

CONFERENZA

DEI QUADRI ANAAO ASSOMED SUD ITALIA

LA SANITÀ AL SUD.

ALTAFIUMARA RESORT
Villa San Giovanni (RC)

27-28 ottobre
2017

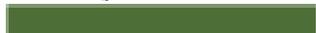
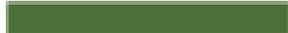
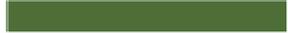
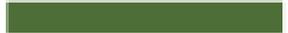
Proposte per la sanità meridionale Cosimo Nocera, *Responsabile Dipartimento Organizzativo*

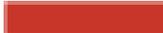
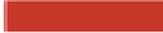
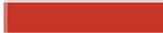
AnaaO Assomed con delega alle politiche del Sud

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE  **MEDICI DIRIGENTI**

Il bilancio del welfare regionalizzato

Le migliori e le peggiori 5 Regioni, anno 2014, valori in miliardi

	Totale entrate	Totale uscite	Tasso di copertura
Lombardia	84,58	65,82	128,50% 
Lazio	42,00	35,96	116,80% 
Trentino	8,15	6,99	116,62% 
Veneto	33,95	29,41	115,43% 
Emilia Romagna	33,89	29,91	113,30% 

	Totale entrate	Totale uscite	Tasso di copertura
Calabria	6,15	10,90	56,49% 
Molise	1,22	1,90	64,21% 
Sicilia	17,10	26,38	64,80% 
Basilicata	2,13	3,28	64,92% 
Puglia	14,80	22,43	66,01% 

ONESTA' NEL RIPIORTARE I DATI!

Fonte: Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali

Corriere della Sera

Tabella 2 - Spesa pro capite (valori in € Anni 2013-2014)

Regioni	2013		2014		Δ % (2013-2014)		
	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	
Piemonte	642,1	598,5	632,0	588,4	-1,6%	-1,7%	La proposta non puo' essere che quella dell'aumento di tale spesa per tutte le regioni
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	888,5	871,9	891,8	871,7	0,4%	0,0%	
Lombardia	512,1	513,5	502,3	503,2	-1,9%	-2,0%	
Bolzano-Bozen	1.161,1	1.264,0	1.122,5	1.219,7	-3,3%	-3,5%	
Trento	793,2	817,2	787,6	809,6	-0,7%	-0,9%	
Veneto	558,3	561,4	555,2	555,7	-0,6%	-1,0%	
Friuli Venezia Giulia	772,7	712,2	762,5	700,5	-1,3%	-1,6%	
Liguria	695,9	590,4	685,0	584,4	-1,6%	-1,0%	
Emilia-Romagna	675,4	642,5	670,5	639,1	-0,7%	-0,5%	
Toscana	672,0	621,3	673,2	622,7	0,2%	0,2%	
Umbria	677,8	633,9	684,7	638,3	1,0%	0,7%	
Marche	637,2	605,4	638,3	604,5	0,2%	-0,1%	
Lazio	493,5	498,6	468,6	479,3	-5,0%	-3,9%	
Abruzzo	578,8	562,1	570,4	555,0	-1,4%	-1,3%	
Molise	632,1	602,9	619,2	589,5	-2,0%	-2,2%	
Campania	472,4	537,2	470,8	534,7	-0,3%	-0,5%	
Puglia	485,4	511,2	484,0	506,2	-0,3%	-1,0%	
Basilicata	654,1	653,0	650,3	646,7	-0,6%	-1,0%	
Calabria	603,2	629,6	584,3	609,8	-3,1%	-3,1%	
Sicilia	556,1	588,4	555,0	587,2	-0,2%	-0,2%	
Sardegna	707,9	709,0	726,0	710,5	2,6%	0,2%	
Italia	580,1	580,1	572,6	572,6	-1,3%	-1,3%	

Fonte dei dati: Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Il monitoraggio della spesa sanitaria, Settembre 2015.

Bacino (valori assoluti) di utenza per Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (I e II livello) per regione - Anni 2005, 2010, 2012

Regioni	2005	2010	2012		
Piemonte	123.393	143.560	181.569		
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	119.000	127.836	126.620		
Lombardia	178.113	175.802	215.575		
Bolzano-Bozen	115.500	206.163	168.236		
Trento	n.a.	n.a.	524.877		
Veneto	188.163	204.891	202.236		
Friuli Venezia Giulia	85.786	112.222	121.778		
Liguria	182.444	179.454	195.917		
Emilia-Romagna	106.237	244.749	188.750		
Toscana	101.631	155.598	107.876		
Umbria	123.927	150.465	147.203		
Marche	113.710	111.485	128.391		
Lazio	200.907	196.381	250.001		
Abruzzo	157.909	95.665	186.631		
Molise	110.000	106.681	104.382		
Campania	245.369	208.022	192.147		
Puglia	204.474	272.329	213.162		
Basilicata	295.000	196.198	288.781		
Calabria	206.621	182.664	115.201		
Sicilia	174.906	210.155	294.109		
Sardegna	1.732.000	272.768	181.983		
Italia	164.840	181.935	187.363		

DEA

**Situazione
drammatica in
alcune regioni**

**Rispetto DM 70
Livelli
organizzativi
essenziali**

Tabella 4 - Tasso (valori per 1.000.000) di apparecchiature TAC, TRM e PET per regione - Anni 2009, 2012

