

CHI GOVERNA LA SANITA' IN EUROPA ?

Libero CIUFFREDA

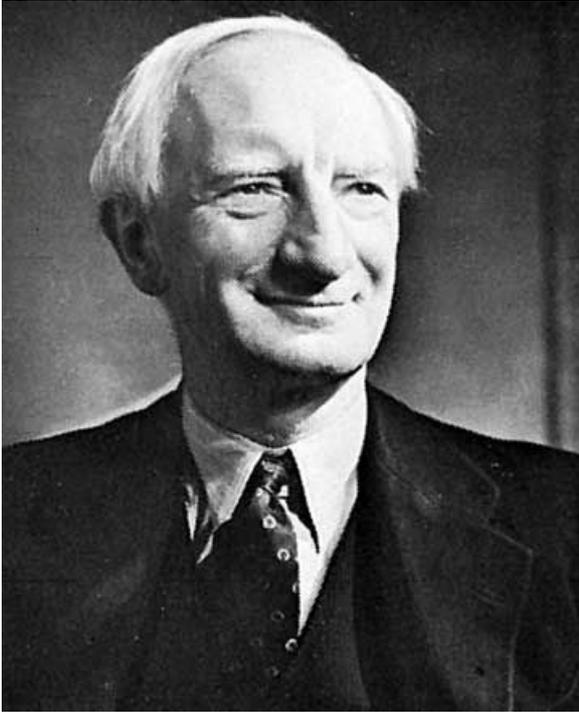
Direttore Oncologia Medica 1 - Centro Oncologico Ematologico Subalpino (COES)
Città della Salute e della Scienza - Molinette - Torino



Conferenze "Scienze di Primavera" 13 aprile 2019

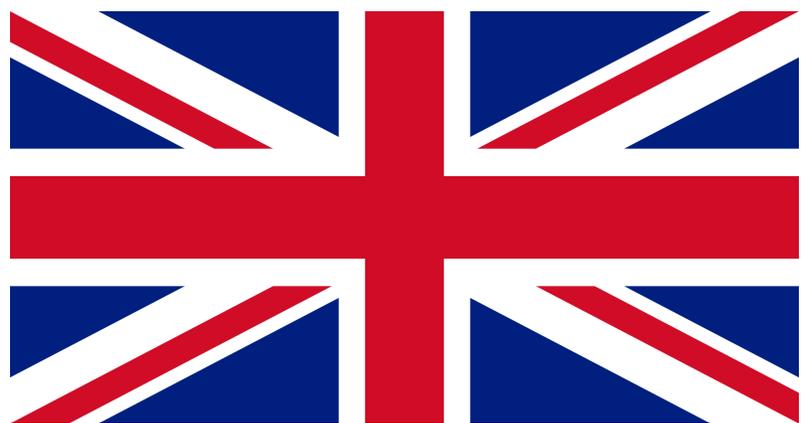
C.D.S. "G.Penna" - ASTI





**Sir William Beveridge (1879 – 1963)
e i 70 anni del NHS**

Il modello Beveridge di NHS adottato in GB nel 1948 e commissionato nel 1939 dal premier Wiston Churchill, si distingueva dal modello Bismarck (dal nome del cancelliere tedesco che alla fine dell'800 aveva promosso le assicurazioni sociali obbligatorie, la prima forma di tutela sanitaria dei lavoratori, finanziata dai contributi dei datori di lavoro e degli stessi lavoratori) non solo per l'ampiezza della copertura (l'intera popolazione) e per il tipo di finanziamento (fiscaltà generale), ma anche per il ruolo attribuito allo Stato: di regolazione e controllo nel modello Bismarck, di programmazione e di gestione dei servizi nel modello Beveridge.



2.2.20 Regno Unito

Principali caratteristiche del sistema di assistenza sanitaria nel Regno Unito

- ▶ Sistema decentrato in funzione delle differenti entità che costituiscono il Paese, ma centralizzato all'interno di ciascuna di esse e organizzato e gestito su base locale; in Inghilterra, gli enti locali (consigli) contribuiscono all'erogazione e al finanziamento dell'assistenza sociale
- ▶ Fornisce una copertura prevalentemente gratuita presso il luogo di cura alle persone che risiedono di regola in Inghilterra
- ▶ La spesa sanitaria è finanziata principalmente con fondi pubblici provenienti dal gettito fiscale generale e dai contributi per l'assicurazione nazionale
- ▶ Eroga servizi prevalentemente pubblici

Il modello di Sir William Beveridge

- fu adottato nel tempo da molti Paesi, in primis dalle nazioni che aderivano al Commonwealth come Canada, Australia e Nuova Zelanda, e in seguito dai paesi scandinavi e del sud Europa, come Italia, Spagna e Portogallo, con alcune varianti: ad esempio in Svezia e in alcune regioni della Spagna la nazionalizzazione riguardò anche i medici di famiglia (mentre nel NHS questi mantennero il ruolo di liberi professionisti, seppur convenzionati, come avvenne in Italia); altra variante molto diffusa fu il decentramento della gestione e della relativa nomina dei responsabili (es: le contee in Svezia, le province in Canada, i comuni in Norvegia e le regioni in Italia).



2.2.2 Belgio

Principali caratteristiche del sistema di assistenza sanitaria in Belgio

- ▶ Sistema decentrato, nel quale le principali competenze sono condivise tra il governo federale e le autorità federate (comunità, regioni), secondo l'assetto e il decentramento istituzionale del paese
- ▶ Fornisce una copertura quasi universale (99,6 % della popolazione) attraverso l'assicurazione obbligatoria
- ▶ La spesa sanitaria è finanziata prevalentemente attraverso fondi pubblici, alimentati dai contributi per la sicurezza sociale e dal gettito fiscale del governo federale e, in misura minore, del livello locale
- ▶ Eroga servizi misti, pubblici e privati



2.2.4 Cipro

Principali caratteristiche del sistema di assistenza sanitaria a Cipro

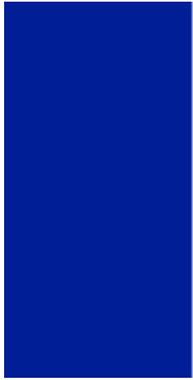
- ▶ Sistema attualmente molto centralizzato, sebbene si preveda che il processo di riforma in corso condurrà verso il decentramento
- ▶ Non fornisce ancora una copertura universale
- ▶ La spesa sanitaria pubblica è finanziata attraverso il gettito fiscale generale
- ▶ La percentuale di spesa privata è elevata
- ▶ Eroga servizi misti, pubblici e privati



2.2.7 FINLANDIA

Principali caratteristiche del sistema di assistenza sanitaria in Finlandia

- ▶ Sistema fortemente decentrato, nel quale gli enti locali (comuni) svolgono un ruolo importante
- ▶ Fornisce una copertura a tutti i cittadini attraverso un sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria
- ▶ La spesa sanitaria è finanziata prevalentemente da finanziamenti pubblici, provenienti dal gettito fiscale generale, incluse le imposte comunali, e dall'assicurazione sanitaria nazionale
- ▶ Eroga servizi misti in virtù delle diverse convenzioni concluse dai comuni per l'acquisto/erogazione dei servizi



2.2.8 Francia

Principali caratteristiche del sistema di assistenza sanitaria in Francia

- ▶ Sistema centralizzato, benché strutturato a livello territoriale (regionale e dipartimentale), nel quale alcune funzioni sono affidate alle autorità locali, soprattutto per l'assistenza agli anziani e ai disabili
- ▶ Fornisce una copertura universale basata sulla residenza, attraverso l'assicurazione sanitaria pubblica e, per gli indigenti, una copertura medica universale
- ▶ La spesa sanitaria è finanziata prevalentemente (tre quarti) da finanziamenti pubblici, provenienti dai contributi basati sul reddito e dal gettito fiscale
- ▶ Eroga servizi misti, pubblici e privati



