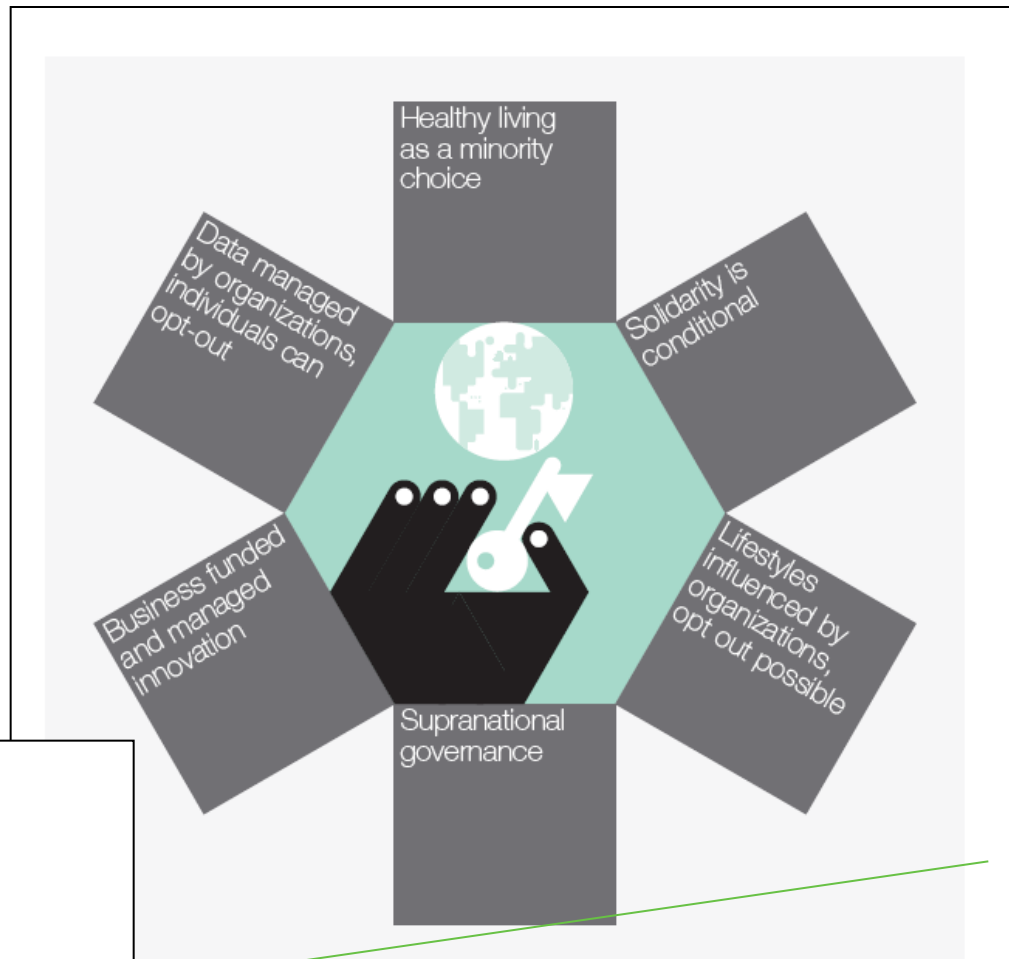
## Bismarck beats Beveridge: now a permanent feature

Il rapporto di quest'anno sembra affondare il chiodo finale nella bara dei SSN tipo Beveridge e la lezione è chiara: mandare via i politici e i dilettanti dal sistema operativo e decisionale del settore produttivo più complesso sulla faccia della terra.

I modelli Beveridge hanno la possibilità di funzionare bene solo nei Paesi piccoli e ben gestiti (Islanda, Danimarca, Norvegia, Finlandia)

1. Olanda
2. Svizzera
3. **Islanda**
4. **Danimarca**
5. **Norvegia**
6. Belgio
7. Germania
8. Lussemburgo
9. Francia
10. **Finlandia**

# Da Beveridge a Bismarck modificato



**Principali caratteristiche:**  
I confini del settore sanitario vengono ridefiniti.  
Le strutture sanitarie forniscono prodotti e servizi nuovi all'interno del mercato dei servizi sanitari (privatizzato), i governi tagliano i servizi pubblici

