

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it

2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

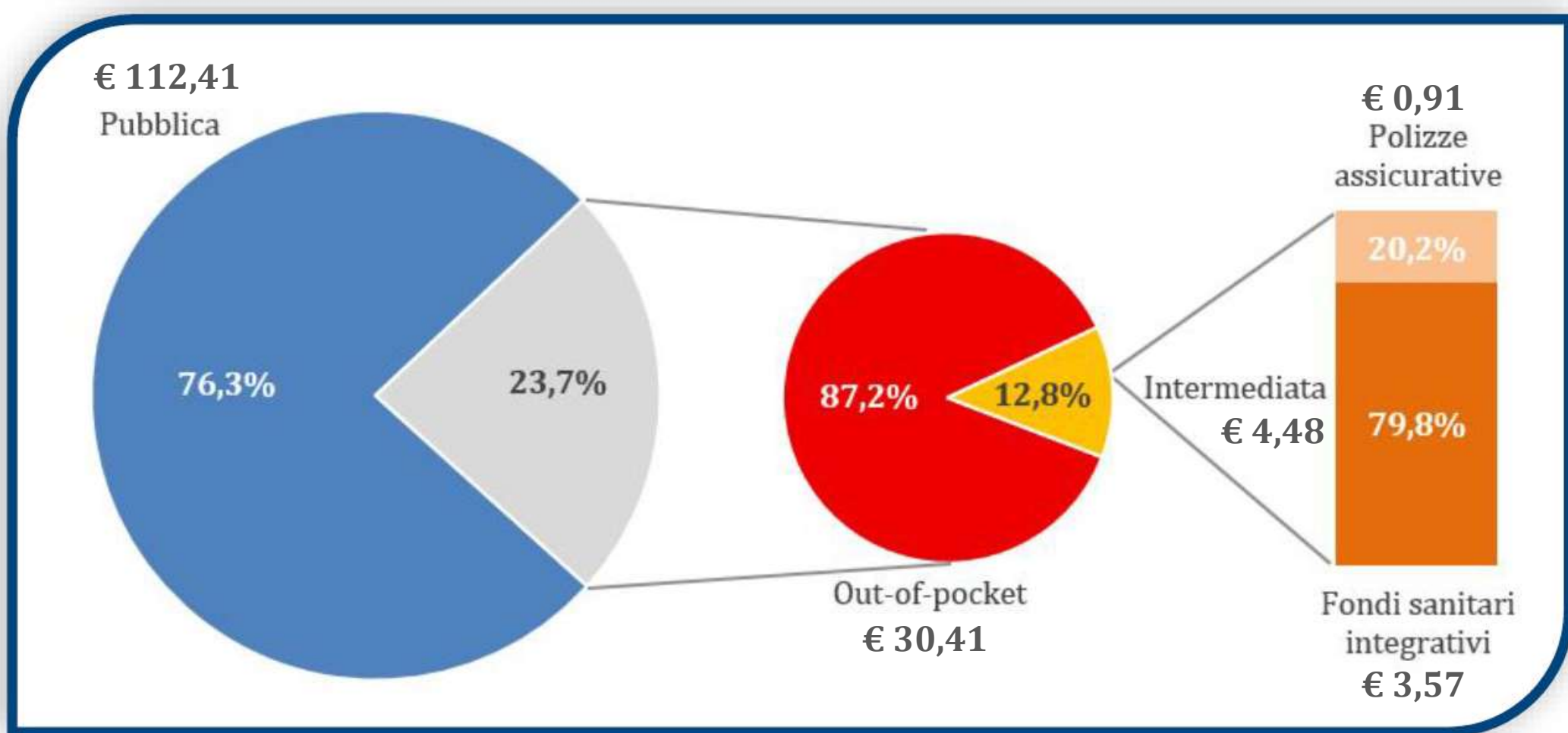
Roma, 6 giugno 2017

Biblioteca "Giovanni Spadolini" - Senato della Repubblica



Consultazione pubblica aperta sino al 30 settembre 2017

2015: € 147,30 miliardi di spesa sanitaria



Nuovi LEA

**Sprechi e
inefficienze**

**Finanziamento
pubblico**

**Sanità
integrativa**

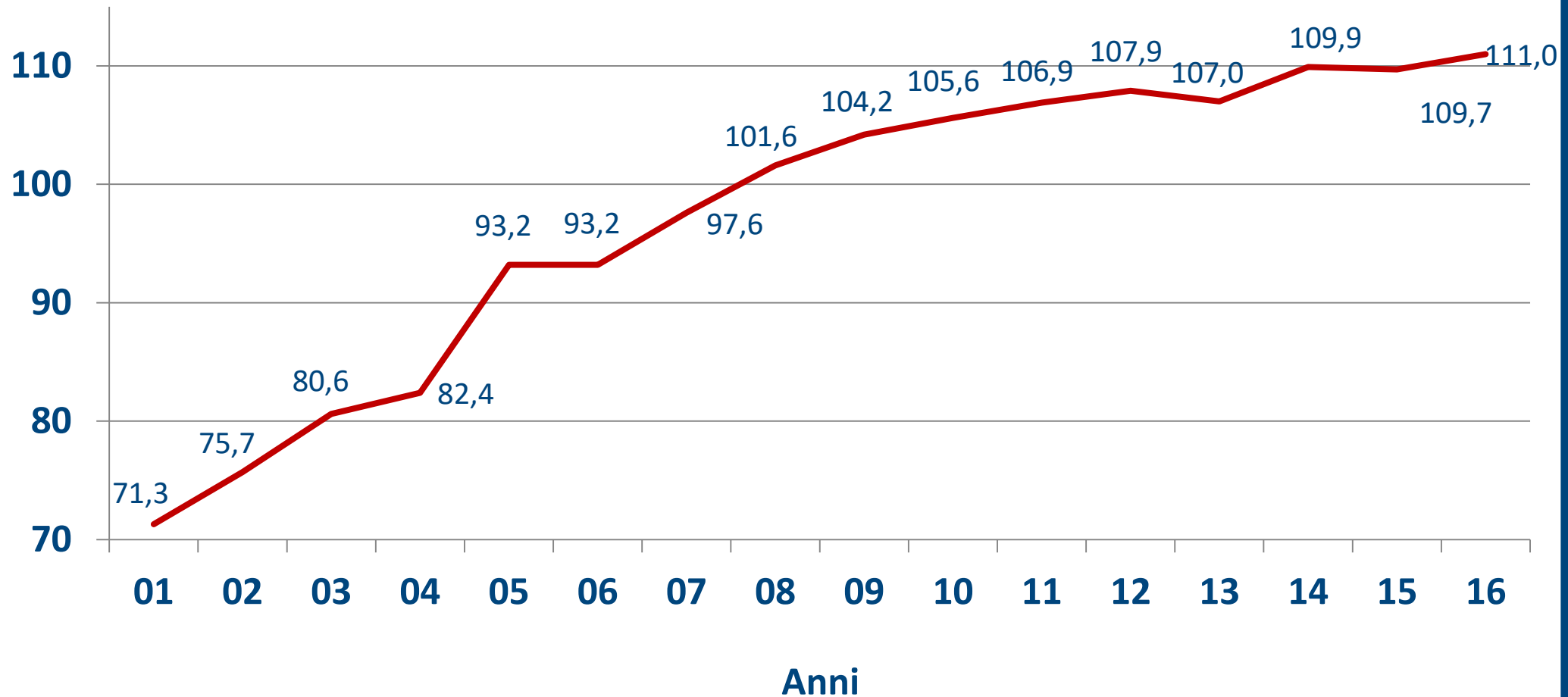


**Finanziamento
pubblico**



Finanziamento pubblico SSN 2001-2016

Miliardi €



[SANITÀ]

113
MILIARDI

2 miliardi in più del 2015

Epatite C

Medicine oncologiche

Vaccini

**STABILIZZAZIONE
MEDICI e INFERMIERI**

Bisogno

#passodopasso

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

GAZZETTA  **UFFICIALE**
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Mercoledì, 21 dicembre 2016