2.2.9 Germania

Principali caratteristiche del sistema di assistenza sanitaria in Germania

- ▶ Sistema decentrato, nel quale numerose competenze sono delegate agli Stati (Land) e nel quale svolgono un ruolo importante le organizzazioni della società civile (fondi malattia e associazioni di medici)
- ▶ Fornisce una copertura universale attraverso l'assicurazione sanitaria pubblica e l'assicurazione privata
- ▶ La spesa sanitaria è finanziata prevalentemente da fondi pubblici, provenienti dai contributi per la sicurezza sociale e dal gettito fiscale, integrati tramite pagamenti privati
- ▶ Eroga servizi misti, pubblici e privati



2.2.22 Romania

Principali caratteristiche del sistema di assistenza sanitaria in Romania

- ▶ Sistema prevalentemente centralizzato, che sta tuttavia attraversando un processo di decentramento, soprattutto per quanto riguarda le strutture ospedaliere, con il trasferimento di alcune responsabilità agli enti locali (consigli distrettuali)
- ▶ Fornisce una copertura universale gratuita presso il punto di erogazione del servizio
- ▶ La spesa sanitaria è finanziata prevalentemente con fondi pubblici, attraverso i contributi provenienti dal sistema assicurativo nazionale e dal gettito fiscale nazionale e, in misura minore, a livello distrettuale
- ▶ Eroga principalmente servizi pubblici



Principali caratteristiche del sistema di assistenza sanitaria in Spagna

- ▶ Sistema fortemente decentrato, nel quale svolgono un ruolo importante le regioni (comunità autonome)
- ▶ Fornisce una copertura universale prevalentemente gratuita presso il luogo di cura
- ▶ La spesa sanitaria è finanziata principalmente attraverso fondi pubblici provenienti dalla fiscalità generale, comprese le imposte regionali
- ▶ Eroga servizi misti, prevalentemente pubblici e, solo in misura minore, privati



2.2.12 Italia

Principali caratteristiche del sistema di assistenza sanitaria in Italia

- ▶ Sistema fortemente decentrato, nel quale le responsabilità sono trasferite alle regioni
- ▶ Fornisce una copertura quasi universale, prevalentemente gratuita presso il luogo di cura
- ▶ La spesa sanitaria è finanziata principalmente da fondi pubblici, attraverso l'imposizione fiscale dello Stato e delle regioni
- ▶ Eroga servizi misti, pubblici e privati

Gli enti locali e regionali di 21 Stati membri sono coinvolti nella gestione territoriale dei sistemi sanitari, da un livello fortemente decentrato nel quale

gli aspetti di politica e regolamentazione sono gestiti sul piano locale, a un livello di gestione operativamente decentrata.

Gli enti locali e regionali sono fortemente coinvolti nel finanziamento dell'assistenza sanitaria in 10 Stati membri, e nella maggior parte dei casi generano risorse a livello locale.

Inoltre, in 19 Stati membri sono proprietari delle strutture di assistenza sanitaria per l'erogazione di cure di base e di cure specialistiche o di servizi di assistenza di lungo periodo, e le gestiscono.

La conseguenza logica di questa constatazione porta a riconoscere l'importanza che i pareri e gli interessi degli enti locali e regionali siano sistematicamente presi in esame ai fini dell'elaborazione e dell'attuazione delle politiche che incidono sui sistemi di gestione sanitaria, poiché in numerosi Stati membri questi sistemi sono sotto la responsabilità diretta e l'autorità delle amministrazioni territoriali.



Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 360 del 28 dicembre 1978

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, 19 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8508

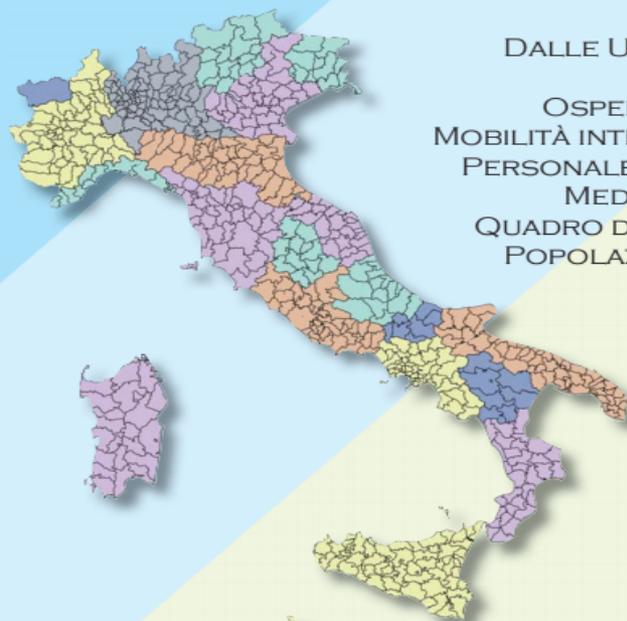
LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

Istituzione del servizio sanitario nazionale.



SSN 40

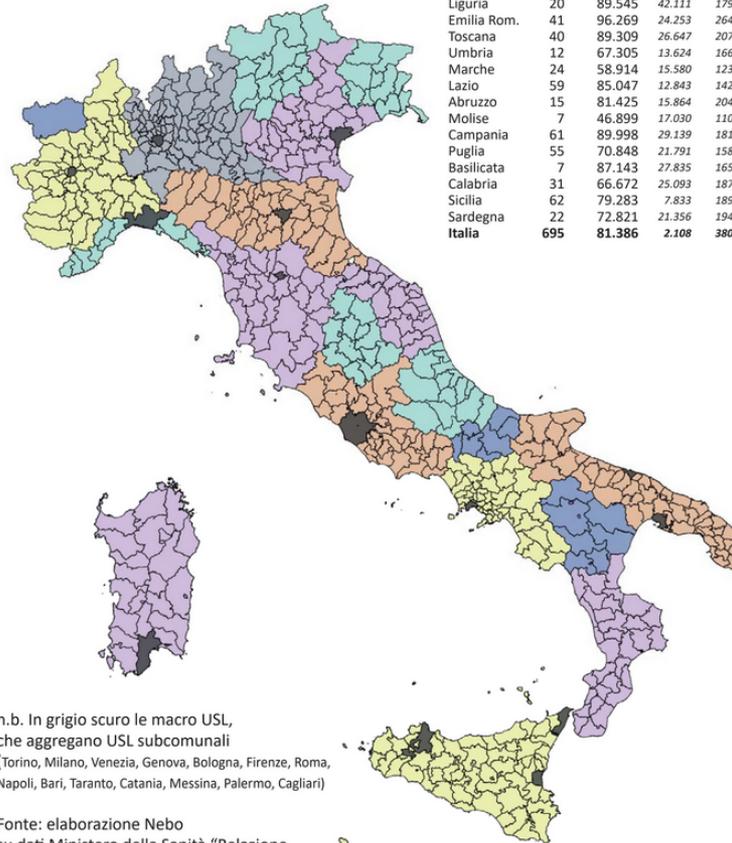
RAPPORTO SANITÀ 2018
40 ANNI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



DALLE USL ALLE ASL
POSTI LETTO
OSPEDALIZZAZIONE
MOBILITÀ INTERREGIONALE
PERSONALE DIPENDENTE
MEDICINA DI BASE
QUADRO DEMOGRAFICO
POPOLAZIONE PESATA

Tavola 1.2
Unità Sanitarie Locali per regione
Numero di USL e relativa popolazione
media, minima e massima, per regione
1983 - Attuazione L. 833/78

