



18 | 19 | 20 | Tutti i Saloni

BolognaFiere

Solo: Horus, Mit, Primo Soccorso | 21 aprile 2018

Health technology performance assessment

Il processo di disinvestimento da tecnologie sanitarie dal *low-value*

Nino Cartabellotta
Fondazione GIMBE

 **GIMBE**
EVIDENCE FOR HEALTH

PARTECIPIAMO A

 **EXPOSANITA'**
MED • CARE • INNOVATION

18 | 20 Aprile 2018

BOLOGNA
Quartiere Fieristico

www.gimbe.org/exposanita2018

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
- Nessun altro conflitto da dichiarare



SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it

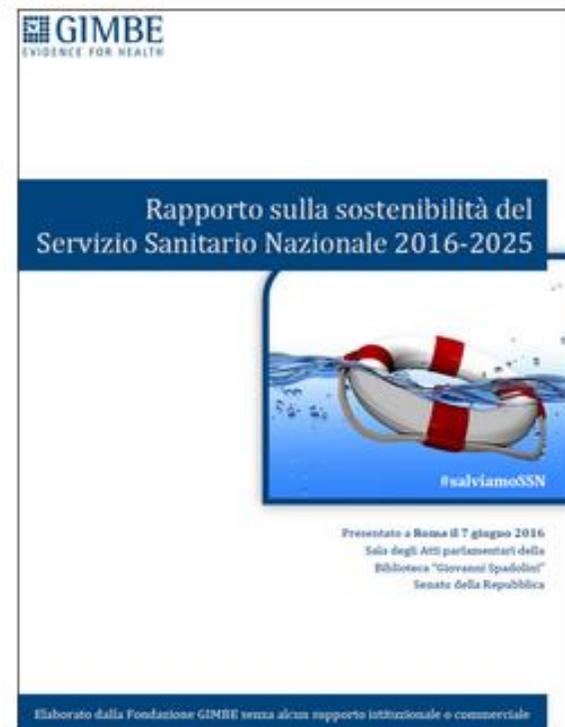
IL RAPPORTO

CONSULTAZIONE PUBBLICA

RASSEGNA STAMPA



Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025



[Download](#)

adnkronos
salute

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

Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN



RAPPORTO 2017

RAPPORTO 2016

CONSULTAZIONE PUBBLICA



2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale



 **GIMBE**
EVIDENCE FOR HEALTH

2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale



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

Elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale e commerciale

[Download](#)

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

Il diritto costituzionale alla tutela della salute non può essere condizionata da ideologie partitiche, ma è un diritto civile che la politica deve garantire a tutti cittadini.

Osservatorio sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

ELEZIONI 2018

Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali

SANITÀ E RICERCA BIOMEDICA



GAZZETTA UFFICIALE
DELLA
REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Sabato, 27 dicembre 1947 SI PUBLICA TUTTI I GIORNI
MEZZO I FESSTIVI
DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONI DELLE LEGGI - TELEF. 56-139 51-236 53-634
AMMINISTRAZIONE PRESSO LA LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI 10, ROMA - TELEF. 20-032 945-737 859-141

COSTITUZIONE
DELLA
REPUBBLICA ITALIANA



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



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



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



ELIMINARE IL SUPERTICKET e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei



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



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



#salviamoSSN

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH



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



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



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



SANA INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone



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



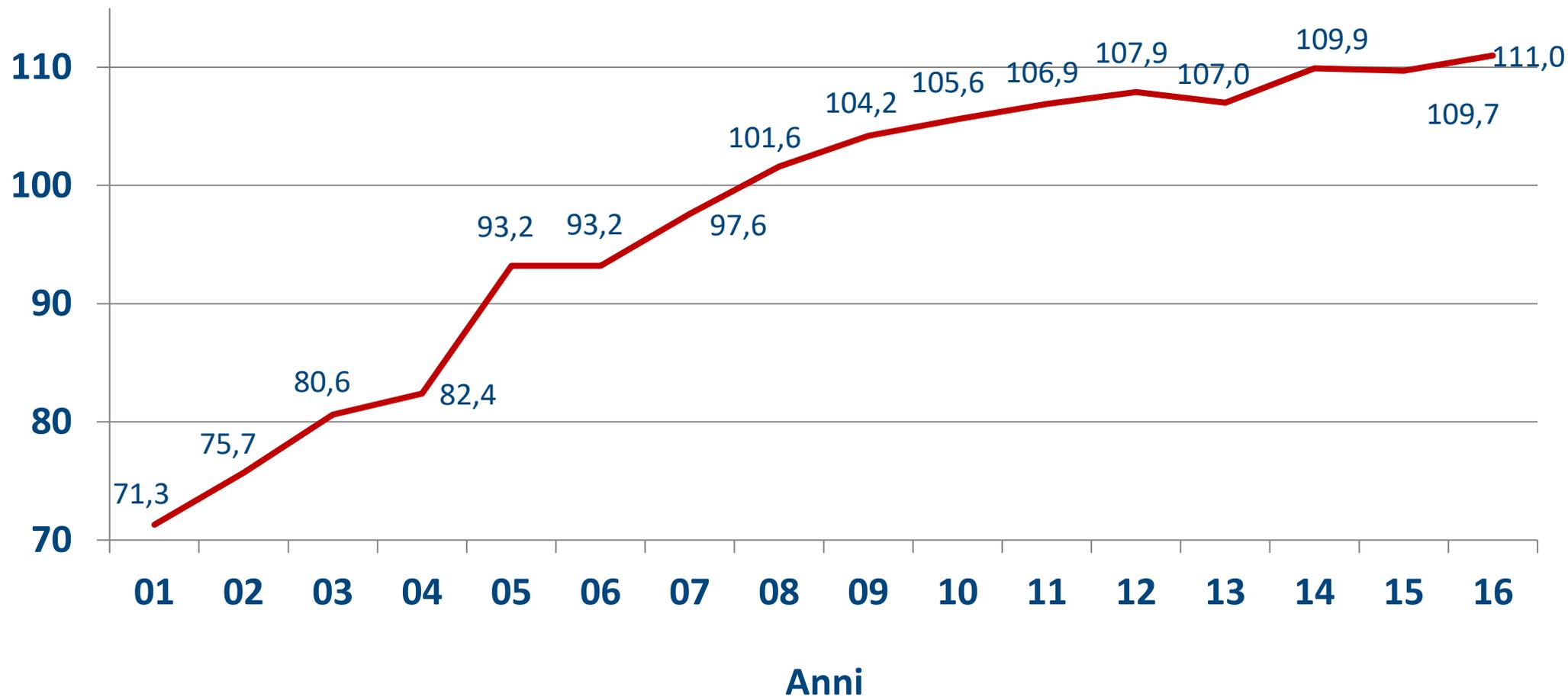
FINANZIARE RICERCA CLINICA E ORGANIZZATIVA: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN

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



Finanziamento pubblico SSN 2001-2016

Miliardi €



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.**

[SANITÀ]

113
MILIARDI

2 miliardi in più del 2015

Epatite C

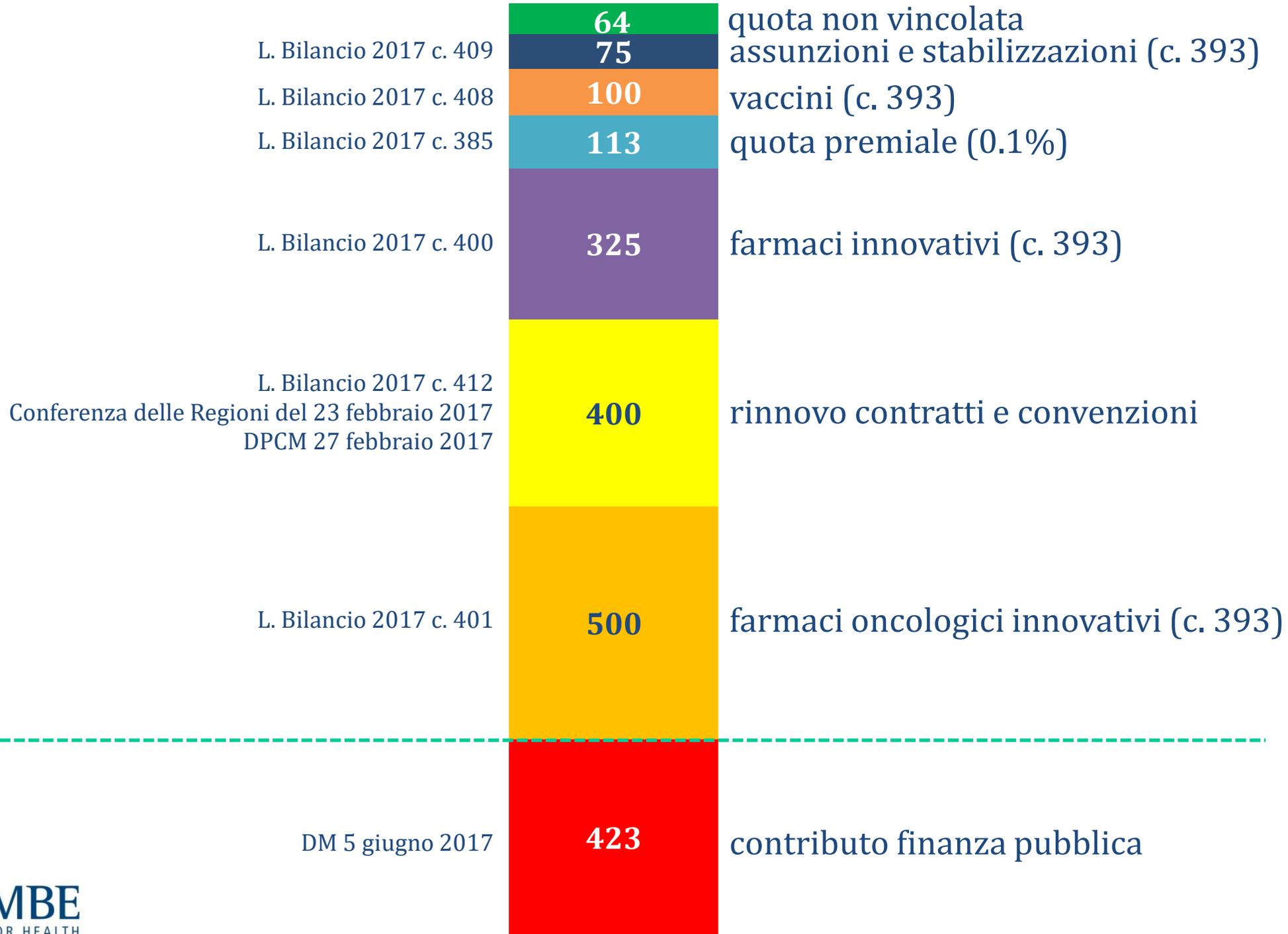
Medicine oncologiche

Vaccini

**STABILIZZAZIONE
MEDICI e INFERMIERI**

Bisogno

#passodopasso





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



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE



NOTA DI AGGIORNAMENTO DEL
**DOCUMENTO
DI ECONOMIA
E FINANZA 2017**

Deliberata dal Presidente del Consiglio dei Ministri
Paolo Gentiloni Silveri

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

il 23 Settembre 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%

**PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2017 – 2020**

	2017	2018	2019	2020
Spesa sanitaria	114.138	115.068	116.105	118.570
In % di PIL	6,6	6,5	6,4	6,3
Tasso di variazione in %	1,4	0,8	0,9	2,1



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE



NOTA DI AGGIORNAMENTO DEL

**DOCUMENTO
DI ECONOMIA
E FINANZA 2017**



CORTE DEI CONTI

SEZIONE DELLE AUTONOMIE

**Relazione sulla gestione
finanziaria delle Regioni
Esercizio 2015**

(Legge 5 giugno 2003, n. 131)

Deliberazione n. 17/SEZAUT/2017/FRG

DECRETO 5 giugno 2017.

Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale.

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELLA SALUTE

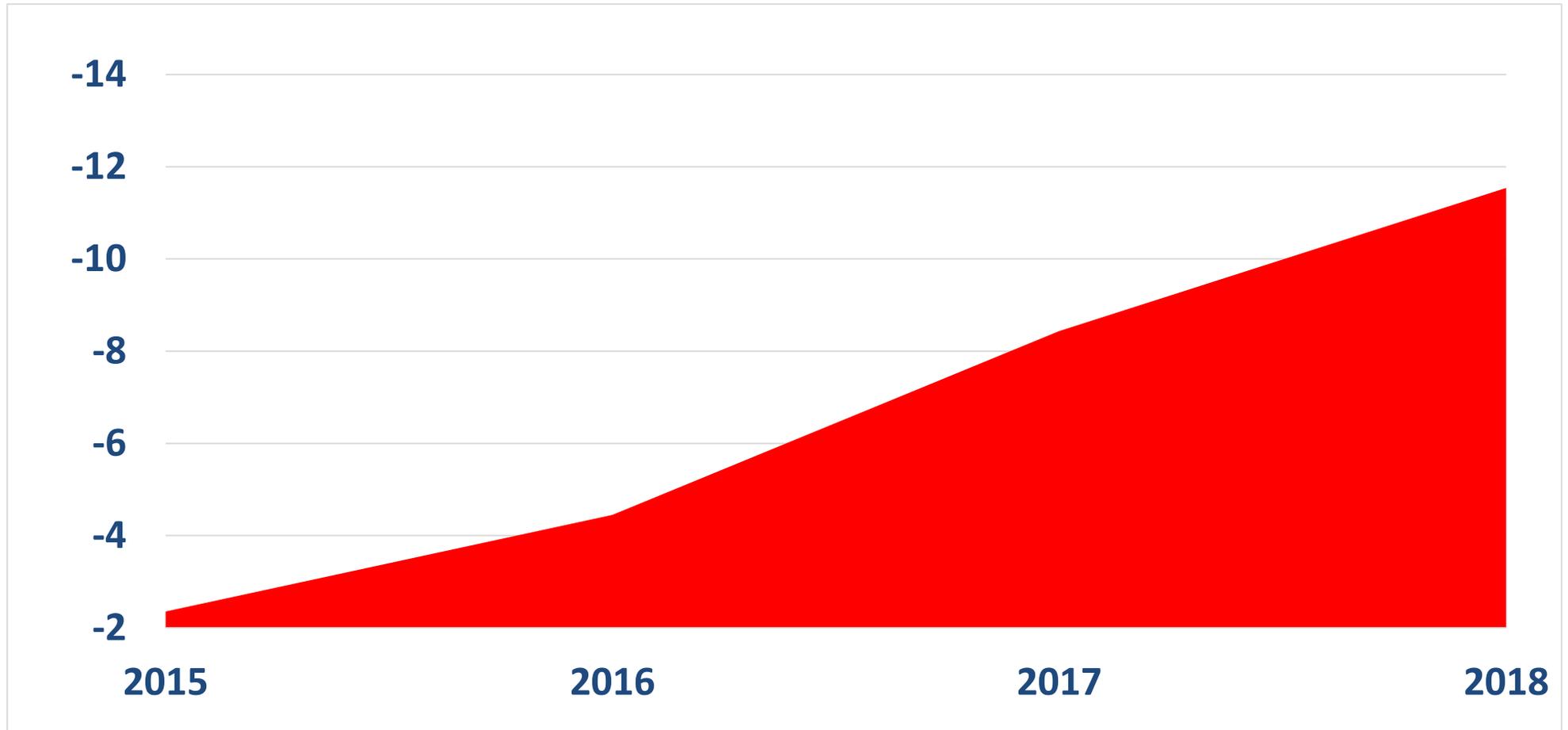
Art. 1.

1. Per l'anno 2017 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è ridotto di 423 milioni di euro.

2. A decorrere dall'anno 2018, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è ridotto di 604 milioni di euro.

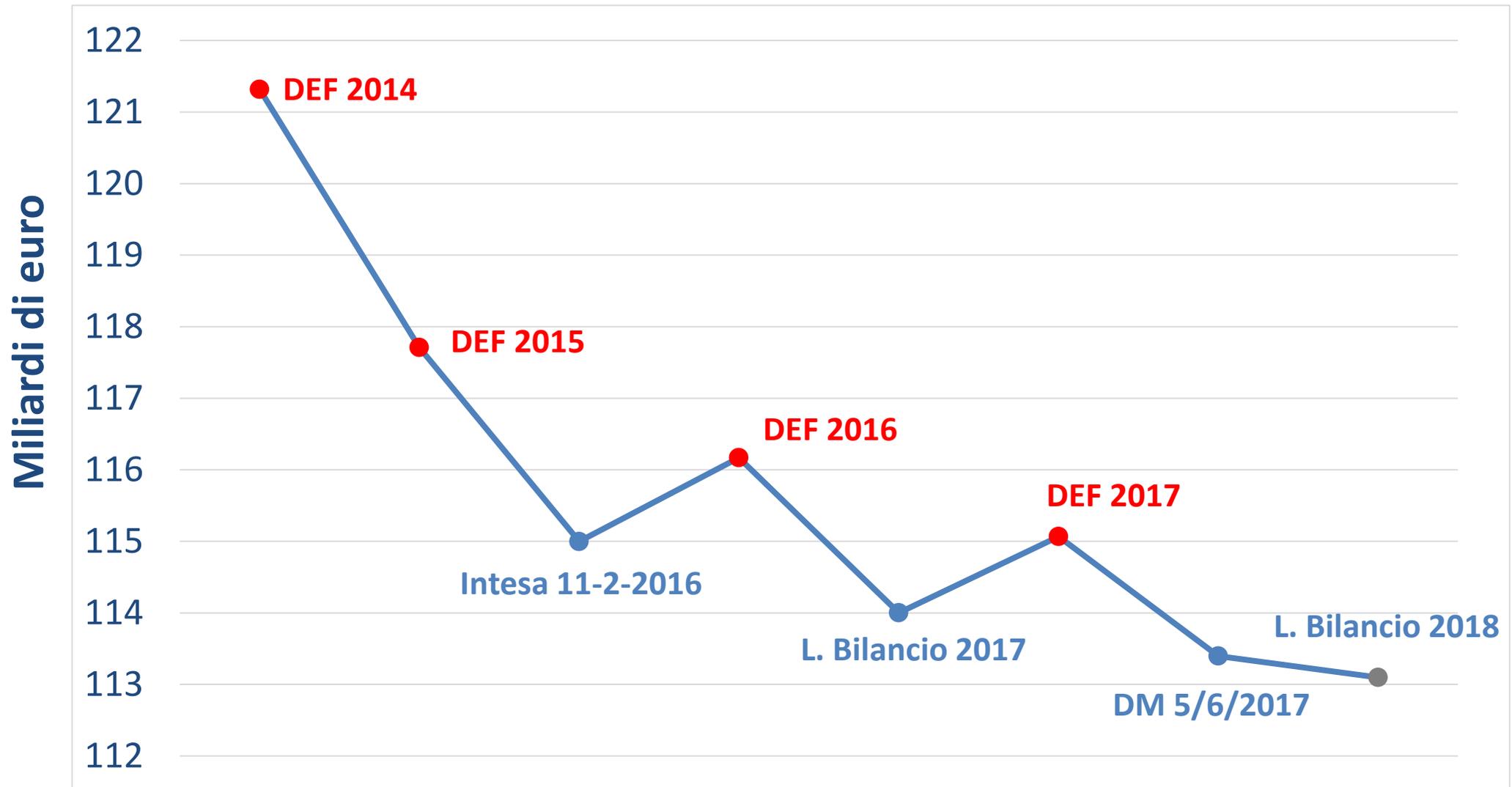
Riduzione cumulativa finanziamento 2015-2018

