

4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

Nino Cartabellotta

Fondazione GIMBE

Roma, 11 giugno 2019

Sala Capitolare, Chiostro del Convento di Santa Maria sopra Minerva
Senato della Repubblica

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it

Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN





Luglio 2018

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale



Luglio 2018

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale



Settembre 2018

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale



Settembre 2018

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale



Gennaio 2019

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale



Febbraio 2019

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale



Marzo 2019

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale



Maggio 2019

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale

Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025



#salviamoSSN

Presentato a **Roma il 7 giugno 2016**
Sala degli Atti parlamentari della
Biblioteca "Giovanni Spadolini"
Senato della Repubblica

2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale



#salviamoSSN

Presentato a **Roma il 6 giugno 2017**
Sala degli Atti parlamentari della
Biblioteca "Giovanni Spadolini"
Senato della Repubblica

2018

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

2019

4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

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



#salviamoSSN

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, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8508

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

Istituzione del servizio sanitario nazionale.



1978 - 2018



Ministero della Salute

40° Servizio Sanitario Nazionale

> 1978 ○ ○ ○ ○ ----- 2018 >

LA SFIDA **CONTINUA**



#40SSN





Abbiamo da poco ricordato i 40 anni del Servizio sanitario nazionale. È stato – ed è – un grande motore di giustizia, un vanto del sistema Italia. Che ha consentito di aumentare le aspettative di vita degli italiani, ai più alti livelli mondiali. Non mancano difetti e disparità da colmare. Ma si tratta di un patrimonio da preservare e da potenziare.

Sergio Mattarella, 31 dicembre 2018

#SSN(40)!

Servizio Sanitario Nazionale
Dal 1978 si prende cura di noi

Outline

1. Premesse
2. La spesa per la salute in Italia
3. Value for money della spesa sanitaria
4. Determinanti della crisi di sostenibilità
5. Prognosi del SSN al 2025
6. Il Piano di Salvataggio



Disclosure

- Il Rapporto è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale
- La Fondazione GIMBE non è portatrice di alcun interesse di categoria
- Tutte le analisi sono state effettuate in maniera indipendente con il solo obiettivo di ottenere il massimo ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità
- La Fondazione GIMBE eroga attività di formazione e coaching su alcuni temi trattati dal Rapporto
- Nessun altro conflitto da dichiarare



Outline

- 1. Premesse**
2. La spesa per la salute in Italia
3. Value for money della spesa sanitaria
4. Determinanti della crisi di sostenibilità
5. Prognosi del SSN al 2025
6. Il Piano di Salvataggio



Spesa sanitaria

Spesa sociale

Livelli Essenziali di Assistenza

Prevenzione collettiva
e sanità pubblica

Assistenza distrettuale

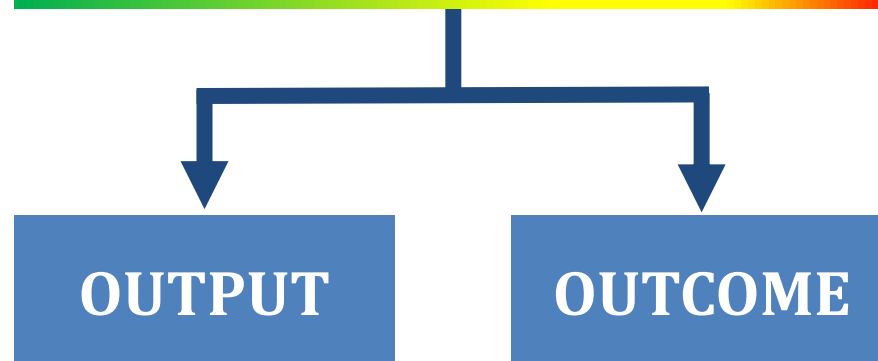
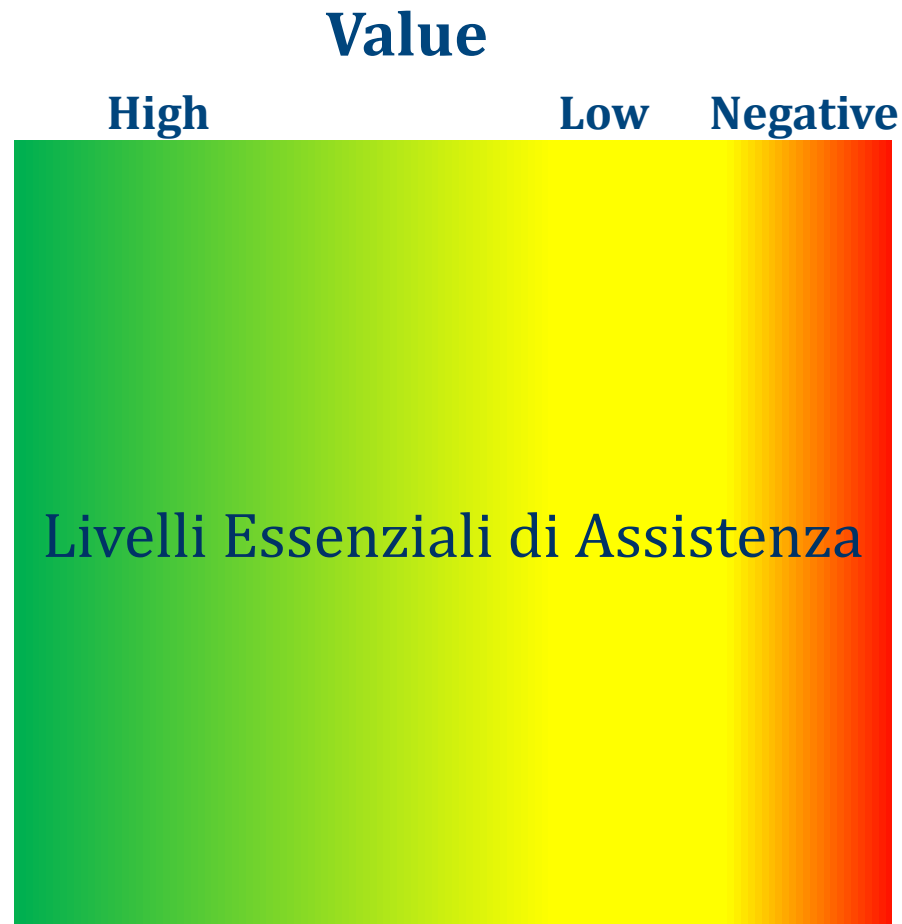
Assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale

Assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale

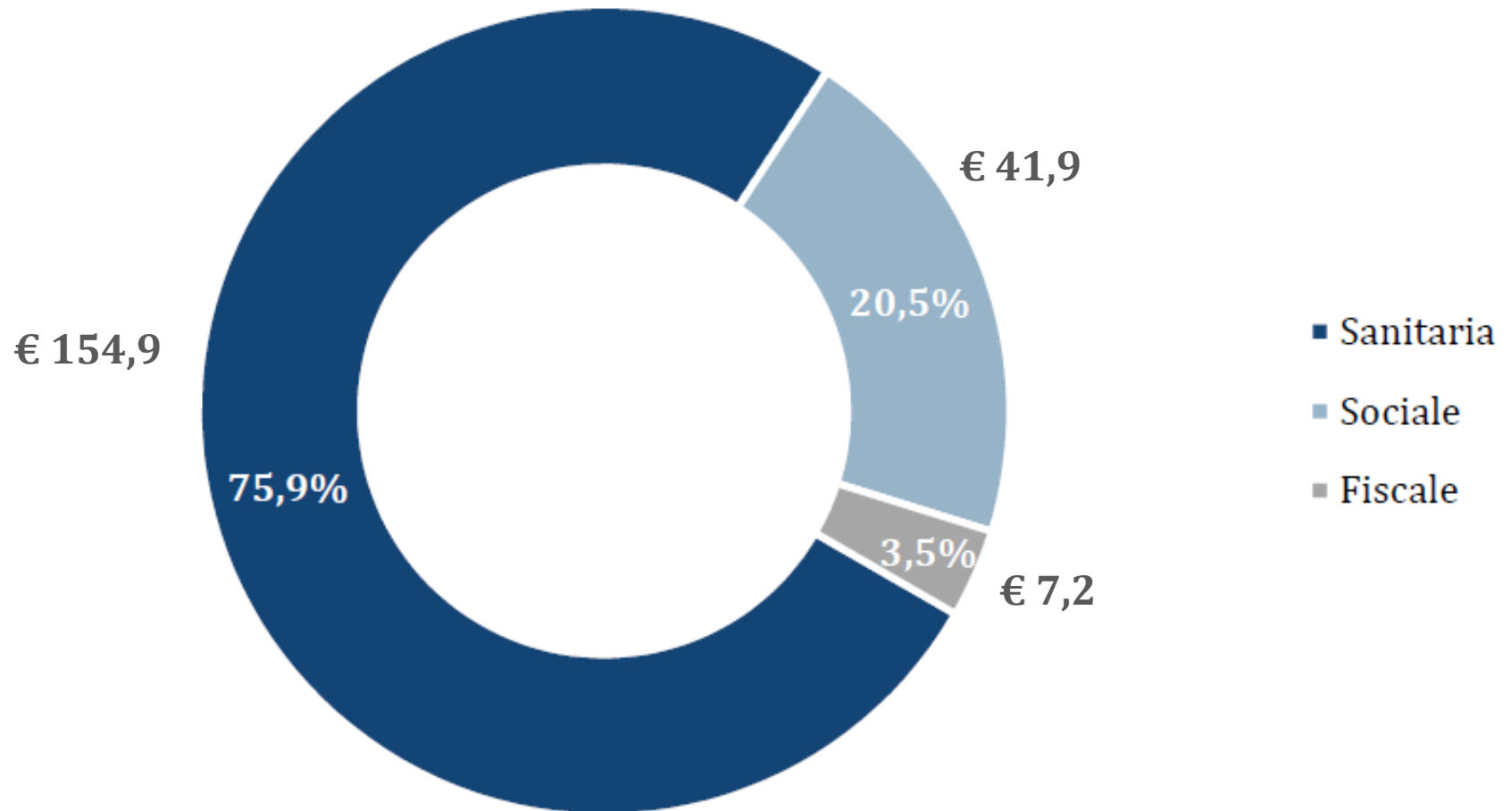
Assistenza ospedaliera

Prestazioni sociali per LTC

Prestazioni in denaro



2017: € 204 miliardi di spesa per la salute



Outline

1. Premesse
- 2. La spesa per la salute in Italia**
3. Value for money della spesa sanitaria
4. Determinanti della crisi di sostenibilità
5. Prognosi del SSN al 2025
6. Il Piano di Salvataggio



€ 154,9 miliardi di spesa sanitaria

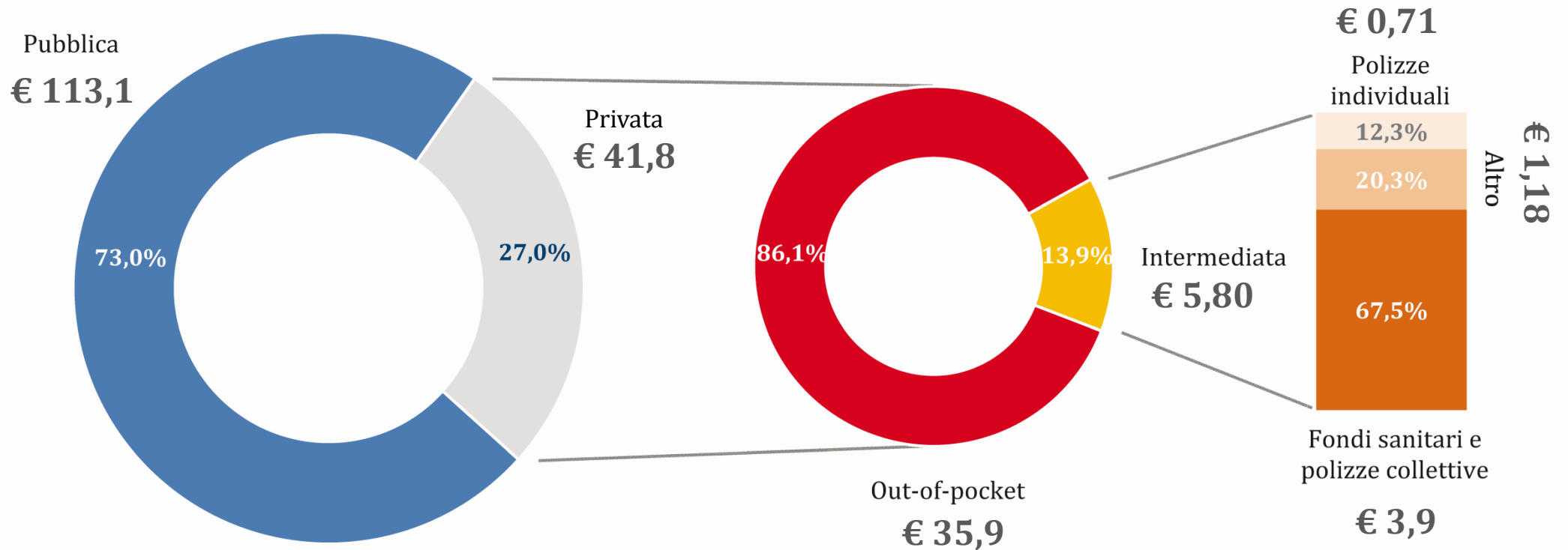


Figura 2.2 Spesa sanitaria pubblica 2017 per funzioni di assistenza sanitaria (dati ISTAT-SHA)

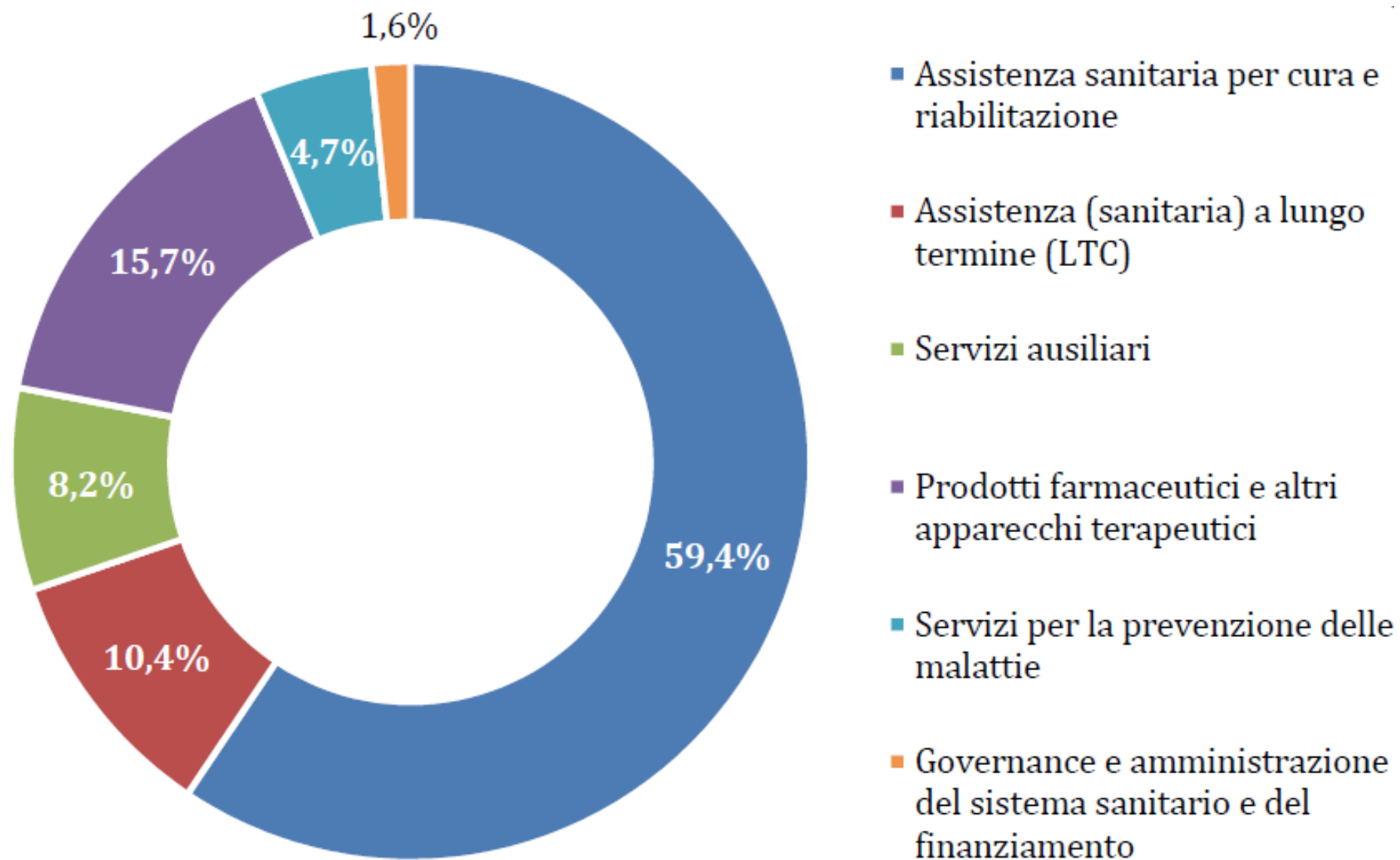


Figura 2.5. Trend spesa sanitaria corrente vs finanziamento ordinario del SSN 2000-2017 (dati da⁴⁷)

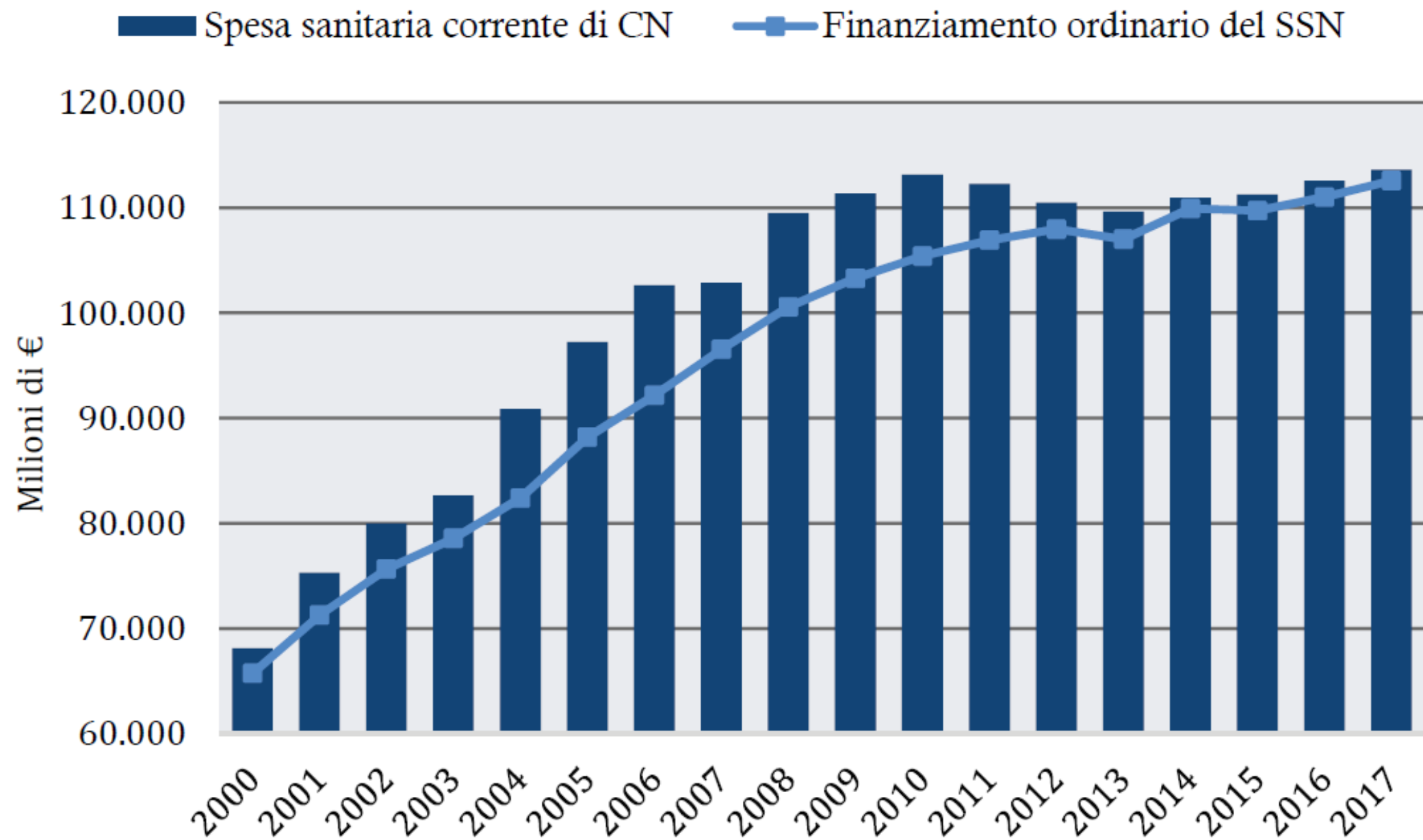


Figura 2.4. Trend spesa sanitaria pubblica 2001-2017 (dati da⁴⁶)

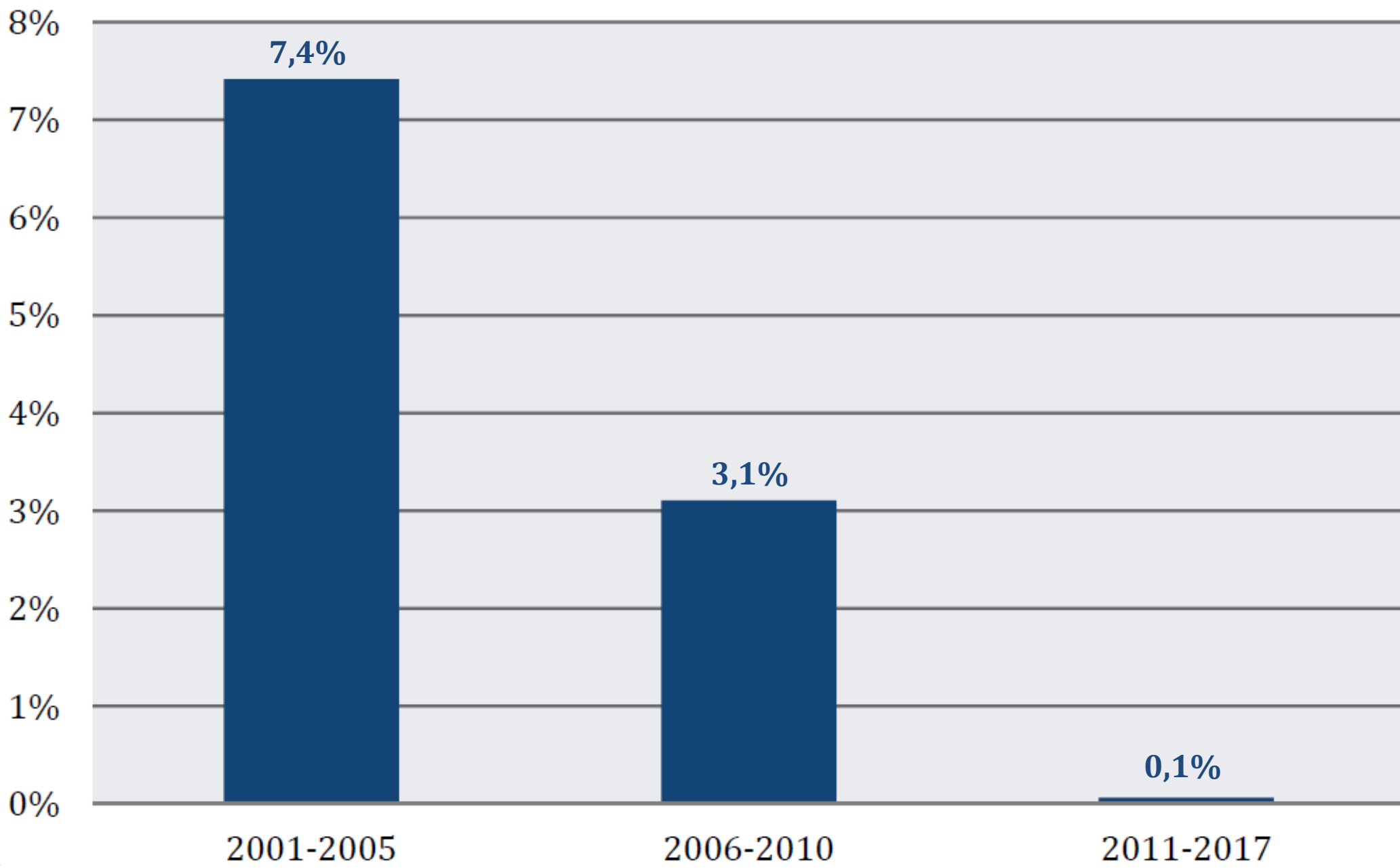


Figura 2.3. Spesa sanitaria pubblica 2017 per aggregati (dati da⁴⁴)