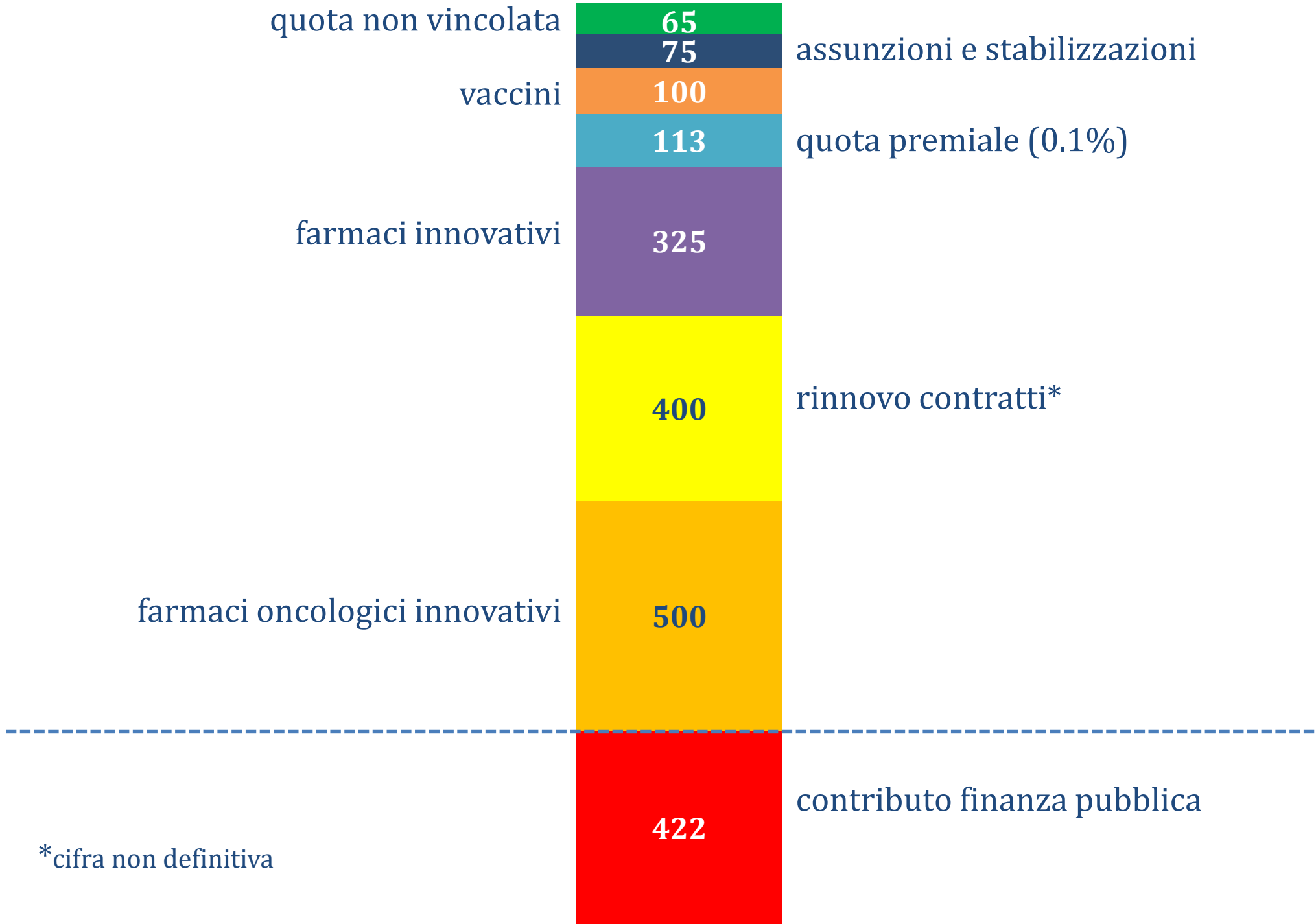
SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

LEGGE 11 dicembre 2016, n. 232.

**Bilancio di previsione dello Stato per l'anno
finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio
2017-2019.**

	2016	2017	2018	2019
Intesa Stato-Regioni 11-2-2016	111.000	113.000	115.000	ND
Legge di Bilancio 2017	111.000	113.000	114.000	115.000
Contributo finanza pubblica*	-	480	480	480

*le Regioni a statuto speciale devono stipulare accordi con il Governo per conseguire risparmi sulle spese (anche sanitarie), altrimenti sono previsti ulteriori tagli lineari al fondo sanitario nazionale



*cifra non definitiva



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE



DOCUMENTO DI ECONOMIA E FINANZA 2017

Presentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri
Paolo Gentiloni Silveri

e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze
Pier Carlo Padoan

Deliberato dal Consiglio dei Ministri l'11 Aprile 2017

TABELLA III.3-2 PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2017 – 2020

	2017	2018	2019	2020
Spesa sanitaria	114.138	115.068	116.105	118.570
In % di PIL	6,7%	6,5%	6,4%	6,4%
Tasso di variazione in %	1,4%	0,8%	0,9%	2,1%



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

**DOCUMENTO
DI ECONOMIA
E FINANZA 2017**



19 apr
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

STAMPA | 🖨

DAL GOVERNO

Def 2017, profondo rosso per la Sanità pubblica

di *Fondazione Gimbe*

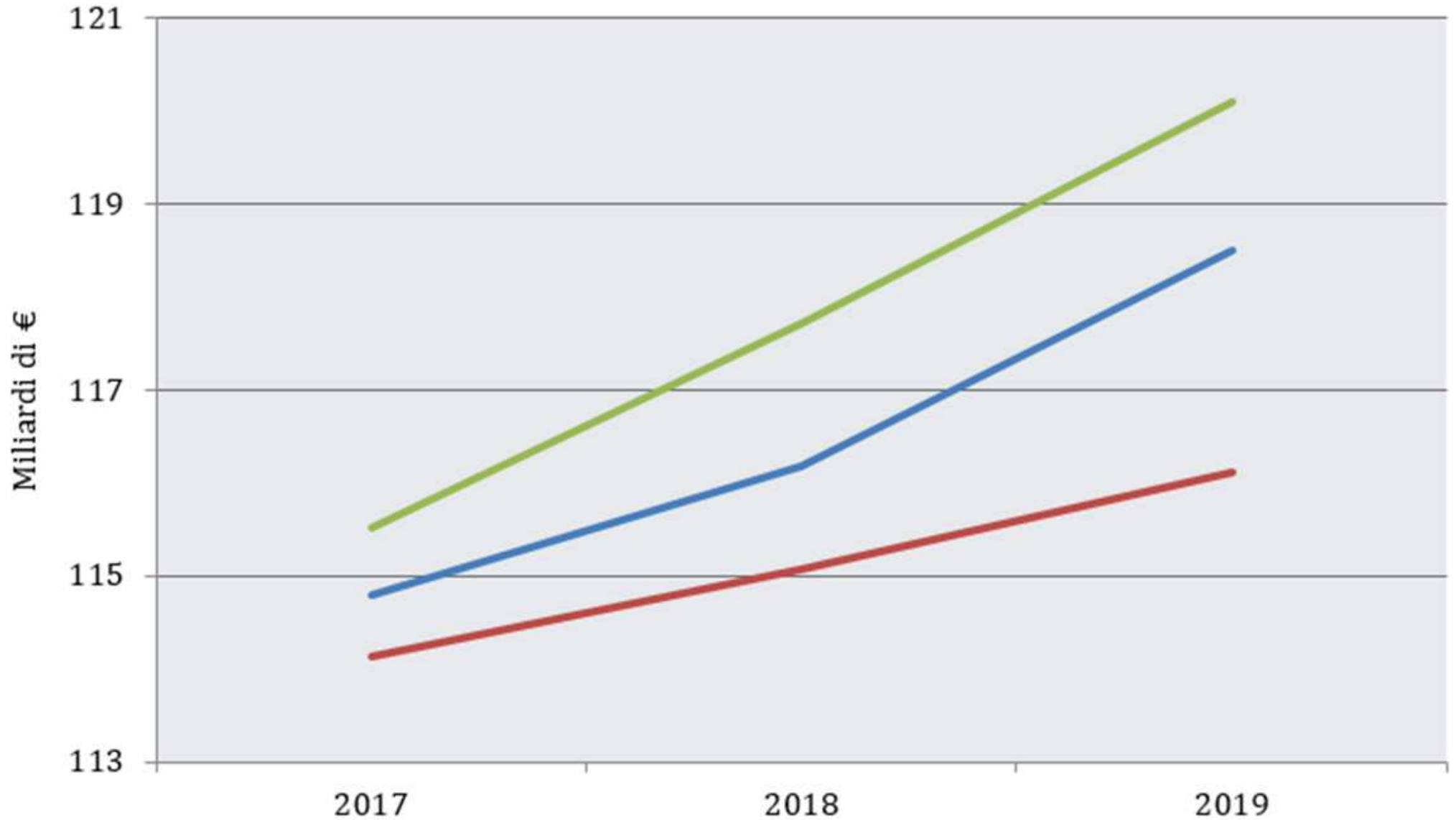
Prende oggi il via in Commissione Igiene e Sanità del Senato l'esame del Documento di Economia e Finanza (Def) 2017, secondo il quale nel triennio 2018-2020 il Pil nominale dovrebbe crescere in media del 2,9% per anno, mentre l'incremento della spesa sanitaria dovrebbe attestarsi su tasso medio annuo dell'1,3%. In termini finanziari per la sanità pubblica significherebbe passare dai € 114,138 miliardi stimati per il 2017 a € 115,068 miliardi nel 2018, a € 116,105 nel 2019 e € 118,570 nel 2020.



DEF 2017	2017	2018	2019
Spesa sanitaria	114.138	115.068	116.105
In % di PIL	6,70%	6,50%	6,40%
Tasso di variazione in %	1,40%	0,80%	0,90%
DEF 2016	2017	2018	2019
Spesa sanitaria	114.789	116.170	118.505
In % di PIL	6,70%	6,60%	6,50%
Tasso di variazione in %	1,20%	1,20%	2,00%
DEF 2015	2017	2018	2019
Spesa sanitaria	115.509	117.709	120.094
In % di PIL	6,60%	6,60%	6,50%
Tasso di variazione in %	1,90%	1,90%	2,00%

