

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



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

AUTORI

Nino Cartabellotta, Elena Cottafava, Roberto Luceri, Marco Mosti, Francesca Orsi

CITAZIONE

3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il 3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

CONFLITTI DI INTERESSE

La Fondazione GIMBE è una organizzazione no-profit che svolge attività di formazione e ricerca sugli argomenti trattati nel Rapporto.

© Fondazione GIMBE, giugno 2018.

Questo è un documento open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Indice

EXECUTIVE SUMMARY	3
INTRODUZIONE.....	7
CAPITOLO 1. Benchmark internazionali: quale posto in classifica per il nostro Servizio Sanitario Nazionale?	11
CAPITOLO 2. La spesa sanitaria	31
2.1. Spesa pubblica.....	34
2.2. Spesa privata.....	41
CAPITOLO 3. Le macro-determinanti della crisi di sostenibilità.....	55
3.1. Definanziamento pubblico.....	55
3.2. Nuovi LEA: sostenibilità ed esigibilità	66
3.3. Sprechi e inefficienze.....	76
3.4. Espansione del secondo pilastro.....	88
CAPITOLO 4. Prognosi del Servizio Sanitario Nazionale al 2025.....	109
4.1. Composizione della spesa sanitaria 2016	110
4.2. Stima del fabbisogno al 2025.....	110
4.3. Stima dei cunei di stabilizzazione	111
4.4. Conclusioni	114
CAPITOLO 5. Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale.....	115
5.1. Il fact-checking delle proposte elettorali 2018.....	117
5.2. Consultazione pubblica	117
CONCLUSIONI.....	121

EXECUTIVE SUMMARY

Il Rapporto si apre con il **CAPITOLO 1** dedicato ai **benchmark internazionali** del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN): la revisione sistematica e l'analisi metodologica degli strumenti elaborati da diverse organizzazioni per confrontare la performance dei sistemi sanitari hanno permesso di trarre alcune raccomandazioni chiave per l'utilizzo dei risultati di queste classifiche nel dibattito pubblico e, in particolare, nelle comunicazioni istituzionali. In particolare, il sistema più completo e aggiornato per la valutazione delle performance e l'individuazione delle aree di miglioramento è quello dell'OCSE, che non stila alcuna classifica ma permette solo di valutare la posizione dell'Italia rispetto ad altri paesi e alla media OCSE. Per tale ragione, la Fondazione GIMBE ha analizzato 194 indicatori riportando per 151 di essi la posizione in classifica del nostro SSN, il dato nazionale e la media OCSE, con l'obiettivo di condividere le criticità e valutare le azioni necessarie per allinearsi a standard internazionali. Dalla revisione emergono due raccomandazioni chiave: la classifica dell'OMS del 2000, che collocava l'Italia al 2° posto dopo la Francia, ha un mero valore storico e non dovrebbe più essere citata; la classifica Bloomberg, che posiziona l'Italia al 3° posto, valuta solo l'efficienza del SSN sovrastimandone di conseguenza la qualità.

Il **CAPITOLO 2** è dedicato alla **spesa sanitaria** 2016, ultimo anno per il quale sono disponibili tutti i consuntivi relativi alla spesa pubblica e privata. Secondo le stime effettuate dal Rapporto la spesa sanitaria 2016 ammonta a € 157,613 miliardi di cui: € 112,182 miliardi di spesa pubblica; € 45,431 miliardi di spesa privata di cui € 5,601 miliardi di spesa intermediata (€ 3,831 miliardi da fondi sanitari, € 0,593 miliardi da polizze individuali, € 1,177 miliardi da altri enti) e € 39,830 miliardi di spesa a carico delle famiglie (out-of-pocket). In altri termini, nel 2016 il 28,8% della spesa sanitaria è privata e di questa quasi l'88% è sostenuta direttamente dalle famiglie.

Per la **spesa pubblica** si è fatto riferimento al nuovo sistema dei conti della sanità ISTAT-SHA, allineato alle regole contabili dal sistema europeo dei conti. Secondo i dati ISTAT-SHA, l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione assorbe € 82,032 miliardi, i prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici € 31,106 miliardi, la long-term care € 15,067 miliardi, i servizi ausiliari € 12,342 miliardi, i servizi per la prevenzione delle malattie € 6,057 miliardi, mentre € 2,896 miliardi sono destinati a governance e amministrazione del SSN. Considerato che il sistema ISTAT-SHA presenta ancora alcuni limiti, in relazione a specifici obiettivi di analisi il Rapporto integra altre fonti, segnalando le eventuali discrepanze. In particolare, per valutare i trend 2000-2016 sono stati utilizzati i dati della Ragioneria Generale dello Stato che dimostrano la progressiva riduzione della spesa sanitaria: a fronte di un tasso di crescita medio annuo del 7,4% nel periodo 2001-2005, il tasso nel quinquennio 2006-2010 scende al 3,1%, quindi diventa negativo nel periodo 2011-2016 (-0,1%). Questa sensibile riduzione della spesa sanitaria ha permesso di ridurre il gap con i valori del finanziamento corrente del SSN, determinando negli ultimi tre anni un sostanziale allineamento e, di fatto, il pareggio di bilancio. Tuttavia, il contenimento complessivo della spesa sanitaria nel periodo 2000-2016 non riflette trend omogenei tra i differenti aggregati di spesa, determinando una significativa ricomposizione della loro incidenza rispetto alla spesa sanitaria totale: da segnalare che per i redditi da lavoro dipendente l'incidenza è scesa dal 39,8% del 2000 al 31% del 2016.

Considerato che le stime sulla **spesa sanitaria privata** (che include quella sostenuta dalle famiglie e quella intermediata da "terzi paganti") effettuate da diverse Istituzioni e organizzazioni riportano rilevanti differenze, il Rapporto analizza le discordanze e ove possibile ne identifica le motivazioni. Per stimare la spesa out-of-pocket si è fatto riferimento

al dato ISTAT-SHA integrato con alcune voci di spesa escluse, per un totale di € 39,8 miliardi, comprensivi di € 2,9 miliardi di ticket. Tuttavia, a fronte dell'entità della spesa delle famiglie, di fatto "alleggerita" da € 3,4 miliardi di rimborsi IRPEF, il Rapporto dimostra che almeno il 40% di tale spesa non compensa le minori tutele conseguenti al ridotto finanziamento pubblico, ma consegue a fenomeni di consumismo sanitario o a scelte individuali. Inoltre, nel medio periodo non si registra alcun allarme sull'incremento della spesa delle famiglie, che nel periodo 2009-2016 ha subito lo stesso incremento percentuale rispetto al periodo 2000-2008 (18% circa). Ancora più complessa l'analisi della spesa privata intermediata per variabili e criticità che condizionano la tracciabilità dei flussi economici. Seppure con i limiti relativi ad affidabilità di fonti e dati e alla possibile sovrapposizione di alcune cifre, per l'anno 2016 si stima una spesa intermediata di € 5,6 miliardi (12,3% della spesa privata), sostenuta da varie tipologie di "terzi paganti: € 3.830,8 milioni da fondi sanitari e polizze collettive, € 593 milioni da polizze assicurative individuali, € 576 milioni da istituzioni senza scopo di lucro e € 601 milioni da imprese.

Il **CAPITOLO 3** è dedicato alle **macro-determinanti della crisi di sostenibilità del SSN**: definanziamento pubblico, sostenibilità ed esigibilità dei nuovi LEA, sprechi e inefficienze ed espansione incontrollata del "secondo pilastro".

Definanziamento pubblico. Sintetizzando l'enorme quantità di numeri tra finanziamenti programmati dai Documenti di Economia e Finanza (DEF), fondi assegnati dalle Leggi di Bilancio, tagli e contributi alla finanza pubblica a carico delle Regioni, emergono poche inquietanti certezze sulle risorse destinate al SSN. Nel periodo 2013-2018 il finanziamento nominale è aumentato di quasi € 7 miliardi, dai € 107,01 miliardi del 2013 ai € 114 miliardi del 2018, di cui sono "sopravvissuti" nei fatti solo € 5,968 miliardi; nel periodo 2015-2018 l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica ha determinato, rispetto ai livelli programmati, una riduzione cumulativa del finanziamento del SSN di € 12,11 miliardi; il DEF 2018, a fronte di una prevista crescita annua del PIL nominale del 3% nel triennio 2018-2020, riduce progressivamente il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% del 2018 al 6,4% del 2019, al 6,3% nel 2020 e 2021. A seguito del costante definanziamento, le analisi effettuate sul database *OECD Health Statistics* dimostrano che la spesa sanitaria in Italia continua inesorabilmente a perdere terreno con progressivo avvicinamento ai livelli di spesa dei paesi dell'Europa Orientale. La regressione riguarda anzitutto la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria totale, che nel 2016 è di poco inferiore alla media OCSE (8,9% vs 9%) e in Europa vede l'Italia fanalino di coda insieme al Portogallo tra i paesi dell'Europa occidentale. L'arretramento è attestato tuttavia soprattutto per la spesa pro-capite totale, inferiore alla media OCSE (\$ 3.391 vs \$ 3.978), che colloca l'Italia in prima posizione tra i paesi più poveri dell'Europa: Spagna, Slovenia, Portogallo, Repubblica Ceca, Grecia, Slovacchia, Ungheria, Estonia, Polonia e Lettonia.

Sostenibilità ed esigibilità dei nuovi LEA. A 14 mesi dal grande traguardo politico raggiunto con la pubblicazione del decreto sui "nuovi LEA", il Rapporto GIMBE analizza le criticità metodologiche per definire e aggiornare gli elenchi delle prestazioni, quelle relative al monitoraggio dei LEA e quelle che condizionano l'erogazione e l'esigibilità dei nuovi LEA in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale: dai recepimenti regionali dei nuovi LEA, al ritardo nella pubblicazione dei nomenclatori tariffari, dall'individuazione di limiti e modalità di erogazione delle prestazioni, agli aggiornamenti degli elenchi delle prestazioni. Il Rapporto sottolinea inoltre l'inderogabile necessità di rivalutare complessivamente tutte le prestazioni inserite nei LEA, facendo esplicito riferimento a un metodo rigoroso basato sulle evidenze e sul *value* al fine di effettuare un "consistente sfolgimento", mettendo fine all'inaccettabile paradosso per cui in Italia convivono il "paniere LEA" più ricco (almeno sulla carta) ed un finanziamento pubblico tra i più bassi d'Europa.

Sprechi e inefficienze. Per l'anno 2017 sul consuntivo di € 113,599 miliardi di spesa sanitaria pubblica la stima di sprechi e inefficienze è di € 21,59 miliardi, con un margine di variabilità ($\pm 20\%$) e un range variabile tra € 17,27 e € 25,91 miliardi. L'impatto complessivo degli sprechi è stato ridotto di 1 punto percentuale (dal 20% delle stime OCSE al 19%) con un recupero stimato di oltre € 1,3 miliardi nel 2017. Per ciascuna delle categorie di sprechi viene riportata una "carta di identità" che include definizione, determinanti, tassonomia, esempi, normative e iniziative nazionali ed internazionali, oltre che le stime delle risorse erose dagli sprechi: sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriate (€ 6,48 mld), frodi e abusi (€ 4,75 mld), acquisti a costi eccessivi (€ 2,16 mld), sotto-utilizzo di servizi e prestazioni efficaci e appropriate (€ 3,24 mld), complessità amministrative (€ 2,37 mld), inadeguato coordinamento dell'assistenza (€ 2,59 mld).

Espansione del secondo pilastro. Le restrizioni finanziarie imposte alla sanità pubblica hanno indebolito il sistema di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, aggravato le difficoltà di accesso alle cure e ampliato le diseguaglianze. In questo contesto, l'aumento della spesa out-of-pocket e la rinuncia a prestazioni sanitarie si sono accompagnati alla crescita di forme alternative di copertura sanitaria. Di conseguenza, l'idea di affidarsi al "secondo pilastro" per garantire la sostenibilità del SSN si è progressivamente affermata per l'interazione di alcuni fattori: dalla complessità della terminologia alla frammentazione della normativa, dalla scarsa trasparenza alla carenza di sistemi di controllo. In questo contesto si è progressivamente fatta largo una raffinata strategia di marketing basata su un assioma correlato a criticità solo in apparenza correlate (riduzione del finanziamento pubblico, aumento della spesa out-of-pocket, difficoltà di accesso ai servizi sanitari e rinuncia alle cure) alimentate dai risultati di studi discutibili finanziati proprio da compagnie assicurative. Il Rapporto analizza in dettaglio il complesso ecosistema dei "terzi paganti" in sanità, le tipologie di coperture offerte, l'impatto analitico di fondi sanitari e polizze assicurative sulla spesa sanitaria e tutti i potenziali "effetti collaterali" del secondo pilastro, troppo spesso sottovalutati sull'onda di un entusiasmo collettivo: dai rischi per la sostenibilità a quelli di privatizzazione, dall'aumento delle diseguaglianze all'incremento della spesa sanitaria, dal sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie alla frammentazione dei percorsi assistenziali.

Il **CAPITOLO 4** riporta la **rivalutazione delle prognosi del SSN al 2025**, effettuata ispirandosi alla teoria dei "cunei di stabilizzazione" che risponde alla necessità di un piano d'intervento multifattoriale per garantire la sostenibilità del SSN. Accanto alla rivalutazione della stima del fabbisogno al 2025, sono state aggiornate tutte le stime relative al finanziamento pubblico (al ribasso), alla spesa privata (al rialzo) e al disinvestimento da sprechi e inefficienze. Il fabbisogno al 2025 è stato stimato, in maniera estremamente conservativa, in € 220 miliardi, tenendo conto di vari fattori: entità del sotto-finanziamento del SSN, benchmark con i paesi dell'Europa occidentale, sottostima dell'impatto economico dei nuovi LEA, evidenza di inadempimenti LEA in varie Regioni, inderogabile necessità di rilancio delle politiche per il personale sanitario, immissione sul mercato di costosissime innovazioni farmacologiche, necessità di ammodernamento tecnologico, invecchiamento della popolazione, rinuncia a prestazioni sanitarie (dati ISTAT). Tale stima esclude espressamente le risorse da destinare al piano straordinario di investimenti per l'edilizia sanitaria e i bisogni socio-sanitari che ammonterebbero ad oltre € 17 miliardi. L'incremento della spesa sanitaria totale nel periodo 2017-2025 è stato stimato in € 27 miliardi (€ 9 miliardi di spesa pubblica e € 18 miliardi di spesa privata), che permetterebbero di raggiungere nel 2025 una cifra di poco superiore ai € 184 miliardi, ben lontana dal fabbisogno stimato. Il potenziale recupero di risorse dal disinvestimento da sprechi e inefficienze nel periodo 2017-2025 è stato stimato in oltre € 70 miliardi, recuperabili non solo tramite azioni puntuali di *spending review*, ma attraverso interventi strutturali e organizzativi e, soprattutto, disegnano e attuando un piano nazionale di

prevenzione e riduzione degli sprechi. Nonostante la stima di € 220 miliardi sia conservativa e il disinvestimento di € 70 miliardi estremamente impegnativo, per raggiungere il fabbisogno stimato per il 2025 mancherebbero comunque ancora € 20,5 miliardi, una cifra di un'entità tale da richiedere scelte politiche ben precise. In altre parole, le valutazioni del presente Rapporto dimostrano che il disinvestimento da sprechi e inefficienze è *condicio sine qua non* per salvare il SSN e che al tempo stesso la soluzione non è rappresentata sicuramente dal "secondo pilastro": di conseguenza, in assenza di un consistente rilancio del finanziamento pubblico, sarà impossibile mantenere un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico. Visto che le azioni del prossimo Esecutivo saranno cruciali per il futuro del SSN, il Paese si trova davanti ad un bivio: se si intende realmente preservare la più grande conquista dei cittadini italiani, come da ogni parte dichiarato a parole, accanto a tutti gli interventi necessari per aumentare il *value for money* del denaro investito in sanità, è indispensabile invertire la rotta sul finanziamento pubblico. In alternativa, occorrerà governare adeguatamente la transizione a un sistema misto, al fine di evitare una lenta involuzione del SSN che finirebbe per creare una sanità a doppio binario, sgretolando i principi di universalismo ed equità che ne costituiscono il DNA.

Il **CAPITOLO 5** è dedicato alla *pars construens*, ovvero al "**piano di salvataggio**" del SSN elaborato dalla Fondazione GIMBE e utilizzato come strumento di partenza per il *fact checking* dei programmi elettorali in occasione delle ultime consultazioni politiche e già sottoposto a consultazione pubblica:

1. Salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali
2. Certezze sulle risorse per la sanità: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico
3. Maggiori capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel pieno rispetto delle loro autonomie
4. Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari
5. Ridisegnare il perimetro dei LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri
6. Eliminare il superticket e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei
7. Piano nazionale contro gli sprechi in sanità per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi
8. Riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione
9. Sana integrazione pubblico-privato e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone
10. Rilanciare le politiche per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari
11. Finanziare ricerca clinica e organizzativa: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN
12. Programma nazionale d'informazione scientifica a cittadini e pazienti per debellare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e promuovere decisioni realmente informate.

I 12 punti programmatici del "piano di salvataggio", che verranno sottoposti a continua rivalutazione attraverso periodiche consultazioni pubbliche, costituiranno il riferimento per l'Osservatorio GIMBE, sia in caso di effettiva "partenza" dell'attuale legislatura per monitorare il programma di Governo per la sanità, sia in caso di ritorno alle urne per un nuovo *fact checking* dei programmi elettorali.

INTRODUZIONE

L'introduzione al 3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale nell'anno in cui la più grande conquista sociale dei cittadini italiani compie 40 anni avrebbe indubbiamente richiesto un clima ben diverso da quello che il Paese sta vivendo per uno stallo politico-istituzionale senza precedenti e con lo spettro di una nuova crisi economica. D'altra parte, se altri paesi europei hanno progressivamente abbandonato il modello di una sanità pubblica basata sulla fiscalità generale e su principi di equità e universalismo, è opportuno chiedersi a cosa serve realmente un servizio sanitario nazionale, vista la tenacia con cui la Fondazione GIMBE continua strenuamente a impegnarsi nella sua difesa.

Differenti sono le risposte che darebbero gli esperti: alla prevenzione, al controllo e al trattamento delle malattie, alla protezione e promozione della salute, oppure – citando l'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – al raggiungimento dello stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. In realtà, ciascuno di questi obiettivi è insufficiente e incompleto: innanzitutto, un "SSN per le malattie" è troppo riduttivo dal punto di vista sociale; in secondo luogo, protezione e promozione della salute sono insufficienti a riconoscere la necessità di integrare *public health*, servizi clinico-assistenziali e socio-sanitari; infine, il concetto di "completo benessere" è troppo astratto e poco utile a definire i principi per i quali diamo valore alla salute.

Ponendosi nella prospettiva più ampia della politica, il fine supremo di qualunque Governo è sostenere la dignità della popolazione, evitando di vedere nei cittadini uno strumento per raggiungere obiettivi politici ed economici, *in primis* l'aumento del PIL. Se un Governo considera i cittadini come valore assoluto e vuole garantire la loro dignità, deve chiedersi: "Che cosa desiderano essere i cittadini? Che cosa sono in grado di fare?". Solo così, compatibilmente con le risorse disponibili, permetterà loro di soddisfare le proprie aspirazioni: in altre parole, promuovere la dignità di una popolazione significa garantire a tutti cittadini la capacità di fare le proprie scelte e la libertà di metterle in atto. Ovviamente, tale capacità è influenzata da abilità individuali condizionate da genetica e fattori ambientali, dal contesto politico, sociale ed economico e, ovviamente, dallo stato di salute. E sono proprio gli indicatori relativi al nostro stato di salute che permettono al Paese di valorizzarci: la durata e la qualità di vita libera da disabilità, la capacità di mantenere la salute, il benessere psichico, la soglia del dolore, la capacità di esprimere sentimenti ed emozioni, l'attitudine a preservare l'ambiente.

I Governi devono dunque investire nei sistemi sanitari per garantire ai cittadini la libertà di essere e fare ciò che vogliono, in quanto il fine ultimo di un sistema sanitario consiste proprio nell'offrire ai cittadini le migliori opportunità per scegliere la vita che desiderano vivere. Di conseguenza, il successo di un sistema sanitario non può essere misurato solo con set più o meno ampi di indicatori, ma deve essere valutato soprattutto sulla base delle libertà che il nostro status di salute ci concede per scegliere la vita che desideriamo vivere.

Purtroppo, indipendentemente dal colore politico, limiti e contraddizioni dei Governi che si sono alternati negli ultimi 20 anni hanno offuscato aspirazioni e prospettive dei cittadini italiani e, cosa ancora più grave, quelle delle future generazioni perché:

- hanno permesso alla politica partitica (*politics*) di avvilupparsi in maniera indissolubile alle politiche sanitarie (*policies*), determinando scelte condizionate da interessi di varia natura, dai più nobili a quelli penalmente perseguibili;
- hanno fatto scelte in contrasto con il principio dell'*health in all*, che impone di orientare tutte le decisioni politiche (non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali) mettendo sempre al centro la salute dei cittadini;
- hanno accettato continui compromessi con l'industria, sia perché un'elevata domanda di servizi e prestazioni sanitarie genera occupazione, sia perché l'introduzione di specifiche misure di prevenzione rischia di ridurre posti di lavoro.

In questo contesto, cristallizzato ormai da anni, si è sviluppato un inaccettabile paradosso. Da un lato i risultati del nostro SSN vengono continuamente osannati utilizzando classifiche ormai desuete (il 2° posto dell'OMS su dati 1997), oppure inversamente correlate al livello di finanziamento (il 3° posto di Bloomberg), trascurando che nei paesi industrializzati solo il 10% degli esiti di salute dipende dalla qualità del sistema sanitario; in altre parole si continua ad attribuire all'efficienza del nostro SSN risultati che dipendono da altri fattori: genetici, ambientali, stili di vita. Dall'altro non vengono valutate in maniera sistematica le criticità che condizionano la sostenibilità del SSN:

- nonostante una spesa sanitaria già sobria, negli ultimi anni il SSN è stato sottoposto a un livello di definanziamento che fa scricchiolare anche le performance delle Regioni più virtuose;
- tra le fasce di popolazione più deboli e nelle Regioni in maggiore difficoltà peggiorano le condizioni di accesso ai servizi sanitari, aumentano le diseguaglianze sociali e territoriali e cominciano ad accendersi pericolose "spie rosse", come la riduzione dell'aspettativa di vita in alcune province italiane;
- gli interventi effettuati nelle Regioni in piano di rientro hanno contribuito a determinare un sostanziale equilibrio finanziario del SSN, ma di fatto hanno peggiorato l'erogazione dei servizi sanitari, essendo intervenuti in misura minimale nella loro riorganizzazione;
- l'aspettativa di vita in buona salute e libera da disabilità continua drammaticamente a ridursi nel confronto con altri paesi europei, lasciando emergere l'inderogabile necessità di costruire al più presto un servizio socio-sanitario nazionale;
- il prezzo del definanziamento è stato pagato soprattutto dal personale sanitario, elevando l'età media e demotivando la principale risorsa su cui deve necessariamente poggiare un sistema di tutela della salute;
- alcune innovazioni *disruptive*, in particolare informatizzazione e tecnologie digitali in grado di migliorare efficienza, efficacia, trasparenza e sostenibilità del SSN, non riescono a decollare in maniera definitiva e omogenea su tutto il territorio nazionale;
- la prevenzione continua a rimanere la "sorella povera" dei LEA, sia perché molti interventi di prevenzione primaria e secondaria rimangono fortemente sottoutilizzati, sia per il limitato sviluppo di politiche per la prevenzione e la riduzione dei fattori di rischio ambientali;
- la limitata governance dell'intermediazione assicurativo-finanziaria sta creando veri e propri cortocircuiti del SSN, che contribuiscono a minare le basi del suo universalismo.