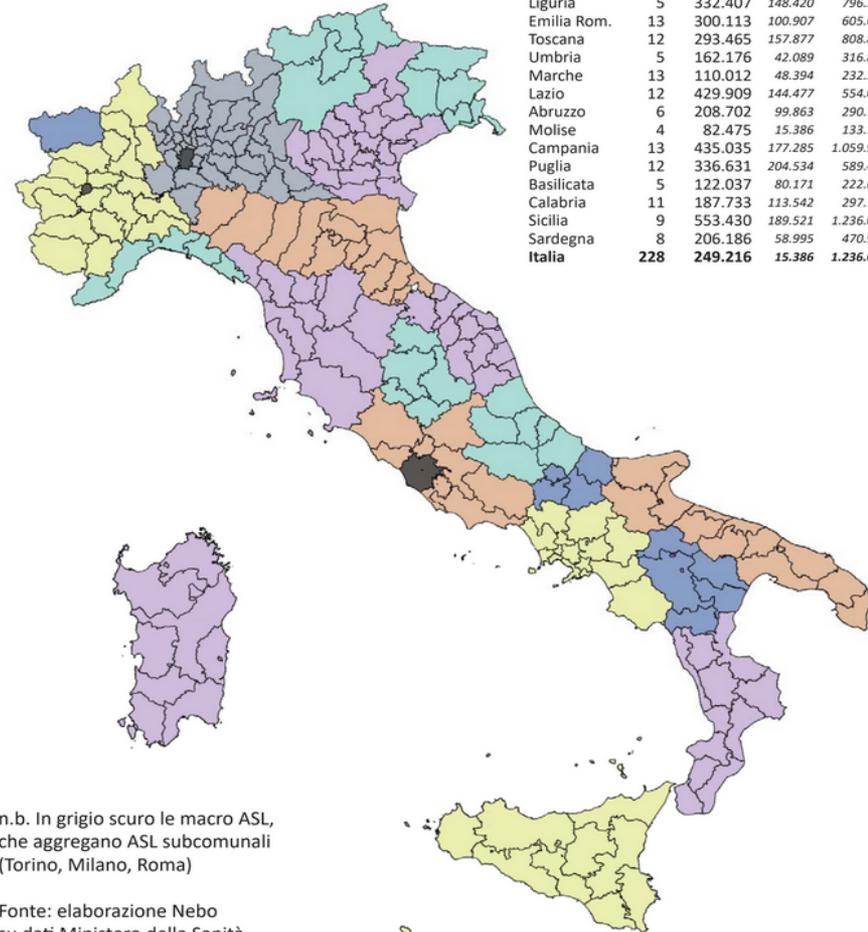
Regione	USL	Popol.		
		media	minima	massima
Piemonte	76	58.555	19.445	143.632
Valle d'Aosta	1	112.437	112.437	112.437
Lombardia	99	89.628	2.108	328.909
P.A. Bolzano	4	107.804	58.766	199.843
P.A. Trento	11	40.229	7.946	151.467
Veneto	36	120.689	21.112	380.883
Friuli V. G.	12	102.368	28.494	280.308
Liguria	20	89.545	42.111	179.210
Emilia Rom.	41	96.269	24.253	264.242
Toscana	40	89.309	26.647	207.432
Umbria	12	67.305	13.624	166.677
Marche	24	58.914	15.580	123.822
Lazio	59	85.047	12.843	142.381
Abruzzo	15	81.425	15.864	204.617
Molise	7	46.899	17.030	110.669
Campania	61	89.998	29.139	181.655
Puglia	55	70.848	21.791	158.327
Basilicata	7	87.143	27.835	165.741
Calabria	31	66.672	25.093	187.059
Sicilia	62	79.283	7.833	189.431
Sardegna	22	72.821	21.356	194.528
Italia	695	81.386	2.108	380.883



n.b. In grigio scuro le macro USL,
 che aggregano USL subcomunali
 (Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma,
 Napoli, Bari, Taranto, Catania, Messina, Palermo, Cagliari)

Fonte: elaborazione Nebo
 su dati Ministero della Sanità "Relazione

Tavola 1.3
Aziende Sanitarie Locali per regione
Numero di ASL e relativa popolazione
media, minima e massima, per regione
1993 - ex DLgs 502/92 e 517/93

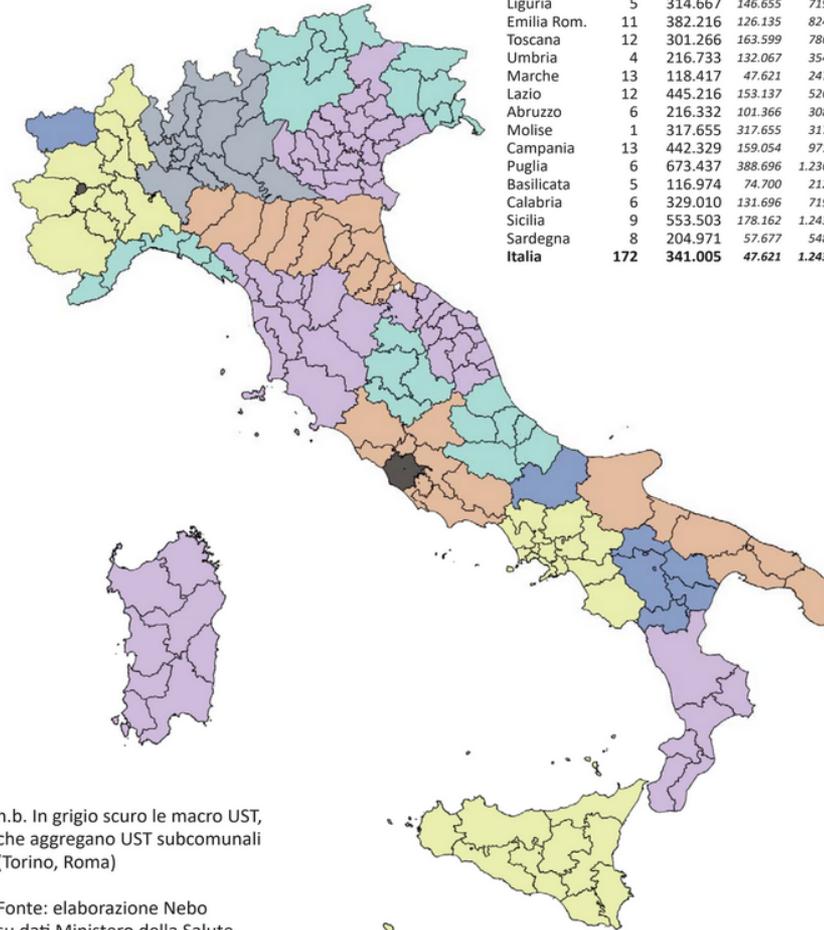


n.b. In grigio scuro le macro ASL, che aggregano ASL subcomunali (Torino, Milano, Roma)

Fonte: elaborazione Nebo su dati Ministero della Sanità

Tavola 1.4
 Unità Sanitarie Territoriali per regione
 Numero di UST e relativa popolazione
 media, minima e massima, per regione
 2008 - pre L. 42/2009

Regione	UST	Popol.		
		media	minima	massima
Piemonte	13	333.236	166.105	571.033
Valle d'Aosta	1	125.550	125.550	125.550
Lombardia	15	631.323	99.900	1.226.884
P.A. Bolzano	4	122.509	70.724	217.120
P.A. Trento	1	509.109	509.109	509.109
Veneto	21	227.777	74.647	434.519
Friuli V. G.	6	202.391	74.519	348.501
Liguria	5	314.667	146.655	719.840
Emilia Rom.	11	382.216	126.135	824.552
Toscana	12	301.266	163.599	786.985
Umbria	4	216.733	132.067	354.478
Marche	13	118.417	47.621	247.887
Lazio	12	445.216	153.137	526.496
Abruzzo	6	216.332	101.366	308.325
Molise	1	317.655	317.655	317.655
Campania	13	442.329	159.054	971.350
Puglia	6	673.437	388.696	1.236.890
Basilicata	5	116.974	74.700	212.960
Calabria	6	329.010	131.696	719.093
Sicilia	9	553.503	178.162	1.243.326
Sardegna	8	204.971	57.677	548.791
Italia	172	341.005	47.621	1.243.326