**Portogallo  
Spagna  
Grecia  
Irlanda**



# Bye bye SSN

- **Spagna:**
  - Copertura sanitaria da universale a basata sull'impiego lavorativo
  - Co-partecipazione al pagamento dei farmaci per i pensionati
  - Riduzione dei servizi sanitari e del numero dei posti letto
- **Grecia:**
  - Blocco e taglio dei salari; riduzione del personale
  - Aumento dei costi per l'assistenza sanitaria ospedaliera ed extraospedaliera
  - Co-partecipazione per i farmaci

# Queste politiche hanno effetto sulla salute?

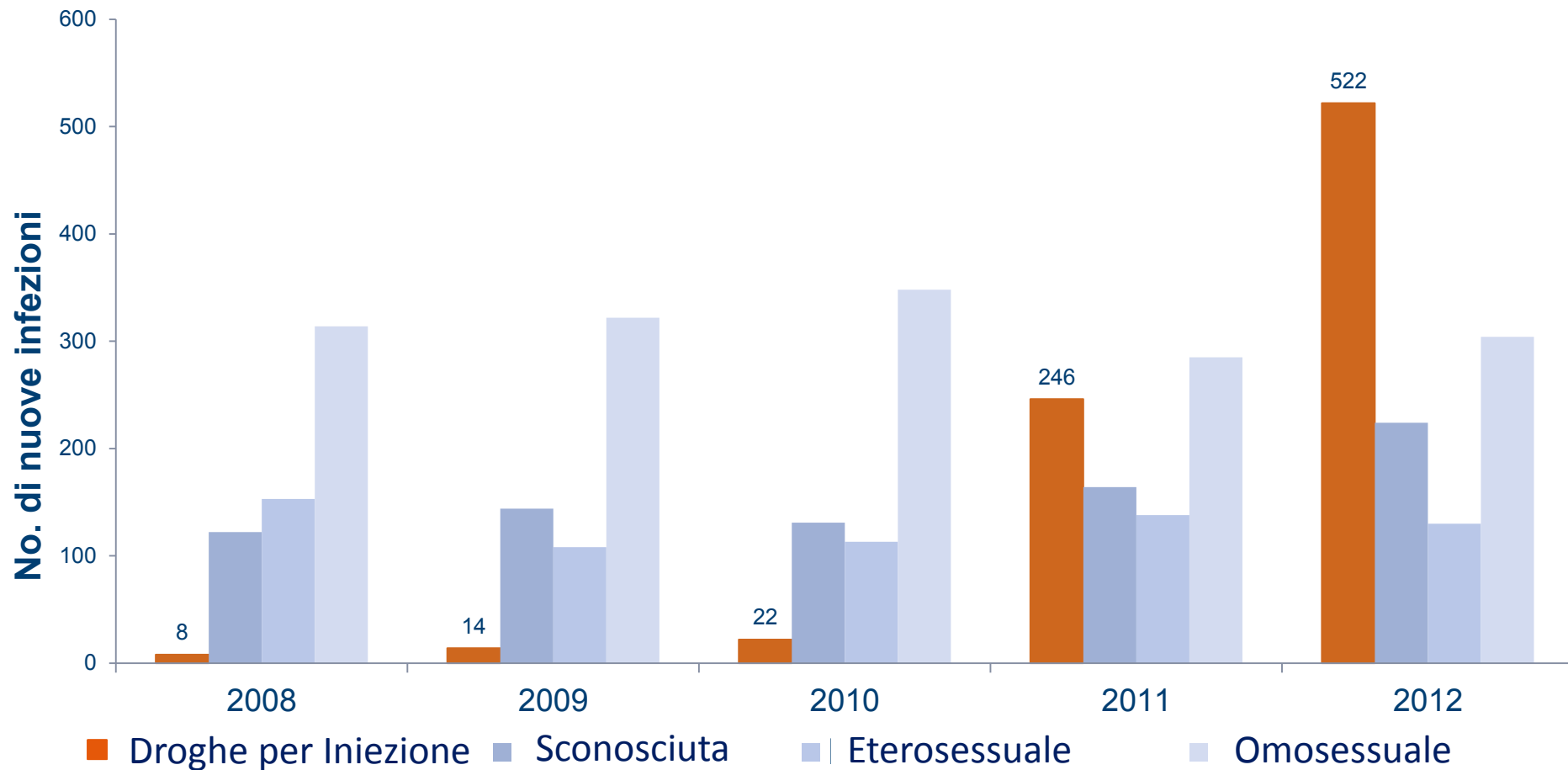
- In primo luogo, gli effetti si manifestano principalmente attraverso:
  - Disoccupazione
  - Diminuzione della spesa pubblica
  - Riduzione del reddito familiare
- Evidenze iniziali:
  - Peggioramento dello stato di salute percepito e bisogni insoddisfatti
  - Deterioramento salute mentale
  - Aumento malattie infettive
  - Gruppi vulnerabili