Ecco che allora, il dibattito pubblico sulla sostenibilità del SSN, oltre a mantenere un orizzonte a breve termine legato inevitabilmente alla scadenza dei mandati, continua ad essere affrontato da prospettive di categoria (non scevre da interessi in conflitto), oppure esaminando singoli aspetti politici (rapporti Governo-Regioni, autonomie regionali), organizzativi (fusione di aziende sanitarie, sviluppo di reti e PDTA per patologia, medicina di iniziativa) ed economici (criteri di riparto, modalità di gestione dei Piani di rientro, costi standard, ticket, sanità integrativa). Oppure concentrandosi sull'analisi di numeri e percentuali che documentano tre inequivocabili certezze (riduzione del finanziamento pubblico, aumento della spesa out-of-pocket e ipotrofia della spesa intermediata) la cui lettura semplicistica costituisce uno straordinario assist per chi punta a tracciare una sola strada per salvare il SSN: compensare la riduzione del finanziamento pubblico tramite il potenziamento di un "secondo pilastro". Questa proposta, fortemente sostenuta dall'intermediazione assicurativo-finanziaria, ipotizza che le complesse dinamiche che condizionano i flussi economici in sanità siano regolate dal semplice principio dei vasi comunicanti. In realtà, l'analisi del presente Rapporto dimostra la fallacia di tale teoria in quanto:

- una percentuale rilevante del finanziamento pubblico non produce alcun miglioramento in termini di salute in quanto alimenta varie tipologie di sprechi e inefficienze;
- numerosi bisogni di salute, per i quali sono disponibili servizi e prestazioni efficaci e appropriate, non vengono soddisfatti né dalla spesa pubblica, né dalla spesa privata per varie ragioni: mancata inclusione nei LEA, inadempimenti LEA (criticità organizzative, inappropriata professionalità), mancata *compliance*;
- una quota consistente della spesa out-of-pocket non contribuisce affatto a fronteggiare le minori tutele pubbliche, ma alimenta solo il consumismo sanitario per cui la sua eventuale "messa a sistema" da parte del secondo pilastro rischia in realtà di aumentare la spesa privata;
- oltre il 60% delle prestazioni coperte dai fondi sanitari non è affatto integrativa ma sostitutiva, rispetto a quanto già offerto dai LEA; di conseguenza, a legislazione vigente, l'espansione incontrollata del secondo pilastro indebolisce il SSN perché sottrae risorse pubbliche tramite le agevolazioni fiscali dei fondi sanitari, aumentando al tempo stesso diseguaglianze e consumismo sanitario.

Tutti questi approcci parcellari alla valutazione della sostenibilità del SSN rischiano di far perdere di vista il rischio reale per il popolo italiano: quello di perdere, lentamente ma inesorabilmente, il modello di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutti i cittadini. Con questo monito nel marzo 2013 la Fondazione GIMBE ha lanciato la campagna "Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale" (#salviamoSSN): nel giugno 2016, dopo tre anni di studi, consultazioni e analisi indipendenti, il "Rapporto GIMBE per la sostenibilità del SSN 2016-2025" ha fermamente ribadito che per salvarlo è indispensabile rimettere al centro dell'agenda politica la sanità pubblica e, più in generale, l'intero sistema di welfare. Nel settembre 2016 è stato quindi lanciato l'Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN, per un monitoraggio continuo e indipendente di tutti gli stakeholder, ispirato a tre principi fondamentali:

- *health in all policies*: la salute delle persone deve guidare tutte le politiche, non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali;

- *evidence for health*: le migliori evidenze scientifiche devono essere integrate in tutte le decisioni politiche, manageriali e professionali che riguardano la salute delle persone, oltre che guidare le scelte di cittadini e pazienti;
- *value for money*: il sistema sanitario deve ottenere il massimo ritorno in termini di salute dal denaro investito in sanità, al tempo stesso un mandato etico e obiettivo economico.

Nel giugno 2017 il 2° Rapporto GIMBE, escludendo l'esistenza di un piano occulto di smantellamento del SSN, ha rilevato al tempo stesso l'assenza di un esplicito piano di salvataggio che è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE nel corso dell'ultimo anno e ha rappresentato la base per il *fact checking* dei programmi elettorali in occasione delle ultime consultazioni politiche. Da tale monitoraggio è emerso che, per una variabile combinazione di ideologie partitiche, scarsa attenzione per la sanità e limitata visione di sistema, nessuna forza politica è stata in grado di elaborare un preciso "piano di salvataggio" del SSN coerente con le principali determinanti della crisi di sostenibilità.

La Fondazione GIMBE con il presente Rapporto ribadisce con fermezza che mettere in discussione la sanità pubblica significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, dovrebbero essere viste dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in sanità, volando alto nel pensiero politico, nell'idea di welfare e nella (ri)programmazione socio-sanitaria. In altre parole, riprendendo le conclusioni dell'indagine sulla sostenibilità realizzata nella passata legislatura dalla 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato, «troppo spesso la salute e la spesa per salute è stata considerata solo un tema di sanità, dimenticando gli impatti sul sistema economico e produttivo del Paese. La sostenibilità del sistema sanitario è prima di tutto un problema culturale e politico. Da queste conclusioni è necessario ripartire».

CAPITOLO 1

Benchmark internazionali: quale posto in classifica per il nostro Servizio Sanitario Nazionale?

La valutazione comparativa delle performance dei sistemi sanitari permette a ciascun Paese di identificare i propri punti di debolezza e mettere in atto le opportune contromisure al fine di allinearsi a standard internazionali. Tuttavia, gli sforzi di varie organizzazioni internazionali dimostrano che misurare la qualità di un sistema sanitario nelle sue differenti dimensioni presenta numerose complessità. Le classifiche internazionali sono infatti condizionate da numerose variabili:

- tipologia di sistema sanitario;
- numero di paesi inclusi;
- numero e tipologia di indicatori presi in considerazione: indicatore unico, aggregazione in aree di vari indicatori, indicatori singoli;
- dimensioni della performance: sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità, partecipazione di cittadini e pazienti, efficienza, etc.;
- fonti dei dati: database internazionali e nazionali, questionari strutturati, etc.;
- criticità relative ai dati utilizzati: metodi e timing di rilevazione, disponibilità nei sistemi informativi, omogeneità, comparabilità, possibili bias;
- tempistiche di aggiornamento: classifiche *una tantum*, aggiornamento annuale, aggiornamento continuo del database.

Per tale ragione, la posizione di ciascun sistema sanitario può oscillare in maniera rilevante nelle varie classifiche: il nostro SSN, ad esempio, dal podio di Bloomberg (1° posto in Europa, 3° nel mondo) precipita alla 20° posizione di Euro Health Consumer Index.

Al fine di verificare dove si colloca realmente il SSN nel confronto internazionale, oltre che l'affidabilità delle varie "classifiche", è stata condotta una revisione sistematica ed un'analisi metodologica degli strumenti elaborati da diverse organizzazioni per confrontare la performance dei sistemi sanitari:

- Bloomberg
- Commissione Europea
- Commonwealth Fund
- Euro Health Consumer Index
- Healthcare Quality and Access Index
- Numbeo
- Organizzazione Mondiale della Sanità
- Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE)

1.1. Bloomberg

Nel 2014 la multinazionale americana dei media Bloomberg ha collocato il nostro SSN al terzo posto su 51 paesi nel mondo e al primo posto in Europa¹. Per inquadrare correttamente questo risultato e stemperare l'eccessivo entusiasmo con cui politica e media continuano a sbandierarlo, è necessario precisare che questo indicatore valuta l'efficienza dei sistemi sanitari mettendo in relazione l'aspettativa di vita con la percentuale di PIL destinato alla sanità (box 1.1). Considerato che l'elevata aspettativa di vita nel nostro Paese è dovuta soprattutto a motivazioni non sanitarie (genetica, dieta mediterranea, clima, etc.), a parità di aspettativa di vita la scalata di questa classifica va di pari passo con la riduzione delle risorse investite in sanità: infatti, dal 2013 al 2014 il nostro SSN è balzato dal 6° al 3° posto, proprio "grazie" al defianziamento rispetto al PIL.

Box 1.1. Bloomberg

Obiettivo

- Valutare l'efficienza dei sistemi sanitari.

Metodi

- Criteri di inclusione: ≥ 5 milioni di abitanti, PIL pro-capite $\geq \$ 5.000$, aspettativa di vita ≥ 70 anni.
- Ogni paese è stato valutato e classificato in base a tre criteri:
 - aspettativa di vita (ponderata al 60%);
 - spesa sanitaria pro-capite relativa (30%), ovvero espressa come percentuale del PIL;
 - spesa sanitaria pro-capite assoluta (10%), ovvero come spesa sanitaria totale.
- Nell'ambito di ciascun criterio, l'80% del punteggio è stato calcolato dalla valutazione più recente del sistema sanitario e il 20% da eventuali variazioni rispetto all'anno precedente.
- Le variazioni sono state misurate in termini di miglioramento dell'aspettativa di vita aggiustata, aumento dei costi dell'assistenza sanitaria, incremento dei costi relativi all'aumento del reddito generale e dei prezzi al consumo e aumento della spesa sanitaria pro-capite.
- I paesi sono stati prima classificati sulla base di ciascun criterio, quindi i punteggi sono stati pesati e sommati per ottenere la classifica finale.

Fonti

- World Bank, International Monetary Fund, World Health Organization, Hong Kong Department of Health.

Ultimo aggiornamento

- 25 agosto 2014.

¹ Bloomberg. Most Efficient Health Care 2014: Countries. Disponibile a: www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/#most-efficient-health-care-2014-countries. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

1.2. Commissione Europea

La Direzione generale degli Affari economici e finanziari della Commissione Europea ha recentemente pubblicato un report sull'efficienza e la qualità dei servizi pubblici² (box 1.2). Il report sottolinea che la valutazione sistematica dei servizi dovrebbe essere utilizzata per migliorare il welfare e sviluppare la crescita dell'economia, riconoscendo tuttavia alcuni limiti metodologici: la spesa potrebbe rivelarsi efficiente in un paese con servizi mediocri prodotti con costi contenuti; viceversa, un paese con servizi di qualità elevata potrebbe essere giudicato inefficiente se utilizza combinazioni di fattori produttivi molto più costosi. Per tale ragione la spesa pubblica è stata valutata sia nell'efficienza sia nella "performance", da intendersi come sinonimo di efficacia, utilizzando due livelli di giudizio: "alta" e "bassa". Tra i 28 paesi europei la spesa sanitaria italiana ha ottenuto la valutazione massima, sia sotto il profilo dell'efficacia sia dell'efficienza, insieme a Francia, Spagna, Irlanda, Cipro e Malta.

Box 1.2. Commissione Europea

Obiettivo

- Valutare l'efficienza e la qualità dei servizi della pubblica amministrazione: istruzione, sanità, ricerca e sviluppo, servizi pubblici generali, ordine pubblico e sicurezza, infrastrutture.

Metodi

- Criteri di inclusione: 28 paesi della UE.
- Due dimensioni di valutazione: efficienza e performance (efficacia).
- Per la valutazione dei servizi sanitari sono stati utilizzati 5 indicatori:
 - Efficienza: spesa media pro-capite degli ultimi 10 anni (pubblica e privata, in termini reali e a parità di potere di acquisto, inclusi gli investimenti);
 - Efficacia: indice di mortalità evitabile, tasso di mortalità infantile, aspettative di vita alla nascita, aspettativa di vita a 65 anni.
- A ciascuna dimensione è stato assegnato uno score "alto" o "basso":
 - Alto: stato che ricade sopra i quartili mediani o nel quartile più elevato della distribuzione dell'efficienza/efficacia secondo la maggior parte degli indicatori di output;
 - Basso: stato che ricade nel quartile inferiore o sotto i quartili mediani della distribuzione dell'efficienza/efficacia secondo la maggior parte degli indicatori di output.

Fonti

- OCSE, Eurostat, servizi della Commissione.

Ultimo aggiornamento

- Dati riferiti al 2014, pubblicazione del dicembre 2016.

1.3. Commonwealth Fund

Dal 2004 confronta le performance del sistema sanitario USA con quelle di altri paesi. Nonostante il loro numero sia aumentato da 7 dell'edizione 2010 a 11 nell'ultimo

² European Commission's Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Report on Public Finances in EMU. Institutional paper 045, December 2016. Disponibile a: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/ip045_en_0.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

aggiornamento del 2014³, il nostro SSN non è mai stato preso in considerazione, verosimilmente per una spesa sanitaria pro-capite troppo bassa.

1.4. Euro Health Consumer Index

Health Consumer Powerhouse Ltd (HCP) è nata nel 2004 con l'obiettivo di confrontare in maniera trasparente le performance dei sistemi sanitari in Europa, identificare e gestire le criticità al fine di responsabilizzare pazienti e professionisti sanitari e migliorare gli outcome. HCP ha pubblicato oltre 50 edizioni degli *Health Consumer Indexes* in diversi ambiti sanitari: l'Euro Health Consumer Index (EHCI), il suo prodotto di punta, costituisce un monitoraggio indipendente dell'assistenza sanitaria in 36 paesi secondo la prospettiva di cittadini e pazienti (box 1.3).

Il rapporto EHCI 2017, posizionando il SSN italiano al 20° posto su 35 paesi europei⁴ (nel 2006 era 11° su 26 paesi), ne fotografa in maniera oggettiva la grande eterogeneità: «L'Italia è il paese europeo con la più grande differenza tra Regioni di PIL pro-capite, che nella regione più povera è solo 1/3 di quello della più ricca. Anche se il servizio sanitario è formalmente governato dal Ministero della Salute, il punteggio complessivo dell'Italia è giallo (livello intermedio), in quanto risulta da un mix tra verde (livello alto) da Roma in su e rosso (livello più basso) nelle regioni meridionali».

Box 1.3. Euro Health Consumer Index

Obiettivo

- Valutare le performance dei sistemi sanitari europei, secondo la prospettiva del cittadino/paziente.

Metodi

- Criteri di inclusione: 36 paesi europei, con la successiva esclusione di Cipro.
- Analisi comparativa delle performance dei sistemi sanitari nazionali di 35 paesi sulla base di 46 indicatori suddivisi in 6 aree:
 1. Diritti e informazioni al paziente (10);
 2. Accessibilità, liste d'attesa (6);
 3. Outcome (9);
 4. Varietà e range dei servizi offerti (8);
 5. Prevenzione (7);
 6. Farmaci (6).

Fonti

- Fonti varie disponibili alla tabella 7.7, pag. 50-56⁴.

Ultimo aggiornamento

- Gennaio 2018.

³ Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C. Mirror, mirror on the wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. The Commonwealth Fund, June 2014. Disponibile a: www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror. Ultimo accesso: 5 giugno 2018.

⁴ Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2017 Report. Health Consumer Powerhouse Ltd, 2018. Disponibile a: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

La tabella 1.1 mostra l'estrema eterogeneità delle posizioni dell'Italia rispetto alle varie aree oltre a uno score cumulativo di -40 rispetto alla media.

Aree	Posizione	Score		
		Italia	Media	Delta
1. Diritti e informazioni al paziente	26°	88	99	-11
2. Accessibilità, liste d'attesa	20°	150	163	-13
3. Outcome	18°	211	210	1
4. Varietà e range dei servizi offerti	24°	73	87	-14
5. Prevenzione	11°	101	91	10
6. Farmaci	26°	50	63	-13
Score totale	20°	673	713	-40

Tabella 1.1. Euro Health Consumer Index 2017

1.5. Healthcare Quality and Access Index

Utilizzando i dati del *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study* relativi a 195 Paesi nel periodo 1990-2015, i ricercatori hanno sviluppato un indicatore denominato indice di qualità ed accesso ai servizi sanitari – *Healthcare Quality and Access (HAQ) Index* – i cui valori hanno un range 0-100⁵. L'HAQ Index, che prende in considerazione la mortalità evitabile per 32 malattie, è strettamente correlato ad altri indicatori, quali la spesa sanitaria pro-capite, un indicatore composito di 11 interventi di copertura sanitaria universale e le risorse umane per i servizi sanitari. In questo studio, che non può essere assimilato ad una vera e propria classifica, l'Italia raggiunge un HAQ Index di 89, collocandosi al 10° posto, a pari merito con Lussemburgo e Giappone e preceduta da Andorra (95), Islanda (94), Svizzera (92), Svezia, Norvegia, Australia, Finlandia, Spagna, Olanda (90).

1.6. Numbeo

Questa meno nota classifica viene elaborata su un database online che permette agli utenti della rete di condividere varie informazioni, tra cui quelle sui sistemi sanitari, che vengono confrontate tra Paesi e continenti creando una mappa costantemente aggiornata (box 1.4).

⁵ GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017;390:231-266.

Tra i 69 paesi valutati il SSN si colloca al 32° posto utilizzando l'*Health Care Index* e al 30° secondo l'*Health Care Exp(ontential) Index*⁶.

Box 1.4. Numbeo

Obiettivo

- *Health Care Index*: valuta la qualità generale del sistema sanitario, dei professionisti sanitari, delle tecnologie, del personale, dei medici, dei costi, etc.
- *Health Care Exp Index*: ha l'obiettivo di mostrare l'*Health Care Index* aumentando esponenzialmente nei sistemi sanitari di migliore qualità.

Metodi

- Criteri di inclusione: paesi per i quali è disponibile un numero minimo di feedback degli utenti (ad oggi 197 paesi).
- Numbeo consente di visualizzare, condividere e confrontare informazioni sui sistemi sanitari di tutto il mondo in base ai seguenti indicatori:
 - Skill e competenze dei professionisti sanitari;
 - Rapidità per accertamenti e referti;
 - Disponibilità di moderne tecnologie diagnostico-terapeutiche;
 - Accuratezza e completezza dei referti;
 - Cordialità e cortesia del personale;
 - Tempi di attesa;
 - Ubicazione dei servizi.
- Gli utenti compilano una survey con punteggio che varia da -2 (punteggio minimo) a +2 (punteggio massimo): i risultati vengono presentati in scala 0-100. I dati vengono filtrati per eliminare il potenziale spam.
- L'indice corrente si basa sui dati degli ultimi 36 mesi e include solo le città per le quali esiste un numero minimo di feedback di utenti.

Fonti

- Survey compilate dagli utenti del sito.

Ultimo aggiornamento

- Il database viene aggiornato in tempo reale, ma gli indicatori vengono ricalcolati due volte l'anno (timing non descritti).

1.7. Organizzazione Mondiale della Sanità

Nel 2000 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dedicava il *World Health Report* alla valutazione delle performance dei sistemi sanitari nei 191 stati membri⁷. Utilizzando dati relativi al 1997 e integrando indicatori di qualità dei servizi e di spesa, veniva elaborato il *WHO index* per quantificare la capacità di risposta assistenziale in relazione alle risorse investite. Nella classifica finale il SSN italiano conquistava il 2° posto, dopo la Francia, con un livello di incertezza sul rank dal 1° al 5° posto. Questo riconoscimento è stato un vanto nazionale sbandierato per oltre 15 anni e ancora riportato in documenti istituzionali, nonostante le metodologie utilizzate siano state oggetto di aspre critiche e il dato sia

⁶ Numbeo. Health Care Index for Country 2018. Disponibile a: www.numbeo.com/health-care/rankings-by-country.jsp. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁷ World Health Organization. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Disponibile a: www.who.int/whr/2000. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

crystallizzato al 1997. Considerato che l'OMS non ha mai più dedicato il *World Health Report* alla valutazione delle performance dei sistemi sanitari⁸, questa "posizione" del SSN non dovrebbe più essere citata, se non per ragioni storiche.

1.8. Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico

L'OECD *Health Database* rappresenta la fonte più completa di dati comparabili su salute e sistemi sanitari tra i paesi dell'OCSE ed è uno strumento indispensabile per il benchmark grazie anche al fatto che il database viene aggiornato due volte l'anno ed è a libero accesso⁹. Sulla base di questi dati l'OCSE ogni due anni pubblica il Rapporto *Health at a Glance*, che oggi rappresenta lo strumento più completo di valutazione e confronto delle performance dei sistemi sanitari¹⁰. Tale rapporto, tuttavia, non genera una classifica globale, ma effettua un benchmark per ciascuno dei 76 indicatori raggruppati in 9 categorie (box 1.5).

Box 1.5. Health at a Glance

Obiettivo

- Permettere il benchmark tra paesi dell'OCSE, oltre che la valutazione dei trend nel tempo, di indicatori relativi alle performance dei sistemi sanitari.

Metodi

- Criteri di inclusione: 35 paesi membri dell'OCSE e per alcuni indicatori anche paesi partner (Brasile, Cina, Colombia, Costa Rica, India, Indonesia, Lituania, Russia, Sud Africa).
- Valutazione delle performance relative a 76 indicatori raggruppati in 9 categorie:
 - Stato di salute (10)
 - Fattori di rischio (8)
 - Accesso alle cure (5)
 - Qualità dell'assistenza ed esiti di salute (15)
 - Spesa sanitaria (7)
 - Personale (9)
 - Erogazione dell'assistenza (8)
 - Farmaceutica (5)
 - Invecchiamento e long-term care (9)

Fonti

- Le fonti utilizzate per ciascun indicatore sono differenti e identificate in uno specifico documento metodologico¹¹.

Ultimo aggiornamento

- Novembre 2017.

⁸ World Health Organization. World health report – archive. Disponibile a: www.who.int/whr/previous. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁹ OECD Health Statistics 2017. Last update November 2017. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 5 giugno 2018.

¹⁰ OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris: November 2017. Disponibile a: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en. Ultimo accesso: 5 giugno 2018.

¹¹ OECD Health Statistics 2017. Definitions, Sources and Methods. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2017.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Per ciascuno dei Paesi europei, l'OCSE e l'*European Observatory on Health Systems and Policies*, in collaborazione con la Commissione Europea, elaborano un "profilo nazionale"¹² per offrire un quadro sintetico sullo "stato di salute" di ciascun sistema sanitario, identificando le sfide per guidare le politiche sanitarie. Dell'ultimo report sul nostro SSN, pubblicato il 23 novembre 2017, si riporta di seguito la sintesi dei 4 aspetti fondamentali¹³:

- **Stato di salute.** L'aspettativa di vita alla nascita in Italia ha raggiunto 82,6 anni nel 2015, rispetto ai 79,9 anni del 2000, ponendo il paese al 2° posto nell'UE dopo la Spagna. L'allungamento dell'aspettativa di vita si deve soprattutto alla riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari. Permangono, tuttavia, notevoli disparità legate al genere e alle condizioni socioeconomiche.
- **Fattori di rischio.** Nel 2014 in Italia la percentuale dei consumatori abituali adulti di tabacco era del 20%, appena al di sotto della media UE e in calo rispetto al 25% del 2000. Anche il consumo di alcool negli adulti è diminuito, collocandosi molto al di sotto della media UE. Per contro, si è riscontrato un aumento dei problemi di sovrappeso e obesità infantile, con una prevalenza superiore alla media UE.
- **Spesa sanitaria.** Nel 2015 in Italia la spesa sanitaria pro-capite, pari a € 2.502, era inferiore del 10% rispetto alla media UE (€ 2.797). La spesa sanitaria corrisponde al 9,1% del PIL, anche in questo caso al di sotto della media UE (9,9%). Sebbene una serie di servizi di base siano gratuiti, le spese a carico dei pazienti sono relativamente elevate (23% del totale, rispetto ad una media UE del 15% nel 2015) e riguardano soprattutto farmaci e cure odontoiatriche.
- **Performance del sistema sanitario**
 - **Efficacia.** In Italia la mortalità evitabile rimane tra le più basse dell'UE, dato che fa supporre una buona efficacia del sistema sanitario nel trattamento dei pazienti con patologie potenzialmente letali.
 - **Accesso.** Il SSN italiano copre tutti i cittadini e i residenti stranieri. Nell'accesso alle prestazioni sanitarie, tuttavia, si riscontrano notevoli variazioni in base alle Regioni e alla fascia di reddito.
 - **Resilienza.** È stato proposto un nuovo sistema di riparto del fondo sanitario al fine di migliorare l'equità; è stato formato un maggior numero di infermieri per far fronte all'invecchiamento della popolazione e sono stati introdotti nuovi indicatori di performance per favorire una maggiore responsabilizzazione e una migliore qualità dell'assistenza.

Il box 1.6 riporta una sintesi del report.

¹² Country Health Profiles 2017. Disponibile a: www.oecd.org/health/country-health-profiles-EU.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹³ OECD and European Observatory on Health Systems and Policies. Italia: profilo della sanità 2017. Disponibile a: www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/italia-profilo-della-sanita-2017_9789264285248-it. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Box 1.6. Risultati principali performance SSN (da¹³)

- Il sistema sanitario italiano ha contribuito notevolmente al miglioramento della salute dei cittadini e all'allungamento dell'aspettativa di vita. In Italia la mortalità evitabile presenta uno dei tassi più bassi d'Europa, soprattutto grazie alla lieve ma costante riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari. Il numero dei decessi legati al consumo di alcolici è tra i più bassi nell'UE, un dato che riflette un consumo generalmente moderato di bevande alcoliche e un basso tasso di "binge drinking". È necessario tuttavia mettere in campo ulteriori strategie per ridurre il fumo tra adolescenti e adulti al fine di ridurre la mortalità per carcinoma polmonare e per altre patologie correlate al fumo.
- Nonostante le iniziative pubbliche per ridurre l'incidenza del sovrappeso e dell'obesità, nelle regioni meridionali (es. Calabria, Campania e Molise) i tassi di sovrappeso e obesità infantile superano il 40%.
- In seguito alla crisi economica del 2008, una serie di provvedimenti per la riduzione della spesa pubblica ha generato tagli ai finanziamenti pubblici per la sanità. Con l'introduzione dei piani di rientro, la maggior parte delle regioni ha chiesto ai cittadini una maggiore compartecipazione alla spesa per l'acquisto dei farmaci e per l'utilizzo inappropriato dei servizi di pronto soccorso.
- Nella fascia di reddito più bassa la percentuale di cittadini che segnalano bisogni sanitari non soddisfatti per motivi economici è particolarmente elevata, lasciando intravedere marcate disparità nell'accesso all'assistenza. Diversi gruppi vulnerabili sono comunque esenti dal pagamento dei ticket sanitari.
- A seguito della ripresa economica degli ultimi anni, nel 2016 i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti dal SSN sono stati rivisti e ampliati, ma restano perplessità in merito alla capacità finanziaria delle regioni di erogare le prestazioni incluse nei nuovi LEA senza alzare le imposte regionali (o creare deficit), con conseguente rischio di aumentare i bisogni sanitari non soddisfatti e la spesa sanitaria out-of-pocket.
- Nonostante l'impegno per migliorare l'efficienza della spesa farmaceutica, i medicinali equivalenti costituiscono ancora una piccola percentuale del volume complessivo dei medicinali oggetto di prescrizione medica. Recenti provvedimenti promuovono la prescrizione degli equivalenti, obbligando i medici di base ad indicare esplicitamente nella ricetta i principi attivi, agevolando così la sostituzione.
- È in corso la formazione di un maggior numero di infermieri e la regolarizzazione delle badanti al fine di rispondere ai crescenti bisogni sanitari e in particolare di "long-term care" da parte di una popolazione sempre più anziana. Rispetto agli altri paesi UE, l'Italia è caratterizzata da un basso rapporto infermieri/medici, anche se negli ultimi 15 anni il numero degli studenti che completano i corsi di studio in scienze infermieristiche è quadruplicato. Ora la sfida è trovare impieghi adeguati all'interno del SSN per tutti questi nuovi professionisti.