Spesa sanitaria

DEF 2015 DEF 2016 DEF 2017

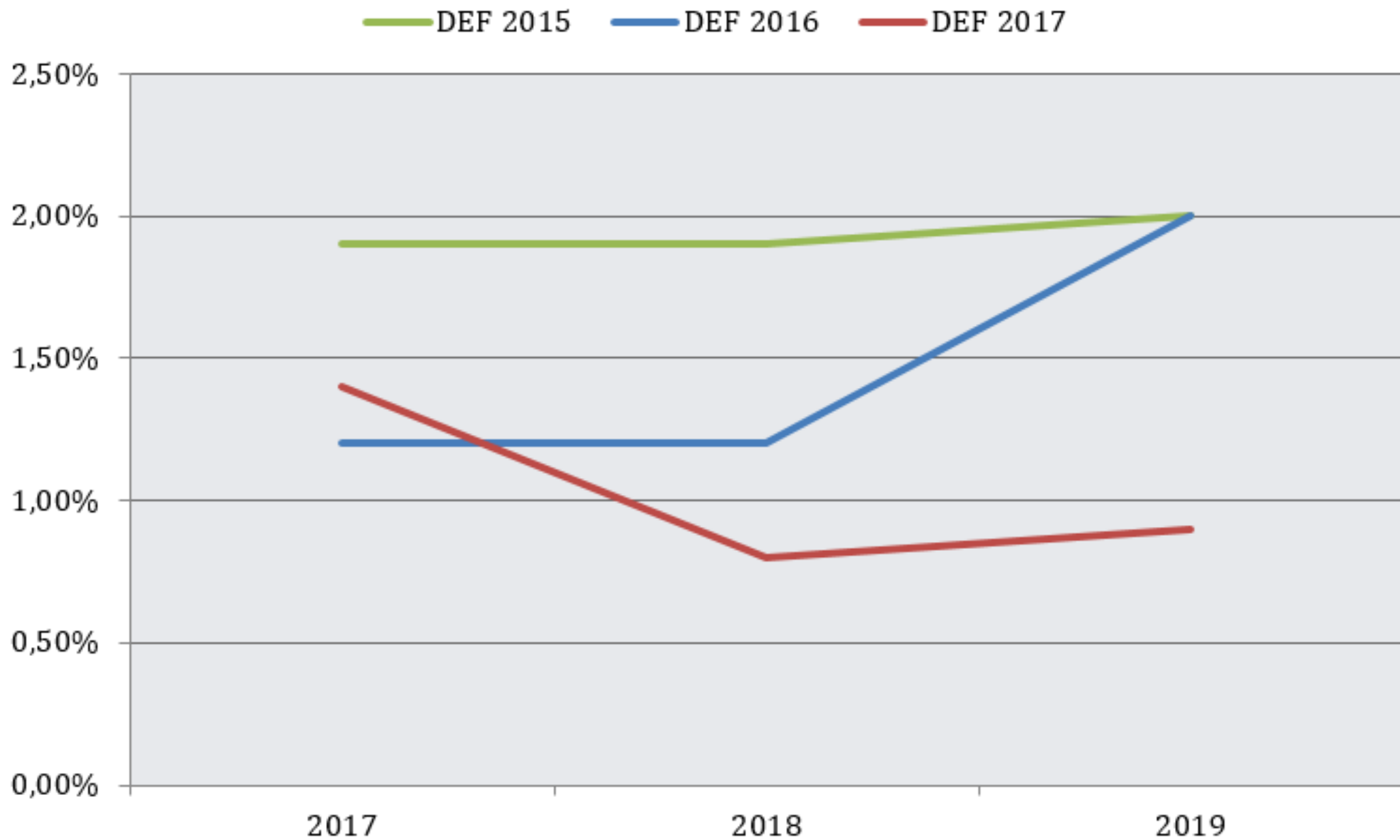


Spesa sanitaria in % del PIL

DEF 2015 DEF 2016 DEF 2017

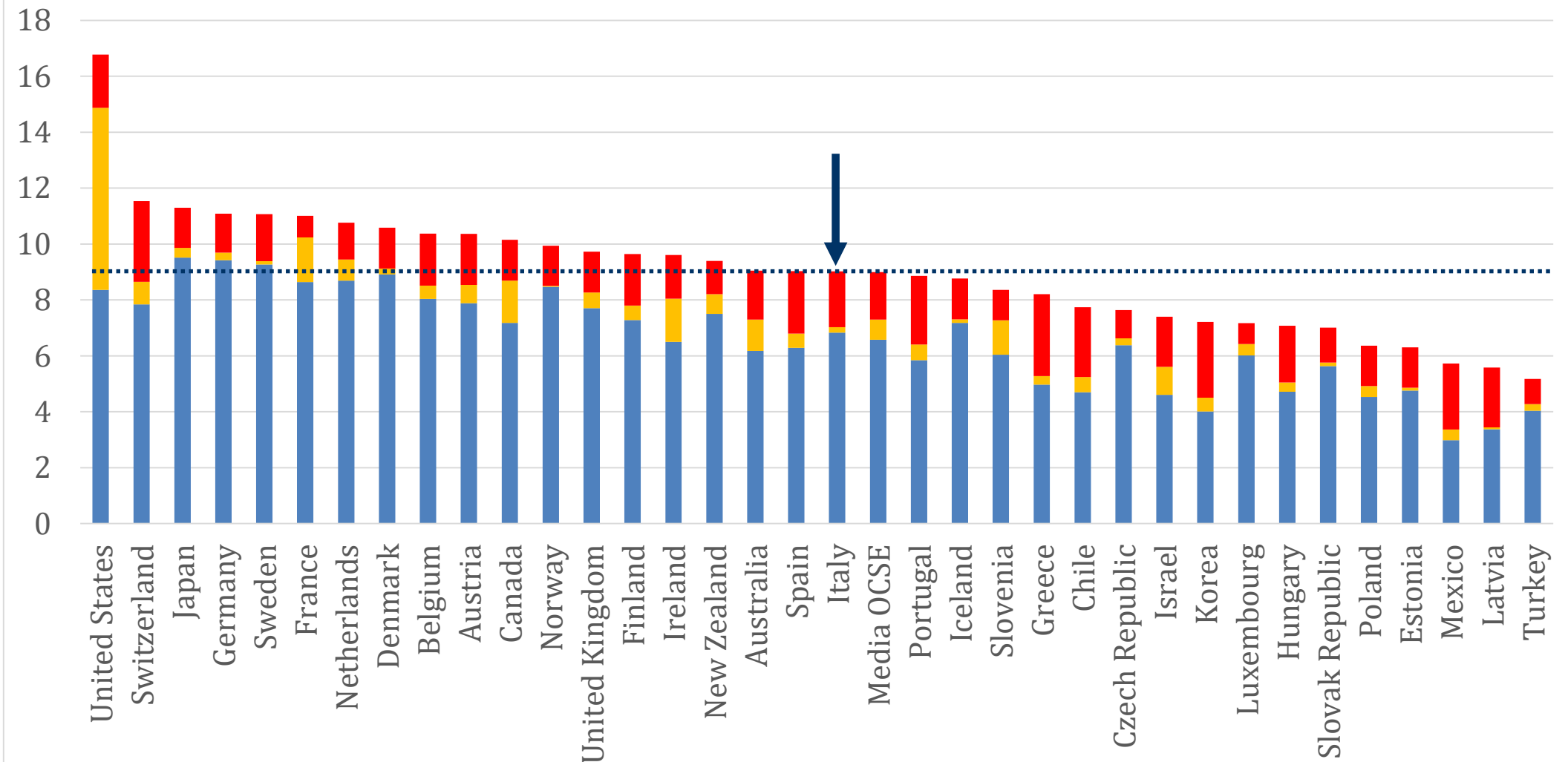


Tasso di variazione % spesa sanitaria



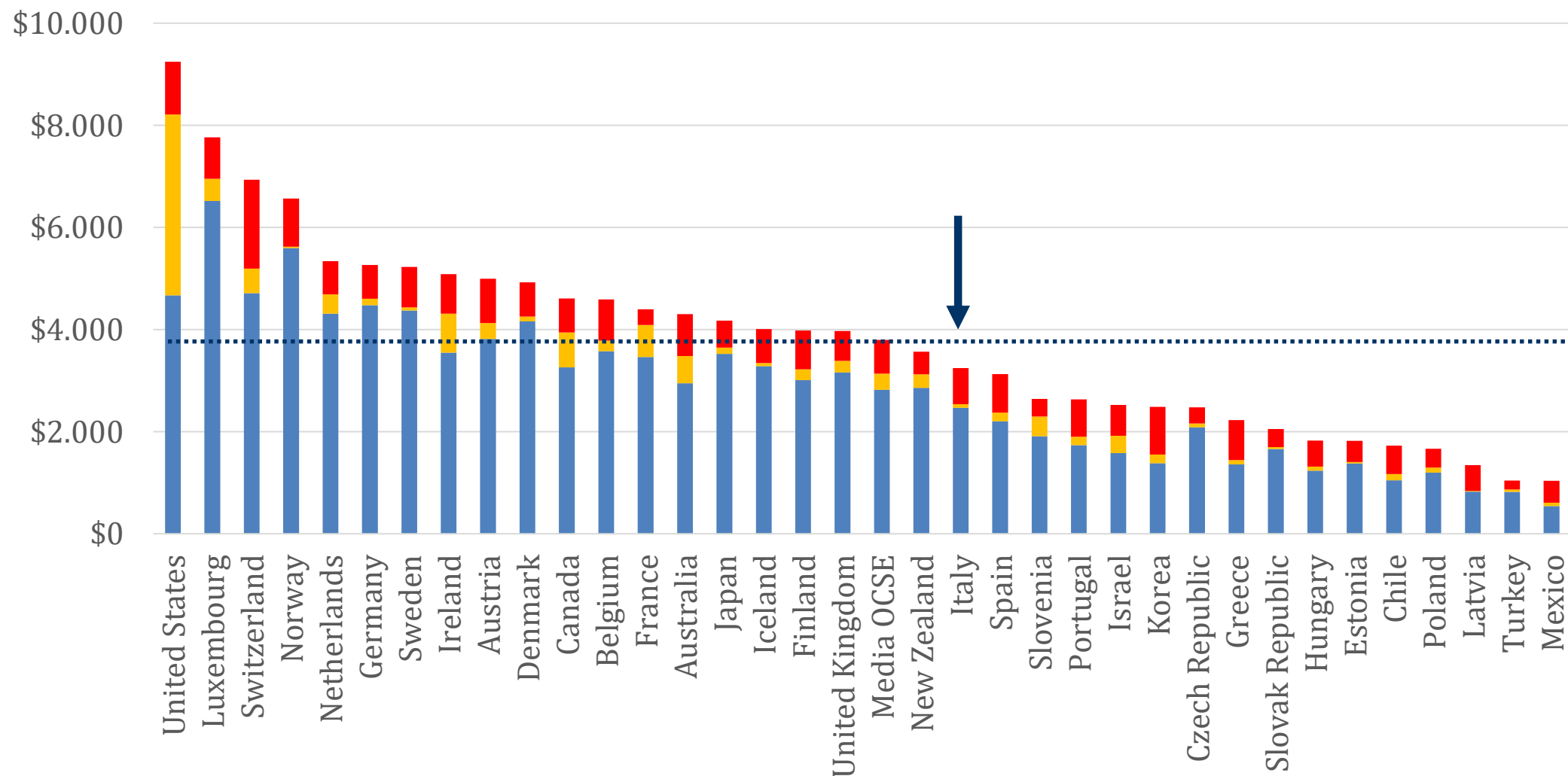
Spesa sanitaria totale in % PIL

