



**UNIVERSITÀ  
DI PARMA**

**La sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale: non solo economia.**

Scelte organizzative per valorizzare capacità e competenze dei professionisti.

# **Maggiori risorse per le organizzazioni sanitarie: per farne cosa?**

**Nino Cartabellotta**

Fondazione GIMBE

# Disclosure

- La Fondazione GIMBE, di cui sono Presidente, eroga attività di formazione e coaching su alcuni temi trattati dalla mia relazione
- Per la presente relazione non ho ricevuto alcun compenso



# SALVIAMO IL NOSTRO SSN



[www.salviamo-SSN.it](http://www.salviamo-SSN.it)

# Osservatorio GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale



2019



## 4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

[www.rapportogimbe.it](http://www.rapportogimbe.it)

Presentato a Roma, 11 giugno 2019  
Sala Capitolare, Chiostro del Convento  
di Santa Maria sopra Minerva  
Senato della Repubblica



#salviamoSSN

# Outline

- **Le risorse sono poche?**
- **Possiamo spenderle meglio?**
- **Riusciremo a salvare il SSN?**



# Outline

- **Le risorse sono poche?**
- Possiamo spenderle meglio?
- Riusciremo a salvare il SSN?



Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019

## Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale



Settembre 2019

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale

IL REPORT

## Fondazione Gimbe: «Saccheggianti 37 miliardi nella sanità pubblica»

Cinque richieste al nuovo Governo e in particolare al ministro della Salute, Roberto Speranza, per mettere in sicurezza il Servizio sanitario nazionale. A lanciarle è la Fondazione Gimbe, think tank di politica sanitaria che parte da un dato: i 37 miliardi di euro sottratti al Ssn tra definanziamento e tagli nel periodo 2010-2019

di Barbara Gobbi





# - € 24,706 miliardi

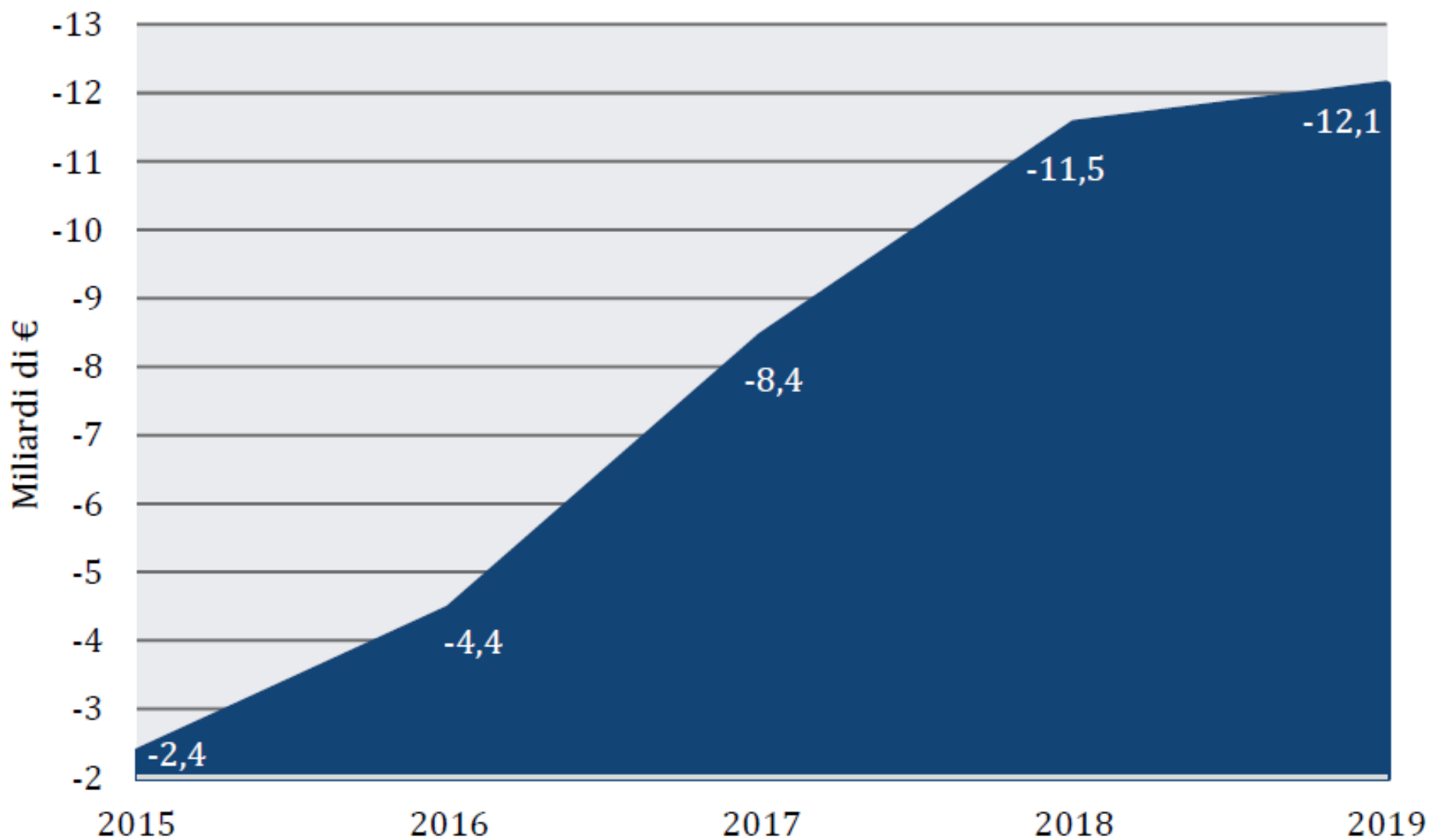
Nel **periodo 2012-2015 tagli** al SSN per quasi **25 miliardi di euro**, per esigenze di finanza pubblica e tutti al di fuori dell'Accordo Stato-Regioni

- DL 78/2010
- DL 98/2011
- Spending review
- Legge di stabilità 2013

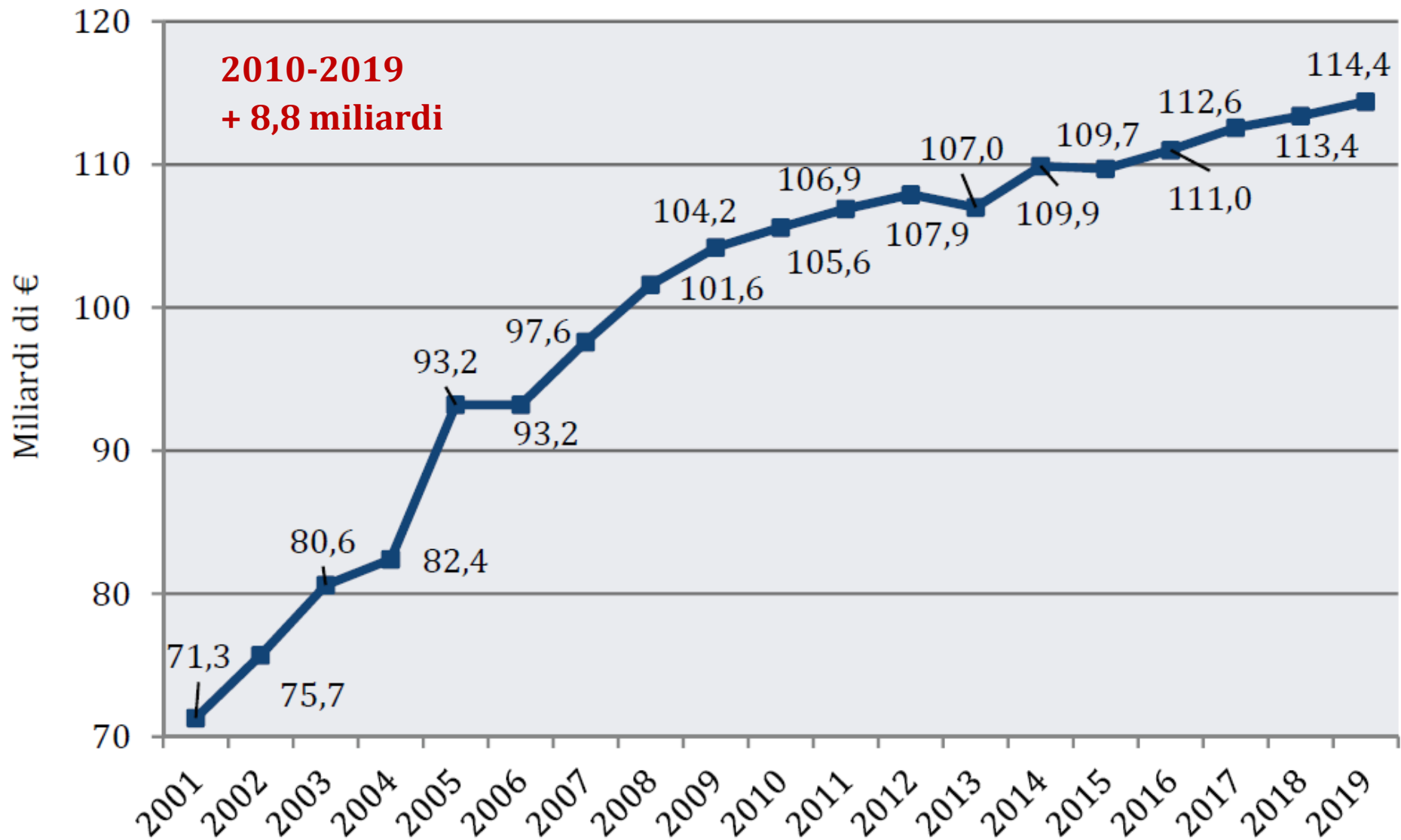


*Conferenza stampa del  
Ministro della Salute  
Prof. Renato Balduzzi  
19 dicembre 2012*

Figura 3.5. Riduzione cumulativa del finanziamento pubblico 2015-2019 (elaborazione da<sup>144</sup>)