# Case study: La Grecia – Effetti diretti dell'austerità

- **Taglio della spesa pubblica** →
  - Malattie infettive: HIV
  - Malattie infettive: malaria
  - Lunghe liste d'attesa
  - Farmaci indisponibili
- **Cost-shifting to patients** (costi sostenuti dai pazienti)→
  - Notevole aumento della spesa degli utenti (Large increases in user fees)
  - Erosion of health coverage (diminuzione incrementale della popolazione sana)
- **Outcome:** aumento significativo di bisogni di salute non soddisfatti

# Effetti sulla salute: gruppi vulnerabili

## Casi di infezione da HIV per tipologia di trasmissione



# Case study: La Grecia – Effetti indiretti dell'austerità

- **Salute mentale:**

- Aumento di 2,5 volte della depressione maggiore (2008-11)
- Aumento del 36% del rischio suicidario (2009-11)
- Aumento del 45% dei suicidi (2007-11)

- **Salute del bambino:**

- Nutrizione inadeguata; a rischio di povertà
- Aumento del 19% dei bambini con basso peso alla nascita (2008-10)
- Aumento del 21% dei bambini nati morti (2008-11)
- Aumento del 38% della mortalità infantile (2008-10)

# L'ultima riforma del Sistema Sanitario Spagnolo

BMJ

BMJ 2012;344:e02113 doi: 10.1136/bmj.e02113 (Published 8 May 2012)

Page 1 of 1

## LETTERS

---

### ASSAULT ON UNIVERSALISM

#### **Beginning of the end for Spain's national health system**

Sergio Minué-Lorenzo *senior lecturer*, José Francisco García Gutiérrez *senior lecturer*, Juan José Mercader-Casas *senior lecturer*

Andalusian School of Public Health, Campus Universitario de Cartuja, 18080 Granada, Spain

Il nuovo regio decreto legge 16/2012 modifica sostanzialmente il diritto degli individui di ricevere assistenza sanitaria in Spagna. Non si è più «il cittadino», bensì «l'assicurato»

# Programma Nazionale di riforme. Spagna, 2013

N° CSR	CSR Subcategor.	MEDIDA	DESCRIPCIÓN				EUROPA 2020	RETOS/RIESGOS	IMPLICACION PRESUPUESTO	IMPACTO
			Principales objetivos y relevancia	Contenido de la medida	Instrumentos normativos	Progreso alcanzado en los últimos 12 meses	Próximos pasos	Contribución estimada a los objetivos 2020	Retos y riesgos de aplicación	Gastos e ingresos anuales/ Contribución de Fondos Europeos
1	1.4	25	<b>Garantizar la sostenibilidad en la financiación de la sanidad y la cohesión territorial del sistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ordenación de la cartera de servicios, garantizando la cohesión territorial del sistema, en línea con los países de la Unión Europea.</li> <li>Se diferencia una cartera de servicios asistenciales y una cartera de servicios sujeta a aportación del usuario (cartera suplementaria)</li> <li>La cartera de servicios asistenciales incluye una ordenación de las prestaciones y servicios sanitarios, y un nuevo catálogo de implantes quirúrgicos.</li> <li>La cartera de servicios sujeta a aportación del usuario se extiende a la dispensación ambulatoria de dietoterápicos y ortoprotésicos, y uso de transporte sanitario no urgente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril</li> <li>RD 1506/2012 (prestación ortoprotésica).</li> <li>OM SSI/2366/2012 (factor común de facturación de productos dietéticos).</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>En 2013, la ordenación de la cartera de servicios generará un ahorro de 875 M€, correspondiendo 700M€ a la de servicios asistenciales y 175 M€ a la cartera sujeta a aportación del usuario.</li> </ul>	
1	1.4	26	<b>Alcanzar la máxima eficiencia en la gestión hospitalaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora de la eficiencia de la oferta sanitaria: compras centralizadas, acuerdos marco para suministro vacunas, receta electrónica, etc.</li> <li>Implementación de la E-SALUD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Despliegue a nivel nacional de la historia clínica digital</li> <li>Impulso de la receta electrónica</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>En 2013 el impacto estimado es de 300M€</li> </ul>	
1	1.4	27	<b>Mejorar la eficiencia de los recursos humanos del sistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ordenación de recursos humanos del Sistema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora de la IT y complemento de pensiones.</li> <li>Reducción de absentismo y de las sustituciones aparejadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nuevo modelo retributivo y de desarrollo profesional</li> <li>Modelo de gestión clínica</li> </ul>			
1	1.4	28	<b>Evitar el fraude en la obtención de la tarjeta sanitaria española</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reforma del aseguramiento del sistema nacional de salud: se define el concepto de asegurado.</li> <li>Se ha unificado la tarjeta sanitaria como documento básico de acreditación para todo el sistema lo que permite un mejor control y seguimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Real Decreto- ley 16/2012, de 20 de abril</li> <li>Real Decreto 1192/2012.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Nuevo Real Decreto de Convenio Especial de Asistencia Sanitaria.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>873.000 tarjetas de extranjeros no residentes en España dadas de baja.</li> </ul>	