■ Pubblica ■ Intermediata ■ Out-of-pocket

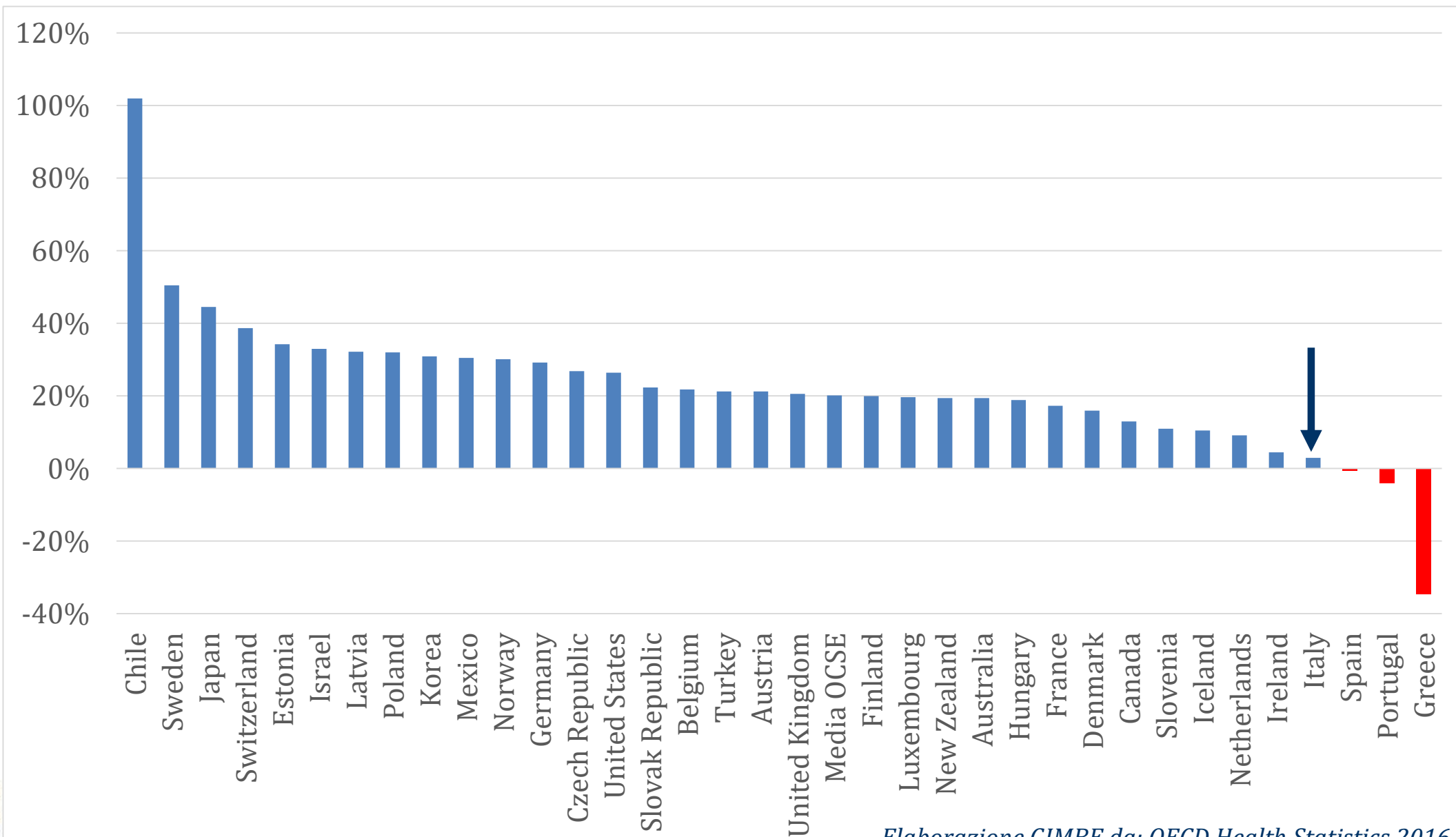


Spesa sanitaria pro-capite

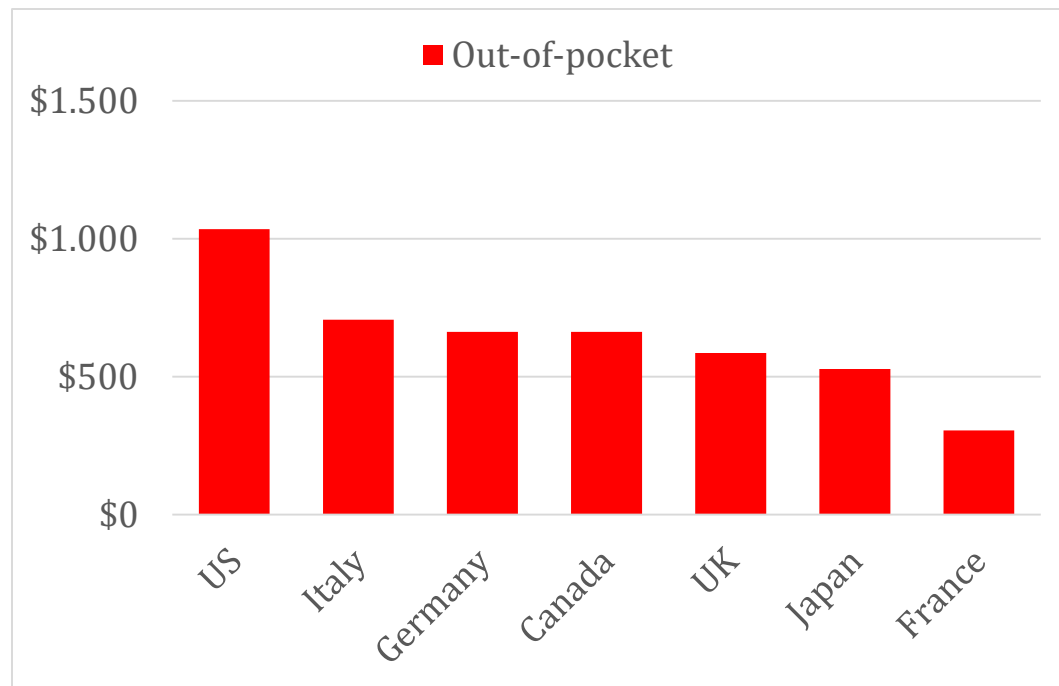
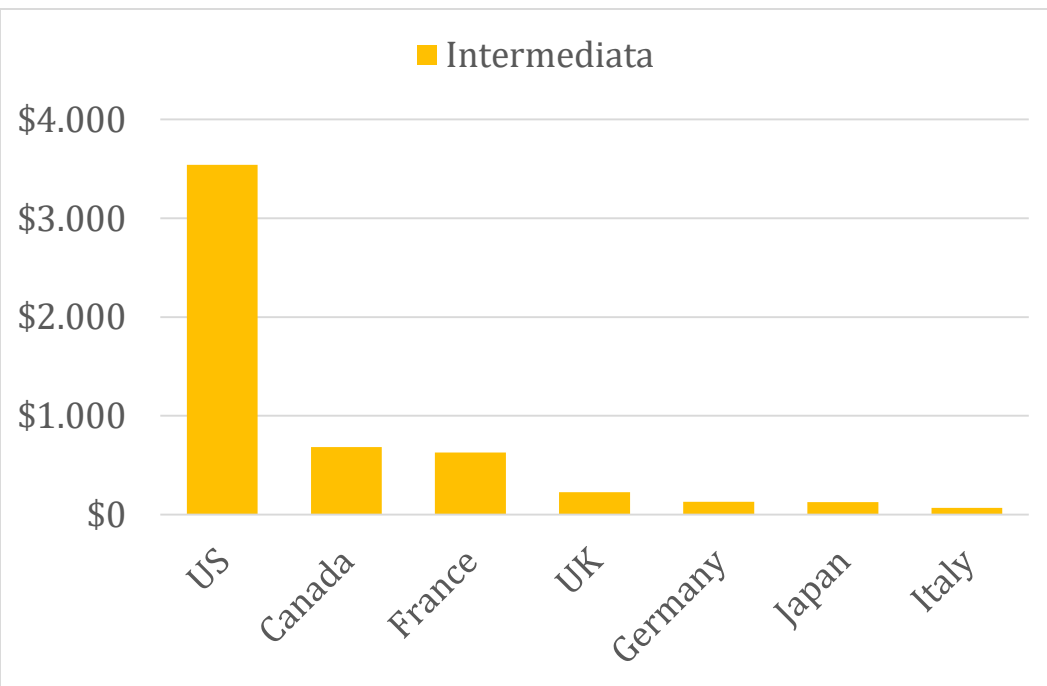
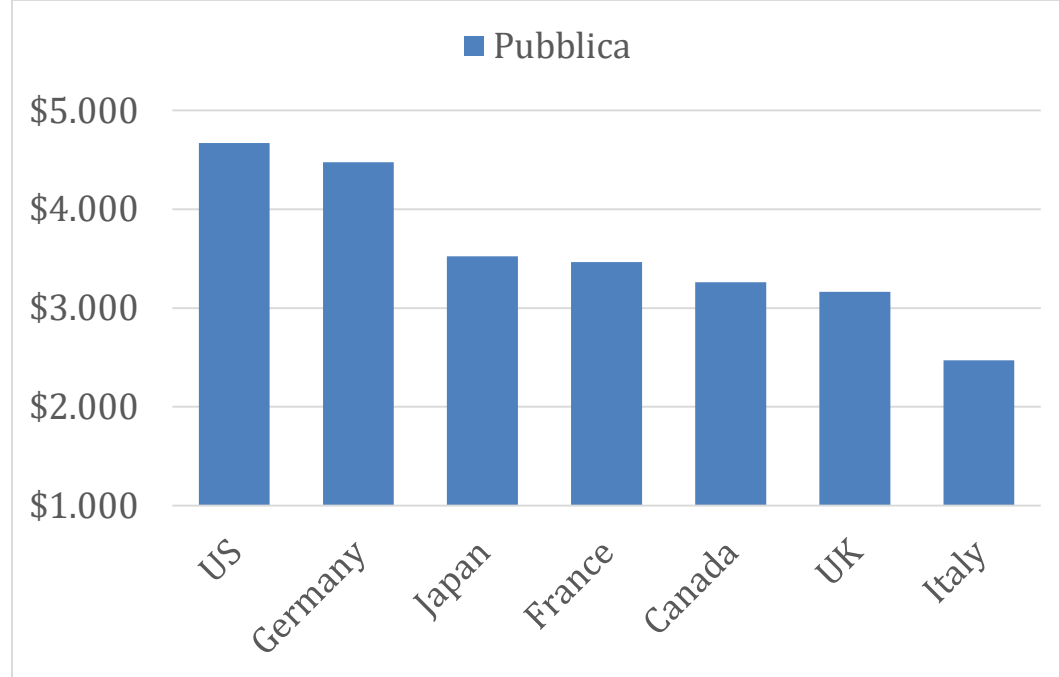
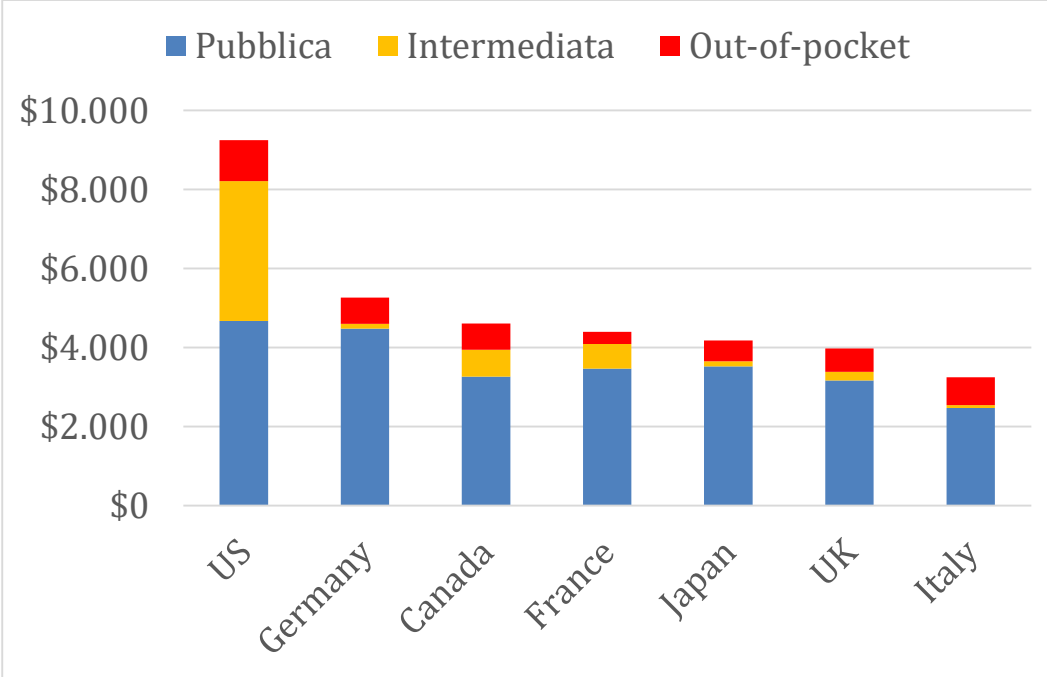
■ Pubblica ■ Intermediata ■ Out-of-pocket