Considerato che nel report *Health at a Glance 2017* l'OCSE non elabora alcuna classifica, in occasione della stesura del presente Rapporto la Fondazione GIMBE ha analizzato performance e posizione dell'Italia per i 76 indicatori il cui numero totale dopo la disaggregazione è di 194.

Per ciascuna delle 9 categorie di valutazione delle performance è stata elaborata una tabella (tabelle 1.2-1.10), dove per ciascun indicatore viene riportata la posizione in classifica dell'Italia, il dato nazionale e la media OCSE; le righe evidenziate in grigio identificano gli indicatori dove la performance dell'Italia è peggiore rispetto alla media OCSE. Nell'elaborazione dei dati, la posizione in classifica dell'Italia è stata assegnata in base all'analisi della direzione dell'indicatore: quando la performance migliora al crescere del valore numerico, l'ordinamento è decrescente; quando la performance migliora al diminuire del valore numerico, l'ordinamento è crescente. Per

gli indicatori per i quali la direzione non è interpretabile in maniera univoca, indicati in tabella con un asterisco (*), la classifica è stata sempre elaborata in ordine decrescente. In calce a ciascuna tabella, vengono elencati gli indicatori che non permettono di elaborare una classifica (n. 6) e quelli per i quali non è disponibile il dato relativo all'Italia (n. 37); di conseguenza, il numero totale di indicatori inclusi nelle tabelle è di 151.

Indicatori area "Stato di salute"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Aspettativa di vita a 30 anni: gap in anni tra il livello di istruzione più elevato e quello più basso (maschi)	4	4,4	7,1
Aspettativa di vita alla nascita (anni)	4	82,6	80,6
Aspettativa di vita a 30 anni: gap in anni tra il livello di istruzione più elevato e quello più basso (femmine)	6	2,7	4,2
Principali cause di morte: cause esterne (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	6	31	46,6
Aspettativa di vita alla nascita: donne (anni)	6	84,9	83,1
Aspettativa di vita alla nascita: uomini (anni)	7	80,3	77,9
Prevalenza di depressione cronica (%)	8	5,5	7,9
Prevalenza del diabete negli adulti (%)	9	5,1	7
Suicidi (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	9	6,3	12,1
Principali cause di morte: malattie respiratorie (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	9	47,9	63,9
Prevalenza del diabete di tipo 1 (per 1.000 bambini)	10	0,8	1,2
Mortalità infantile (n° di decessi ogni 1.000 nati nel 2015)	15	2,9	3,9
Principali cause di morte: altro (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	15	115	136,4
Incidenza tumori (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	15	278,6	270,5
Mortalità per cardiopatia ischemica (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	17	84	112
Principali cause di morte: demenza (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	21	45,2	54
Principali cause di morte: cardiovascolari (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	22	255	282,2
Percezione buona o molto buona dello stato di salute negli adulti (%)	23	65,6	68,2
Mortalità cerebrovascolare (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	25	67,2	64,5
Mortalità per tumore (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	26	205,4	203,7
Principali cause di morte: tumori (tasso standardizzato per età ogni 100.000 abitanti)	28	214,8	209,5
Basso peso alla nascita (% sui nati vivi nel 2015)	29	7,4	6,5

Tabella 1.2. Stato di salute

Indicatori area "Fattori di rischio"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Consumo giornaliero di frutta negli adulti (%)	3	76,2	56,8
Sovrappeso o obesità negli adulti (%)	4	45,2	53,9
Consumo giornaliero di frutta negli adolescenti (%)	7	36,5	32,3
Abuso di alcool negli adolescenti (% di adolescenti con almeno due episodi di abuso di alcool nella vita)	11	16,5	22,3
Consumo giornaliero di verdura negli adulti (%)	12	61,3	59,8
Consumo giornaliero di verdura negli adolescenti (%)	16	29	32,4
Consumo di alcool negli adulti (litri di alcool pro-capite/anno)	17	7,6	9
Sovrappeso o obesità negli adolescenti: dato auto-riportato (%)	18	15,5	15,6
Attività fisica moderata settimanale negli adulti (%)	22	47,2	66,5
Popolazione esposta a livelli di PM2.5 superiori a 10 mcg/m ³ (%)	25	100	68
Fumatori adulti abituali (%)	27	20	18,4
Attività fisica moderata/intensa quotidiana negli adolescenti (%)	28	8	14,6
Fumo negli adolescenti (% di adolescenti che fumano almeno una volta a settimana)	30	21	11,7
Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale			
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso abituale di alcool negli adulti (%) • Sovrappeso o obesità negli adolescenti: dato rilevato (%) 			

Tabella 1.3. Fattori di rischio

Indicatori area "Accesso alle cure"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Tempi di attesa per intervento di cataratta (giorni)	2	49,7	127,8
Tempi di attesa per intervento di protesi del ginocchio (giorni)	3	75,3	181,6
Tempi di attesa per intervento di protesi d'anca (giorni)	4	79,3	159,2
Rinuncia a consulti medici per ragioni economiche (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 abitanti)	6	4,8	10,5
Popolazione coperta dai servizi essenziali (%)	8	100	N.D.
Incidenza della spesa sanitaria out-of-pocket sui consumi totali delle famiglie (%)	20	3,4	3
Indicatori che non permettono di stilare una classifica			
<ul style="list-style-type: none"> • Densità di medici nelle regioni di livello 2 • Densità di medici, aree rurali vs aree urbane 			
Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale			
<ul style="list-style-type: none"> • Copertura assicurativa privata (%) • Trend nella copertura assicurativa privata (%) • Rinuncia a farmaci per ragioni economiche (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 abitanti) • Bisogni di salute non soddisfatti per ragioni economiche: adulti a basso reddito (%) • Bisogni di salute non soddisfatti per ragioni economiche: adulti non a basso reddito (%) 			

Tabella 1.4. Accesso alle cure

Indicatori area "Qualità dell'assistenza ed esiti di salute"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Ricoveri per diabete negli adulti (tasso standardizzato per età e genere ogni 100.000 abitanti)	1	40	137
Ritenzione di materiale estraneo: tutti gli interventi chirurgici (ogni 100.000 dimissioni di pazienti chirurgici)	1	1,6	4,2
Trauma ostetrico (tasso grezzo ogni 100 parti vaginali strumentali)	2	1,9	5,7
Ricoveri per asma e BPCO negli adulti (tasso standardizzato per età e genere ogni 100.000 abitanti)	2	63,6	236,5
Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per IMA: dati <i>linked</i> (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 pazienti di età ≥45 anni)	2	7,6	9,9
Trauma ostetrico (tasso grezzo ogni 100 parti vaginali non strumentali)	3	0,5	1,5
Amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici adulti (tasso standardizzato per età e genere ogni 100.000 abitanti)	3	2,7	6,4
Amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici adulti (tasso standardizzato per età e genere ogni 100.000 pazienti diabetici)	4	29,7	66,6
Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per ictus ischemico: dati <i>linked</i> (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 pazienti di età ≥45 anni)	6	9,3	11,6
Sepsi post-operatoria: tutti gli interventi di chirurgia addominale (ogni 100.000 pazienti dimessi dopo chirurgia addominale)	7	1.003,6	995,7
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda dopo chirurgia di anca e ginocchio: tutti gli interventi chirurgici (ogni 100.000 pazienti dimessi dopo interventi chirurgici di anca e ginocchio)	8	1.072,6	601,3
Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per IMA: dati <i>unlinked</i> (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 ricoveri di adulti di età ≥45 anni)	10	5,4	7,5
Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per ictus ischemico: dati <i>unlinked</i> (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 ricoveri di adulti di età ≥45 anni)	11	6,3	8,2
Sopravvivenza a 5 anni per carcinoma del colon (tasso standardizzato per età)	15	64,1	62,8
Pazienti diabetici in terapia antipertensiva (% di pazienti diabetici)	15	79,1	79,1
Mortalità per leucemia nei bambini di età compresa tra 1 e 4 anni (decessi ogni 100.000 bambini)	18	0,8	0,8
Sopravvivenza a 5 anni per leucemia linfoblastica acuta (tasso standardizzato per età)	19	87,8	86,7
Adulti di età ≥65 anni vaccinati contro l'influenza (%)	19	49	43
Screening mammografico negli ultimi 2 anni: donne di età compresa tra 50 e 69 anni (%)	20	55	60,8
Sopravvivenza a 5 anni per carcinoma della mammella (tasso standardizzato per età)	20	86	85
Sopravvivenza a 5 anni per carcinoma del retto (tasso standardizzato per età)	20	61,3	61
Pazienti ≥65 anni con frattura di femore operati entro 48 ore dal	20	53,2	80,6

Indicatori area "Qualità dell'assistenza ed esiti di salute"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
ricovero (%)			
Ricoveri per insufficienza cardiaca congestizia negli adulti (tasso standardizzato per età e genere ogni 100.000 abitanti)	21	225,9	228,1
Bambini di 1 anno vaccinati contro l'epatite B (%)	22	93	93,7
Mortalità per carcinoma della mammella: donne (tasso standardizzato per età ogni 100.000 donne)	24	26,7	24,9
Mortalità per carcinoma colon-rettale (tasso standardizzato per età e genere ogni 100.000 abitanti)	24	22,9	23,9
Volume totale delle prescrizioni di antibiotici (DDD per 1.000 abitanti)	28	27,5	20,61
Bambini di 1 anno vaccinati contro difterite, tetano e pertosse (%)	31	93	95,7
Leucemia nei bambini di età compresa tra 1 e 4 anni (casi ogni 100.000 bambini)	32	5,3	4,7
Bambini di 1 anno vaccinati contro il morbillo (%)	44	85	95
<p>Indicatori che non permettono di stilare una classifica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per IMA: dati <i>linked</i> (tasso standardizzato per età, genere e comorbidità ogni 100 ricoveri di adulti di età ≥45 anni) • Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero per IMA: dati <i>linked</i> e <i>unlinked</i> (tasso standardizzato per età, genere e comorbidità ogni 100 ricoveri di adulti di età ≥45 anni) <p>Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medici che dedicano un tempo adeguato al consulto con il paziente (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 pazienti) • Medici che forniscono spiegazioni comprensibili (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 pazienti) • Medici che coinvolgono il paziente nelle decisioni terapeutiche e assistenziali (tasso standardizzato per età e genere ogni 100 pazienti) • Ritenzione di materiale estraneo: chirurgia elettiva (eventi ogni 100.000 dimissioni di pazienti chirurgici) • Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria dopo chirurgia di anca e ginocchio: chirurgia elettiva (ogni 100.000 pazienti dimessi dopo interventi chirurgici di anca e ginocchio) • Sepsi post-operatoria: chirurgia elettiva (ogni 100.000 pazienti dimessi dopo chirurgia addominale) • Suicidi nei pazienti ricoverati con disturbi mentali (tasso standardizzato per età e genere ogni 1.000 pazienti) • Suicidi dopo il ricovero nei pazienti con disturbi mentali a 1 anno dalla dimissione (tasso standardizzato per età e genere ogni 1.000 pazienti) • Suicidi dopo il ricovero nei pazienti con disturbi mentali a 30 giorni dalla dimissione (tasso standardizzato per età e genere ogni 1.000 pazienti) • Eccesso di mortalità per schizofrenia: maschi (% di pazienti schizofrenici) • Eccesso di mortalità per schizofrenia: femmine (% di pazienti schizofrenici) • Eccesso di mortalità per disturbo bipolare: maschi (% di pazienti con disturbo bipolare) • Eccesso di mortalità per disturbo bipolare: femmine (% di pazienti con disturbo bipolare) 			

Tabella 1.5. Qualità dell'assistenza ed esiti di salute

Indicatori area "Spesa sanitaria"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Spesa sanitaria per tipo di erogatore: ospedali (%)*	3	45,4	38,2
Spesa sanitaria per tipo di servizio: assistenza ospedaliera (%)*	5	32,1	27,9
Spesa sanitaria per tipo di servizio: beni sanitari (%)*	11	20,7	19,4
Spesa sanitaria per tipo di servizio: servizi collettivi (%)*	15	5,9	6,4
Spesa sanitaria per tipo di servizio: assistenza ambulatoriale (%)*	16	31,2	32,8
Spesa sanitaria per tipo di erogatore: altro (%)*	16	9,4	9,4
Spesa sanitaria pubblica/obbligatoria (% del PIL)*	17	6,7	6,5
Spesa sanitaria per tipo di servizio: long-term care (%)*	19	10,1	13,5
Spesa sanitaria per tipo di erogatore: strutture per la long-term care (%)*	19	6	8,2
Spesa sanitaria per tipo di erogatore: rivenditori (%)*	19	16,6	18,2
Spesa sanitaria totale: pubblica/obbligatoria + volontaria/out-of-pocket (parità di potere di acquisto in \$)*	20	3.391	4.003
Spesa sanitaria pubblica/obbligatoria (parità di potere di acquisto in \$)*	20	2.545	2.937
Spesa sanitaria totale: pubblica/obbligatoria + volontaria/out-of-pocket (% del PIL)*	20	8,9	9
Spesa sanitaria volontaria/out-of-pocket (parità di potere di acquisto in \$)*	21	847	1.066
Spesa sanitaria per tipo di erogatore: ambulatori (%)*	23	22,5	26
Spesa sanitaria volontaria/out-of-pocket (% del PIL)*	25	2,2	2,5
Investimenti fissi lordi in sanità (% del PIL)	25	0,4	0,5
<p>Indicatori che non permettono di stilare una classifica</p> <ul style="list-style-type: none"> Spesa sanitaria per tipo di finanziamento <p>Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale</p> <ul style="list-style-type: none"> Fonti di finanziamento per tipo: finanziamento pubblico nazionale (%) Fonti di finanziamento per tipo: contribuzione sociale (%) Fonti di finanziamento per tipo: prepagamenti obbligatori (%) Fonti di finanziamento per tipo: prepagamenti volontari (%) Fonti di finanziamento per tipo: altri finanziamenti nazionali (%) 			

Tabella 1.6. Spesa sanitaria

Indicatori area "Personale"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Infermieri laureati all'estero (%)*	10	5,7	5,9
Medici occupati (ogni 1.000 abitanti)	11	3,8	3,4
Retribuzione dei medici in rapporto al salario medio: specialisti dipendenti	13	2,48	N.D.
Laureati in Medicina e Chirurgia (ogni 100.000 abitanti)	16	12,3	12,1
Retribuzione degli infermieri ospedalieri in rapporto al salario medio	17	1,06	1,14
Retribuzione degli infermieri ospedalieri (parità di potere di acquisto in migliaia di \$)	20	42,1	47,4
Occupazione nei settori sanitario e sociale sul totale dell'occupazione (%)	22	7,6	10,1
Medici donna (%)	24	40,7	46,5
Medici laureati all'estero (%)*	27	0,8	16,9
Infermieri occupati (ogni 1.000 abitanti)	29	5,4	9
Medici di età ≥55 anni (%)	30	53,3	34,5
Laureati in Scienze Infermieristiche (ogni 100.000 abitanti)	31	20,6	46
Rapporto infermieri/medici	35	1,4	2,8
Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale <ul style="list-style-type: none"> • Retribuzione dei medici in rapporto al salario medio: specialisti liberi professionisti • Retribuzione dei medici in rapporto al salario medio: medici di medicina generale dipendenti • Retribuzione dei medici in rapporto al salario medio: medici di medicina generale liberi professionisti 			

Tabella 1.7. Personale

Indicatori area "Erogazione dell'assistenza"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Disponibilità di apparecchiature per la risonanza magnetica (ogni 1.000.000 di abitanti)	4	28,2	15,9
Tasso di occupazione dei posti letto per acuti (%)	8	78,9	75,7
Dimissioni ospedaliere (ogni 1.000 abitanti)	10	118,6	156
Interventi ambulatoriali di cataratta (%)	10	96,7	86,8
Disponibilità di apparecchiature per TAC (ogni 1.000.000 di abitanti)	11	33,3	25,7
Interventi ambulatoriali di tonsillectomia (%)	14	30,4	34,1
Dimissioni ospedaliere per patologie cardiovascolari (ogni 1.000 abitanti)	16	18,8	20
Numero di consulti per abitante (consulti/anno)	16	6,8	6,9
Dimissioni ospedaliere per patologie oncologiche (ogni 1.000 abitanti)	17	11,1	13,1
Interventi di artroprotesi d'anca (ogni 100.000 abitanti)	17	171,9	166,4
Interventi di artroprotesi del ginocchio (ogni 100.000 abitanti)	20	111,5	126,2
Degenza media del ricovero ospedaliero dopo parto naturale (giorni)	22	3,4	2,9
Numero stimato di consulti per medico (consulti/anno)	23	1.744	2.295
Degenza media del ricovero ospedaliero (giorni)	25	7,8	7,8
Posti letto (ogni 1.000 abitanti)	25	3,2	4,7
Tagli cesarei (ogni 100 nati vivi)	27	35,3	27,9
Degenza media del ricovero ospedaliero dopo IMA (giorni)	30	7,9	6,5
Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale <ul style="list-style-type: none"> • Risonanze magnetiche eseguite (ogni 1.000 abitanti) • TAC eseguite (ogni 1.000 abitanti) 			

Tabella 1.8. Erogazione dell'assistenza

Indicatori area "Farmaceutica"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Farmacisti occupati (ogni 100.000 abitanti)	4	116	82
Farmacie territoriali (ogni 100.000 abitanti)	9	29,9	24,7
Consumo di farmaci ipo-colesterolemizzanti (DDD per 1.000 abitanti)*	10	92	100,7
Consumo di farmaci antidepressivi (DDD per 1.000 abitanti)*	10	46,5	60,3
Spesa farmaceutica per tipo di finanziamento: pubblico (%)*	11	62,5	56,8
Spesa farmaceutica pro-capite (parità di potere di acquisto in migliaia di \$)*	11	601	553
Quota del mercato dei biosimilari (volume) per anti-TNF vs prodotto di riferimento (%)	11	20	27,3
Quota del mercato dei biosimilari (volume) per epoetina vs prodotto di riferimento (%)	13	65	68,1
Spesa farmaceutica per tipo di finanziamento: privato (%)*	17	37,5	38,6
Consumo di farmaci antidiabetici (DDD per 1.000 abitanti)*	18	70,9	66,5
Intensità della ricerca e sviluppo per settore industriale: spesa delle aziende per ricerca e sviluppo sul valore aggiunto lordo (%)	21	0,063	0,142
Spesa farmaceutica per tipo di finanziamento: altro (%)*	22	0	4,6
Consumo di farmaci anti-ipertensivi (DDD per 1.000 abitanti)*	24	432,7	317
Incidenza dei farmaci equivalenti sul mercato farmaceutico totale: valore (%)	26	8,4	25
Incidenza dei farmaci equivalenti sul mercato farmaceutico totale: volume (%)	26	19,2	51,5
<p>Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spesa delle aziende per ricerca e sviluppo nel settore farmaceutico e fondi pubblici per la ricerca e sviluppo nel settore sanitario: spesa R&D, farmaceutica (miliardi di \$) • Spesa delle aziende per ricerca e sviluppo nel settore farmaceutico e fondi pubblici per la ricerca e sviluppo nel settore sanitario: finanziamento pubblico diretto R&D, sanità (miliardi di \$) • Spesa delle aziende per ricerca e sviluppo nel settore farmaceutico e fondi pubblici per la ricerca e sviluppo nel settore sanitario: spesa R&D, farmaceutica (% del PIL) • Spesa delle aziende per ricerca e sviluppo nel settore farmaceutico e fondi pubblici per la ricerca e sviluppo nel settore sanitario: finanziamento pubblico diretto R&D, sanità (% del PIL) 			

Tabella 1.9. Farmaceutica

Indicatori area "Invecchiamento e long-term care"	Posizione Italia	Dato Italia	Media OCSE
Spesa sanitaria pubblica (o assicurazione obbligatoria) per la long-term care: LTC altri setting (%)*	1	30,7	4,8
Popolazione di età ≥65 anni (%)	2	21,8	16,6
Popolazione di età ≥80 anni (%)	2	6,5	4,4
Aspettativa di vita a 65 anni (anni)	6	20,6	19,5
Aspettativa di vita a 65 anni: donne (anni)	7	22,2	21,1
Pazienti in terapia con antipsicotici (ogni 1.000 abitanti di età ≥65 anni) *	7	45,8	47,8
Aspettativa di vita a 65 anni: uomini (anni)	8	18,9	17,9
Caregiver non retribuiti nella popolazione di età ≥50 anni (%)	14	8	13,3
Spesa sanitaria pubblica (o assicurazione obbligatoria) per la long-term care: LTC domiciliare (%)*	16	18,3	29,9
Adulti di età ≥65 anni che percepiscono uno stato di salute buona o ottima: quintile di reddito inferiore (%)	17	19,1	32,3
Adulti di età ≥65 anni che percepiscono uno stato di salute buona o ottima: quintile di reddito superiore (%)	18	44,1	56
Aspettativa di vita in salute a 65 anni, solo paesi europei (anni in salute)	20	7,7	9,4
Limitazioni nelle attività della vita quotidiana negli adulti di età ≥65 anni, solo paesi europei (%)	21	61,9	50,5
Spesa socio sanitaria pubblica (o assicurazione obbligatoria) per la long-term care (% del PIL)	21	0,7	1,7
Spesa sanitaria pubblica (o assicurazione obbligatoria) per la long-term care: LTC in ospedale (%)*	21	51,1	65,3
Adulti di età ≥65 anni che percepiscono uno stato di salute buona o ottima (%)	24	29,3	44
Posti letto in strutture per la LTC: strutture residenziali e ospedali (ogni 1.000 abitanti di età ≥65 anni)	28	19,2	49,7
Prevalenza della demenza (casi ogni 1.000 abitanti)	43	22,5	14,8
<p>Indicatori che non permettono di stilare una classifica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persone che ricevono long-term care per età <p>Indicatori per i quali non è disponibile il dato nazionale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operatori retribuiti della long-term care ogni 100 persone di età ≥65 anni (%) • Persone di età ≥65 anni che ricevono long-term care (%) • Persone di età ≥65 anni che ricevono long-term care a domicilio (%) 			

Tabella 1.10. Invecchiamento e long-term care

1.9. Conclusioni

La revisione sistematica dei sistemi internazionali di valutazione delle performance e la relativa analisi metodologica permette di trarre alcune raccomandazioni chiave per l'utilizzo dei risultati di tali classifiche nel dibattito pubblico e, in particolare, nelle comunicazioni istituzionali:

- La classifica dell'OMS del 2000 formulata sulla base di dati riferiti al 1997 oggi ha solo un valore storico e non dovrebbe più essere citata.
- Nel riportare la posizione dell'Italia nella classifica Bloomberg, è indispensabile precisare sempre le modalità con cui viene costruito l'indicatore, sottolineando che misurando solo la dimensione dell'efficienza rischia di sovrastimare la qualità del nostro SSN.
- Il sistema più completo e aggiornato per la valutazione delle performance e l'individuazione delle aree di miglioramento è indubbiamente quello dell'OCSE che, in ogni caso permette solo di valutare la posizione dell'Italia rispetto ad altri paesi e alla media OCSE senza stilare alcuna classifica.
- Euro Health Consumer Index, per l'aggiornamento annuale, la multidimensionalità e la considerazione del punto di vista del cittadino/paziente e l'identificazione di specifiche aree di miglioramento, è una classifica molto affidabile.
- Le altre classifiche, per ragioni di varia natura, non rivestono alcuna rilevanza per il dibattito pubblico.