873,000 persone escluse dal Servizio Sanitario Nazionale

## IPOSTESI 4– ITALIAN JOB

Elaboriamo un  
nostro modello

**SI PUO' FARE: BASTA  
VOLERLO**

Un sistema lo devi gestire.  
Un sistema non si gestisce da solo.

W. Edwards Deming



Gemelli







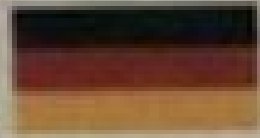
## **Punti di vista diversi**


- **Cittadino: vuole pagare meno tasse possibile**
- **Paziente: vuole essere curato al meglio**
- **Medico: vuole garantire quanto più rapidamente la massima qualità**
- **Direttore generale: deve garantire il pareggio di bilancio**
- **Assessore regionale: vuole essere rieletto e fare carriera**
- **Politico nazionale: deve governare con adempimenti nel quadro europeo**
- **Industria: vuole rientrare degli investimenti e fare profitto**


**Heaven** is where:

the police are British, 


the chefs Italian, 

the mechanics German, 

the lovers French, 


and it is all organized by the  
Swiss. 

**Hell** is where:

Swiss. 


**Hell** is where:

the police are German, 

the chefs British, 

the mechanics French, 

the lovers Swiss, 

and it is all organized by the  
Italian. 

Daron Acemoglu, James Robinson



# Perché le nazioni falliscono



Le origini di prosperità, potenza e povertà



I due autori formulano una teoria con cui cercano di spiegare perché certe nazioni falliscono – e i loro abitanti diventano più poveri, le istituzioni crollano e scoppiano rivolte e guerre civili – mentre altre continuano a prosperare sul lungo periodo – la pace sociale si mantiene, la violenza si riduce e il benessere economico degli abitanti aumenta.

Daron Acemoglu, James Robinson



# Perché le nazioni falliscono



Le origini di prosperità, potenza e povertà



La spiegazione è di tipo “istituzionale”: la differenza la fanno le istituzioni che una certa società si dà nel corso del tempo. Il conflitto tra i vari interessi di questi rappresentanti fa sì che sia conveniente per tutti stabilire una legge chiara, univoca e che possa essere applicata in tutti i casi, invece dell’arbitrio di un monarca o di un dittatore che potrebbe appoggiare ora gli uni ora gli altri.

Daron Acemoglu, James Robinson



# Perché le nazioni falliscono



Le origini di prosperità, potenza e povertà



Istituzioni economiche inclusive aiutano questo processo. Le istituzioni pluraliste funzionano meglio se la ricchezza non è appannaggio soltanto di una ristretta élite, ma è distribuita tra i vari ceti e i vari gruppi. A loro volta queste ampie coalizioni possono portare avanti i loro particolari interessi perché le istituzioni politiche sono inclusive.