- Redditi da lavoro dipendente
- Consumi intermedi
- Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market
- Altre componenti di spesa

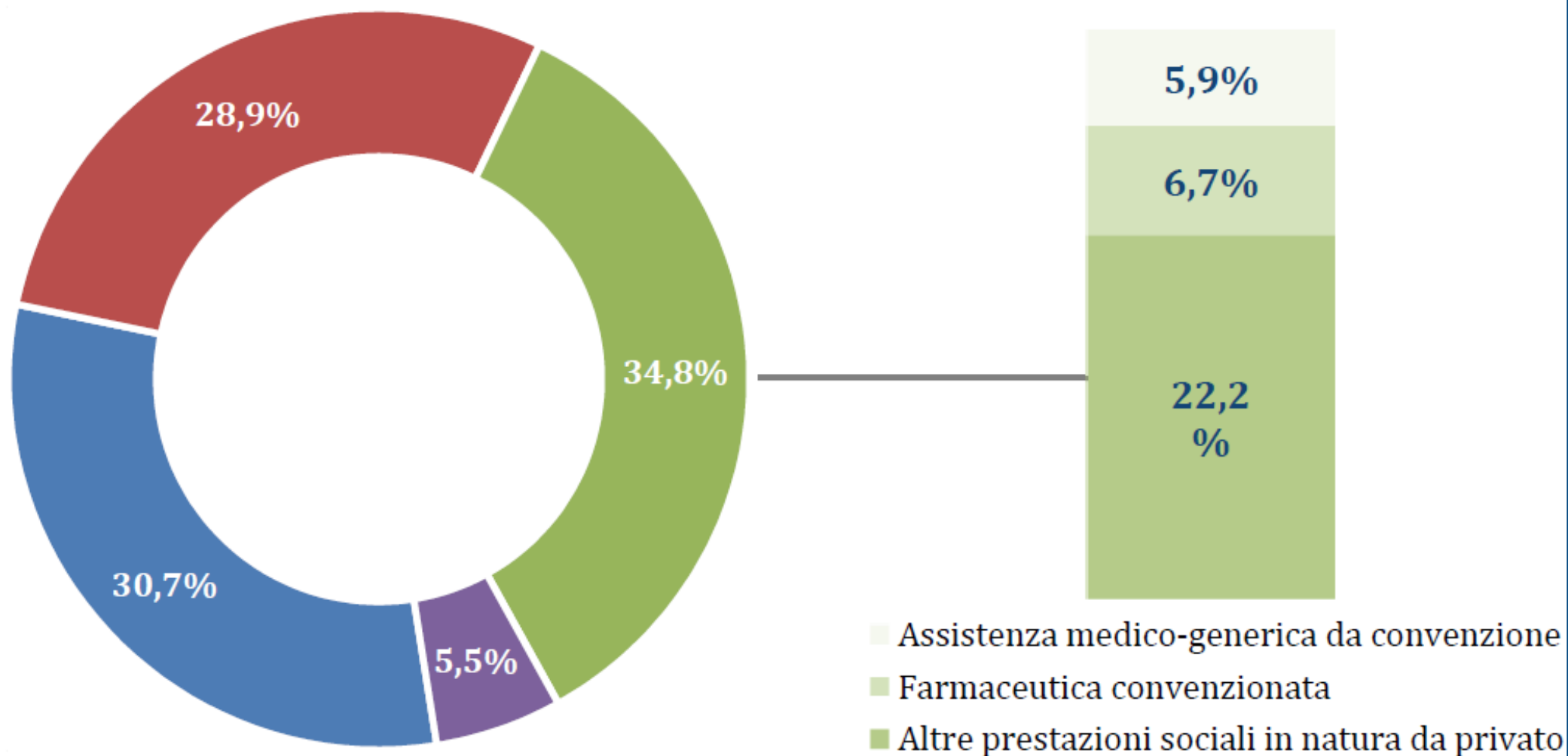


Figura 2.7. Trend aggregati di spesa sanitaria 2000-2017 (dati da⁵⁰)

- Consumi intermedi
- Assistenza medico-generica da convenzione
- Altre componenti di spesa
- Farmaceutica convenzionata
- Altre prestazioni sociali in natura da privato
- Redditi da lavoro dipendente

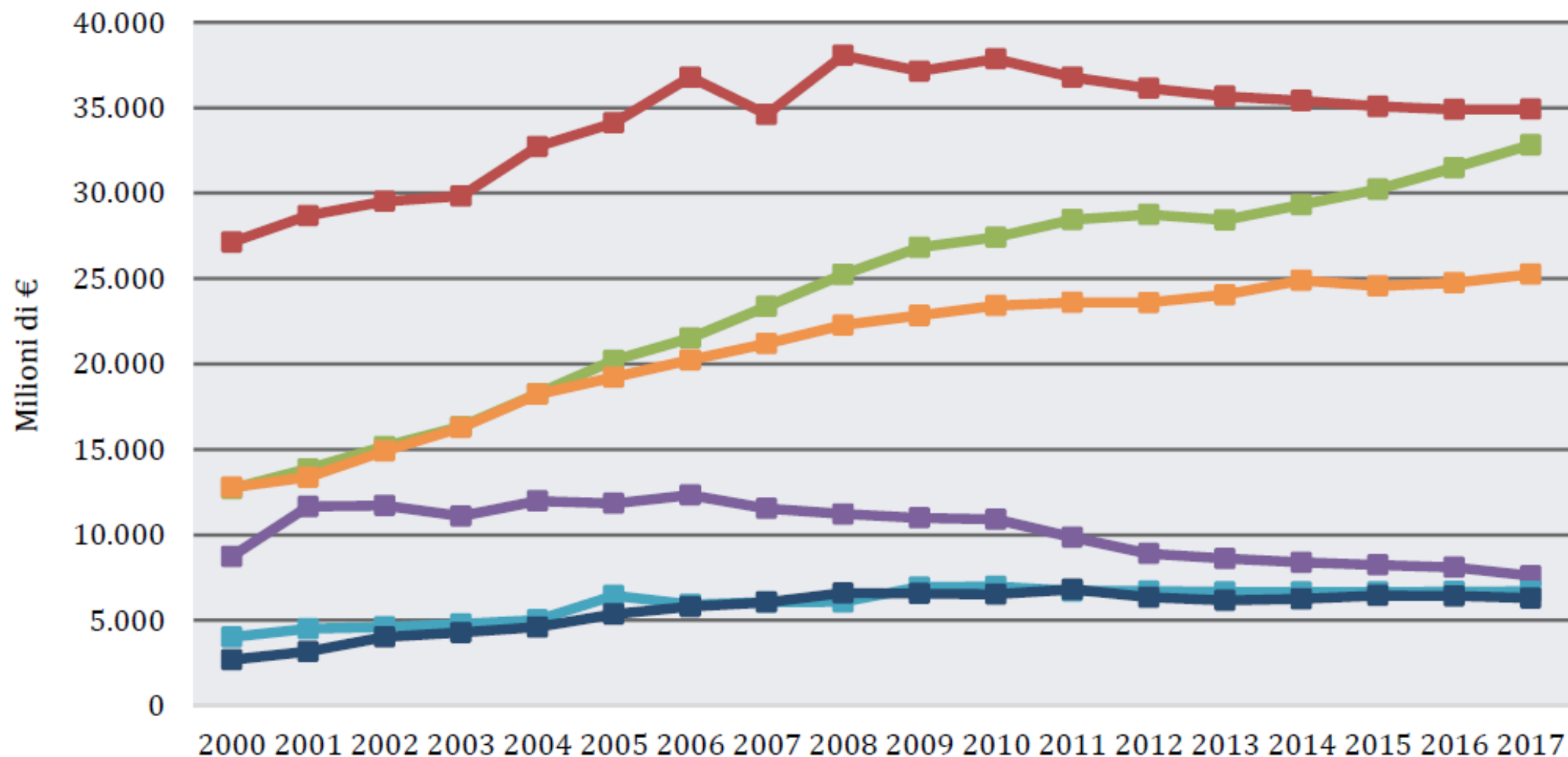
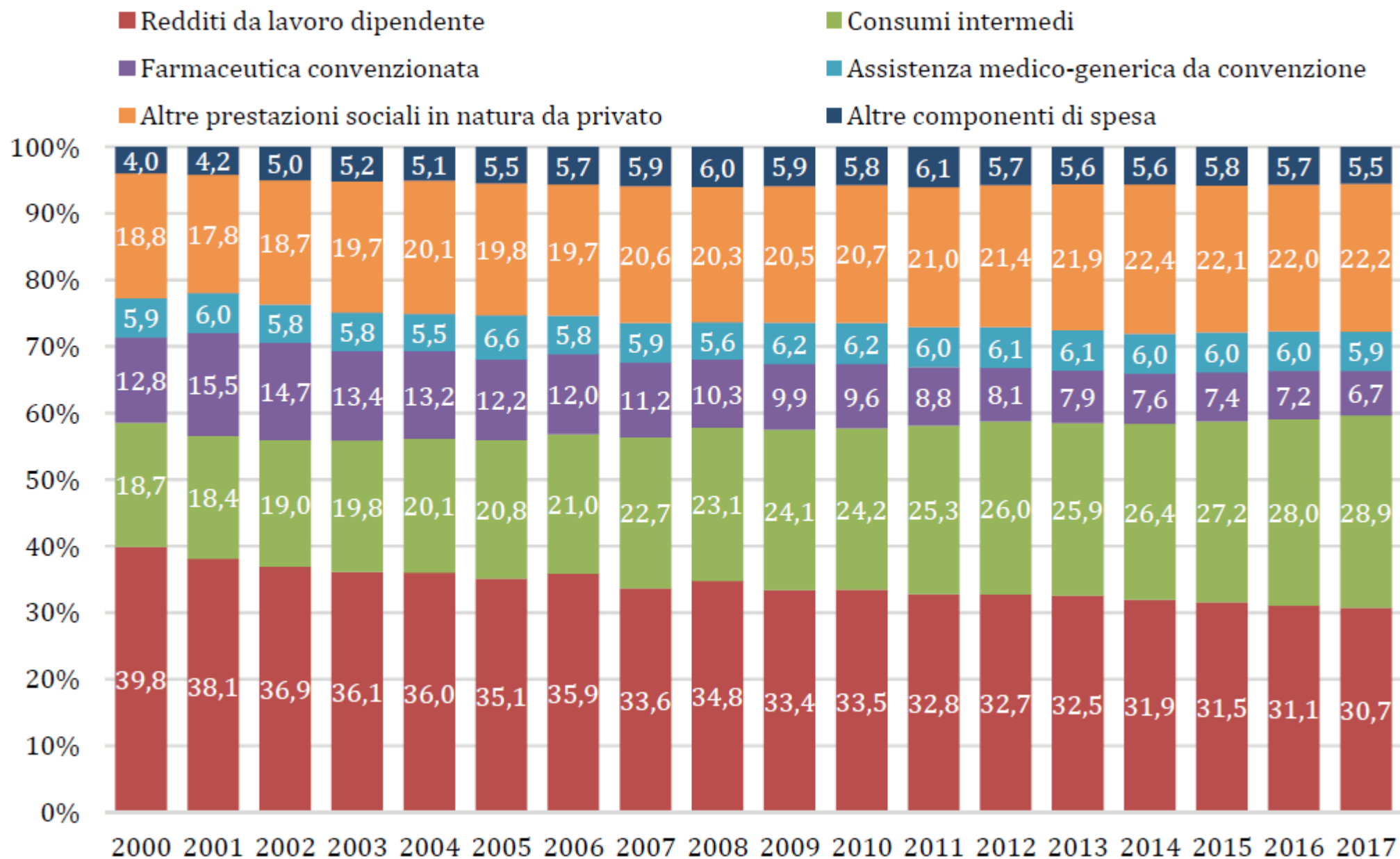
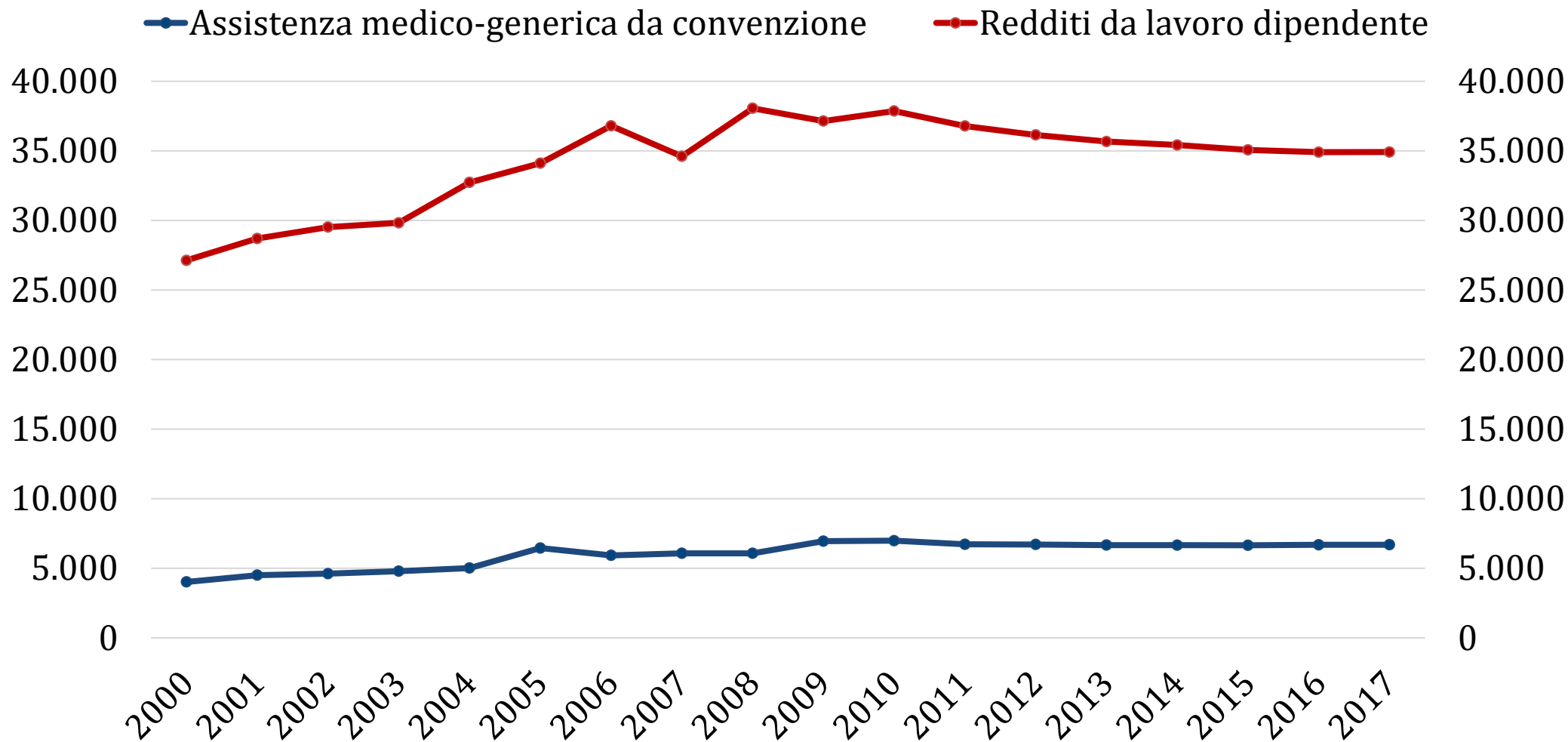


Figura 2.8. Composizione percentuale della spesa sanitaria 2000-2017 (dati da⁵¹)





*Elaborazione GIMBE da: MEF, Ragioneria Generale dello Stato
5° Rapporto sul monitoraggio della spesa sanitaria. Novembre, 2018*



- **Età media personale SSN**

50,6 anni nel 2016 vs 43,5 nel 2001

Conto economico del personale della Pubblica Amministrazione 2016
(Ragioneria generale dello Stato, 01/02/2018)

- **Medici di medicina generale**

14.908 pensionamenti entro il 2022, 33.392 entro il 2028

Studio FIMMG-ANAAO 10/02/2018

- **Medici ospedalieri**

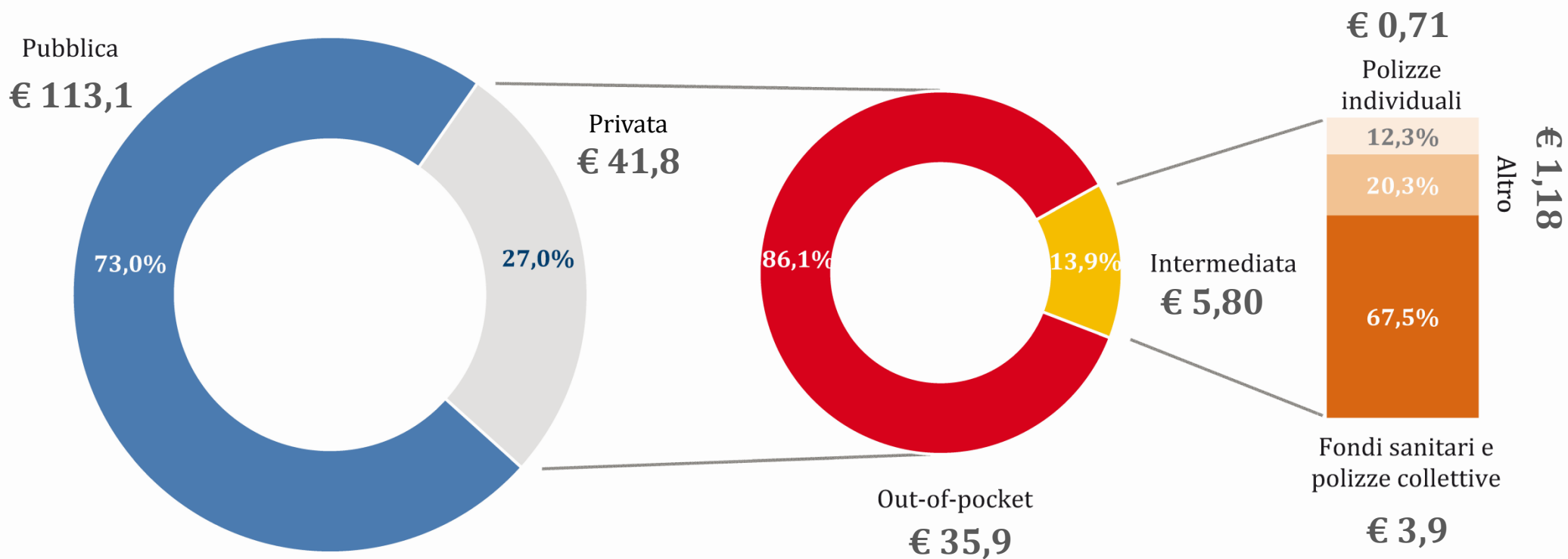
47.284 pensionamenti al 2028

Studio FIMMG-ANAAO 10/02/2018

52.000 pensionamenti al 2025 ← **effetto Quota 100**

Studio ANAAO 04/03/2019

€ 41,8 miliardi di spesa sanitaria privata

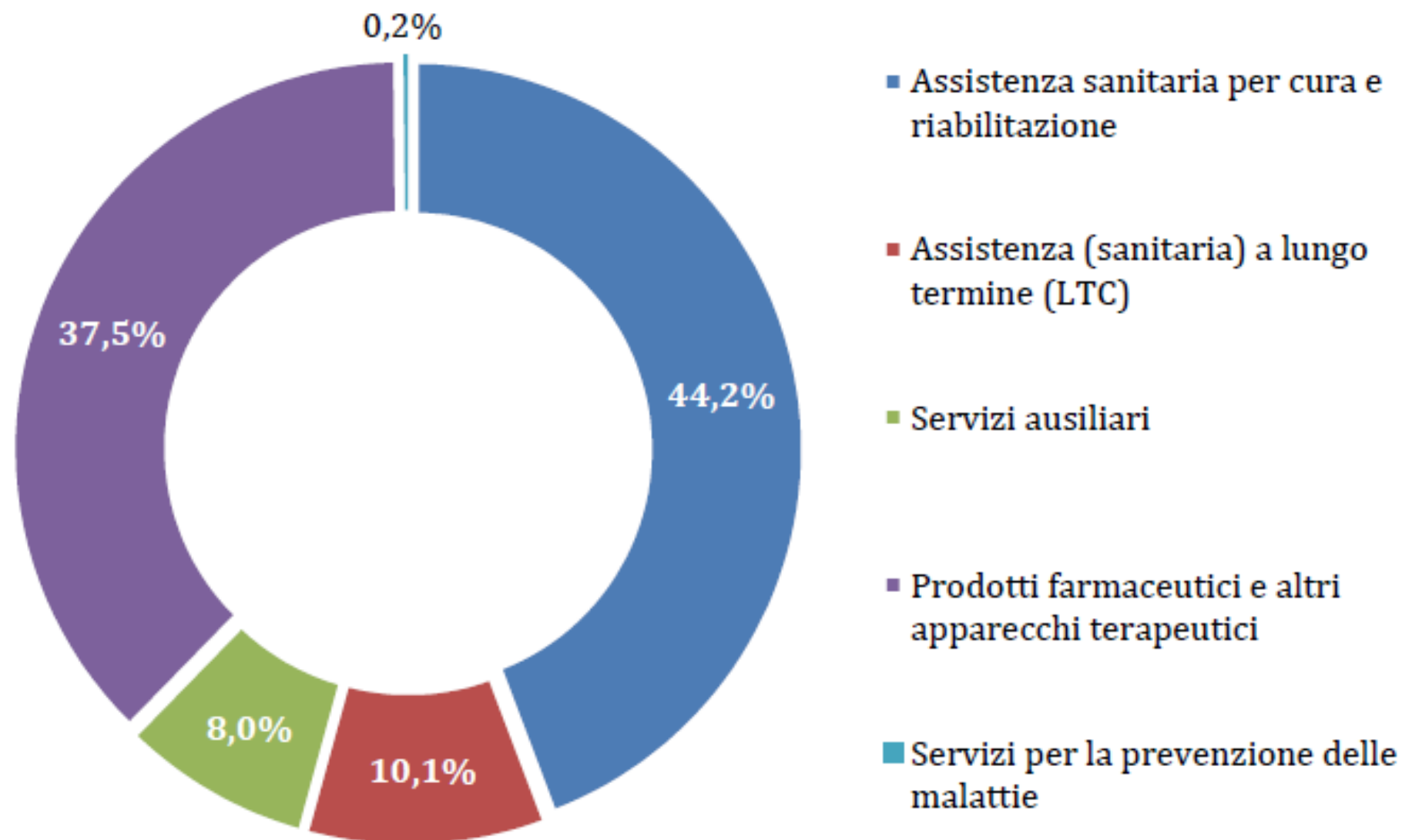


Spesa privata

- Stime effettuate da diverse Istituzioni e organizzazioni riportano differenze in relazione a:
 - pluralità dei soggetti
 - eterogeneità delle fonti
 - inclusione spesa intermediata, da uno o più “terzi paganti”
 - metodi utilizzati
- Il Rapporto GIMBE ha analizzato le discordanze e, ove possibile, identificato le relative motivazioni



Figura 2.11. Spesa sanitaria delle famiglie 2017 per funzione di spesa



Categoria COICOP	ISTAT-SHA	OCPS	Delta
061: medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali	€ 13.504	€ 13.713	€ 209
0611: prodotti farmaceutici	€ 10.218	€ 8.806	€ 0
0612: altri prodotti medicali		€ 1.412	
0613: attrezzature ed apparecchi terapeutici	€ 3.286	€ 3.495	€ 209
062: servizi ambulatoriali	€ 16.960	€ 20.567	€ 3.607
0621: servizi medici	€ 13.849	€ 5.000	- € 349
0622: servizi dentistici		€ 8.500	
0623: servizi paramedici	€ 3.111	€ 7.067*	€ 3.956
063: servizi ospedalieri	€ 5.461	€ 5.406	- € 55
HC.6 Servizi per la prevenzione delle malattie [§]	€ 64	€ 0	- € 64
TOTALE	€ 35.989	€ 39.686	€ 3.697
HF2. Regimi di finanziamento volontari	€ 3.697	€ 0,0	- € 3.697
TOTALE	€ 39.686,0	€ 39.686,0	€ 0,0

*di cui € 3.866 milioni per servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, etc.) e € 3.201 milioni per servizi diagnostici che COICOP include nel codice 0623: servizi paramedici.