CAPITOLO 2

La spesa sanitaria

La spesa sanitaria si compone di due macro-categorie: spesa pubblica e spesa privata che include la spesa intermediata da fondi sanitari e da polizze assicurative e la spesa out-of-pocket direttamente sostenuta dai cittadini. Le prime tre componenti di spesa sono in linea con i pilastri che il DL 502/92 aveva individuato per sostenere la sanità nel nostro Paese:

1. La sanità pubblica, basata sui principi di universalità, equità e solidarietà
2. La sanità collettiva integrativa, attraverso i fondi sanitari
3. La sanità individuale, attraverso polizze assicurative

Il modello si basava su alcune assunzioni fondamentali: il finanziamento pubblico garantisce i livelli essenziali di assistenza, la sanità collettiva integrativa copre prestazioni non essenziali e ogni cittadino è libero di stipulare polizze assicurative individuali, oltre che di acquistare direttamente beni e servizi sanitari, beneficiando delle detrazioni fiscali previste.

Tuttavia, la combinazione di fenomeni occorsi nell'ultimo decennio ha messo in discussione questo modello a tre pilastri, come emerge dalla composizione della spesa sanitaria che, secondo le stime effettuate dal presente Rapporto, nel 2016 ammonta a € 157,613 miliardi di cui così composti:

- € 112,182 miliardi di spesa pubblica;
- € 45,431 miliardi di spesa privata, di cui:
 - € 5,601 miliardi di spesa intermediata:
 - € 3,831 miliardi da fondi sanitari;
 - € 0,593 miliardi da polizze individuali;
 - € 1,177 miliardi da altri enti;
 - € 39,830 miliardi di spesa out-of-pocket.

In altri termini, nel 2016 il 28,8% della spesa sanitaria è privata e di questa quasi l'88% è out-of-pocket, di fatto un "quarto pilastro" in termini finanziari secondo solo alla spesa pubblica (figura 2.1).

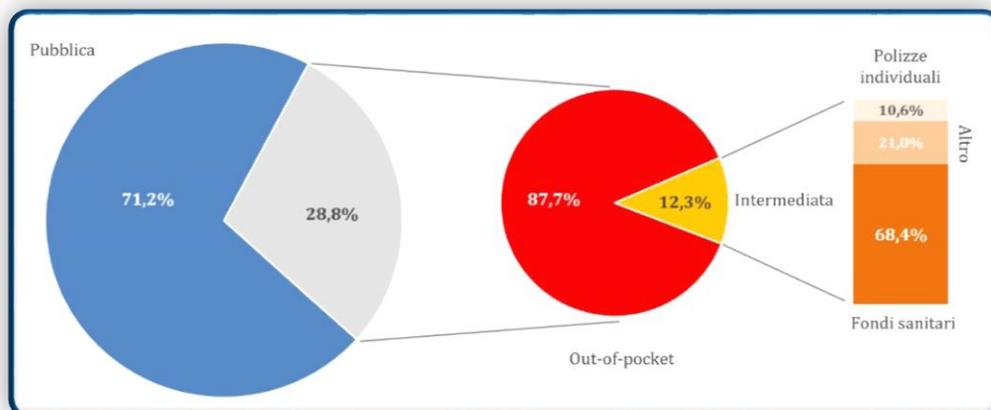


Figura 2.1. Composizione percentuale della spesa sanitaria (anno 2016)

L'anno di riferimento per tutte le valutazioni e analisi della spesa sanitaria è il 2016 e la fonte principale è il nuovo sistema dei conti della sanità dell'ISTAT¹⁴, costruito secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) in linea con le regole contabili del sistema europeo dei conti (SEC 2010) utilizzato dall'*OECD Health Statistics*, che permette di allineare i dati a quelli degli altri paesi (box 2.1).

Box 2.1. Il sistema ISTAT dei conti della sanità

Il 4 luglio 2017 l'ISTAT ha diffuso per la prima volta le stime 2012-2016 sul sistema dei conti della sanità, costruito secondo il regolamento UE 359/2015 - *System Health Accounts* (SHA) - e con metodologie coerenti con il sistema dei conti nazionali SEC 2010. Tale sistema misura i flussi finanziari legati al consumo di beni e servizi sanitari con l'obiettivo di fornire uno strumento analitico per monitorare e valutare le prestazioni sanitarie del nostro SSN. La disponibilità di dati affidabili e tempestivi, confrontabili sia tra paesi, sia nel tempo, consente di analizzare le tendenze della spesa sanitaria e i fattori che la influenzano. Nella stima dei dati secondo la metodologia SHA si fa riferimento al consumo di beni e servizi sanitari da parte della popolazione residente.

La spesa sanitaria corrente è rappresentata in base alla classificazione internazionale dei conti sanitari - *International Classification for Health Accounts* (ICHA) - secondo varie dimensioni:

- regime di finanziamento (ICHA-HF);
- funzione di assistenza (ICHA-HC);
- erogatore di beni e servizi sanitari (ICHA-HP).

La spesa sanitaria pubblica si riferisce alla spesa sostenuta dagli enti delle amministrazioni pubbliche (AP) per soddisfare i bisogni individuali e collettivi della popolazione residente. Tale spesa è classificata in due categorie:

- HF.1.1. pubblica amministrazione;
- HF.1.2. assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria.

La voce "Pubblica amministrazione" include gli enti sanitari locali: aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, aziende ospedaliere universitarie. Inoltre, vi confluiscono altri enti delle AP: Ministeri, Università, Croce Rossa Italiana, Agenzia italiana del farmaco, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, etc. La spesa finanziata dall'INAIL è contabilizzata nella componente delle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria (HF.1.2).

La spesa sanitaria privata comprende:

- regimi di finanziamento volontari (HF.2) che includono:
 - assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1) (al momento solo le assicurazioni nel ramo malattia, ma non la spesa sostenuta per i fondi sanitari integrativi);
 - spesa finanziata da istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2);
 - spesa finanziata da imprese (HF.2.3) per la promozione della salute nei luoghi di lavoro;
- la spesa diretta delle famiglie, ovvero la spesa sanitaria out of pocket (HF.3).

La stima della spesa sanitaria secondo la classificazione per erogatore di beni e servizi sanitari (ICHA-HP) considera le strutture pubbliche, private e private accreditate.

¹⁴ ISTAT. Il sistema dei conti della sanità per l'Italia: anni 2012-2016. Disponibile a: www.istat.it/it/files//2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanit%C3%A0-anni-2012-2016.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Secondo i dati ISTAT-SHA, l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione assorbe € 82.032 milioni, i prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici € 31.106 milioni, la long-term care € 15.067 milioni, i servizi ausiliari € 12.342 milioni, i servizi per la prevenzione delle malattie € 6.057 milioni, mentre € 2.896 sono destinati alla governance e amministrazione del SSN (figura 2.2).

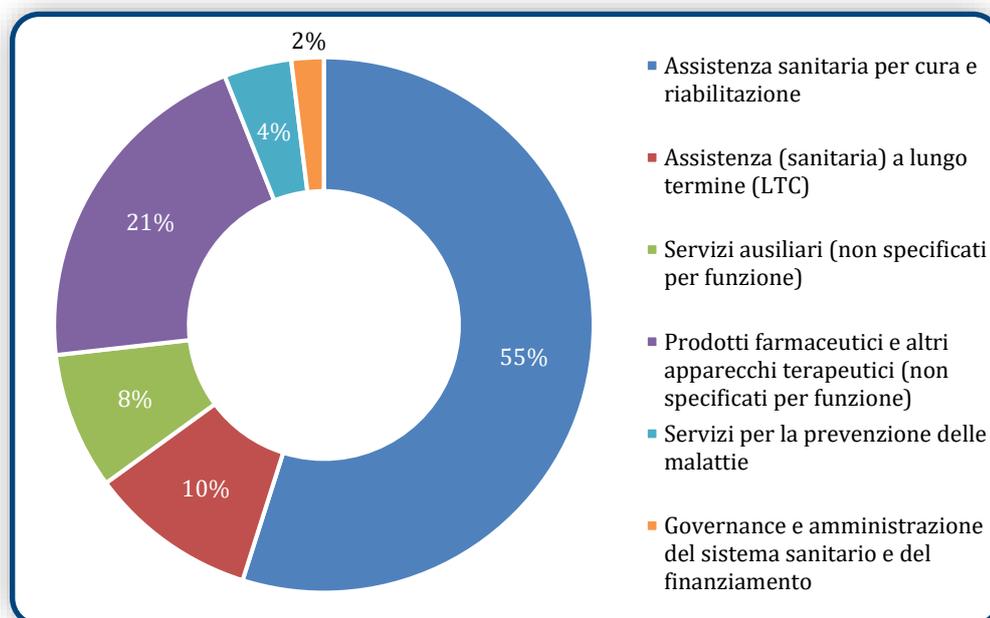


Figura 2.2. Ripartizione della spesa sanitaria totale 2016 per funzione di assistenza (dati ISTAT-SHA)

Va tuttavia rilevato che il sistema ISTAT-SHA presenta alcuni limiti:

- i dati disponibili sono relativi al periodo 2012-2016: di conseguenza non si prestano per valutazioni dei trend della spesa sanitaria su periodi più estesi;
- mancano ancora alcuni dati relativi alla spesa privata intermediata, visto che «la componente della spesa finanziata attraverso i fondi sanitari integrativi non è al momento contabilizzata e le relative stime saranno introdotte nei conti in future edizioni»¹⁴;
- la spesa relativa alle “assicurazioni sanitarie volontarie” è relativa all’anno 2015 e include sia le polizze individuali, sia quelle collettive, in larga parte destinate alla “ri-assicurazione” di fondi sanitari;
- non vengono prese in considerazione alcune componenti della spesa delle famiglie tramite le farmacie (es. prodotti erboristici, omeopatici, integratori, etc.) che motivano differenze rilevanti rispetto a stime della spesa out-of-pocket riportate in altre pubblicazioni.

Per tali ragioni, in relazione a specifici obiettivi di analisi, il presente Rapporto ha integrato altre fonti, segnalando le eventuali discrepanze rispetto ai dati ISTAT-SHA:

- il database *OECD Health Statistics* per i benchmark internazionali¹⁵;
- il Rapporto 2017 sul monitoraggio della spesa sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato¹⁶ per la valutazione della composizione della spesa pubblica e le variazioni 2000-2016;

¹⁵ OECD Health Statistics 2017. Last update 10 November 2017. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

- il Rapporto della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica 2017¹⁷ per i dati sulla compartecipazione alla spesa sanitaria;
- l'Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi del Ministero della Salute¹⁸ per la stima delle risorse impegnate;
- il report dell'Associazione Nazionale per le Imprese Assicuratrici (ANIA) per i premi versati per le polizze individuali e collettive¹⁹;
- l'Osservatorio Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CERGAS-Bocconi²⁰, per la scomposizione della spesa out-of-pocket.

2.1. Spesa pubblica

I dati elaborati nella presente sezione derivano dal Rapporto 2017 sul monitoraggio della spesa sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato (RGS)¹⁶ e sono riferiti alla spesa sanitaria corrente di contabilità nazionale (CN) e non a quella rilevata con i modelli di conto economico (CE) degli enti sanitari locali, ampiamente sovrapponibile ma con significativi elementi di differenziazione per la diversa contabilizzazione e modalità di registrazione di alcune poste.

La RGS classifica la spesa sanitaria in 4 macro-aggregati, di cui il terzo ulteriormente suddiviso:

- A. Redditi da lavoro dipendente;
- B. Consumi intermedi: prodotti farmaceutici, emoderivati, dispositivi medici, manutenzione ordinaria, servizi di ricerca e sviluppo e formazione del personale;
- C. Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market:
 - C1. Farmaceutica convenzionata;
 - C2. Assistenza medico-generica da convenzione;
 - C3. Altre prestazioni sociali in natura da privato: ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati convenzionati con il SSN;
- D. Altre componenti di spesa: interessi passivi, imposte dirette, ammortamenti, risultato netto di gestione, contribuzioni diverse, altre uscite e, con segno opposto, la produzione per uso proprio, la produzione di servizi vendibili e le vendite residuali.

¹⁶ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 4. Roma, luglio 2017. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2017/IMDSS-RS2017.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁷ Corte dei Conti. Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 5 aprile 2017. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/volume_rapporto_coordinamento_fp_2017_2.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁸ Centro Studi e Ricerche di Itinerari Previdenziali (a cura di). Rapporto n.5 anno 2018. Il bilancio del sistema previdenziale italiano. Andamenti finanziari e demografici delle pensioni e dell'assistenza per l'anno 2016. Disponibile a: www.itinerari-previdenziali.it/site/home/biblioteca/pubblicazioni/quinto-rapporto-bilancio-del-sistema-previdenziale-italiano.html. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁹ ANIA Assicurazioni, nel 2016 diminuisce la raccolta premi (-11%) e prosegue il calo della RC auto". Roma, 23 marzo 2017. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/sala-stampa/comunicati-stampa/2017/Comunicato-stampa-ANIA-nel-2016-diminuisce-la-raccolta-Vita-e-prosegue-calo-RC-Auto-23.03.2017.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

²⁰ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2017. EGEEA, dicembre 2017.

2.1.1. Spesa pubblica 2016

Nel 2016 la spesa sanitaria corrente è pari a € 112,542 miliardi, con un tasso di incremento dell'1,2% rispetto al 2015: ISTAT-SHA (€ 112,182 miliardi) e il DEF 2018 (€112,372 miliardi) riportano stime di poco inferiori. La figura 2.3 riporta la ripartizione percentuale secondo gli aggregati di spesa della RGS.

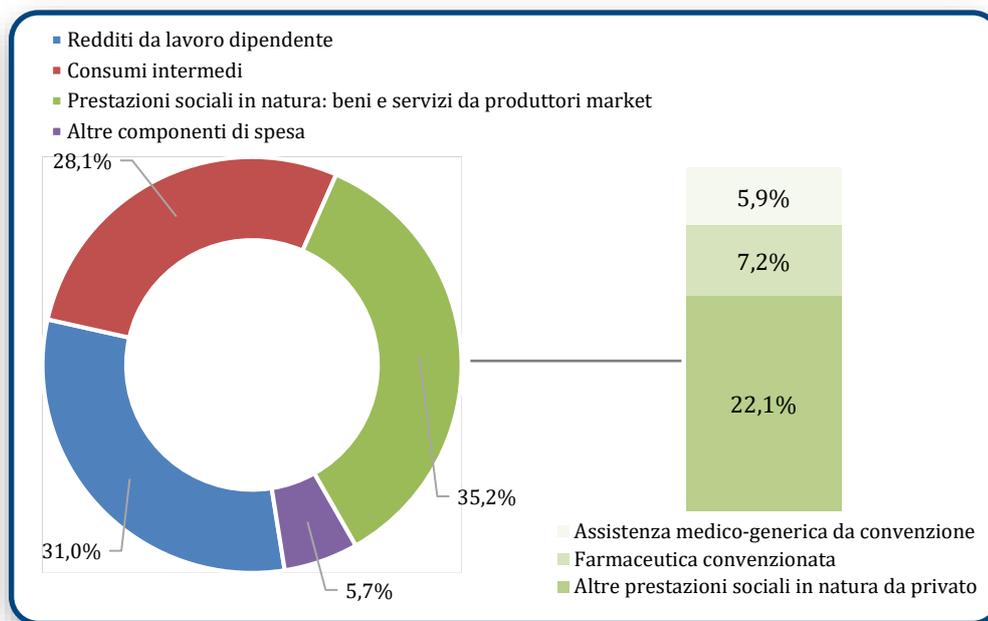


Figura 2.3. Ripartizione percentuale spesa sanitaria pubblica 2016 (dati da¹⁶)

- A. Redditi da lavoro dipendente.** La spesa ammonta a € 34,907 miliardi con una riduzione del 0,5% rispetto al 2015, imputabile al blocco del turn-over nelle Regioni in piano di rientro, alle politiche di contenimento delle assunzioni attuate autonomamente dalle Regioni non in piano di rientro e agli automatismi introdotti in materia di rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi in relazione al personale dipendente cessato.
- B. Consumi intermedi.** La spesa è pari a € 31,586 miliardi (+4,3% rispetto al 2015): il trend in crescita è determinato essenzialmente dalla spesa per l'acquisto dei prodotti farmaceutici che registra un aumento di poco superiore all'8%, in particolare per i farmaci innovativi oncologici e per l'epatite C, ma comprende già il "rientro" degli importi relativi al pay-back. Al netto della componente farmaceutica, circa 1/3 dell'aggregato complessivo, gli altri consumi intermedi registrano un aumento del 2,3%. Tale risultato ha beneficiato in parte delle misure di contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi, tra cui:
- i processi di centralizzazione degli acquisti, anche tramite gli strumenti messi a disposizione da Consip e dalle centrali regionali;
 - i prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi messi a disposizione dall'Autorità Nazionale Anticorruzione;
 - la definizione di un tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici pari al 4,4% del fabbisogno sanitario regionale standard.

C. Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market. La spesa ammonta a € 39,589 miliardi (+0,3% rispetto al 2015) con differenti dinamiche delle componenti dell'aggregato:

C1. Farmaceutica convenzionata: la spesa è di € 8,076 miliardi (-2% rispetto al 2015). Il dato conferma la riduzione registrata negli ultimi anni, a seguito delle misure di contenimento della spesa farmaceutica, in particolare del tetto alla spesa farmaceutica territoriale con attivazione del meccanismo del pay-back. Il dato è influenzato anche dalla riduzione del numero delle ricette (-1,3% rispetto al 2015).

C2. Assistenza medico-generica da convenzione: la spesa è pari a € 6,688 miliardi, di fatto stabile rispetto al 2015 (+ 0,5%).

C3. Altre prestazioni sociali in natura da privato: la spesa ammonta a € 24,825 miliardi (+ 1,1% rispetto al 2015). La dinamica di tale componente di spesa riflette da un lato una migliore governance, in particolare nelle Regioni in piano di rientro, dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di budget; dall'altro è riconducibile alla riduzione in misura percentuale fissa di importi e corrispondenti volumi di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera da erogatori privati accreditati, prevista dalla normativa vigente.

D. Altre componenti di spesa. La spesa è pari a € 6,460 miliardi (+0,6% rispetto al 2015).

2.1.2. Spesa pubblica: trend 2001-2016

Nel periodo 2001-2016 la spesa sanitaria ha subito una progressiva riduzione: a fronte di un tasso di crescita medio annuo del 7,4% nel periodo 2001-2005, il tasso nel quinquennio 2006-2010 scende al 3,1%, quindi diventa negativo nel periodo 2011-2016 (-0,1%) (figura 2.4).

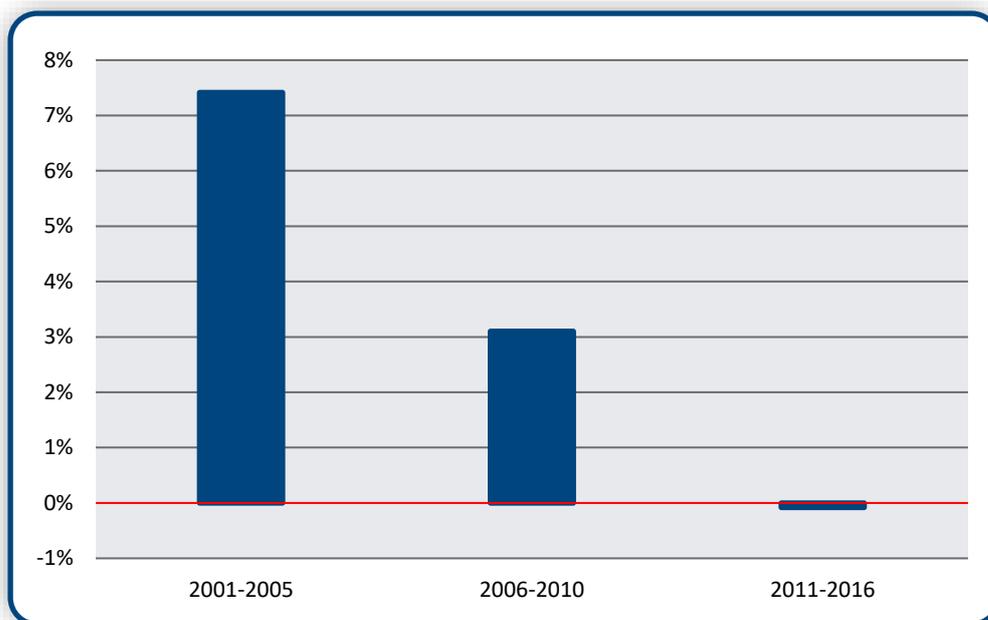


Figura 2.4. Trend spesa sanitaria pubblica 2001-2016 (dati da¹⁶)

Questa sensibile riduzione della spesa sanitaria ha permesso di ridurre il gap con i valori del finanziamento corrente del SSN, giungendo negli ultimi tre anni ad un sostanziale allineamento (figura 2.5).

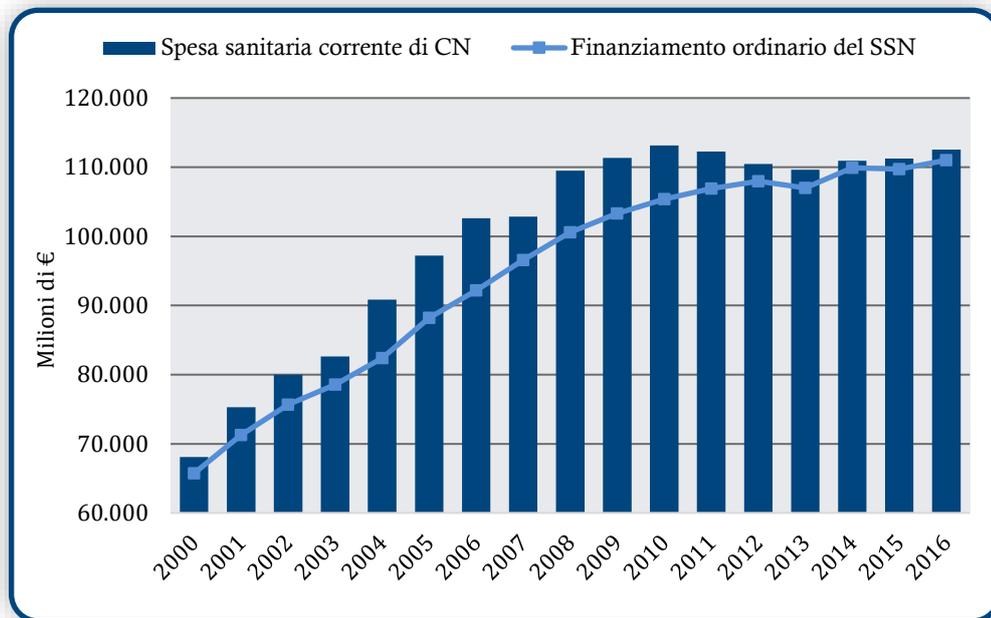


Figura 2.5. Trend spesa sanitaria corrente vs finanziamento ordinario del SSN 2000-2016 (dati da¹⁶)

Questo risultato, a cui ha contribuito indirettamente anche il definanziamento del SSN (cfr. § 3.1), ha permesso di ridurre progressivamente il deficit (figura 2.6).

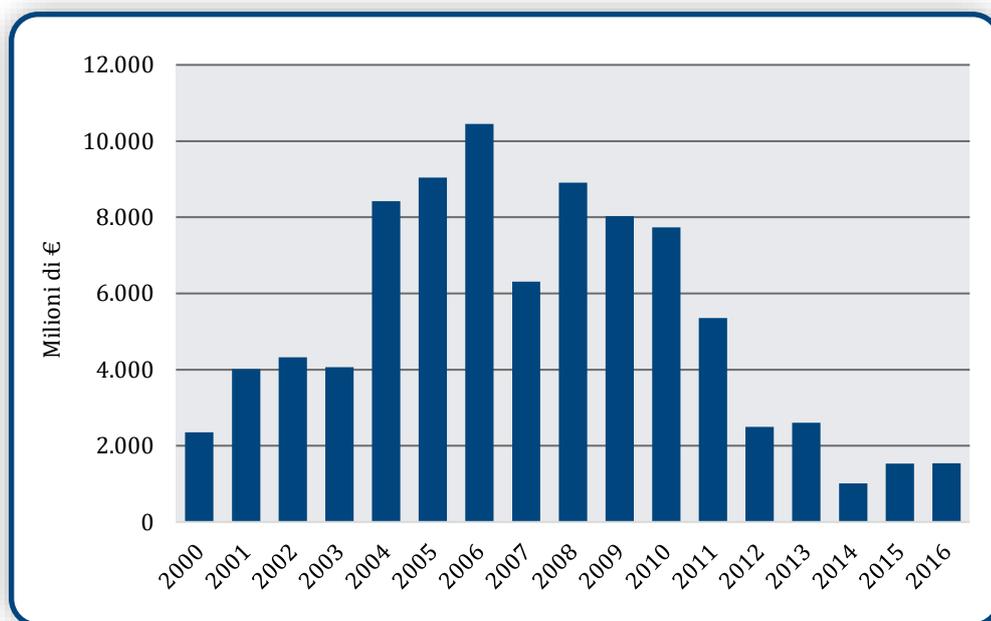


Figura 2.6. Trend deficit del SSN 2000-2016 (dati da¹⁶)

Tuttavia, il contenimento complessivo della spesa sanitaria nel periodo 2000-2016 non riflette trend omogenei tra i differenti aggregati (figura 2.7), un fenomeno che nel tempo ha

determinato una significativa ricomposizione della loro incidenza rispetto alla spesa sanitaria totale (figura 2.8).