Miliardi di euro



*Aggiornamento ed elaborazione GIMBE da:
Corte dei Conti, luglio 2017*

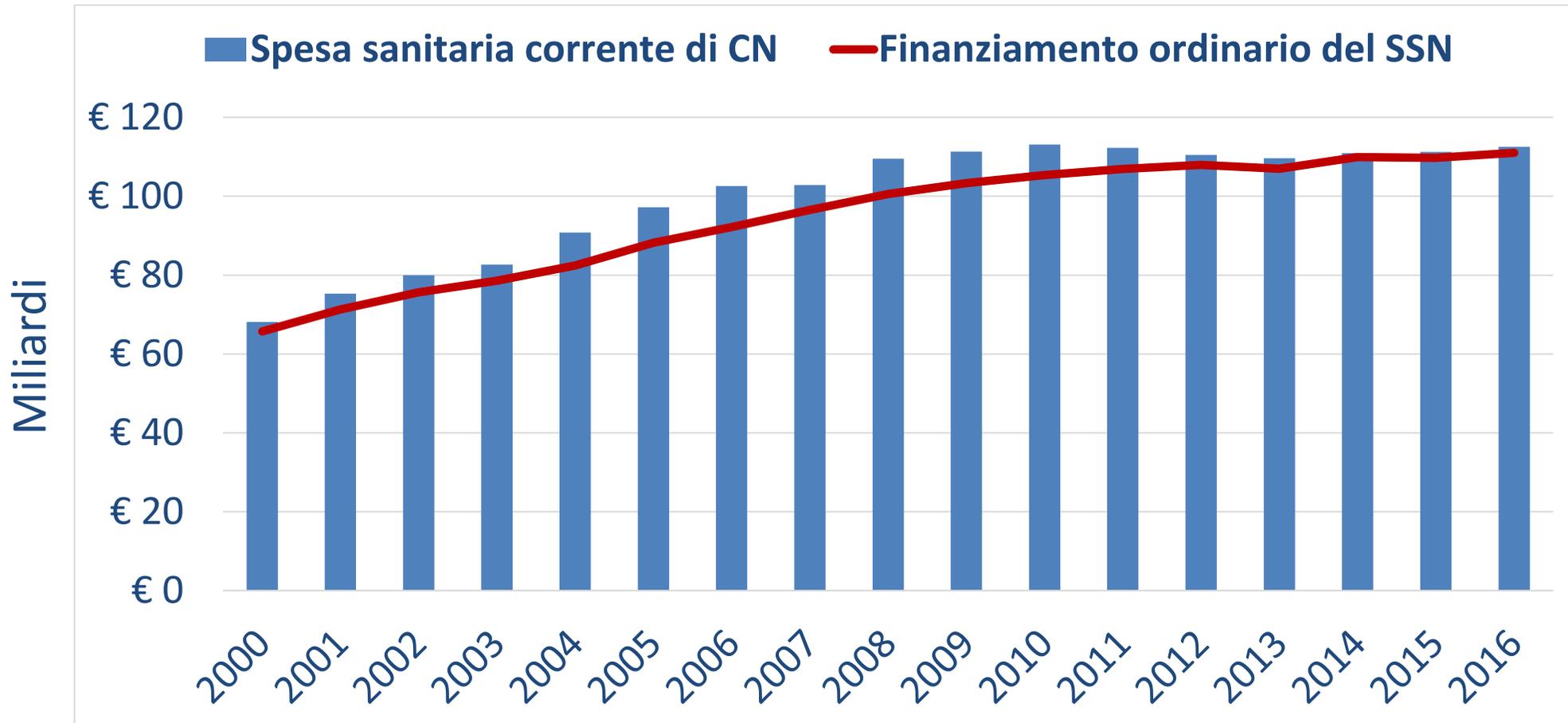
2018: previsioni DEF vs finanziamento reale



Aggiornamento ed elaborazione GIMBE da:
Corte dei Conti, luglio 2017

Tab 21/SA - Spesa per consumi finali delle Amministrazioni pubbliche per funzione, anni 2000 e 2011-2015

FUNZIONI	2000	2011	2012	2013	2014	2015	Variazioni assolute cumulate 2011-2015	Variazione percentuale 2015/2011
Servizi generali	28.658	40.037	38.471	39.156	37.107	35.630	-4.407	-11,01
Sanità	68.237	111.559	109.957	109.254	110.551	111.707	148	0,13
Protezione sociale	10.117	15.513	15.155	14.776	14.295	13.874	-1.639	-10,57
Istruzione	48.862	58.828	58.080	58.095	58.045	57.272	-1.556	-2,64
Difesa	14.353	21.184	21.074	21.257	20.828	21.124	-426	-0,28
Ordine pubblico e sicurezza	23.054	30.698	29.556	29.843	29.635	29.841	-857	-2,79
Protezione ambiente	2.861	5.450	5.482	5.860	5.324	5.084	-366	-6,72
Abitazioni e assetto del territorio	5.311	8.094	8.451	8.694	8.598	8.054	-40	-0,49



MEF, luglio 2017

- > Employment policies and data
- > Health policies and data
- > Social policies and data
- > Families and children
- > Pension systems
- > International migration policies and data

OECD Health Statistics 2016



The online database **OECD Health Statistics 2016** was released on June 30 and all datasets have been updated on October 12.

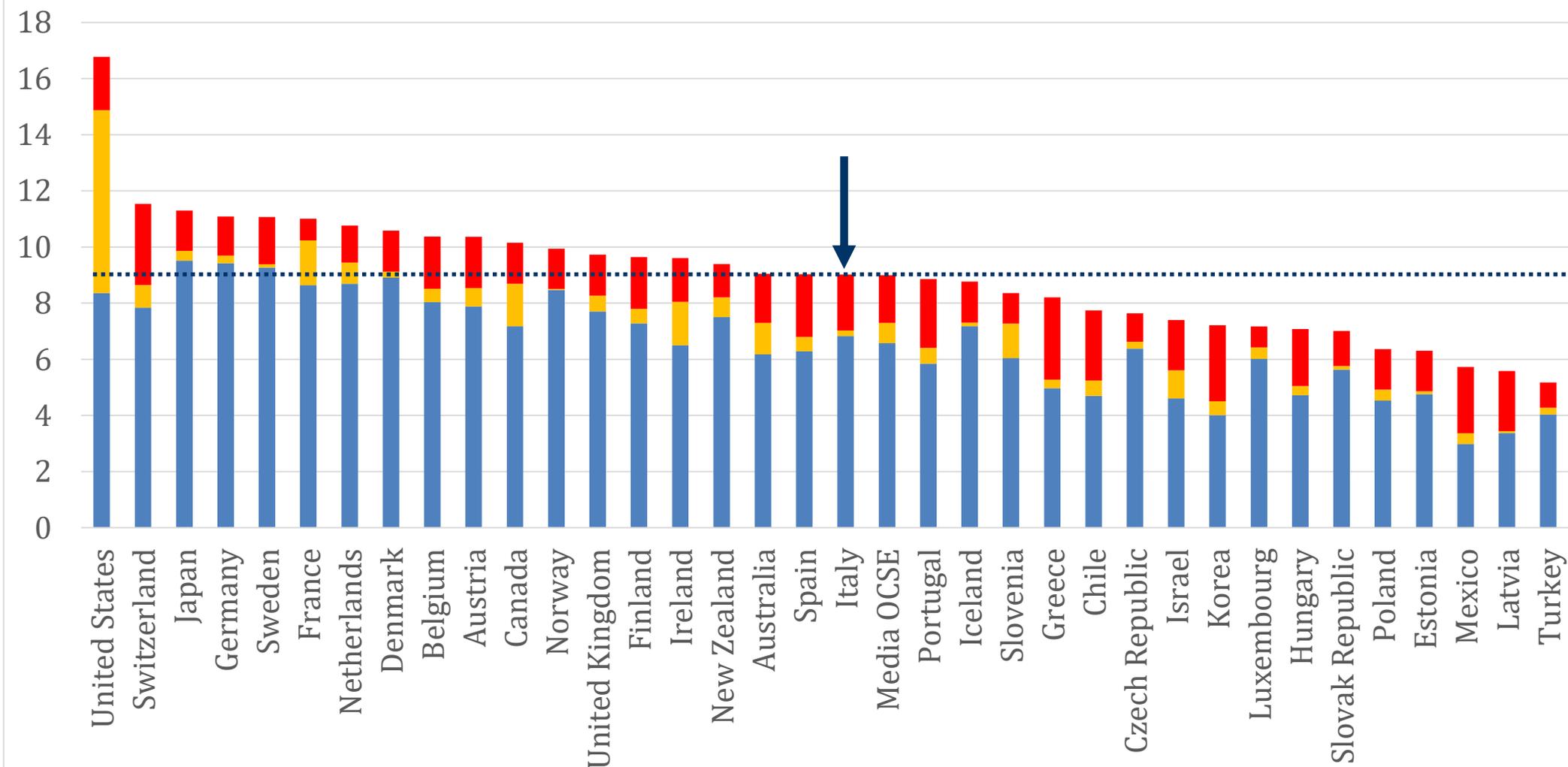
The OECD Health Database offers the most comprehensive source of comparable statistics on health and health systems across OECD countries. It is an essential tool to carry out comparative analyses and draw lessons from international comparisons of diverse health systems.

Access the 2016 online [database](#)