Regioni	TAC		TRM		PET	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012
Piemonte	25,0	26,5	18,5	19,7	0,2	0,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,6	46,9	31,5	46,9	0,0	0,0
Lombardia	27,2	29,2	21,3	24,6	0,6	0,5
Trentino-Alto Adige*	16,0	25,0	18,0	17,3	0,0	0,0
Veneto	20,7	23,8	24,4	27,4	0,2	0,4
Friuli Venezia Giulia	29,3	31,1	24,4	26,2	1,6	0,8
Liguria	29,1	30,0	29,7	35,1	0,0	0,0
Emilia-Romagna	21,7	23,3	17,1	17,8	0,5	0,5
Toscana	25,4	30,9	21,0	25,2	0,5	1,4
Umbria	30,2	29,3	13,4	19,2	0,0	1,1
Marche	26,8	28,5	22,3	23,3	0,0	0,7
Lazio	34,0	35,1	24,9	29,2	0,2	0,2
Abruzzo	30,0	35,0	17,2	20,6	1,0	0,0
Molise	47,0	51,1	46,8	47,9	3,1	0,0
Campania	51,3	52,2	21,2	22,7	1,2	1,6
Puglia	25,5	26,7	13,2	18,0	0,3	0,7
Basilicata	30,5	38,2	15,2	24,3	1,7	1,7
Calabria	41,3	37,8	17,4	17,9	2,0	0,5
Sicilia	39,3	42,8	22,8	29,6	1,0	1,4
Sardegna	29,3	26,2	18,6	23,8	0,0	0,6
Italia	30,6	32,5	20,8	24,1	0,6	0,7

**Troppe TAC e
Risonanze
Pochi DEA !!!!**

**HTA ED
ACQUISTI MIRATI**

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Rapporto Osservasalute 2012 per i dati riferiti all'anno 2009. Istat popolazione residente. Anno 2012. Ministero della Salute Anno 2015..

Assistiti (valori assoluti e tasso - valori per 100) ed anziani assistiti (valori percentuali e tasso - valori per 100) in Assistenza Domiciliare Integrata per regione e macroarea - Anno 2014

Regioni	Assistiti	Tassi di assistiti	Anziani assistiti	Tassi di anziani assistiti
Piemonte	38.800	0,88	86,7	3,13
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	131	0,10	83,2	0,38
Lombardia	60.328	0,60	86,6	2,42
Bolzano-Bozen	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Trento	6.303	1,17	88,5	5,01
Veneto	32.489	0,66	86,2	2,62
Friuli Venezia Giulia	5.338	0,43	86,0	1,49
Liguria	15.745	0,99	90,9	3,23
Emilia-Romagna	49.306	1,11	85,7	4,05
Toscana	26.967	0,72	89,1	2,59
Umbria	3.836	0,43	90,4	1,58
Marche	6.312	0,41	88,4	1,52
Lazio	14.868	0,25	87,8	1,07
Abruzzo	11.181	0,84	89,2	3,31
Molise	2.333	0,74	87,7	2,80
Campania	14.160	0,24	88,0	1,21
Puglia	15.869	0,39	85,0	1,61
Basilicata	2.901	0,50	88,6	2,06
Calabria	2.002	<u>0,10</u>	85,8	0,43
Sicilia	31.787	0,62	86,9	2,73
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	340.656	0,58	87,1	2,33
Nord	208.440	0,76	86,7	2,89
Centro	51.983	0,43	88,8	1,69
Sud ed Isole	80.233	0,42	87,1	1,85
n.d. = non disponibile.				

**SCARSA OFFERTA DI ASSISTENZA
DOMICILIARE**

**Integrazione Ospedale
Territorio**

Note: sono escluse dal calcolo dell'indicatore per macroarea e cumulativo nazionale le regioni e PA per le quali non sono disponibili i dati.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale Della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2014.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie ischemiche del cuore in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale e per regione. Maschi - Anni 2011-2015

Regioni	2011			2012			2013*			2014			2015		
	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410	410-414	410-411	410
Piemonte	971,2	585,4	377,3	954,2	570,3	385,8	929,4	565,1	387,7	883,4	526,2	364,1	882,8	522,9	370,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	800,2	500,2	364,6	799,2	512,5	356,7	788,7	472,3	371,0	752,4	434,4	364,0	732,0	423,4	342,5
Lombardia	1.040,9	578,2	427,9	1.009,3	554,9	416,6	964,8	525,6	398,3	928,7	507,8	389,4	912,7	494,3	388,9
Bolzano-Bozen	721,3	435,9	299,1	709,8	423,2	302,4	705,1	417,2	327,5	654,6	380,5	286,0	578,0	347,6	273,0
Trento	1.039,5	528,4	382,9	1.027,7	514,6	368,9	1.057,8	531,0	378,0	975,4	446,7	332,4	1.008,3	499,8	358,4
Veneto	745,3	433,5	290,4	735,2	422,1	286,3	715,8	411,9	279,0	696,2	404,3	263,8	694,8	404,9	280,1
Friuli Venezia Giulia	812,0	544,6	354,8	797,1	532,3	371,9	775,4	516,5	364,5	710,9	480,9	347,4	669,0	453,5	339,2
Liguria	742,0	506,0	341,9	730,3	497,3	341,0	703,5	468,9	321,4	655,1	450,9	311,4	626,1	436,3	306,9
Emilia-Romagna	928,9	608,2	439,1	889,0	586,2	441,4	834,7	538,8	413,1	807,5	524,4	404,0	779,7	497,5	382,7
Toscana	930,2	574,4	400,8	895,4	573,1	405,6	835,5	526,7	387,4	819,1	513,0	371,8	767,1	486,4	360,1
Umbria	867,2	443,9	365,8	869,6	439,1	369,1	840,4	446,7	368,1	834,6	451,3	374,5	825,8	466,7	387,6
Marche	932,3	572,4	424,6	895,8	534,4	393,8	866,5	546,2	427,0	832,8	514,7	404,8	783,7	483,4	387,8
Lazio	962,2	502,6	360,0	981,0	489,3	360,6	922,1	484,1	362,7	886,3	475,3	350,6	870,3	486,1	359,8
Abruzzo	930,7	587,4	406,4	900,0	580,9	403,1	856,6	549,8	370,4	817,1	538,2	354,7	830,5	528,1	367,5
Molise	1.055,9	522,3	315,8	1.074,5	593,7	357,3	1.024,2	496,9	237,3	1.005,2	402,4	189,1	898,3	417,0	208,3
Campania	1.331,2	670,2	454,3	1.290,4	669,3	470,6	1.250,1	629,5	460,3	1.193,5	611,8	445,1	1.151,1	589,7	435,1
Puglia	1120,2	563,7	343,2	1.077,2	562,6	370,7	1.083,9	558,5	375,0	1.011,4	529,9	353,0	972,1	503,5	357,9
Basilicata	995,0	557,5	352,6	912,3	499,8	344,9	951,1	542,6	399,6	941,8	558,1	432,8	885,4	505,5	397,7
Calabria	1.167,1	769,5	419,7	1.100,3	726,4	407,8	1.024,8	673,9	408,9	1.006,4	674,3	414,7	1.027,3	696,3	435,8
Sicilia	1.161,2	774,2	498,7	1.111,2	728,9	472,5	1.073,1	711,7	472,0	1.002,6	672,2	454,8	970,4	642,8	453,3
Sardegna	733,3	469,3	336,6	670,0	420,5	302,3	666,8	424,9	320,8	634,1	406,2	310,6	628,3	419,8	327,0
Italia	996,9	580,9	396,8	968,3	563,2	395,1	932,5	542,1	388,0	892,4	521,8	374,5	869,8	509,4	374,5