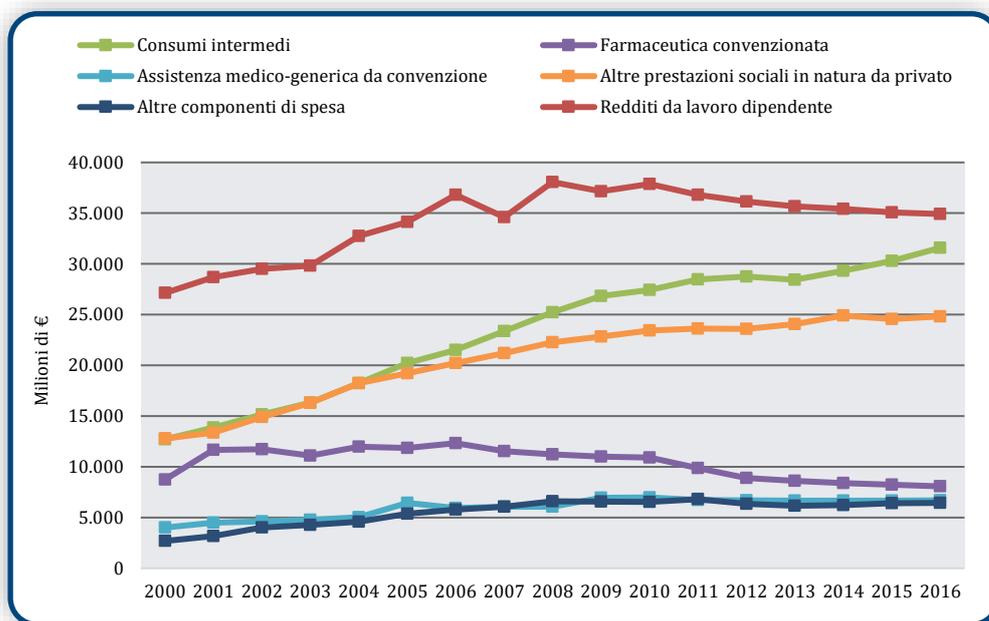


Figura 2.7. Trend aggregati di spesa sanitaria 2000-2016 (dati da¹⁶)

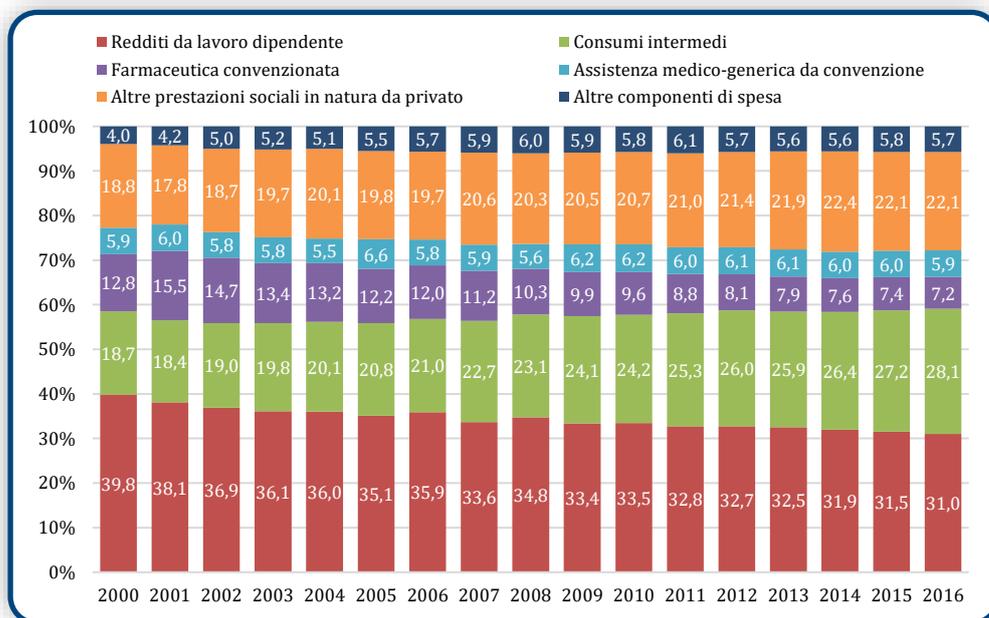


Figura 2.8. Composizione percentuale della spesa sanitaria 2000-2016 (dati da¹⁶)

Infatti, analizzando il tasso medio di variazione annuo in tre periodi (2000-2005, 2006-2010 e 2011-2016), risulta che i vari aggregati di spesa hanno seguito dinamiche notevolmente diverse (figura 2.9).

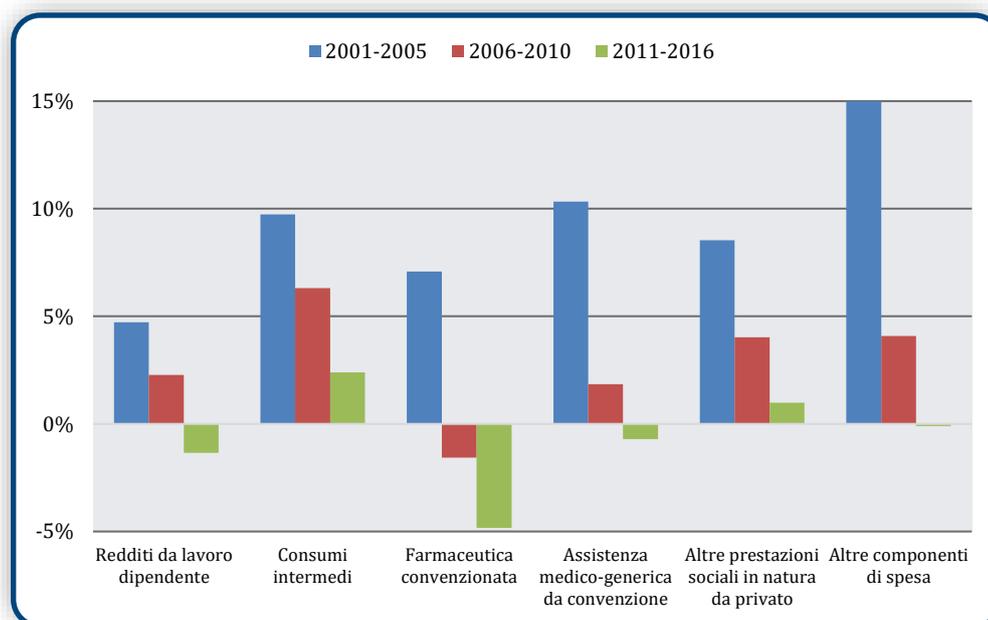


Figura 2.9. Variazioni percentuali di spesa sanitaria 2001-2016 per aggregato (dati da¹⁶)

In particolare:

- A. Redditi da lavoro dipendente.** Il tasso di variazione medio annuo di questo aggregato di spesa si attesta mediamente al 4,7% nel periodo 2001-2005, scende al 2,3% nel periodo 2006-2010 e poi precipita al -1,3% nel periodo 2011-2016 (figura 2.9). L'incidenza sulla spesa sanitaria totale scende dal 39,8% del 2000 al 31% del 2016 (figura 2.8).
- B. Consumi intermedi.** Questo aggregato di spesa, pur presentando un trend in progressiva riduzione, mantiene un tasso di crescita medio superiore alle altre componenti della spesa sanitaria: in particolare, il tasso passa dal 9,7% del periodo 2001-2005, al 6,3% del quinquennio 2006-2010, quindi al 2,4% del periodo 2011-2016 (figura 2.9). Ad eccezione dei prodotti farmaceutici, gli altri consumi intermedi hanno evidenziato una dinamica contenuta, con un tasso medio annuo nel periodo 2011-2016 pari allo 0,5%. L'incidenza sulla spesa sanitaria totale aumenta dal 18,7% del 2000 al 28,1% del 2016 (figura 2.8).
- C. Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market.** Le tre componenti dell'aggregato di spesa presentano caratteristiche e dinamiche molto diverse.
- C1. Farmaceutica convenzionata.** La spesa passa da un incremento medio annuo del 7,1% nel periodo 2001-2005, per poi registrare una variazione del -1,6% nel quinquennio 2006-2010 e del -4,9% nel periodo 2011-2016 (figura 2.9). Di conseguenza, il peso percentuale sulla spesa sanitaria complessiva si riduce dal 12,8% del 2000 al 7,2% del 2016 (figura 2.8).

C2. Assistenza medico-generica da convenzione. L'incremento medio annuo del 10,3% nel periodo 2001-2005 si riduce all'1,8% nel periodo 2006-2010 e nel periodo

2011-2016 registra un valore negativo dello -0,7% (figura 2.9). Il peso percentuale sul totale della spesa sanitaria del 5,9% nel 2016 è uguale a quello del 2000 (figura 2.8).

C3. Altre prestazioni sociali in natura da privato. L'incremento medio annuo dell'8,5% nel periodo 2001-2005 si riduce al 4% nel quinquennio 2006-2010 e all'1% nel periodo 2011-2016 (figura 2.9). Questa componente di spesa ha un trend di crescita superiore a quello della spesa sanitaria totale e il suo peso percentuale sul totale della spesa aumenta dal 18,8% del 2000 al 22,1% del 2016 (figura 2.8).

D. Altre componenti di spesa. L'incremento medio annuo del 15% nel periodo 2001-2005 si riduce al 4,1% nel quinquennio 2006-2010, mentre nel periodo 2011-2016 registra una diminuzione media annua dello 0,1% (figura 2.9). Il peso percentuale sulla spesa sanitaria totale è passato dal 4% del 2000 al 5,7% del 2016 (figura 2.8).

Analizzando i trend di variazione secondo i tre periodi considerati (figura 2.10) emerge che:

- **2001-2005.** Tutti gli aggregati di spesa presentano incrementi medi annui dal 4,7% dei redditi da lavoro indipendente al 15% delle altre componenti di spesa.
- **2006-2010.** Gli incrementi medi annui si riducono sensibilmente, dall'1,8% dell'assistenza medico-generica da convenzione al 6,3% dei consumi intermedi. La farmaceutica convenzionata registra un trend negativo (-1,6%).
- **2011-2016.** Solo i consumi intermedi (+2,4%) e le altre prestazioni sociali in natura da privato (+1%) registrano un incremento medio annuo positivo. Tutte le altre componenti registrano valori negativi: da -0,1% delle altre componenti di spesa a -4,8% della farmaceutica convenzionata.

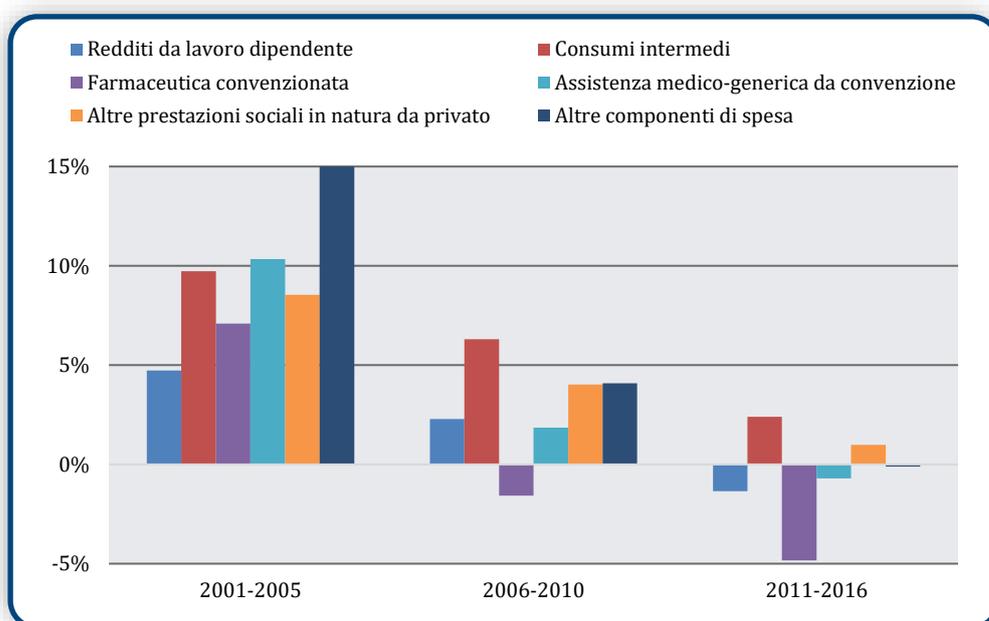


Figura 2.10. Variazioni percentuali aggregati di spesa sanitaria 2001-2016 per periodo (dati da¹⁶)

2.2. Spesa privata

La spesa sanitaria privata include quella sostenuta direttamente dalle famiglie (out-of-pocket) e quella intermediata da fondi sanitari, assicurazioni e altri “terzi paganti”. In relazione alla pluralità dei soggetti, all’eterogeneità delle fonti, all’inclusione della spesa intermediata (da uno o più “terzi paganti”) e ai metodi utilizzati, le stime sulla spesa privata effettuate da diverse Istituzioni e organizzazioni riportano differenze rilevanti (tabella 2.1).

Fonte	Metodi, aggregati e fonti	Categorie incluse	Stima [#]
ISTAT	Spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico stimata secondo il Sistema dei Conti Nazionali (SEC 2010) ²¹ . Classificazione: COICOP ^a . Integrazione di varie fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d’Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	Spesa delle famiglie	36.003*
	Spesa sanitaria privata della popolazione residente (spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA ^d 2011) ²² . Classificazione: ICHA ^b . Integrazione di varie fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d’Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	Assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1)	2.211
		Istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2)	576
		Imprese (HF.2.3)	601
		Spesa delle famiglie (HF.3.)	33.930
Totale	37.318		
Corte dei Conti ²³	Spesa sanitaria delle famiglie residenti per servizi e spese per la salute (sostenute in Italia e all’estero) stimata su dati campionari. Classificazione: COICOP ^a . Dati rielaborati da: dati ISTAT 2015.	Spesa delle famiglie	34.886*
OCPS, CERGAS Bocconi	Dati rielaborati da: ISTAT (Nuovi Conti Nazionali), Corte dei Conti, Agenzia delle Entrate, Ministero della Salute, AIFA, Federfarma.	Spesa delle famiglie + rimborsi assicurazioni [§]	39.453 ²⁴ 43.200 ²⁵

²¹ ISTAT. Spesa per consumi finali delle famiglie per voce di spesa (Coicop 3 cifre) e durata. Sanità. Disponibile a: <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=12005>. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

²² ISTAT. Il sistema dei conti della sanità per l’Italia: anni 2012-2016. Disponibile a: www.istat.it/it/files//2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanit%C3%A0-anni-2012-2016.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

²³ Corte dei Conti. Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 5 aprile 2017: pag. 356. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/volume_rapporto_coordinamento_fp_2017_2.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

²⁴ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2017. EGEE, dicembre 2017.

²⁵ Cergas-SDA Bocconi. Osservatorio consumi privati in sanità (aggiornamento maggio 2018).

Fonte	Metodi, aggregati e fonti	Categorie incluse	Stima [#]
OCSE ²⁶	Spesa sanitaria privata (spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari) secondo il SHA 2011, trasmessi con JHAQ per 2016. Classificazione: ICHA ^b .	ISTAT-ICHA	37.318

^a Classification of Individual Consumption by Purpose – ^b International Classification for Health Accounts.

^c Joint Health Accounts Questionnaire – ^d System of Health Accounts.

* Non è stato possibile nettare tale spesa dai rimborsi previsti nel caso di coperture indirette, né considerare la spesa per polizze assicurative individuali.

[§] I dati dei rimborsi delle assicurazioni non sono scorponabili.

[#] Anno 2016 o più recente disponibile.

Tabella 2.1. Stime della spesa sanitaria privata (dati in milioni di €, modificata da²⁷)

L'elaborazione del presente Rapporto ha rappresentato l'occasione per analizzare le discordanze e ove possibile a identificare le relative motivazioni. Rispetto alle stime riportate nella tabella 2.1 non sono state prese in considerazione quelle della Corte dei Conti (in quanto su dati ISTAT 2015) e quelle dall'OCSE che coincidono con ISTAT-SHA.

Utilizzando come fonte primaria la spesa privata stimata da ISTAT-SHA le voci sono state riclassificate utilizzando la classificazione COICOP attraverso la tabella di transcodifica dell'OECD-Eurostat-World Health Organization²⁸ (tabella 2.2).

Categoria COICOP	ISTAT SHA	ISTAT COICOP	Delta
061: medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali	13.195,0	13.519,8	324,8
062: servizi ambulatoriali	15.447,0	17.491,1	2.044,1
063: servizi ospedalieri	5.225,0	4.992,2	-232,8
06: servizi sanitari e spese per la salute	33.867,0	36.003,1	2.136,1
HC.6 Servizi per la prevenzione delle malattie*	63,0	0,00	-63,0
Totale	33.930,0	36.003,1	2.073,1

*codifica COICOP non prevista

Tabella 2.2. Spesa sanitaria privata 2016: confronto dati ISTAT-SHA vs ISTAT-COICOP (dati in milioni di €)

²⁶ OECD Health Statistics 2017. Last update 10 November 2017. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

²⁷ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2017. EGEA, dicembre 2017: pag. 326.

²⁸ OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011 (revised edition) OECD Publishing; Paris, March 2017. Disponibile a: www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

L'analisi delle differenze tra ISTAT-SHA e ISTAT-COICOP è particolarmente complessa in quanto per il 2016 i dati secondo classificazione COICOP sono disponibili solo a livello dei codici a 3 cifre e non a 4. Nell'impossibilità, pertanto, di confrontare le voci di dettaglio delle categorie 061, 062, 063, la discrepanza delle stime (poco più di € 2 miliardi) potrebbe essere ascrivibile a due criteri che influenzano la raccolta dati:

- popolazione di riferimento: ISTAT-SHA considera la spesa delle famiglie italiane, ISTAT-COICOP quella delle famiglie residenti e non residenti;
- territorio economico: ISTAT-SHA considera la spesa effettuata dalle famiglie italiane sia in Italia che all'estero, mentre COICOP quella effettuata solo in Italia.

È stata quindi condotta una comparazione tra ISTAT-SHA e la stima OCPS 2018 (tabella 2.3), verificando dove possibile i dati con altre fonti sia primarie (Federfarma, AIFA), sia secondarie (Rapporto CREA Sanità 2017).

Categoria COICOP	ISTAT SHA	OCPS 2018	Delta
061: medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali	13.195,0	13.400,0	205,0
0611: prodotti farmaceutici	9.867,0	8.200,0	33,0
0612: altri prodotti medicali		1.700,0	
0613: attrezzature ed apparecchi terapeutici	3.328,0	3.500,0	172,0
062: servizi ambulatoriali	15.447,0	18.700,0	3.253,0
0621: servizi medici	12.420,0	5.000,0	1.080,0
0622: servizi dentistici		8.500,0	
0623: servizi paramedici	3.027,0	5.200,0	2.173,0
063: servizi ospedalieri	5.225,0	5.200,0	-25,0
06: servizi sanitari e spese per la salute	33.867,0	37.300,0	3.433,0
HC.6 Servizi per la prevenzione delle malattie*	63,0	0,0	-63,0
Prodotti omeopatici, erboristici, integratori, etc.	0,0	5.900,0	5.900,0
TOTALE	33.930,0	43.200,0	9.270,0

* codifica COICOP non prevista

Tabella 2.3. Spesa sanitaria privata: confronto tra stime ISTAT SHA e OCPS 2018 (dati in milioni di €)

Sono quindi state indagate le possibili motivazioni delle discrepanze, sia sugli importi totali, sia ove possibile sulle varie categorie di spesa, senza tuttavia poter documentare oggettivamente l'entità di tali differenze. In particolare, OCPS:

- arrotonda tutte le stime ad una cifra decimale, il che potrebbe determinare una lieve sovrastima di tutte le voci di spesa;
- include una parte della spesa intermediata, sotto forma di rimborsi delle assicurazioni, che giustificherebbe in parte la maggiore spesa per i servizi ambulatoriali per la quale il gap è in effetti il più consistente (+ € 3,253 miliardi);
- include € 5,9 miliardi di spesa non considerata da ISTAT-SHA relativa a prodotti omeopatici (€ 255 milioni), erboristici (€ 167 milioni), integratori (€ 3.034 milioni), nutrizionali (€ 407 milioni) e parafarmaci (€ 1.970 milioni), come documentato da Federfarma²⁹.

Il Rapporto CREA Sanità³⁰ stima che i rimborsi delle assicurazioni ammontano a 2/3 dei premi incassati (€ 1.662 milioni a fronte di € 2.493 milioni di premi): di conseguenza il dato OCPS 2018 sarebbe fissato al netto dei rimborsi assicurativi a € 41.538 milioni. Tuttavia, essendo il dato di cui sopra fortemente influenzato dalla discrepanza delle stime realizzate da due diverse organizzazioni, il presente Rapporto fa riferimento alla spesa per le famiglie ISTAT-SHA (€ 33.930 milioni), alla quale è stata aggiunta la spesa di € 5.900 milioni relativi alla spesa per prodotti omeopatici, erboristici, integratori, etc.

2.2.1. Spesa out-of-pocket

Secondo le stime effettuate nel presente Rapporto la spesa diretta delle famiglie per l'anno 2016 ammonta a € 39.830 milioni, una cifra nettamente superiore a quella stimata per il 2015 nel Rapporto precedente. Tale variazione è dovuta principalmente alla disponibilità di nuovi dati (ISTAT-SHA) e di una scomposizione più analitica della spesa out-of-pocket (OCPS-Bocconi).

Analizzando le singole componenti del grande "contenitore" della spesa out-of-pocket è possibile fare alcune considerazioni:

- Spesa per i servizi ospedalieri (€ 5.225 milioni):
 - oltre € 3 miliardi vengono destinati alla long-term-care, rilevando la mancata copertura pubblica di una prestazione che nei prossimi anni sarà oggetto di una domanda sempre più elevata;
- Spesa per servizi ambulatoriali (€ 15.477 milioni):
 - € 1,3 miliardi sono destinati alla compartecipazione della spesa;
 - € 8,5 miliardi (dati OCPS 2018) sono destinati all'assistenza odontoiatrica, attualmente esclusa dai LEA;
 - dei circa € 5,7 miliardi (dato ISTAT-SHA al netto della compartecipazione e delle spese odontoiatriche stimate da OCPS) per servizi medici e paramedici

²⁹ Federfarma. La spesa farmaceutica nel 2016. Analisi dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale e regionale. Disponibile a: www.federfarma.it/Documenti/spesa/2016/Spesa2016.aspx. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

³⁰ 13° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2017: pag. 315. Disponibile a: www.creasanita.it/13volume_dwn/dwn_fild/Rapporto_Sanita_2017.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

(specialistica ambulatoriale, test diagnostici, etc.) è lecito stimare che almeno il 30% sia inappropriato, in percentuale analoga, se non maggiore, a quelli pagati con la spesa pubblica;

- Spesa per i prodotti farmaceutici (€ 13.195 milioni):
 - € 1,5 miliardi sono destinati alla compartecipazione della spesa, ma di questi € 1 miliardo viene volontariamente sborsato per acquistare farmaci brand al posto degli equivalenti;
 - dei € 12,36 miliardi di spesa privata in farmacia:
 - € 1,31 miliardi dei farmaci di fascia A, formalmente a carico del SSN, vengono pagati direttamente dalle famiglie, configurando la rinuncia volontaria ad una tutela pubblica;
 - i rimanenti € 11 miliardi sono destinati a farmaci, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchi terapeutici, che possono essere ulteriormente analizzati grazie al report annuale di Federfarma³¹, previa esclusione dei farmaci di classe A e dei prodotti di “igiene e bellezza” (tabella 2.4). Accanto a spese sostenute dai cittadini per prodotti indispensabili (apparecchi per aerosol, sfigmomanometri, farmaci di fascia C di provata efficacia, latte artificiale per le donne impossibilitate ad allattare, acido folico in gravidanza, etc.) ben € 255 milioni vengono spesi per prodotti omeopatici, € 166,6 milioni per prodotti di erboristeria, oltre € 3 miliardi per integratori, oltre a spese per numerosi altri prodotti dal *value* assolutamente discutibile che alimentano l’out-of-pocket, ma hanno un impatto minimo o nullo sulla salute delle persone.