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

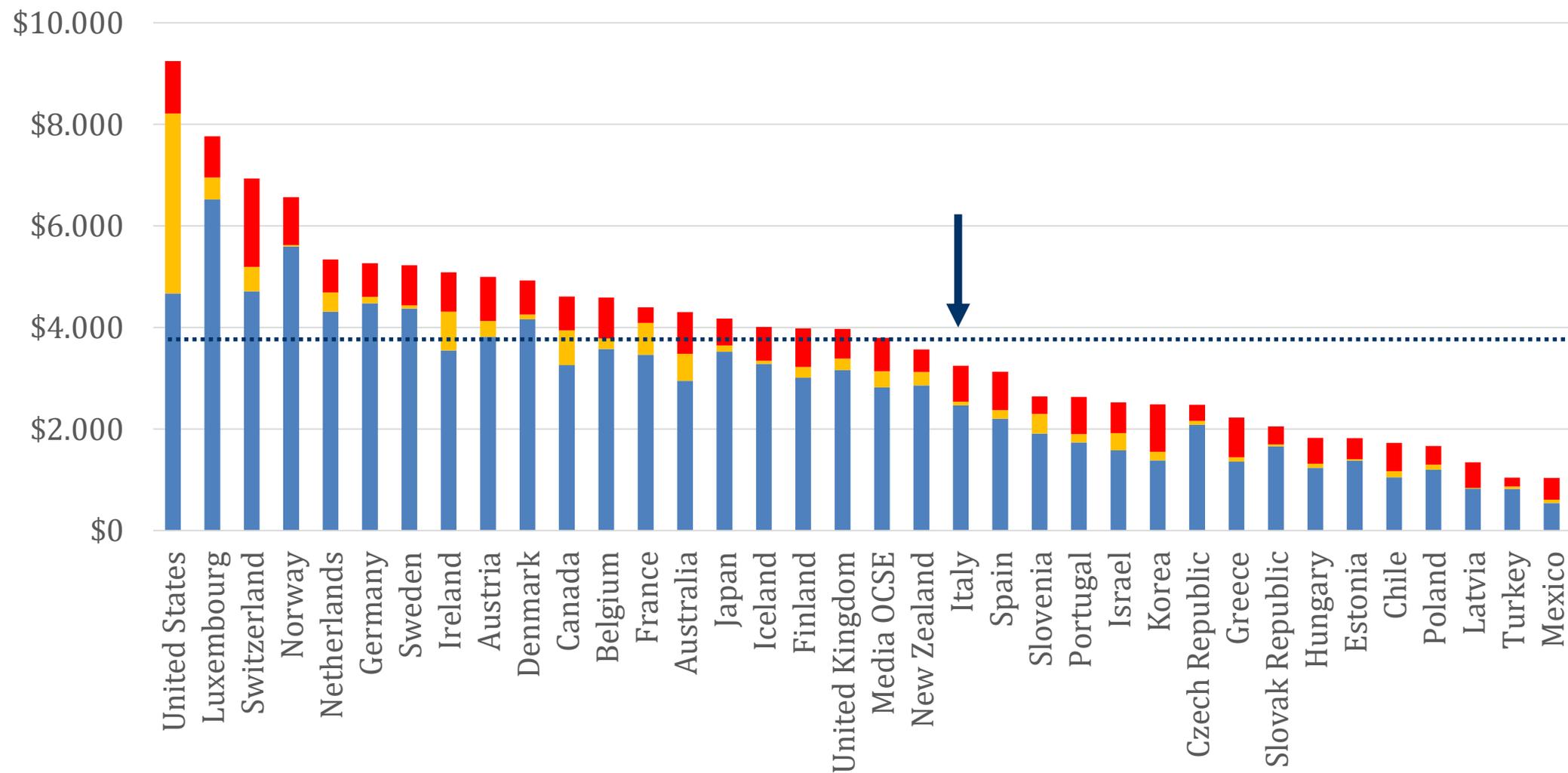
Spesa sanitaria totale in % PIL

■ Pubblica ■ Intermediata ■ Out-of-pocket



Spesa sanitaria pro-capite

■ Pubblica ■ Intermediata ■ Out-of-pocket





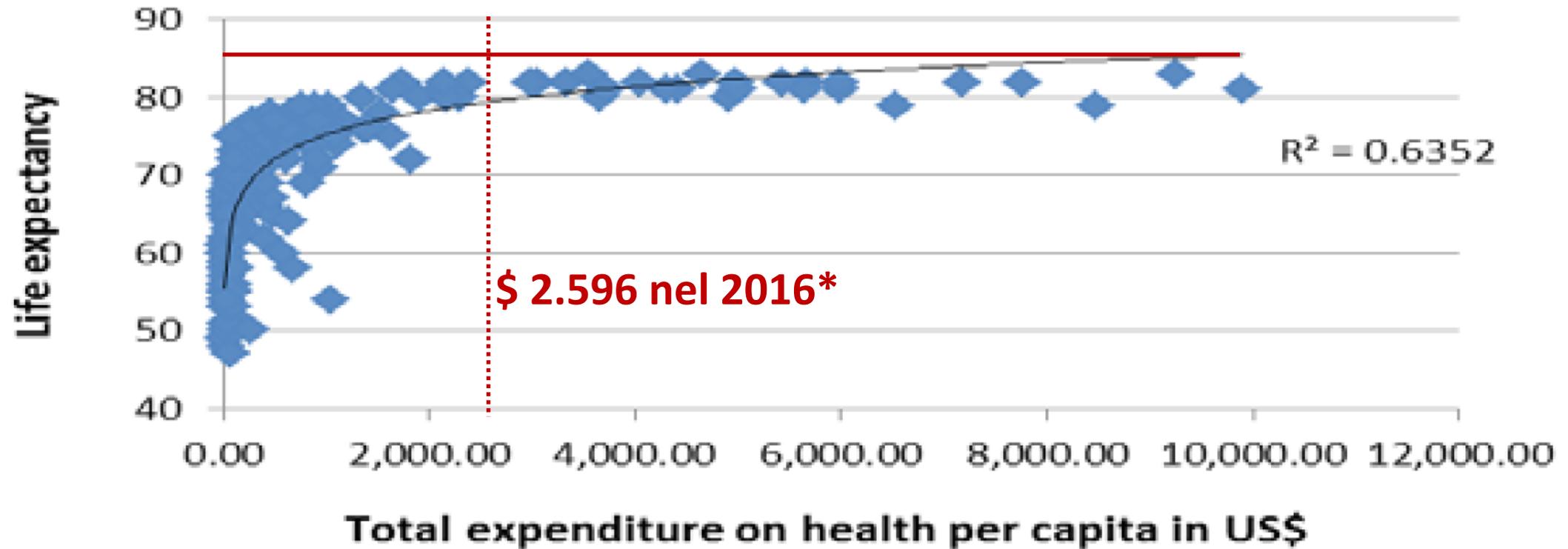
WHO Global Health Expenditure Atlas

September 2014

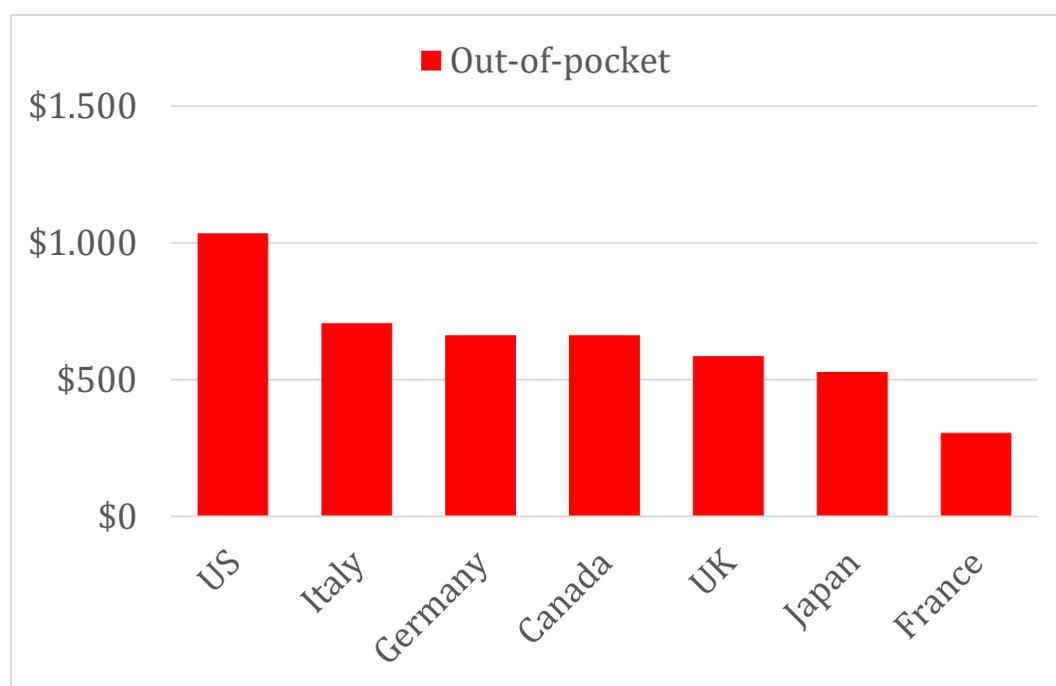
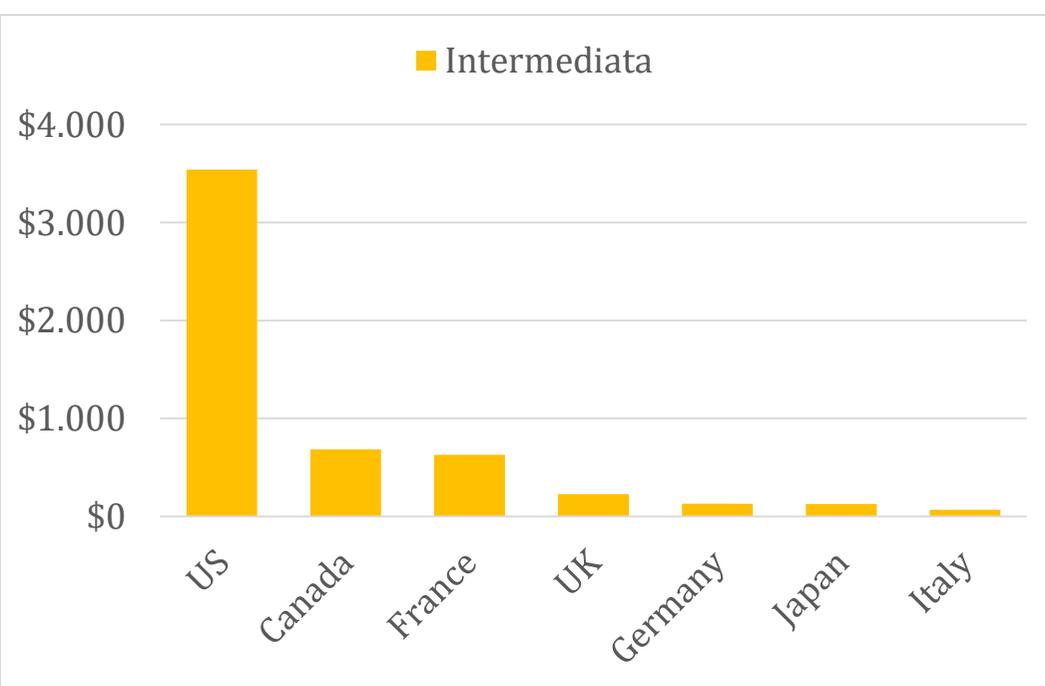
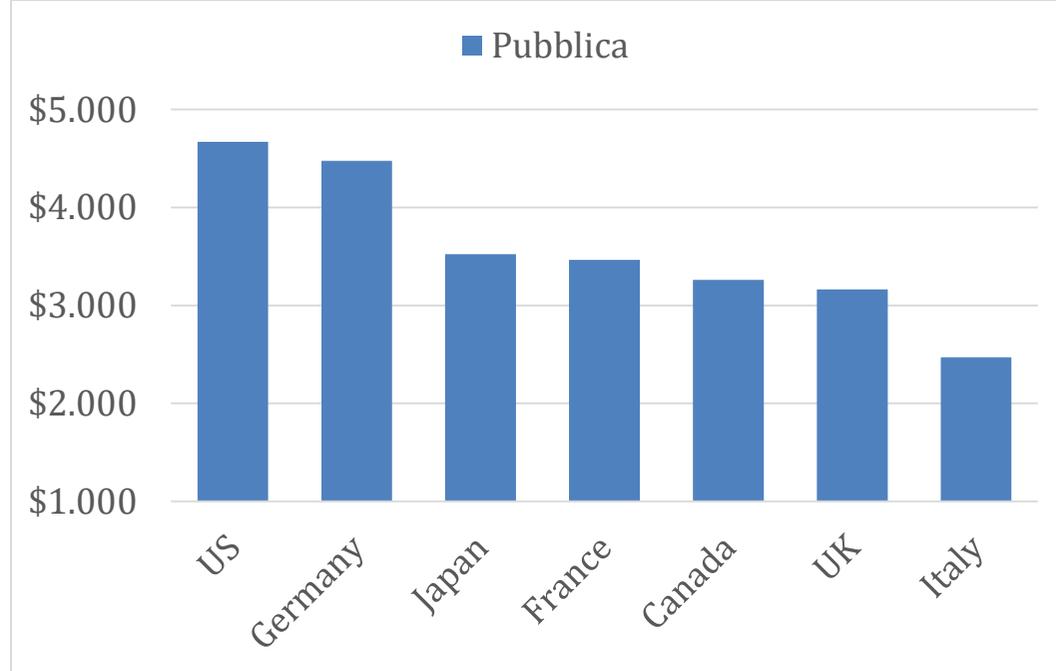
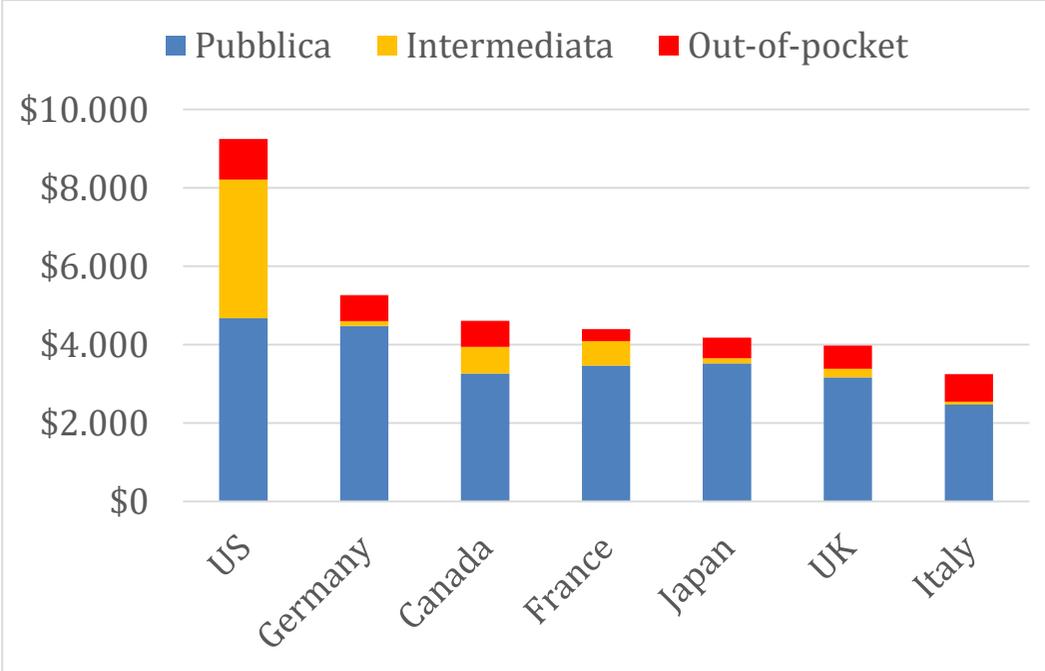


World Health
Organization

Correlation between expenditure on health and life expectancy



*OECD, 2017



Aumento % finanziamento pubblico 2009-2015

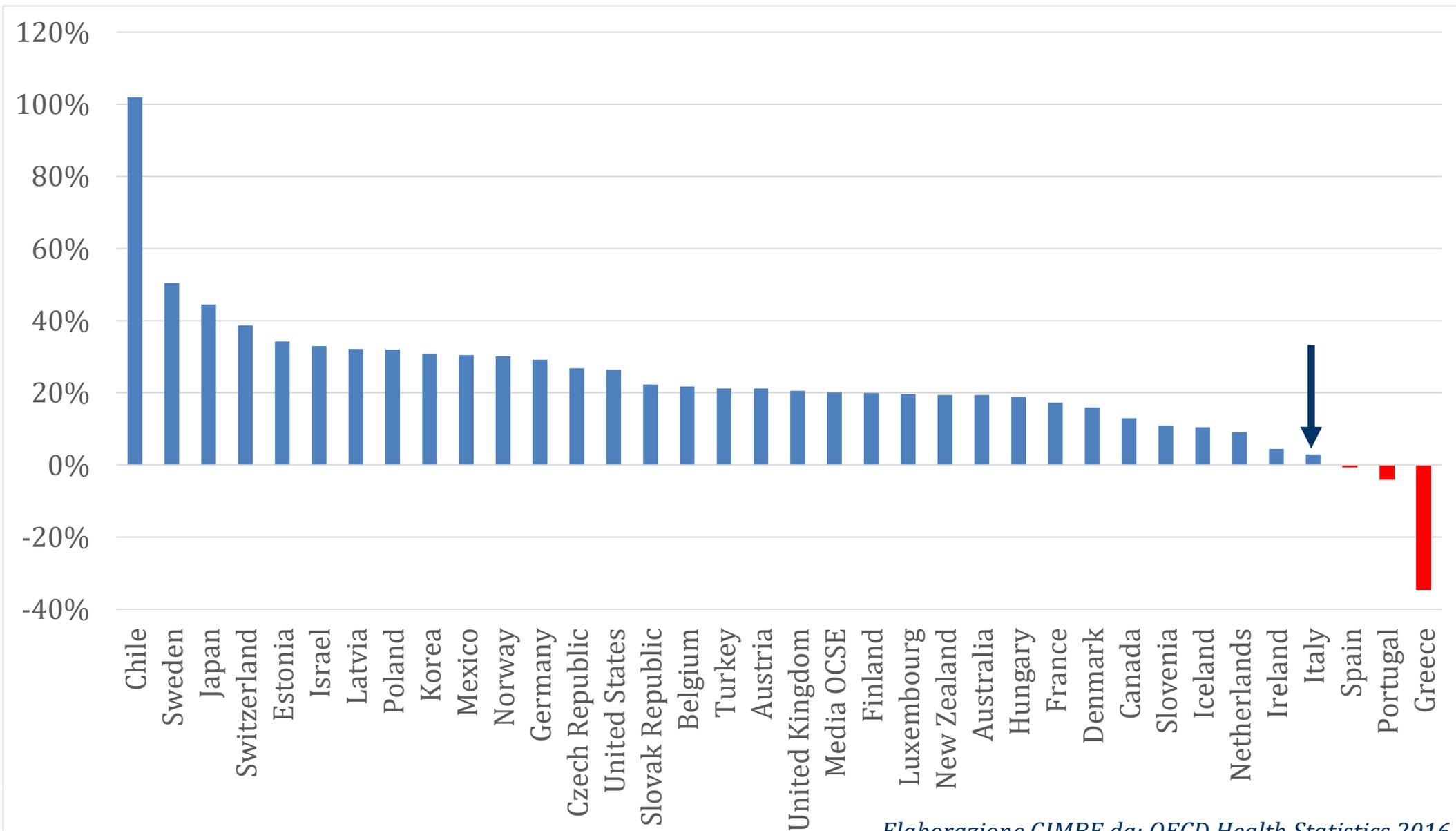
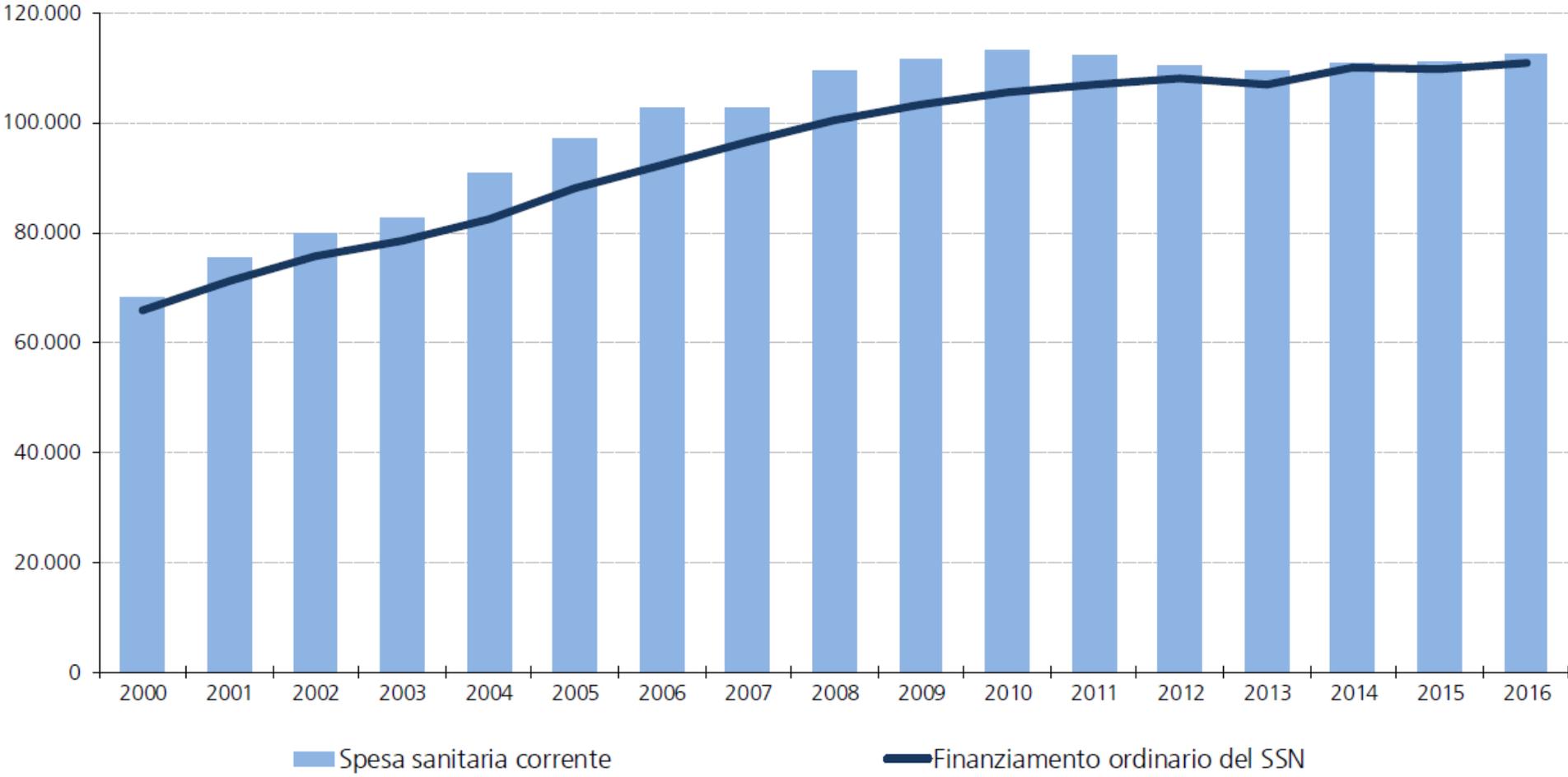
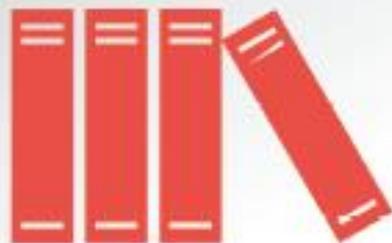


Fig. 2.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2000-2016 (valori in milioni di euro)