[§]codifica COICOP non prevista

Spesa out-of-pocket

Fronteggia le minori
tutele pubbliche?

Alimenta il consumismo
sanitario?



Tabella 2.5. Componenti di variazioni al perimetro della spesa out-of-pocket (dati in milioni)

Componente di spesa	Fonte	Riduzione perimetro	Ampliamento perimetro
Spese in farmacia escluse da ISTAT-SHA*	Federfarma	-	+€ 5.572
Assistenza disabili e anziani a domicilio o in casa di cura	OCPS	-	+€ 1.800
Detrazioni IRPEF	Corte dei Conti	€ -3.864	-
Ticket: quota prezzo di riferimento [§]	AIFA	€ -1.050	-
Acquisto farmaci di fascia A [§]	AIFA	€ -1.317	-
Ticket: quota fissa ricetta + prestazioni [#]	Corte dei Conti, AIFA	€ -1.835	-
Contributo per assistenza in RSA [°]	OCPS	€ -3.300	-

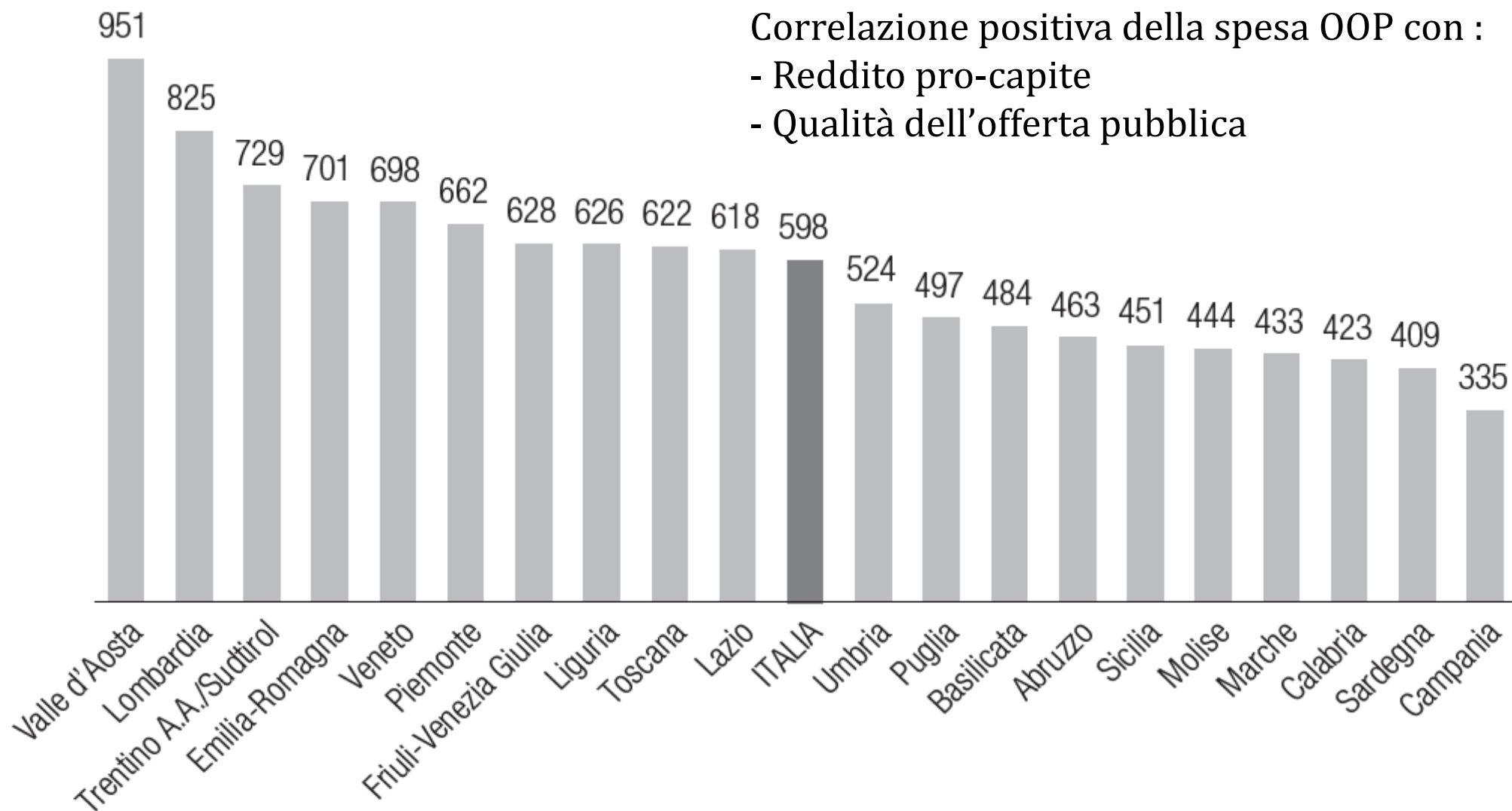
*Presidi medico-chirurgici, omeopatici, erboristeria, integratori (€ 3.606.441), nutrizionali (€ 388.023), parafarmaci (€ 1.577.121)

[§]Scelta individuale del cittadino

[#]Assimilabile a imposta

[°]Spesa non strettamente sanitaria

Figura 6.9 **Spesa sanitaria pro capite delle famiglie per regione (valore medio 2015-2017)**



Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

€ 41,9 miliardi di spesa sociale

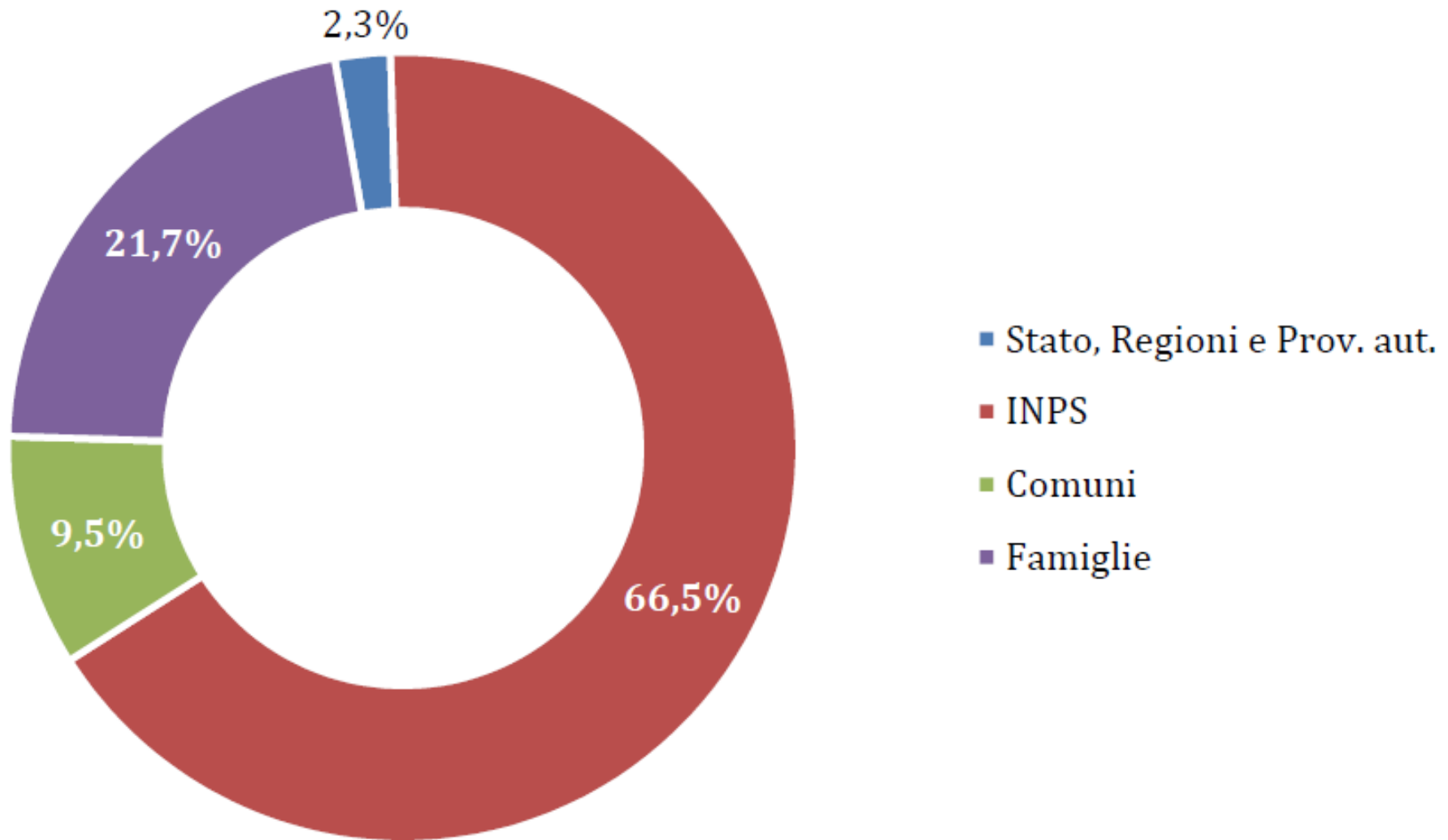
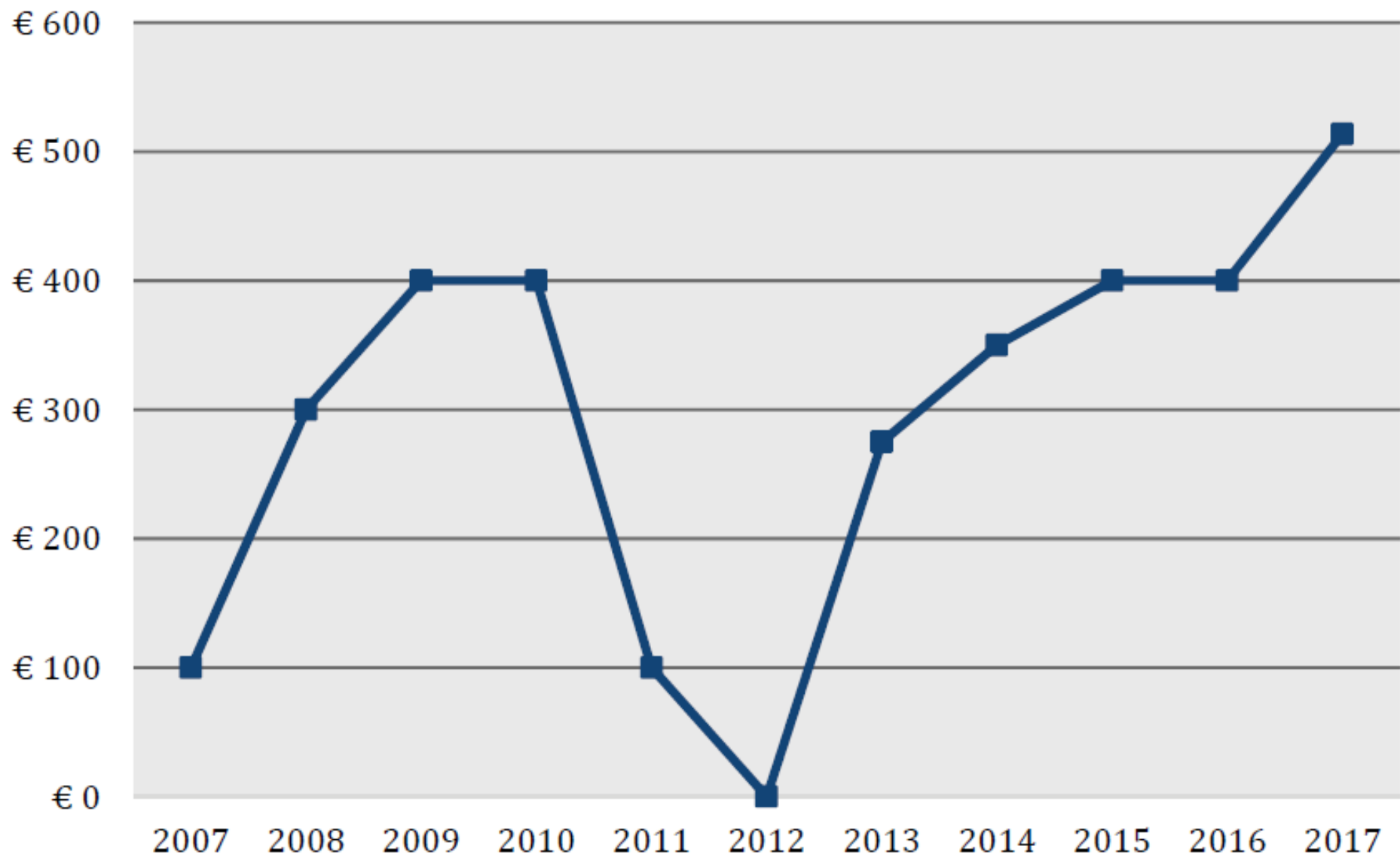


Figura 2.19. Fondo Nazionale per la non autosufficienza: trend 2007-2017 (dati in milioni)



Erogatore	Prestazione	Valore
Stato	<ul style="list-style-type: none"> Fondo nazionale per la non autosufficienza 	€ 513,6
Regioni e Prov. aut	<ul style="list-style-type: none"> Fondi regionali per la non autosufficienza 	€ 435,5*
INPS	<ul style="list-style-type: none"> Pensioni di invalidità previdenziale 	€ 8.475,9
	<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni assistenziali 	€ 17.326,3
	<ul style="list-style-type: none"> Permessi retribuiti (L. 104/1992) 	€ 2.051,2 [§]
Comuni	<ul style="list-style-type: none"> In denaro 	€ 1.591,0
	<ul style="list-style-type: none"> In natura 	€ 2.386,0
Famiglie (diretta)	<ul style="list-style-type: none"> Servizi di badantato regolari[#] 	€ 5.009,0 [§]
Famiglie (indiretta)	<ul style="list-style-type: none"> Mancato reddito caregiver 	€ 4.100,0 [§]
Totale		€ 41.888,5

*Spesa relativa solo al fondo per la non autosufficienza della Regione Emilia Romagna.

[§]Stime

[#]Per le badanti irregolari la stima è compresa tra € 3.492 e € 7.082 milioni.

Tabella 2.8. Provvidenze erogate dall'INPS per finalità sociali di interesse sanitario (dati in milioni)

Categoria	Tipologia	Importo
Pensioni di invalidità previdenziale	Assegno di invalidità	€ 3.968,3
	Pensione di inabilità	€ 1.150,2
	Pensione di invalidità (ante L. 222/84)	€ 3.357,4
Prestazioni assistenziali	Indennità di accompagnamento	€ 13.802,0*
	Pensioni agli invalidi civili	€ 3.524,3
TOTALE		€ 25.802,2

€ 7,3 miliardi di spesa fiscale

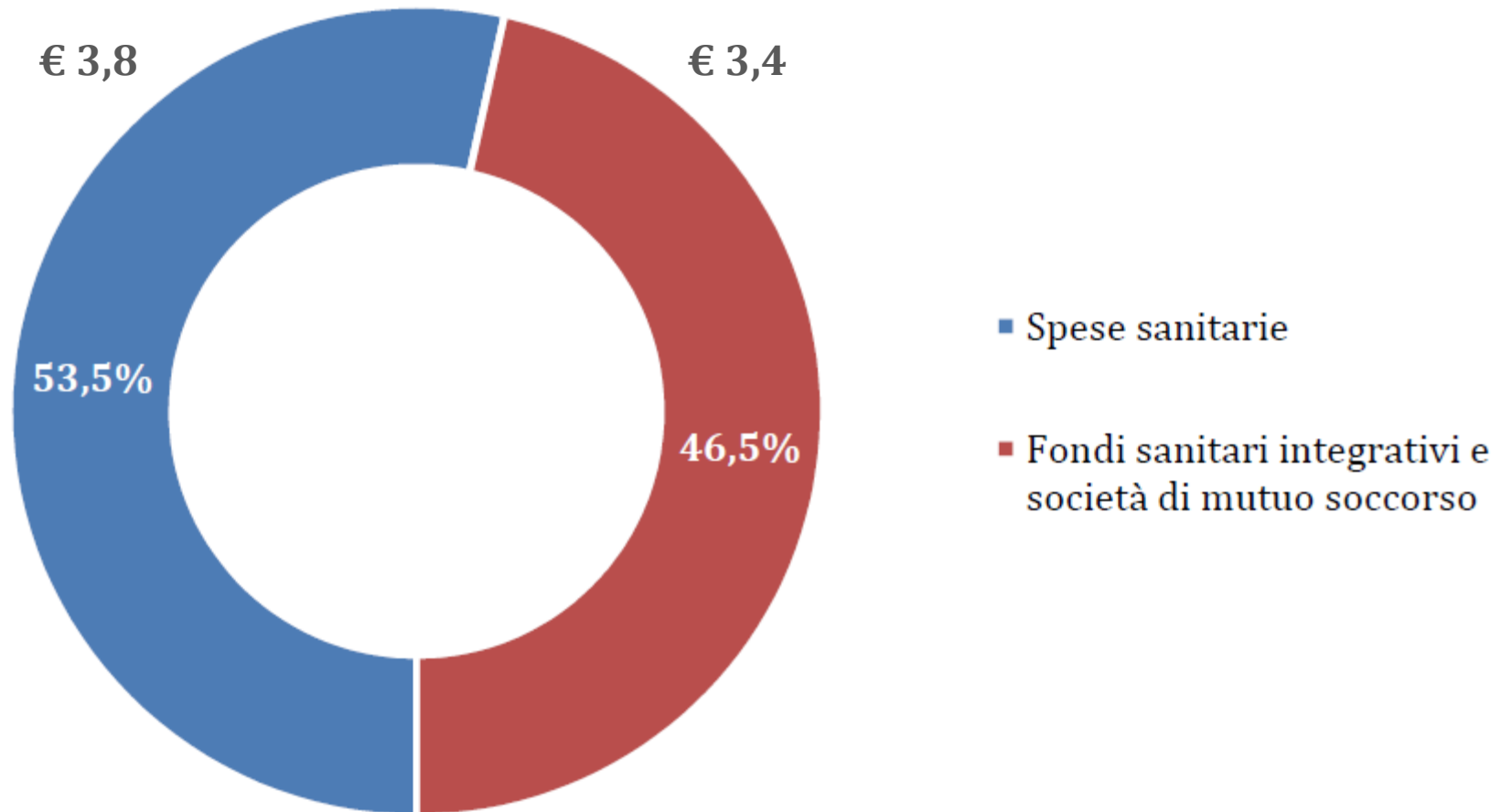


Figura 2.21. Spesa fiscale per spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida: trend 2008-2017 (dati in milioni)

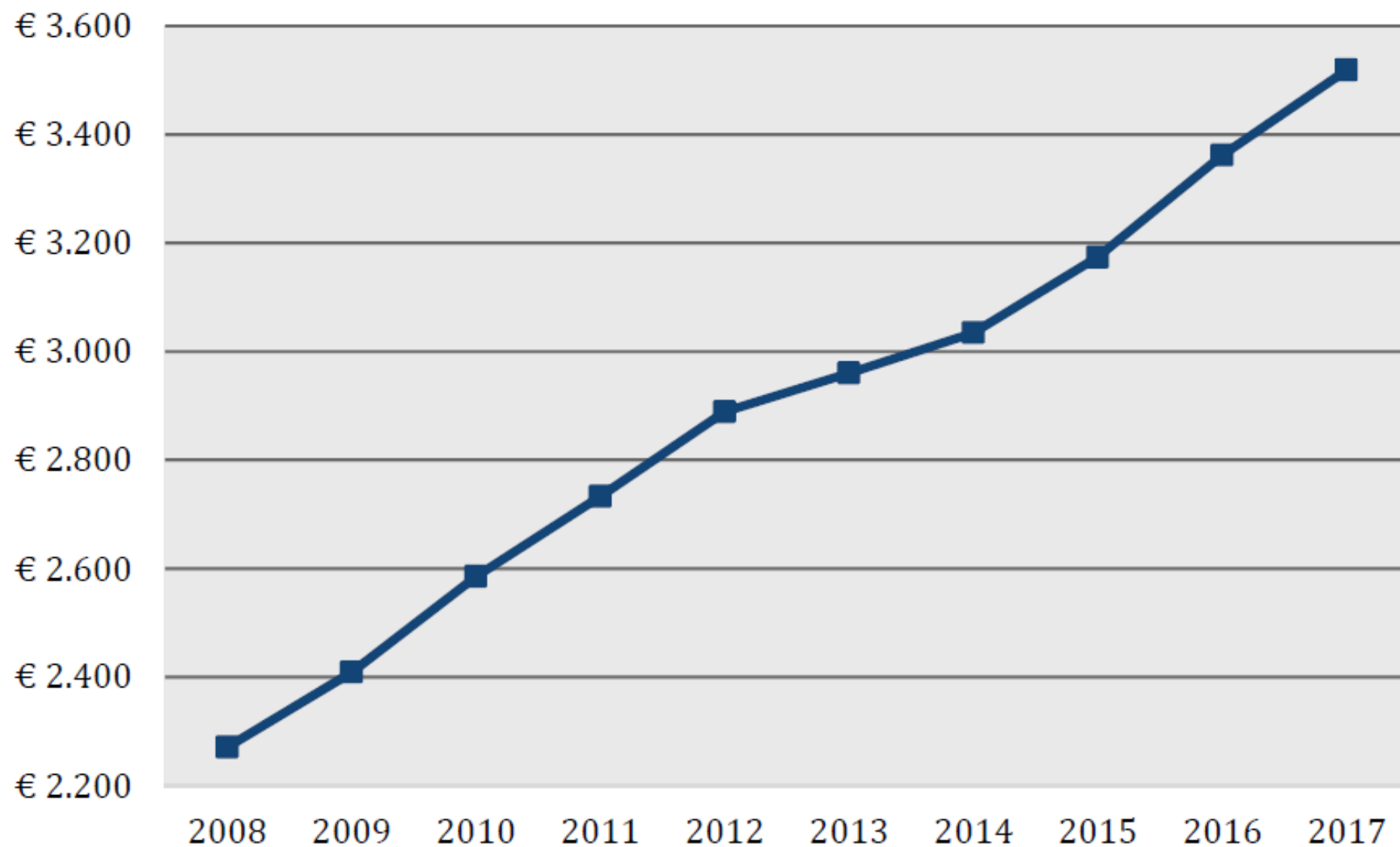


Tabella 2.12. Spesa fiscale per spese sanitarie e fondi sanitari (dati in milioni)

Tipologia	Importo	Spesa fiscale
Spese sanitarie	€ 19.862,7	€ 3.864,3
Contributi versati a fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso	€ 11.227,7	€ 3.361,2*
TOTALE	€ 31.090,4	€ 7.225,5
*Stima		