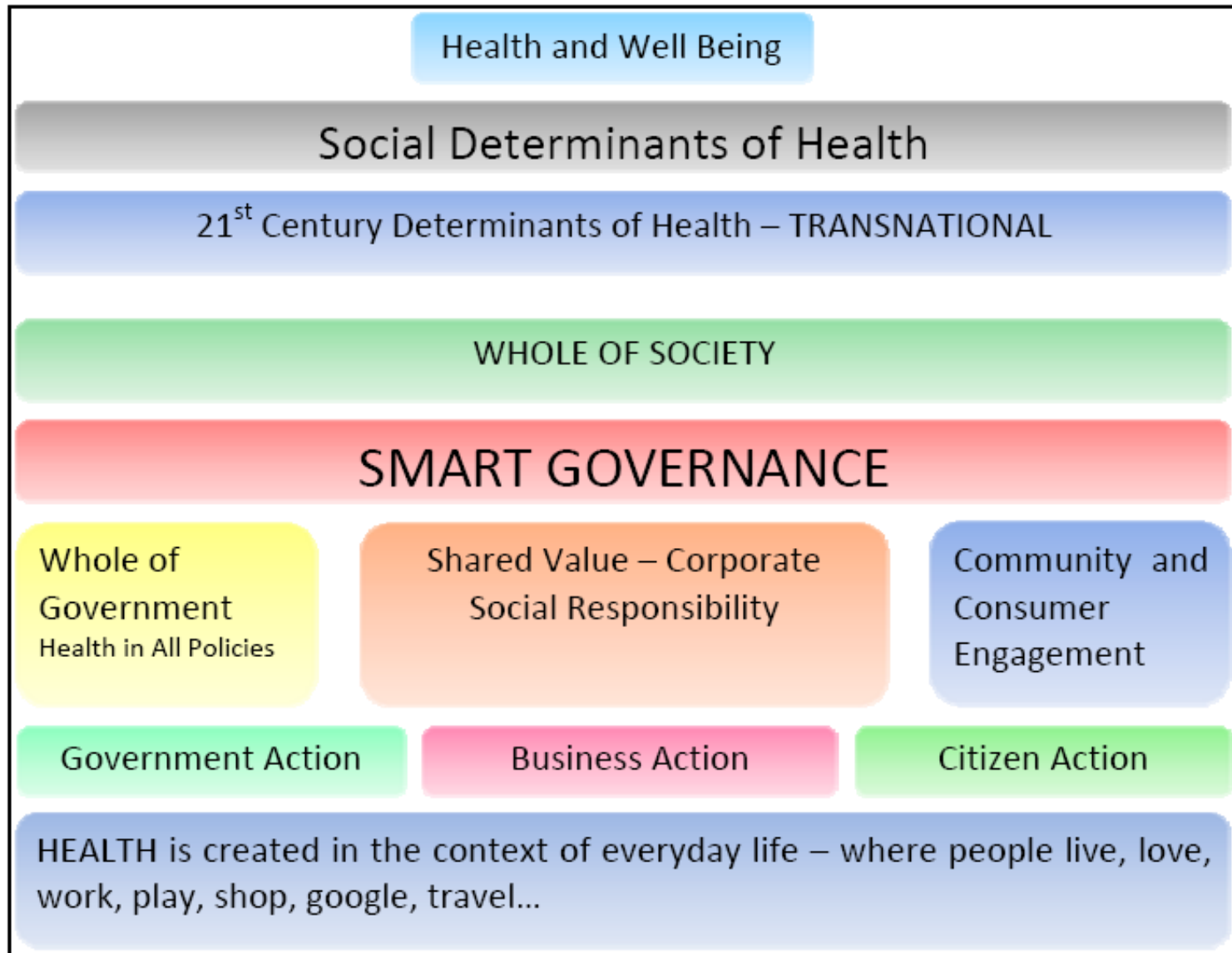
# T. Veremis, I. Koliopoulos, La Grecia moderna, 2014

“I disastri di oggi sono il frutto della comunità segmentata, cioè di un sistema che corrode lo Stato fin dalla sua nascita, un sistema in cui ciò che conta è la protezione dell’unità familiare, del gruppo, del clan, a scapito della meritocrazia nella vita pubblica, e in cui ognuno fa la sua parte, ma in senso negativo:

la politica che attira per lo più persone prive di un sapere politico e personaggi dello spettacolo, l’economia e la cultura che scelgono secondo il criterio della totale dedizione e non delle capacità, e la stessa società civile che concorre con zelo a saccheggiare il sistema”