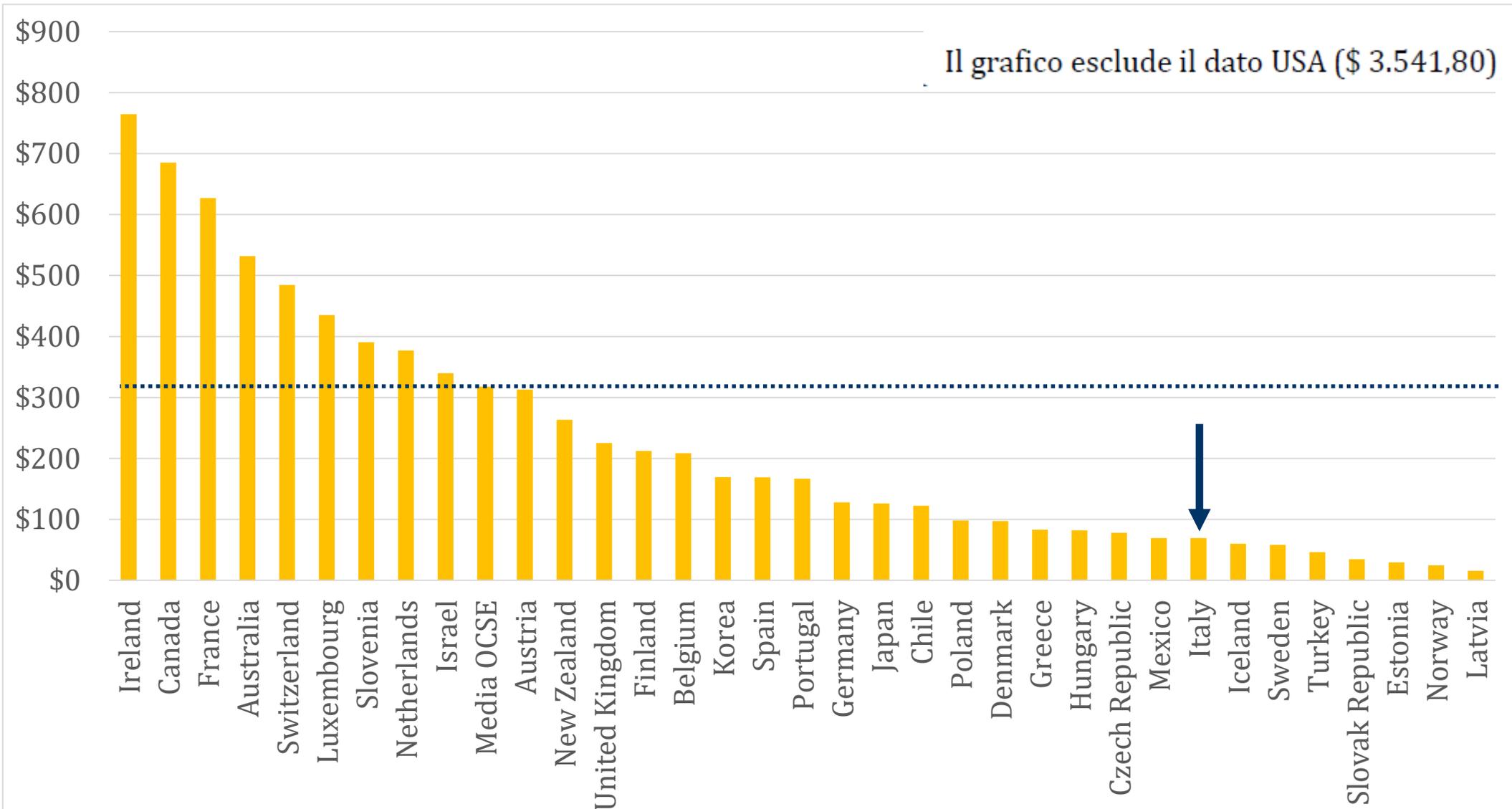




RIORDINO LEGISLATIVO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA

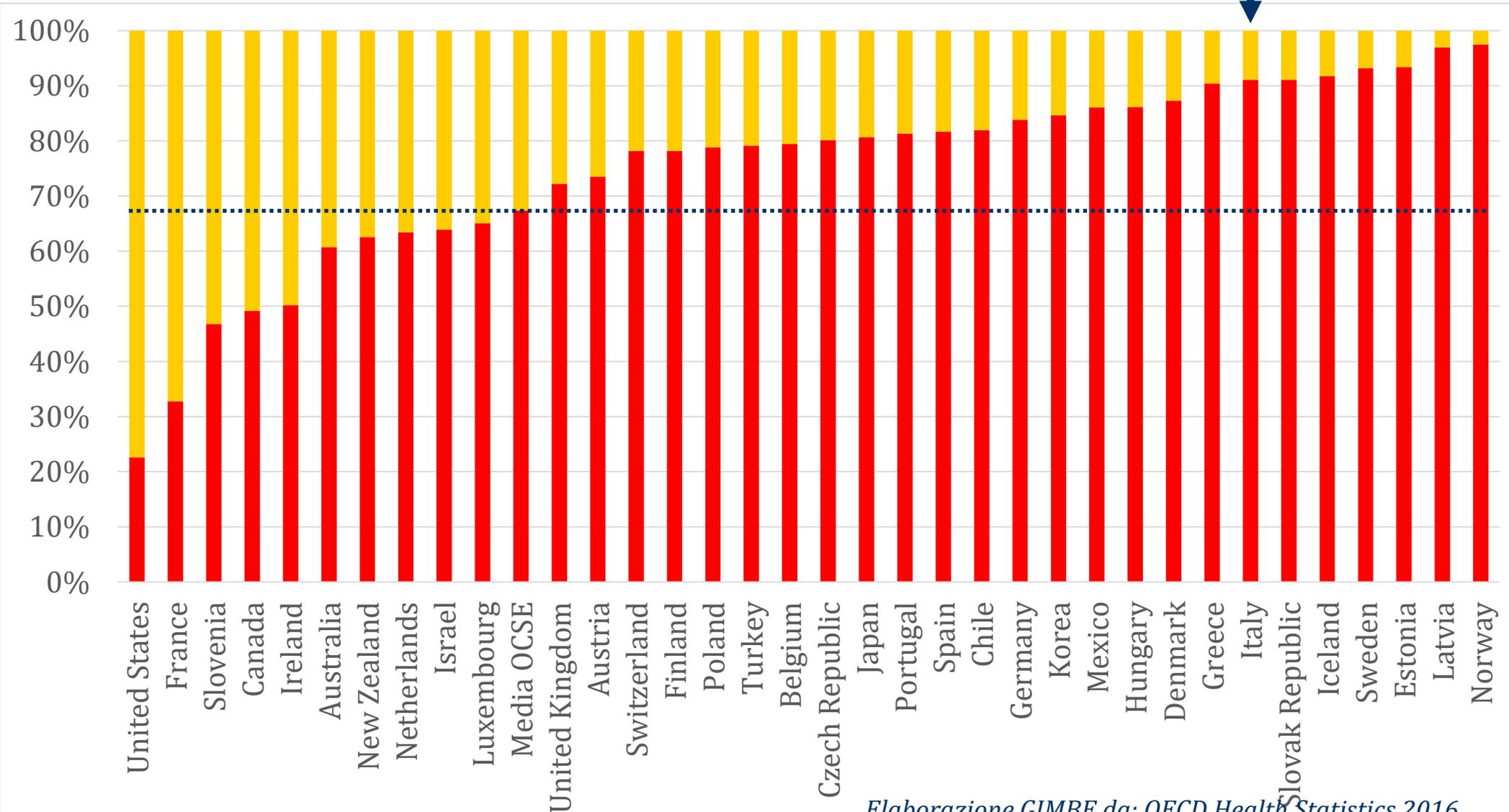
per evitare derive
consumistiche e di
privatizzazione

Spesa intermediaia pro-capite



Ripartizione % spesa privata

■ Out-of-pocket ■ Intermediata





Spesa out-of-pocket (OOP)

Fronteggia le minori
tutele pubbliche?

Alimenta il consumismo
sanitario?

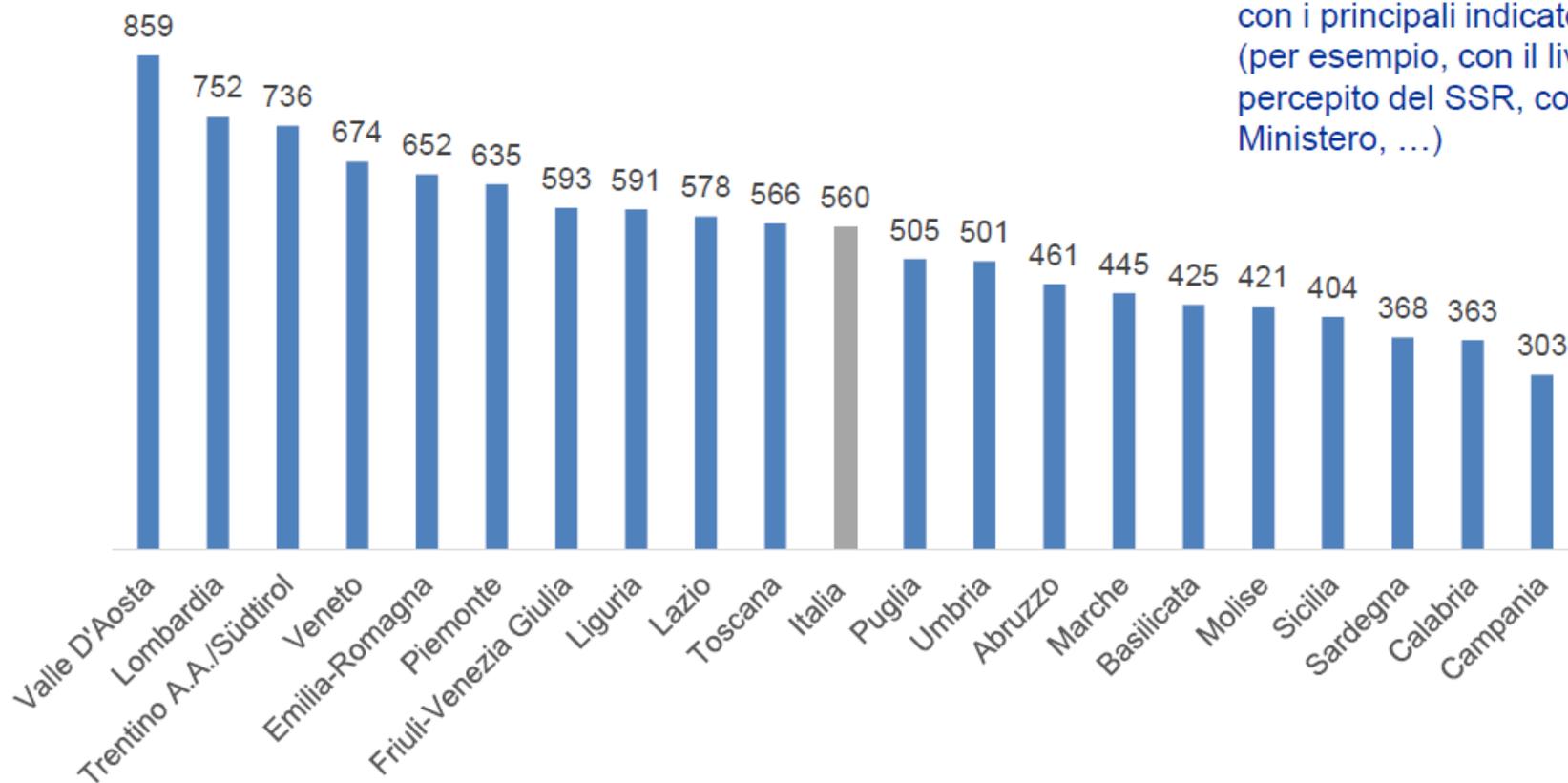


La spesa sanitaria delle famiglie: un quadro d'insieme (2016 o anno più recente). Valori in miliardi di euro.

		Servizi	Beni	TOT
P U B B L I C O	Co-payment	1,4	0,5	3,9
	Intramoenia differenza prezzo	1,0 (intramoenia)	1,0 (differenza di prezzo tra generico e brand)	
P R I V A T O		18,9 (di cui, 8,7 miliardi cure dentali)	16,6	35,5
TOT		21,3	18,1	39,4

La spesa sanitaria annuale delle famiglie, media dei pro capite 2014 – 2016, per regione.

MEDIA 2014-2016



- Il ranking non cambia sostanzialmente pesando il dato per età
- La spesa pro capite annuale delle famiglie è correlata al 90,7% con il reddito
- La spesa pro capite annuale delle famiglie mostra una correlazione positiva (> 80%) con i principali indicatori di qualità dei SSR (per esempio, con il livello di soddisfazione percepito del SSR, con il punteggio LEA del Ministero, ...)

Sanità integrativa: posizione GIMBE

In presenza di un definanziamento pubblico di tale portata, per impedire l'aumento della spesa out-of-pocket sino alla rinuncia alle cure per le fasce più deboli:

- ridurre le prestazioni incluse nei LEA secondo un metodo *evidence- & value-based*
- reperire ulteriori risorse dalla sanità integrativa, senza compromettere modello universalistico SSN



Sanità integrativa: posizione GIMBE

Testo Unico per tutte le forme di sanità integrativa pervenendo a un impianto regolatorio capace di:

- assicurare una governance nazionale
- garantire a tutti gli operatori del settore le condizioni per una sana competizione
- tutelare il cittadino, evitando derive consumistiche e di privatizzazione



Sanità integrativa: alcune proposte

1. Ridefinire tipologie prestazioni che può coprire la sanità integrativa
2. Realizzare un pilastro unico: distinzione tra 2° e 3° anacronistica
3. Creare anagrafe nazionale unica di FSI e assicurazioni private
4. Regolamentare rapporto tra finanziatori privati ed erogatori privati
5. Regolamentare campagne pubblicitarie compagnie assicurative
6. Coinvolgere soggetti no-profit nella gestione della sanità integrativa





Senato della Repubblica

12^a Commissione Igiene e Sanità

Roma, 7 novembre 2017

**Audizione della Fondazione GIMBE
in vista dell'esame, in sede consultiva,
del Disegno di Legge di Bilancio 2018**

Nino Cartabellotta

Presidente

INTERVISTA | Nino Cartabellotta | Gimbe

Sistema integrativo, regole da rifare

Ro. M.

ROMA

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ANSA

«Il prossimo governo dovrà avviare una riforma della sanità integrativa, perché la normativa è frammentata e non più in linea con le esigenze del servizio sanitario. E questo rende il sistema più iniquo». A parlare è Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, think tank indipendente della sanità di respiro internazionale che cura il Rapporto sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

Il Ssn è a corto di ossigeno e la spesa privata, intermediata e non, cresce. Perché?



Gimbe. Nino Cartabellotta

Mi convince poco l'assioma - sostenuto da chi vuole incrementare la spesa intermediata - che la spesa privata serva esclusivamente a coprire le minori tutele pubbliche conseguenti al definanziamento del Ssn. È vero solo in parte. La spesa out-of-pocket è molto più elevata nelle regioni più ricche e alimentano solo il consumismo sanitario.

La popolazione invecchia: su cronicità e non autosufficienza l'assistenza pubblica deve ancora trovare il giusto assetto per vincere la sfida. Fondi e assicurazioni possono rappresentare una parte della soluzione?

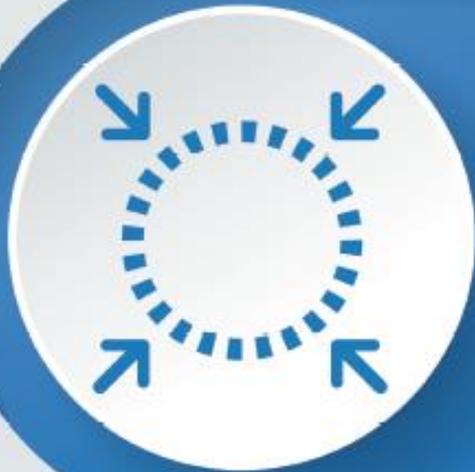
Sì. Ma il problema è definire cosa esce dai Lea, separando nettamente le prestazioni a carico del finanziamento pubblico da quelle sostenute dalla sanità integrativa. Oggi invece, con una certa schizofrenia, l'ultima revisione dei Lea ha notevolmente ampliato il "paniere" senza un aumento adeguato del Fondo sanitario nazionale. Così la sanità integrativa, assicurazioni in particolare, rischia di diventare sostitutiva, aumentando le disuguaglianze.

Un nuovo mercato però c'è. Come conciliare libertà di scelta del cittadino ed equità?

La normativa è estremamente frammentata, sia dal punto di vista delle prestazioni coperte sia sotto il profilo delle agevolazioni fiscali. I fondi sanitari integrativi legati ai contratti di lavoro godono di una deducibilità dei contributi fino a 3.615,20 euro. Una quota quasi doppia al finanziamento pubblico pro capite. Tale defiscalizzazione è sostenuta con le tasse di tutti i cittadini, ma ne beneficia solo quelli iscritti ai fondi sanitari integrativi. Agevolazioni fiscali minori ci sono per le assicurazioni, che coprono anche prestazioni incluse nei Lea. Ecco perché è indifferibile un Testo unico della sanità integrativa.

In America entrano vistosamente nuovi giganti nel mondo della sanità. Potrebbe accadere anche in Italia?

Certo che può accadere. Però questo processo va governato. Perché con la normativa attuale chiunque entri rischia di creare pericolosi corti circuiti della sanità pubblica.



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

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

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

Value

=

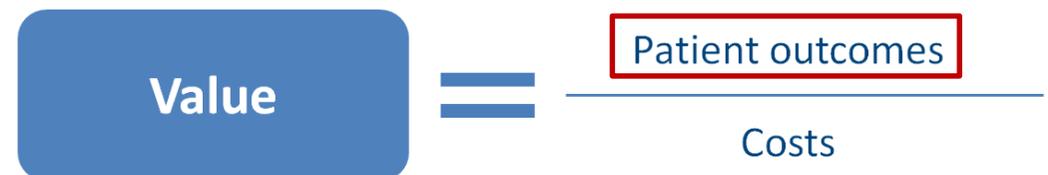
Patient outcomes

Costs

Quali outcome?

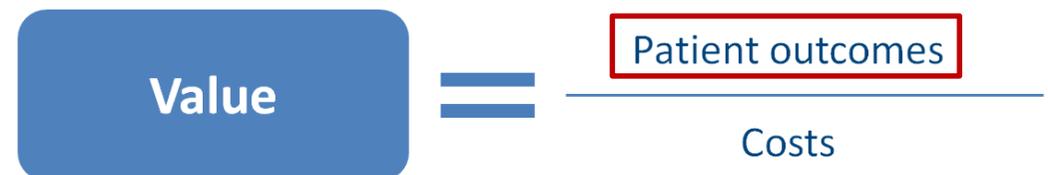
Nella sua originale formulazione il concetto di outcome include esclusivamente esiti rilevanti per il paziente:

- riduzione della mortalità e delle complicanze
- miglioramento della prognosi di malattia
- riduzione dei sintomi e del dolore
- miglioramento della qualità di vita e della funzionalità
- riduzione degli effetti avversi



Quali outcome?

- Produttori di farmaci e tecnologie vogliono estendere i “criteri di inclusione” del numeratore, considerando outcome non strettamente correlati alla salute del paziente
- Governi e Istituzioni espandono i “criteri di inclusione del denominatore”, includendo non solo i costi diretti, ma anche quelli indiretti, inclusi quelli ambientali



Prestazioni sanitarie

Value elevato



Benefici e costi adeguati rispetto alle alternative

Value basso



Benefici minimi rispetto ai costi sostenuti

Value incerto



Benefici non noti (aree grigie)

Value negativo



Rischi maggiori dei benefici



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

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



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*

COMMISSIONE 12^a (IGIENE E SANITA')

(Estensore: Sen. Nerina DIRINDIN)

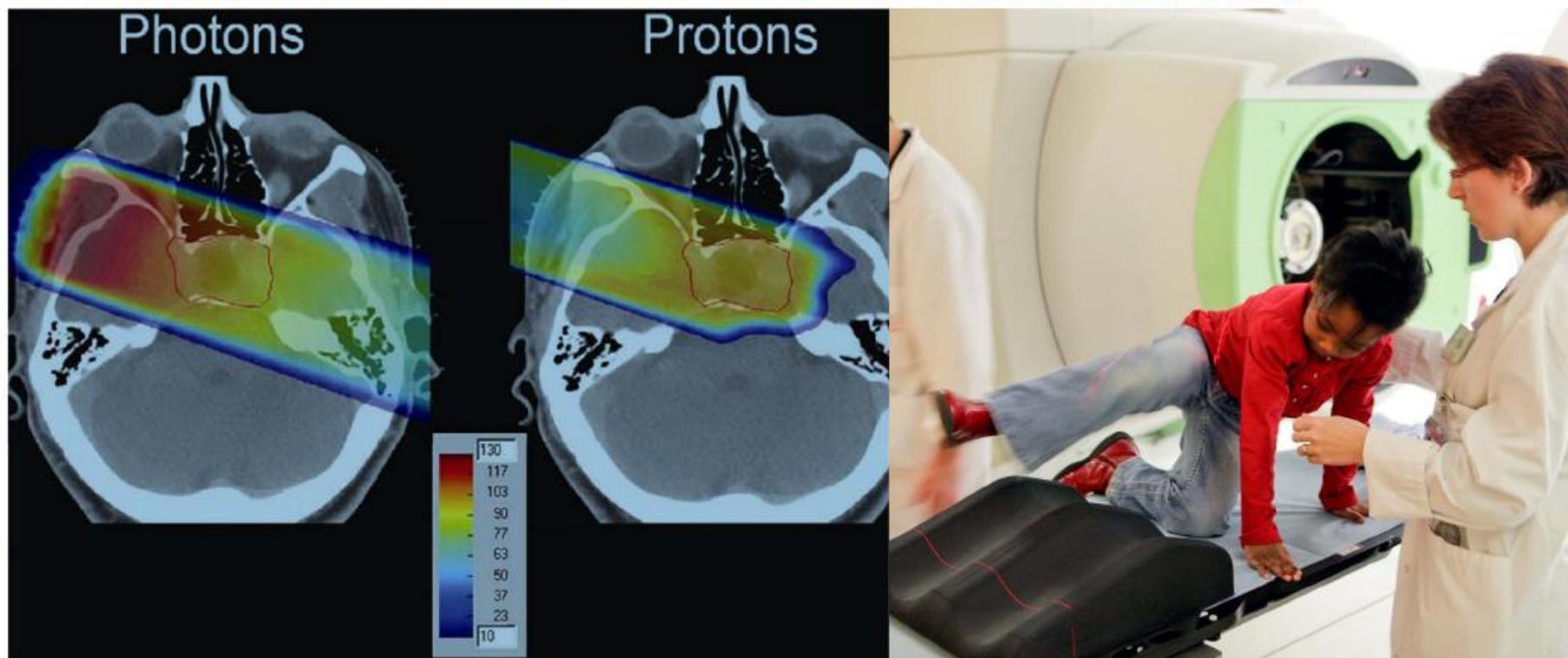
Roma, 14 dicembre 2016

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;