L'importo relativo ai fondi sanitari è ampiamente sottostimato perché esclude:

- deduzioni fiscali da parte delle quote versate dalle imprese
- impatto fiscale del welfare aziendale

Tabella 1.1 La spesa per la salute in Italia, anno 2017 (dati in milioni)

Spesa	Tipologia	Importo	Totale
Sanitaria	• Pubblica	€ 113.131	€ 154.920,0
	• Out-of-pocket	€ 35.989	
	• Intermediata	€ 5.800	
Sociale di interesse sanitario	• Fondo nazionale non autosufficienza	€ 513,6	€ 41.888,5
	• Fondi regionali non autosufficienza	€ 435,5	
	• INPS	€ 27.853,4	
	• Comuni	€ 3.977,0	
	• Famiglie	€ 9.109,0	
Fiscale	• Spese sanitarie	€ 3.864,3	€ 7.225,5
	• Fondi sanitari integrativi	€ 3.361,2	
TOTALE			€ 204.034,0

Outline

1. Premesse
2. La spesa per la salute in Italia
- 3. Value for money della spesa sanitaria**
4. Determinanti della crisi di sostenibilità
5. Prognosi del SSN al 2025
6. Il Piano di Salvataggio



What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

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

Value

=

Patient outcomes

Costs

Cosa riduce il *value for money* in 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*

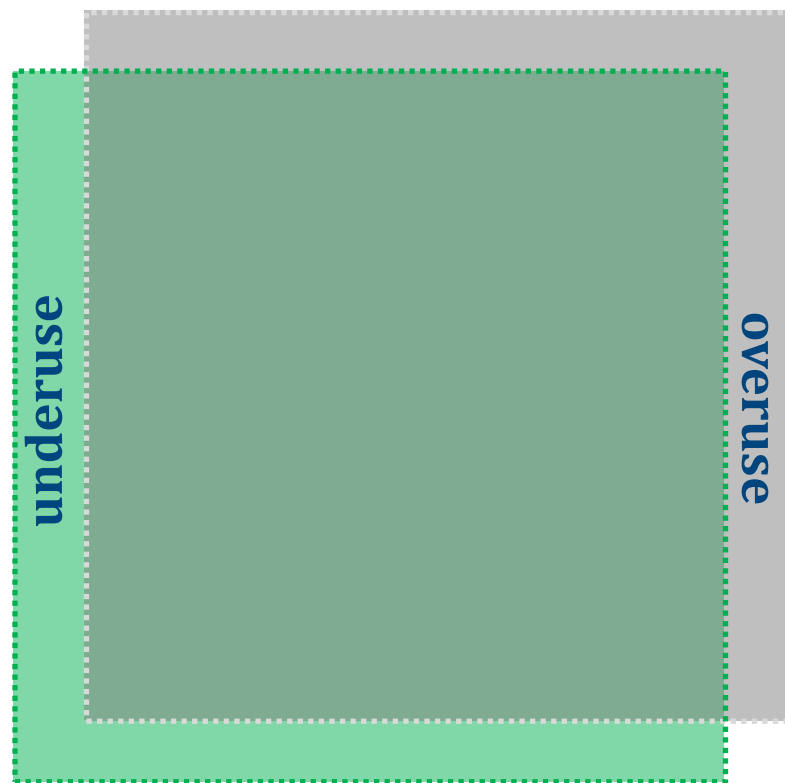


Value for money della spesa sanitaria

- **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

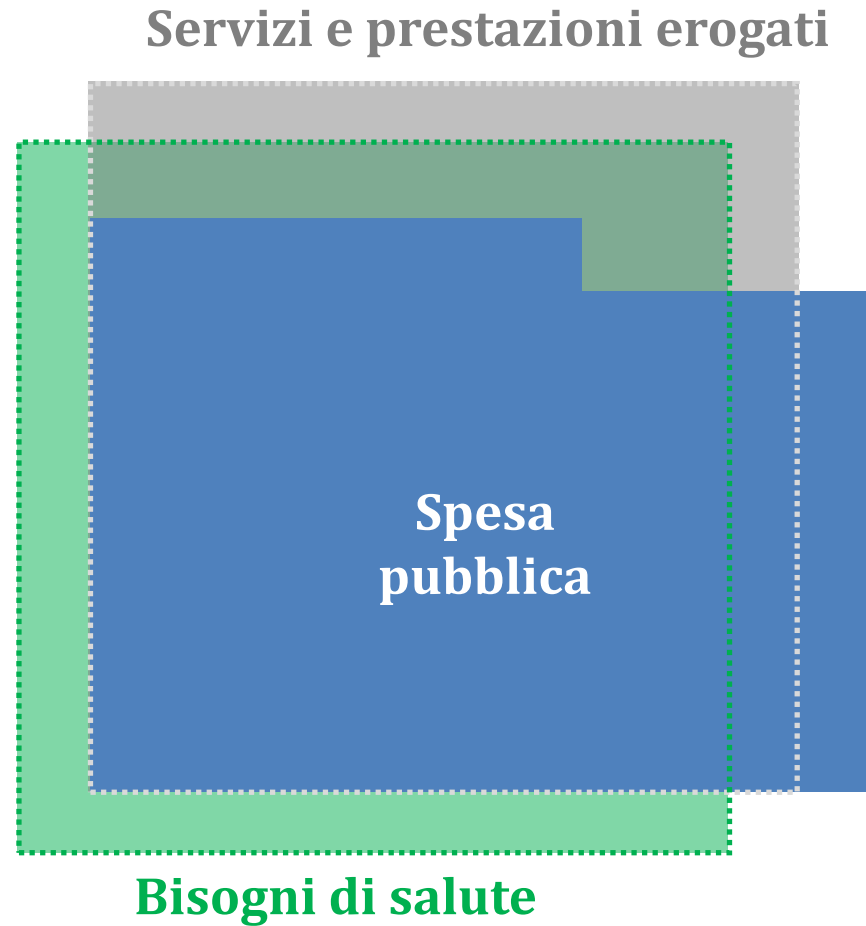


Servizi e prestazioni erogati



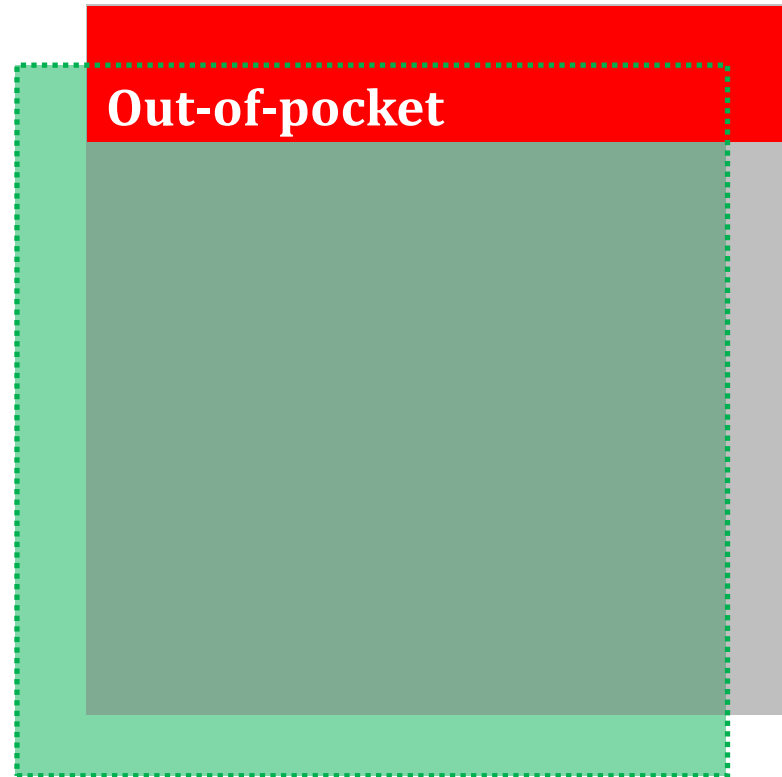
Bisogni di salute

€ 113,1 miliardi



€ 35,9 miliardi

Servizi e prestazioni erogati



Bisogni di salute

€ 5,8 miliardi

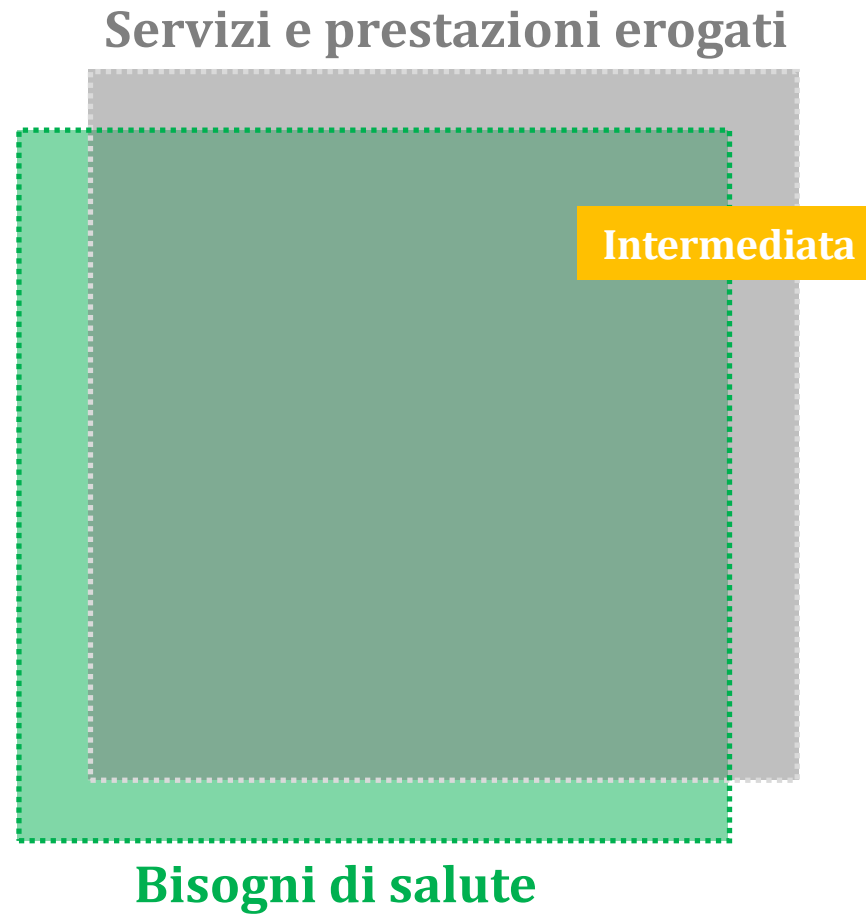


Tabella 2.13. Value for money della spesa sanitaria, valori percentuali (anno 2017)

Spesa sanitaria	<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)

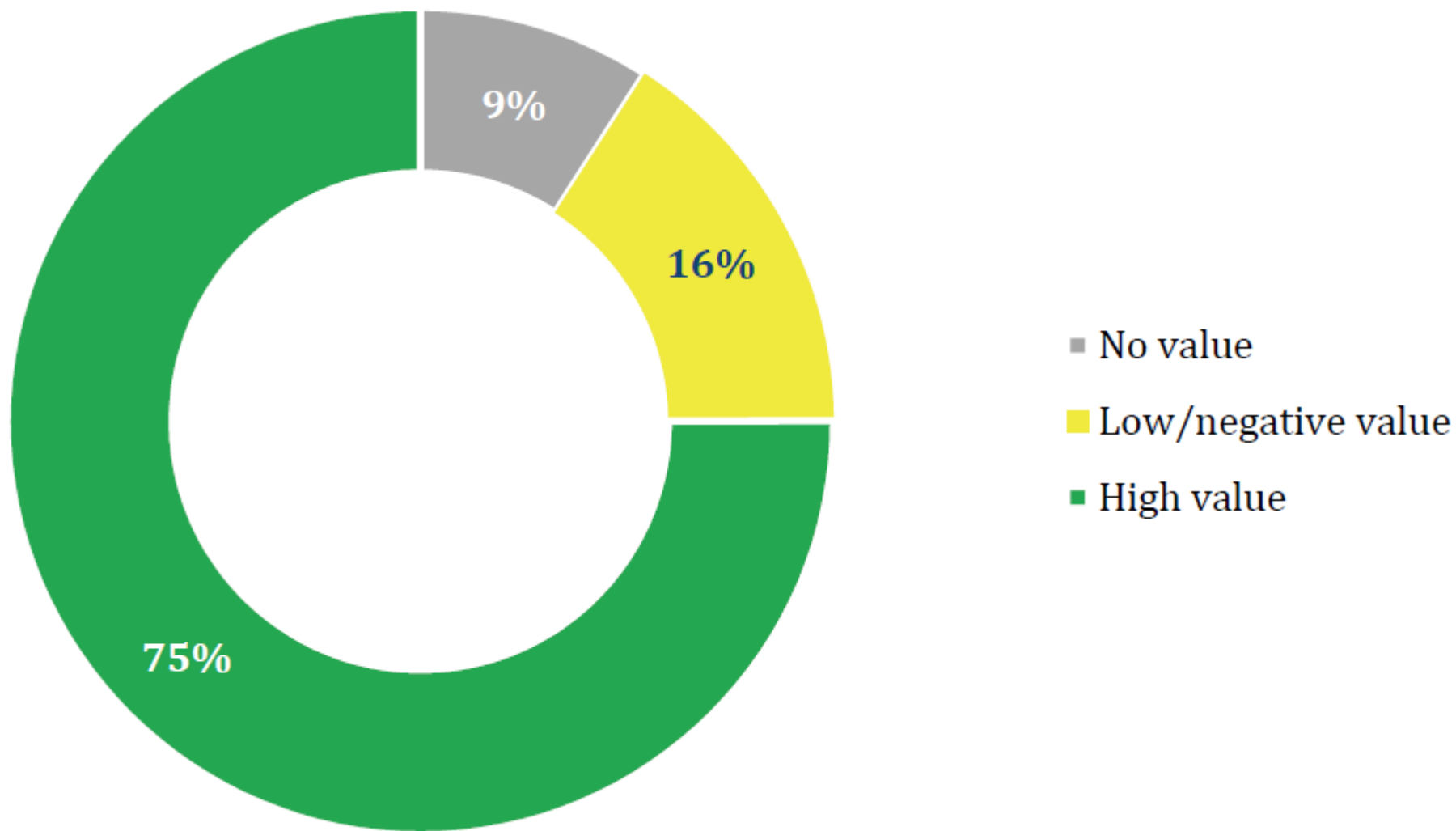


Tabella 2.14. Value for money della spesa sanitaria, valori assoluti (anno 2017)

Spesa sanitaria 2017		<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
Totale	€ 154.920	€ 14.142	€ 24.560	€ 116.218

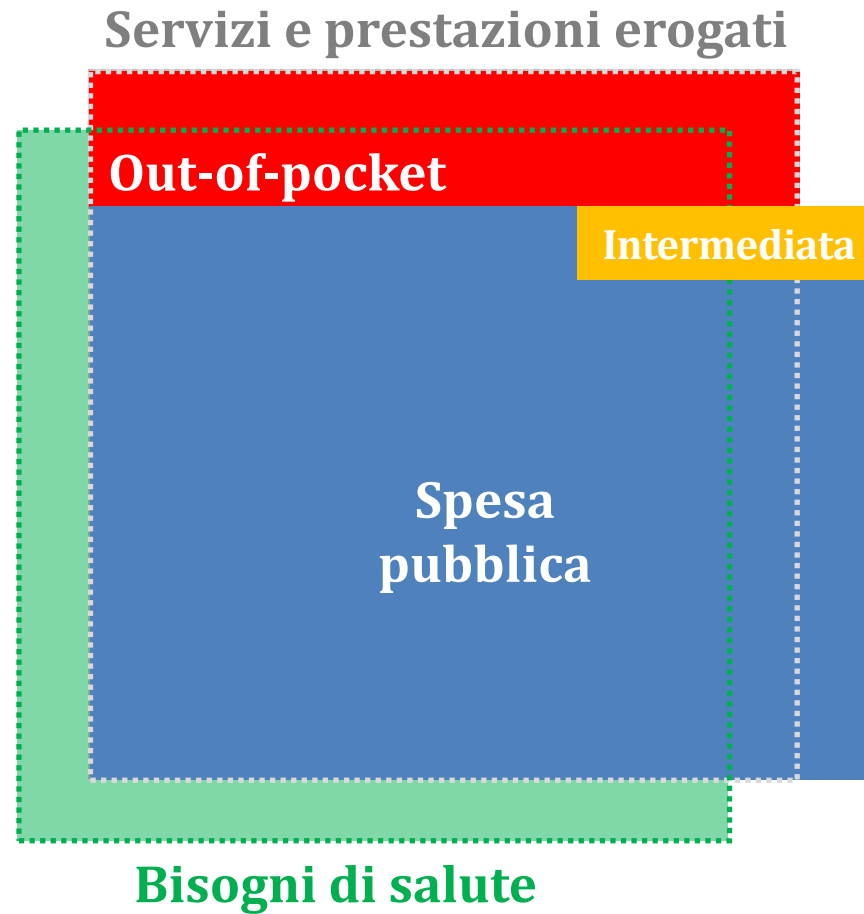
Value for money della spesa sanitaria

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



€ 154,9 miliardi



Servizi e prestazioni erogati

Out-of-pocket

Intermediata

Spesa pubblica

Bisogni di salute

Outline

1. Premesse
2. La spesa per la salute in Italia
3. Value for money della spesa sanitaria
- 4. Determinanti della crisi di sostenibilità**
5. Prognosi del SSN al 2025
6. Il Piano di Salvataggio



Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

- € 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 da¹⁴⁴)