# Come si esce dalla crisi in sanità? Buona Governance

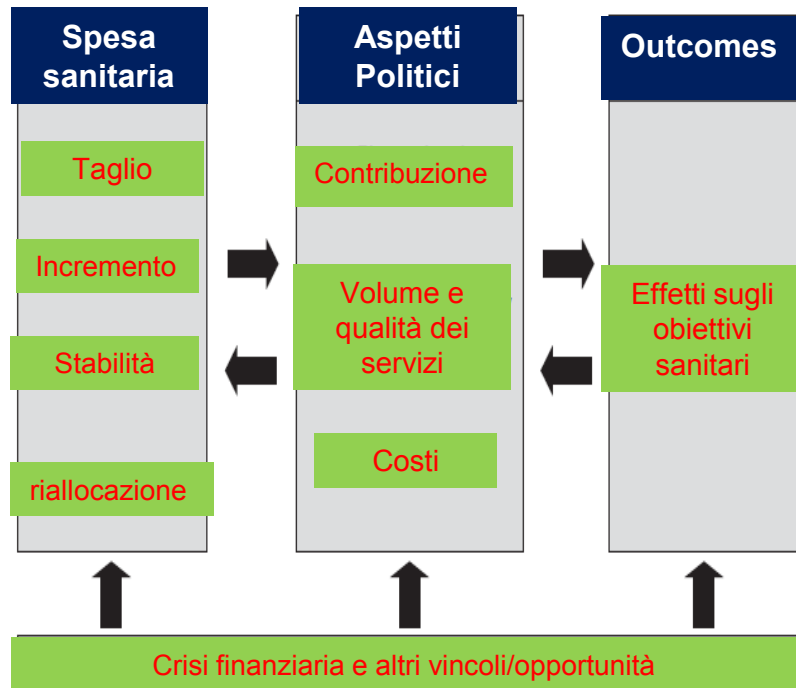


A group of approximately 20 people, including men and women in formal business attire, are posed in a well-lit hallway. They are holding green folders with the 'hi' logo. The hallway features patterned wallpaper, framed portraits, and a blue carpet with a gold stripe. The text 'Healthy Ireland : A Framework for Improved Health and Wellbeing 2013 - 2025' is overlaid on the top half of the image.

Healthy Ireland :  
A Framework for Improved Health and Wellbeing  
2013 - 2025

Leadership  
Volontà politica  
Orgoglio nazionale  
Metodo

# Quali azioni?



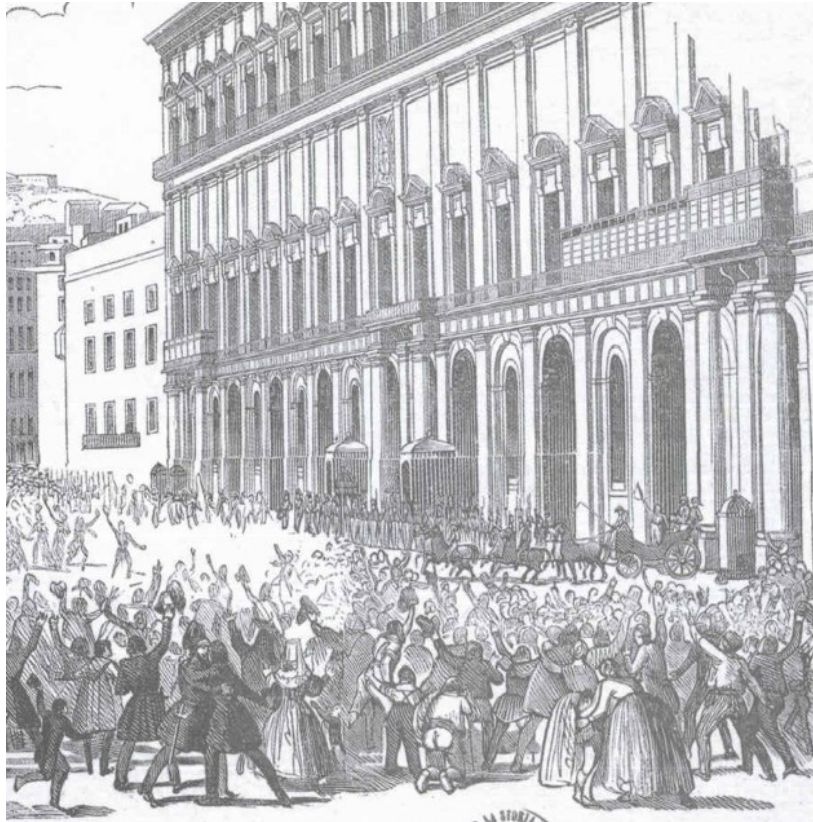
Il *framework* presenta tre dimensioni principali:

1. opzioni relative alla spesa sanitaria;
2. ambiti di intervento delle politiche;
3. *outcome*.