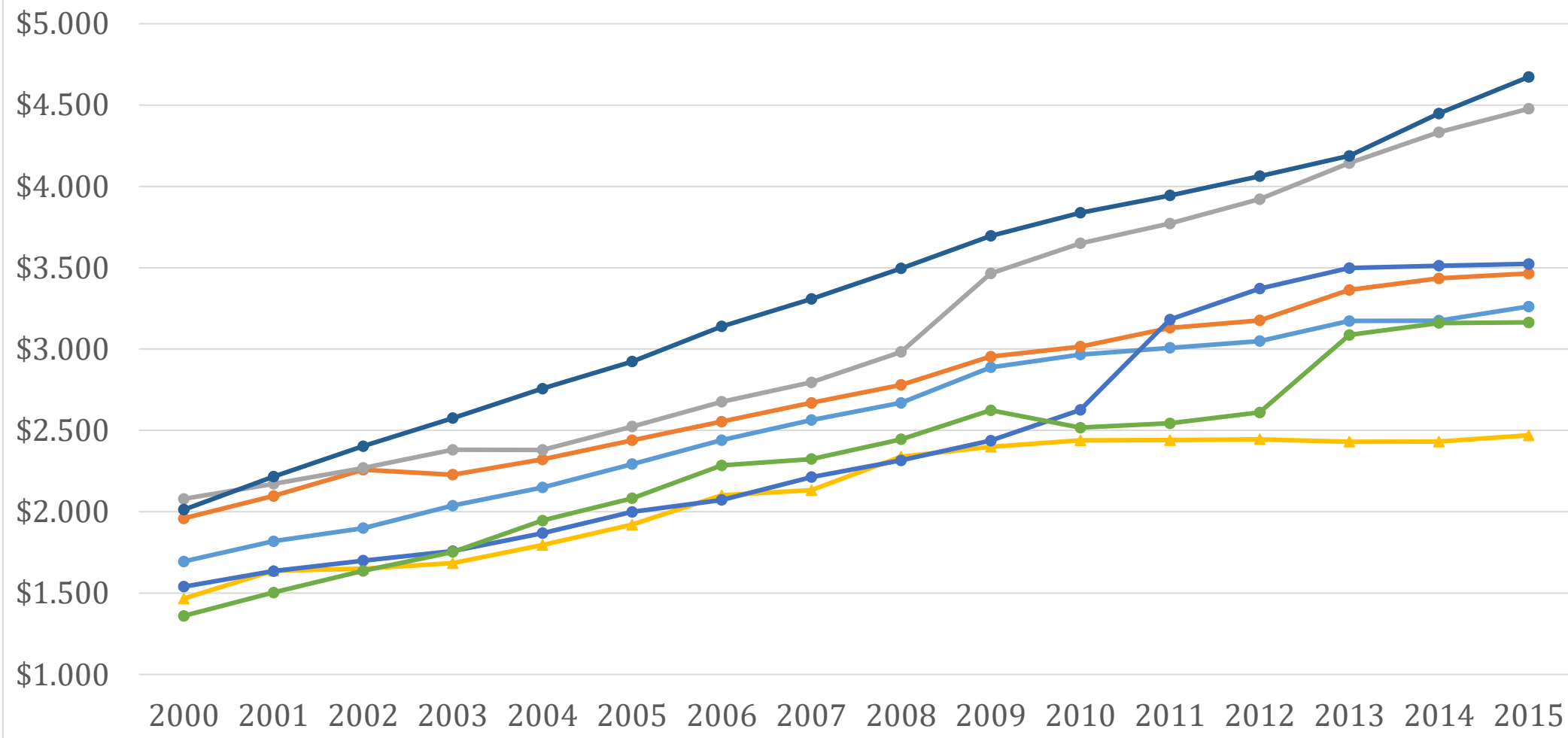
Aumento % finanziamento pubblico 2009-2015







Canada France Germany Italy Japan UK US



Nuovi LEA

**Finanziamento
pubblico**





Senato della Repubblica

12^a Commissione Igiene e Sanità

Roma, 30 novembre 2016

Audizione della Fondazione GIMBE su:

**“Schema di DPCM recante
definizione e aggiornamento dei
livelli essenziali di assistenza (LEA)”
di cui all'articolo 1, comma 7, del DL 30 dicembre 1992, n. 502**

Nino Cartabellotta

Presidente

Art. 10.

Per garantire la sostenibilità
del servizio sanitario,
il denaro pubblico



deve finanziare
solo **interventi sanitari** efficaci,
appropriati e dall'high value.