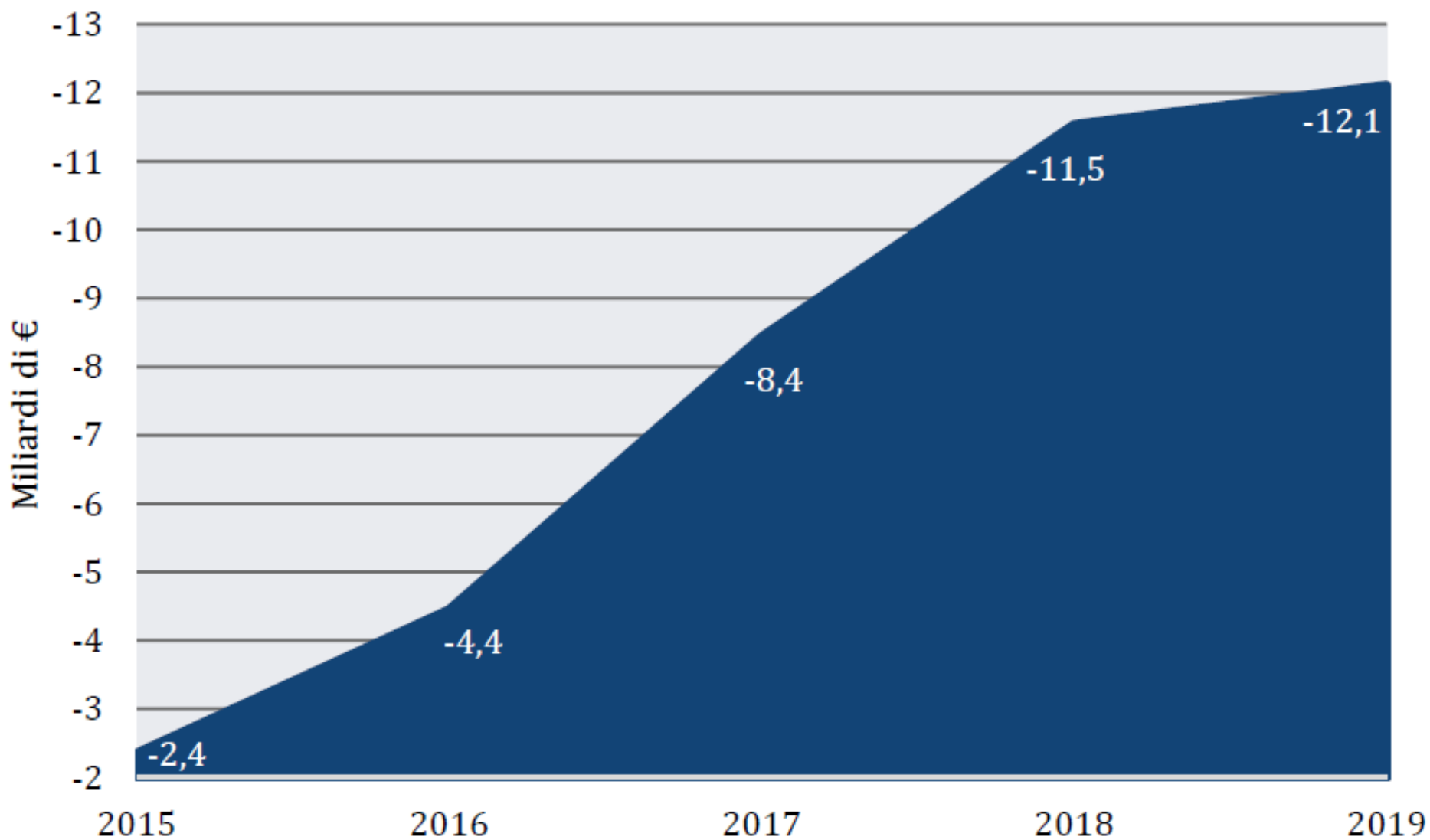


Figura 3.1. Finanziamento pubblico del SSN: trend 2001-2019

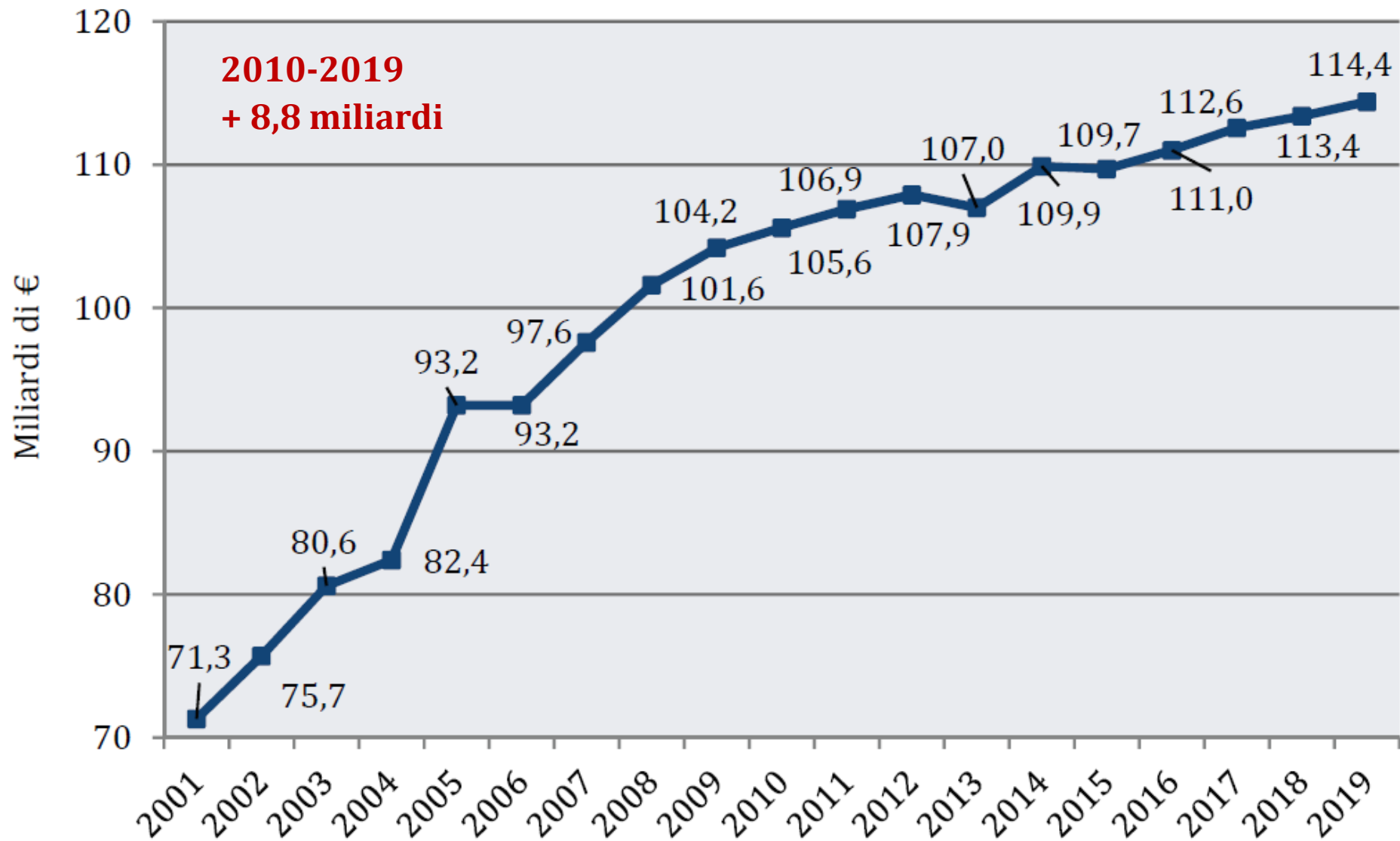
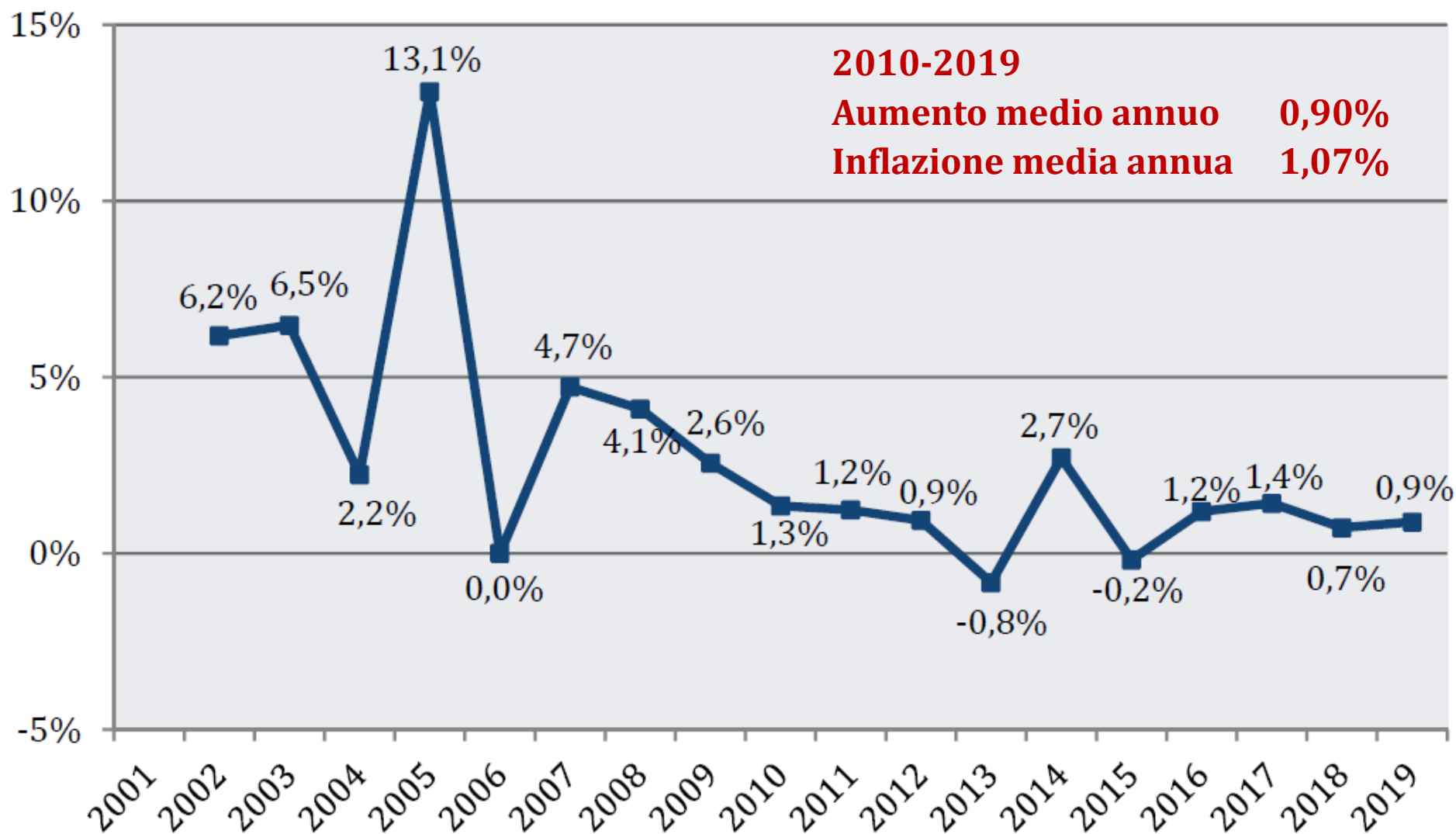


Figura 3.2. Finanziamento pubblico del SSN: variazioni percentuali 2001-2019



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, 31 dicembre 2018

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

LEGGE 30 dicembre 2018, n. 145.

**Bilancio di previsione dello Stato per l'anno
finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il
triennio 2019-2021.**

2019-2021: + 8,5 miliardi al FSN

514. Per l'anno 2019, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è determinato in 114.439 milioni di euro. Tale livello è incrementato di 2.000 milioni di euro per l'anno 2020 e di ulteriori 1.500 milioni di euro per l'anno 2021.

Legge di Bilancio 2019

	2019	2020	2021
Fabbisogno Sanitario Nazionale standard	€ 1.000 ¹	€ 2.000 ²	€ 1.500 ²
Riduzione dei tempi di attesa	€ 150	€ 100	€ 100
Borse di studio Medicina Generale	€ 10	€ 10	€ 10
Borse di studio specializzandi³	€ 22,5	€ 45	€ 68,4
Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico	€ 4.000 ⁴		

¹Assegnati dalla Legislatura precedente

²Subordinati alla stipula del Patto per la Salute 2019-2021 entro il 31 marzo 2019

³Oltre a € 91,8 milioni per il 2022 e € 100 milioni l'anno dal 2023

⁴Ripartiti nel periodo 2021-2032

Dati in milioni di €



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE



DOCUMENTO DI ECONOMIA E FINANZA 2019

● Sezione II **Analisi e tendenze della Finanza pubblica**

Presentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri
Giuseppe Conte

e dal Ministro dell'Economia e delle Finanze
Giovanni Tria

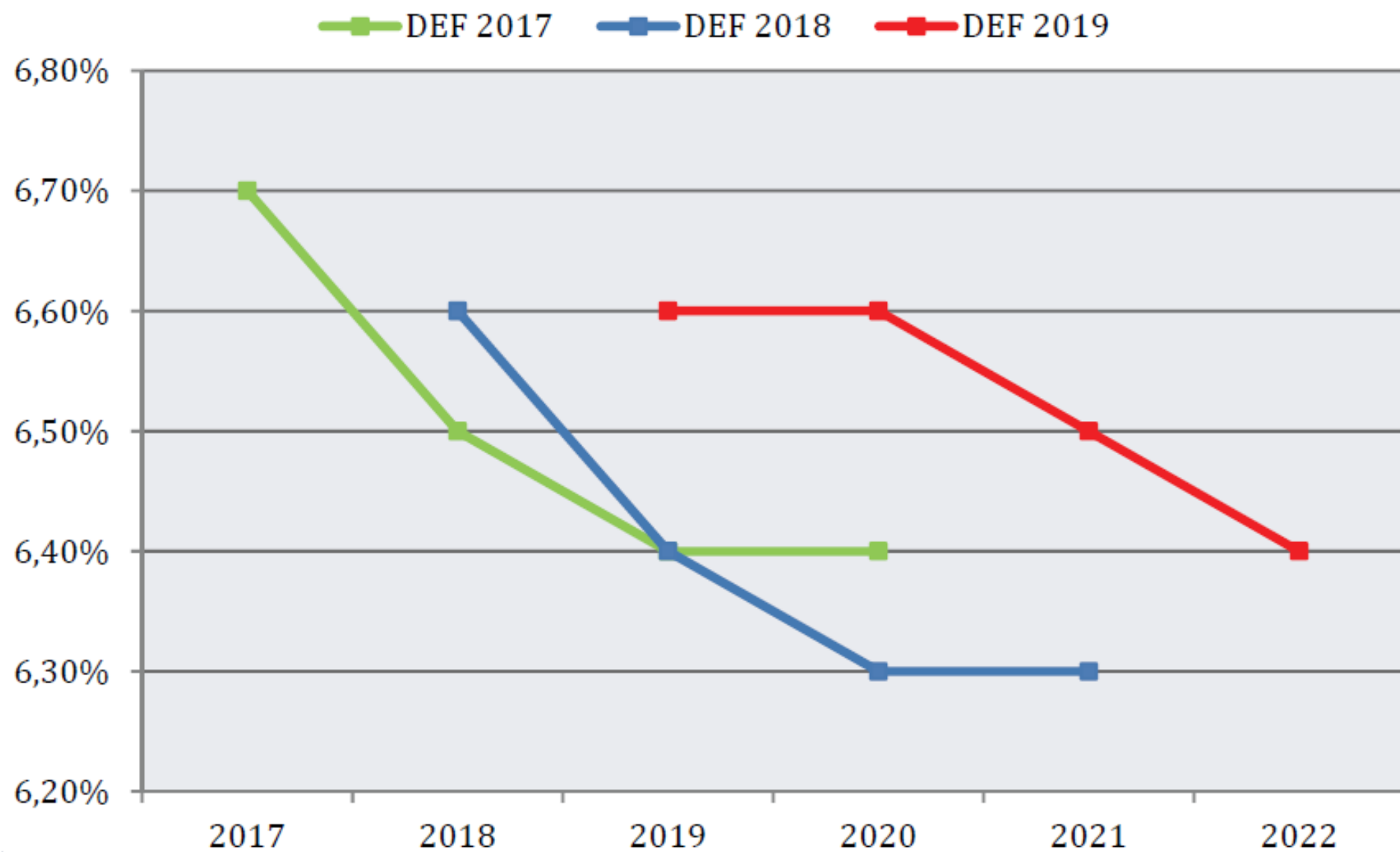
Deliberato dal Consiglio dei Ministri il 9 aprile 2019

TABELLA III.3-2 PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2019 – 2022

	2019	2020	2021	2022
Spesa sanitaria	118.061	119.953	121.358	123.052
In % di PIL	6,6%	6,6%	6,5%	6,4%
Tasso di variazione in %	2,3%	1,6%	1,2%	1,4%



Figura 3.4. Rapporto spesa sanitaria/PIL 2017-2022 secondo le stime dei DEF 2017, 2018, 2019



OECD Health Statistics 2018



The 2019 edition of OECD Health Statistics will be released end of June 2019.

The online database **OECD Health Statistics 2018** has been released on June 28, and updated on November 8.

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.

Read the Policy Brief [Spending on Health: Latest Trends](#)

Access the 2018 online [database](#)

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

Figura 3.6. Spesa sanitaria totale nei paesi OCSE in percentuale del PIL

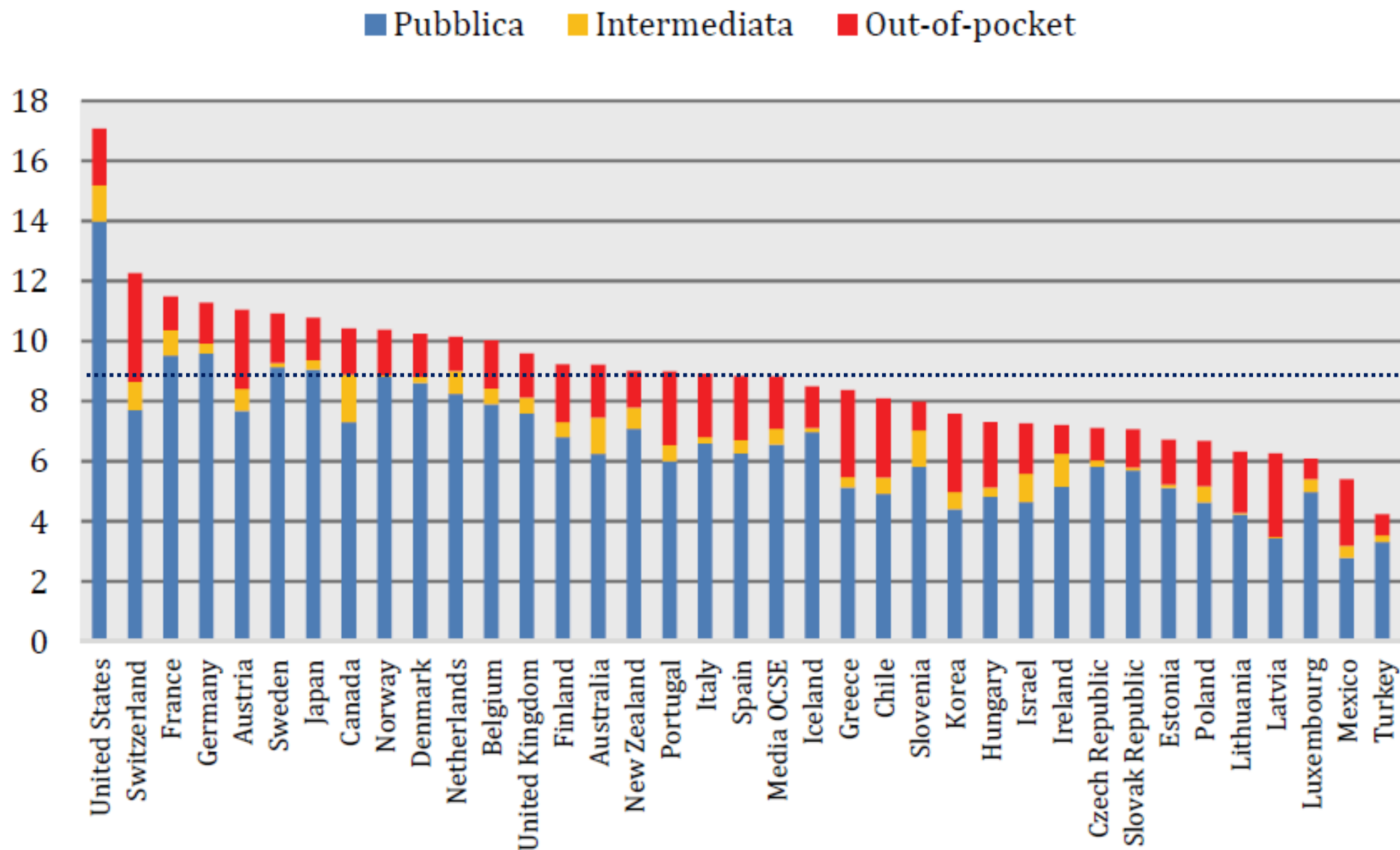


Figura 3.7. Spesa sanitaria pro-capite nei paesi OCSE (anno 2017 o più recente disponibile)

■ Pubblica ■ Intermediata ■ Out-of-pocket

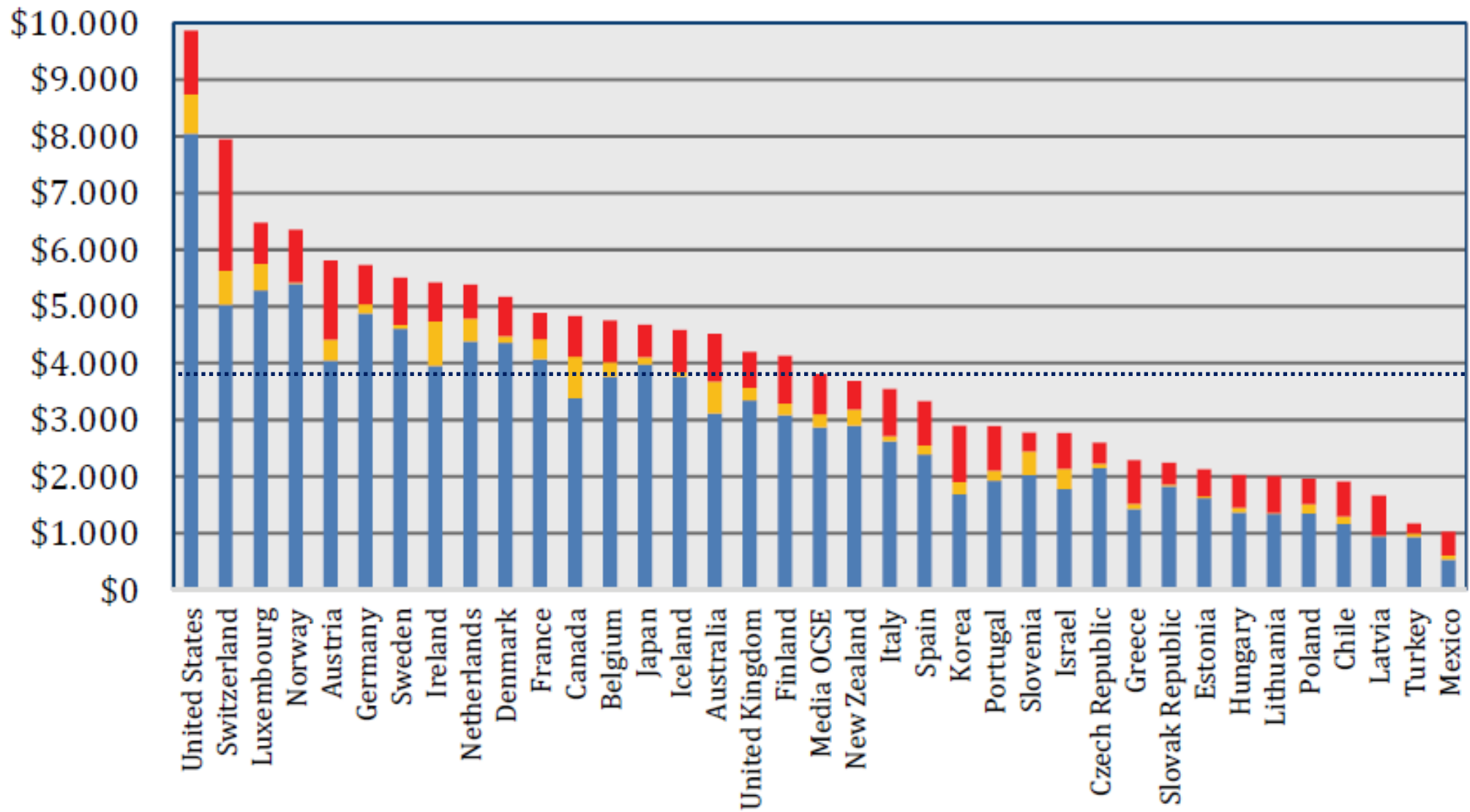
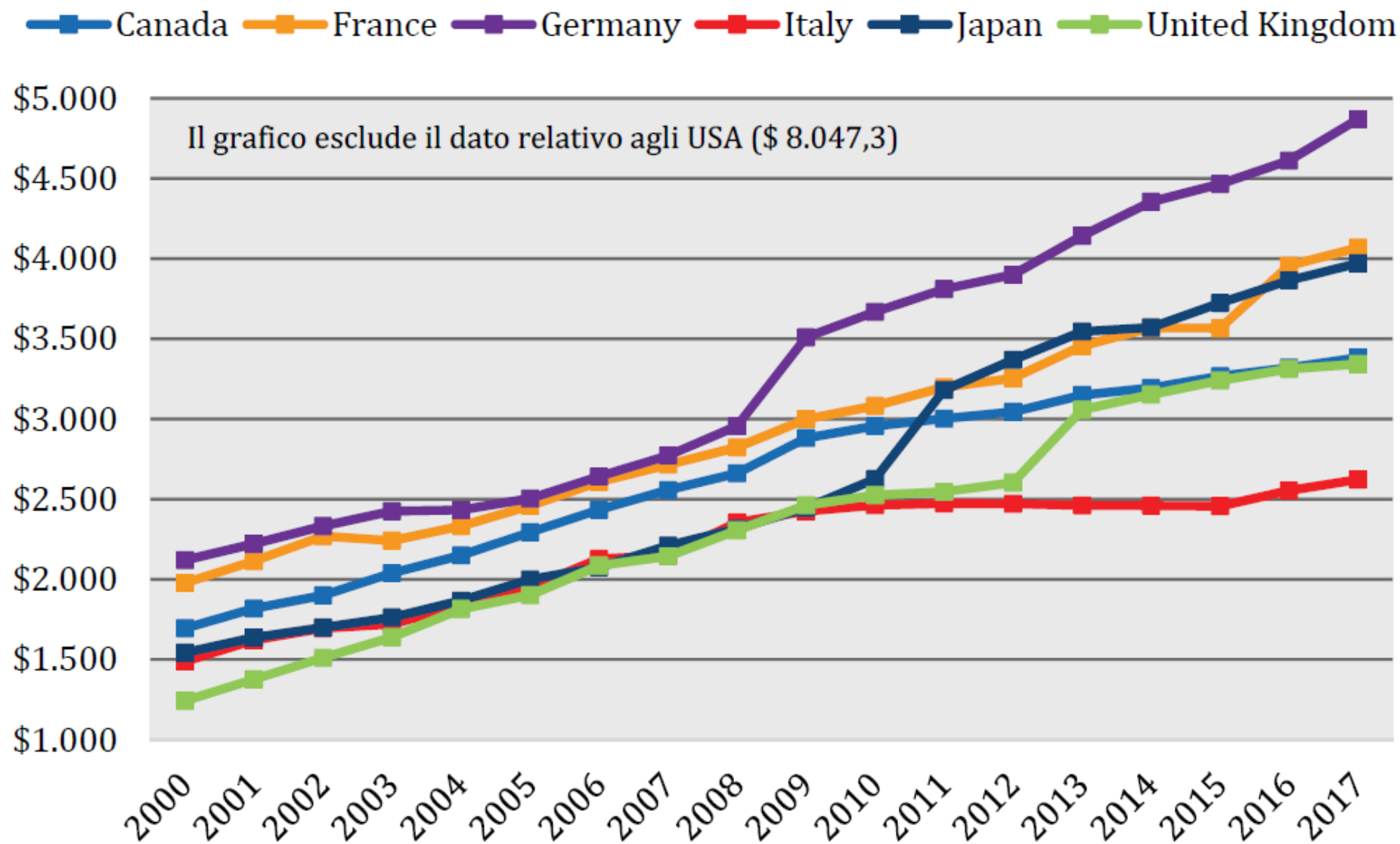


Figura 3.11. Trend spesa pubblica pro-capite 2000-2017 nei paesi del G7



Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

1 dic
2016

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

STAMPA | 🖨

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



27 gen
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

STAMPA | 🖨

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



25 mag
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

STAMPA | 🖨

DAL GOVERNO

S
24

Nuovi Lea: lo strano caso dei nomenclatori scomparsi

di *Nino Cartabellotta* (presidente della Fondazione Gimbe)

Il grande entusiasmo che nel marzo 2017 ha accolto la pubblicazione del Dpcm sui nuovi Lea, che finalmente aggiornava dopo oltre 15 anni gli elenchi delle prestazioni sanitarie, ha appannato alcune criticità attuative che ancora oggi condizionano l'esigibilità di numerose prestazioni introdotte con la nuova normativa. Infatti il Dpcm mancava di indispensabili documentazioni tecniche che venivano rimandate a successivi atti legislativi senza una precisa tabella di marcia.