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2016.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per malattie ischemiche del cuore per regione. Maschi - Anno 2013

Regioni	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std					
Piemonte	2,98	8,45	19,22	85,49	10,97					
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,96	14,63	27,69	94,35	12,87					DIFFERENZA TRA TASSO DI RICOVERO E MORTALITA
Lombardia	2,67	7,02	17,92	94,74	11,65					
Bolzano-Bozen	2,43	8,71	23,91	90,50	11,62					
Trento	1,91	4,84	18,96	129,43	13,65					
Veneto	2,17	6,73	16,04	100,73	11,63					
Friuli Venezia Giulia	2,57	8,01	20,67	116,85	13,57					
Liguria	3,25	7,62	16,94	108,24	12,27					
Emilia-Romagna	2,05	7,77	19,07	103,82	11,83					
Toscana	1,66	6,51	17,84	98,69	11,18					
Umbria	2,62	6,64	21,31	132,17	14,23					
Marche	1,81	5,95	18,81	117,86	12,68					
Lazio	3,21	8,49	23,67	113,37	13,75					Reti tempo dipendenti
Abruzzo	3,84	10,32	22,19	122,92	14,46					
Molise	2,12	10,20	20,83	131,48	14,51					
Campania	4,17	10,95	27,73	131,38	16,38					
Puglia	1,47	6,17	19,40	101,23	11,68					
Basilicata	2,53	8,76	22,28	106,55	12,60					
Calabria	2,99	8,25	20,06	99,15	11,98					
Sicilia	3,32	9,64	23,92	104,64	13,03					
Sardegna	2,22	8,70	15,94	83,84	10,15					
Italia	2,70	8,00	20,18	104,52	12,47					

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, di pazienti con diabete mellito (diagnosi principale e secondaria) per genere e per regione - Anni 2013-2015

Regioni	2013*			2014			2015		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	69,22	43,67	55,08	63,19	40,13	50,33	57,50	36,64	45,90
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	106,46	64,02	83,13	103,75	62,96	81,23	97,97	58,68	76,19
Lombardia	59,15	35,25	45,76	54,98	31,82	42,02	53,58	30,40	40,61
Bolzano-Bozen	57,43	40,79	48,45	50,66	39,64	44,84	50,21	36,83	43,03
Trento	77,15	55,97	65,56	77,14	53,30	63,73	64,51	45,56	53,87
Veneto	51,68	30,88	40,11	51,94	31,06	40,38	50,97	30,44	39,65
Friuli Venezia Giulia	89,45	49,13	66,76	86,07	45,10	62,85	77,59	42,38	57,73
Liguria	78,39	50,65	62,81	75,58	47,12	59,65	73,61	46,82	58,60
Emilia-Romagna	86,85	54,29	68,76	82,85	51,56	65,50	79,37	48,82	62,47
Toscana	78,92	50,59	63,08	76,44	49,65	61,48	75,42	46,93	59,55
Umbria	82,30	52,53	65,88	75,33	47,72	60,10	71,48	45,70	57,27
Marche	87,06	52,17	67,82	82,14	49,71	64,27	80,46	48,31	62,84
Lazio	104,49	66,68	83,45	98,43	61,93	78,03	92,80	58,70	73,85
Abruzzo	103,16	65,96	83,16	98,53	63,65	79,68	91,68	58,51	73,78
Molise	141,77	93,37	115,99	140,40	89,23	112,88	127,04	80,21	102,00
Campania	126,57	87,85	105,51	121,52	83,02	100,58	113,44	76,92	93,55
Puglia	128,63	92,05	108,66	118,46	85,28	100,34	110,02	78,15	92,61
Basilicata	98,58	72,07	84,50	93,43	68,95	80,42	92,02	63,16	76,72
Calabria	105,40	71,94	87,67	97,66	68,18	82,12	96,76	63,46	79,06
Sicilia	123,09	82,99	101,14	103,56	70,36	85,39	97,05	64,07	78,94
Sardegna	94,31	63,28	77,31	90,44	59,34	73,36	85,20	56,78	69,61
Italia	89,14	57,72	71,79	83,35	53,63	66,94	79,07	50,24	63,17

*La popolazione di riferimento è la popolazione residente al 1 gennaio 2013.