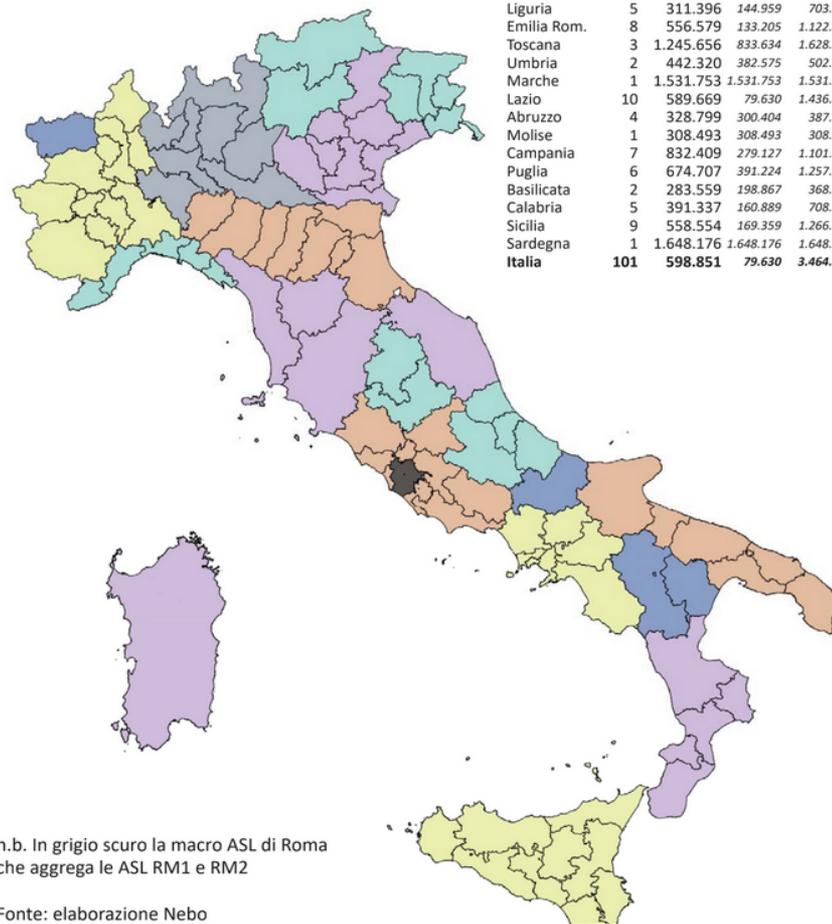


n.b. In grigio scuro le macro UST,
 che aggregano UST subcomunali
 (Torino, Roma)

Fonte: elaborazione Nebo
 su dati Ministero della Salute
 "Contingenti ASL" 2008, Allegato SPA 2008

Tavola 1.5
Aziende Sanitarie Locali per regione
Numero di ASL e relativa popolazione
media, minima e massima, per regione
2018 - Assetto attuale

Regione	ASL	Popol. media	ASL pop. minima	ASL pop. massima
Piemonte	12	364.655	168.955	882.523
Valle d'Aosta	1	126.202	126.202	126.202
Lombardia	8	1.254.532	336.339	3.464.423
P.A. Bolzano	1	527.750	527.750	527.750
P.A. Trento	1	539.898	539.898	539.898
Veneto	9	545.004	204.900	934.247
Friuli V. G.	5	243.108	167.584	312.080
Liguria	5	311.396	144.959	703.120
Emilia Rom.	8	556.579	133.205	1.122.855
Toscana	3	1.245.656	833.634	1.628.345
Umbria	2	442.320	382.575	502.065
Marche	1	1.531.753	1.531.753	1.531.753
Lazio	10	589.669	79.630	1.436.400
Abruzzo	4	328.799	300.404	387.120
Molise	1	308.493	308.493	308.493
Campania	7	832.409	279.127	1.101.763
Puglia	6	674.707	391.224	1.257.520
Basilicata	2	283.559	198.867	368.251
Calabria	5	391.337	160.889	708.702
Sicilia	9	558.554	169.359	1.266.758
Sardegna	1	1.648.176	1.648.176	1.648.176
Italia	101	598.851	79.630	3.464.423



n.b. In grigio scuro la macro ASL di Roma che aggrega le ASL RM1 e RM2

Fonte: elaborazione Nebo

PRESENTAZIONE DEL RAPPORTO

Le 695 **USL** dell'esordio contro le 101 **ASL** attuali,
i 500.000 **posti letto** più che dimezzati, soprattutto in ambito pubblico,
un aumento del 40% dei **ricoveri** fuori regione,
i 297.000 **medici e infermieri** dipendenti di ieri contro i 367.000 di oggi
e dai 64.000 **medici e pediatri di base** agli odierni 53.000:

Nebo Ricerche PA ha elaborato un compendio statistico su *articolazione territoriale e contesto demografico, offerta ospedaliera e mobilità inter-regionale, personale dipendente e medicina di base* che fotografa le trasformazioni che in questi quattro decenni hanno caratterizzato il **Servizio Sanitario Nazionale**, istituito nel 1978.

L. 23/12/1978, n. 833

ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Art. 1 - I principi

La Repubblica tutela la **salute** come fondamentale **diritto** dell'**individuo** e interesse della **collettività** mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della **dignità** e della **libertà** della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla **promozione**, al **mantenimento** ed al **recupero della salute fisica e psichica** di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'**eguaglianza** dei cittadini nei confronti del servizio.

L'attuazione del

Dall'*archivio Nebo* sono stati reperiti dati di fonte *Ministero della Salute (ex Sanità)*, *Ministero dell'Economia e delle Finanze (ex Tesoro)* e *Istat* e scattate quattro istantanee ad altrettanti momenti chiave del SSN:

- a. **1983**, a valle dell'attuazione della legge istitutiva del 1978
- b. **1993**, in corrispondenza della prima riforma e dell'aziendalizzazione
- c. **2008**, preludio all'attuazione del federalismo sanitario
- d. **2018**, attuale assetto del Servizio Sanitario Nazionale

utilizzando dati riferiti alla annualità più prossima in caso di assenza o incompletezza dei dati relativi agli anni sopra menzionati.

La realizzazione del Rapporto ha permesso di constatare che il *fil rouge* che lega negli anni il parco dati sulla sanità pubblica resta la **carezza dei dati** stessi (quando non l'assenza) e se la complessità di rilevare e diffondere informazioni quantitative può risultare in parte comprensibile per i primi anni di vita del SSN, appaiono del tutto ingiustificabili le attuali difficoltà nell'accedere ai dati relativi alla vita sanitaria del Paese.

È evidente l'inadeguatezza dell'area degli *open data* del Ministero della Salute per contenuti, struttura o aggiornamento. Non solo: alcuni dati sono reperibili in altre sezioni del sito del Ministero della Salute ma non nell'area *open data* e, soprattutto, in formati e aggregazioni utili forse per le comunicazioni istituzionali ma del tutto estranei ai più comuni standard adottati per la diffusione di dati. A titolo di esempio, i numeri sulla medicina di base, presenti in una sezione diversa dall'area dedicata agli *open data*, sono fermi al 2013 e disponibili solo a livello regionale.