ANGOLO DI PENNA



Livelli Essenziali di Assistenza

- Offerta sproporzionata rispetto al finanziamento pubblico + sottostima impatto economico= nomenclatori tariffari "ostaggio" del MEF= nuovi LEA non esigibili
- Ad oggi:
 - Manca metodologia per includere/escludere prestazioni
 - Commissione LEA non ha mai effettuato alcun aggiornamento/delisting delle prestazioni

EVIDENCE

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

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

Value

=

Patient outcomes

Costs

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, partecipazione

Value incerto

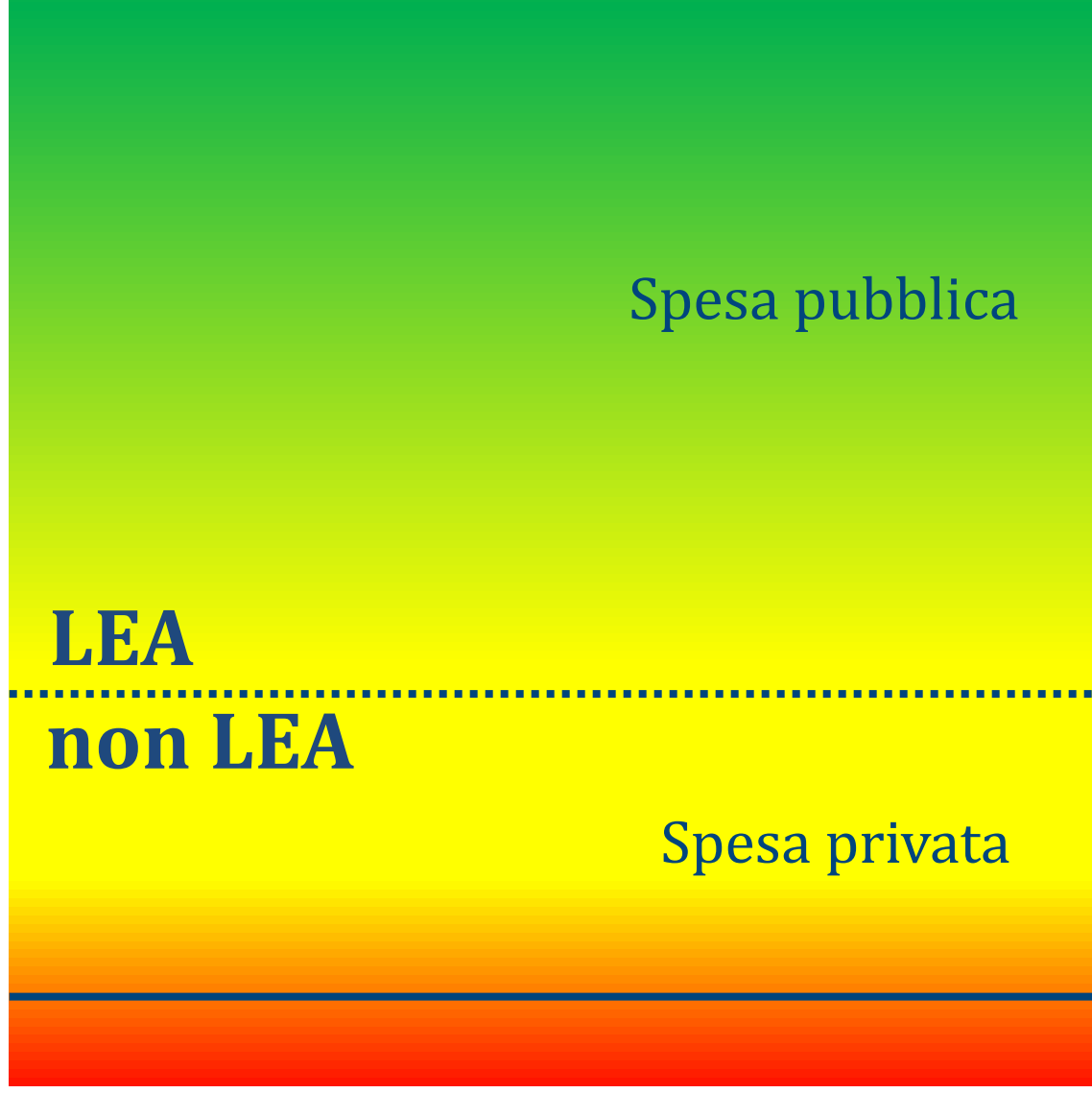
Benefici non noti (aree grigie)
Spesa privata, partecipazione,
ricerca comparativa indipendente

Value negativo

Rischi maggiori dei benefici
Liste negative

Prestazioni sanitarie

Dannose Futili Necessary Indispensabili



Elevato

Basso/incerto

Negativo

Value



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO VI

Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA

Metodologia e Risultati dell'anno 2016

Luglio 2018

Disponibile 28 settembre 2018

Regione	2012	2013	2014	2015	2016
Veneto	193	190	189	202	209
Toscana	193	214	217	212	208
Piemonte	186	201	200	205	207
Emilia R.	210	204	204	205	205
Umbria	171	179	190	189	199
Lombardia	184	187	193	196	198
Liguria	176	187	194	194	196
Marche	165	191	192	190	192
Abruzzo	145	152	163	182	189
Lazio	167	152	168	176	179
Basilicata	169	146	177	170	173
Puglia	140	134	162	155	169
Molise	146	140	159	156	164
Sicilia	157	165	170	153	163
Calabria	133	136	137	147	144
Campania	117	136	139	106	124
Regioni non in PdR (punteggio medio)	183	187	195	195	199
Regioni in PdR (punteggio medio)	149	152	162	160	162

Nuovo sistema di garanzia

- Prima sperimentazione del Ministero Salute su 21 indicatori:
 - Prevenzione collettiva e sanità pubblica (n. 6)
 - Assistenza distrettuale (n.8)
 - Assistenza ospedaliera (n.7)
- Solo 9/21 Regioni risultano adempienti
- Sono inadempienti
 - 4/4 Regioni a statuto speciale
 - 1/2 Province Autonome



Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

Dubbi su sprechi e inefficienze in Italia

- Esistono?
- Quale è la loro reale entità?
- Sono compatibili nel SSN con un finanziamento pubblico così basso?
- Rappresentano una fonte credibile di «rifianziamento»?
- Discutere della loro esistenza contribuisce al defianziamento del SSN?



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

Taiichi Ohno, Toyota



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



Tackling Wasteful Spending on Health



10 January 2017



- Around one fifth of health expenditure makes no or minimal contribution to improving people's health
- The evidence of waste in health care is indisputable. Now is the time to act upon it



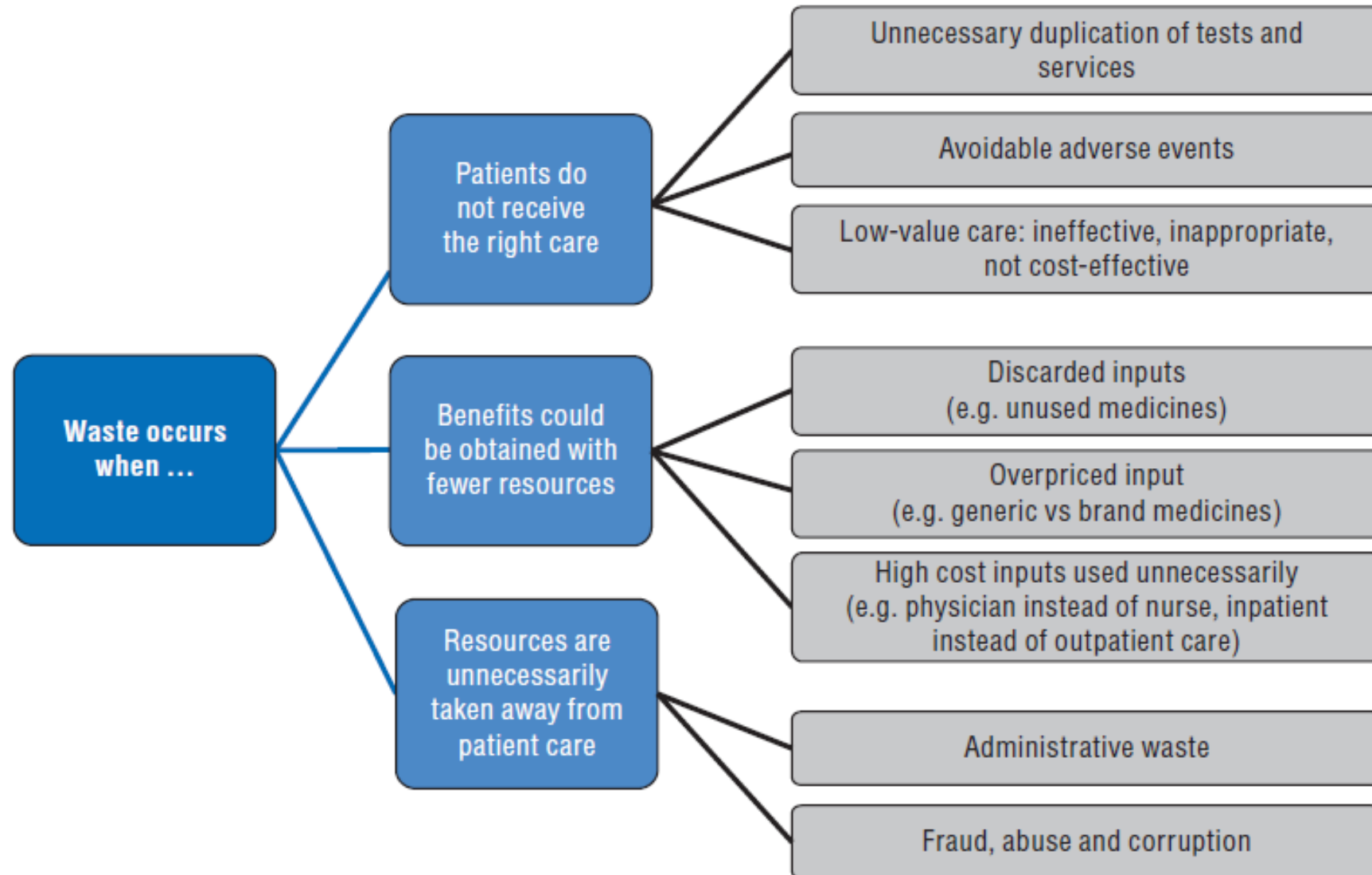
Health at a Glance: Europe 2018

STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE

22 November 2018



Figure 2.1. A pragmatic approach to identifying and categorising wasteful spending on health





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).



The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

Perspective
MAY 24, 2012

From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance

Howard Brody, M.D., Ph.D.

Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

A diagram of the Italian National Health Service (SSN) structure. It is shaped like a classical building with a triangular pediment at the top. The pediment is dark blue and contains the text 'SSN' in white. Below the pediment is a horizontal line with three colored segments: a blue segment on the left, an orange segment in the middle, and a light orange segment on the right. Three dark blue columns support the structure. Each column has a white label written vertically. The left column is labeled 'Finanziamento pubblico', the middle column is labeled 'Fondi integrativi', and the right column is labeled 'Polizze individuali'. The entire structure sits on a dark blue base.

SSN

**Finanziamento
pubblico**

Fondi integrativi

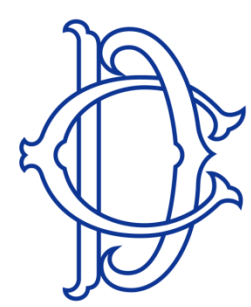
Polizze individuali

Report Osservatorio GIMBE 1/2019

La sanità integrativa



Gennaio 2019



Camera
dei
deputati

XII Commissione, Affari sociali

Roma, 22 gennaio 2019

**Audizione della Fondazione GIMBE
nell'ambito della**

**“Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi
del Servizio Sanitario Nazionale”**

Nino Cartabellotta

Presidente



Riduzione del finanziamento pubblico



Aumento della spesa out-of-pocket



Difficoltà di accesso ai servizi sanitari



Rinuncia alle cure



Necessità di espandere il secondo pilastro

Fondi sanitari: alcuni numeri

- **322** fondi sanitari attestati dal Ministero della Salute
- **10.616.847** di iscritti, inclusi familiari (22,3%) e pensionati (4,7%)
- **85%** di fondi gestiti da compagnie assicurative
- **€ 2.329** milioni le risorse «impegnate», ovvero rimborsate per prestazioni
- **€ 11.164** milioni le deduzioni per contributi versati da persone fisiche (68,2% degli iscritti ai fondi)
- **€ 3.361** milioni di spesa fiscale sottostimati perché non disponibili:
 - Deduzioni relative ai datori di lavoro
 - Mancato gettito fiscale per i premi di risultato (welfare aziendale)



Fondi sanitari: lo scenario attuale

Normativa frammentata e incompleta ha permesso:

- ai **fondi sanitari integrativi** di diventare prevalentemente sostitutivi, mantenendo le agevolazioni fiscali
- di espandere tali agevolazioni tramite il **welfare aziendale**
- alle **compagnie assicurative**:
 - di generare profitti in un contesto creato per enti no-profit operando in qualità di “ri-assicuratori” e gestori dei fondi
 - di costruire “piani di prevenzione” con prestazioni sostitutive inefficaci e inappropriate che alimentano il consumismo sanitario e danneggiano la salute in conseguenza di *overdiagnosis e overtreatment*

Tabella 4. Frequenza di indagini diagnostiche a scopo preventivo nel corso della vita.

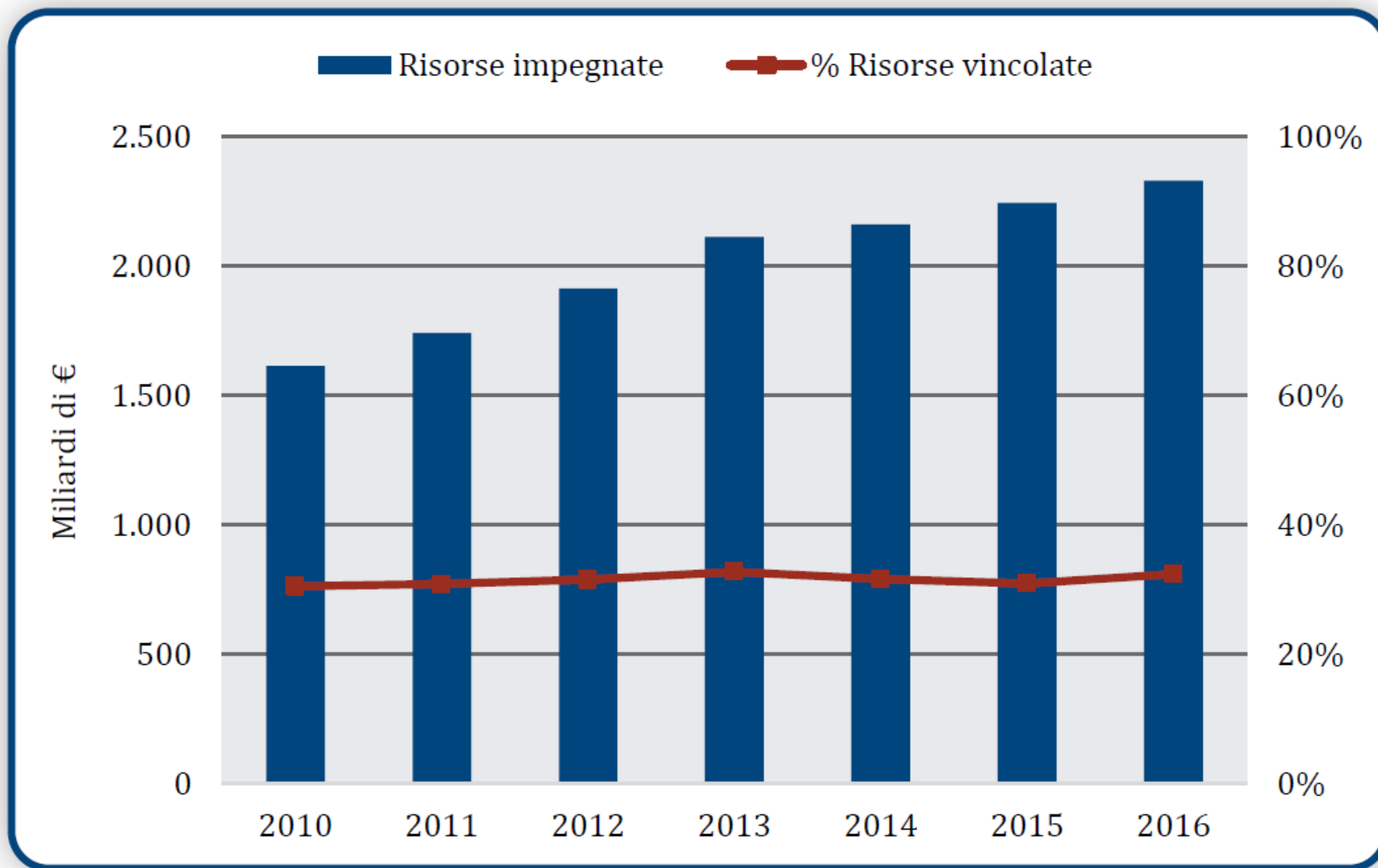
“Piano prevenzione” dei fondi sanitari vs offerta SSN (da⁷²)

Prestazione	“Piano prevenzione” fondi sanitari	Screening LEA e giudizio clinico
Mammografia	45	13
Pap-test	45	14
Sangue occulto nelle feci	35	13
PSA	36	0-1
Ecografia transrettale	36	0-1
Doppler tronchi-sovra-aortici	16	0-1
Visita cardiologica	16	0-1

Tabella 3.18. Prestazioni offerte dal Pacchetto B di “prevenzione oncologica” di RBM salute (modificata da³³⁵)

Test si screening	RBM		SSN	
	Indicazioni	Frequenza	Indicazioni	Frequenza
Sangue occulto nelle feci	M > 45 anni	Annuale	M e F 50-74 anni	Ogni 2 anni
PSA	M > 45 anni	Annuale	> 50 anni, previa decisione condivisa	0 oppure ogni anno
fPSA	M > 45 anni	Annuale		
Alfa-feto-proteina	M > 45 anni	Annuale	No	0
Pap-test	F > 30 anni	Annuale	F 25-35 anni*	Ogni 3 anni
CA 125	F > 30 anni	Annuale	No	0
CA 15.3	F > 30 anni	Annuale	No	0
*Dopo i 35 anni e sino a 64 anni sostituito da HPV test ogni 5 anni				

Figura 6. Totale risorse impegnate dai fondi sanitari e percentuale destinata a prestazioni extra LEA (2010-2016)



Effetti collaterali dei fondi sanitari

- Sostenibilità
- Privatizzazione
- Diseguaglianze
- Aumento spesa sanitaria
- Sovra-utilizzo prestazioni sanitarie
- Frammentazione dei PDTA
- Influenza sulla relazione medico-paziente
- Competizione tra operatori non alla pari



Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

Aspettative di cittadini e pazienti

- La **politica** considera il cittadino-paziente più come un elettore da compiacere che come una persona con una salute da tutelare
- Le **organizzazioni sanitarie** sono in ritardo nel coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti per valutare la qualità dei servizi e contribuire alla loro riorganizzazione
- La **relazione medico-paziente**, arroccata sul modello paternalistico, lascia poco spazio al processo decisionale condiviso



Aspettative di cittadini e pazienti

- Democratizzazione informazioni nell'era di internet, scarsa alfabetizzazione sanitaria, viralità dei contenuti → ricerca di scarsa qualità e fake news hanno il sopravvento sulle evidenze scientifiche
- Consumismo sanitario condiziona fortemente la domanda di servizi e prestazioni
- Scarsa attitudine a modificare gli stili di vita



Collaborazione Stato-Regioni

Definanziamento
pubblico

Nuovi
LEA

Sprechi e
inefficienze

Espansione
2° pilastro

Aspettative di cittadini e pazienti

**ADEMPIMENTI
LEA**

**PROGRAMMA
NAZIONALE ESITI**

ESITI DI SALUTE

TICKET

**MOBILITÀ
SANITARIA**

**CONSUMO
DI FARMACI**



**ACCESSO AI
SERVIZI**



Programma Nazionale Esiti - PNE

PNE è uno strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo

"PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi."



Struttura
Ospedaliera/ASL



Sintesi per
Struttura/ASL



Strumenti per
audit



S.I. Emergenza
Urgenza



Sperimentazioni
regionali

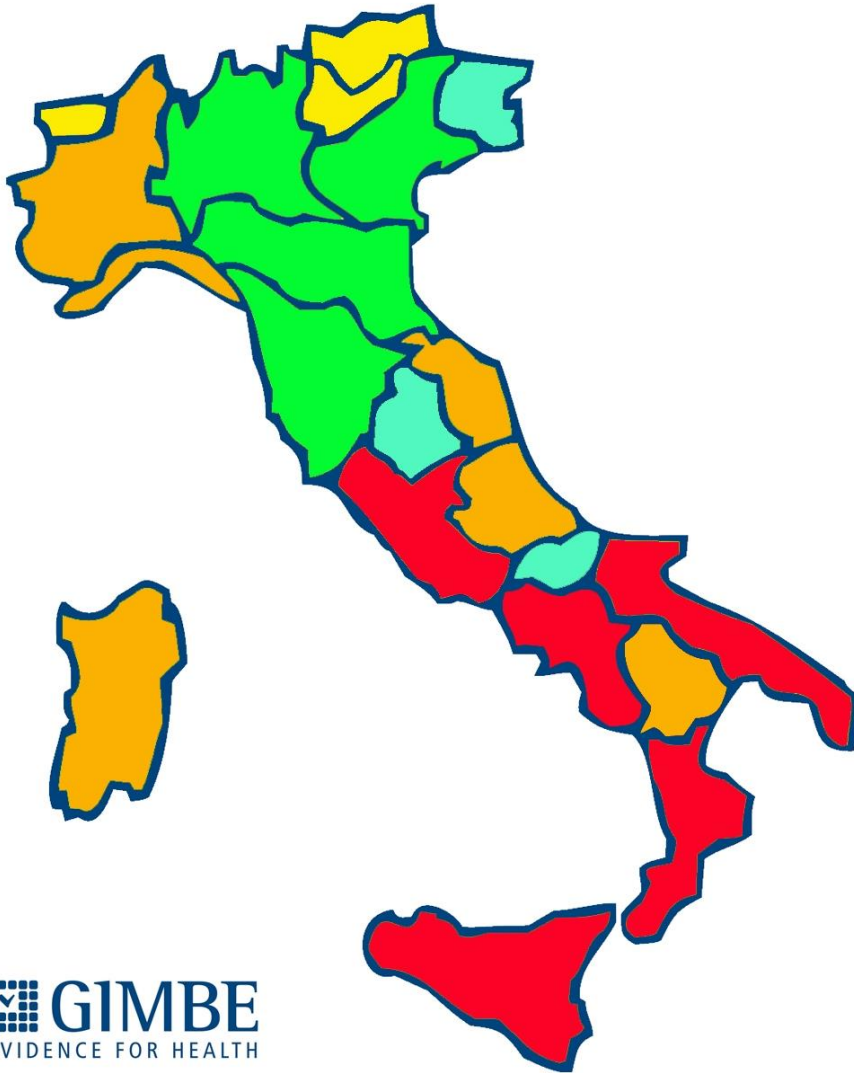
Login utente

password

Entra ➔

[Registrazione - recupero password]

SALDI 2017 MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE



Saldo positivo rilevante (oltre € 100 milioni)

Lombardia (€ 808,7 milioni), Emilia Romagna (€ 357,9 milioni), Toscana (€ 148,3 milioni) e Veneto (€ 161,4 milioni)

Saldo positivo minimo (< € 20 milioni)

Molise, Umbria, Friuli Venezia Giulia

Saldo negativo minimo (< € 6 milioni)

Prov. Autonoma Bolzano, Valle d'Aosta, Prov. Autonoma Trento

Saldo negativo moderato (da € 38 milioni a € 72 milioni)