ALTA MORBILITA ALTA MORTALITA

PREVENZIONE PROMOZIONE STILI DI VITA SANI

Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per diabete mellito per regione. Maschi - Anni 2012-2013

Regioni	2011					2012				
	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,42	1,50	5,25	21,84	2,67	0,47	1,85	5,17	20,56	2,59
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,99	3,66	7,49	8,02	1,99	0,00	2,44	2,92	11,55	1,59
Lombardia	0,23	1,47	4,45	17,88	2,24	0,43	1,38	3,66	18,26	2,20
Trentino-Alto Adige*	0,62	1,01	3,12	11,11	1,53	0,12	1,32	2,64	16,04	1,76
Veneto	0,31	1,86	5,96	21,48	2,69	0,50	2,01	5,83	20,17	2,68
Friuli Venezia Giulia	0,85	2,32	5,92	18,29	2,55	0,41	1,81	5,96	22,56	2,76
Liguria	0,33	2,11	7,07	27,11	3,30	0,57	2,51	5,93	25,31	3,10
Emilia-Romagna	0,45	2,00	5,67	22,61	2,75	0,38	2,10	4,73	19,82	2,46
Toscana	0,29	2,03	4,95	25,18	2,90	0,46	1,23	6,26	22,56	2,75
Umbria	0,79	2,58	5,81	21,03	2,68	1,08	1,85	4,01	18,88	2,35
Marche	0,09	1,61	5,14	19,81	2,37	0,34	1,70	4,32	20,70	2,39
Lazio	0,55	2,18	6,01	28,94	3,44	0,41	2,18	6,89	26,40	3,31
Abruzzo	0,73	2,09	7,63	26,46	3,32	0,30	2,31	6,84	25,47	3,14
Molise	1,30	2,45	7,37	23,83	3,23	0,00	3,89	8,46	31,24	3,97
Campania	0,76	3,54	9,87	37,47	4,72	0,81	3,46	9,96	40,21	5,04
Puglia	0,49	2,54	6,51	34,32	3,99	0,51	1,74	7,28	32,66	3,82
Basilicata	0,23	2,22	5,89	31,90	3,61	0,46	3,56	7,30	31,67	3,93
Calabria	0,94	3,50	10,4	34,39	4,53	1,00	3,22	9,64	33,84	4,37
Sicilia	0,87	3,21	11,01	46,08	5,50	0,85	3,08	9,49	41,05	4,97
Sardegna	0,47	1,57	5,57	19,98	2,60	0,54	2,17	4,57	19,63	2,46
Italia	0,49	2,19	6,43	26,46	3,24	0,53	2,14	6,17	25,40	3,13

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

Fonte dei dati: Istat. Health For All-Italia. Anno 2016.

Tabella 1 - **Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per regione. Maschi - Anni 2003-2014**

Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	148,0	134,4	137,5	131,8	130,0	128,8	126,9	121,9	119,5	118,8	114,5	109,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	155,0	137,0	153,1	135,7	141,9	124,4	132,2	128,4	122,9	108,0	111,7	109,7
Lombardia	146,7	132,3	133,0	126,5	125,1	124,6	122,6	119,0	113,6	114,7	108,8	104,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>135,8</i>	<i>126,0</i>	<i>122,4</i>	<i>118,3</i>	<i>114,9</i>	<i>122,4</i>	<i>109,9</i>	<i>108,3</i>	<i>104,6</i>	<i>105,6</i>	<i>101,6</i>	<i>99,7</i>
<i>Trento</i>	<i>140,6</i>	<i>129,5</i>	<i>125,6</i>	<i>126,1</i>	<i>121,2</i>	<i>121,3</i>	<i>118,7</i>	<i>114,5</i>	<i>108,2</i>	<i>104,1</i>	<i>105,4</i>	<i>99,9</i>
Veneto	135,6	128,0	127,7	121,6	121,7	122,6	118,6	117,3	113,8	114,9	108,6	105,5
Friuli Venezia Giulia	148,9	134,7	131,4	126,5	121,4	127,2	124,3	120,1	118,3	117,7	113,2	105,8
Liguria	142,2	130,1	131,5	127,5	125,6	125,3	125,6	120,2	120,0	117,4	115,2	107,5
Emilia-Romagna	135,4	123,7	123,1	119,6	118,5	118,3	116,2	112,6	109,9	112,1	104,8	103,0
Toscana	133,5	123,0	125,8	119,6	120,0	120,8	117,9	114,1	112,0	113,1	107,2	102,8
Umbria	131,7	122,9	131,2	119,3	119,5	120,7	114,3	115,1	110,0	114,0	106,7	101,6
Marche	128,7	117,3	117,5	115,1	115,1	114,7	112,2	109,1	107,7	109,1	105,5	102,7
Lazio	144,4	132,5	132,3	127,9	127,1	126,0	124,4	123,0	119,1	115,9	109,3	108,6
Abruzzo	134,2	128,4	127,5	120,6	121,9	119,7	120,8	120,0	117,9	113,5	110,7	108,2
Molise	127,8	131,6	134,1	124,8	119,2	126,9	114,0	114,2	116,7	112,0	108,1	110,7
Campania	156,4	142,5	147,3	139,3	140,7	138,6	138,5	134,6	132,6	130,0	127,7	122,2
Puglia	137,5	124,4	126,5	121,9	124,5	120,4	116,8	114,8	114,9	115,0	108,1	106,4
Basilicata	132,2	124,6	128,9	126,8	122,1	118,6	119,9	113,9	116,2	114,1	111,4	109,0
Calabria	131,6	125,0	129,9	122,2	123,9	123,0	123,8	119,1	115,0	114,5	110,8	110,5
Sicilia	144,6	132,8	135,8	130,2	132,4	130,4	130,4	123,6	124,6	124,4	117,1	114,8
Sardegna	138,5	126,7	128,3	123,1	119,0	118,2	121,3	113,6	115,2	116,4	110,0	106,0
Italia	141,4	129,8	131,3	125,7	125,3	124,6	122,8	119,2	116,9	116,6	111,2	107,8

Piano
Marshall
per le
regioni
del SUD

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anni vari.