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

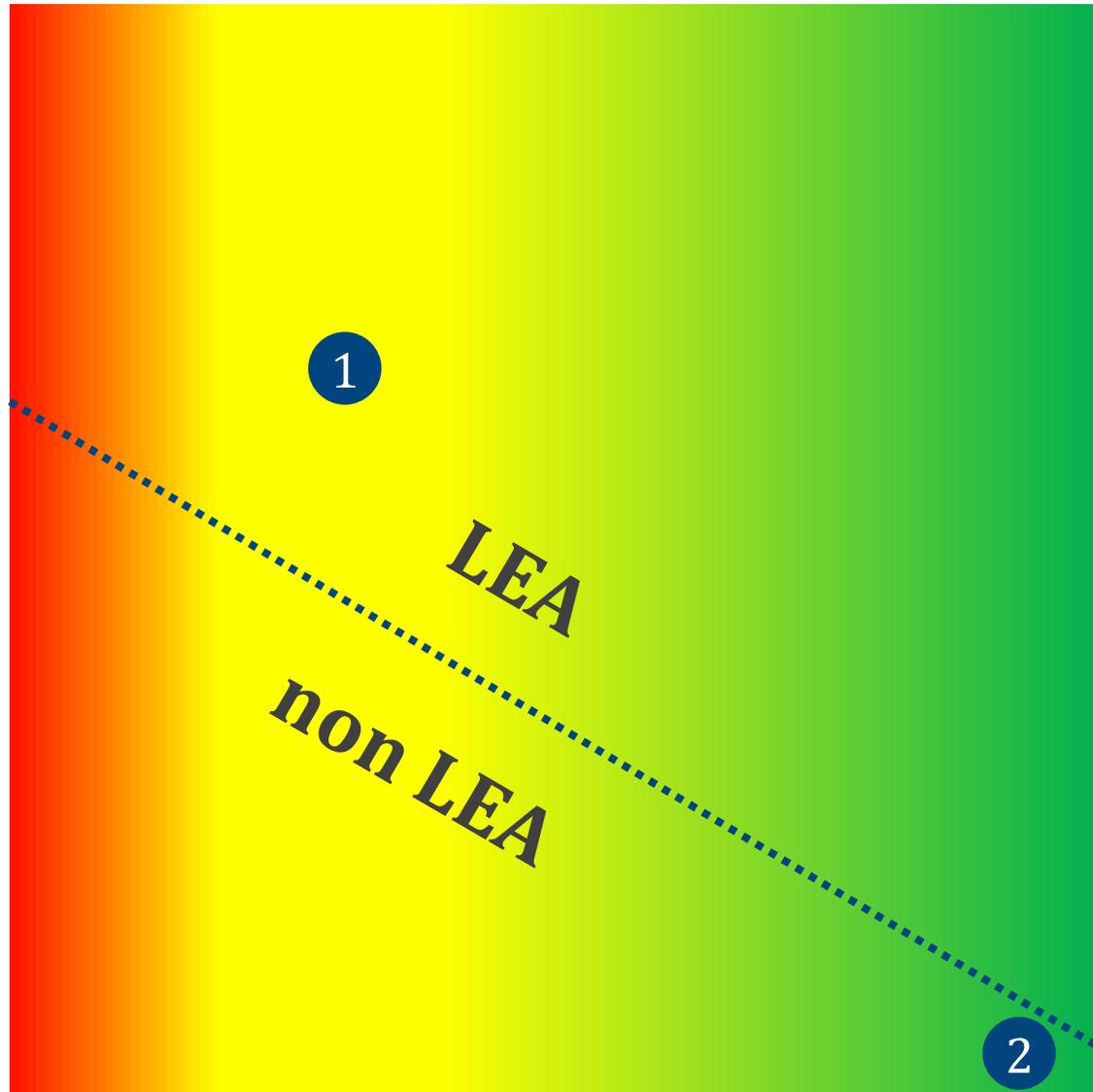
Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di
Bolzano del 15 settembre 2016

VALUE

Negativo

Basso

Elevato



1. Adroterapia nei tumori solidi pediatrici

2. Telemedicina nello scompenso cardiaco

PRESTAZIONI

Dannose

Futili

Necessarie

Indispensabili



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."

APP

PNE APP
 Available on the Google play
 Available on the iPhone App Store

PNE INFORMA

Taglio cesareo
Cosa sapere

Infarto
Numero minimo di ricoveri raccomandati?

Colecistectomia
Numero minimo di interventi?

FORMAZIONE

ECM Formazione ECM

Tutorial

Panoramica del sito

Login utente password Entra ↗
[Registrazione - recupero password]



Struttura Ospedaliera/ASL



Sintesi per Struttura/ASL



Strumenti per audit



S.I. Emergenza Urgenza

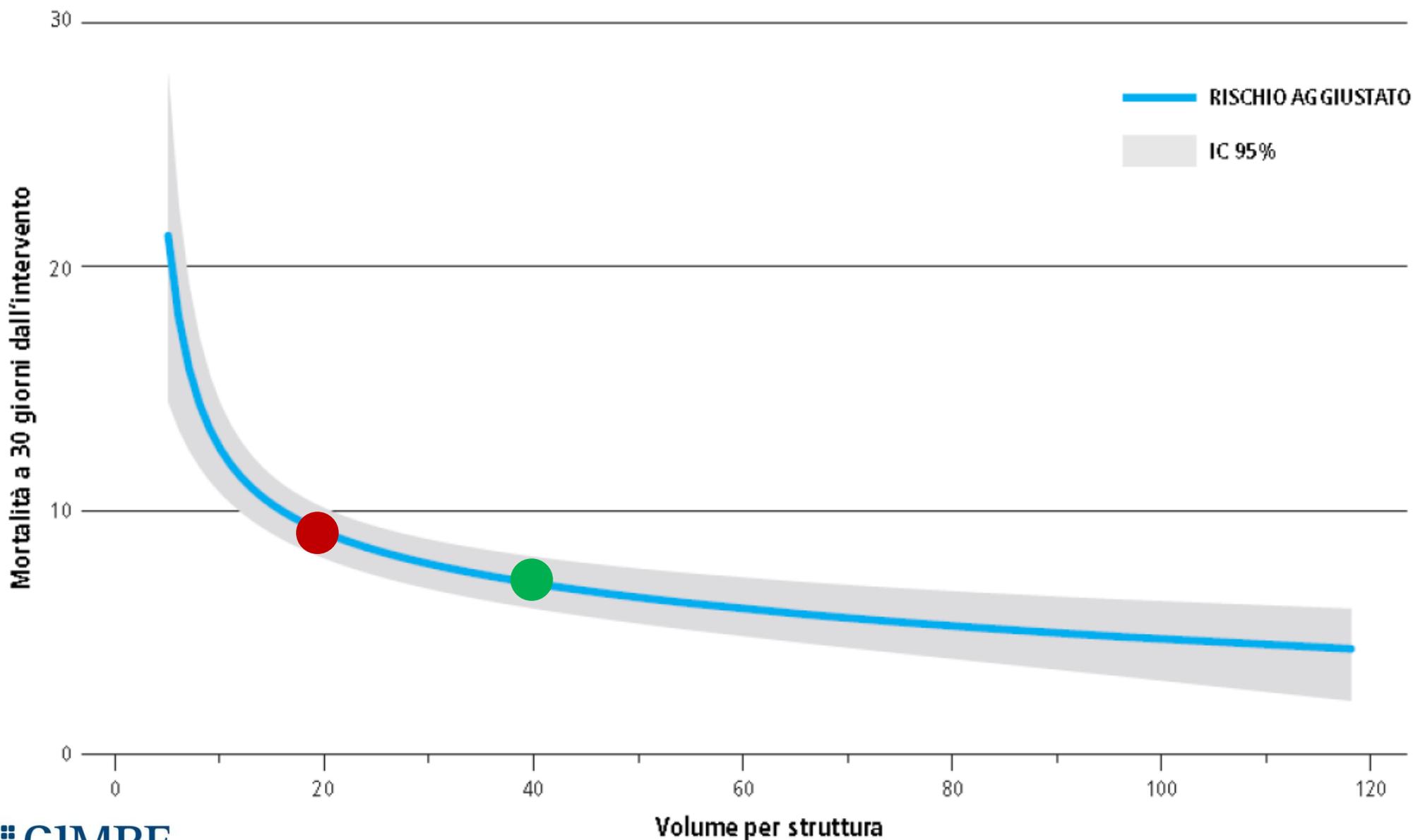


Sperimentazioni regionali

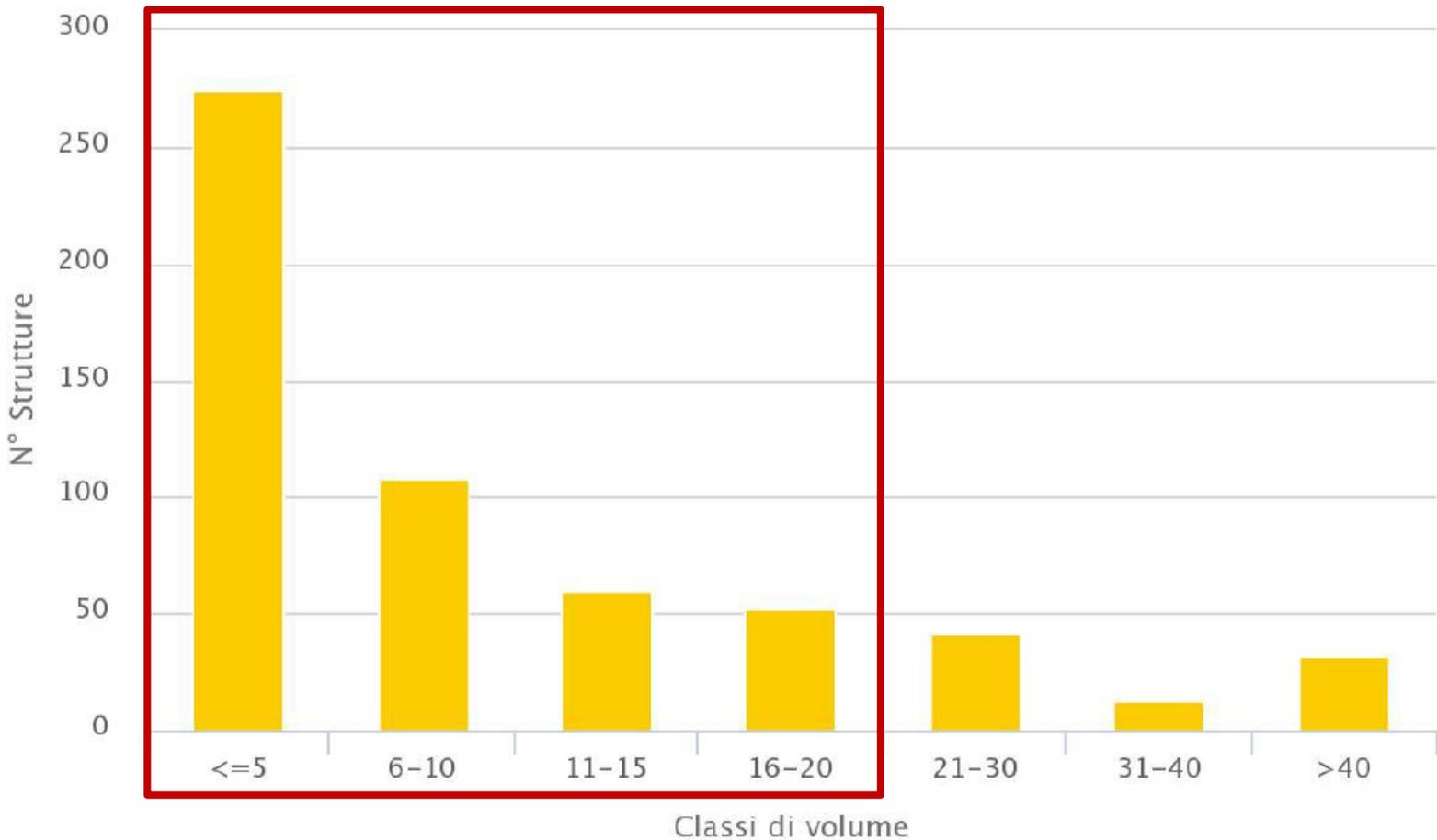


CHIRURGIA DEL CANCRO ALLO STOMACO.

ANALISI DELL'ASSOCIAZIONE TRA MORTALITÀ A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA



INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: VOLUME DI RICOVERI - ITALIA 2016





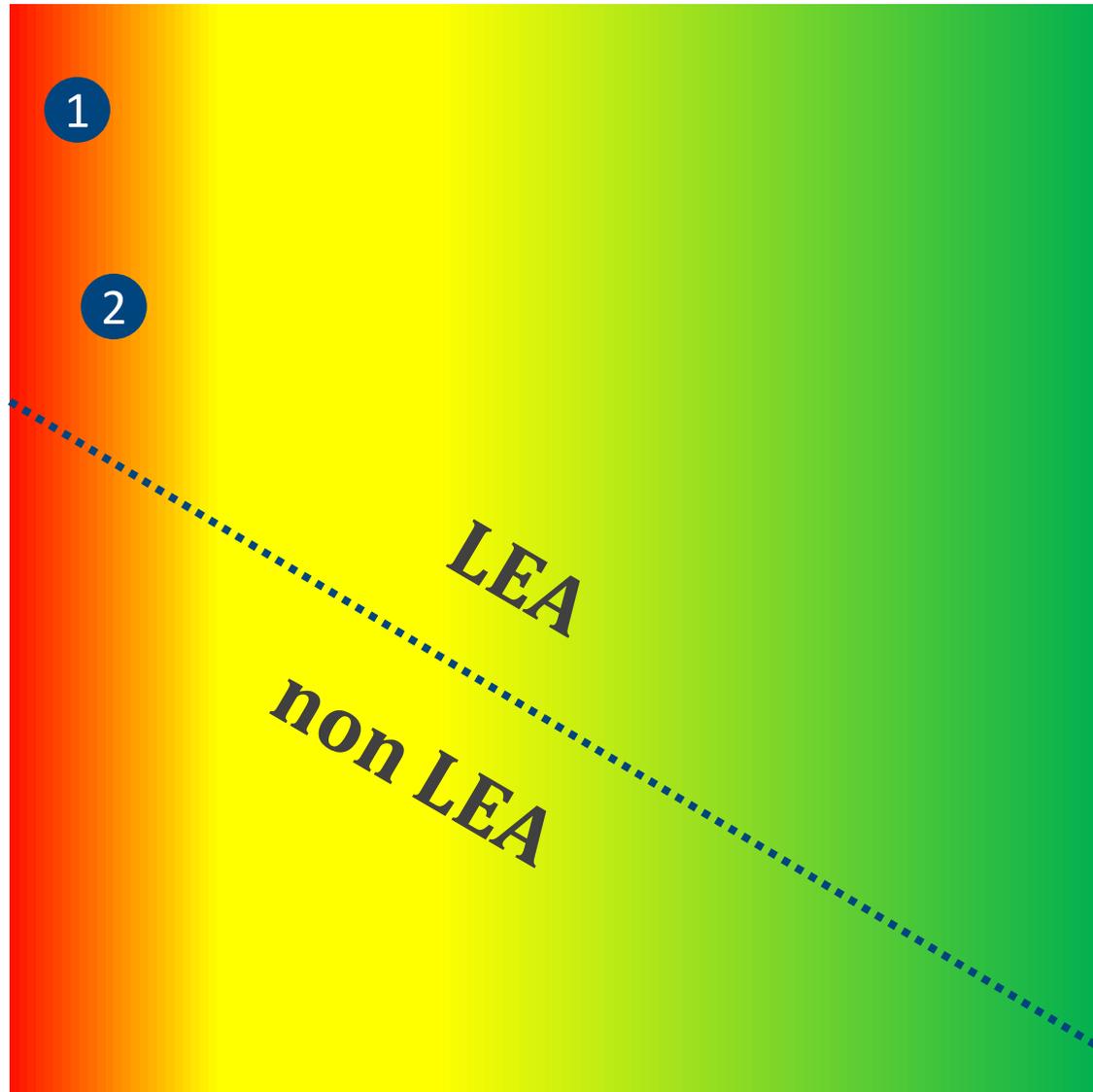
Chirurgie oncologiche a bassi volumi Impatto su mortalità e sprechi