Basilicata, Liguria, Piemonte, Marche, Sardegna, Abruzzo

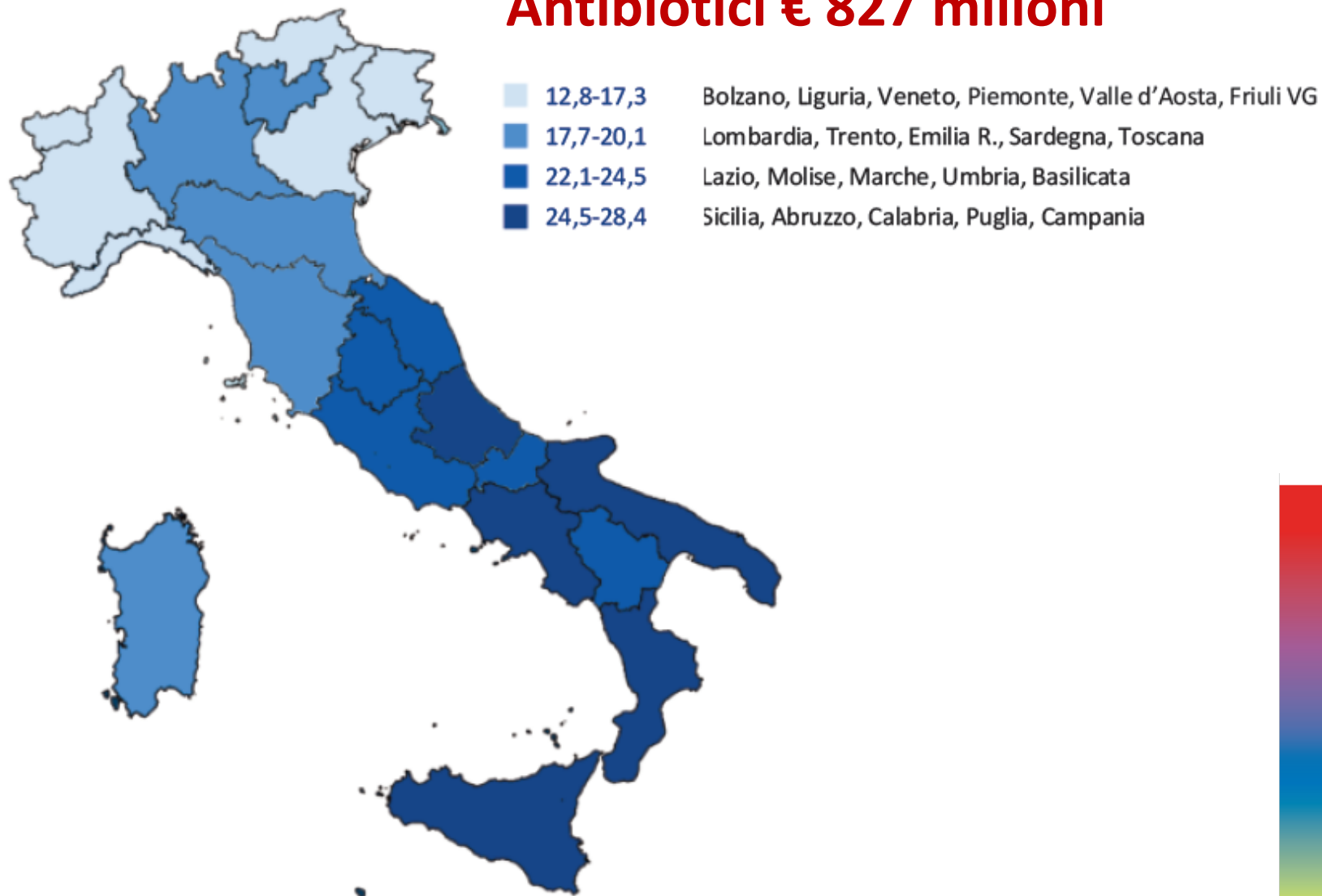
Saldo negativo rilevante (oltre € 100 milioni)

Puglia (-€ 181 milioni), Sicilia (-€ 239,8 milioni), Lazio (-€ 289,2 milioni), Campania (-€ 302,1 milioni), Calabria (-€ 319,5)

Rilevazione dei dati al 31 luglio 2018

Figura 3.2.11b. Antibiotici, distribuzione in quartili del consumo 2017 (DDD/1000 ab die pesate)

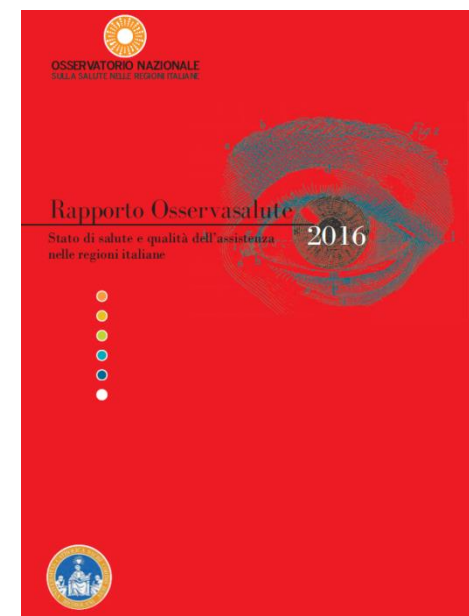
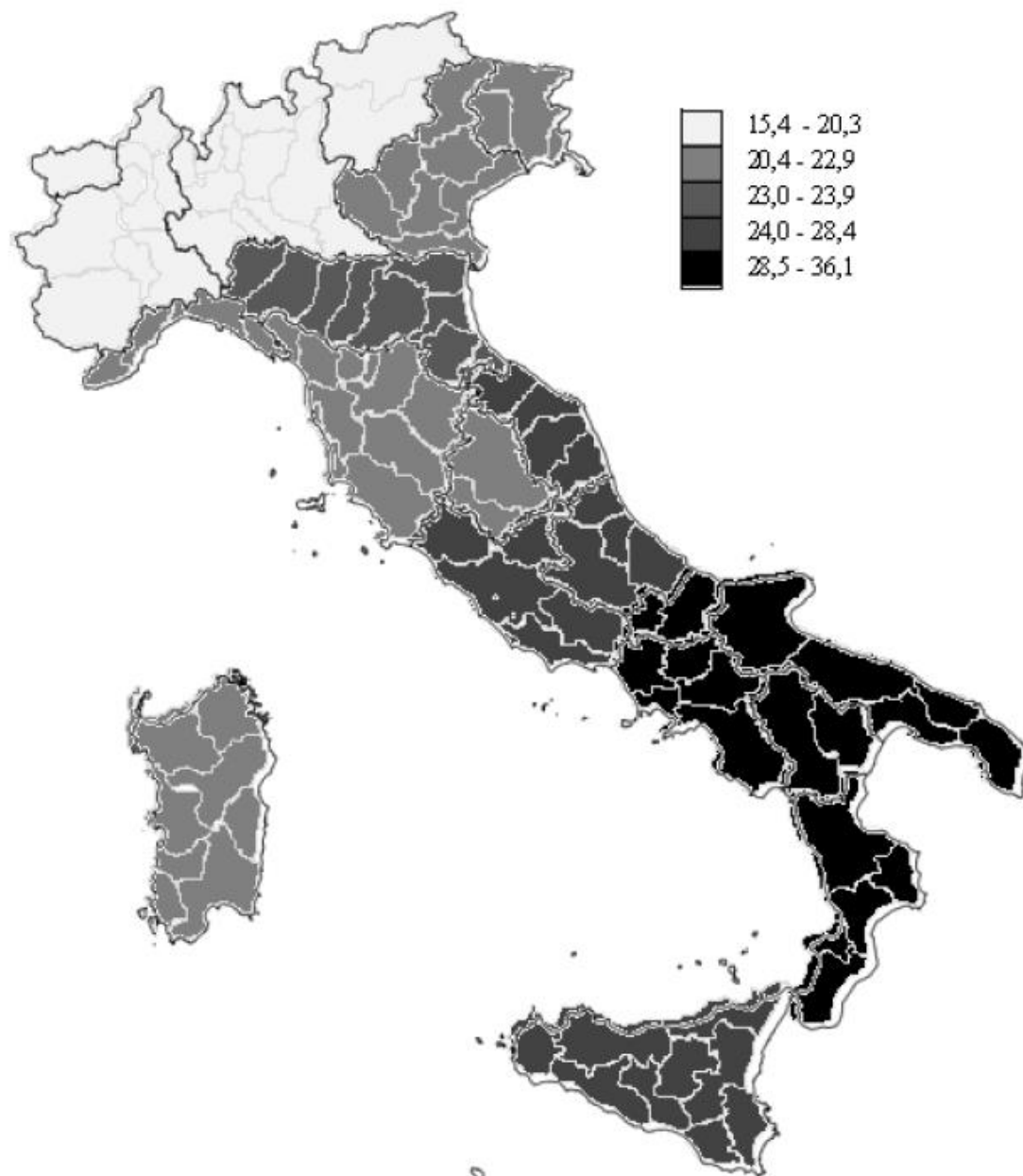
Antibiotici € 827 milioni



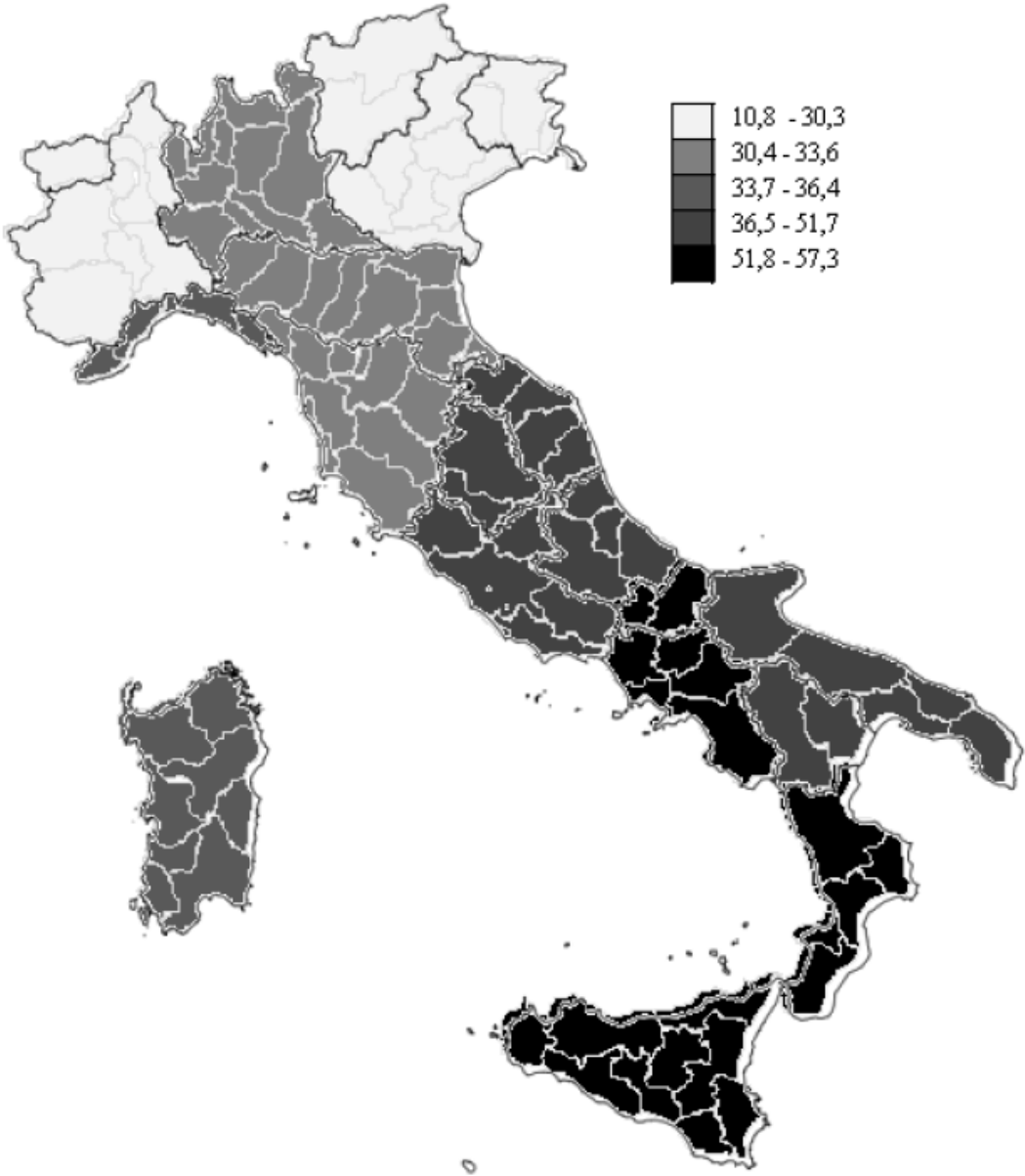
L'uso dei
Farmaci
in Italia
Rapporto Nazionale
Anno 2017



Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 6-17 anni in eccesso di peso per regione. Anni 2014-2015



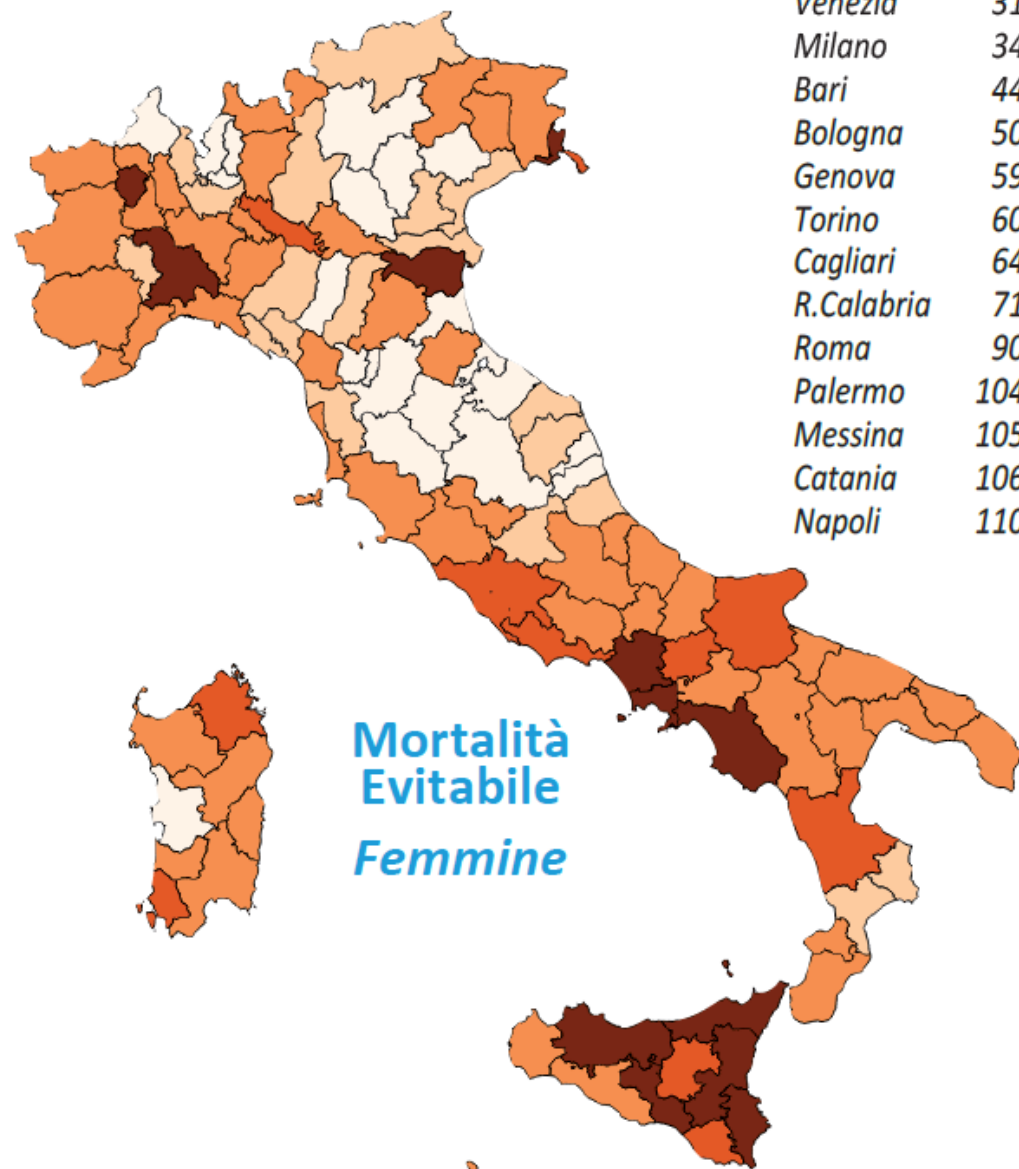
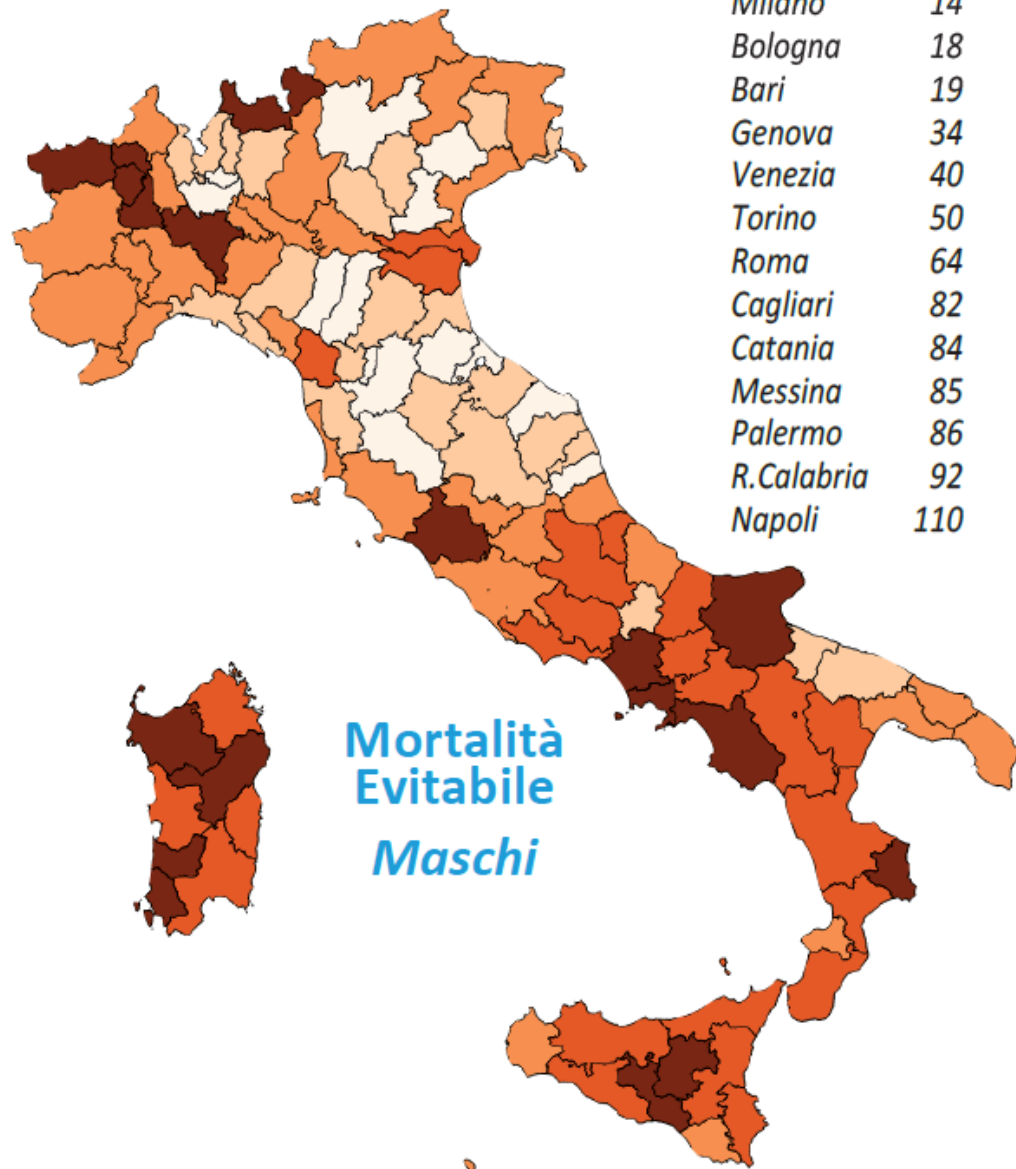
Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2015



OSSEVATORIO NAZIONALE
SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

Rapporto Osservasalute
Stato di salute e qualità dell'assistenza
nelle regioni italiane

2016



06 febbraio 2019

Fondazione Gimbe: «L'autonomia minaccia la tutela della salute. Governance centrale da rafforzare»

La sanità come cartina al tornasole dei potenziali rischi da regionalismo differenziato. A lanciare l'allarme è la Fondazione Gimbe, che a una manciata di giorni dall'incontro fissato il 15 febbraio ...

– di **Barbara Gobbi**



Studi e Analisi

Regionalismo differenziato. “Le maggiori autonomie in sanità bocciate su tutta la linea”. **La consultazione pubblica di Gimbe**

La consultazione promossa dalla Fondazione restituisce un verdetto senza appello: secondo quasi 4.000 partecipanti le maggiori autonomie in sanità avranno un impatto rilevante sulle disuguaglianze regionali. Dall'analisi preliminare di oltre 5.000 commenti emergono serie preoccupazioni: imprevedibilità delle conseguenze, aumento divario Nord-Sud e differenziazione del diritto alla tutela della salute.