# Figura 3.1. Finanziamento pubblico del SSN: trend 2001-2019



**Figura 3.2. Finanziamento pubblico del SSN: variazioni percentuali 2001-2019**

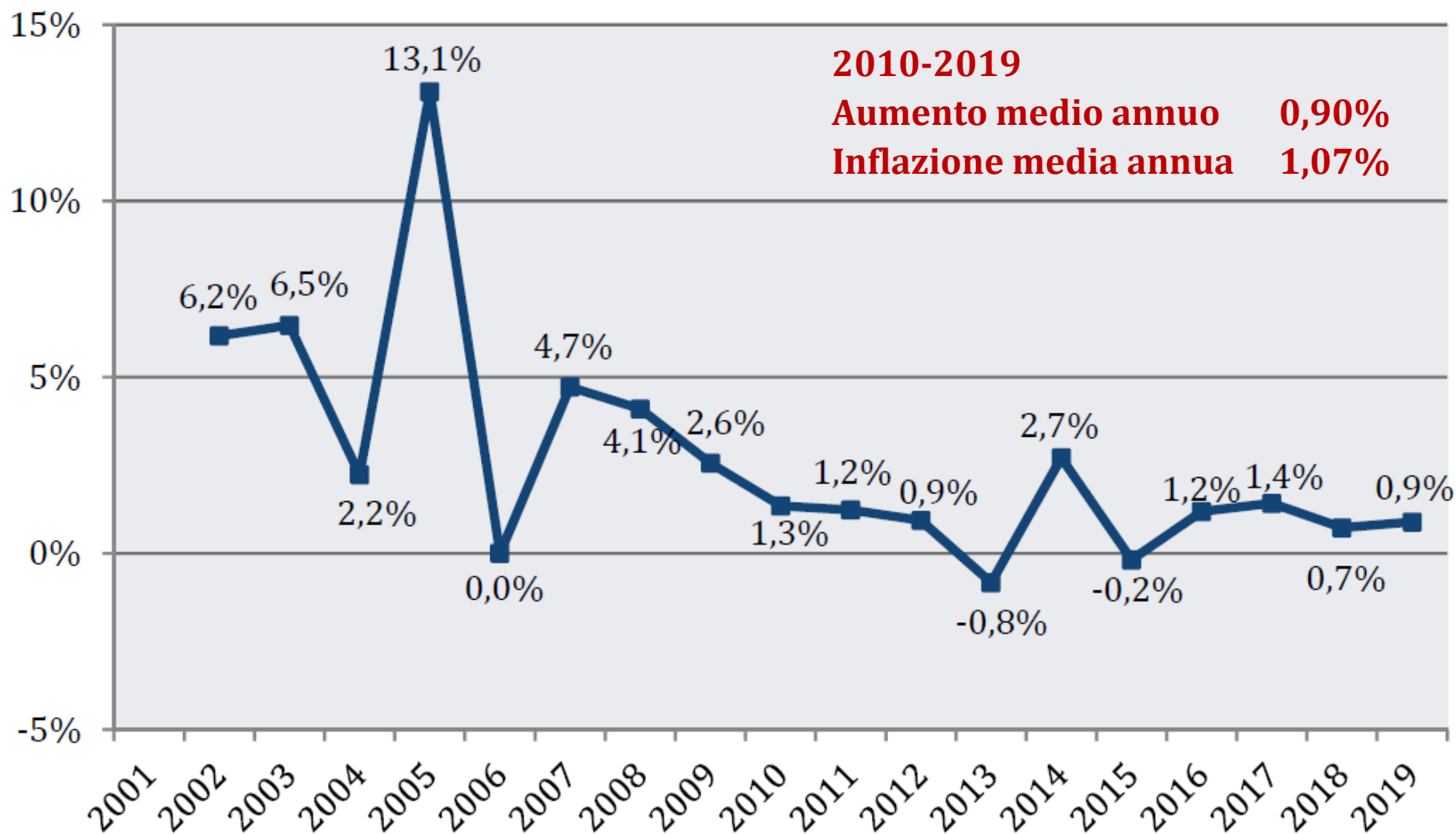
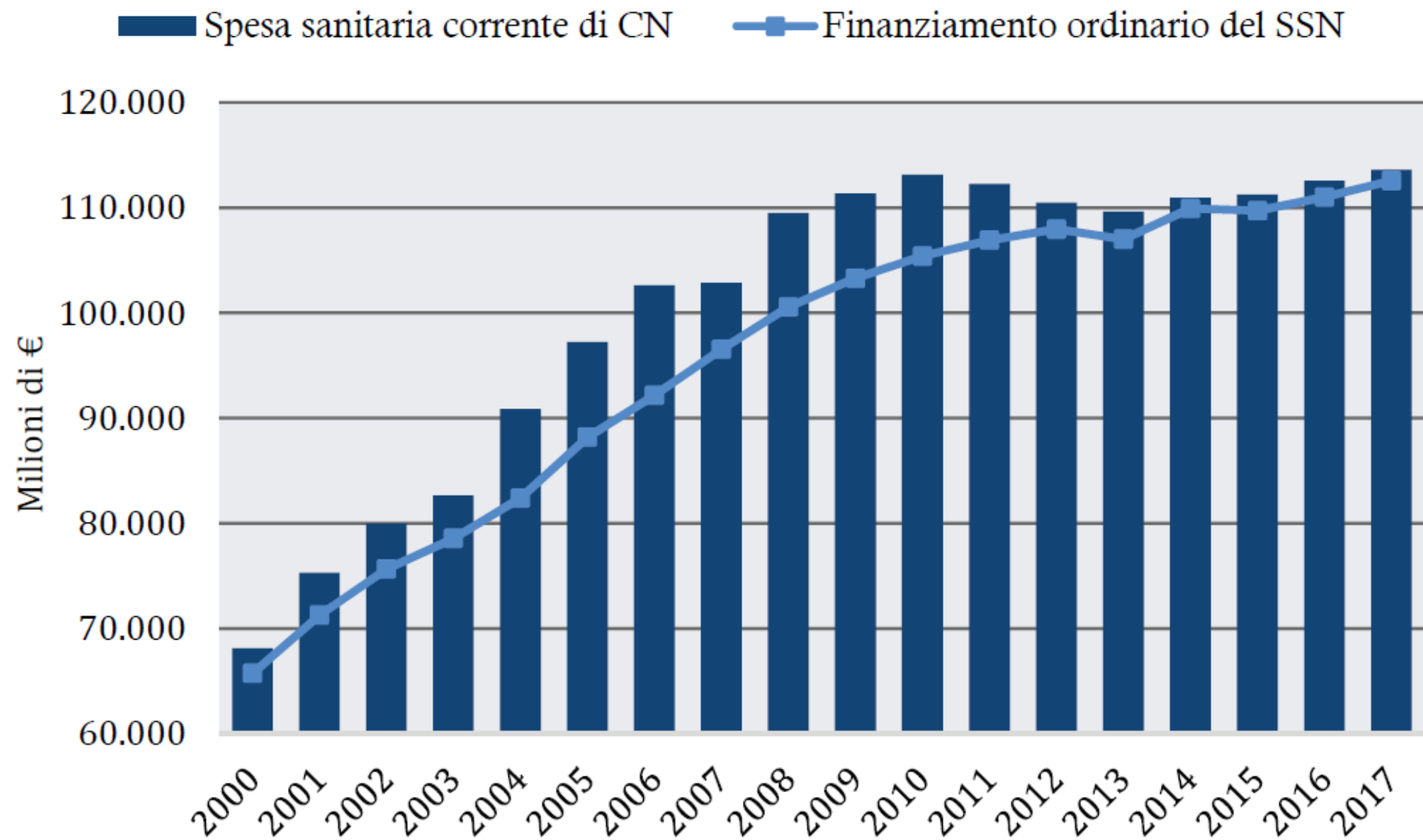


Figura 2.5. Trend spesa sanitaria corrente vs finanziamento ordinario del SSN 2000-2017 (dati da<sup>47</sup>)





## OECD Health Statistics 2019



The online database **OECD Health Statistics 2019** has been released on July 2.

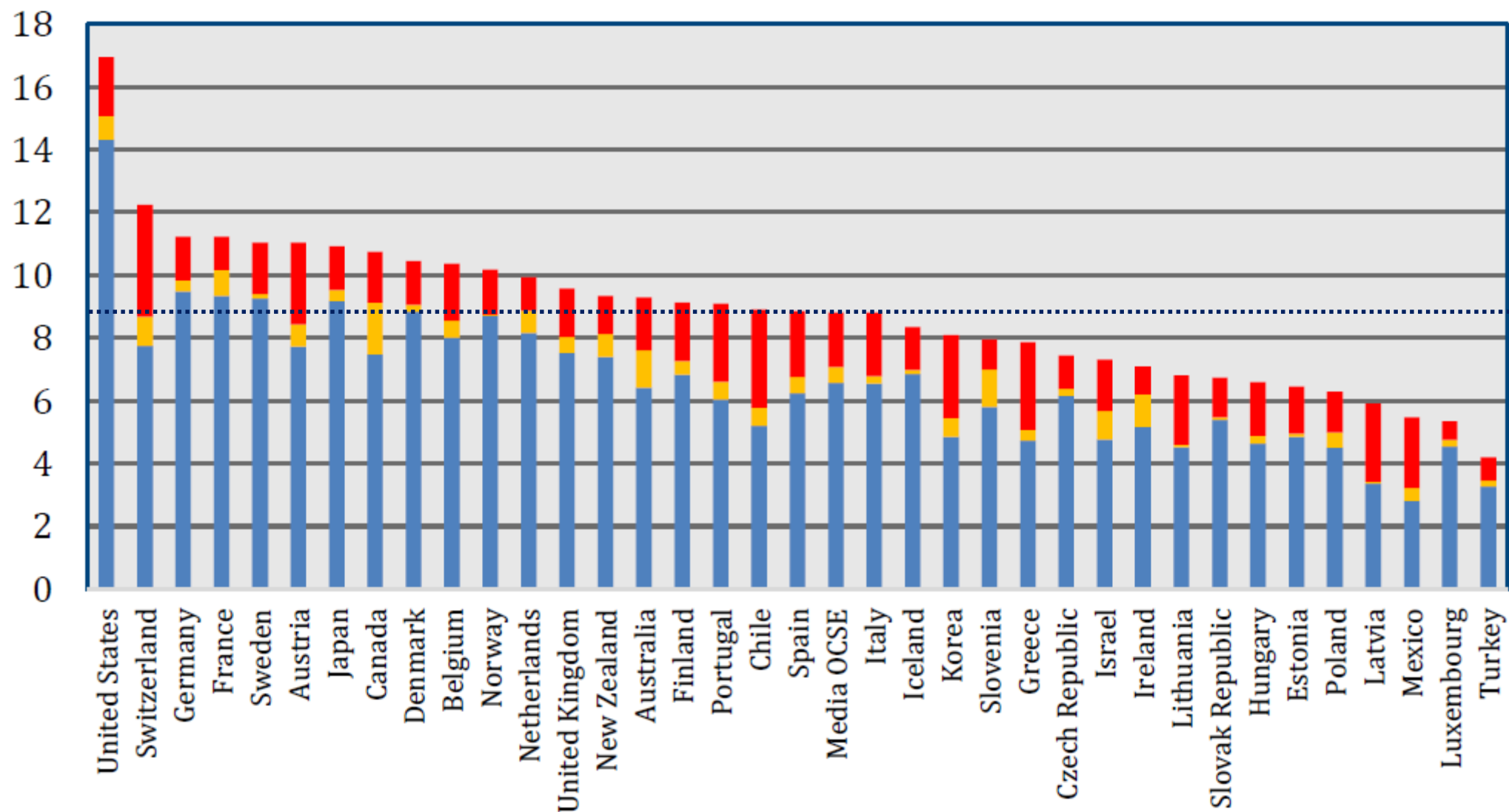
The OECD Health Database offers the most comprehensive source of comparable statistics on health and health systems across OECD countries. It is an essential tool to carry out comparative analyses and draw lessons from international comparisons of diverse health systems.