CRITICITÀ METODOLOGICHE

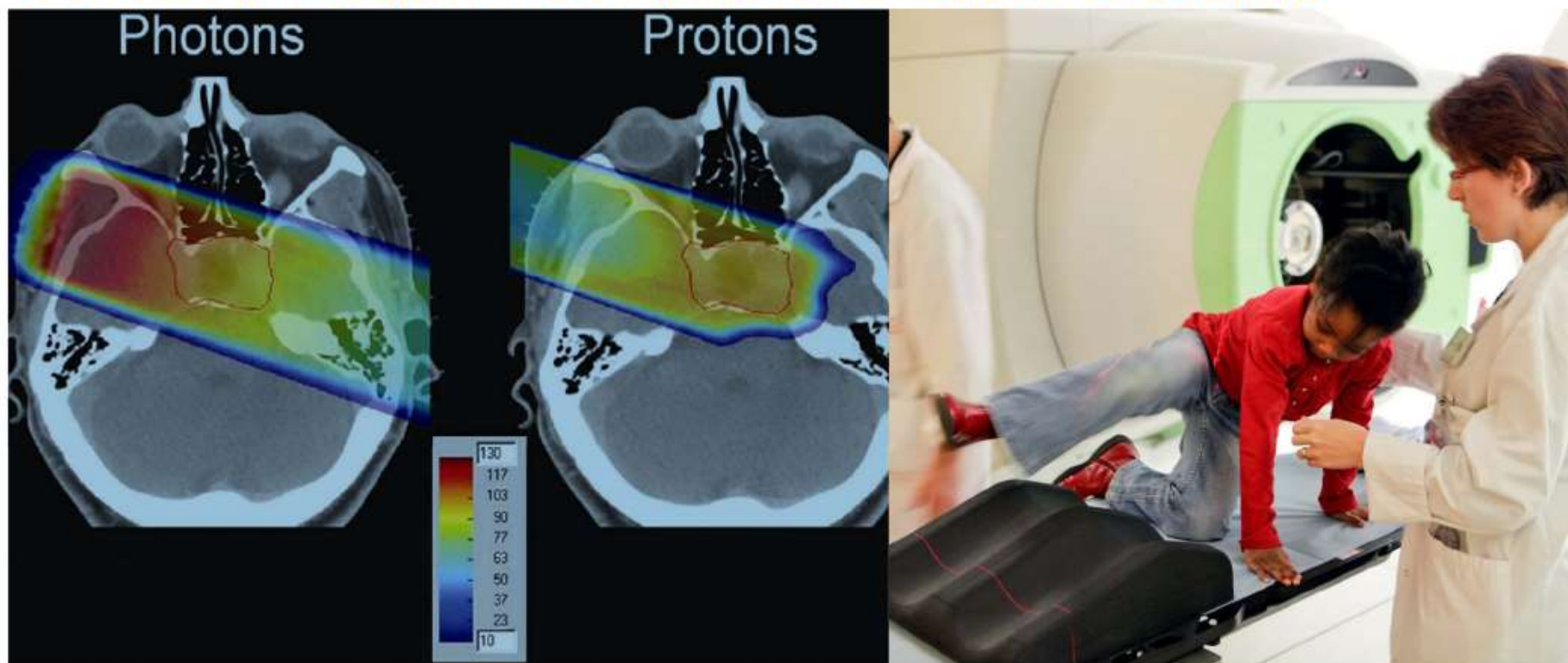
Il DPCM sui nuovi LEA non prevede alcuna metodologia per inserire le prestazioni nei LEA, spesso sdoganate anche in assenza di prove di efficacia solo per un'elevata domanda sociale e/o professionale

In assenza di un metodo rigoroso ed esplicito per favorire un adeguato trasferimento delle migliori evidenze nella definizione e aggiornamento dei LEA:

- Vengono incluse nei LEA prestazioni dal *value* basso o addirittura negativo (profilo rischio-beneficio sfavorevole)
- Rimangono escluse dai LEA prestazioni dall'elevato *value*

HADRON THERAPY IN CHILDREN

AN UPDATE OF THE SCIENTIFIC EVIDENCE FOR 15 PAEDIATRIC CANCERS



5 RECOMMENDATIONS^{ss}

To the clinicians:

- Patients (or their parents or representatives) should be fully informed that despite the physical underpinning of proton beam therapy, its clinical efficacy for the indications considered in this report has not yet been confirmed in clinical studies.

Research agenda:

- There is an urgent need for more research, not only on the clinical efficacy, side effects, and harms, but also on the economical aspects, and on the physics and biology. Clinical research should preferentially be conducted in an internationally coordinated way.

Telehealth: Mapping the Evidence for Patient Outcomes From Systematic Reviews

AHRQ Publication No. 16-EHC034-EF
June 2016



Table 2. Characteristics of systematic review evidence by clinical focus and telehealth function

Study Characteristic		Systematic Reviews (N)	Percent of Systematic Reviews by Category	Individual Studies included in Systematic Reviews ^a (N)	Patients ^a (N)
Clinical Focus	Cardiovascular Disease	12	21	121	57,811
	Mixed Chronic Condition	9	15	210	56,276
	Diabetes	8	14	103	16,823
	Behavioral Health	7	12	137	32,770
	Mixed Conditions	6	10	200	61,696
	Physical Rehabilitation	5	9	81	6,715
	Respiratory Disease	5	8	50	3,214
	ICU or Surgery Support	3	5	19	193
	Burn Care	1	2	16	6,782
	Preterm Birth	1	2	15	6,588
	Dermatological Conditions	1	2	24	11,942
	TOTAL for Systematic Reviews by Clinical Focus	58		976^b	260,054

Box 1. Key messages

- The research literature on telehealth is vast and varied, consisting of hundreds of systematic reviews and thousands of studies of use across various clinical conditions and health care functions.
- There is sufficient evidence to support the effectiveness of telehealth for specific uses with some types of patients, including—
 - Remote patient monitoring for patients with chronic conditions;
 - Communication and counseling for patients with chronic conditions;
 - Psychotherapy as part of behavioral health.

For these telehealth applications, the research focus should shift to how to promote broader implementation and address barriers.

- Additional systematic reviews may be helpful for some topics, such as consultation and maternal and child health, where primary studies are available but these have not been synthesized.
- For other uses, such as triage for urgent care, telehealth is cited as offering value but limited primary evidence was identified, suggesting more studies are needed.
- Future research also should assess the use and impact of telehealth in new health care organizational and payment models.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di
Bolzano del 15 settembre 2016

INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (scompenso cardiaco)

MACRO ATTIVITA'

- Percorsi assistenziali per i pazienti più complessi
- Continuità assistenziale e assistenza domiciliare
- Teleassistenza



ASSOCIAZIONI



MINISTERO DELLA
SALUTE



AGENAS



REGIONE



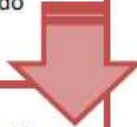
AZIENDA SANITARIA

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Favorire l'implementazione dei PDTA per i pazienti con scompenso cardiaco
2. Promuovere la diffusione di un modello organizzativo che garantisca la gestione bidirezionale integrata della persona tra il dipartimento cardiologico ospedaliero e i servizi del territorio
3. Promuovere forme di collaborazione professionale intra ed extra ospedaliere, finalizzate al miglioramento dell'assistenza, anche all'interno di ambulatori dedicati, in particolare per i pazienti con scompenso cardiaco avanzato, a più alta complessità di cura e per i portatori di dispositivi cardiaci
4. Promuovere l'adozione di forme di assistenza domiciliare e/o teleassistita (telemonitoraggio-telemedicina) per parametri vitali e/o predittori di riacutizzazione

OBIETTIVI GENERALI

- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva del paziente nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate



OBIETTIVI SPECIFICI

- Favorire la diffusione e la implementazione di linee guida e PDTA
- Ridurre la frammentazione dei percorsi
- Implementare modelli di monitoraggio della stabilità clinica del paziente nel territorio attraverso una organizzazione che tenga il più possibile a domicilio il paziente
- Migliorare la formazione del personale sanitario e non nella gestione della malattia
- Implementare l'uso della telemedicina e del controllo a distanza dei pazienti più anziani, in particolare nelle aree più disagiate
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato

RISULTATI ATTESI

- Aumento del numero di soggetti seguiti a domicilio
- Aumento dei casi seguiti in teleassistenza

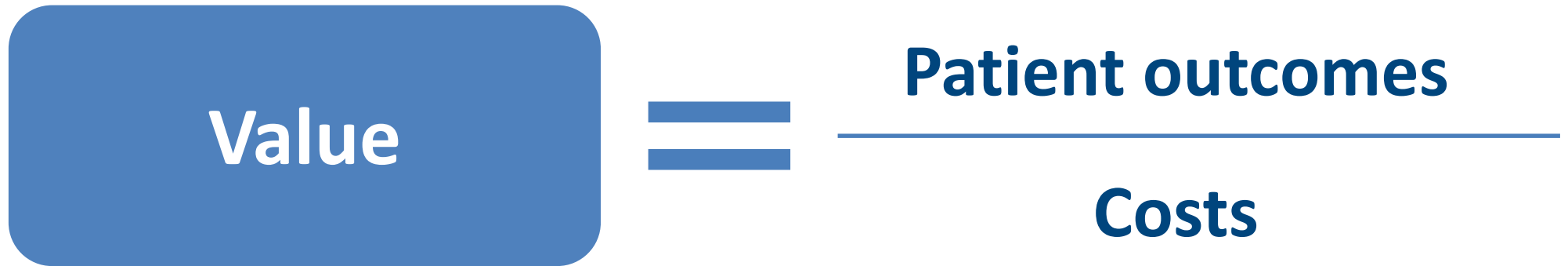
INDICATORI

- % di soggetti in assistenza domiciliare
- % di pazienti seguiti a domicilio e in teleassistenza

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

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



The diagram illustrates the concept of value in health care. On the left, a blue rounded rectangle contains the word "Value" in white. To its right is a blue equals sign. Further right is a fraction: "Patient outcomes" is written in blue above a horizontal blue line, and "Costs" is written in blue below the line.