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

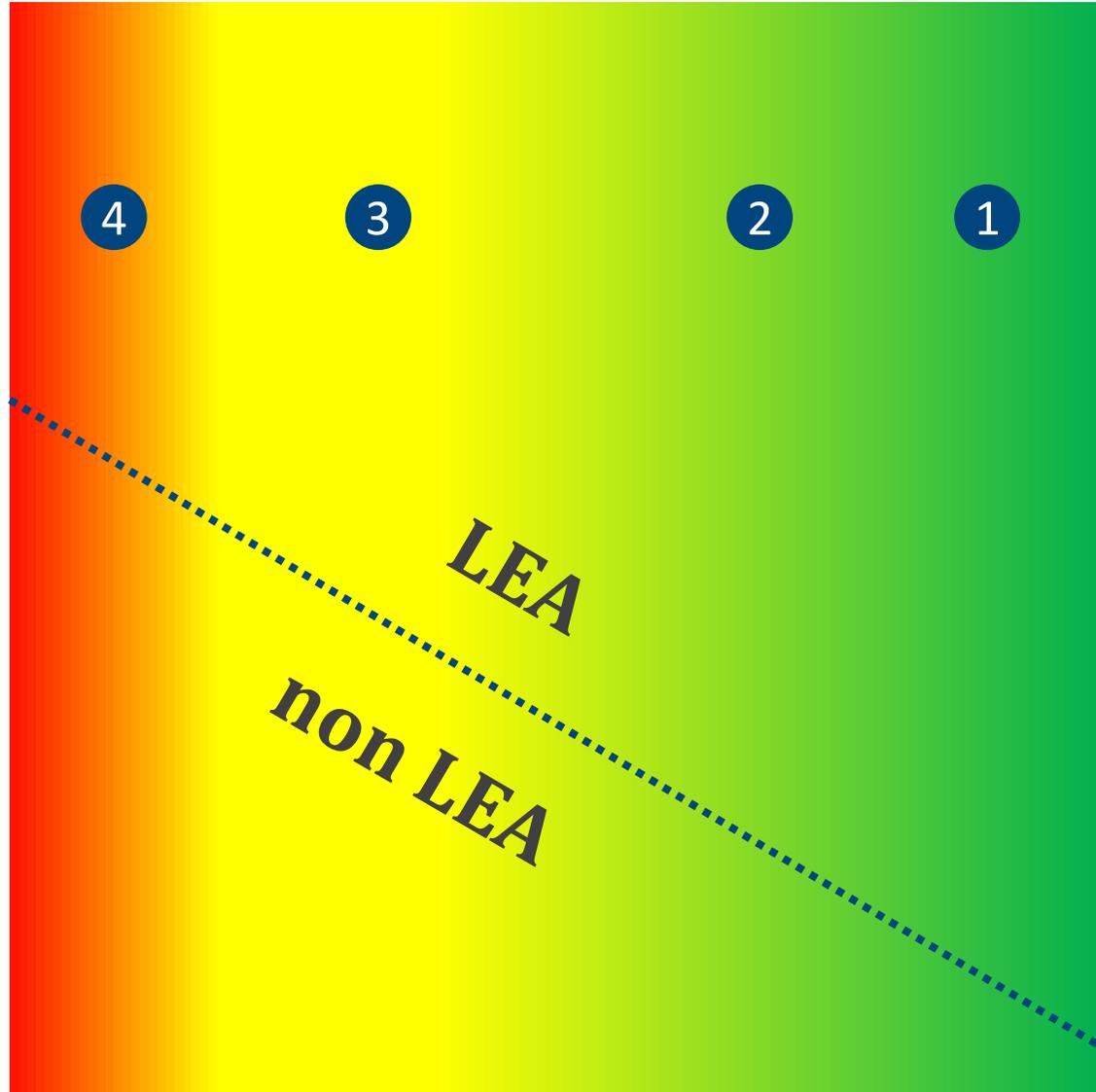
Indispensabili

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

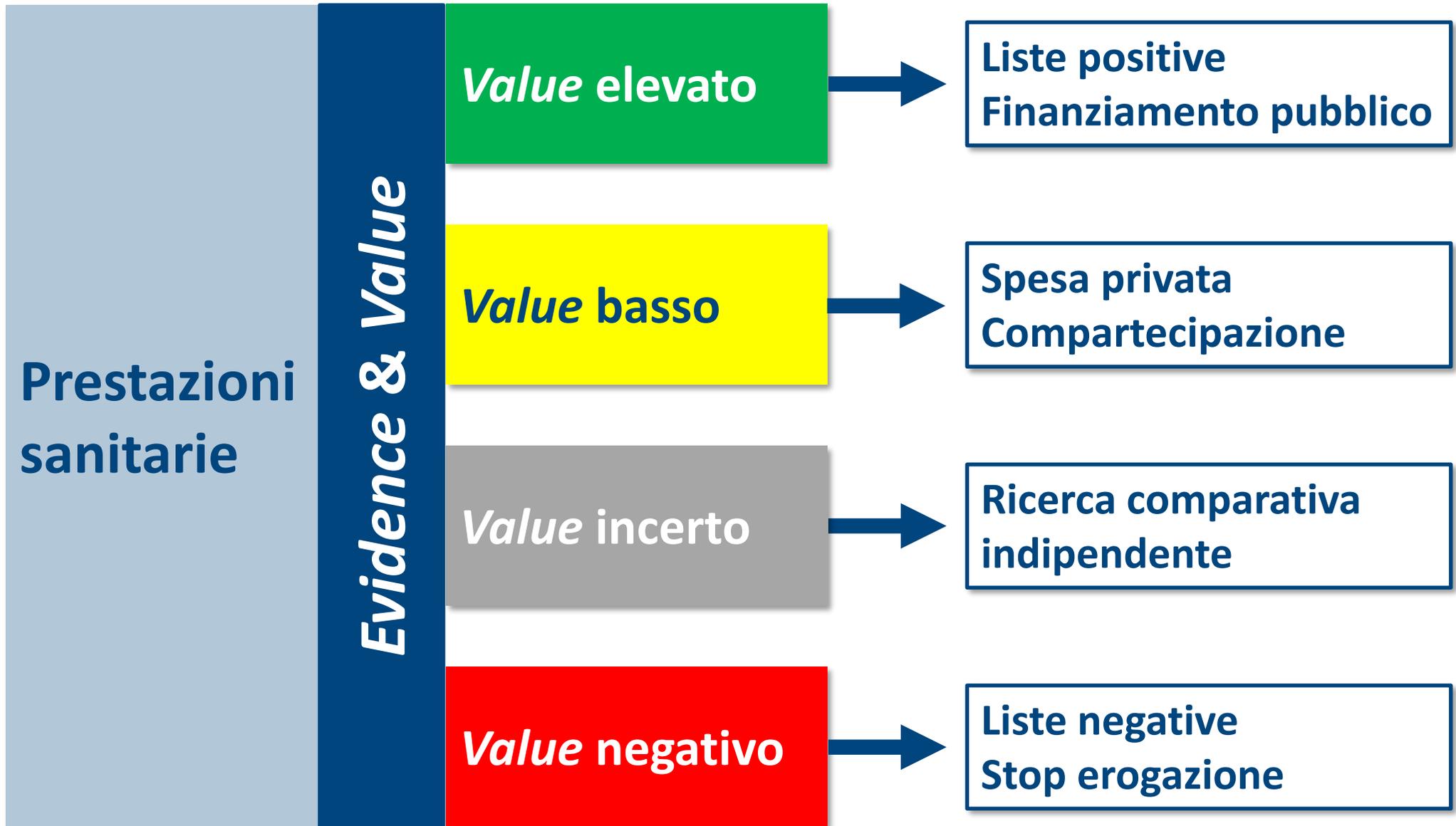
PRESTAZIONI

Dannose

Futili

Necessarie

Indispensabili



**Prestazioni
sanitarie**

Evidence & Value

Value elevato

**Liste positive
Finanziamento pubblico**

Value basso

**Spesa privata
Compartecipazione**

Value incerto

**Ricerca comparativa
indipendente**

Value negativo

**Liste negative
Stop erogazione**

PRESTAZIONI

VALUE

Indispensabili

Elevato

Necessarie

Spesa pubblica

LEA

non LEA

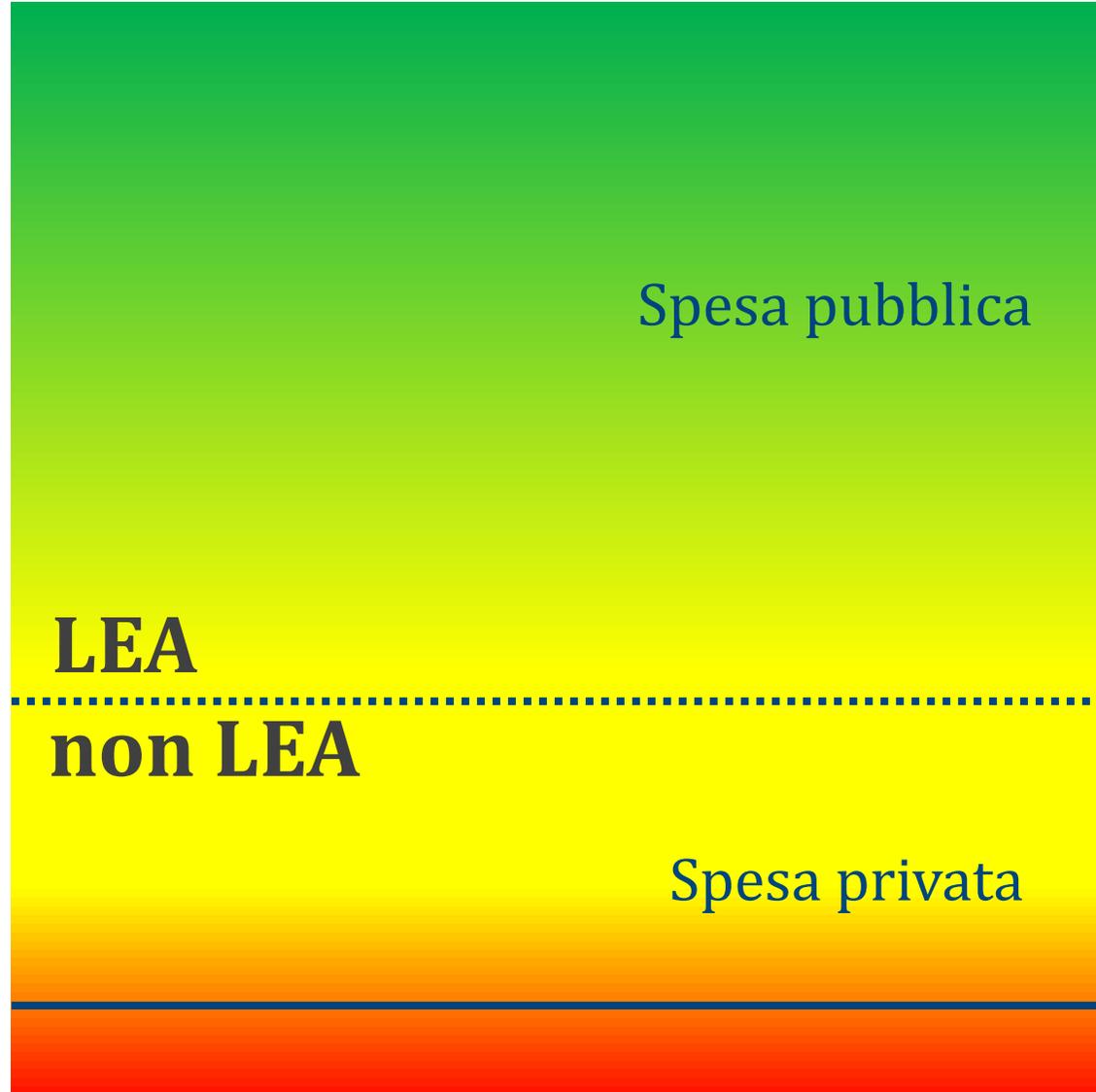
Basso

Futili

Spesa privata

Dannose

Negativo



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



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





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

Taiichi Ohno, Toyota

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

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

Value

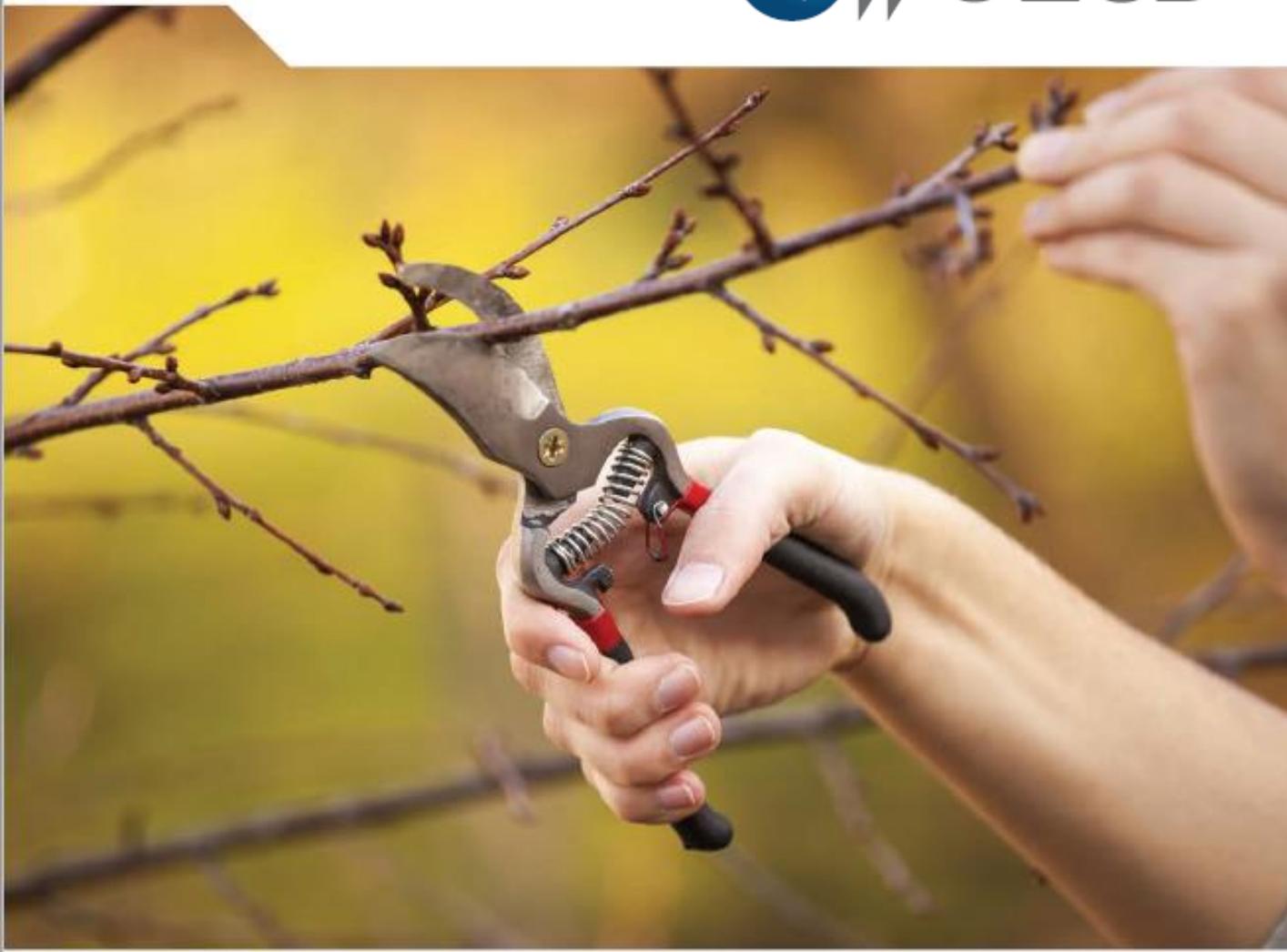
=

Patient outcomes

Costs



Tackling Wasteful Spending on Health



20 GENNAIO 2017

In sanità 2 euro su 10 vengono sprecati



Sovrautilizzo e sottoutilizzo di servizi e interventi sanitari stanno mettendo a rischio la sopravvivenza della **sanità** di tutto il mondo. È l'allarme che arriva dalla prestigiosa rivista *The Lancet* con la serie di pubblicazioni *Right Care* e dal rapporto Ocse *Tackling Wasteful Spending on Health*. L'Italia, come conferma un recente rapporto della fondazione Gimbe, non fa eccezione: sono 24 i miliardi di euro di fondi pubblici persi ogni anno a causa di frodi, abusi, acquisti a costi eccessivi, eccessiva burocrazia e scarso coordinamento dell'assistenza.

- Around one fifth of health expenditure makes no or minimal contribution to improving people's health
- Patients, providers, managers and regulators all play a role in generating waste and ineffective spending
- Waste should be cut with surgical precision
- With as much as 9% of GDP spent on health care systems three-quarters of which is by governments, all stakeholders must now contribute to the solution
- **The evidence of waste in health care is indisputable. Now is the time to act upon it**

Disinvestimento in sanità

Recupero (parziale o completo) di risorse in ambito sanitario da qualunque pratica, procedura, tecnologia o farmaco che rispetto al costo determina un guadagno di salute minimo o nullo, consumando risorse che possono essere riallocate

*Elshaug AG, et al.
Aust New Zealand Health Policy 2007*

Stima degli sprechi in sanità

Categoria	%	Mld €*	(± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	6,75	(5,40 – 8,10)
2. Frodi e abusi	22	4,95	(3,96 – 5,94)
3. Acquisti a costi eccessivi	10	2,25	(1,80 – 2,70)
4. Sotto-utilizzo	15	3,38	(2,70 – 4,05)
5. Complessità amministrative	11	2,48	(1,98 – 2,97)
6. Inadeguato coordinamento assistenza	12	2,70	(2,16 – 3,24)

*€ 22,51 miliardi calcolati proiettando la stima OCSE (20%) sui € 112,408 miliardi di spesa sanitaria pubblica nel 2016