Access all datasets in the 2019 online [database](#)

Need help? Read the user's guide on [how to create tables in OECD.Stat](#)

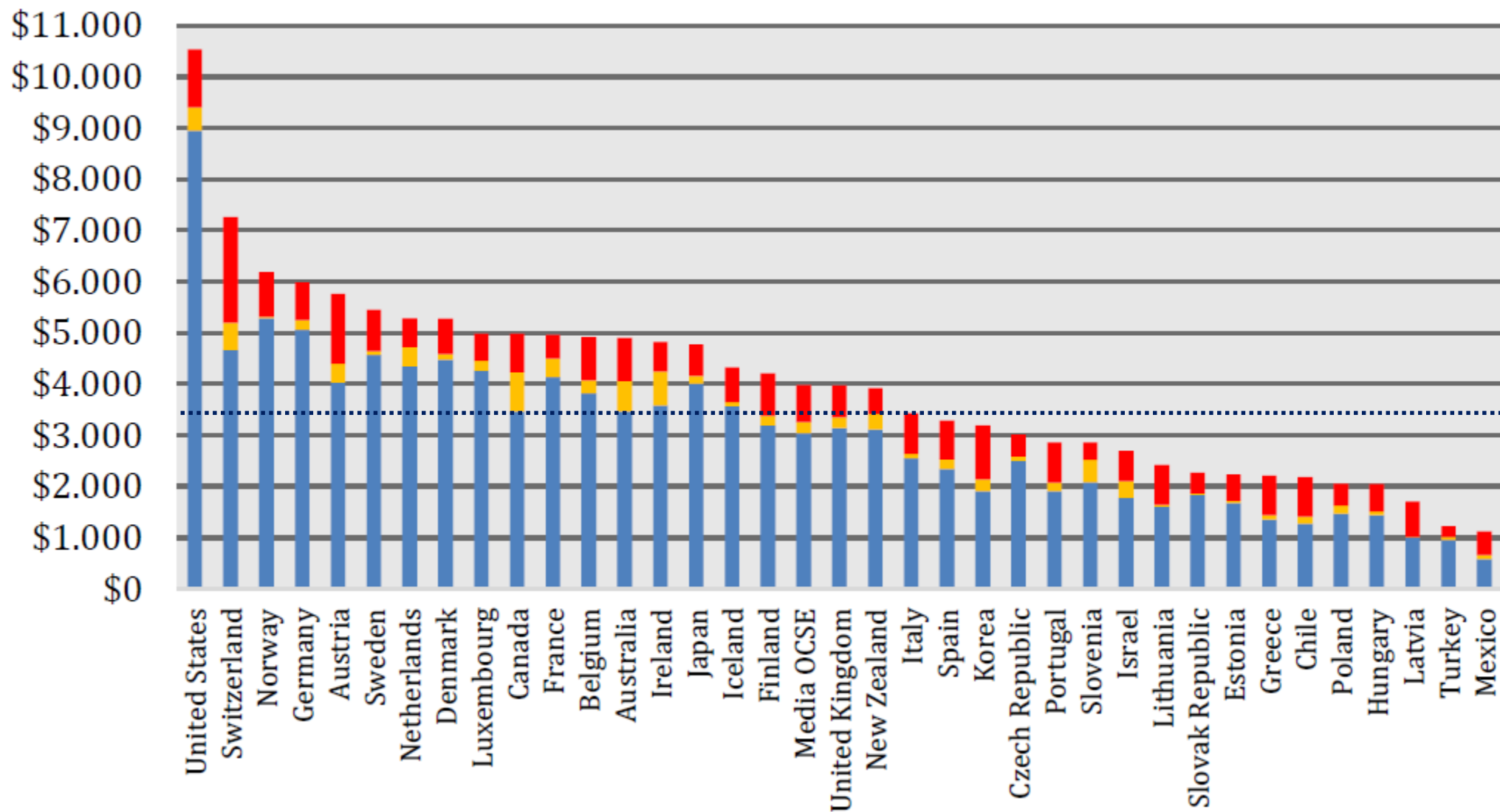
# Spesa sanitaria totale nei paesi OCSE in percentuale del PIL (anno 2018 o più recente disponibile)

■ Pubblica    ■ Intermediata    ■ Out-of-pocket



# Spesa sanitaria pro-capite nei paesi OCSE (anno 2018 o più recente disponibile)

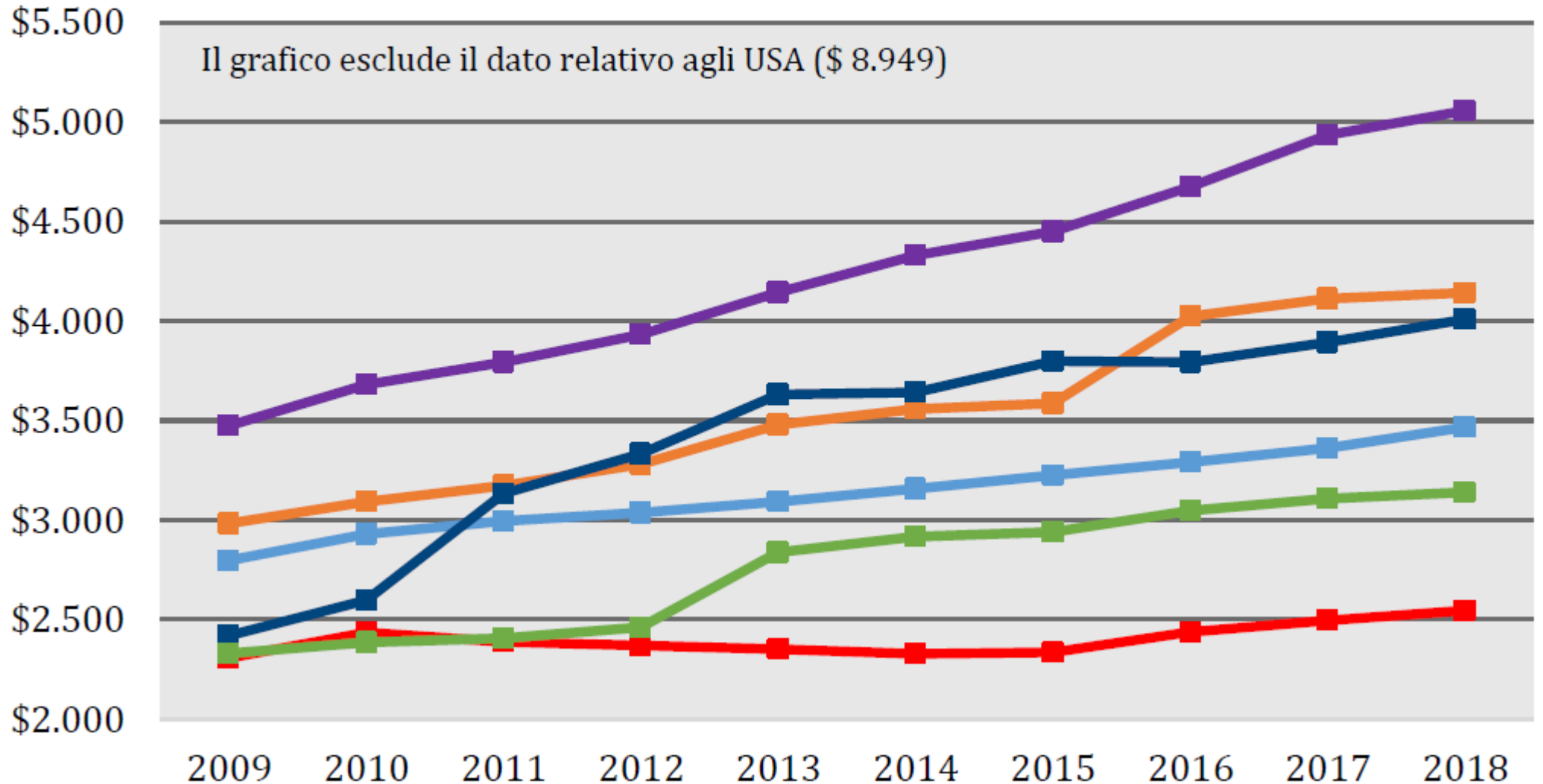
■ Pubblica    ■ Intermediata    ■ Out-of-pocket





## Trend spesa pubblica pro-capite 2000-2018 nei paesi del G7

Canada France Germany Italy Japan United Kingdom





MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE



NOTA DI AGGIORNAMENTO DEL  
**DOCUMENTO  
DI ECONOMIA  
E FINANZA 2019**

Presentata dal Presidente del Consiglio dei Ministri  
**Giuseppe Conte**

e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze  
**Roberto Gualtieri**

Deliberata il 30 settembre 2019

## Studi e Analisi

# Nadef 2019. Gimbe: “I Governi cambiano ma per sanità pubblica la musica è sempre la stessa”

“Il Governo Conte bis conferma la linea dei precedenti Esecutivi perdendo la prima vera occasione per confermare che il rafforzamento del SSN annunciato nel Programma di Governo rappresenta una reale priorità politica. Infatti, la mancata inversione di tendenza del rapporto spesa sanitaria/PIL dimostra che l'eventuale ripresa dell'economia non determinerà alcun rilancio del finanziamento pubblico della sanità nel prossimo triennio”.

[Leggi...](#)



# 2019: dal DEF alla NaDEF

Rapporto spesa sanitaria/PIL	2019	2020	2021	2022
DEF 2019	6,6%	6,6%	6,5%	6,4%
NaDEF 2019	6,6%	6,6%	6,5%	6,5%
<b>Delta</b>	0,0%	0,0%	0,0%	<b>0,1%</b>





18 dic  
2019

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | 🖨

DAL GOVERNO

S  
24

## Manovra/ Cartabellotta (Fondazione Gimbe): «Paniere molto ricco da 8,5 miliardi ma 3,5 sono appesi al Patto salute. E mancano i fondi per rinnovi contrattuali e Lea. Tutto tace sul Fsn 2022»

«Le risorse per la sanità assegnate dalla legge di Bilancio dopo il via libera al Senato superano gli 8,5 miliardi di euro dal 2020»: a quantificare le assegnazioni è la Fondazione Gimbe che passa in rassegna il «paniere molto ricco» per il Servizio sanitario nazionale. «I 3,5 miliardi di incremento del Fondo sanitario nazionale già stanziati dal precedente esecutivo - precisa però il presidente Gimbe, **Nino Cartabellotta** - non sono formalmente inclusi nella manovra ma vincolati alla stipula attesa per oggi del Patto per la salute tra Governo e Regioni».



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

**GAZZETTA**  **UFFICIALE**  
**DELLA REPUBBLICA ITALIANA**

---

*PARTE PRIMA*

Roma - Lunedì, 30 dicembre 2019

SI PUBBLICA TUTTI I  
GIORNI NON FESTIVI

---

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA  
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO  
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

---

LEGGE 27 dicembre 2019, n. 160.

**Bilancio di previsione dello Stato per l'anno  
finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio  
2020-2022.**

# Legge di Bilancio 2020

	2020	2021	2022
Fabbisogno Sanitario Nazionale standard	€ 2.000	€ 1.500	-
Eliminazione superticket	€ 185 <sup>1</sup>	€ 554	€ 554
Fondo la disabilità e non autosufficienza	€ 29	-	-
Fondo per la non autosufficienza	€ 50	€ 200	€ 300
Contratti formazione specialistica	€ 30,4	€ 35,9	€ 42,5
Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico	€ 2.000 <sup>2,3</sup>		

Dati in milioni di €

<sup>1</sup>A partire dal 1 settembre 2019

<sup>2</sup>Includono € 235,8 milioni destinati alle apparecchiature di MMG e PLS

<sup>3</sup>Ripartiti nel periodo 2021-2032

# Outline

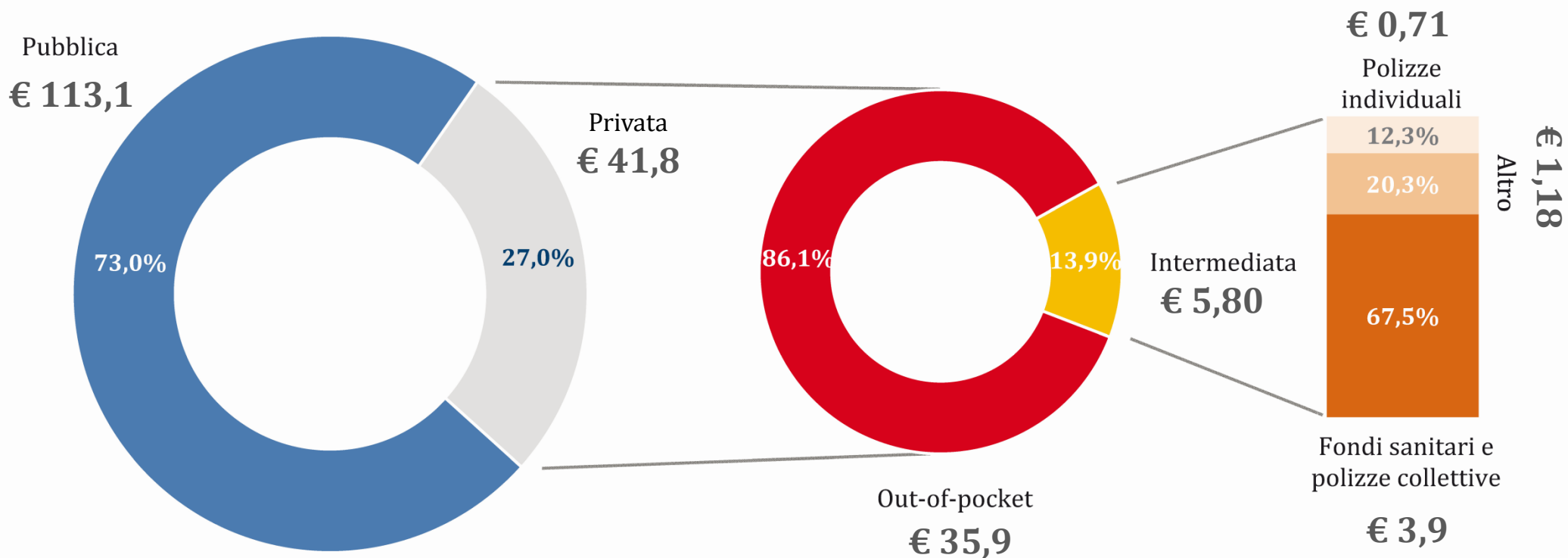
- Le risorse sono poche?
- **Possiamo spenderle meglio?**
- Riusciremo a salvare il SSN?