Figura 3.11. Aumento percentuale della spesa pubblica 2008-2016 nei paesi OCSE

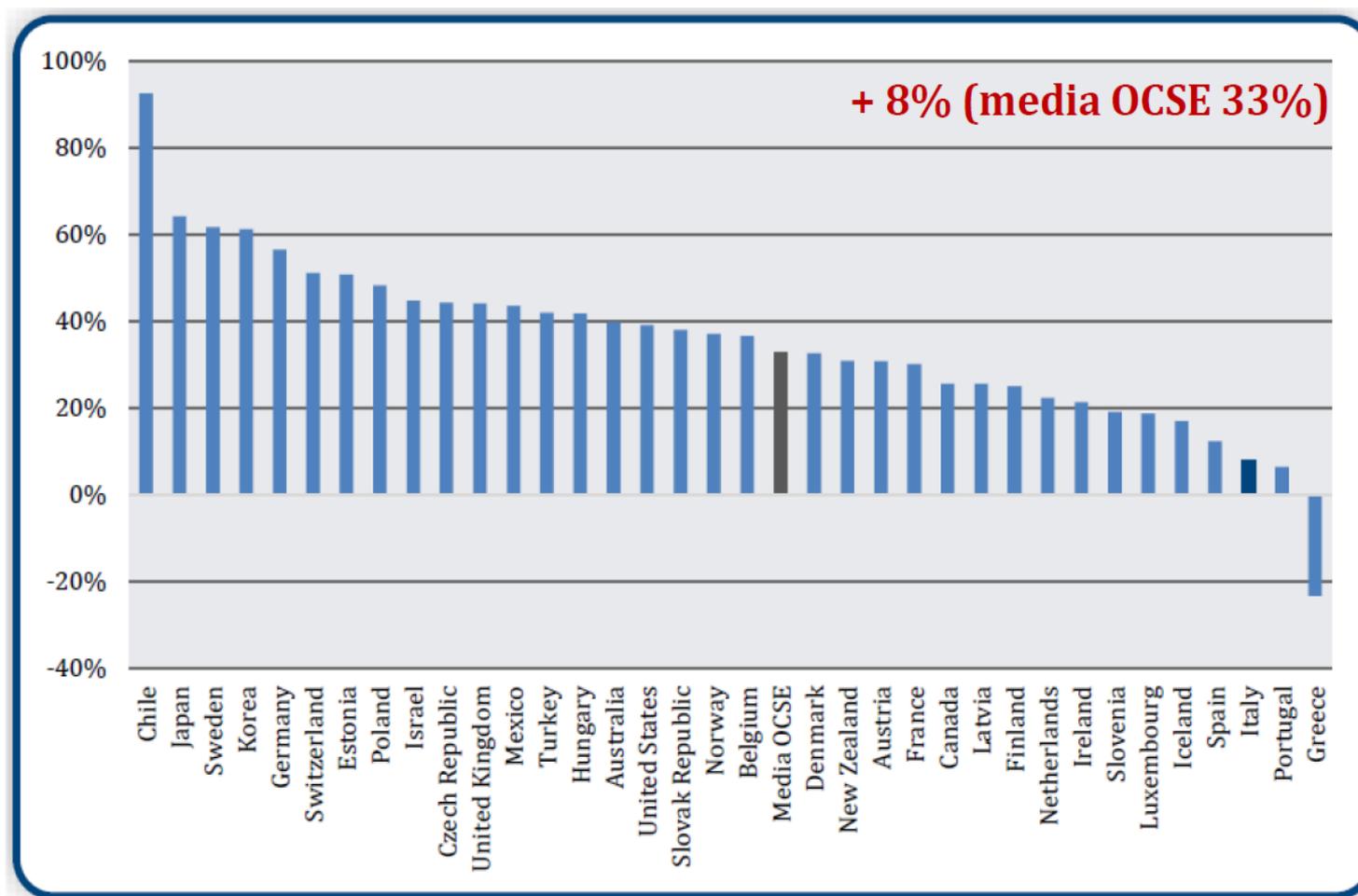
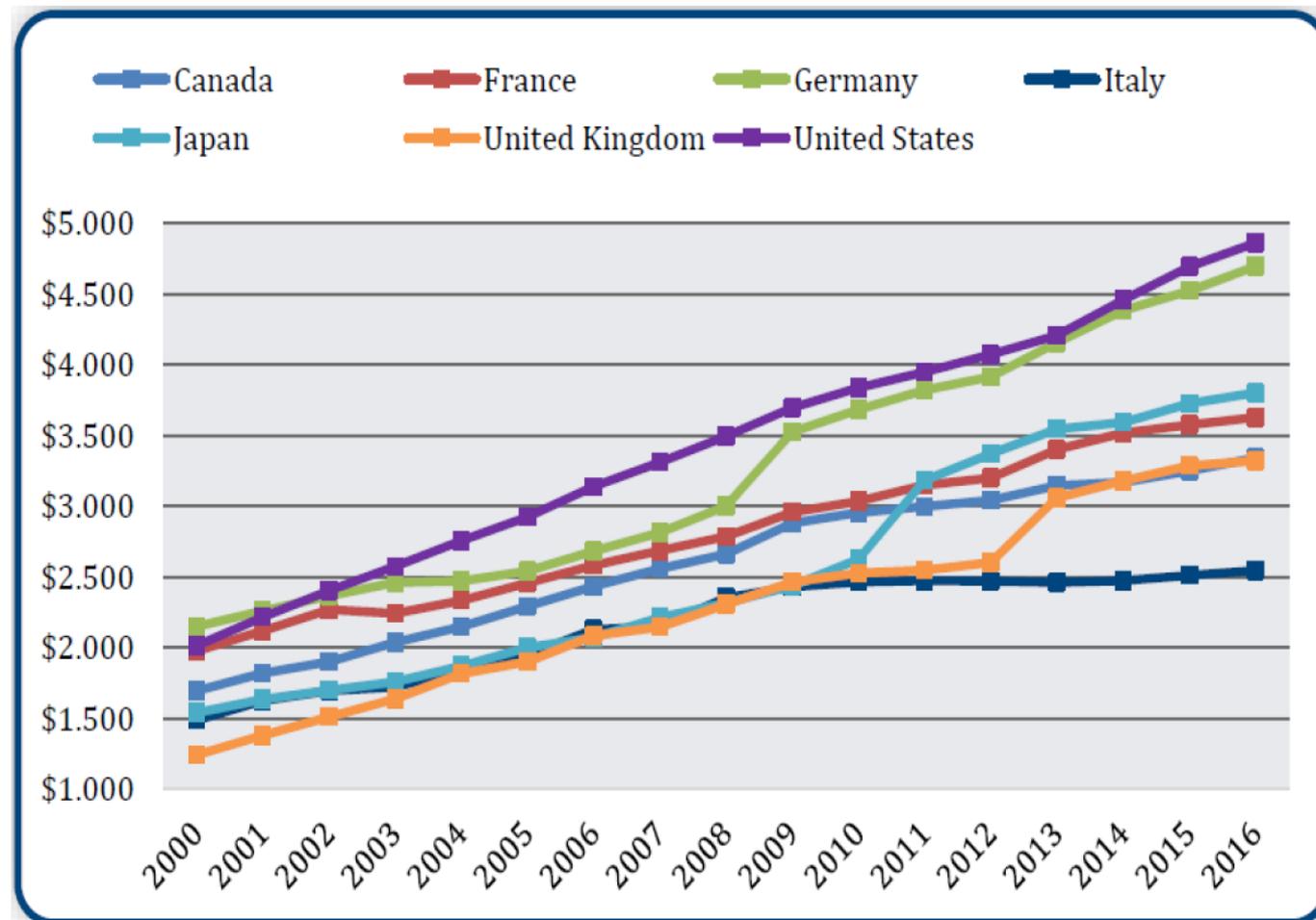


Figura 3.13. Trend finanziamento pubblico pro-capite 2000-2016 nei paesi del G7



Elaborazione GIMBE da: OECD Health Statistics, 2017

Benchmark internazionali

"Secondo la classifica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità l'Italia è al 2° posto nel mondo, dopo la Francia"

"Bloomberg colloca il servizio sanitario italiano al 3° posto nel mondo"



Salute

- **Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche.**



Politiche sociali

La UE tenta di smussare gli squilibri presenti nei vari Paesi, sia con sostegni finanziari sia attraverso normative che diano una base comune ai *diritti sociali* (istruzione, sanità, previdenza) e un aiuto in caso di difficoltà economiche.