**I sistemi di finanziamento:
strumenti per governare i comportamenti
degli erogatori di prestazioni sanitarie?**



Ricerca del CERGAS Bocconi per il Gruppo Merceologico Sanità
di Assolombarda

Rapporto di ricerca



PIANI DI RIENTRO E
COMMISSARIAMENTI

Affiancamento

```
graph LR; A[Affiancamento] --> B[Piano di Rientro]; B --> C[Collaborazione Virtuosa];
```

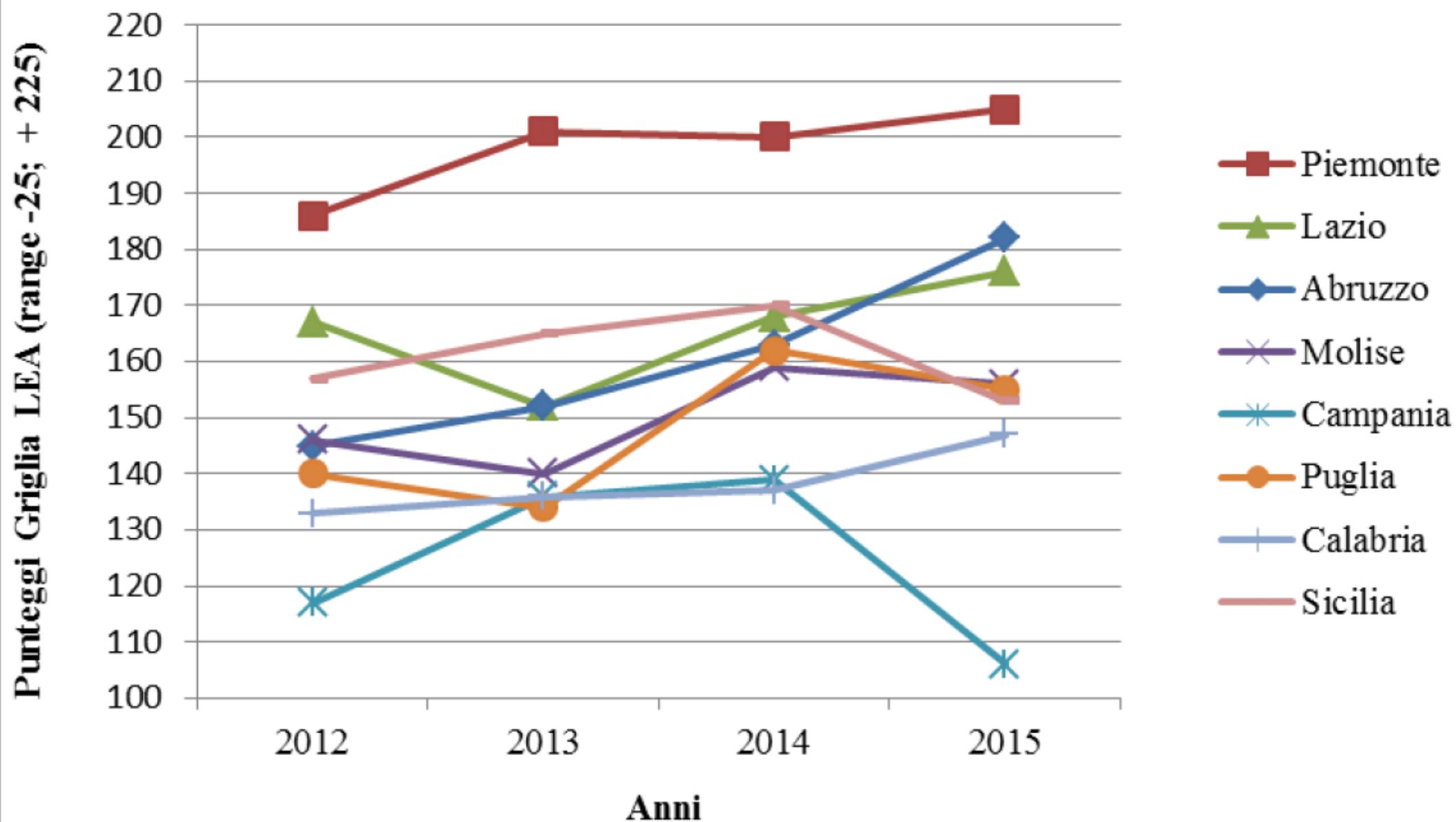
Piano di Rientro

**Collaborazione
Virtuosa**

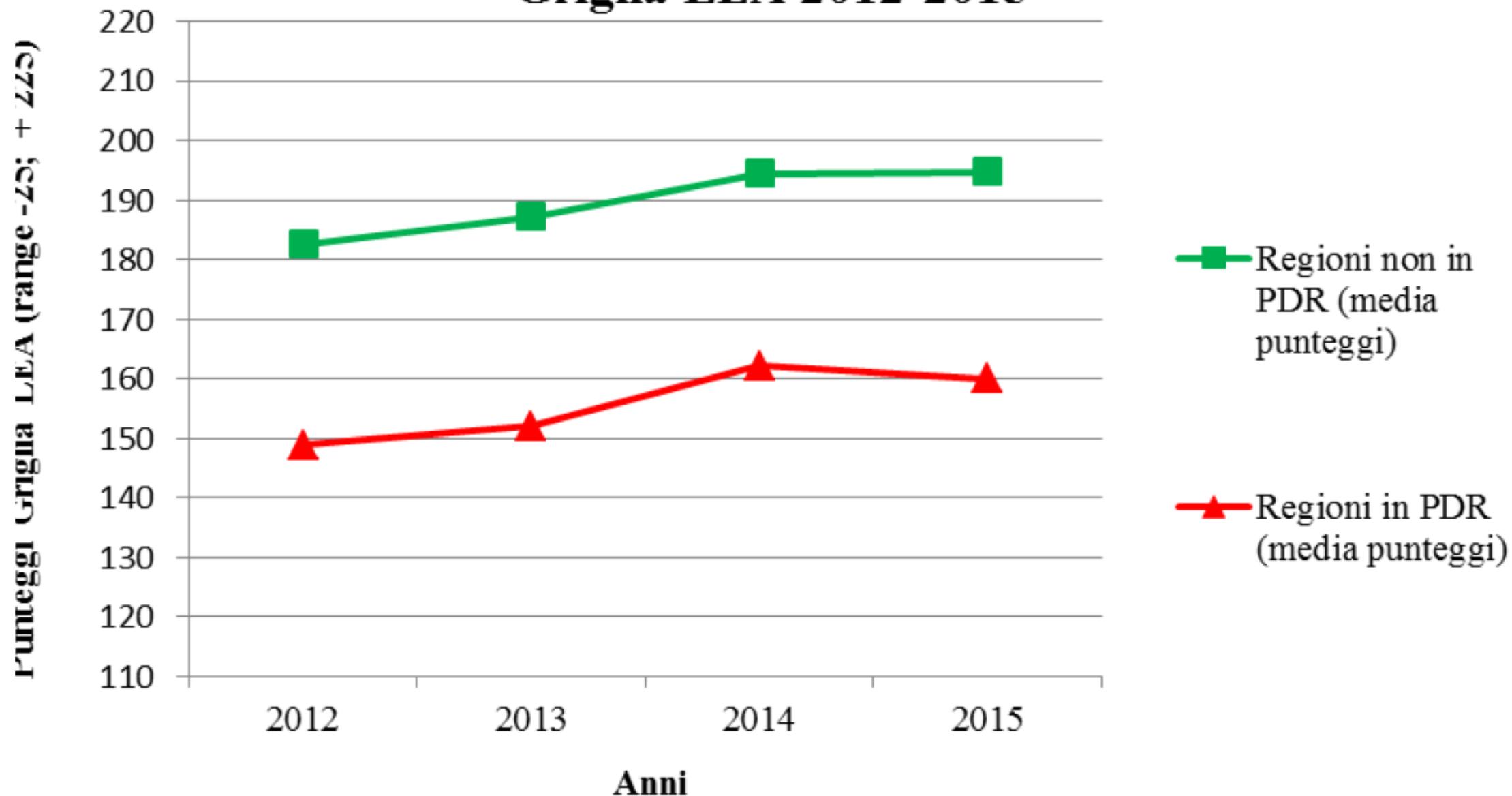
per recuperare il divario con la sanità del Nord, occorre prevedere quote premiali che registrino il trend di virtuosità e le migliori performance, per consentire di poter disporre di risorse “fresche” e certe da destinare allo “start up” dei processi di riorganizzazione ed efficientamento del sistema sanitario regionale, permettendo, così, investimenti per superare il gap strutturale e tecnologico (Calabrò)

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

Regioni in PdR_Punteggi Griglia LEA 2012-2015



Regioni non in PdR vs Regioni in PdR_Punteggi medi Griglia LEA 2012-2015



Sono corretti tutti gli indicatori LEA



Gli indicatori ed i pesi di riferimento sono stati così ripartiti:

Livello di assistenza	Dimensioni del livello di assistenza	Indicatori	Peso complessivo del livello di assistenza
Assistenza collettiva	6	13	5
Assistenza distrettuale	9	14	10,9
Assistenza ospedaliera	5	8	9,1
Totale	20	35	25