# Spesa sanitaria 2017

€ 154,9 mld



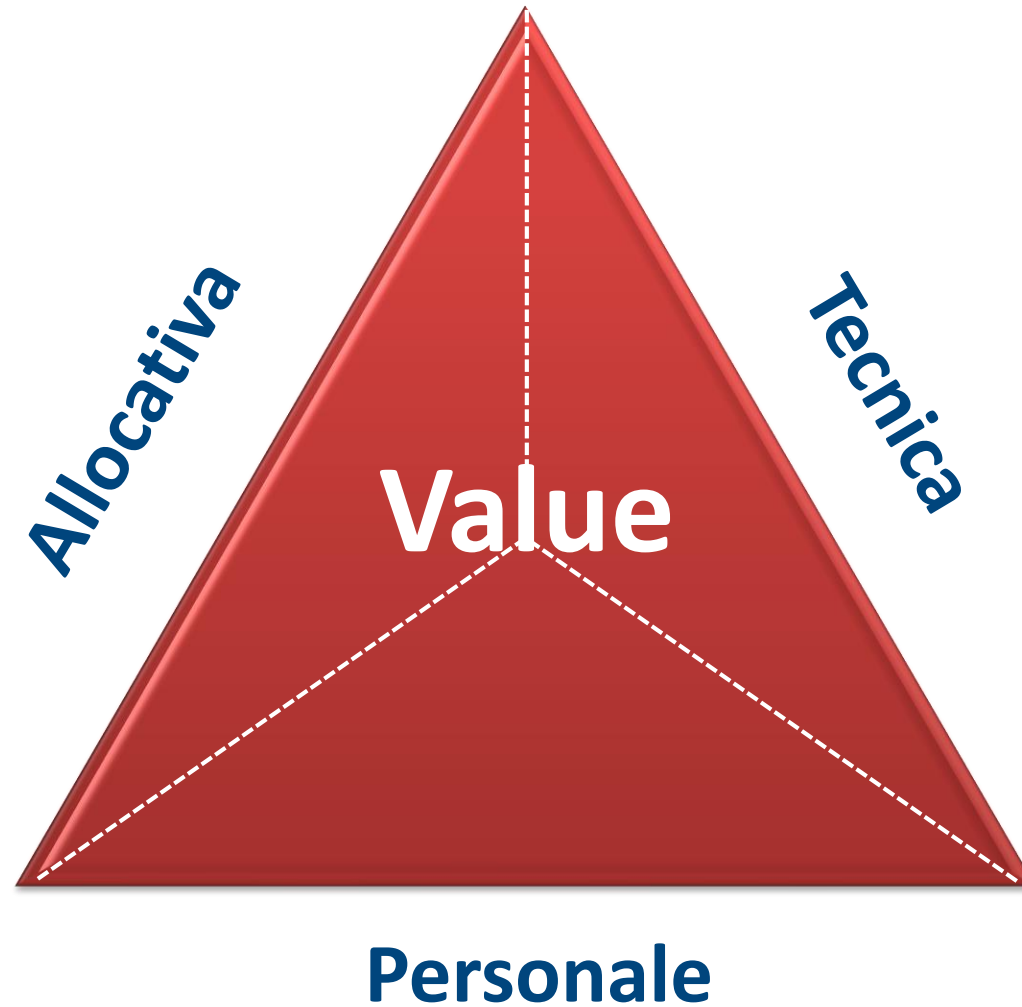
# What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

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

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

# Triple Value

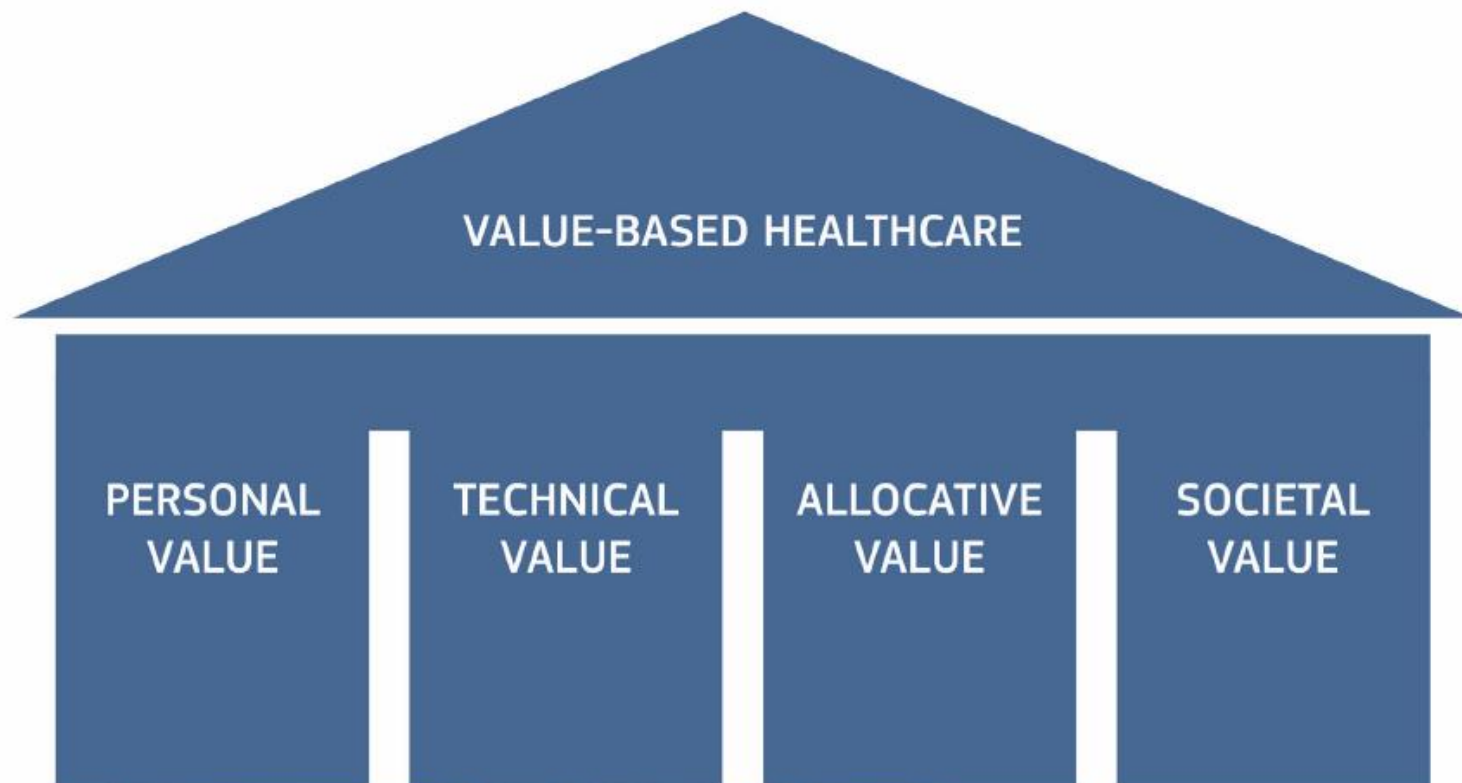




# DEFINING VALUE IN “VALUE-BASED HEALTHCARE”

Report of the  
**Expert Panel on effective ways of  
investing in Health (EXPH)**

26 June 2019



The EXPH therefore proposes to define "value-based healthcare (VBHC)" as a **comprehensive concept** built on four value-pillars: appropriate care to achieve patients' personal goals (**personal value**), achievement of best possible outcomes with available resources (**technical value**), equitable resource distribution across all patient groups (**allocative value**) and contribution of healthcare to social participation and connectedness (**societal value**).

# Cosa riduce il *value for money* della spesa sanità?

- sottrazione indebita di risorse
- Costi di acquisto superiori al valore del prodotto
- Inefficienze amministrative
- Bassa produttività
- Inadeguato coordinamento tra setting di cura
- erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati, dal *value* basso o negativo
- Mancata erogazione di interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato *value*

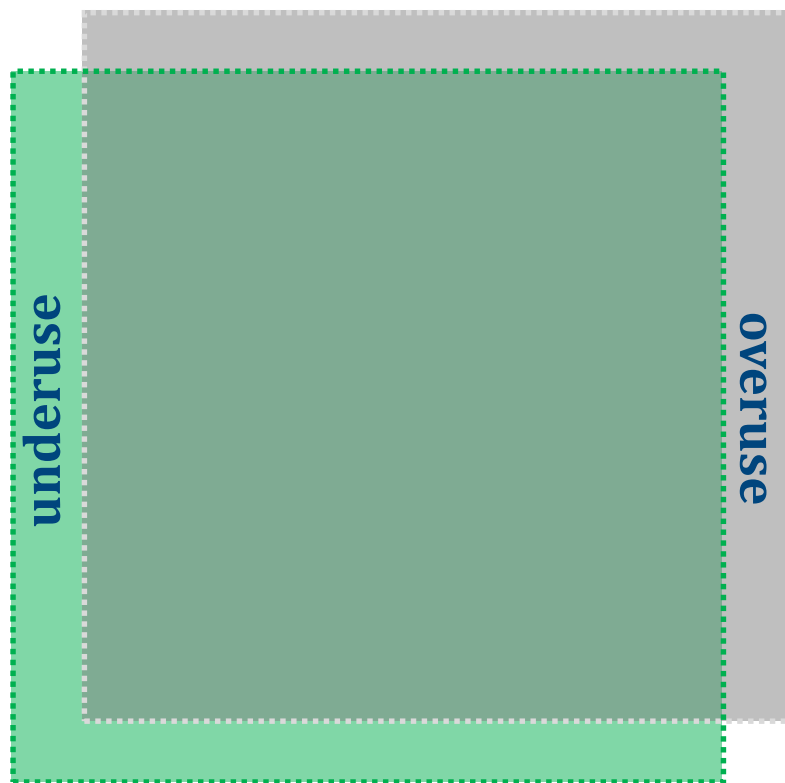


# Value for money della spesa sanitaria

- **No value expenditure:** non traducendosi in servizi e prestazioni non ha alcun impatto sugli esiti di salute
- **Negative value expenditure:** servizi e prestazioni sanitarie che peggiorano gli esiti di salute e, a cascata, generano ulteriori costi
- **Low value expenditure:** servizi e prestazioni sanitarie che, rispetto al costo, determinano benefici marginali o nulli sugli esiti di salute o hanno un profilo rischio-beneficio non noto
- **High value expenditure:** servizi e prestazioni sanitarie che, rispetto al costo, determinano benefici rilevanti in termini di salute