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

VALUE

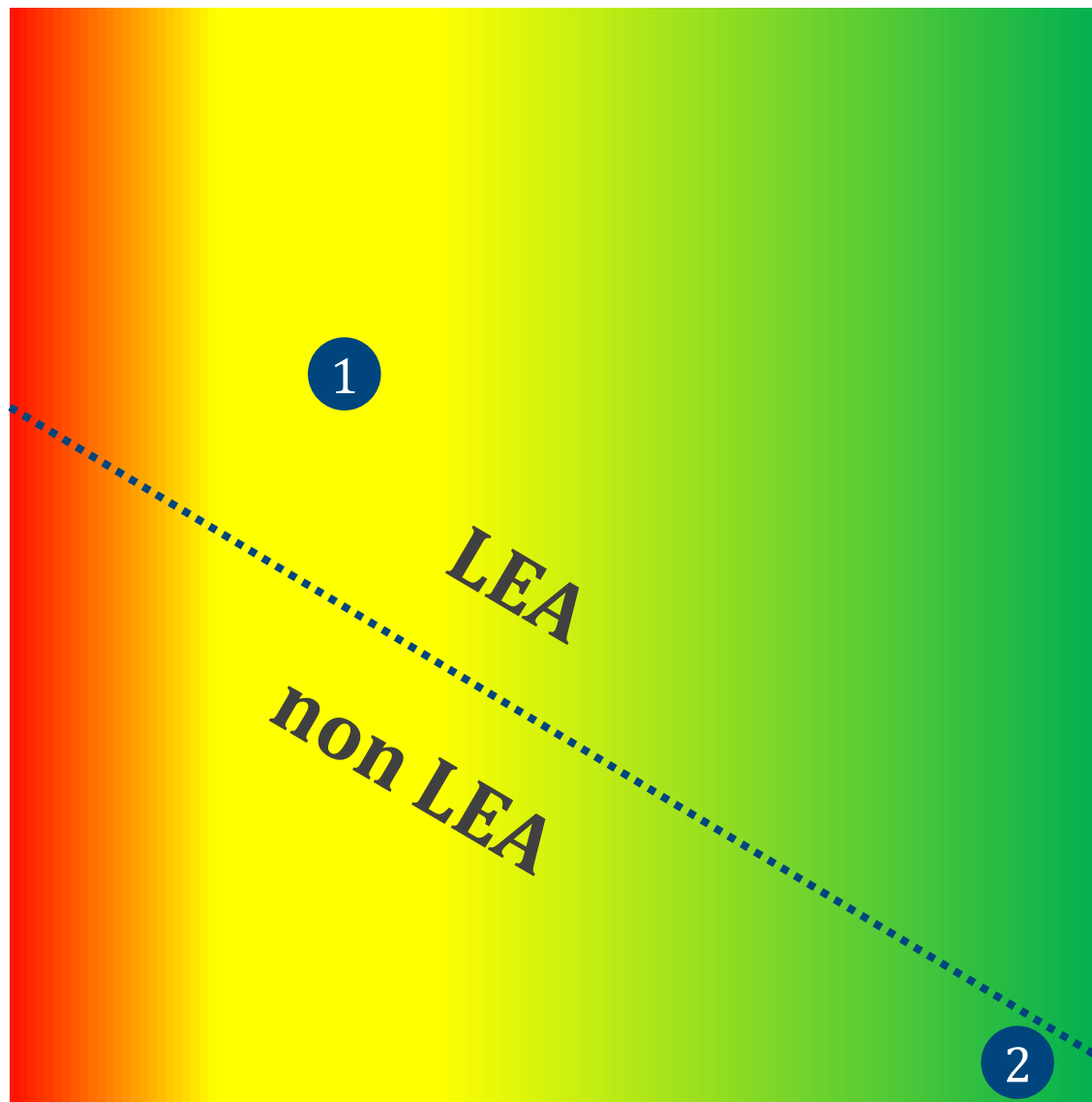
Negativo

Basso

Elevato

1. Adroterapia nei tumori solidi pediatrici

2. Telemedicina nello scompenso cardiaco



PRESTAZIONI

Dannose

Futili

Necessarie

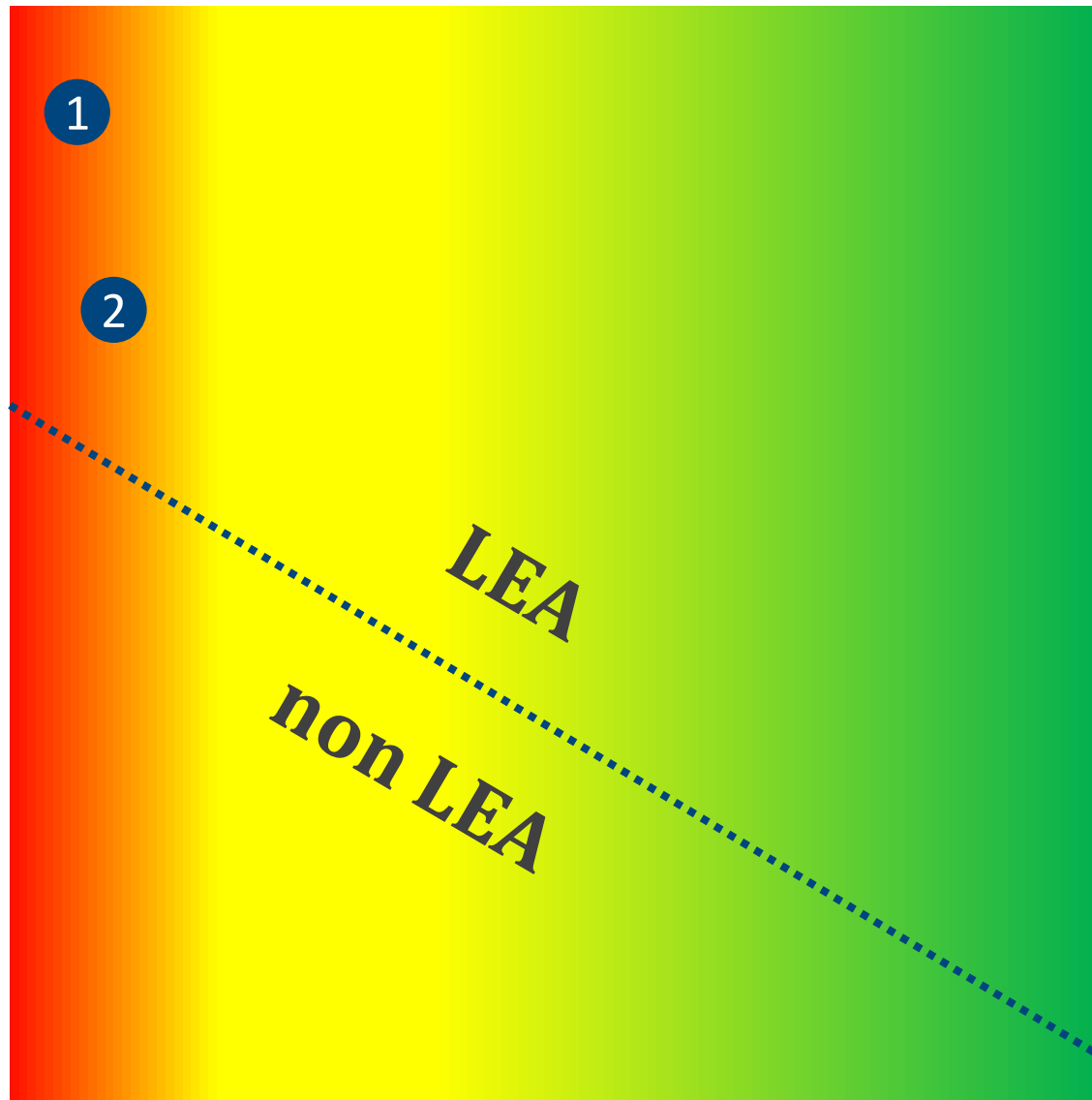
Indispensabili

VALUE

Negativo

Basso

Elevato



1

2

LEA

non LEA

**1. Chirurgia oncologica
in UU.OO sotto-soglia**

**2. Punti nascita < 500
parti/anno**

PRESTAZIONI

Dannose

Futili

Necessarie

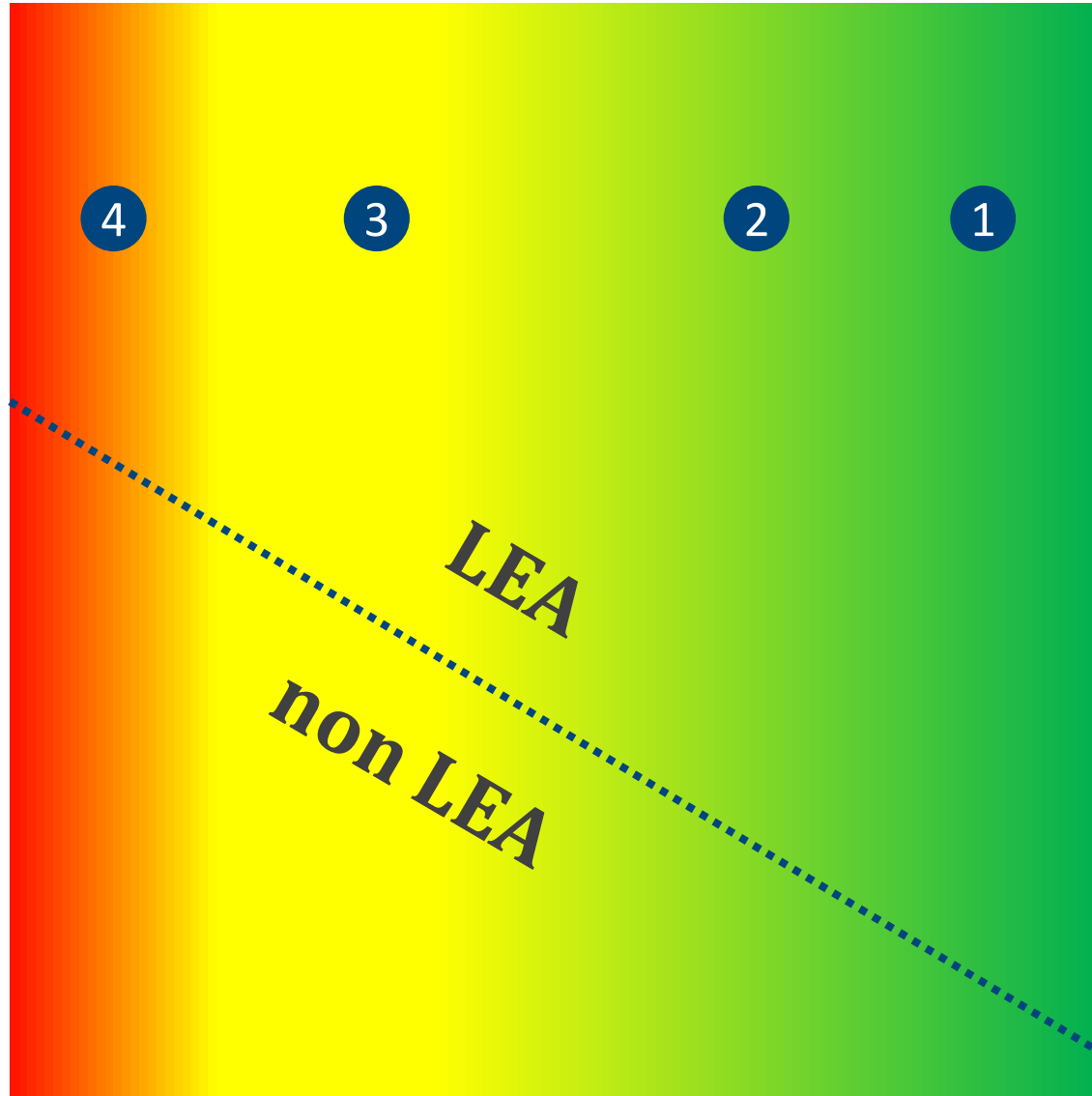
Indispensabili

VALUE

Negativo

Basso

Elevato



1. RMN in lombalgia acuta:
pazienti con *red flags*

2. RMN in lombalgia acuta
pazienti senza *red flags*,
dopo 4-6 settimane

3. RMN in lombalgia acuta:
pazienti senza *red flags*,
dopo 2-3 settimane

4. RMN in lombalgia acuta
pazienti senza *red flags*,
entro 1 settimana

PRESTAZIONI

Dannose

Futili

Necessarie

Indispensabili

La sfida più ardua per la Commissione non è l'aggiornamento dei LEA in quanto tale, ma l'inderogabile necessità di standardizzare e rendere espliciti le metodologie per formulare le annuali proposte di aggiornamento

Infatti, considerato che nel SSN esistono innumerevoli asimmetrie informative che alimentano consumismo sanitario e sprechi, è indispensabile un metodo *evidence & value-based* per aggiornare le prestazioni incluse nei LEA, al fine di:

- Garantire servizi e prestazioni sanitarie ad elevato *value*
- Escludere prestazioni dal basso *value*
- Impedire l'erogazione di prestazioni dal *value* negativo

COMMISSIONE 12^a (IGIENE E SANITA')

(Estensore: Sen. Nerina DIRINDIN)

Roma, 14 dicembre 2016

Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (n. 358)

- in vista del già prefigurato aggiornamento dei LEA (v. art. 2 dell'Intesa Stato-Regioni-Province autonome del 7 settembre 2016 - Rep. Atti n. 157/CSR), è opportuno che, sul piano metodologico, siano esplicitamente individuati e resi noti i criteri (etici, economici, organizzativi e scientifici) che presiedono alle scelte modificative, di inserimento, *delisting* o esclusione;

**Prestazioni
sanitarie**

Evidence & Value

Value elevato

**Liste positive
Finanziamento pubblico**

Value basso

**Spesa privata
Compartecipazione**

Value incerto

**Ricerca comparativa
indipendente**

Value negativo

**Liste negative
Evitare l'erogazione**

PRESTAZIONI

VALUE

Indispensabili

Elevato

Necessarie

Spesa pubblica

LEA

non LEA

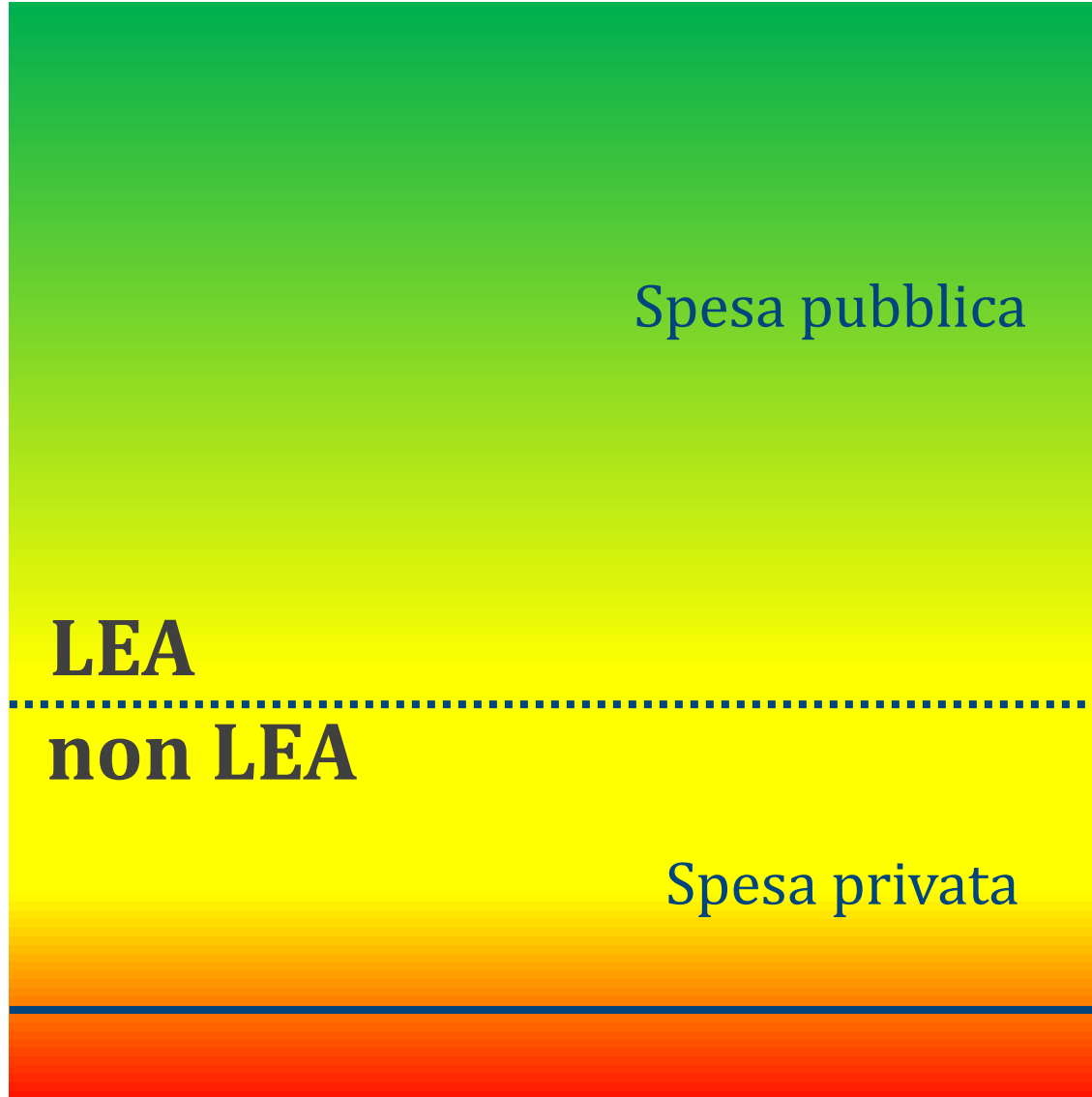
Basso

Futili

Spesa privata

Dannose

Negativo





3

1 dic
2016

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | 🖨

TAG