Mercato	Valore prezzo pubblico
Farmaci Etici	€ 4.265.840
Rimborsabili (classe A)	€ 1.309.000
Non rimborsabili (classe C)	€ 2.956.840
Farmaci di autocura	2.258.102
Farmaci automedicazione	€ 1.653.503
Farmaci SOP	€ 604.599
PMC + altri notificati	€ 3.460.286
PMC	€ 5.230
Prodotti omeopatici	€ 254.970
Prodotti uso erboristico	€ 166.597
Altri (integratori)	€ 3.033.488

³¹ Federfarma. La spesa farmaceutica nel 2016. Analisi dell’andamento della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale e regionale. Disponibile a: www.federfarma.it/Documenti/spesa/2016/Spesa2016.aspx. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Mercato	Valore prezzo pubblico
Nutrizionale	€ 406.927
Dietetici infanzia	€ 122.064
Dimagranti	€ 14.549
Altri nutrizionali	€ 270.314
Parafarmaceutico	€ 1.969.738
Totale	€ 12.360.893

Tabella 2.4. La spesa farmaceutica privata (modificata da³¹)

In tal senso, anche la distribuzione della spesa media out-of-pocket pro-capite 2014-2016 tra le diverse aree del Paese (da un massimo di € 859 della Valle D'Aosta a un minimo di € 303 della Campania, rispetto ad una media nazionale di € 560³²) vede posizionarsi sopra la media tutte le regioni del nord dove l'offerta pubblica di servizi sanitari è adeguata, mentre quelle del sud, di cui la maggior parte in piano di rientro, si attestano sotto la media. Il dato può essere letto come un indice di benessere economico che porta i cittadini ad acquistare prodotti assolutamente futili, condizionati da consumismo, pseudo-diagnosi e preferenze, e non certo guidati da basi scientifiche (es. prodotti senza glutine in soggetti non celiaci, prodotti aproteici per soggetti senza insufficienza renale cronica, latte artificiale per le donne che scelgono deliberatamente di non allattare, etc.).

L'ipotesi che la spesa out-of-pocket sia destinata a fronteggiare le minori tutele pubbliche risulta così ampiamente confutabile: infatti, se l'entità della spesa out-of-pocket rimane un dato incontrovertibile, secondo le nostre stime almeno il 40% non viene utilizzato per beni e servizi dall'elevato *value*, efficaci e appropriati per migliorare lo stato di salute della popolazione, ma per soddisfare bisogni consumistici indotti dalla medicalizzazione della società.

I conti ISTAT-SHA³³ forniscono l'opportunità di ulteriori considerazioni sulla spesa out-of-pocket. Incrociando i dati relativi al regime di finanziamento con la spesa per erogatore, l'incidenza percentuale della spesa out-of-pocket è circa un terzo per l'assistenza ambulatoriale (36%), la long-term care (34%) e i servizi sanitari ausiliari (32%), mentre raggiunge il 53% per le farmacie e altri fornitori di presidi medici e ha una copertura residuale per ospedali (5%) e prevenzione (1%) (figura 2.11).

³² Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2017: pag. 348. EGEA, dicembre 2017.

³³ ISTAT. Il sistema dei conti della sanità per l'Italia: anni 2012-2016. Disponibile a: www.istat.it/it/files//2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanit%C3%A0-anni-2012-2016.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

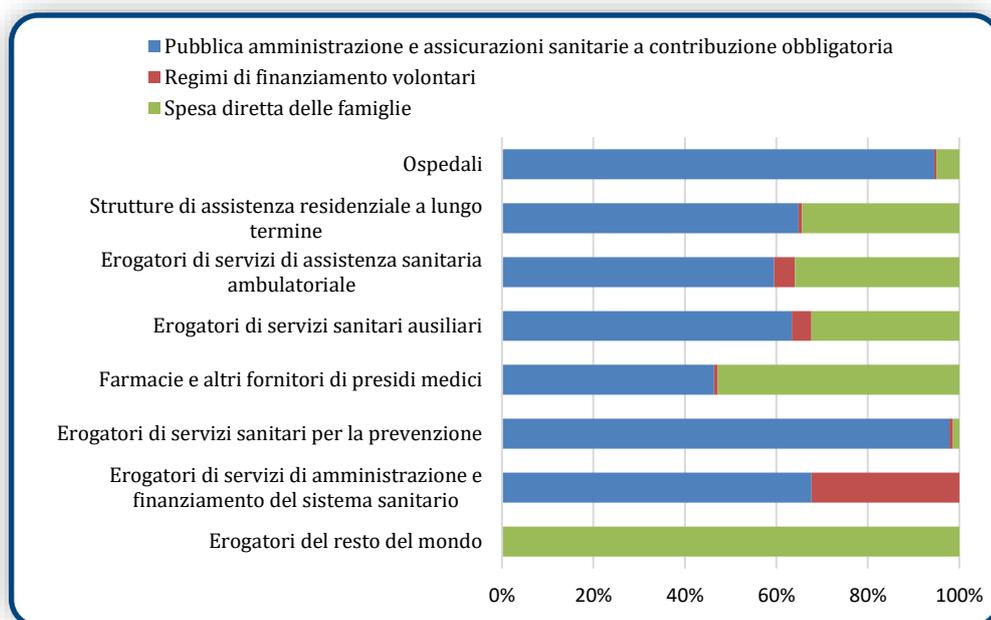


Figura 2.11. Spesa sanitaria 2016 per erogatore: composizione % per schema di finanziamento (dati da³³)

Compartecipazione alla spesa. Della spesa out-of-pocket 2016 oltre il 7,2% proviene dai ticket per farmaci e prestazioni sanitarie. Tutte le Regioni prevedono sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria, con un'autonomia che negli anni ha generato una vera e propria "giungla dei ticket": infatti, come documentato dall'Agenas nel 2015³⁴, le differenze regionali sui ticket riguardano sia le prestazioni su cui vengono applicati (farmaci, prestazioni ambulatoriali e specialistiche, pronto soccorso, etc.), sia gli importi che i cittadini sono tenuti a corrispondere, sia le regole utilizzate per definire le esenzioni.

Secondo la Corte dei Conti nel 2016 i ticket hanno prodotto un gettito per le casse regionali di € 2.885,5 milioni (per una media pro-capite di € 47,0), variamente distribuiti tra farmaci e prestazioni e tra le varie Regioni (figura 2.12).

³⁴ La compartecipazione alla spesa nelle Regioni: sintesi della normativa vigente al 1 maggio 2015. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile a: www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/normativa_ticket_regioni_2015.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

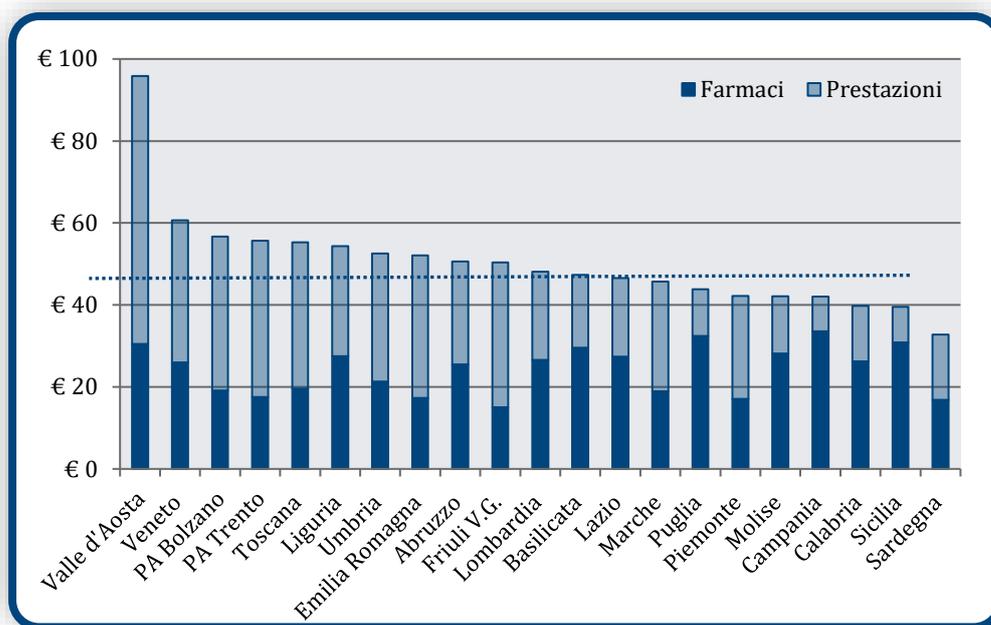


Figura 2.12. Compartecipazione alla spesa sanitaria: spesa pro-capite 2016

Detrazioni per spese sanitarie. Il dibattito pubblico sull'incremento della spesa out-of-pocket solo raramente fa riferimento alle detrazioni fiscali concesse ai cittadini. Il Testo Unico delle Imposte sui Redditi prevede infatti una detrazione del 19% per la parte eccedente la franchigia di € 129,11 per le spese sanitarie relative alle spese mediche e di assistenza specifica, a quelle chirurgiche, per prestazioni specialistiche e per protesi dentarie e sanitarie in genere. Secondo quanto riportato dal MEF gli importi indicati nel 2016 ammontano a € 17.695.164.000³⁵ (vs € 16.705.249 del 2015), corrispondenti a mancati introiti IRPEF per € 3,362 miliardi (vs € 3,174 miliardi del 2015).

Questo dato si presta inevitabilmente a due considerazioni: da un lato circa l'8,5% della spesa out-of-pocket viene indirettamente sostenuta dallo Stato sotto forma di detrazioni fiscali; dall'altro è inderogabile la necessità di utilizzare criteri *evidence & value-based* per rivedere – analogamente a quanto proposto per i LEA – l'elenco delle prestazioni che possono essere portate in detrazione, visto che almeno in parte riguardano attualmente prestazioni sanitarie assolutamente futili (una per tutte l'omeopatia), generando spreco di denaro pubblico.

2.2.2. Spesa sanitaria intermediata

L'intermediazione della spesa privata viene effettuata dai cosiddetti "terzi paganti" (fondi sanitari, casse mutue, assicurazioni, etc.) che popolano un ecosistema molto complesso e articolato (§ 3.4.2). Identificare l'entità della spesa intermediata rappresenta un'ardua

³⁵ Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento delle Finanze. Analisi statistiche - Dichiarazioni 2017 - Anno d'imposta 2016. Aggiornato al 28 marzo 2018. Disponibile a: www1.finanze.gov.it/finanze3/analisi_stat/index.php?tree=2017AAPFTOT020801. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

impresa in ragione di variabili e criticità che condizionano la tracciabilità dei flussi economici³⁶:

- L'analisi può essere effettuata secondo i premi incassati (da fondi sanitari e assicurazioni) oppure secondo i rimborsi effettuati.
- I rimborsi possono essere gestiti dai “terzi paganti” con due modalità che possono determinare sovrapposizioni tra spesa intermediata e spesa delle famiglie:
 - rimborso diretto all'erogatore e conseguente esclusione degli importi rimborsati dalla spesa out-of-pocket;
 - rimborso (totale o parziale) all'assicurato/iscritto al fondo che anticipa la spesa all'erogatore e conseguente inclusione dell'importo nella spesa out-of-pocket.
- Se tutte le stime sulla spesa privata riportate in tabella 2.1 includono la spesa out-of-pocket, le varie tipologie di spesa intermediata sono prese in considerazione in maniera variabile e con metodi differenti:
 - ISTAT-SHA (e di conseguenza OCSE) include assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1), istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2) e imprese (HF.2.3), ma non contabilizza i fondi sanitari integrativi;
 - Dai dati di ISTAT-COICOP e della Corte dei Conti non è possibile scorporare le spese sanitarie successivamente rimborsate da “terzi paganti”, né identificare quelle da loro direttamente sostenute³⁷;
 - OCPS-Bocconi include i rimborsi delle assicurazioni, senza tuttavia scorporarli.

Ciò premesso, la metodologia utilizzata nel presente Rapporto per stimare l'entità della spesa intermediata ha seguito i seguenti criteri:

- La stima è stata effettuata dal lato dei premi versati e non dei rimborsi erogati per due ragioni fondamentali. Anzitutto, per essere comparabile con la spesa pubblica e out-of-pocket, la stima della spesa intermediata deve essere riferita a quella sostenuta dai cittadini o dalle imprese e non ai rimborsi erogati, che rappresentano solo un indicatore indiretto e rischiano di sottostimare l'entità della spesa intermediata perché non includono costi amministrativi ed eventuali utili dei “terzi paganti”. La seconda ragione è squisitamente pratica, vista la reale impossibilità a identificare l'entità dei rimborsi erogati, condizionati sia dalla duplice modalità di rimborso (diretto e indiretto), sia dall'entità (parziale o totale).
- Il riferimento primario dell'analisi sono i dati ISTAT-SHA integrati con i dati amministrativi dei “terzi paganti”, di fatto la fonte più affidabile per stimare l'entità della spesa intermediata dal lato dei premi incassati.
- Si è ipotizzato, come già presunto da altri³⁶, che la totalità delle polizze assicurative collettive si identifichi con la “ri-assicurazione” dei fondi sanitari, tenendo conto delle maggiori agevolazioni fiscali a vantaggio dei fondi rispetto a quelle direttamente previste per le polizze collettive.

³⁶ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2017. EGEA, dicembre 2017.

³⁷ Corte dei Conti. Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 5 aprile 2017, pag. 356. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/volume_rapporto_coordinamento_fp_2017_2.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Fondi sanitari. Per l'anno 2016 il Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF) del Ministero della Salute³⁸ documenta l'esistenza di 323 fondi sanitari registrati per un totale di 10.616.847 iscritti (cfr. § 3.4.4.1). Tuttavia, non è disponibile il dato economico riferito ai contributi versati dagli iscritti, ma solo all'ammontare delle risorse impegnate (rimborsi) che nel 2016 sono pari a € 2,33 miliardi. Per tale ragione sono stati presi in considerazione i dati del VII Rapporto RBM Salute-CENSIS, dove si legge che «la spesa intermediata nel 2016 ha raggiunto i 5 miliardi di euro» e che «si tratta mediamente di un contributo di € 77 per ciascun cittadino»³⁹, due affermazioni che non concordano tra loro visto che la popolazione residente al 31 dicembre 2016 è di 60.589.445 abitanti (dati ISTAT). Inoltre, utilizzando una classificazione dei “terzi paganti” finalizzata ad enfatizzare il ruolo complessivo dell'intermediazione assicurativa, viene riportato che «poco meno del 70% di tale contributo è stato garantito da compagnie assicurative»³⁹.

In assenza dei valori assoluti relativi alle 4 categorie di “terzi paganti” e considerata la discordanza di cui sopra, la cifra di € 5 miliardi è stata ritenuta sovrastimata, rispetto ai dati OCSE, e preso a riferimento il contributo medio di € 77 pro-capite corrispondente a € 4,665 miliardi. La tabella 2.5 riporta le stime per entrambi gli scenari.

Tipologia di terzo pagante	%	Spesa intermediata	
		€ 5 miliardi	€ 77 pro-capite
Fondi sanitari assicurati e polizze collettive	50,7%	€ 2.533,5	€ 2.363,9
Fondi sanitari autoassicurati	28,4%	€ 1.418,0	€ 1.323,1
Società di mutuo soccorso	3,1%	€ 154,0	€ 143,7
Polizze individuali	17,9%	€ 894,5	€ 834,6
Totale	100,0%	€ 5.000,0	€ 4.665,0

^a € 82,5 pro-capite; ^b € 77,0 pro-capite

Tabella 2.5. Spesa intermediata 2016: confronto stime RBM Salute-CENSIS (dati in milioni di euro)

Polizze assicurative. Secondo l'ANIA, circa 1,7 milioni di famiglie italiane sono coperte da una polizza a cui si aggiungono circa 3 milioni di persone che aderiscono a fondi integrativi “assicurati”⁴⁰. Nel 2016 i premi raccolti per polizze assicurative relative al ramo malattia (danni + vita) ammontano a € 2,493 miliardi, di cui € 593 milioni per polizze individuali e € 1.900 milioni per quelle collettive che, come già premesso, si stima siano interamente destinati alla “ri-assicurazione” di fondi sanitari.

³⁸ Ministero della Salute. Anagrafe fondi sanitari integrativi. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_8_0.jsp?label=servizionline&idMat=FS&idAmb=AFSI&idSrv=01&flag=P. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

³⁹ VII Rapporto RBM-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata. Luglio 2017: pag. 16-17. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2421529.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁴⁰ ANIA Trends Infortuni e Malattia. Portafoglio diretto italiano – Dati al 31 dicembre 2016. Giugno 2017. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/COLLANE-PERIODICHE/ANIA-Trends/ANIA-Trends-Infortuni-e-Malattia/2016/Newsletter-Infortuni-e-Malattia_Anno-2016.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Il dato ANIA 2016⁴⁰ è stato utilizzato per aggiornare la stima di ISTAT-SHA per le assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1) di € 2,211 miliardi relativa all'anno 2015.

Altro. Questa categoria include altre componenti della spesa sanitaria privata considerate da ISTAT-SHA, ovvero:

- € 576 milioni da Istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2), definiti come “accordi e programmi di finanziamento non obbligatori con diritto a prestazioni a carattere non contributivo basati su donazioni/trasferimenti provenienti dalla cittadinanza, dalle amministrazioni pubbliche o da imprese”. Va ribadito che i fondi sanitari, nonostante la natura no-profit, non sono inclusi nei conti ISTAT-SHA.
- € 601 milioni da imprese (HF.2.3), definiti come “accordi mediante i quali le imprese forniscono direttamente, oppure finanziano, i servizi sanitari per i propri dipendenti senza il coinvolgimento di un regime previdenziale per la promozione della salute nei luoghi di lavoro”.

Dalle analisi sopra effettuate, ribadendo i limiti relativi ad affidabilità di fonti e dati e alla possibile sovrapposizione di alcune cifre, per l'anno 2016 si stima una spesa intermediata di € 5.600,8 milioni (12,3% della spesa privata), sostenuta da varie tipologie di “terzi paganti” (figura 2.13): € 3.830,8 milioni da fondi sanitari e polizze collettive, € 593 milioni da polizze assicurative individuali, € 576 milioni da istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2.) e € 601 milioni da imprese (HF.2.3.).

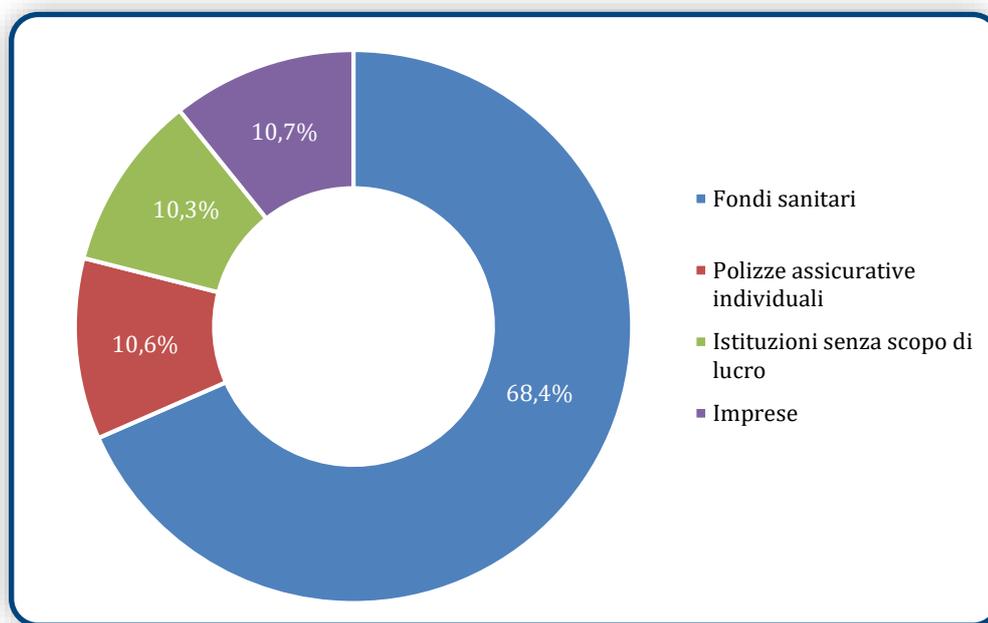


Figura 2.13. Composizione della spesa intermediata (anno 2016)

2.2.3. Trend spesa sanitaria privata 2000-2016 e confronti internazionali

L'unica fonte che riporta i dati per la spesa pubblica e privata, differenziata in intermediata e out-of-pocket, è il database dell'OCSE⁴¹ (figura 2.14), da cui si evince che:

- La curva della spesa pubblica si è appiattita dopo il 2008: l'incremento percentuale del 47,7% nel periodo 2000-2008 è precipitato al 7,9% nel periodo 2009-2016.
- L'appiattimento della curva del finanziamento pubblico non ha determinato alcuna parallela impennata della spesa out-of-pocket, che nei periodi corrispondenti ha mantenuto lo stesso incremento percentuale: 18,4% dal 2000 al 2008 e 18% dal 2009 al 2016.
- La crescita percentuale della spesa intermediata in quindici anni è quasi triplicata: dal 50,5% del periodo 2000-2008 al 142% negli anni 2009-2016, un dato apparentemente eclatante, ma in realtà poco significativo visto il basso valore assoluto.

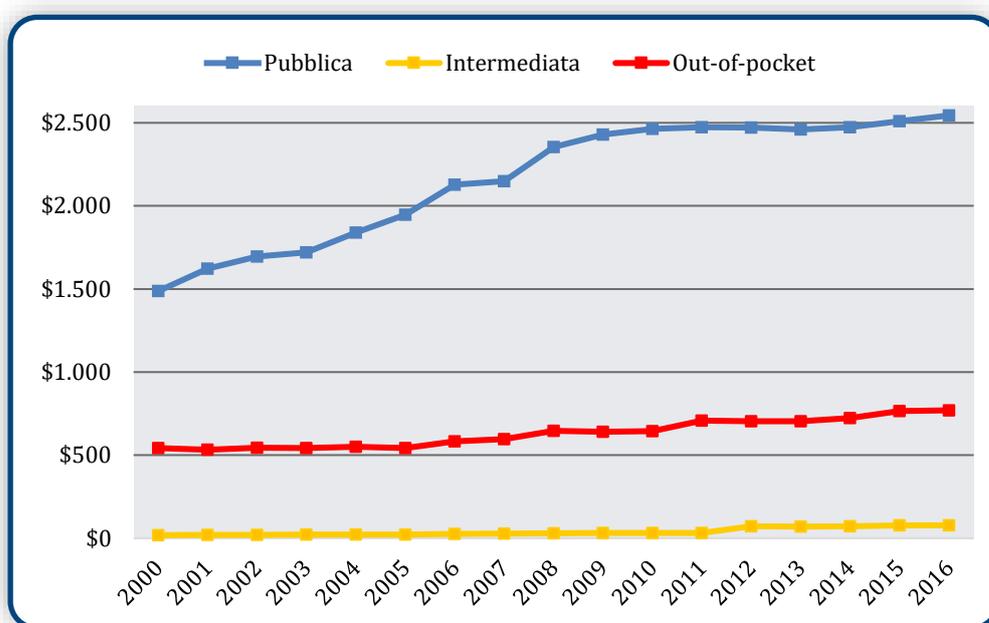


Figura 2.14. Trend spesa sanitaria pro-capite 2000-2016

I dati OCSE documentano nel 2016 una spesa out-of-pocket di \$ 769,7 cifra di poco superiore alla media OCSE (\$ 700,9), ma simile a quella di molti altri paesi (figura 2.15).

⁴¹ OECD Health Statistics 2017. Last update 10 November 2017. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

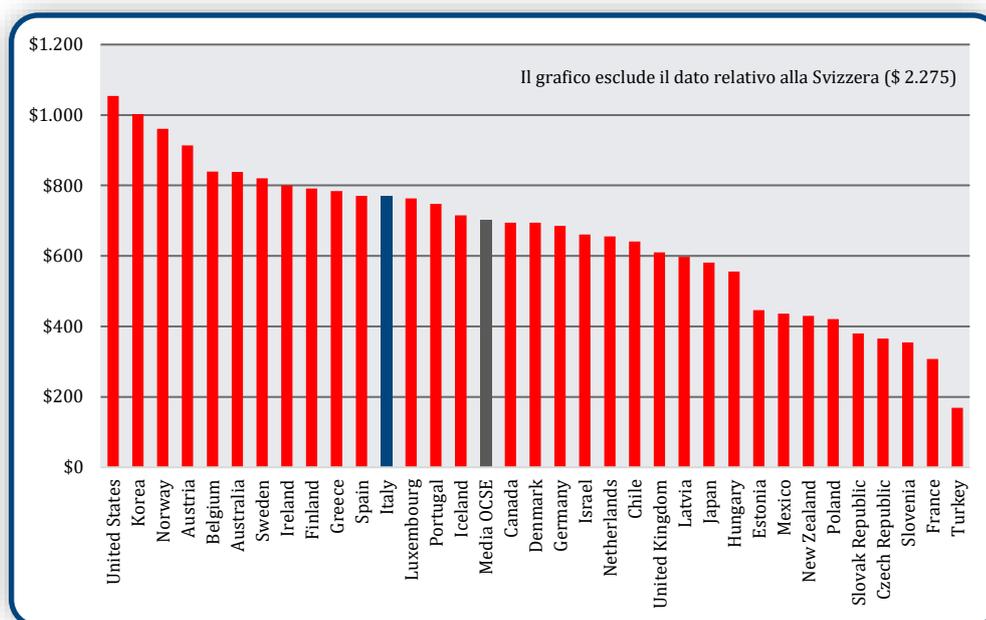


Figura 2.15. Spesa out-of-pocket pro-capite nei paesi OCSE (anno 2016 o più recente disponibile)

Emerge inoltre che l'Italia è agli ultimi posti sia per valore assoluto della spesa privata intermediata pro-capite (\$ 76 pro-capite rispetto ai \$ 340 della media OCSE con USA e \$ 239 senza USA) (figura 2.16), sia in termini di percentuale della spesa intermediata sul totale della spesa privata (9,1% vs 32,7% della media OCSE con USA e 25,7% senza USA) (figura 2.17).