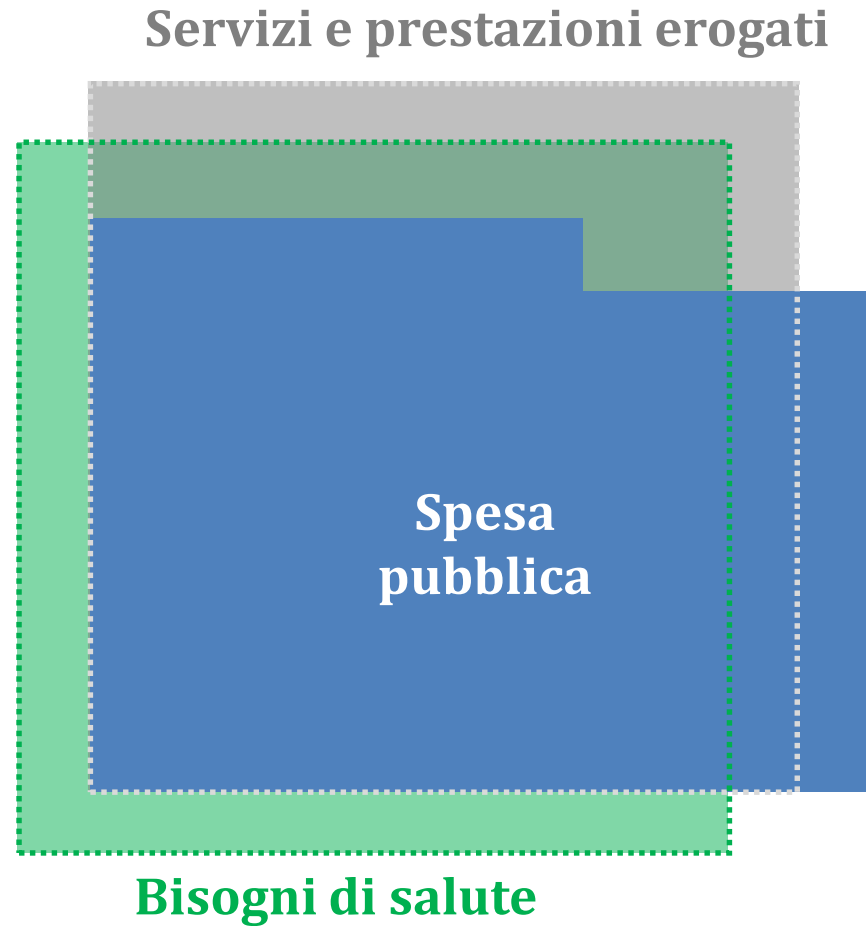
Servizi e prestazioni erogati



Bisogni di salute

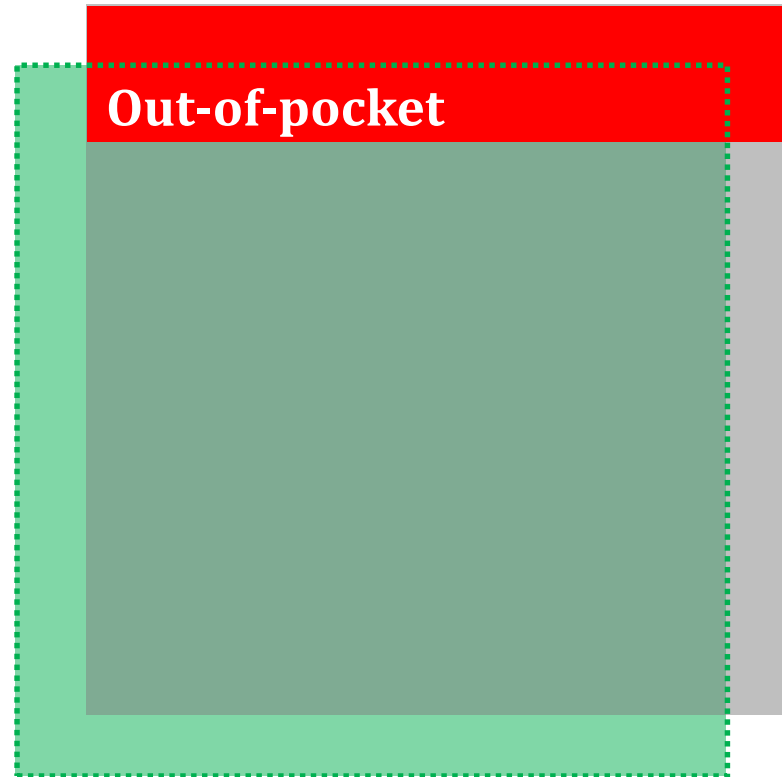


€ 113,1 miliardi



€ 35,9 miliardi

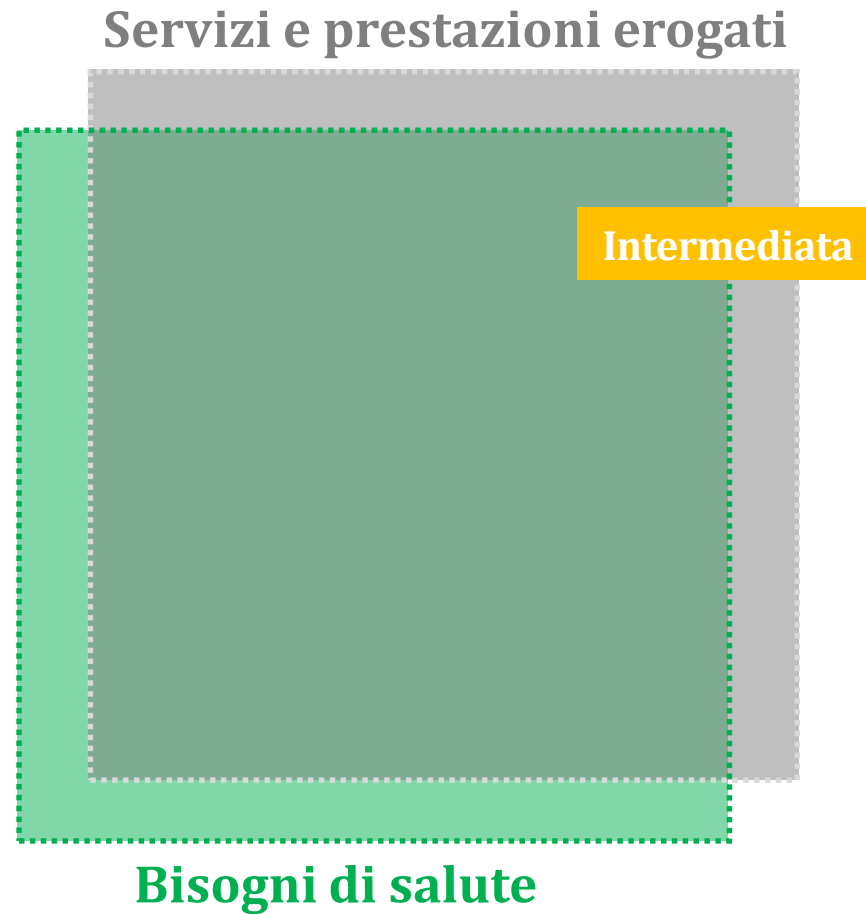
Servizi e prestazioni erogati



Out-of-pocket

Bisogni di salute

€ 5,8 miliardi



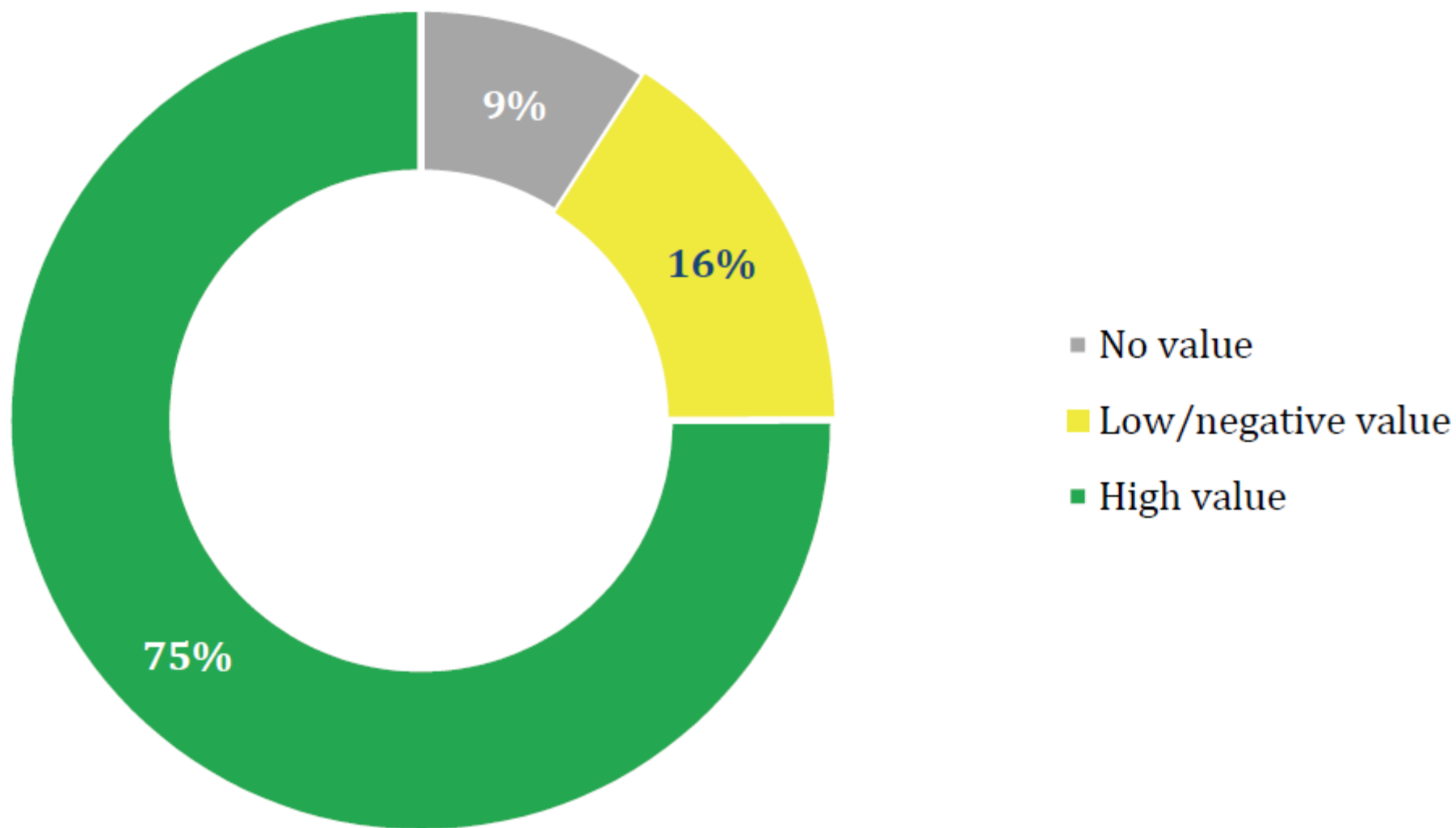
**Tabella 2.14. Value for money della spesa sanitaria, valori assoluti (anno 2017)**

<b>Spesa sanitaria 2017</b>		<i>No value</i>	<i>Low/negative value</i>	<i>High value</i>
Pubblica	€ 113.131	€ 11.822	€ 9.673	€ 91.636
Out-of-pocket	€ 35.989	€ 0	€ 14.075	€ 21.914
Intermediata	€ 5.800	€ 2.320	€ 812	€ 2.668
<b>Totale</b>	<b>€ 154.920</b>	<b>€ 14.142</b>	<b>€ 24.560</b>	<b>€ 116.218</b>