**ANALISI DEI
BISOGNI DI
SALUTE**

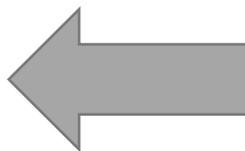


**VALUTAZIONE
DEGLI ESITI**



**VALUTAZIONE
CORRETTA
PERFORMANCE
DEI SISTEMI
SANITARI
REGIONALI**

GIUDIZIO



INVESTIMENTI

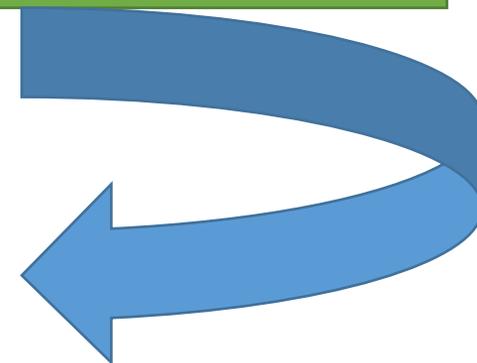


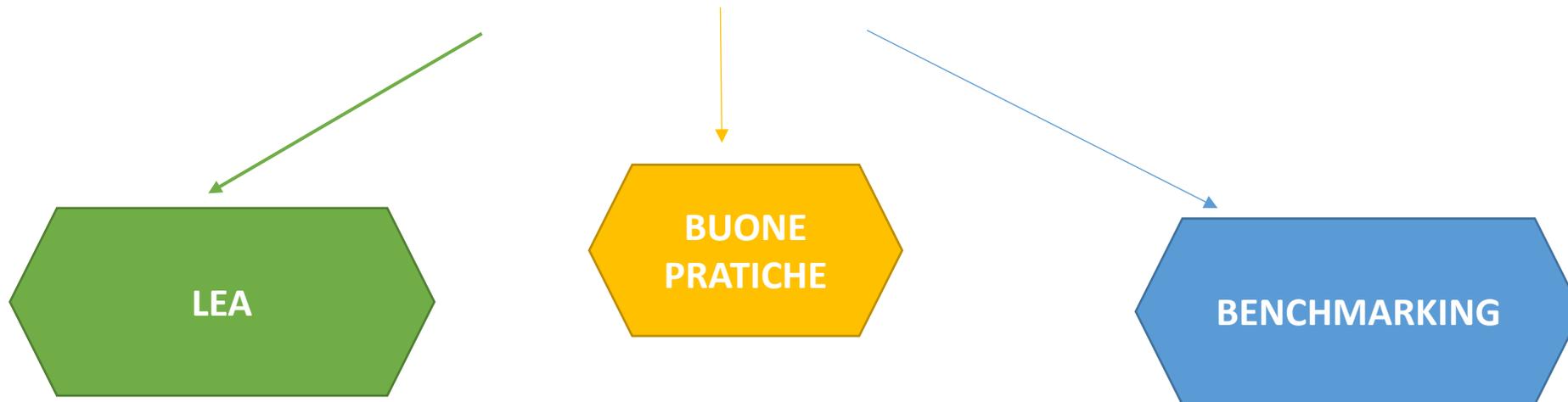
Tabella 1. Riparto 2012: livelli di assistenza considerati, criteri di pesatura adottati, coefficienti di peso per le varie classi di età.

<i>Livello di assistenza</i>	<i>Quota FSN</i>	<i>Sotto livello di assistenza</i>	<i>Quota FSN</i>	<i>Criteri di riparto</i>
Prevenzione	5%			Popolazione non pesata
Distrettuale	51%	Medicina di base	7%	Popolazione non pesata
		Farmaceutica	13,57%	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo
		Specialistica	13,3%	Popolazione pesata
		Territoriale	17,13%	Popolazione non pesata
Ospedaliera	44%			50% Popolazione non pesata; 50% Popolazione pesata

Livello di assistenza	Meno 1 anno	1-4 anni	5-14 anni	15-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	Oltre 75 anni
Specialistica	0,391	0,288	0,341	0,382	0,627	1,123	2,155	2,136
Ospedaliera	3,184	0,364	0,234	0,371	0,544	0,923	2,047	2,844

CENTRALIZZAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE E DEL CONTROLLO A LIVELLO NAZIONALE

BASTA CON 22 SISTEMI SANITARI DIVERSI!



**La telemedicina a
supporto della
domiciliarità”**

**“Persona - partecipazione e
responsabilità”**

**“Ospedali tra piani di efficientamento
e riqualificazione alla luce del DM/70”**

**“La logistica in Sanità:
occasione di innovazione,
efficienza e risparmio”**

**“La gestione della cronicità e
la presa in carico del paziente:
modelli regionali a confronto”**

**Strategie innovative per
l’acquisto e la gestione
di tecnologie e servizi
biomedicali”**

**“Europa e
Regioni: fondi
europei
per
l’innovazione
nella salute e
nel sociale”**

**Definire un
framework
per
l’implementa
zione dei
PDTA**

**Innovazione
e sostenibilità delle cure:
le proposte da SUD**

BARI | 12-13 SETTEMBRE 2017

FIERA DEL LEVANTE | NUOVO CENTRO CONGRESSI

**INGRESSO ITALO ORIENTALE
PIAZZALE VITTORIO TRIGGIANI | LUNGOMARE STARITA 4**

Questione meridionale in sanità, Anaa: «Un finanziamento straordinario per recuperare il gap»

di Rosanna Magnano

- **Un finanziamento straordinario per la sanità del Sud** - come quello a suo tempo proposto da D'alema che voleva utilizzare i soldi dell'Inail - per recuperare il gap infrastrutturale. Adottando la lezione di don Milani: **non si possono fare parti eguali tra diseguali**. Per questo la Conferenza delle Regioni deve porsi il problema di ridurre il defanziamento e il deficit strutturale della sanità del sud altrimenti non c'è salvezza neppure per quella del nord. Non si può lasciare che un terzo della popolazione resti abbandonata a se stessa perché questo compromette per tutti l'esigibilità del diritto alla salute. La classe politica nazionale insomma deve riportare il problema al centro dell'agenda politica. **Più fondi al Sud quindi, ma con un recupero di prestigio delle classi dirigenti locali. Anche attraverso forme di partenariato con altre Regioni**». Per **Costantino Troise**, segretario nazionale dell'Anaa Assomed sono queste le vie che occorre percorrere per salvare la sanità del Sud dal collasso. Una costola dell'antica questione meridionale affrontata nel corso del convegno organizzato sabato scorso a Napoli dall'Anaa Assomed: «La sanità al Sud, selfie di un diritto negato».