# Rinascimento



# Risorgimento

# Ricostruzione





DIREI CHE CI SIAMO QUASI

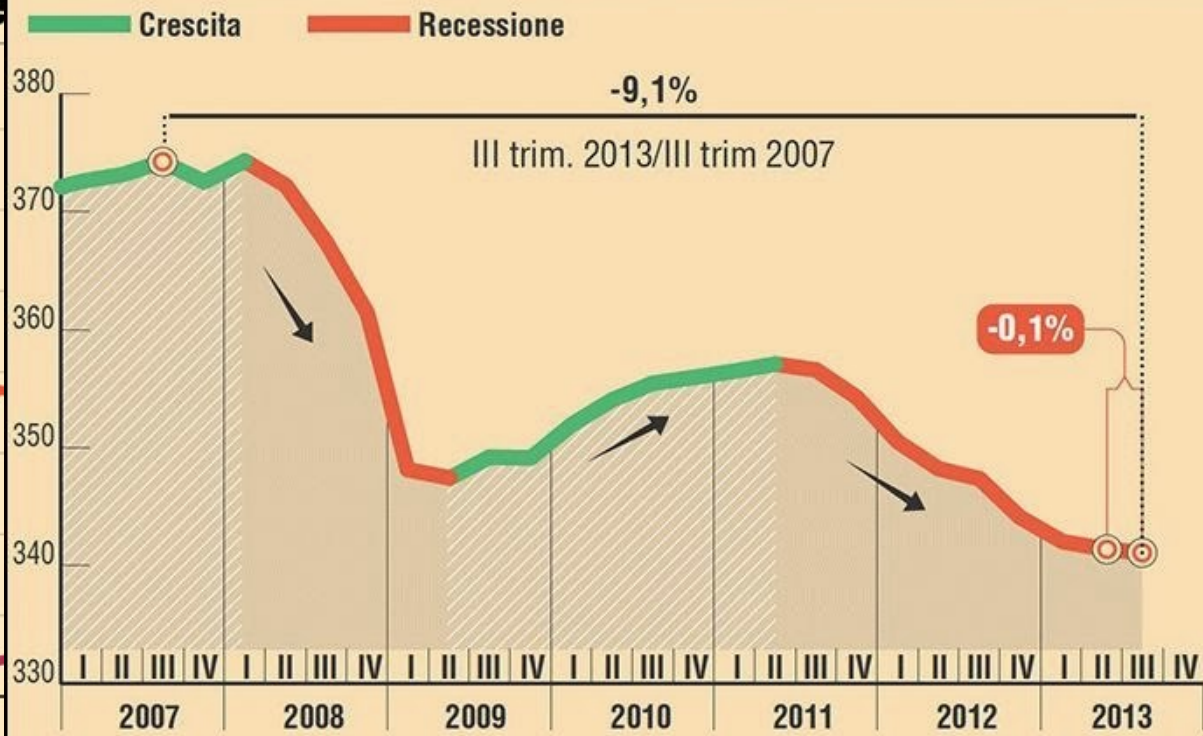
4 milioni di italiani non hanno risorse sufficienti neanche a sfamarsi

### La disoccupazione mese per mese



### Il Pil reale

Andamento trimestrale calcolato in miliardi di euro su prezzi deflazionati





**Il miglior servizio sanitario non sarà quello che fornisce tutto a tutti ma quello che stabilisce ciò che la società desidera spendere per l'assistenza sanitaria e che di conseguenza eroga con criteri espliciti servizi basati su prove di efficacia in modo umano e trasparente e senza chiedere l'impossibile al personale sanitario**

**Emerge un imperativo etico che deve spingere tutti gli attori a compiere uno sforzo collettivo e coordinato per indirizzare la politica verso scelte sostenibili illuminate dalle evidenze.**

**Penso che ce la possiamo fare!**

“I MIGLIORI SONO PRIVATI DI OGNI  
CONVINZIONE, MENTRE I PEGGIORI SONO  
PIENI DI CHIASSOSA PASSIONE”

W. BUTLER YEATS, IL GIORNO DEL GIUDIZIO, 1920

Policlinico Agostino Gemelli  
Università Cattolica del Sacro Cuore

Gemelli

Grazie per l'attenzione