**Tabella 2.13. Value for money della spesa sanitaria, valori percentuali (anno 2017)**

<b>Spesa sanitaria</b>	<i>No value</i>	<i>Low/negative value</i>	<i>High value</i>
Pubblica	10%	9%	81%
Out-of-pocket	0%	39%	61%
Intermediata	40%	14%	46%

**Figura 2.28. Value for money della spesa sanitaria (anno 2017)**



# *Value for money* della spesa sanitaria

Avviare riforme sanitarie e fiscali e azioni di governance a tutti i livelli per:

- ridurre al minimo *overuse* e *underuse* che determinano gravi conseguenze cliniche, sociali ed economiche
- aumentare il *value for money* di tutte le forme di spesa sanitaria al fine di pervenire ad una distribuzione ottimale delle tre componenti di spesa



**Prestazioni sanitarie**

**Evidence & Value**

**Value elevato**

**Benefici adeguati rispetto a costi e alternative**  
**Liste positive, finanziamento pubblico**

**Value basso**

**Benefici minimi rispetto a costi e alternative**  
**Spesa privata, compartecipazione**

**Value incerto**

**Benefici non noti (aree grigie)**  
**Spesa privata, compartecipazione,  
ricerca comparativa indipendente**

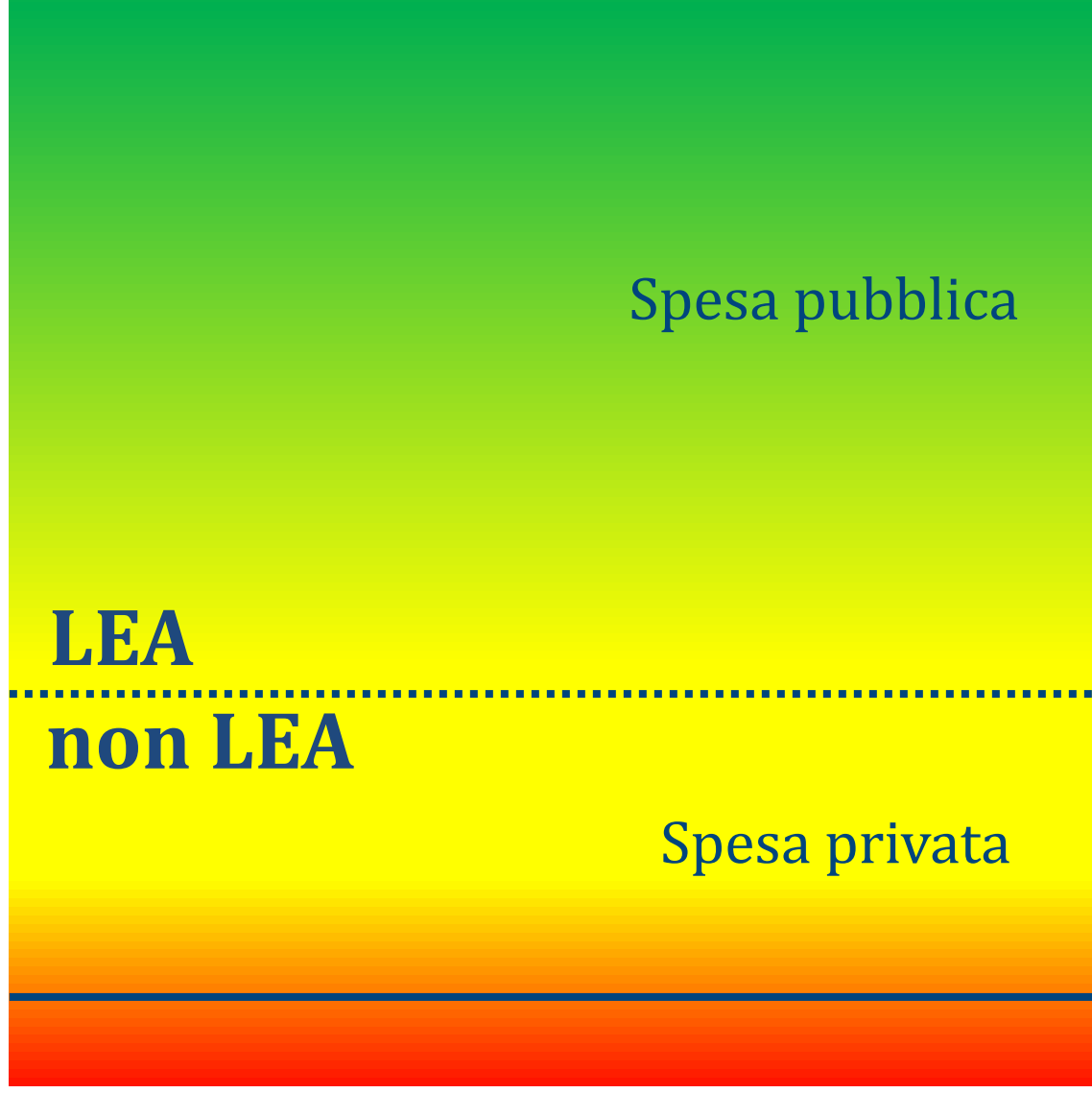
**Value negativo**

**Rischi maggiori dei benefici**  
**Liste negative**



# Prestazioni sanitarie

Dannose    Futili    Necessarie    Indispensabili



Elevato

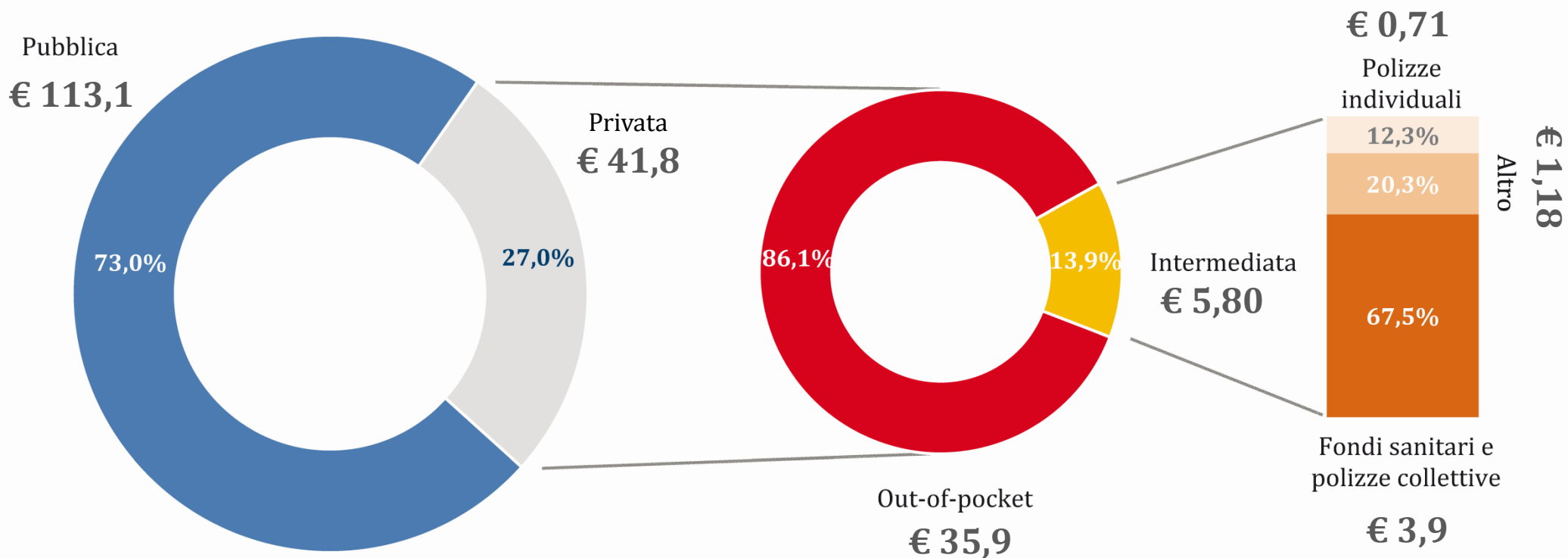
Basso/incerto

Negativo

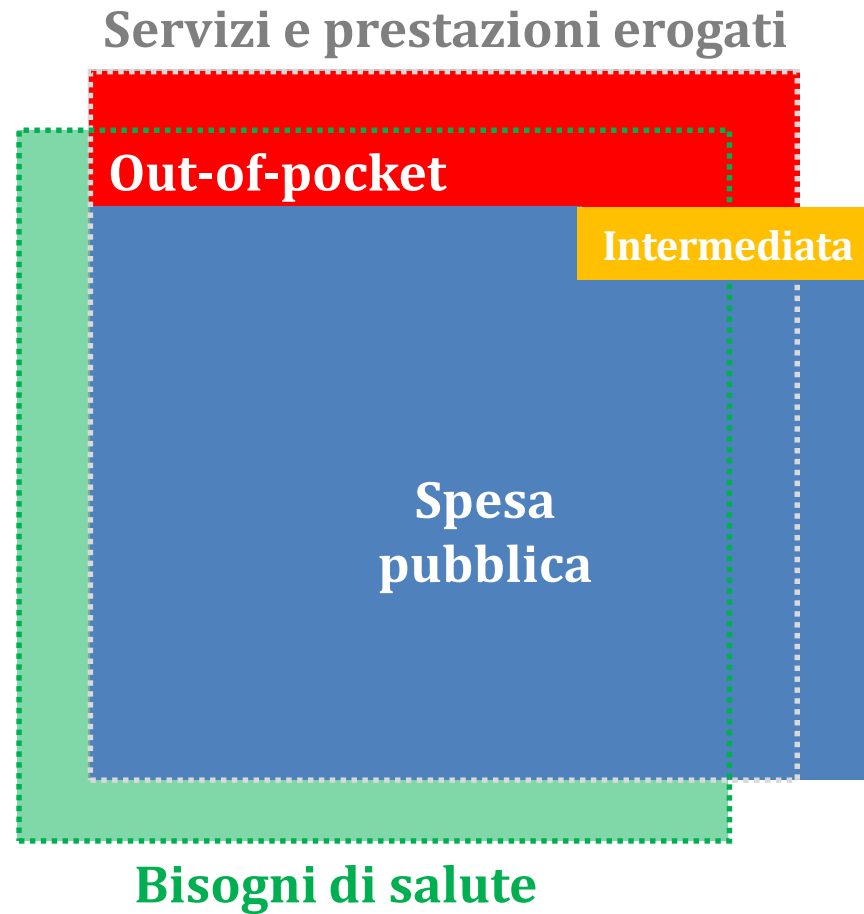
*Value*

# Spesa sanitaria 2017

€ 154,9 mld



# € 154,9 miliardi



# € 154,9 miliardi



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

*Taiichi Ohno, Toyota*





# Tackling Wasteful Spending on Health



10 January 2017



# Health at a Glance: Europe 2018

STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE

22 November 2018





## **RIDURRE GLI SPRECHI PER RENDERE I SISTEMI SANITARI PIÙ EFFICIENTI E RESILIENTI**

***"Elementi di prova raccolti nei vari paesi suggeriscono che fino a un quinto della spesa sanitaria è sprecato e potrebbe essere destinato a un uso migliore"***

In Italy, a country that spends less on health than many other Western European countries, the proportion of inefficient or wasteful public spending was estimated to be around 19% in 2017 (Fondazione GIMBE, 2018).