Prestazioni specialistiche

Livelli essenziali di assistenza - LEA

Ambulatori

Prestazioni sanitarie

IN PARLAMENTO

Gimbe: nuovi Lea non sostenibili senza un metodo rigoroso sulle prestazioni sanitarie

Numerosi elementi positivi ma anche criticità strutturali. Li ha indicati la Fondazione Gimbe ieri nel corso dell'audizione presso la 12a Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica in merito allo «Schema di Dpcm recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Lea)».

Tra gli elementi positivi Gimbe riconosce la ridefinizione dell'articolazione dei Lea con maggior dettaglio nella descrizione delle prestazioni; l'aggiornamento dei nomenclatori delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica; la definizione dettagliata di programmi e prestazioni di assistenza socio-sanitaria; l'aggiornamento degli elenchi di malattie



27 gen
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | 🖨

TAG

Prestazioni specialistiche

Livelli essenziali di assistenza - LEA

Ambulatori

Prestazioni sanitarie

IN PARLAMENTO

Nuovi Lea: grande traguardo politico a rischio di illusione collettiva?

di *Nino Cartabellotta* (presidente Fondazione Gimbe)

Con la firma del Premier Gentiloni il Ministro Lorenzin è riuscita nella titanica impresa in cui avevano fallito i suoi predecessori Turco e Balduzzi: dopo oltre 15 anni sono stati aggiornati i livelli essenziali di assistenza (Lea), che ora attendono solo il visto della Corte dei Conti per essere pubblicati in Gazzetta Ufficiale. Una grande enfasi mediatica ha celebrato il traguardo enfatizzando tutte le nuove prestazioni offerte ai cittadini: nuovo piano vaccini, screening neonatali per sordità e cataratta



3 apr
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | 🖨

DAL GOVERNO

Fondazione Gimbe: «I nuovi Lea? Un sogno»

di *Nino Cartabellotta (presidente Fondazione Gimbe)*

Il Ministro Lorenzin ha definito il 18 marzo 2017 una data “storica per la sanità italiana”, salutando la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del Dpcm sui nuovi livelli essenziali di assistenza (Lea) come l'occasione concreta di «creare un servizio sanitario nazionale sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini».

La pubblicazione dei nuovi Lea in Gazzetta Ufficiale conclude un iter atteso da quasi 10 anni: grande merito al Ministro Lorenzin per aver raggiunto un successo

politico mancato dai suoi predecessori Turco e Balduzzi. Tuttavia, sfumata l'onda di



TAG

Livelli essenziali di assistenza - LEA

Ambulatori

Prestazioni sanitarie

Prestazioni specialistiche

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it