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

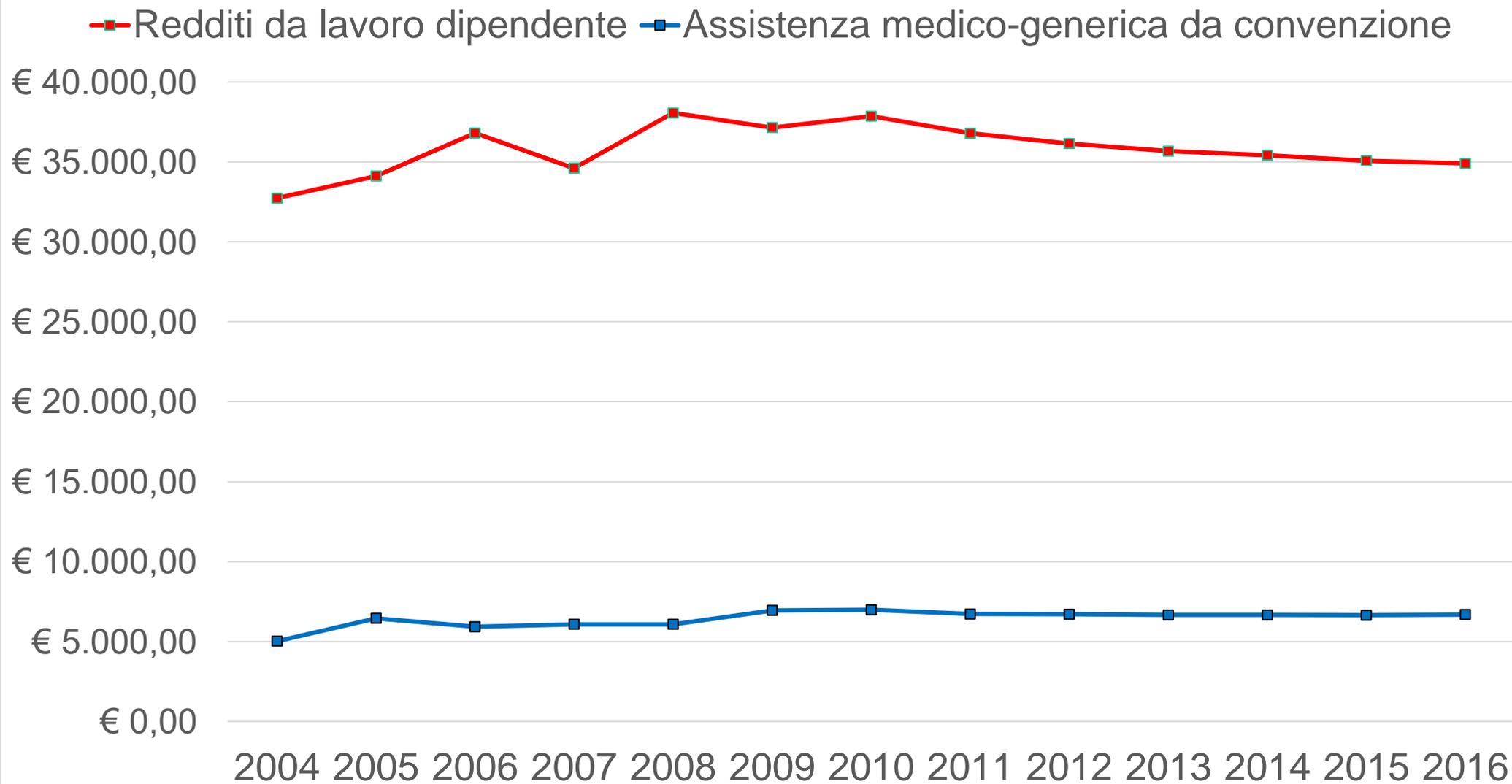




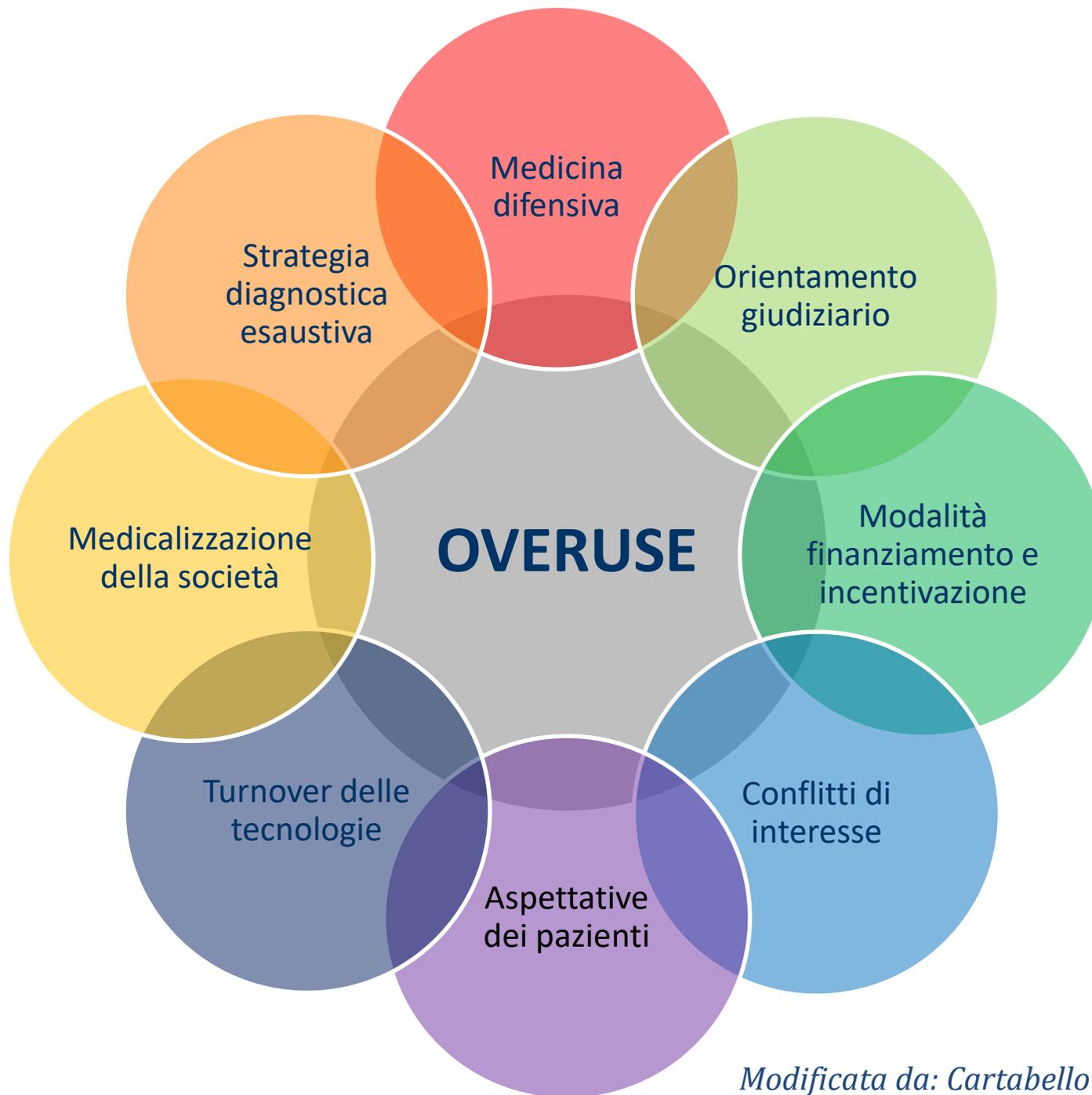
IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

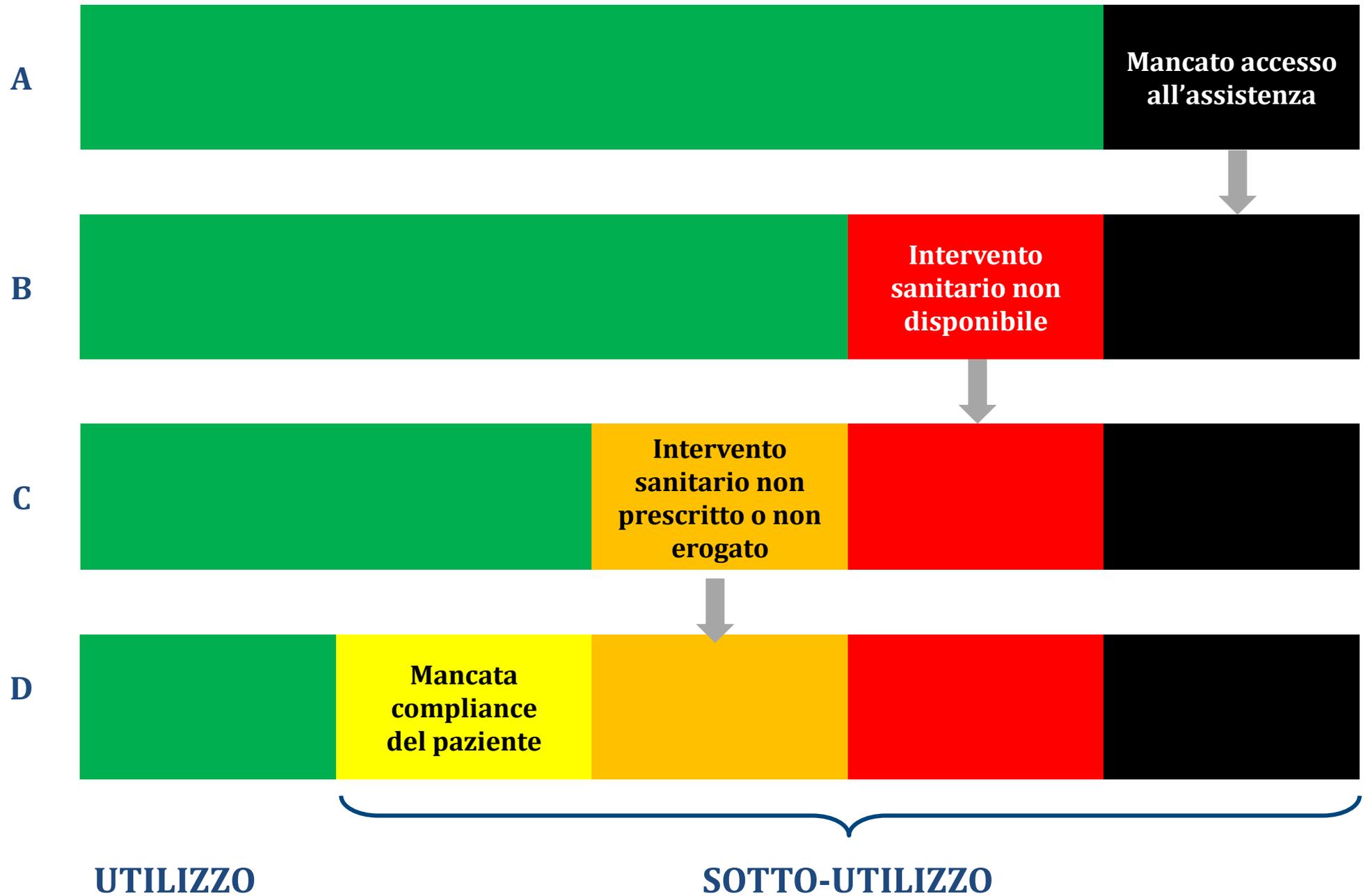
Rapporto n. 4

2015
2016
2017
2018



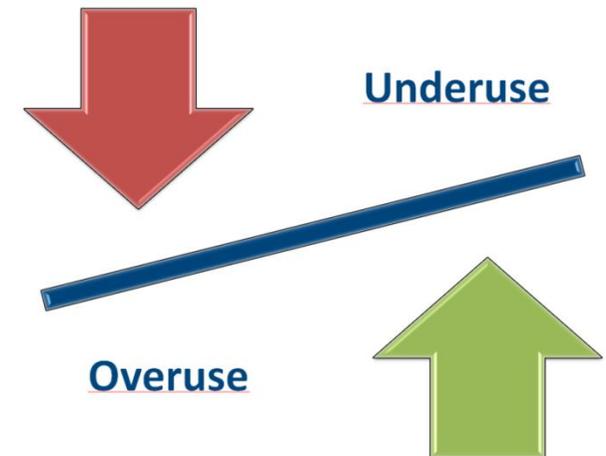
Elaborazione GIMBE da: MEF, luglio 2017





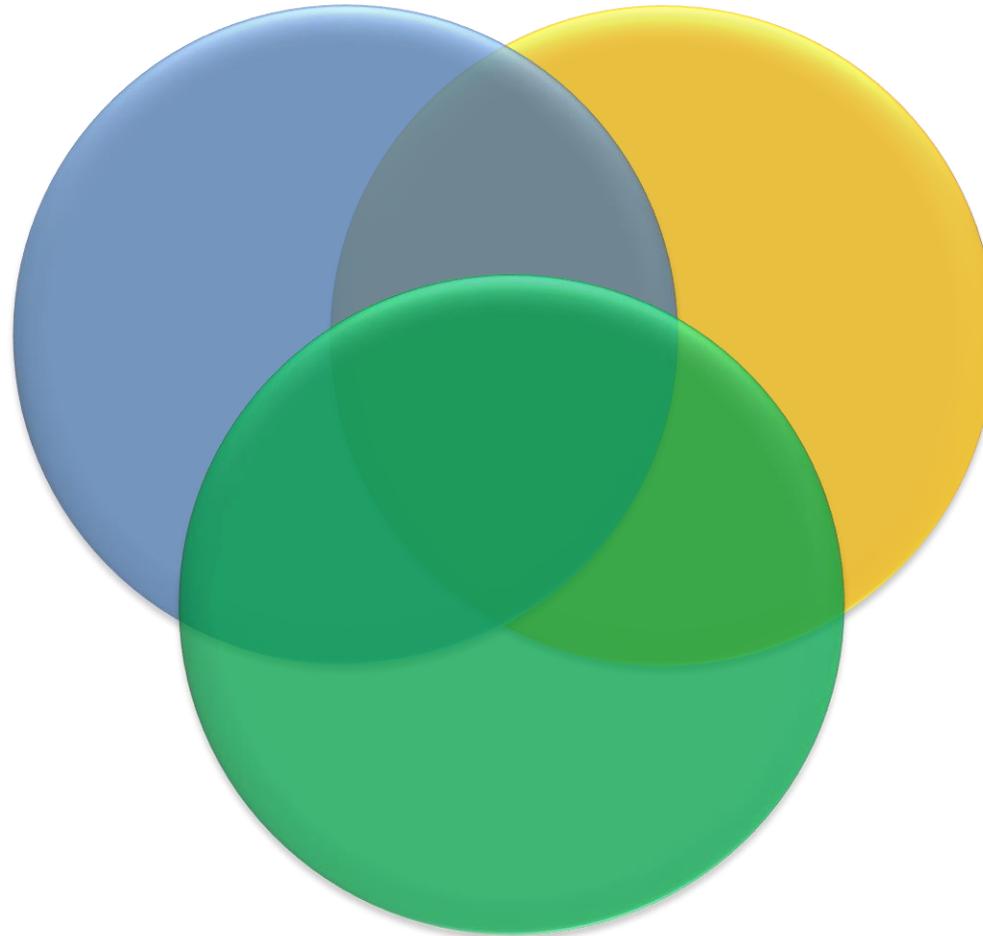
Overuse & Underuse

- Rappresentano due facce della stessa medaglia
- Convivono:
 - nella stessa organizzazione sanitaria
 - negli stessi percorsi assistenziali
 - nello stesso paziente
- Sono influenzate dalle stesse determinanti



Overuse & Underuse

**Offerta
di servizi**



**Comportamenti
professionali**

**Aspettative
di cittadini e pazienti**

Disinvestimento in sanità

Recupero (parziale o completo) di risorse in ambito sanitario da qualunque pratica, procedura, tecnologia o farmaco che rispetto al costo determina un guadagno di salute minimo o nullo, consumando risorse che possono essere riallocate

*Elshaug AG, et al.
Aust New Zealand Health Policy 2007*

Disinvestimento

Sovra-utilizzo

Interventi sanitari dal
value basso o negativo

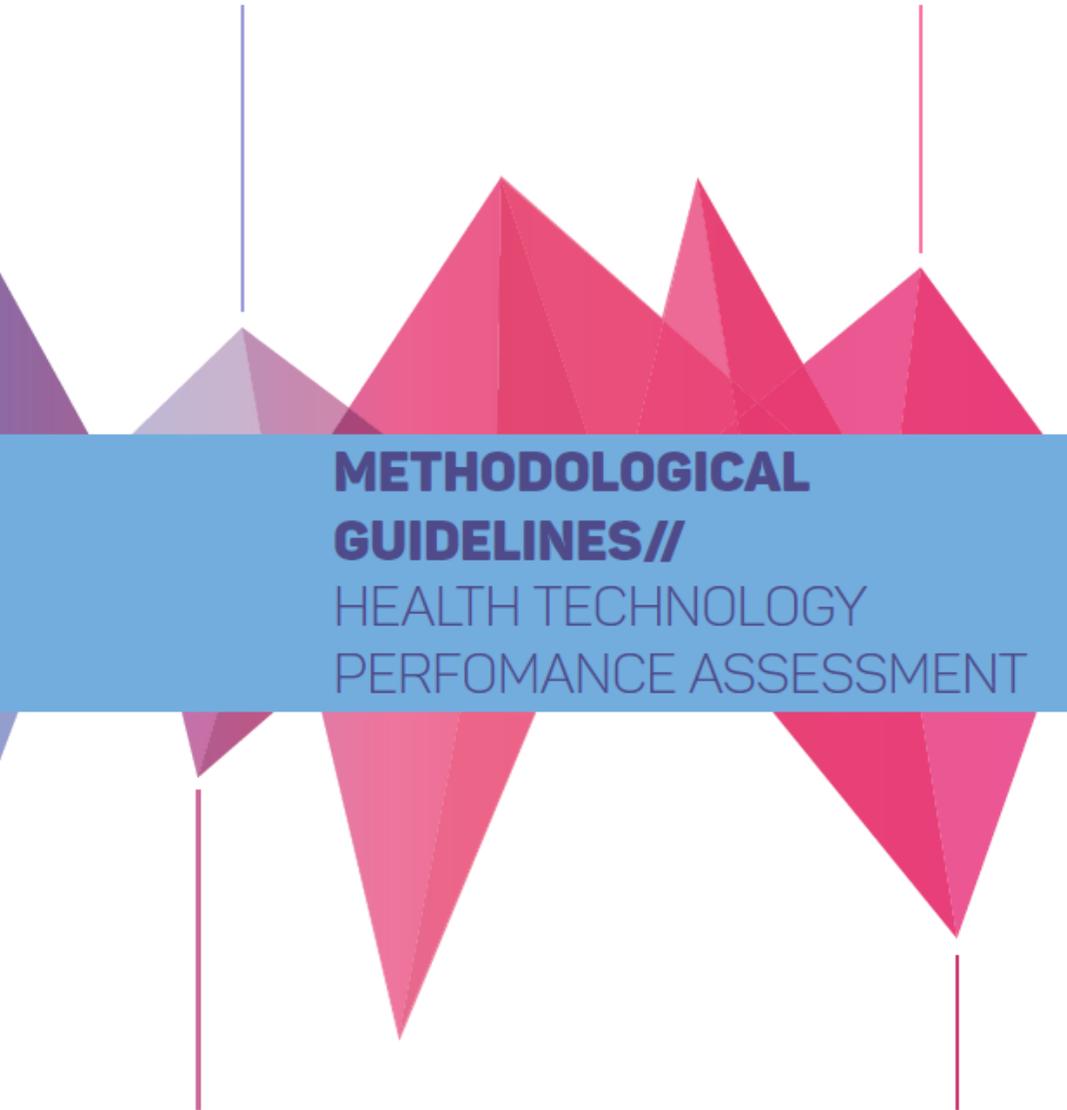


Riallocazione



Sotto-utilizzo

Interventi sanitari dal
value elevato



**METHODOLOGICAL
GUIDELINES//**
HEALTH TECHNOLOGY
PERFORMANCE ASSESSMENT

Health Technology Performance Assessment

- **Indication:** HTpA is indicated when a particular technology no longer presents a good cost-effectiveness ratio, or low levels of safety, adherence, acceptance and adequacy
- **Purpose:** to provide clear and complete information to the decision maker to implement the process of disinvestment and reallocation in healthcare
- **Format:** HTpA report should be succinct and the recommendation must be clear and objective
- **Outcome:** HTpA may suggest that the technology remain in the list, or that there is disinvestment

Health Technology Performance Assessment

- When HTpA show clinical effectiveness lower than the expected, 4 measures, not mutually exclusive, can be taken:
 - **Full delisting**
 - **Restriction** (limitation of access)
 - **Retraction** (reduction in the amount of the technology provided to each patient)
 - **Substitution** (for all patients or for a subgroup)
- Each of these modalities has distinct advantages and implications for clinical practice and management

Health Technology Performance Assessment

- In addition to restriction or retraction, the adoption of mechanisms to reduce the price of acquisition of the technology is recommended, to a level compatible with the clinical effectiveness measured in the health system
- Contractual or legal mechanisms may be needed to facilitate the renegotiation process

Health Technology Performance Assessment

- 1. Full delisting**
- 2. Restriction**
- 3. Retraction**
- 4. Substitution**

MODALITIES	MEANING	ADVANTAGES	DISADVANTAGES
FULL DELISTING	The removal by the health system of a particular technology		

MODALITIES	MEANING	ADVANTAGES	DISADVANTAGES
RESTRICTION	The provision of technology by the health system will be restricted to groups or subgroups of users, strictly with the criteria for its use		

MODALITIES	MEANING	ADVANTAGES	DISADVANTAGES
RETRACTION	The supply of the technology by the health system will be reduced in number, e.g. 1 instead of 2 mammograms in a year		

MODALITIES	MEANING	ADVANTAGES	DISADVANTAGES
SUBSTITUTION	The currently offered technology will be replaced by another that has the same performance and it must be more cost-effective		

Stages of the HTpA

- **To review the therapeutic and economic objectives** that led to the introduction of the technology, to define what should be reassessed
- **To investigate the clinical setting** in which the technology was introduced, i.e., the current line of treatment and therapeutic guideline
- **To investigate the demand**, i.e., the annual consumption of technology in terms of units and number of patients using the technology

Stages of the HTpA

- **To review the logistics process** of planning, acquisition, distribution, storage and dispensing/use of the technology to check critical points that could result in higher costs and/or reduced clinical effectiveness
- **To estimate the adherence** of patients and professionals to the technology
- **To estimate access** to the technology

Stages of the HTpA

- **To tabulate parameters of efficacy of the studies** used in the incorporation (clinical trials and systematic reviews)
- **To set the methods and conduct epidemiological and economic studies** to assess safety, effectiveness and costs, measuring clinical outcomes from patients and the financial resources spent by the health system
- **To compare results of effectiveness** with evidence of efficacy considered for incorporation
- **To conduct the assessment of cost-effectiveness** using data of effectiveness and resources spent by the health system

It is recommended to prepare a report containing the following items in the end of the process:

- **Executive summary**
- **Introduction to the Problem**
 - a. **Specification of the technology and clinical benefits** to be evaluated;
 - b. **Explanation of the rationale for the evaluation** of the technology;
 - c. **Description of the treatment pathways** of which the technology is part;
- **Description of the annual demand of technologies** by the users of the health system, prevalence and incidence;
- **Description of the methods** used to measure the clinical effectiveness;
 - a. **Evidences found** in the literature and measured in the health system;
- **Results of the performance** assessment of the technology
 - a. **Clinical effectiveness versus efficacy estimates** from clinical trials;
 - b. **Access and quality of use**;
 - c. **Economic resources spent versus initial estimate**;
 - d. **Logistics aspects** – from purchase to dispensing/use of the technology;
 - e. **Cost-effectiveness analysis**
- **Recommendations**
 - a. **Recommendations** from the modalities of disinvestment and reinvestment in settings for better decisions;
 - b. **Indication of the transition period**

HTpA: transition period

- The report sent to the health decision maker containing the analysis results and the recommendation for disinvestment and reinvestment should provide a transition period, considering:
 - the time required to implement the decision
 - the organizational and logistics aspects
 - the required dissemination strategies about the whole process of implementation of the modality of disinvestment to be adopted

HTpA: transition period

- The transition period may take on three time horizons since the decision by the decision makers and should be agreed with the actors responsible for implementing the decision
 - **Short term:** 3-12 months
 - **Medium term:** 1-2 years
 - **Long-term:** more than 2years

HTpA: transition period

- It is expected that, by the end of period, the process of change in clinical practice is complete, that is, the technology is no longer used and, if so, the substitute technology has been fully adopted
- For medicine and health products and in situations in which the health system is responsible for logistical operations (e.g. direct purchase, storage of technologies), the duration of the transitional period should consider the time required for the consumption of stock and the completion of purchase contracts.