# Stima sprechi e inefficienze 2017

Categoria	%	Mld €*	(± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	6,45	(5,16 – 7,74)
2. Frodi e abusi	22	4,73	(3,79 – 5,67)
3. Acquisti a costi eccessivi	10	2,15	(1,72 – 2,58)
4. Sotto-utilizzo	15	3,22	(2,58 – 3,87)
5. Inefficienze amministrative	11	2,36	(1,89 – 2,84)
6. Inadeguato coordinamento assistenza	12	2,58	(2,06 – 3,10)

\*€ 21,5 miliardi (range 17,20 – 25,79) calcolati proiettando la stima del 19% sui € 113,131 miliardi di spesa pubblica



# Ecco le Regioni che garantiscono le cure ai cittadini: Emilia al top, Campania in coda

È quanto rileva la Fondazione Gimbe nel suo monitoraggio sui Lea fotografando una "inaccettabile" forbice tra le Regioni. L'indagine rileva anche come oltre un quarto delle risorse spese per garantire le cure non hanno prodotto servizi.

di Barbara Gobbi



### ADEMPIMENTO >84,5%

① Emilia Romagna	92,2%
② Toscana	89,6%
③ Piemonte	86,9%
④ Veneto	86,7%
⑤ Lombardia	85,3%

### TRA 75,3-84,5%

⑥ Umbria	83,9%
⑦ Marche	81,9%
⑧ Liguria	80,3%
⑨ Friuli V. G.*	79,0%
⑩ P.A. Trento	77,8%
⑪ Basilicata	75,3%

### TRA 62,6-75,2%

⑫ Abruzzo	72,8%
⑬ Lazio	72,0%
⑭ Sicilia	67,9%
⑮ Molise	66,7%
⑯ Puglia	63,1%

### ADEMPIMENTO <62,6%

⑰ Valle D'Aosta*	62,0%
⑱ Calabria	58,9%
⑲ Sardegna*	56,1%
⑳ P.A. Bolzano	55,4%
㉑ Campania	53,9%

(\*) Regioni e Province autonome non sottoposte a verifiche degli adempimenti

# ADEMPIMENTI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA 2010-2017



## Adempimento >84,5%

Emilia Romagna (92,2%), Toscana (89,6%), Piemonte (86,9%), Veneto (86,7%), Lombardia (85,3%)

## Adempimento tra 75,3% e 84,5%

Umbria (83,9%), Marche (81,9%), Liguria (80,3%), Friuli Venezia Giulia\* (79%), Provenza-Alba Aulenta\* (77,8%), Basilicata (75,3%)

## Adempimento tra 62,6% e 75,2%

Abruzzo (72,8%), Lazio (72%), Sicilia (67,9%), Molise (66,7%), Puglia (63,1%)

## Adempimento <62,6%

Valle d'Aosta\* (62%), Calabria (58,9%), Sardegna\* (56,1%), Provenza-Alba Aulenta\* (55,4%), Campania (53,9%)

\*Regioni e Province autonome non sottoposte alla verifica degli adempimenti

## Adempimenti livelli essenziali di assistenza 2010-2017

Regione	Adempimento %	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Emilia Romagna	92,2%	208	205	210	204	204	205	205	218	1.659
Toscana	89,6%	185	168	193	214	217	212	208	216	1.613
Piemonte	86,9%	174	170	186	201	200	205	207	221	1.564
Veneto	86,7%	178	182	193	190	189	202	209	218	1.561
Lombardia	85,3%	171	195	184	187	193	196	198	212	1.536
Umbria	83,9%	191	184	171	179	190	189	199	208	1.511
Marche	81,9%	180	164	165	191	192	190	192	201	1.475
Liguria	80,3%	137	166	176	187	194	194	196	195	1.445
Friuli Venezia Giulia*	79,0%	171	172	167	168	163	185	203	193	1.422
Prov. Aut. di Trento*	77,8%	145	153	163	186	184	185	200	185	1.401
Basilicata	75,3%	164	167	169	146	177	170	173	189	1.355
Abruzzo	72,8%	133	145	145	152	163	182	189	202	1.311
Lazio	72,0%	122	152	167	152	168	176	179	180	1.296
Sicilia	67,9%	108	147	157	165	170	153	163	160	1.223
Molise	66,7%	126	142	146	140	159	156	164	167	1.200
Puglia	63,1%	74	123	140	134	162	155	169	179	1.136
Valle d'Aosta*	62,0%	162	153	135	129	120	132	137	149	1.117
Calabria	58,9%	99	128	133	136	137	147	144	136	1.060
Sardegna*	56,1%	88	130	115	166	124	118	130	140	1.011
Prov. Aut. di Bolzano*	55,4%	120	131	126	113	113	121	153	120	997
Campania	53,9%	95	101	117	136	139	106	124	153	971
<b>Totale punteggio ottenuto</b>		<b>3.031</b>	<b>3.278</b>	<b>3.358</b>	<b>3.476</b>	<b>3.558</b>	<b>3.579</b>	<b>3.742</b>	<b>3.842</b>	<b>27.864</b>
<b>Massimo punteggio raggiungibile</b>		<b>4.725</b>	<b>4.725</b>	<b>4.725</b>	<b>4.725</b>	<b>4.725</b>	<b>4.725</b>	<b>4.725</b>	<b>4.725</b>	<b>37.800</b>
<b>Inadempimento %</b>		<b>35,9%</b>	<b>30,6%</b>	<b>28,9%</b>	<b>26,4%</b>	<b>24,7%</b>	<b>24,3%</b>	<b>20,8%</b>	<b>18,7%</b>	<b>26,3%</b>

\*Regioni e Province autonome non sottoposte alla Verifica degli adempimenti

Quartili delle percentuali di adempimento

95,2 – 84,6

84,5 – 75,3

75,2 – 62,6

62,5 – 53,9

JAMA | Special Communication

# Waste in the US Health Care System

## Estimated Costs and Potential for Savings

William H. Shrank, MD, MSHS; Teresa L. Rogstad, MPH; Natasha Parekh, MD, MS

JAMA October 15, 2019 Volume 322, Number 15

**CONCLUSIONS AND RELEVANCE** In this review based on 6 previously identified domains of health care waste, the estimated cost of waste in the US health care system ranged from \$760 billion to \$935 billion, accounting for approximately 25% of total health care spending, and the projected potential savings from interventions that reduce waste, excluding savings from administrative complexity, ranged from \$191 billion to \$282 billion, representing a potential 25% reduction in the total cost of waste. Implementation of effective measures to eliminate waste represents an opportunity reduce the continued increases in US health care expenditures.

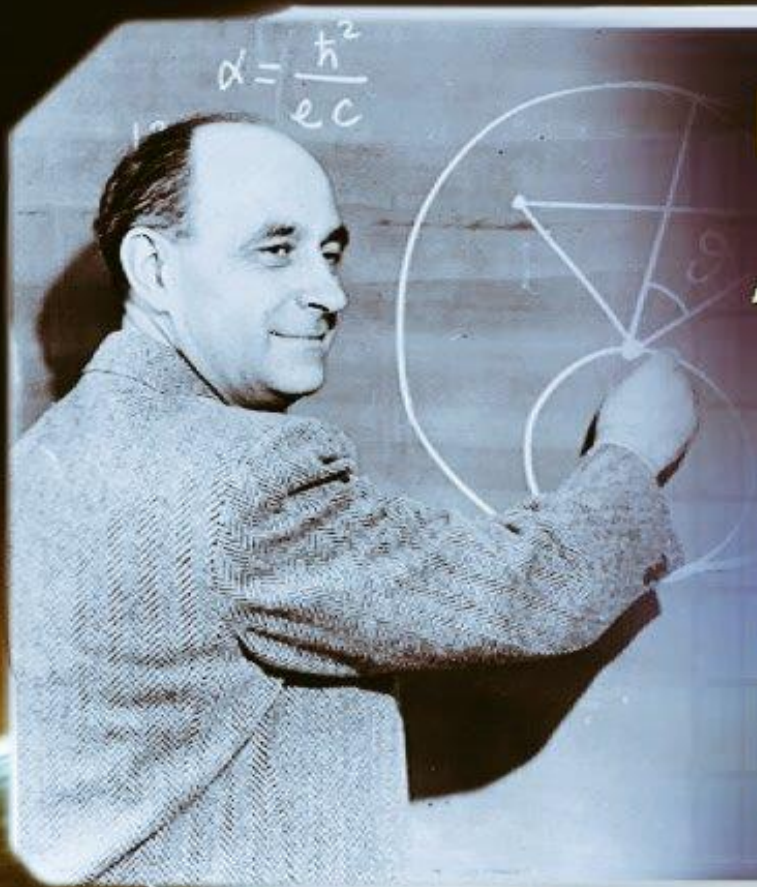
# Elusive Waste

## The Fermi Paradox in US Health Care

Donald M. Berwick, MD, MPP

JAMA October 15, 2019 Volume 322, Number 15

**In 1950**, at lunch with 3 colleagues, the great physicist Enrico Fermi is alleged to have blurted out a question that became known as “the Fermi paradox.” He asked, “Where is everybody?” referring to calculations suggesting that extraterrestrial life forms are abundant in the universe, certainly abundant enough that many of them should have by then visited our solar system and Earth. But, apparently, none had.



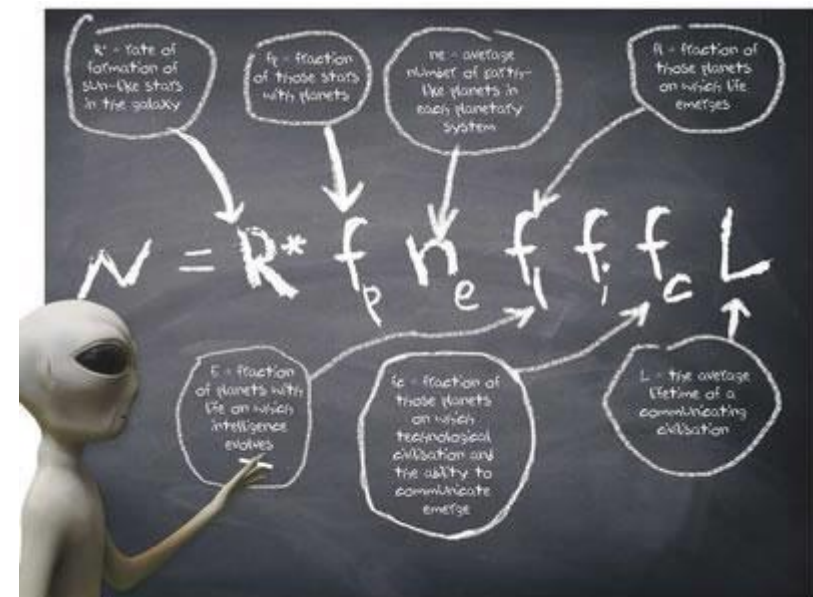
## **PARADOSSO DI FERMI**

**“DOVE SONO TUTTI QUANTI?”**

**SE NELL'UNIVERSO ESISTE  
UN GRAN NUMERO DI CIVILTÀ  
ALIENE, PERCHÉ LA LORO  
PRESENZA NON SI È MAI  
MANIFESTATA?**

# 4 plausible explanations

1. Siamo soli
2. Le civiltà evolute hanno breve durata
3. Esistono, ma sono troppo lontane nello spazio e nel tempo
4. Esistono, ma non comunicano, non vogliono comunicare o non riceviamo le loro comunicazioni



# Elusive Waste

## The Fermi Paradox in US Health Care

Donald M. Berwick, MD, MPP

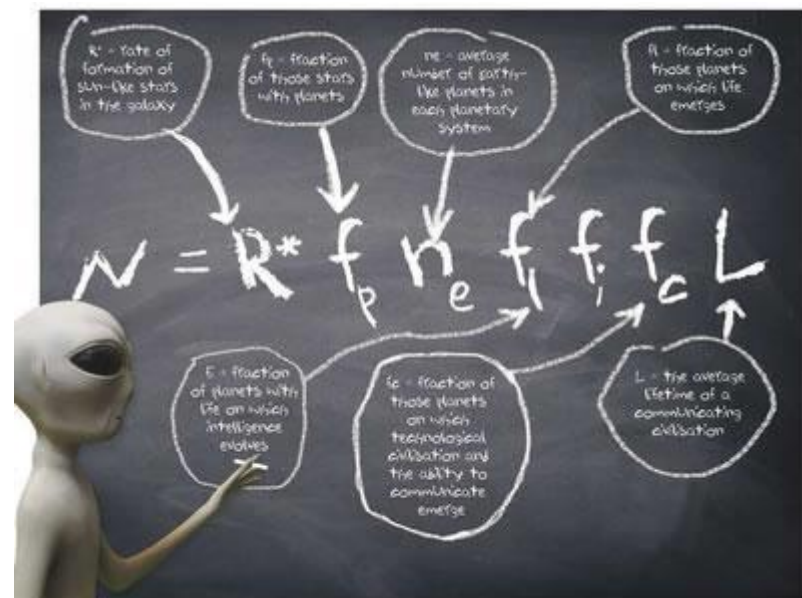
JAMA October 15, 2019 Volume 322, Number 15

The paradox is that, in an era of health care when no dimension of performance is more onerous than high cost, when many hospitals and clinicians complain that they are losing money, when individuals are experiencing financial shock at absorbing more and more out-of-pocket costs for their care, and when governments at all levels find that health care essentially confiscates the money they need to repair infrastructures, strengthen public education, build houses, and upgrade transportation as much as \$800 billion in waste sits untapped as a reservoir for relief. Why?