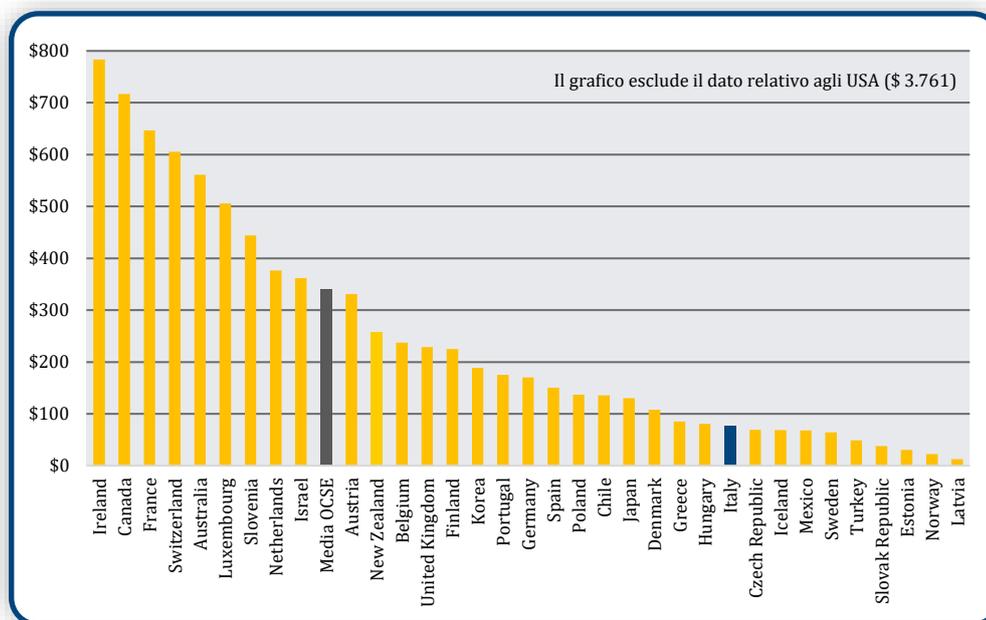


Figura 2.16. Spesa pro-capite intermediata nei paesi OCSE (anno 2016 o più recente disponibile)

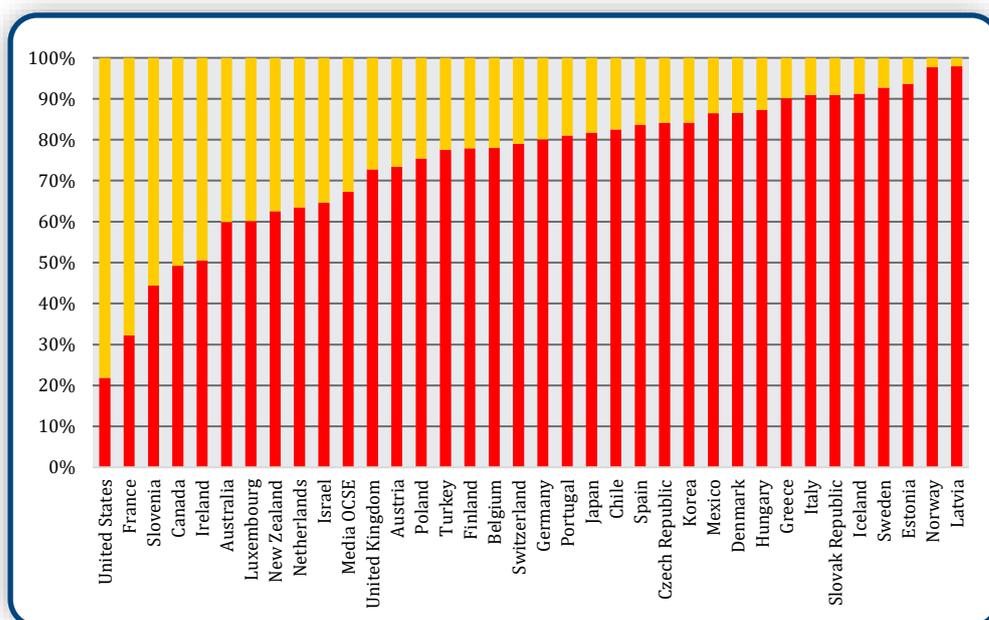


Figura 2.17. Ripartizione percentuale della spesa privata nei paesi OCSE (anno 2016 o più recente)

Questi dati rappresentano un inevitabile “cavallo di battaglia” dei fautori dell’espansione del secondo pilastro, che fanno leva sul fatto che in Italia oltre il 90% della spesa sanitaria privata è a carico dei cittadini. Tuttavia, le analisi comparative effettuate nel presente Rapporto tra le differenti fonti di spesa privata dimostrano che l’entità della spesa intermediata nel database OCSE risulta sottostimata: infatti i dati, che derivano da ISTAT-SHA, non includono per definizione la spesa intermediata dai fondi sanitari.

CAPITOLO 3

Le macro-determinanti della crisi di sostenibilità

Studi, consultazioni e analisi indipendenti, realizzati dalla Fondazione GIMBE a partire dal marzo 2013 nell'ambito della campagna #salviamoSSN, hanno da subito concretizzato la certezza che la crisi di sostenibilità del SSN non consegue esclusivamente alla riduzione del finanziamento pubblico (§ 3.1). Grazie anche ai feedback ricevuti in occasione delle consultazioni pubbliche relative alle precedenti edizioni del Rapporto GIMBE e al "piano di salvataggio" del SSN, è stato possibile identificare altre tre macro-determinanti della crisi di sostenibilità del SSN. La prima consiste nella eccessiva estensione delle prestazioni effettuata dal DPCM sui nuovi LEA che, per ottenere il consenso di tutte le categorie professionali e sociali, ha espanso, almeno sulla carta, le tutele oltre ogni limite in un momento storico caratterizzato da un imponente definanziamento pubblico (§ 3.2); la seconda, deriva da robuste evidenze che dimostrano che una consistente quota di denaro pubblico viene erosa da sprechi e inefficienze che si annidano a tutti i livelli (§ 3.3); la terza è stata identificata nell'espansione non governata del "secondo pilastro" (§ 3.4) che, se da più parti viene osannato come "la" soluzione per salvare la sanità pubblica, in realtà sta concretizzando un vero e proprio cortocircuito del SSN, oltre a produrre disuguaglianze sociali e indurre consumismo sanitario.

3.1. Definanziamento pubblico

3.1.1. Il passato: 2010-2017

La crisi di sostenibilità del SSN coincide in Italia con un lungo periodo di grave crisi economica durante il quale la curva del finanziamento pubblico si è progressivamente appiattita (figura 3.1), in conseguenza di scelte politiche che a partire dal 2010 hanno contribuito a contenere in modo significativo la spesa sanitaria (box 3.1).

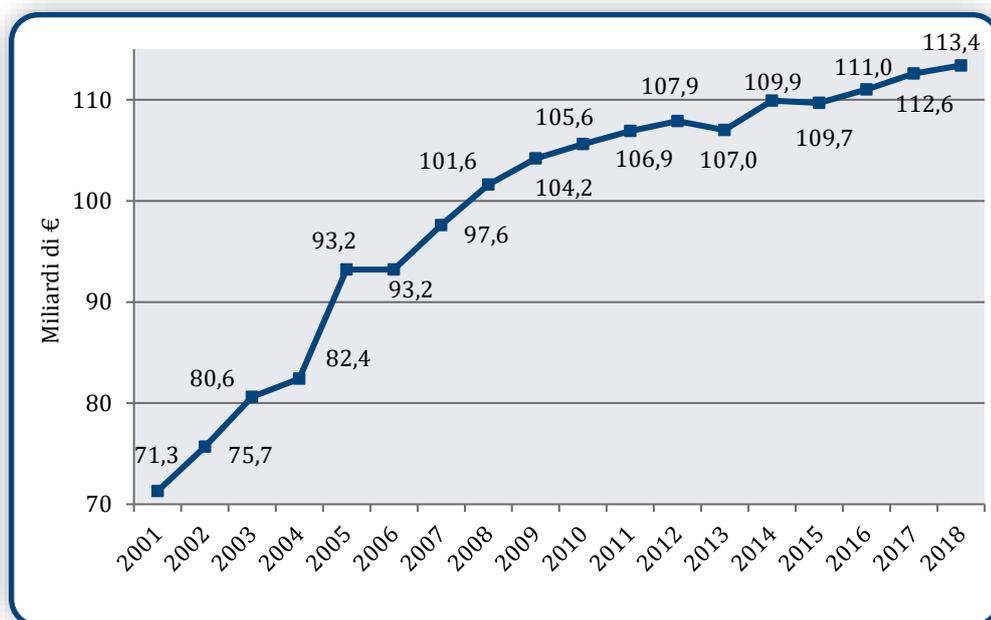


Figura 3.1. Finanziamento pubblico del SSN: trend 2001-2018

In termini percentuali il finanziamento pubblico tra il 2010 e il 2017 è cresciuto in media dell'1% annuo in termini nominali, tasso inferiore all'inflazione media annua pari a 1,19% (figura 3.2).

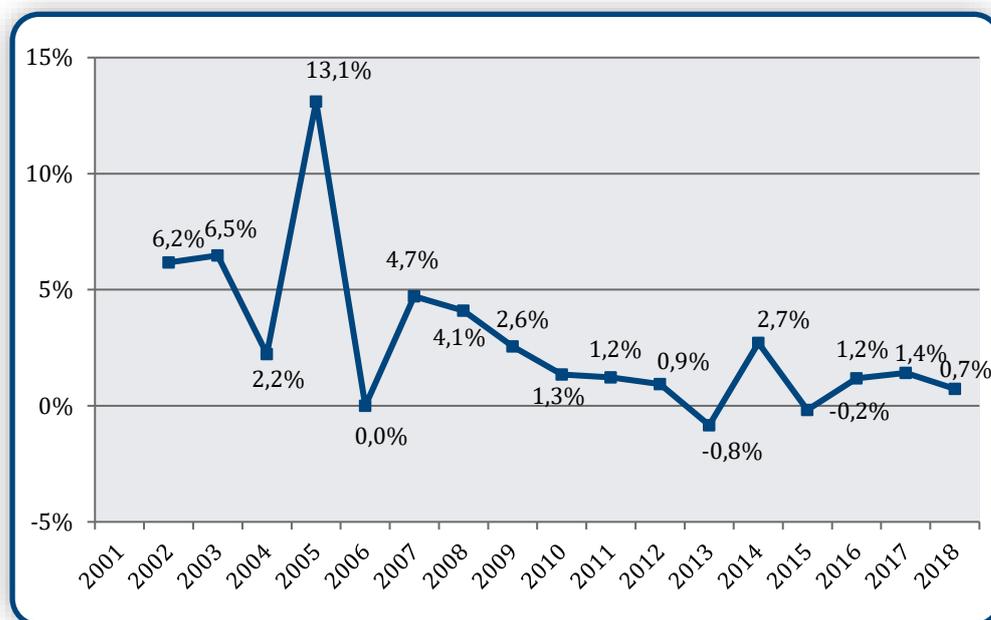


Figura 3.2. Finanziamento pubblico del SSN: variazioni percentuali 2001-2018

Box 3.1. Cronistoria del definanziamento del SSN

- **17 dicembre 2012.** Il Ministro Balduzzi riporta che nel periodo 2012-2015 la sommatoria di varie manovre finanziarie relative al periodo 2010-2012 sottrarrà al SSN una cifra prossima ai € 25 miliardi⁴², dato corretto al rialzo dalle Regioni che stimano i tagli in circa € 30 miliardi⁴³.
- **23 settembre 2013.** La nota di aggiornamento del DEF 2013 programma un definanziamento che riduce progressivamente la quota di PIL destinata alla sanità pubblica dal 7,1% al 6,7%.
- **20 dicembre 2013.** La Legge di Stabilità 2014 riduce il finanziamento per la sanità di oltre 1 miliardo di euro: € 540 milioni nel 2015 e € 610 milioni nel 2016.
- **10 luglio 2014.** L'articolo 1 del Patto per la Salute 2014-2016 fissa le risorse per il triennio 2014-2016: € 109,928 miliardi per il 2014, € 112,062 per il 2015 e € 115,444 per il 2016 «salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico».
- **16 ottobre 2014.** La Legge di Stabilità 2015 chiede alle Regioni un contributo alla finanza pubblica di € 4 miliardi.

⁴² Uscire dalla crisi: chiarezza sui numeri della sanità. Conferenza stampa del Ministro della Salute Prof. Renato Balduzzi. Ministero della Salute, 19 dicembre 2012. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_487_listaFile_itemName0_file.ppt. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁴³ Regioni: preoccupazione per effetti legge di stabilità su sanità e trasporto pubblico locale. Comunicato stampa della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 20 dicembre 2012. Disponibile a: www.regioni.it/comunicato-stampa/2012/12/20/regioni-preoccupazione-per-effetti-legge-di-stabilita-su-sanita-e-trasporto-pubblico-locale-281275/. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

- **26 febbraio 2015.** Dopo oltre 4 mesi di consultazioni le Regioni, incapaci di formulare una proposta concreta, rinunciano all'incremento del fondo sanitario di oltre € 2 miliardi previsto dal Patto per la Salute.
- **2 luglio 2015.** La Conferenza Stato Regioni raggiunge l'accordo sulla proposta di intesa per i tagli alla sanità: € 2,352 miliardi per il 2015 e il 2016.
- **4 agosto 2015.** Con il DL Enti Locali il finanziamento del SSN per gli anni 2015 e 2016 si riduce complessivamente di € 6,79 miliardi rispetto a quanto previsto dal Patto per la Salute.
- **30 dicembre 2015.** La Legge di Stabilità 2016 fissa in € 111 miliardi il finanziamento per il 2016 (comprensivi di € 800 milioni da destinare ai nuovi LEA) e stabilisce che «Le Regioni e le Province autonome [...] assicurano un contributo alla finanza pubblica pari a 3.980 milioni di euro per l'anno 2017 e a 5.480 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018 e 2019, in ambiti di spesa e per importi proposti, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza».
- **11 febbraio 2016.** Un'intesa Stato-Regioni sancisce che il contributo alla finanza pubblica per gli anni 2017-2019 graverà quasi del tutto sulle spalle della sanità (€ 3,5 miliardi per il 2017 e € 5 miliardi per il 2018 e 2019) e determina il fabbisogno sanitario nazionale in € 113 miliardi per il 2017 e in € 115 miliardi per il 2018.
- **9 aprile 2016.** Il DEF 2016 stima che nel triennio 2017-2019 il rapporto tra spesa sanitaria e PIL decrescerà annualmente dello 0,1%, attestandosi nel 2019 al 6,5%.
- **27 settembre 2016.** La revisione del DEF 2016 riporta al 6,6% del PIL il rapporto tra spesa sanitaria e PIL.
- **21 dicembre 2016.** La Legge di Bilancio 2017 ridistribuisce sul triennio 2017-2019 le risorse già assegnate dall'intesa 11 febbraio 2016 al biennio 2017-2018: € 113 miliardi per il 2017, € 114 miliardi per il 2018 e € 115 miliardi per il 2019.
- **11 aprile 2017.** Il DEF 2017 prevede che il rapporto spesa sanitaria/PIL diminuirà dal 6,7% del 2017 al 6,4% nel 2019.
- **5 giugno 2017.** Il DM "Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale" riduce il finanziamento pubblico del SSN di € 423 milioni per l'anno 2017 e di € 604 milioni per l'anno 2018 e successivi.
- **23 settembre 2017.** La nota di aggiornamento al DEF 2017 stima un'ulteriore riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% del 2017 al 6,3% nel 2020.
- **27 dicembre 2017.** La Legge di Bilancio 2018 non prevede alcun incremento del fondo sanitario nazionale che rimane fermo a € 114.396 milioni.
- **26 aprile 2018.** Il DEF 2018 conferma la progressiva riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL, estendendo al 2021 il 6,3% già stimato per il 2020 nella precedente nota di aggiornamento.

Tra tutte le date, è indubbiamente l'11 febbraio 2016 che rischia di passare alla storia come quella in cui Stato e Regioni hanno assestato il colpo di grazia al SSN con una intesa strategica in cui il «contributo alla finanza pubblica [...] nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza» previsto dal comma 680 della Legge di Stabilità 2016, si è trasformato nel DEF 2016 in «contributo del Servizio Sanitario Nazionale alla complessiva manovra a carico delle Regioni definita dalla Legge di Stabilità 2016», concretizzando anche i *desiderata* delle Regioni. Infatti, il comma 680 della Legge di Stabilità 2016 rimandava al 31 gennaio di ogni anno la proposta delle Regioni sul contributo alla finanza pubblica, rappresentando una leva strategica per ridurre sprechi e inefficienze, in particolare in ambito sanitario. L'Intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio, rideterminando il fabbisogno sanitario nazionale in € 113 miliardi per il 2017 e in € 115 miliardi per il 2018, se da un lato ha fornito effimere certezze alle Regioni – poi smentite dalla Legge di Bilancio 2017 – dall'altro ha sancito che il contributo alla finanza pubblica per gli anni 2017-2019 deve gravare quasi del tutto sulle spalle della sanità (€ 3,5 miliardi per il 2017

e € 5 miliardi per il 2018 e 2019), assolvendo le Regioni dal compito di presentare proposte e il Governo da quello di valutarle, fatta eccezione per i residuali € 480 milioni, inizialmente rinviati a successive intese ma di fatto già attinte per la maggior parte dalla sanità.

3.1.2. Il presente e il futuro prossimo: 2018-2021

3.1.2.1. Legge di Bilancio 2018

Per il 2018 e per il 2019 la Legge di Bilancio 2018 non ha previsto alcun incremento del fondo sanitario nazionale che rimane fissato a quanto stabilito dalla Legge di Bilancio 2017 poi rideterminato dal Decreto 5 giugno 2017: € 113,396 miliardi per il 2018 e € 114,396 miliardi per il 2019. Non è stato definito il finanziamento per il 2020 ultimo anno di riferimento del triennio. Inoltre, al comma 435 sono stati previsti complessivi € 437 milioni da destinare ai fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria: € 30 mln per il 2019, € 35 mln (2020), € 40 mln (2021), € 43 mln (2022), € 55 mln (2023), € 68 mln (2024), € 80 mln (2025), € 86 mln (2026).

3.1.2.2. Documento di Economia e Finanza 2018

Il 26 aprile 2018 il Consiglio dei Ministri ha approvato il DEF 2018, secondo il quale nel triennio 2018-2020 il PIL nominale dovrebbe crescere annualmente in media del 3% e l'incremento della spesa sanitaria attestarsi su un tasso medio annuo dell'1,4%. In termini finanziari per la sanità pubblica significherebbe passare dai € 115,818 miliardi stimati per il 2018 a € 116,382 miliardi nel 2019, a € 118,572 nel 2020 e € 120,894 nel 2021.

Se le stime del DEF 2018 su aumento del PIL e spesa sanitaria sono corrette, la chiave di lettura è una sola: crescendo meno del PIL nominale, la spesa sanitaria non coprirà nemmeno l'aumento dei prezzi. In altre parole, nel prossimo triennio la sanità pubblica potrà disporre delle stesse risorse in termini di potere di acquisto solo se la ripresa economica del Paese sarà in linea con previsioni più che ottimistiche, visto che la crescita stimata del PIL è del 2,9% nel 2018 e del 3,2% nel 2019 e del 3,1% nel 2020; se così non fosse, ulteriori tagli alla sanità pubblica saranno inevitabili.

In ogni caso, le stime del DEF sulla spesa sanitaria sono estremamente illusorie rispetto all'entità del finanziamento pubblico: infatti da un lato i fondi assegnati dalle Leggi di Bilancio sono sempre inferiori alle previsioni del DEF, dall'altro i dati degli ultimi anni dimostrano un trend in picchiata reso altalenante dalle stime dei DEF puntualmente riviste al ribasso dal finanziamento nominale. L'esempio del 2018 è particolarmente evidente: i € 121,3 miliardi stimati dal DEF 2014 sono precipitati a € 117,7 miliardi già con il DEF 2015 e a € 112,7 miliardi con la Legge di Bilancio 2016. L'Intesa Stato-Regioni del 11 febbraio 2016 ha fissato a € 115 miliardi la cifra, ulteriormente rialzata dalle previsioni del DEF 2016 a € 116,1 miliardi, ridotti a € 114 miliardi con la Legge di Bilancio 2017, quindi nuovamente rivisti al rialzo con il DEF 2017 (€ 115 miliardi), poi rideterminati a € 113,4 miliardi con il DM 5 giugno 2017, cifra confermata dalla Legge di Bilancio 2018, quindi nuovamente aumentati a € 115,8 miliardi con il DEF 2018 (figura 3.3).

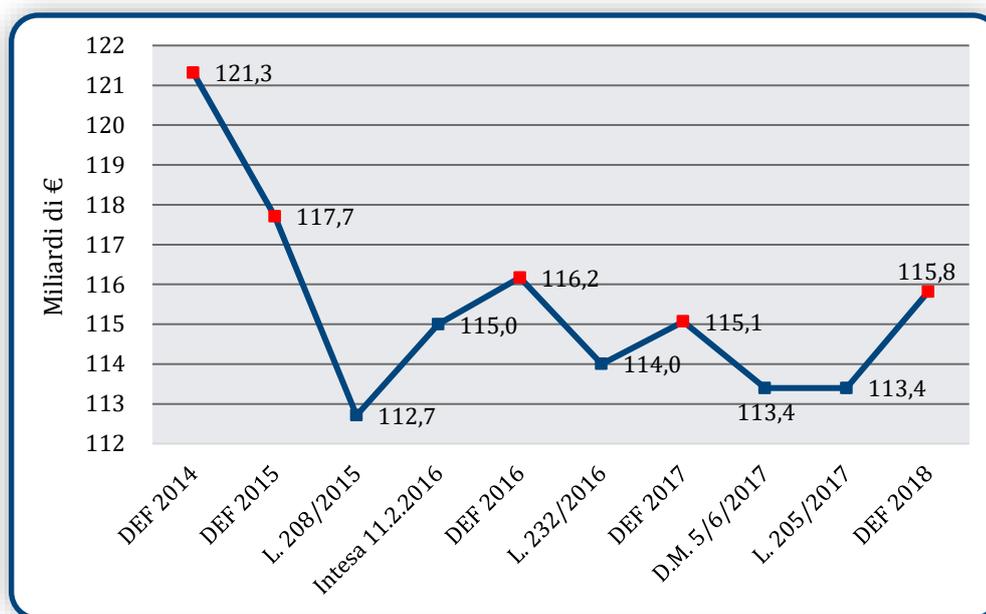


Figura 3.3. 2018: previsioni DEF sulla spesa pubblica vs finanziamento nominale (elaborazione GIMBE da⁴⁴)

Le previsioni del DEF 2018 non lasciano intravedere l'auspicata ripresa del finanziamento pubblico della sanità, che certo non poteva essere decisa da un Governo dimissionario, che ha comunque ha confermato anche per il 2021 il rapporto spesa sanitaria/PIL del 6,3% già ridotto dalla nota di aggiornamento del DEF 2017. L'analisi dei DEF 2016, 2017 e 2018 relativamente agli anni 2016-2021 dimostra infatti in maniera inequivocabile che il rapporto spesa sanitaria/PIL viene continuamente rivisto al ribasso (figura 3.4).