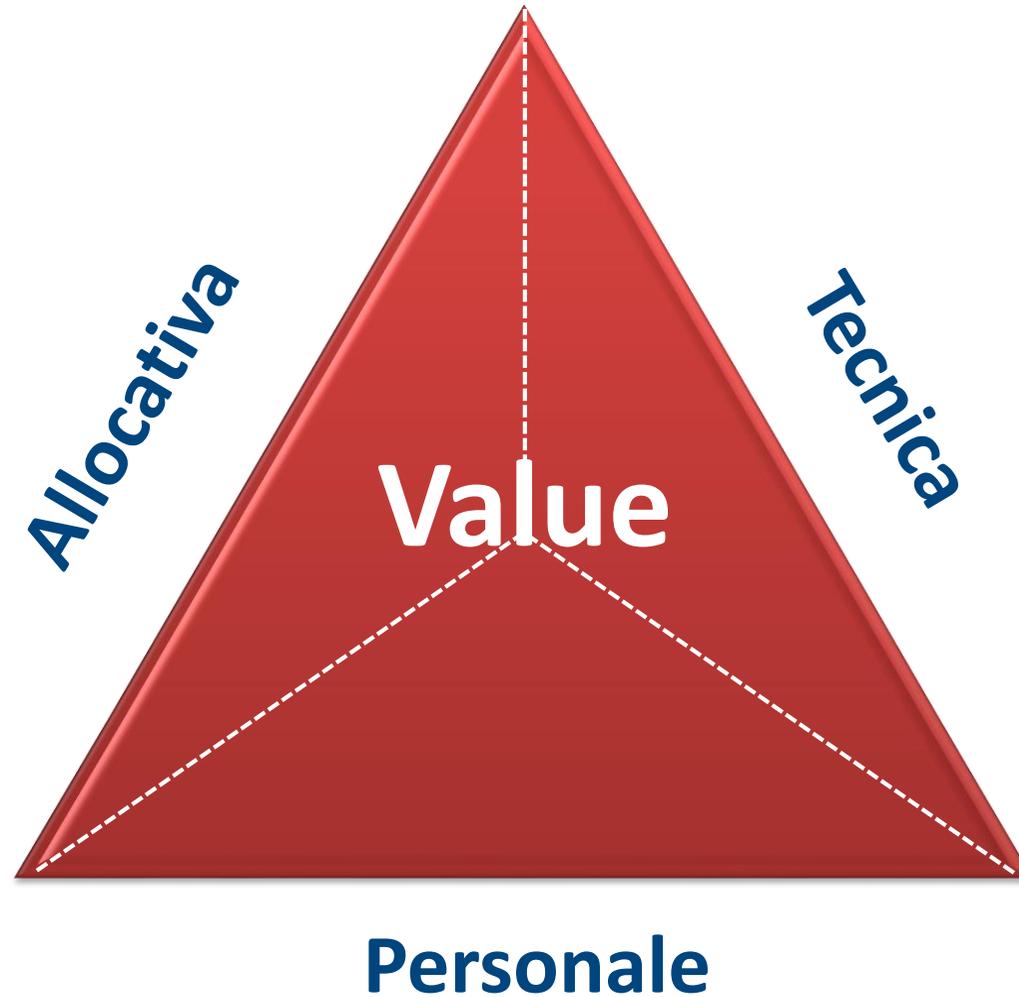
Strategy for completion of medicine and health product stocks according to the disinvestment modality

TECHNOLOGY USE	MODALITY OF DISINVESTMENT		
	Full delisting	Restriction	Substitution
CONTINUOUS	<p>Patients in use of the technology will continue to receive until the consumption of stocks or until change of prescription.</p> <p>New demands will not be served.</p>	<p>There is a justification requirement for the prescription.</p> <p>New demands will be attended in accordance with the restrictions established.</p>	<p>The patients in use of the technology will continue to receive until the consumption of stocks or until change of prescription.</p> <p>New demands will be served with the new incorporated technology.</p>
SPORADIC	<p>New demands will be served until the consumption of inventories.</p>	<p>There is a justification requirement for the prescription.</p>	<p>Patients will receive the technology in stock (the disinvested one or the new one).</p>

Chart 5 Examples of strategies for implementation of decision to alter the provision of a technology

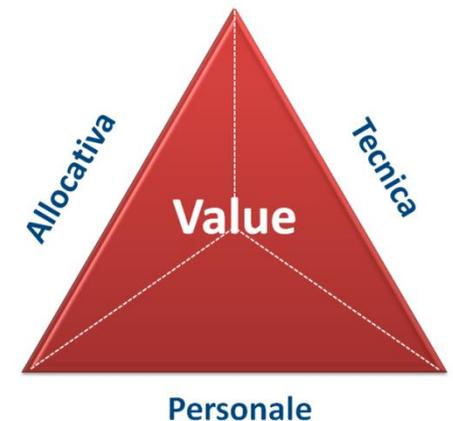
THE FOUR E'S	EXAMPLES OF STRATEGIES
ENGINEERING (ORGANIZATIONAL AND MANAGERIAL INTERVENTIONS)	Update guidelines and manuals; establishing prescription targets; hiring and training staff to work in the professional and patient education; establishing limits for the sales forces from industries in purchase contracts
EDUCATION	Distribution of printed materials for different target groups; improvement courses; academic detailing; training of professionals to use the substitute technology
ECONOMY	Positive financial incentives for prescribers (pay-for-performance)
ENFORCEMENT	Reinforce the assessment of compliance with protocols including criteria by independent institutions/professionals

Triple Value



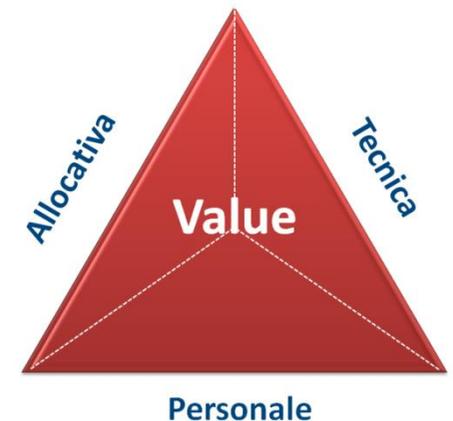
Value: dimensione allocativa

- Identifica le modalità di allocazione delle risorse in sanità, considerando il loro impatto sulla salute di vari sottogruppi della popolazione
- Definite le risorse per la sanità, permette di aumentare il *value for money* riallocando le risorse tra differenti programmi, oppure all'interno di ciascun programma tra percorsi differenti



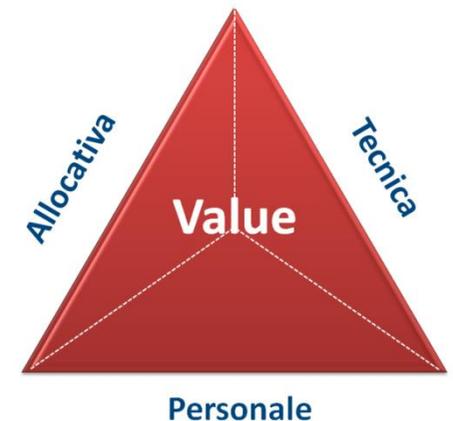
Value: dimensione tecnica

- Coincide con la definizione originale di Michael Porter, secondo cui il *value* misura il ritorno in termini di salute dalle risorse investite in sanità
- Permette di aumentare il *value for money* disinvestendo da servizi e prestazioni sanitarie dal *low-value* che consumano risorse senza migliorare gli outcome (o addirittura li peggiorano, se il value è negativo) e riallocando le risorse in quelli ad *high value*



Value: dimensione personale

- In linea con la definizione di evidence-based medicine
- Utilizza i benefici della “produzione su larga scala” delle evidenze scientifiche, prevedendo poi una personalizzazione dei “prodotti”.
- Il *value for money* può essere incrementato attraverso il processo decisionale condiviso (*shared decision making*) tenendo conto sia delle condizioni cliniche e sociali, sia delle preferenze e aspettative dei pazienti.





TRIPLE VALUE

STAKEHOLDER

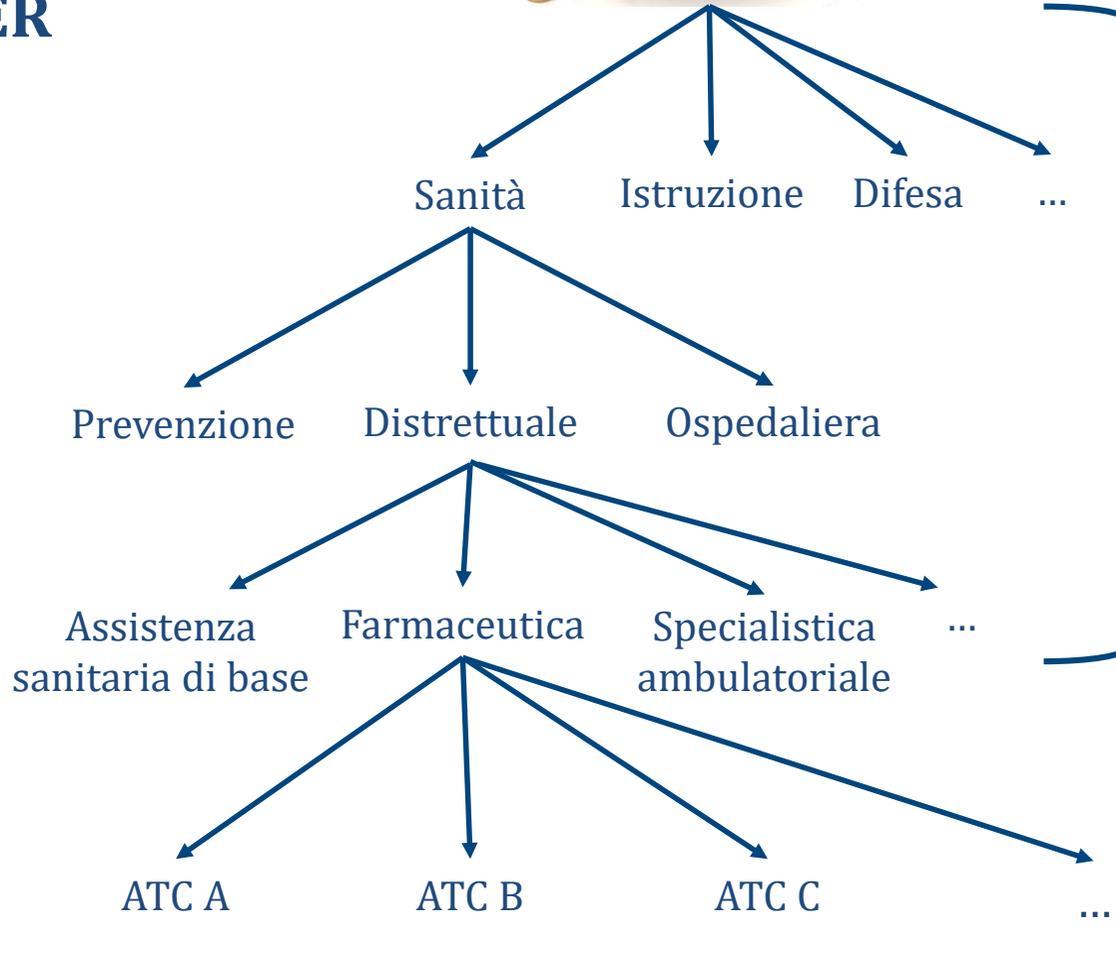
DIMENSIONI

Governo

**Governo
Regioni**

**Regioni,
Aziende**

**Aziende
Medici
Pazienti**



Allocativa

Tecnica

Personale



TRIPLE VALUE

STAKEHOLDER

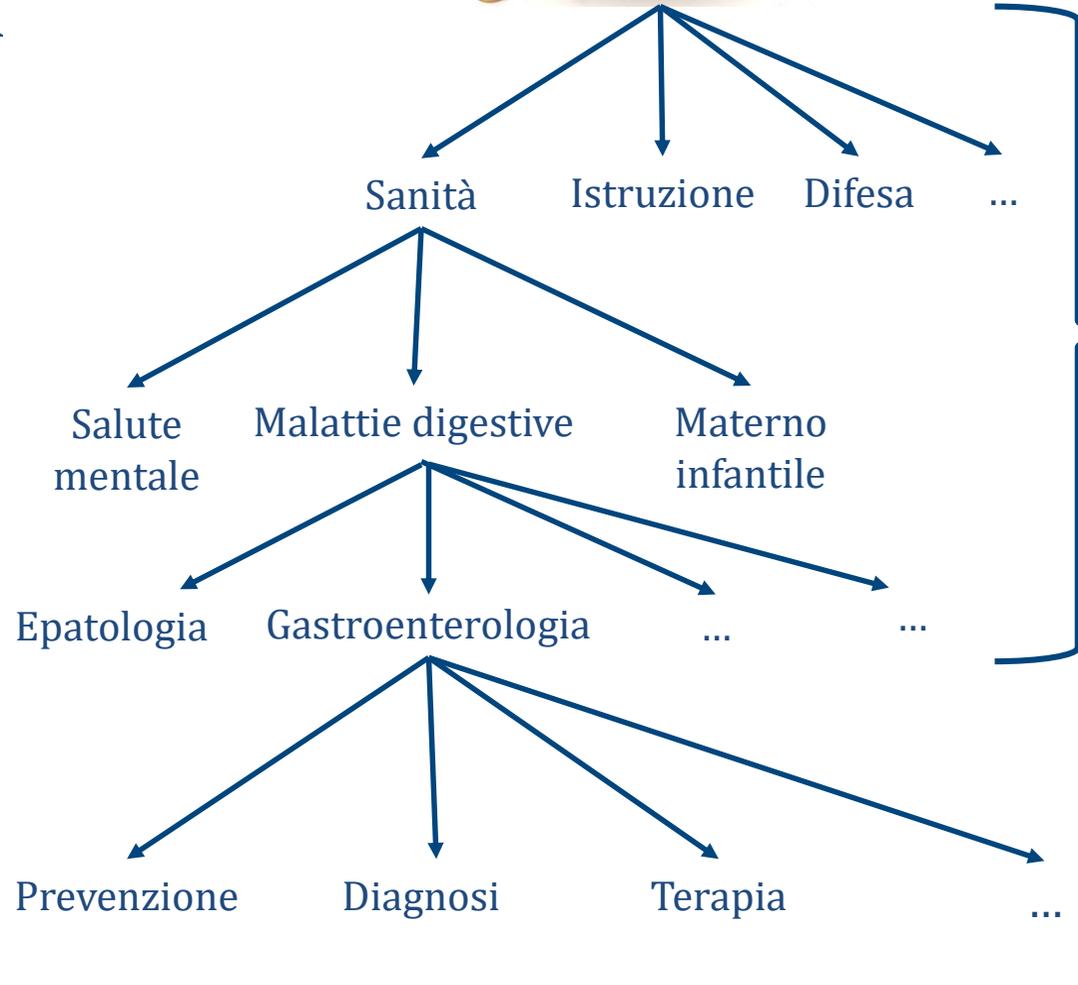
Governo

Governo,
Regioni

Regioni,
Aziende

Aziende
Medici
Pazienti

Programmi
reti
percorsi



DIMENSIONI

Allocativa

Tecnica

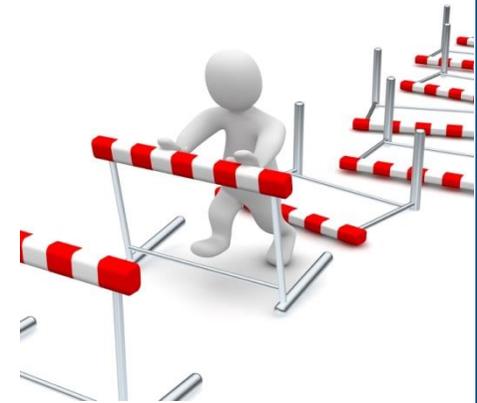
Personale

Quali ostacoli nel SSN?



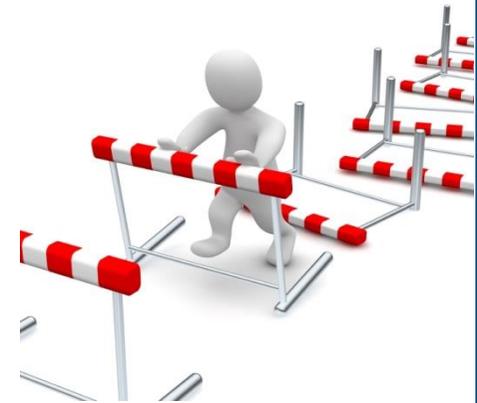
Value: dimensione allocativa

- Allocazione delle risorse per fattori produttivi (personale, farmaceutica, beni e servizi, etc.) e non per programmi o percorsi
- Monitoraggio performance regionali (griglia LEA) non entra nel merito dell'allocazione delle risorse, né nel processo di disinvestimento e riallocazione
- Scarsa implementazione di reti e percorsi intra- e interaziendali ostacola la condivisione di strutture, tecnologie e professionisti, riducendo il *value for money*



Value: dimensione tecnica

- Assenza organizzazione indipendente per:
 - sintetizzare le migliori evidenze (linee guida, HTA reports)
 - definire il *value* delle opzioni diagnostico-terapeutiche
- Sistemi informativi inadeguati per una rilevazione sistematica degli outcome, in particolare a medio e lungo termine
- Processo di disinvestimento e riallocazione parziale e a macchia di leopardo



Value: dimensione personale

- Limitata alfabetizzazione sanitaria della popolazione
 - assenza di una strategia nazionale di *evidence-based patient information*
 - aspettative irrealistiche dei cittadini nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile → consumismo sanitario e contenzioso medico-legale
- Modello paternalistico > processo decisionale condiviso



SALVIAMO IL NOSTRO SSN



www.salviamo-SSN.it

3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

Roma, 5 giugno 2018
Sala Capitolare - Senato della Repubblica



3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale Roma, 5 giugno 2018