# 4 plausible explanations

1. Maybe the waste is not really there
2. Maybe the waste cannot, technically, be extracted
3. Maybe it is not interesting enough, yet, to reduce waste
4. May be politics paralyzes change



# Outline

- Le risorse sono poche?
- Possiamo spenderle meglio?
- **Riusciremo a salvare il SSN?**



**2025**



**2019**

**2018**

**2017**

**2016**

**4° Rapporto GIMBE**

**3° Rapporto GIMBE**

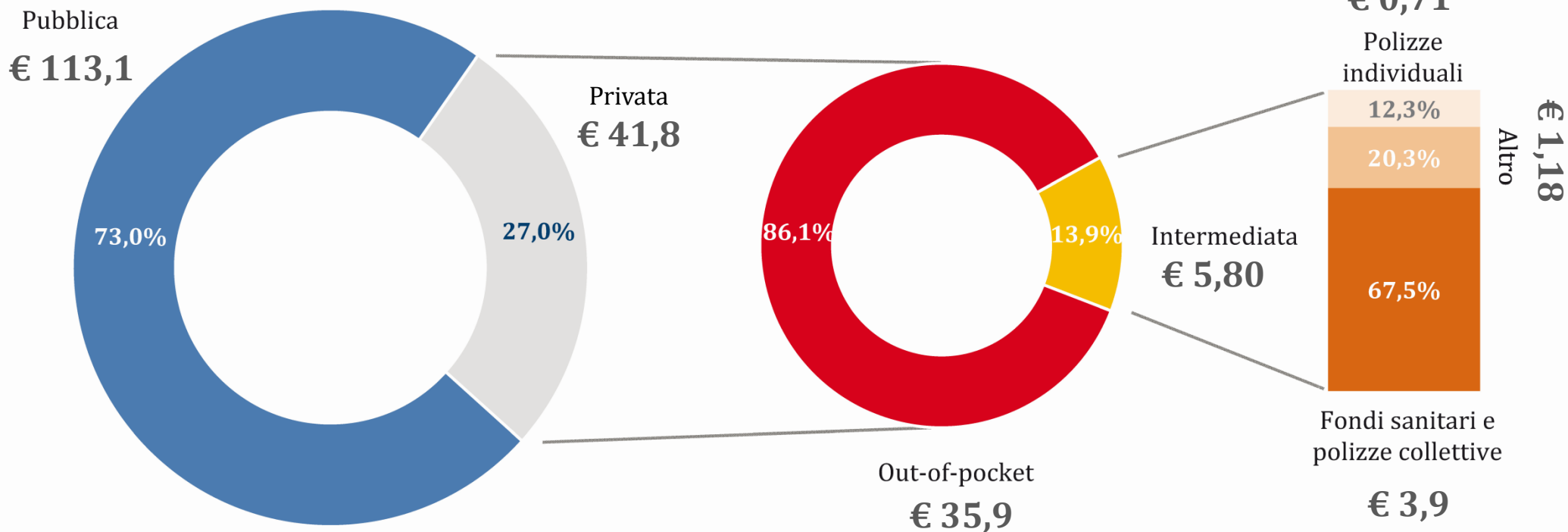
**2° Rapporto GIMBE**

**1° Rapporto GIMBE**

1

# Spesa sanitaria 2017

€ 154,9 mld



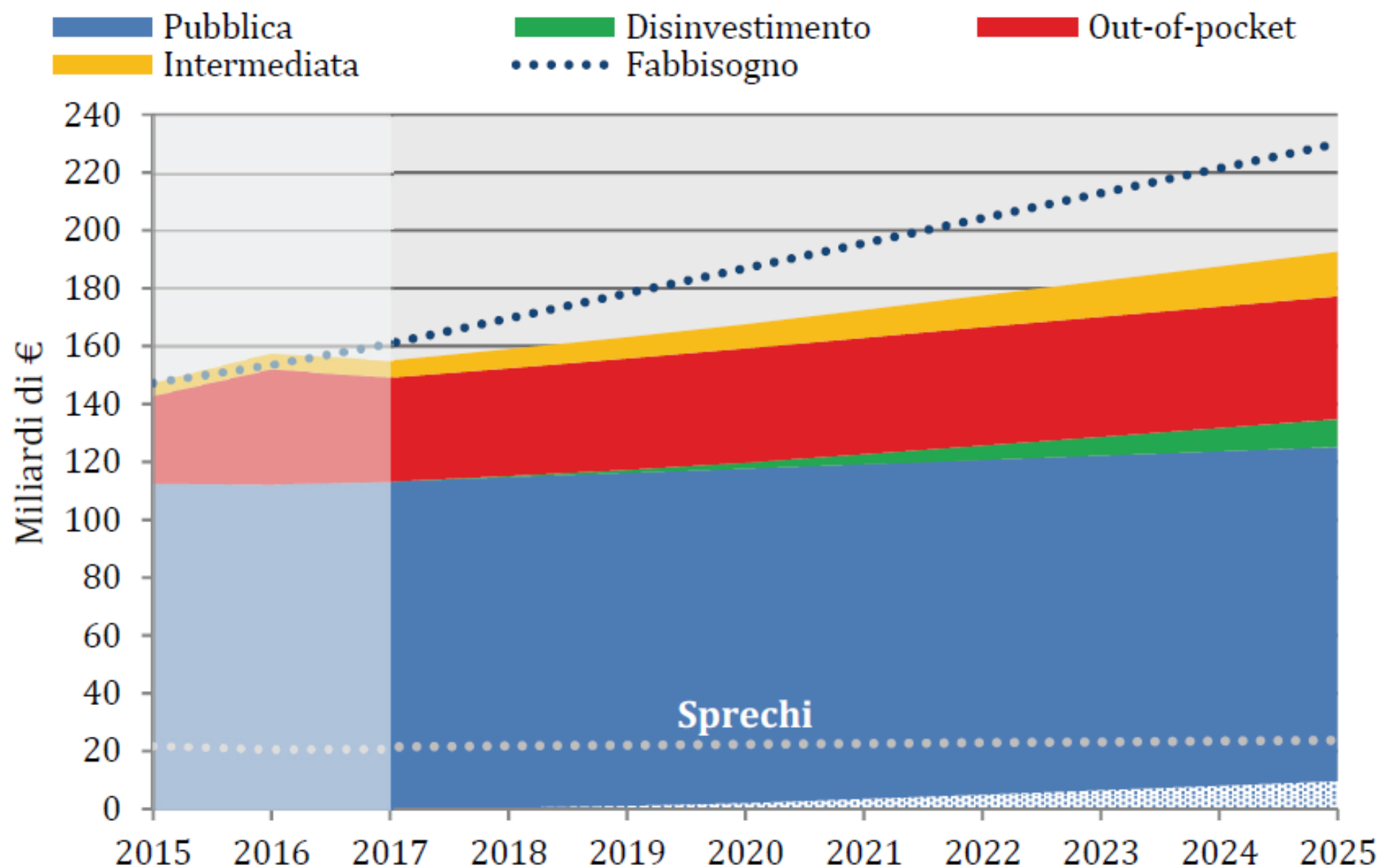
## • Stima fabbisogno 2025

€ 230 mld\*

- Entità del sotto-finanziamento pubblico
- Benchmark con paesi dell'Europa nord-occidentale e del G7
- Sottostima impatto economico nuovi LEA
- Inadempimenti LEA in varie Regioni
- Rilancio politiche per il personale sanitario
- Innovazioni farmacologiche
- Invecchiamento della popolazione
- Rinunce alla cure (dati ISTAT)

\*€ 3.800 pro-capite, inferiore a media 2017 paesi G7 esclusi USA

Figura 4.3. Fabbisogno e “cunei di stabilizzazione”: consuntivo 2015-2017 e trend stimato 2018-2025



**3° Rapporto sulla sostenibilità del  
Servizio Sanitario Nazionale**

Presentato a Roma il 5 giugno 2018  
Sala Capitolare, Chiostro del Convento  
di Santa Maria sopra Minerva  
Senato della Repubblica



#salviamoSSN

# Senza un consistente rilancio del finanziamento pubblico sarà impossibile salvare il SSN

*Rapporto GIMBE 2018*

# Piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale



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




**AUMENTARE LE CAPACITÀ DI INDIRIZZO E VERIFICA DELLO STATO SULLE REGIONI** nel rispetto delle loro autonomie




**RILANCIARE IL FINANZIAMENTO PUBBLICO PER LA SANITÀ** ed evitare continue revisioni al ribasso



**RIDEFINIRE I CRITERI DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA** ed eliminare il superticket



**RIDISEGNARE IL PERIMETRO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA** secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia



**COSTRUIRE UN SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE**, perché i bisogni sociali condizionano la salute e il benessere delle persone



**LANCIARE UN PIANO NAZIONALE PER RIDURRE SPRECHI E INEFFICIENZE** e reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni



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



**REGOLAMENTARE L'INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO** e la libera professione secondo i reali bisogni di salute



**FINANZIARE RICERCA CLINICA E ORGANIZZATIVA** con almeno l'1% del fabbisogno sanitario nazionale



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



**PROMUOVERE L'INFORMAZIONE ISTITUZIONALE** per contrastare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e favorire decisioni informate







La sanità pubblica  
è come la salute:  
ti accorgi che esiste  
quando l'hai perduta

#SSN(40)<sup>9</sup>  
Servizio Sanitario Nazionale  
Dal 1978 si prende cura di noi

Nino Cartabellotta



## “LO STIAMO PERDENDO”

La salute del **Servizio Sanitario Nazionale** peggiora sempre di più  
a causa di scelte politiche e organizzative che minano  
il **diritto costituzionale** alla tutela della salute  
e spianano la strada alla privatizzazione della sanità.

**Sostieni anche tu la campagna #salviamoSSN**  
Vai su [salviamo-ssn.it](https://salviamo-ssn.it)



#salviamoSSN

# SALVIAMO IL NOSTRO SSN



[www.salviamo-SSN.it](http://www.salviamo-SSN.it)

A large, 3D-rendered 'SSN' is set against a dark background. The 'N' is a vertical rectangular block. A bright light source from above illuminates the interior of the 'N', creating a silhouette of a person standing in the doorway. The light casts a glow on the floor and the letters themselves.

# SSN

**IL CORAGGIO DELLE SCELTE  
PER IL FUTURO  
DELLA SANITÀ PUBBLICA**

---

**15<sup>a</sup> Conferenza Nazionale GIMBE**  
BOLOGNA • 6 MARZO 2020