Consultazione pubblica GIMBE

- Dal 6 al 17 febbraio 2019 hanno completato la consultazione **3.920 persone**, campione rappresentativo della popolazione italiana con margine di errore $<1,6\%$
- **5.610 commenti**, pari a 1,43 per partecipante
- Impatto maggiori autonomie in sanità sulle diseguaglianze regionali percepito rilevante (media score da 3,0 a 3,4)
- Deviazioni standard omogenee tra le varie autonomie (da 0,9 a 1,1)



Consultazione pubblica GIMBE

- **Preoccupazioni** più frequenti:
 - imprevedibilità delle conseguenze
 - differenziazione diritto costituzionale alla tutela della salute
 - ulteriore spaccatura Nord-Sud
 - aumento del divario tra Regioni ricche vs povere
- **Proposte** per “mitigare” i possibili effetti collaterali
 - aumento capacità indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni
 - meccanismi di solidarietà tra Regioni



Outline

1. Premesse
2. La spesa per la salute in Italia
3. Value for money della spesa sanitaria
4. Determinanti della crisi di sostenibilità
- 5. Prognosi del SSN al 2025**
6. Il Piano di Salvataggio



2025



2019

2018

2017

2016

4° Rapporto GIMBE

3° Rapporto GIMBE

2° Rapporto GIMBE

1° Rapporto GIMBE

1

- **Spesa sanitaria 2017**

2

- **Stima fabbisogno 2025**

3

- **Stima cunei di stabilizzazione**

4

- **Sostenibilità al 2025**

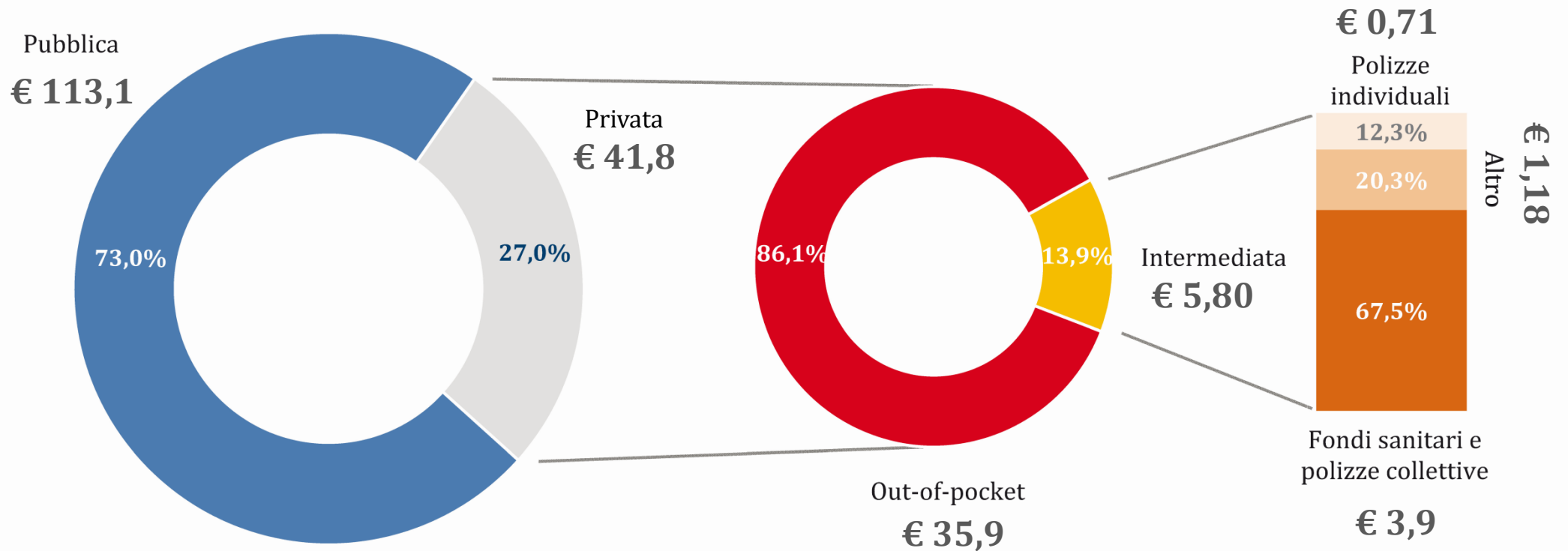
Tabella 4.1. Aggiornamento stime Rapporto GIMBE (dati in miliardi)

	3° (2018)	4° (2019)	Fonti di riferimento
Anno di riferimento	2016	2017	-
Spesa sanitaria a consuntivo	€ 157,61	€ 154,92	Spesa pubblica: disponibilità dei dati consuntivi 2017 vs 2016 Spesa privata: conti ISTAT-SHA, OCPS Cergas-Bocconi
Periodo di stima	2017-2025	2018-2025	-
Anni residui	9	8	-
Fabbisogno 2025	€ 220	€ 230	Feedback consultazione pubblica, nuovo parametro di riferimento, nuove analisi
Spesa pubblica	€ 9	€ 12	Analisi trend finanziamento pubblico, stime DEF 2019
Spesa privata	€ 18	€ 16	Analisi trend spesa privata: aumento numero fondi sanitari e loro iscritti, espansione mercato assicurativo, aumento spesa out-of-pocket
Disinvestimento da sprechi 2018-2025	€ 72,1	€ 36,2	Feedback consultazione pubblica, sovrastima del disinvestimento totale, processo di disinvestimento complesso e scarsamente attuato
Gap nel 2025	- € 20,5	- € 37,6	-

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

2

• Stima fabbisogno 2025

EXTRA-STIMA

• Spesa sociale di interesse sanitario: servizi di badantato*, mancato reddito dei caregiver

€ 17 mld

• Edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico[§]

€ 32 mld

*Include badanti regolari (€ 5 miliardi) e stima media di quelle irregolari (€ 6,2- € 9,8 miliardi)

§ Corte dei Conti, marzo 2018

Finanziamento pubblico

- Negli ultimi 5 anni: + € 0,9 miliardi/anno
- Incremento % annuo inferiore a inflazione media
- DEF 2019: rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% nel 2019-2020 al 6,5% nel 2021 al 6.4% nel 2022
- Quadro economico
- Nuove politiche fiscali (?)

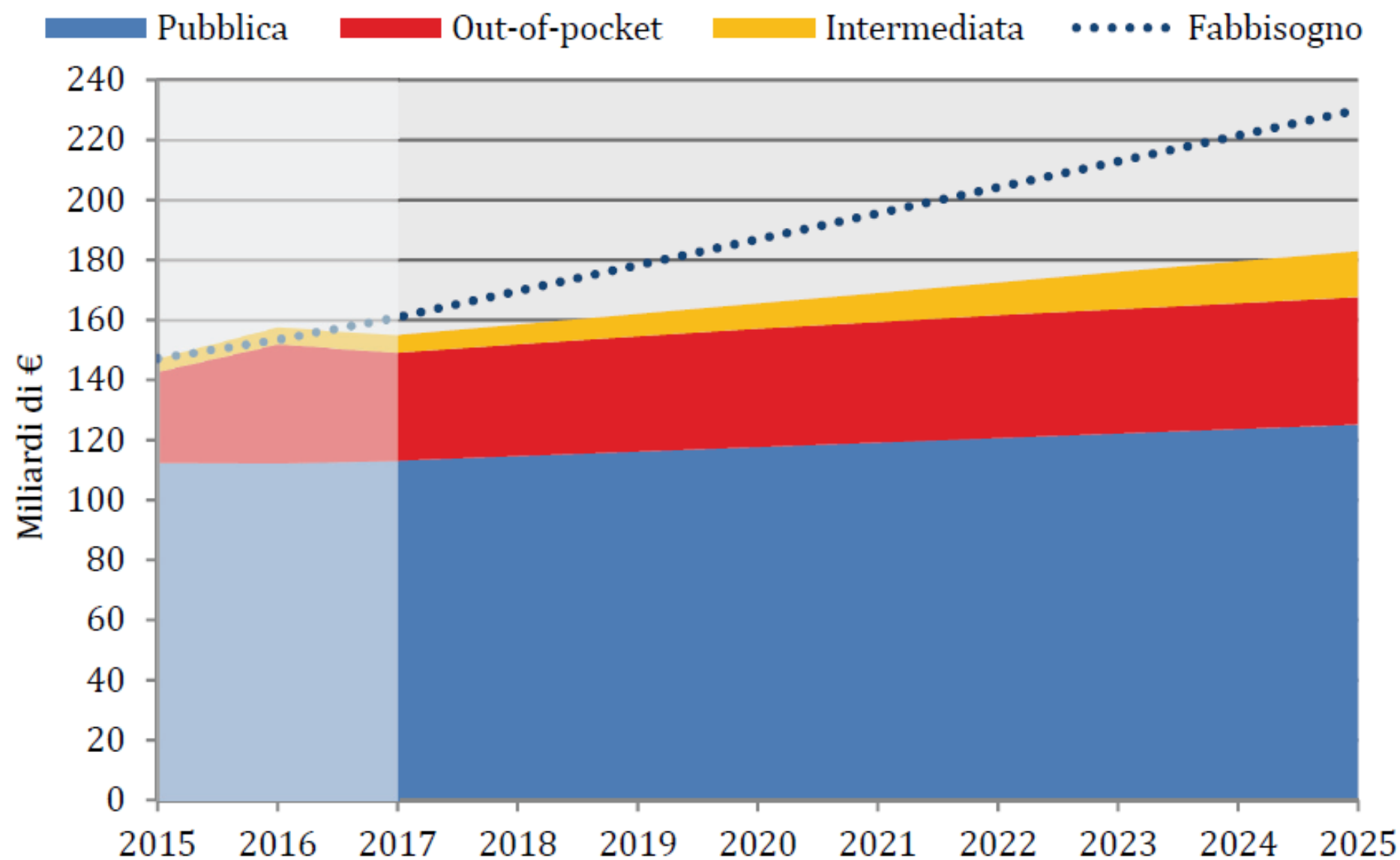
- Stima “cunei di stabilizzazione”

€ 18 mld

Spesa privata

- Trend aumento numero fondi sanitari e loro iscritti
- Espansione mercato assicurativo
- Aumento spesa out-of pocket

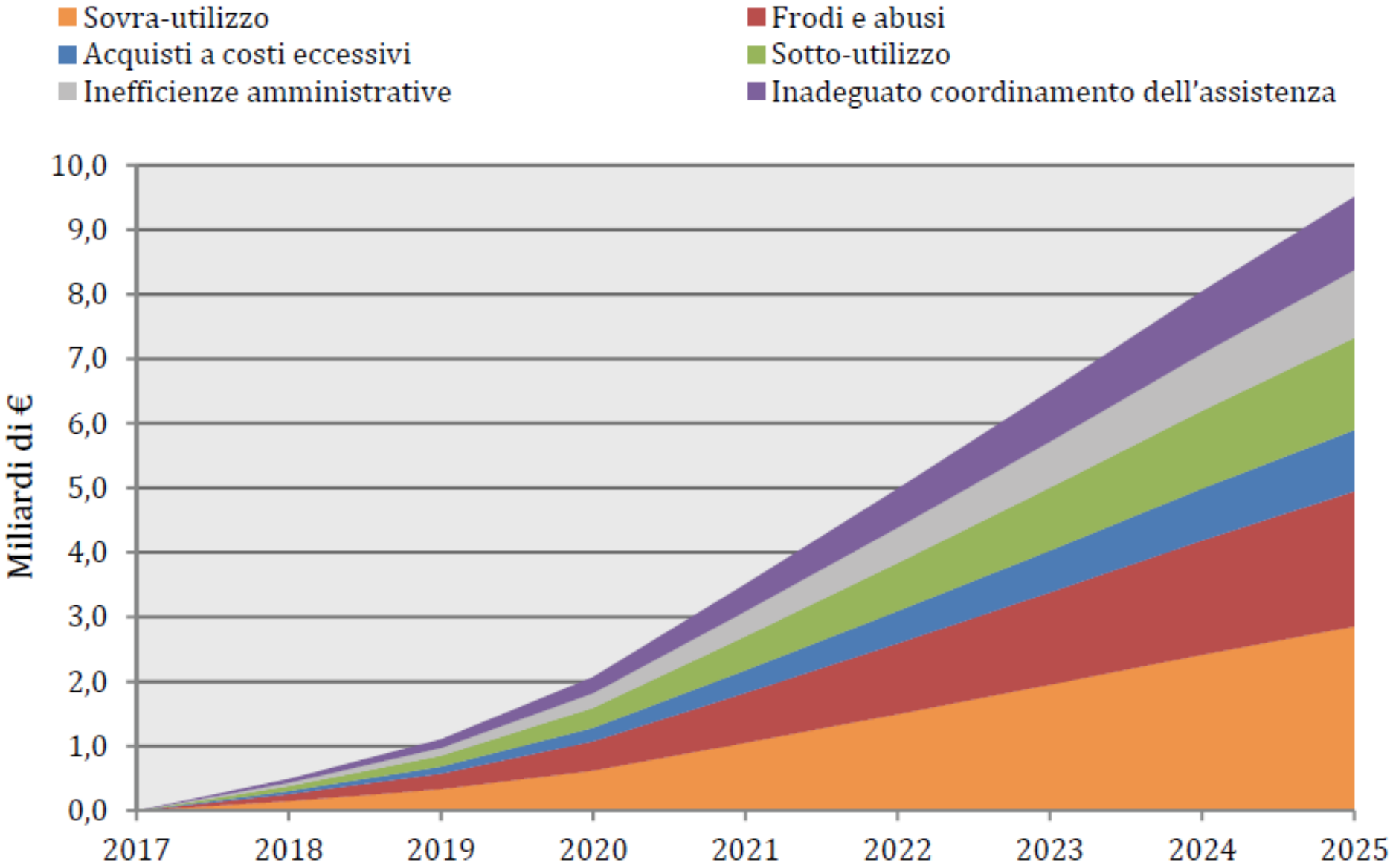
Figura 4.1. Fabbisogno, spesa pubblica e spesa privata: consuntivo 2015-2017 e trend stimato 2018-2025



Disinvestimento progressivo da sprechi e inefficienze

- Totale sprechi 2018-2025: € 182 miliardi, persistendo lo status-quo
- Nel 2025: accettabilità sprechi € 14 miliardi/anno
- Entro 2025: disinvestire progressivamente il 25% degli sprechi totali

Figura 4.2. Disinvestimento da sprechi e inefficienze: trend stimato 2018-2025

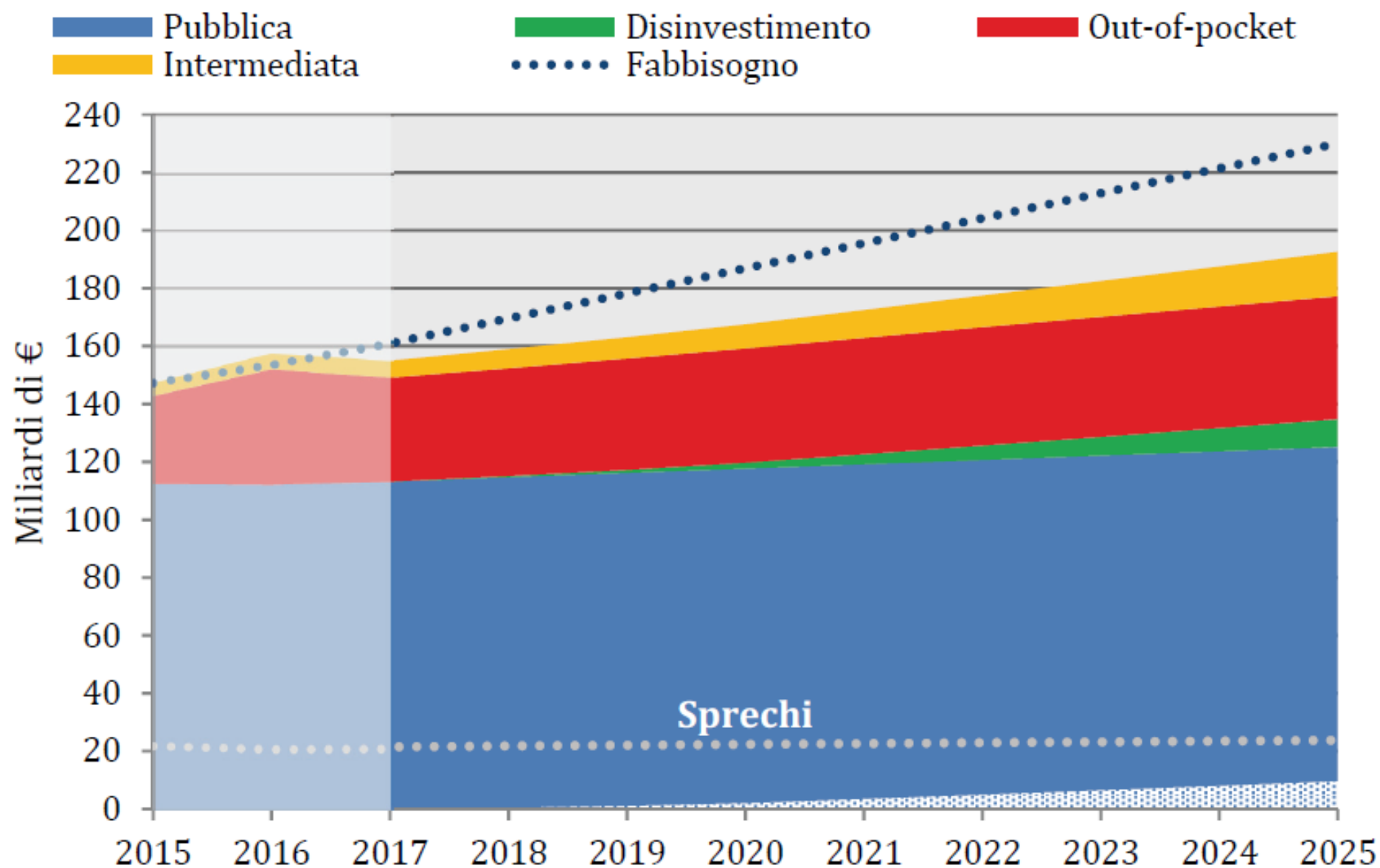


- **Sostenibilità al 2025**

- € 36,7 mld

- Rispetto al fabbisogno stimato per il 2025 il gap è superiore a € 36 miliardi nonostante:
 - Prudenziale stima del fabbisogno di € 230 miliardi
 - Irrealistico il disinvestimento di oltre € 36 miliardi da sprechi e inefficienze

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



Rapporto sulla sostenibilità del
Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025



Presentato a Roma il 7 giugno 2016
Sala degli Atti parlamentari della
Biblioteca "Giovanni Spadolini"
Senato della Repubblica

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale

Per salvare il SSN occorre un
preciso programma politico

Rapporto GIMBE 2016

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

2018

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

2019

4° Rapporto sulla sostenibilità del
Servizio Sanitario Nazionale

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



La perdita del SSN porterà ad un disastro economico e sociale senza precedenti

Rapporto GIMBE 2019

Elaborato dalla
Fondazione GIMBE
senza alcun rapporto
istituzionale o commerciale

Outline

1. Premesse
2. La spesa per la salute in Italia
3. Value for money della spesa sanitaria
4. Determinanti della crisi di sostenibilità
5. Prognosi del SSN al 2025
- 6. Il Piano di Salvataggio**



Piano di salvataggio per il SSN

- Presentato alla Conferenza GIMBE 2018
- Sottoposto a consultazione pubblica
- Utilizzato come benchmark per:
 - Fact-checking programmi elettorali
 - Analisi Contratto del Governo per il Cambiamento
- Aggiornato nel marzo 2019



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



*“Le innovazioni di rottura,
disrupting innovations,
sono quelle che segnano
una svolta rispetto al passato”*



Clayton Christensen



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

23 apr
2019

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

STAMPA | 🖨

AZIENDE E REGIONI

S 24 **Dal «no money, no Patto» al «no Patto, no money»**

di *Nino Cartabellotta*

Con il Documento di economia e finanza (Def) 2019 approvato dal Consiglio dei ministri evaporano le azzardate previsioni di crescita messe nero su bianco dalla Nota di aggiornamento del Def 2018, ovvero una crescita del Pil per il 2019 del 3,1%, che nel 2020 doveva impennarsi al 3,5% per poi tornare al 3,1% nel 2021. Infatti, appena 6 mesi dopo, le stime del Pil crollano inesorabilmente: 1,2% per il 2019 (-1,9%), 2,6% nel 2020 (-0,9%) e 2,5% per il 2021 (-0,6%). Questo contesto di “decrecita infelice” ha innescato in sanità una

ANGOLO DI PENNA



5 **glu**
2019

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

STAMPA | 🖨

DAL GOVERNO

Fondo sanitario nazionale, traballano gli aumenti da 3,5 miliardi per il 2020-2021. La sorpresa nel Patto salute

di *Barbara Gobbi*

I due miliardi di aumento del Fondo sanitario nazionale (Fsn) nel 2020 e il miliardo e mezzo in più per il 2021, promessi dalla legge di Bilancio sulla base di un preciso accordo tra Regioni e Governo, rischiano di saltare. O quantomeno non sono più una certezza: le risorse aggiuntive, che porterebbero il Fsn rispettivamente a 116,4 miliardi il prossimo anno e a 118 miliardi scarsi nel 2021, saranno erogate «salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico». Questa la clausola inserita all'articolo 1 della bozza del Patto per la



7 giu
2019

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

STAMPA | 🖨️

TAG

Patto per la salute

Finanziamenti

Livelli essenziali di
assistenza - LEA

DAL GOVERNO

S 24 **Grillo: nel Patto per la salute è irricevibile la clausola finanziaria**

da Radiocor Plus

Il ministro della Salute, Giulia Grillo, prende le distanze dalla bozza del Patto per la salute, il primo documento "ufficioso", messo nero su bianco, alla base dei lavori mercoledì pomeriggio tra lo stesso ministero e le Regioni. «In queste ore sta circolando una bozza del nuovo Patto per la salute - scrive Grillo in un comunicato - che contiene all'articolo 1 una clausola finanziaria che vincola l'incremento del Fondo previsto nella legge di bilancio 2019 al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e variazioni del quadro macroeconomico.

Questa clausola per me è inaccettabile e voglio precisare che è stata voluta dagli uffici del Mef».

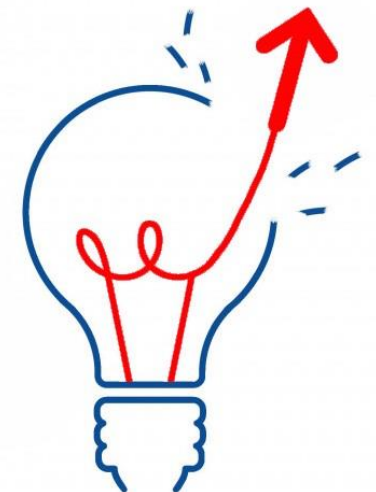


Riforme di rottura



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

- “Mettere in sicurezza” il fabbisogno sanitario nazionale tramite la definizione di:
 - una soglia minima del rapporto spesa sanitaria/PIL
 - un incremento percentuale annuo in termini assoluti, pari almeno doppio dell'inflazione



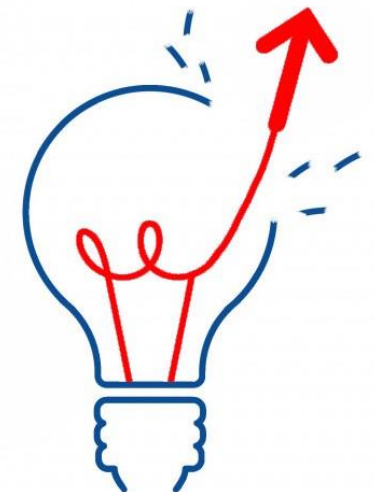
Riforme di rottura



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

Consistente rilancio a breve-medio termine

- Disinvestire da uno o più dei sussidi individuali
 - Bonus 80 euro: circa € 10.000 milioni/anno
 - Reddito di cittadinanza: € 7.100 milioni nel 2019, € 8.055 nel 2020 e € 8.317 milioni dal 2021
 - Quota 100: € 3,8 miliardi nel 2019, € 7,8 miliardi nel 2020, € 8,3 miliardi nel 2021 e € 7,8 miliardi nel 2022





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

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




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



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

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





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

Riforme di rottura



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

- Programma nazionale HTA per tutte le tecnologie sanitarie, gestito da un ente terzo
- Revisione criteri di rimborso e tetti di spesa secondo principi della *value-based healthcare*
- Finanziamento ricerca comparativa indipendente



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



Riforme di rottura

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



- Allineare a cascata i sistemi premianti a tutti i livelli del SSN: Regioni → aziende sanitarie → unità organizzative → professionisti
- Utilizzare criteri di rimborso *value-based*
- Favorire a tutti i livelli i processi di disinvestimento e riallocazione rendendo più flessibili tetti di spesa e budget



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



Riforme di rottura

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



- Definire le prestazioni LEA ed extra-LEA che possono/non possono essere coperte dai fondi sanitari
- Concedere le agevolazioni fiscali ai fondi sanitari integrativi solo per le prestazioni extra-LEA
- Regolamentare i rapporti tra
 - fondi sanitari integrativi e compagnie assicurative
 - finanziatori privati ed erogatori privati accreditati
- Regolamentare le campagne pubblicitarie per evitare la diffusione di messaggi consumistici





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

Riforme di rottura



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

Potenziamento enti nazionali

- Riforma enti vigilati favorendo sinergie ed evitando duplicazioni sia tra gli enti, sia con le DG del Ministero della Salute
- Definizione di standard nazionali: linee guida, HTA reports
- Stop sovrapposizione tra funzioni di agenzia regolatoria e di HTA



Riforme di rottura



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

Modifica criteri di riparto

- Quota fissa parametrata secondo standard nazionali, per il personale sanitario
- Quota variabile vincolata agli adempimenti LEA secondo il nuovo sistema di garanzia
 - meccanismi bonus/malus a valere sul riparto dell'anno successivo
 - allineamento a cascata budget e sistemi premianti a tutti i livelli: Regioni → aziende sanitarie → unità organizzative → professionisti



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





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

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



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





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

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





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



In 40 anni non abbiamo ancora acquisito piena consapevolezza che il nostro Paese dispone di un SSN che si prende cura della nostra salute e che, in qualità di “azionisti di maggioranza”, tutti siamo tenuti a tutelare, ciascuno secondo le nostre responsabilità pubbliche o individuali.

Nino Cartabellotta

Il Servizio Sanitario Nazionale
compie 40 anni

Lunga vita
al Servizio Sanitario Nazionale!



#SSN(40)

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Per i 40 anni del SSN è doveroso celebrare quello che abbiamo costruito, ma occorre soprattutto diffondere la consapevolezza di quello che rischiamo di perdere, perché la sanità pubblica è come la salute: ti accorgi che esiste solo quando l'hai perduta



“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



#salviamoSSN

SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it