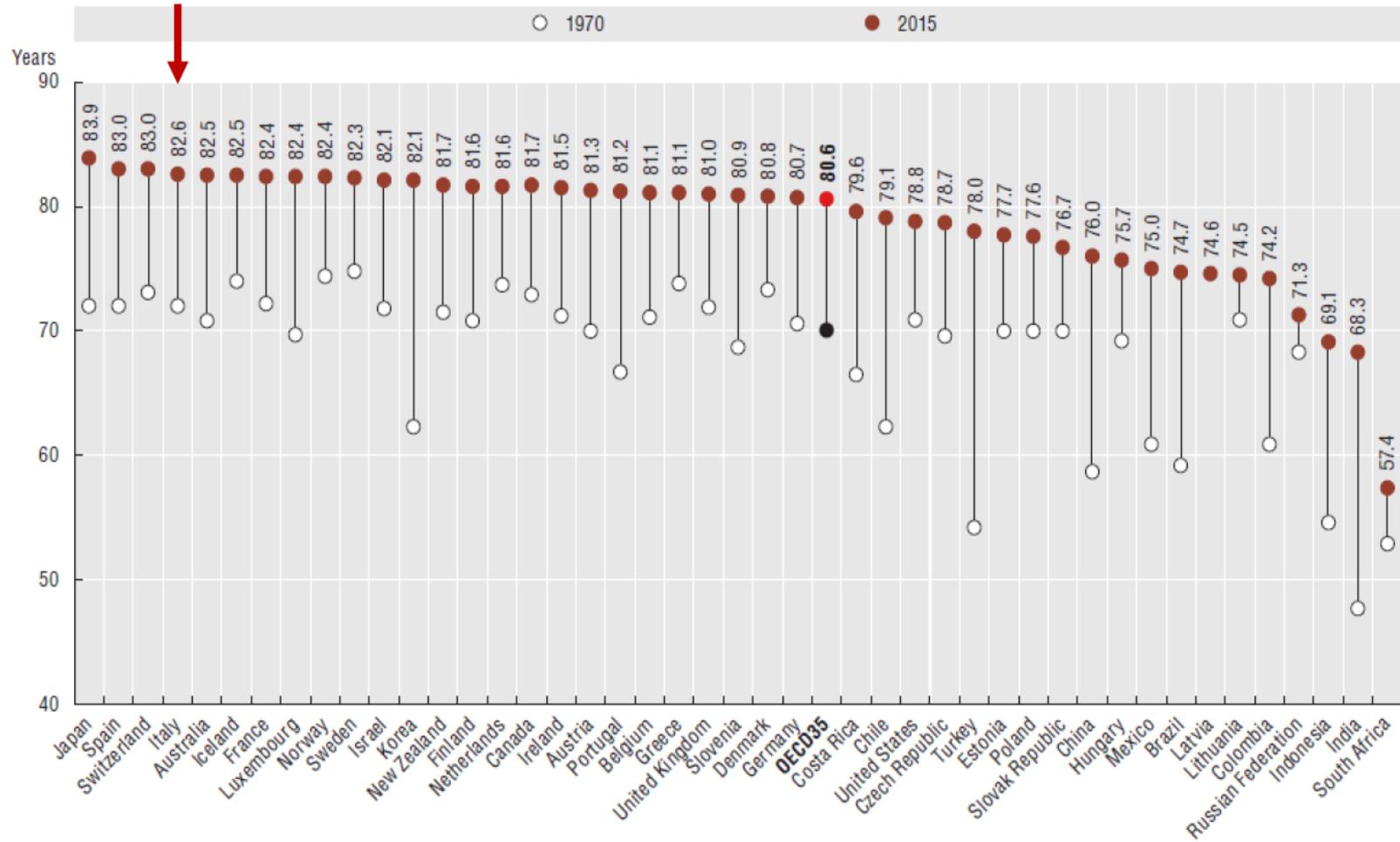


Benchmark internazionali

- Bloomberg
- Commissione Europea
- Commonwealth Fund
- Euro Health Consumer Index
- Healthcare Quality and Access Index
- Numbeo
- Organizzazione Mondiale della Sanità
- Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE)

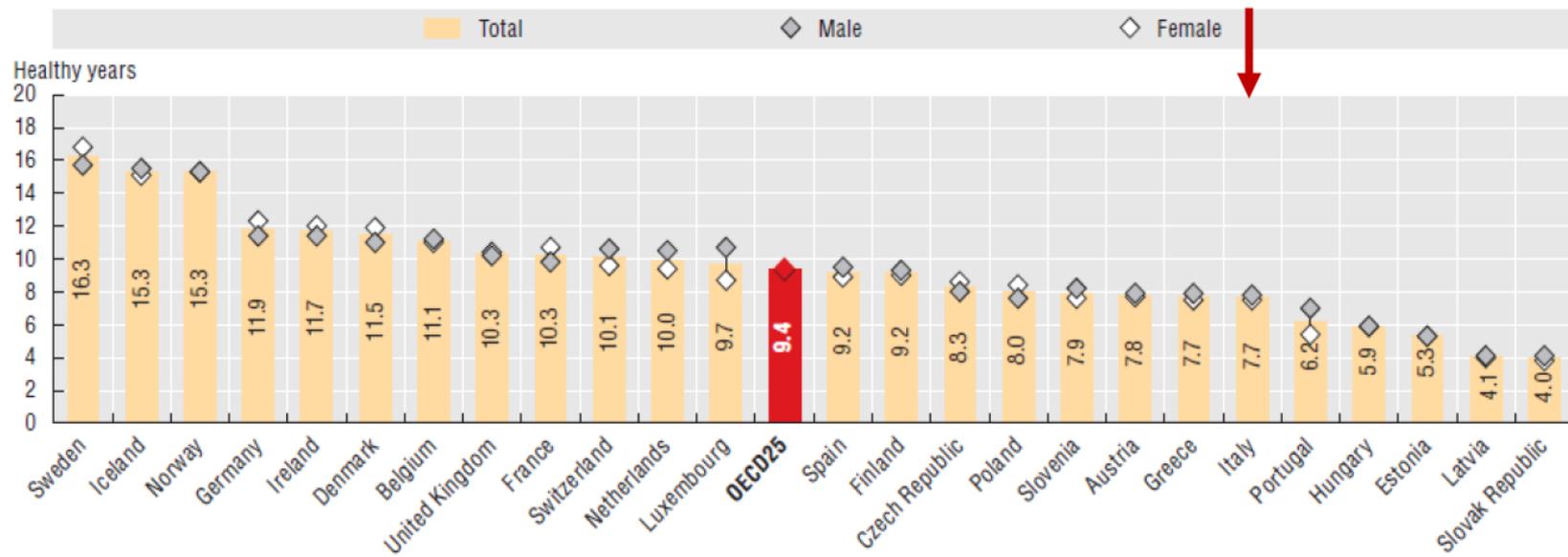


3.1. Life expectancy at birth, 1970 and 2015 (or nearest year)



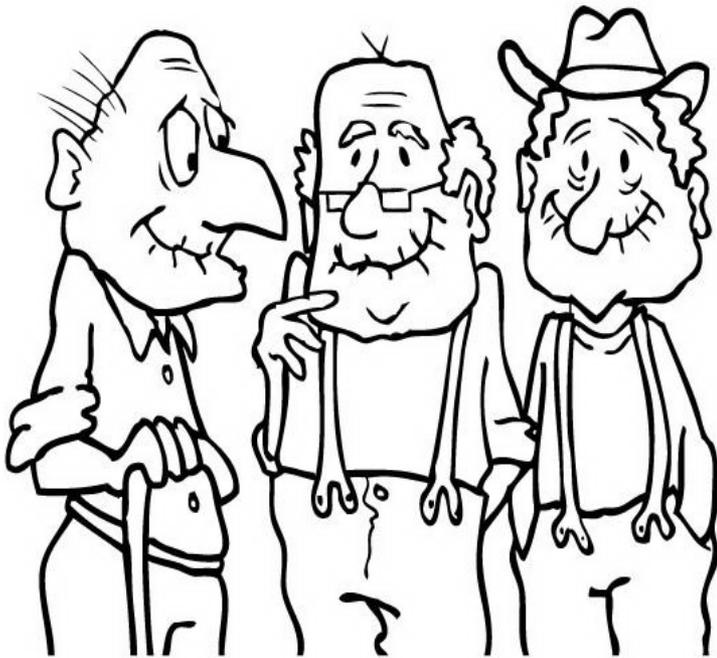
Source: OECD Health Statistics 2017.

11.5. Healthy life years at age 65, European countries, 2015 (or nearest year)



Note: Countries are ranked in descending order of healthy life expectancy for the whole population.
Source: Eurostat Database 2017.