•

- **Le ferite aperte della sanità meridionale**
Per l'Anao i mali della sanità meridionale sono noti: **intreccio tra spesa sanitaria e attività criminose, deficit di etica della responsabilità della politica e di cultura organizzativa dei settori dirigenziali, atavica allergia alle regole, evasione fiscale e assenza di controlli.** Insomma una situazione straordinaria che richiede risposte straordinarie. E i costi standard non bastano: «Rischiano di cristallizzare il differenziale attuale non tenendo conto dei differenti punti di partenza

Perequazione economica

Investimenti

**Creazione Moderne
Reti Assistenziali**

EBM Appropriatelyzza

**Valorizzazione delle
eccellenze**

**Apertura nuovi nosocomi e
chiusura di quelli non sicuri**

Personale
Sblocco del turn over

Personale
Formazione

Personale
Condizioni di lavoro

**Nuove Regole per la mobilità
passiva**

**Patto con gli operatori per la
riduzione delle liste d'attesa**

Prevenzione



La sanità del sud

Gruppo di lavoro: Giuseppe D'Auria, Gianluigi Scaffidi, Santo Monastra,
Alessandro Falzone, Bruno Zuccarelli

Il sindacato in questo non deve tenere una posizione di retroguardia, **deve avere il coraggio di innovare, essere “trasgressivi”**, rompere gli schemi di organizzazioni e metodologie consolidate.

ROMPERE GLI SCHEMI

SFATARE I LUOGHI COMUNI

Il più pericoloso dei quali è che il gap nord sud è ormai irreversibile

RITORNO AL PASSATO

1789 Codice di S. Leucio, il cui carattere etico-egualitario (ispirato a un programma di rinnovamento sociale di stampo illuministico redatto vent'anni prima dall'allora ministro Bernardo Tanucci) appariva molto aggiornato e moderno anche nella cura degli aspetti socio-assistenziali

ROMPERE GLI SCHEMI

LA SANITA' NON DEVE AVERE UNA DELIMITAZIONE REGIONALE

I Confini debbono essere quelli delle malattie e non quelli delle carte geografiche

LA MOBILITA' PASSIVA E' IL «PROBLEMA»

Passare dalla mobilità intesa come esportazione di capitali al solidarismo sanitario virtuoso, dove condivisione delle risorse , opportunità terapeutiche ed esiti debbano far parte di un unico discorso

ROMPERE GLI SCHEMI

I CRITERI DEL RIPARTO SI STABILISCONO A COLPI DI MAGGIORANZA IN
CONFERENZA STATO REGIONI

Tali criteri debbono solo avere l'obiettivo di permettere il rispetto dei LEA

LA SALUTE E' UN COSTO E NON UN DIRITTO

Art.32 della Costituzione La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti

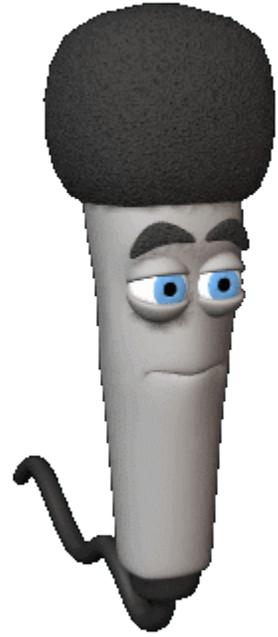
il coraggio di innovare, essere “trasgressivi”,

- **Intercettare la spesa out of the pocket con l'ingresso delle Aziende nel mercato del privato**
- **Creare Sperimentazioni Gestionali (L.502)**
- **L'ospedale è sicuro o non è un ospedale , stop quindi ai campanilismi anche quelli di natura professionale!**
- **Previsione di specifiche deroghe temporanee a leggi dello stato (ad es. DM 70) quando il loro impatto debba essere postecipato per la salvaguardia dei LEA**

**il coraggio di innovare, essere
“trasgressivi”,**

La trasgressione più grande è quella di coltivare la speranza che la sanità al Sud sia presto in grado di assicurare il diritto costituzionale a tutti.

Ed ancor più trasgressivo è volersi impegnare affinché ciò si realizzi



Le sfide però diventano sempre più globali!

- [Health Aff \(Millwood\)](#). 2017 Jan 1;36(1):159-165. doi: 10.1377/hlthaff.2016.1492.
- **Global Health: A Pivotal Moment Of Opportunity And Peril**
- Lawrence O. Gostin (gostin@law.georgetown.edu) is a professor and the faculty director at the O'Neill Institute for National and Global Health Law, Georgetown University, in Washington, D.C.
- Eric A. Friedman is project leader of the Platform for a Framework Convention on Global Health at the O'Neill Institute for National and Global Health Law, Georgetown University.
- **Abstract**
- **A growing tide of populism in Europe and the United States, combined with other factors, threatens the solidarity upon which the global health movement is based.** The highest-profile example of the turn toward populism is US president-elect Donald Trump, whose proposals would redefine US engagement in global health, development, and environmental efforts. In this challenging landscape, three influential global institutions-the United Nations, the World Health Organization, and the World Bank-are undergoing leadership transitions. **This new global health leadership** should prioritize global health security, including antimicrobial resistance, health system strengthening, and action on mass migration and climate change. They will need to work as a team, leveraging the World Health Organization's technical competence and mandate to set health norms and standards, the United Nations' political clout, and the World Bank's economic strength. **Human rights, including principles of equality, participation, and accountability**, should be their foremost guide, such as holding a United Nations special session on health inequities and advancing the Framework Convention on Global Health.



- **The need for predictable and innovative financing and high ethical standards to prevent conflicts of interest can further guide global health leaders.**

(La necessità di finanziamenti prevedibili e innovativi e di elevati standard etici per prevenire i conflitti di interesse possono guidare ulteriormente i leader globali della salute)

- **Dovremo presto passare da un convegno sulla sanità meridionale ad uno che si occupi del rischio concreto che anche nel nostro paese le scelte solo economicistiche**



- **Bisogna quindi pretendere che la sanità al SUD non sia più un diritto negato!**

Noi lo facciamo e continueremo a farlo





**Grazie a voi per l'attenzione di oggi ed a loro
per allora**