Per gli over 65, in media, 9,9 anni non in buona salute



L'invecchiamento è un processo che colpisce l'Europa in maniere molto diverse. Esistono regioni "vecchie" e regioni "relativamente giovani" che in futuro dovranno raccogliere sfide diverse, in funzione delle dinamiche della loro popolazione. Si prevede che l'invecchiamento della popolazione avrà un impatto sulla spesa pubblica per l'assistenza sanitaria e di lungo termine, sulla domanda di servizi sanitari e sul fabbisogno di personale sanitario (Comitato delle regioni, 2011b). Pertanto, la presenza di situazioni molto diverse all'interno dell'UE e il ruolo importante svolto dagli enti locali e regionali per promuovere l'invecchiamento sano della popolazione rendono indispensabile che le esperienze e le tendenze constatate a livello territoriale siano prese in considerazione nella definizione delle politiche in materia di salute.

2016: € 157,61 miliardi di spesa sanitaria

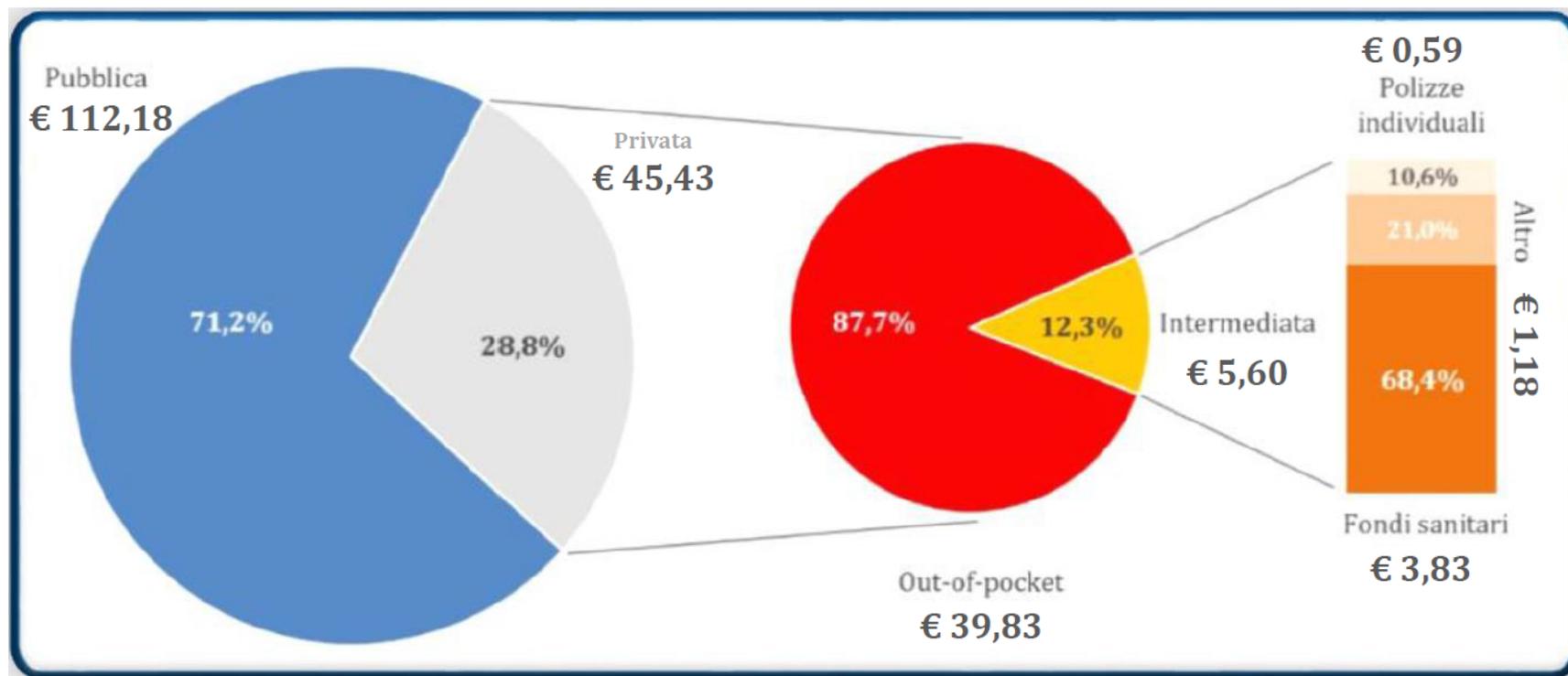


Tabella 4.1. Aggiornamento stime Rapporto GIMBE 2018 vs 2017 relative al periodo 2017-2025 (dati in mld)

	2° (2017)	3° (2018)	Fonti di riferimento
Anno di riferimento	2015	2016	-
Spesa sanitaria	€ 147,29	€ 157,61	Spesa pubblica: disponibilità dei dati consuntivi 2016 vs 2015 Spesa privata: nuovi conti ISTAT-SHA, analisi dati OCPS Cergas-Bocconi
Fabbisogno 2025	€ 210	€ 220	Feedback consultazione pubblica, nuove analisi
Spesa pubblica	€ 13,5	€ 9	Analisi trend definanziamento pubblico, previsioni DEF 2018
Spesa privata	€ 13,5	€ 18	Analisi trend spesa privata: aumento numero dei fondi sanitari e loro iscritti, espansione mercato assicurativo, aumento spesa out-of-pocket
Disinvestimento totale da sprechi al 2025	€ 80	€ 72,1	Stima sprechi recuperati nel 2016 (€ 1,3 miliardi)
Gap al 2025	- € 16,3	- € 20,5	-

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.

Stima sprechi 2017

Categoria	%	Mld €*	(± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	6,48	(5,18 – 7,77)
2. Frodi e abusi	22	4,75	(3,80 – 5,70)
3. Acquisti a costi eccessivi	10	2,16	(1,73 – 2,59)
4. Sotto-utilizzo	15	3,24	(2,59 – 3,89)
5. Complessità amministrative	11	2,37	(1,90 – 2,85)
6. Inadeguato coordinamento assistenza	12	2,59	(2,07 – 3,11)

*€ 21,59 miliardi (range 17,27 – 25,91) calcolati proiettando la stima GIMBE (19%) sui € 113,599 miliardi di spesa pubblica



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

Taiichi Ohno, Toyota

Sfide comuni

Le persone vivono più a lungo e hanno meno figli.

Le persone migrano all'interno del proprio Paese e tra Paesi.

Le città diventano sempre più grandi.

Le malattie croniche dominano il carico di malattia.

La depressione e i problemi cardiaci sono le principali cause della perdita di anni in buona salute.

Le malattie infettive, quali l'HIV e la tubercolosi rimangono una sfida da tenere sotto controllo.

Gli organismi antibiotico-resistenti stanno emergendo.

I sistemi sanitari devono far fronte a costi crescenti

L'assistenza primaria è debole e carente di servizi di prevenzione.

Le capacità dei sistemi sanitari pubblici sono obsolete.

In nuovi scenari a cui devono far fronte i sistemi sanitari sono il preludio della "tempesta perfetta"

Sostenibilità dei sistemi sanitari

Tre sono i principali fattori fondamentali per garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari:

- 1) Investire in prevenzione e intervenire precocemente.
- 2) Favorire l'empowerment (responsabilizzazione) dei cittadini, ovvero insegnare loro ad essere più consapevoli e responsabili della propria salute.
- 3) Riorganizzare i sistemi sanitari e l'erogazione delle prestazioni, ponendo al centro il paziente e riorientando il centro delle cure tra ospedali e comunità.

**Prevenzione
e trattamento
tempestivo**

**Responsabilizzazione
dei cittadini**

**Riorganizzazione
delle cure**

Definizione di un processo per l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza

Commissione Nazionale per l'Aggiornamento dei LEA e la Promozione dell'Appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale

Istituita «nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal SSN nell'ambito dei LEA, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica»

Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di bilancio 2016)

Art.1, comma 556

LEGGE N. 24, 8 MARZO 2017

17-3-2017	GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA	Serie generale - n. 64
LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI		
<u>LEGGE 8 marzo 2017, n. 24.</u> <u>Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.</u>		tario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale

La così detta Legge Gelli è importante ai nostri fini perché introduce il tema delle Linee Guida e della «standardizzazione delle cure». Infatti:

1. Sicurezza delle cure in sanità

2. Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente

3. Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità

4. Trasparenza dei dati

5. Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

Istituto Superiore di Sanità: le sfide

L'attività programmatica di un ente di ricerca qual è l'Istituto Superiore di Sanità va necessariamente inquadrata all'interno del contesto nazionale italiano, tenendo tuttavia presente anche lo scenario internazionale.

I cambiamenti nella domanda e nell'offerta di servizi sanitari



Scopri il nuovo sito in costruzione di AIFA e contribuisci al progetto

Registri AIFA: l'Agenzia fornisce informazioni sui dati dei trattamenti con i nuovi farmaci per la cura dell'epatite C

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) fornisce in maniera sistematica, tramite aggiornamenti settimanali, dati pubblici circa i trattamenti con i nuovi farmaci ad azione antivirale diretta di seconda generazione (DAAs) per la cura dell'epatite C cronica raccolti dai Registri di monitoraggio AIFA. Nell'ambito del Piano di eradicazione dell'infezione da HCV in Italia, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha ridefinito i criteri di trattamento per l'Epatite C cronica. Gli 11 criteri, scaturiti dal dialogo con le Società scientifiche e condivisi con la Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell'Agenzia, consentiranno di trattare tutti i pazienti per i quali è indicata e appropriata la terapia. Inoltre, sarà possibile inserire nei Registri anche i pazienti che, in seguito al fallimento di regimi di trattamento senza interferone, abbiano necessità di essere ritrattati con un'associazione di almeno 2 farmaci antivirali ad azione diretta di seconda generazione (DAAs).

08/04/2019

Comunicazione AIFA sui farmaci innovativi

L'AIFA, nelle more della revisione della Determinazione n.1537/2017, relativa ai criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi ai sensi dell'articolo 1, comma 402 della legge 11 dicembre 2016, n. 232, al fine di garantire il pieno accesso ai Fondi per i farmaci innovativi e innovativi oncologici, rende noto alle Aziende titolari di specialità medicinali, il cui requisito dell'innovatività - ancora in corso di validità - sia stato valutato dalla CTS sulla base dei precedenti criteri, che possono presentare all'Agenzia richiesta di valutazione al Settore HTA ed Economia del Farmaco del

Comunicazione EMA

Le Autorità Europee lavorano per evitare la carenza di medicinali per effetto di Brexit

L'accordo di ritiro non è stato approvato dalla Camera dei Comuni entro il 29 marzo, pertanto, ad oggi, la nuova scadenza per l'uscita del Regno Unito dall'UE è il 12 aprile 2019.

Il 29 marzo 2017 il Regno Unito (UK) ha notificato all'Unione Europea (UE) la sua volontà di recedere dall'UE (Brexit). Ai sensi dell'Articolo 50 del Trattato il è previsto che il Regno Unito lasci l'Unione Europea entro il 29 marzo 2019. Tuttavia, la data di recesso è stata postposta a seguito dell'accoglimento da parte del Consiglio Europeo della richiesta di proroga di UK. Al momento, non è ancora chiaro a quali condizioni il Regno Unito lascerà l'UE. Se un accordo di recesso verrà approvato ed entrerà in vigore, ci sarà un periodo di transizione durante il quale la normativa dell'UE continuerà ad applicarsi nel Regno Unito. Ciò significa che l'accesso ai medicinali non verrà influenzato. Se invece, il Regno Unito lascerà l'UE senza un patto o un accordo di recesso ("scenario di no-deal"), il diritto dell'UE cesserà di essere applicato nel Regno Unito a partire dal 30 marzo 2019. In questo caso, per poter continuare a fornire alcuni medicinali nell'UE, le Aziende che svolgono determinate attività nel Regno Unito dovranno apportare modifiche per conformarsi alla legislazione dell'UE.

Continua

26/03/2019

Rapporto Ispezioni GCP 2015-2017 - Classificazione e analisi delle deviazioni alla Good Clinical Practice

L'Agenzia Italiana del Farmaco pubblica il primo Rapporto Ispezioni GCP - Classificazione e analisi delle deviazioni alla **Good Clinical Practice** (GCP), relativo al triennio 2015-2017. Il rapporto illustra i risultati delle ispezioni condotte nel triennio 2015-2017 e analizza le diverse tipologie delle deviazioni riscontrate e il relativo grado. L'analisi rappresenta un punto di partenza per assicurare il costante miglioramento della qualità degli studi clinici e delle strutture coinvolte. Le norme di

Continua

In Agenda

Aprile						
L	M	M	G	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Multimedia



Pubblicazioni

AGIRE OGGI PER.....

rapporto_gimbe_sintesi.pdf

Cerca



2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale



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

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

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

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

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

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

 **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 

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

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



#salviamoSSN

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

 **GIMBE**
EVIDENCE FOR HEALTH

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

7 Aprile 2017 Sala "Guido Fanti" viale Aldo Moro 50 Bologna



Per il Diritto alla Salute in Italia e in Europa
NO alla privatizzazione del servizio sanitario pubblico
(Tickets – Welfare Contrattuale/Mutue – Assicurazioni)

SI a più investimenti pubblici per il Servizio Sanitario Nazionale
(personale – formazione – ricerca - tecnologie)

La privatizzazione del servizio sanitario in Italia e in Emilia Romagna

(G. Trianni, Forum per il Diritto alla Salute - A.E.R.)



GRAZIE PER L'ATTENZIONE





Il **C. D. S.** – Centro di Divulgazione Scientifica “*G. Penna*”

vi invita

Sabato 13 Aprile alle ore 9.45 c/o l’Aula Magna dell’I.I.S.S. “*G. Penna*”

alla conferenza del Ciclo “Scienze di Primavera - 2019” - 4a edizione

“**CHI REGOLAMENTA LA SANITA’ IN EUROPA?**”

a cura del Prof. **Libero CIUFFREDA**

Chi regola la Sanità dei vari paesi Europei?

Chi fornisce le regole per immettere o togliere farmaci dal mercato? Su quali criteri?

Chi stabilisce se e quali vaccini saranno obbligatori?

Perché alcune cure e alcuni trattamenti sono legali in alcuni Paesi Europei e in Italia no?

Chi definisce i valori limite della tossicità delle sostanze che attentano alla nostra salute e per quale motivo a volte vengono cambiati? Chi controlla?

Lo sapevate che la Sanità Italiana è tra le migliori in Europa e funge da modello per gli altri Paesi?

Cosa potrebbe cambiare in Europa e quali scenari si apriranno per noi cittadini?

Allarme morbillo, New York dichiara l'emergenza sanitaria



La vaccinazione sarà obbligatoria nelle quattro aree più a rischio. Chi non si sottoporrà rischia una multa di mille dollari

ABBONATI A **Rep:**  

Lo leggo dopo | 09 aprile 2019



WASHINGTON - Il sindaco di New York, **Bill de Blasio**, ha dichiarato lo stato di emergenza sanitaria in tutta la città a causa dell'epidemia di **morbillo** diffusasi a Brooklyn e ha ordinato la vaccinazione obbligatoria in quattro aree più a rischio. Dal mese di settembre sono oltre 250 le persone che a New York hanno contratto il virus del morbillo, generando allarme soprattutto tra la comunità ebraica ortodossa di Williamsburg. Secondo quanto stabilito dal sindaco de Blasio tutte le persone non vaccinate di quattro aree di Brooklyn dovranno al più presto farlo, compresi i bambini oltre i sei mesi di età. Chi non si sottoporrà al vaccino rischia una multa di mille dollari. De Blasio ha anche ordinato a tutte le scuole religiose e agli asili nido della comunità ebraica ortodossa di non accettare alunni e studenti non vaccinati, pena la chiusura degli istituti.

L'emergenza riguarda anche altre zone del Paese. La scorsa settimana si sono registrati circa ottanta nuovi casi ed è salito a 465 il numero delle persone contagiate, un livello record negli ultimi vent'anni, secondo quanto annunciato dal centro sanitario di controllo e prevenzione. L'anno scorso, in



**I BISOGNI
CHE SI RINNOVANO
COSTANTEMENTE**