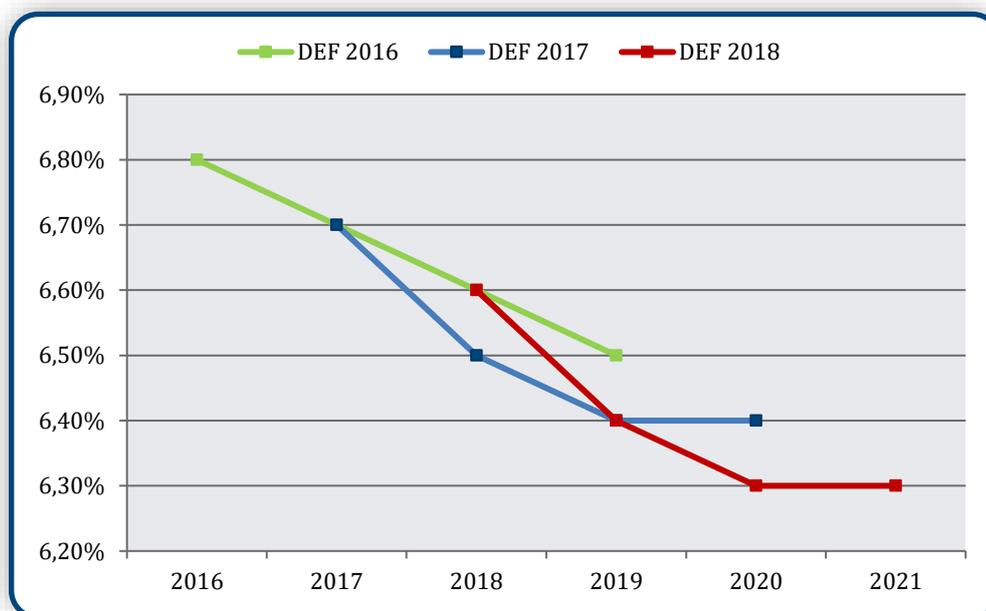


Figura 3.4. Percentuale rapporto spesa sanitaria/PIL 2018-2020 secondo le stime dei DEF 2016, 2017, 2018

⁴⁴ Corte dei Conti. Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 5 aprile 2017. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/volume_rapporto_coordinamento_fp_2017_2.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

In ogni caso, il DEF 2018 mantiene il trend dei precedenti, dove le ottimistiche previsioni sulla spesa sanitaria pubblica nel medio termine si ridimensionano poi bruscamente a breve termine (tabella 3.1), rendendo illusorio nel 2021 un incremento della spesa sanitaria di oltre € 5 miliardi rispetto al 2018 (+4,4%). Peraltro, essendo ormai stato raggiunto un sostanziale equilibrio tra finanziamento corrente e spesa sanitaria pubblica, le stime al rialzo di quest'ultima nel DEF non possono contare nemmeno sulla prudenziale giustificazione di rilevanti scostamenti tra dato previsionale e consuntivo.

Spesa sanitaria (mld €)	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DEF 2016	113,376	114,789	116,170	118,505	-	-
DEF 2017	-	114,138	115,068	116,105	118,570	-
DEF 2018	-	-	115,818	116,382	118,572	120,894
Spesa sanitaria in % di PIL	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DEF 2016	6,80%	6,70%	6,60%	6,50%	-	-
DEF 2017	-	6,70%	6,50%	6,40%	6,40%	-
DEF 2018	-	-	6,60%	6,40%	6,30%	6,30%
Tasso di variazione in %	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DEF 2016	0,90%	1,20%	1,20%	2,00%	-	-
DEF 2017	-	1,40%	0,80%	0,90%	2,10%	-
DEF 2018	-	-	2,00%	0,50%	1,90%	2,00%

Tabella 3.1. Analisi comparata della tabella III.3-2 dei DEF 2016, 2017, 2018

Seppur con i limiti di analisi effettuate post-hoc su documenti previsionali, i dati attestano intenzioni politiche inequivocabili: se inizialmente il progressivo definanziamento della sanità pubblica era interpretabile come logica conseguenza della crisi economica, oggi appare ormai come una costante irreversibile. Infatti, a partire dal DEF 2017 si conferma in maniera netta rispetto al passato una scelta allocativa ben precisa, ovvero che la ripresa dell'economia non determinerà alcun rilancio del finanziamento pubblico della sanità. In altri termini, se nel 2010-2015 il SSN si è fatto pesantemente carico della crisi, la ripresa economica del Paese non avrà un corrispondente positivo impatto sulla spesa sanitaria pubblica, perché il DEF 2017 e poi il DEF 2018 ne riducono la percentuale da destinare alla sanità. Questo conferma le stime dei precedenti Rapporti GIMBE^{45,46} che prevedevano un incremento complessivo del finanziamento pubblico di € 15 miliardi nel decennio 2016-2025.

⁴⁵ Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/2017. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁴⁶ 2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/2016. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

In definitiva, sintetizzando l'enorme quantità di numeri tra finanziamenti programmati dai DEF, fondi assegnati dalle Leggi di Bilancio, tagli e contributi alla finanza pubblica a carico delle Regioni, emergono poche e inquietanti certezze sulle risorse destinate al SSN:

- nel periodo 2013-2018 il finanziamento nominale è aumentato di quasi € 7 mld: dai € 107,01 mld del 2013 ai € 114 mld del 2018, di cui sono "sopravvissuti" nei fatti solo € 5,968 mld;
- nel periodo 2015-2019 l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica ha determinato, rispetto ai livelli programmati, una riduzione cumulativa del finanziamento del SSN di € 12,11 mld (figura 3.5);
- il DEF 2018, a fronte di una prevista crescita annua del PIL nominale del 3% nel triennio 2018-2020, riduce progressivamente il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% del 2018 al 6,4% del 2019, al 6,3% nel 2020 e 2021.

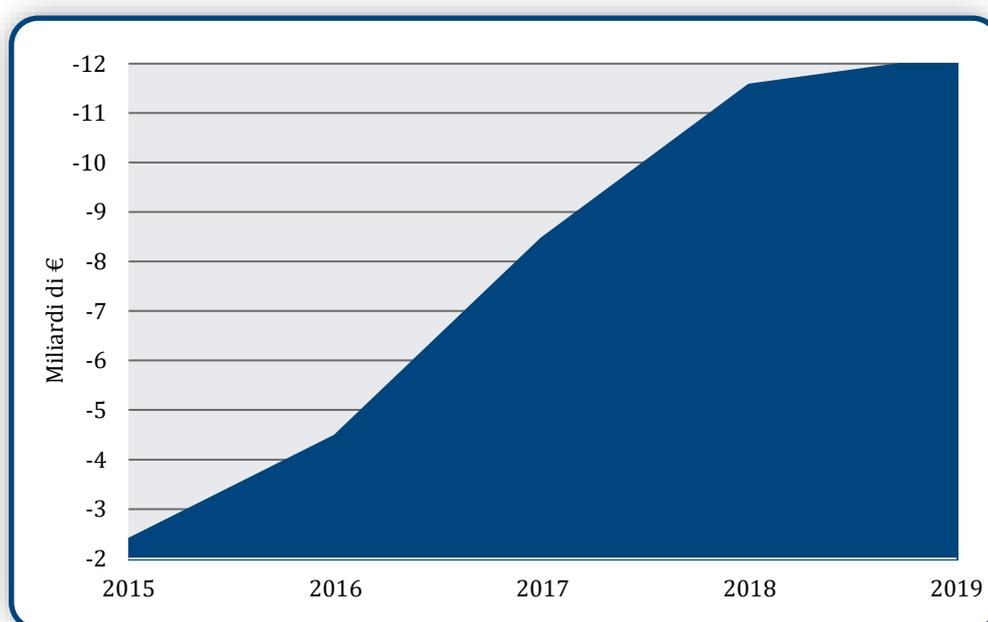


Figura 3.5. Riduzione cumulativa del finanziamento pubblico 2015-2018 (elaborazione GIMBE da^{47,48})

3.1.3. Il confronto con l'OCSE, l'Europa e i paesi del G7

A seguito del costante definanziamento, le analisi effettuate sul database *OECD Health Statistics*⁴⁹, aggiornato al 10 novembre 2017, dimostrano che la spesa sanitaria in Italia continua inesorabilmente a perdere terreno. In particolare, se oggi in Italia la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria totale è poco sotto alla media OCSE (8,9% vs 9%), in Europa siamo fanalino di coda insieme al Portogallo tra i paesi dell'Europa occidentale, dove Svizzera, Germania, Svezia, Francia, Olanda, Norvegia, Belgio, Austria, Danimarca, Regno Unito, Finlandia e Spagna destinano

⁴⁷ Corte dei Conti. Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 5 aprile 2017. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/volume_rapporto_coordinamento_fp_2017_2.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁴⁸ Decreto 5 giugno 2017 "Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale".

⁴⁹ OECD Health Statistics 2017. Last update 10 November 2017. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

alla sanità una percentuale del PIL superiore alla nostra. Parallelamente, si osserva la tendenza ad un progressivo avvicinamento dei livelli di spesa dell'Italia a quelli dei paesi dell'Europa Orientale, dove il finanziamento pubblico sta crescendo in maniera rilevante (figura 3.6)⁵⁰.

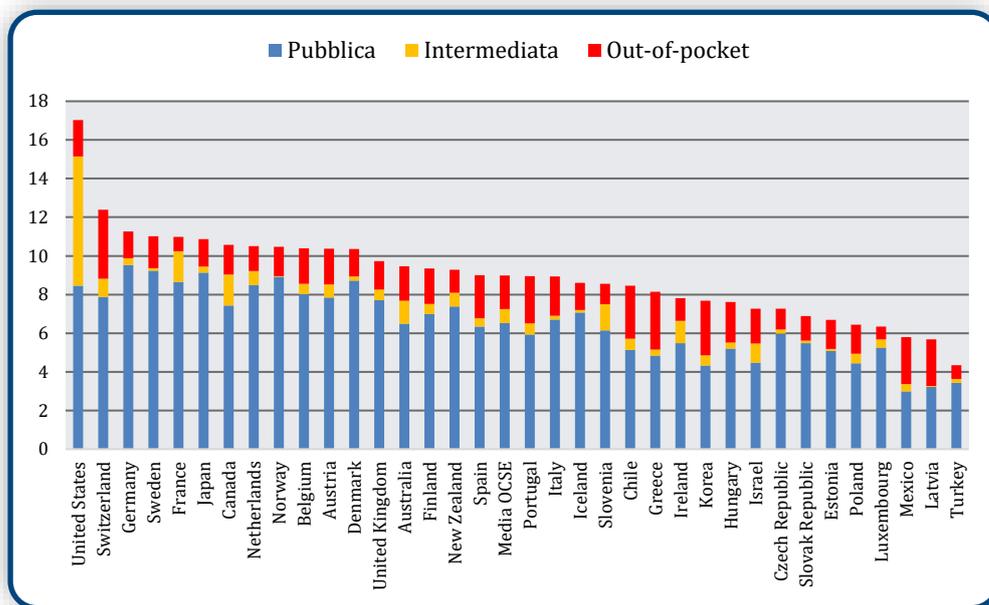


Figura 3.6. Spesa sanitaria in percentuale del PIL nei paesi OCSE (anno 2016 o più recente disponibile)

La situazione peggiora ulteriormente prendendo in considerazione la spesa pro-capite totale, inferiore alla media OCSE (\$ 3.391 vs \$ 3.978) che colloca l'Italia in prima posizione tra i paesi più poveri dell'Europa: Spagna, Slovenia, Portogallo, Repubblica Ceca, Grecia, Slovacchia, Ungheria, Estonia, Polonia e Lettonia (figura 3.7).

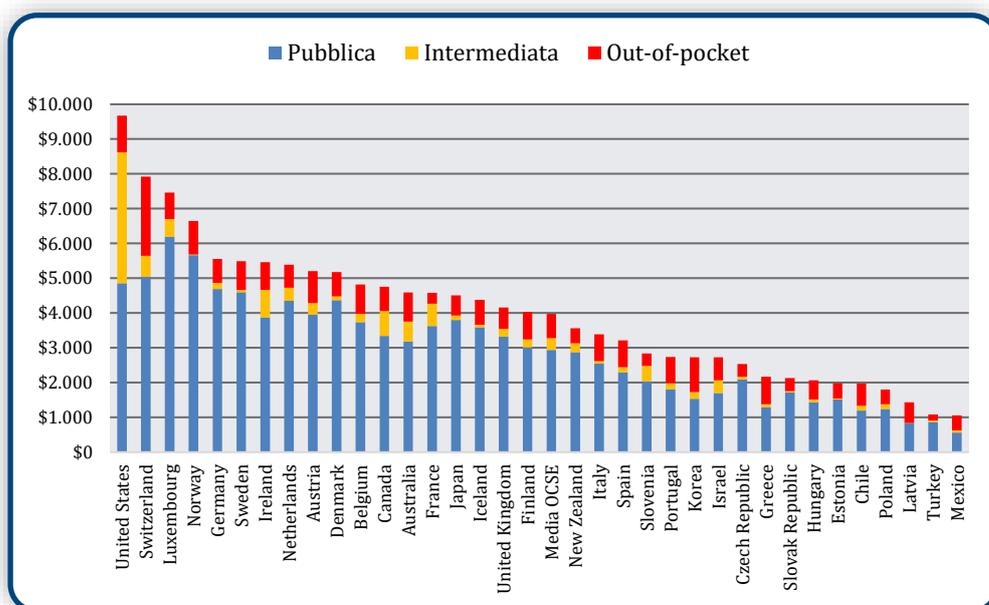


Figura 3.7. Spesa sanitaria pro-capite paesi OCSE (anno 2016 o più recente disponibile)

⁵⁰ 13° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2017. Disponibile a: www.creasanita.it/13volume_dwn/dwn_fild/Rapporto_Sanita_2017.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Il defianziamento pubblico del SSN emerge in tutta la sua entità guardando alla spesa pubblica pro-capite: siamo sotto la media OCSE (\$ 2.545 vs \$ 2.937), mentre in Europa ben 14 Paesi investono più dell'Italia in sanità con un gap minimo che va dai \$ 472 della Finlandia ad un gap massimo di \$ 3.649 del Lussemburgo (figura 3.8).

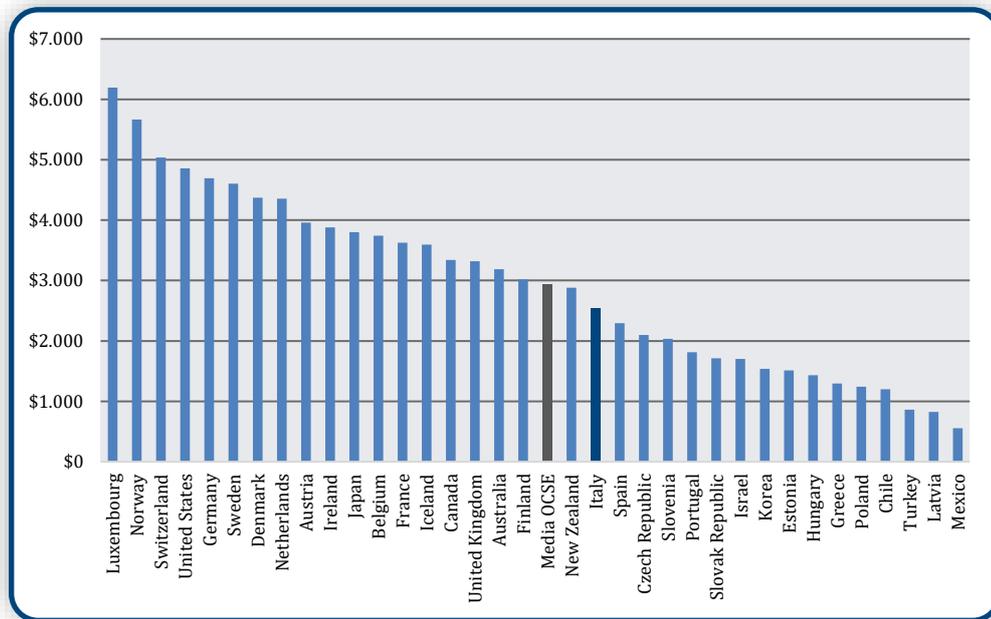


Figura 3.8. Spesa pubblica pro-capite paesi OCSE (anno 2016 o più recente disponibile)

Dal 2000 al 2016 la spesa pubblica in Italia è aumentata complessivamente del 71%, crescendo in media il 4,44% per anno, un incremento percentuale che posiziona l'Italia in fondo alla classifica, seguita solo da Islanda, Portogallo, Israele e Grecia (figura 3.9).

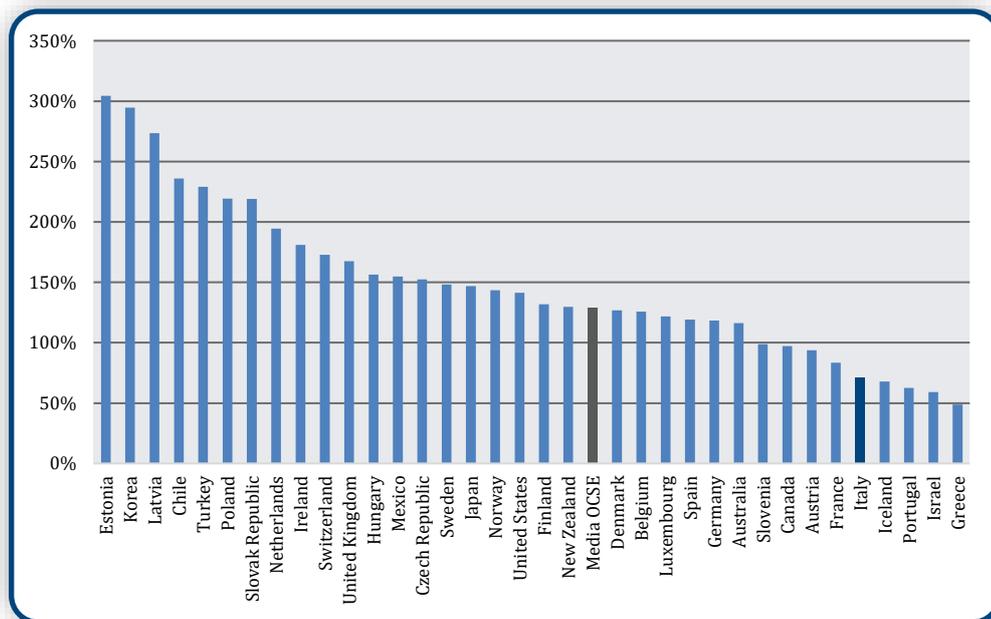


Figura 3.9. Variazione percentuale della spesa pubblica 2000-2016 nei paesi OCSE

L'impatto del definanziamento degli ultimi anni emerge in maniera clamorosa confrontando la crescita percentuale della spesa pubblica del periodo 2000-2007 (figura 3.10) rispetto a quella del 2008-2016 (figura 3.11): nel primo caso l'aumento è del 45%, rispetto a una media OCSE del 59%. Nel periodo 2008-2016 l'incremento percentuale è stato dell'8%, rispetto a una media OCSE del 33%: peggio dell'Italia solo Portogallo (+6%) e Grecia (-23%).

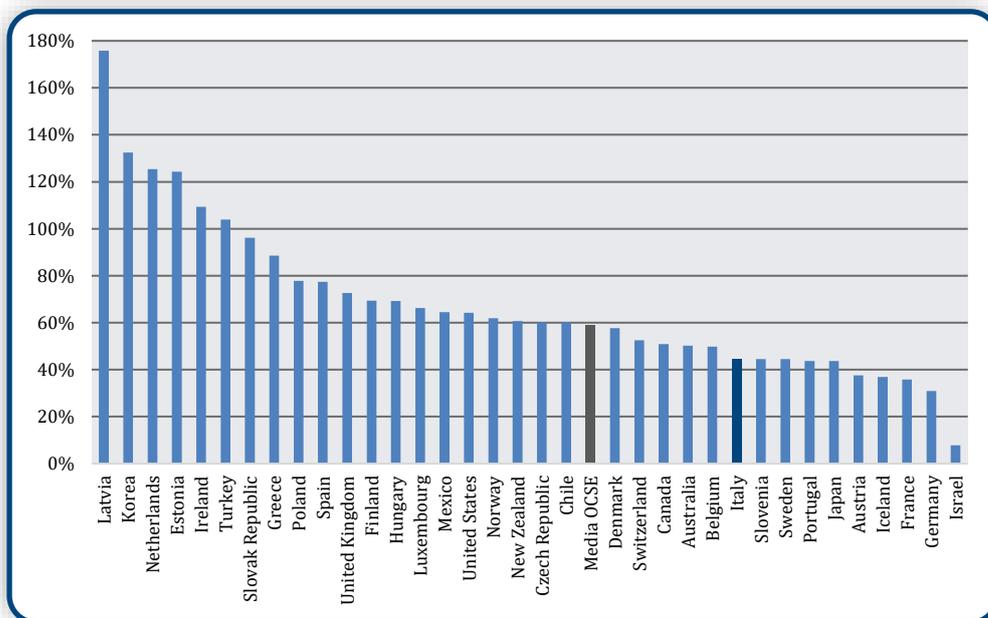


Figura 3.10. Variazione percentuale della spesa pubblica 2000-2007 nei paesi OCSE

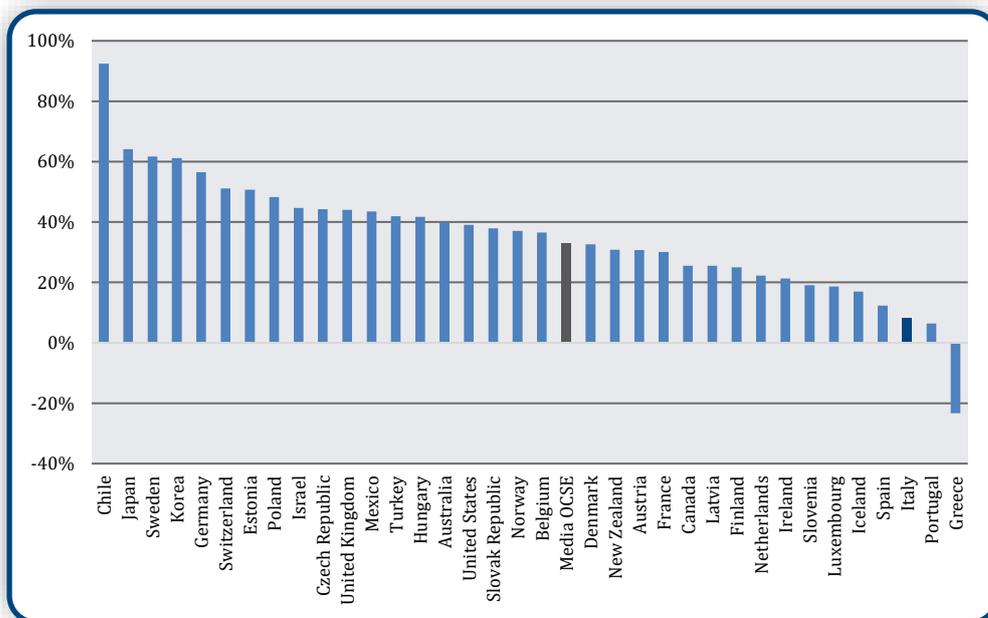


Figura 3.11. Variazione percentuale della spesa pubblica 2008-2016 nei paesi OCSE

Un quadro altrettanto inquietante emerge dal confronto con i paesi del G7 (figura 3.12) dove l'Italia è fanalino di coda per spesa totale e per spesa pubblica, ma seconda per spesa out-of-pocket, testimonianza inequivocabile che la politica si è progressivamente sbarazzata di una

consistente quota di spesa pubblica, espandendo parallelamente il “paniere” dei LEA, ma non è stata in grado di attuare una seria riforma per consentire alla spesa intermediata di essere realmente integrativa su prestazioni non offerte dal SSN.

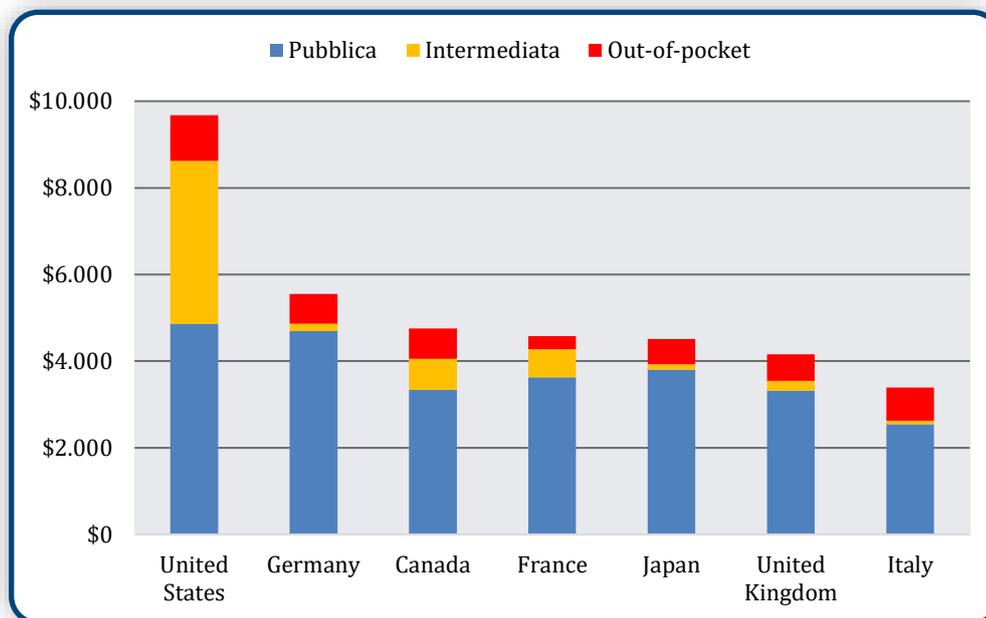


Figura 3.12. Spesa pro-capite 2016 nei paesi del G7

Il trend del finanziamento pubblico 2000-2016 tra i paesi del G7 dimostra infine che se nel 2000 le differenze assolute sulla spesa pubblica erano modeste, con il costante e progressivo definanziamento pubblico sono divenute incolmabili: ad esempio, se nel 2000 la Germania investiva \$ 2.150 vs i \$ 1.487 dell'Italia (+30,8%), nel 2016 la differenza è \$ 4.965 vs \$ 2.545 (+45,8%) (figura 3.13).

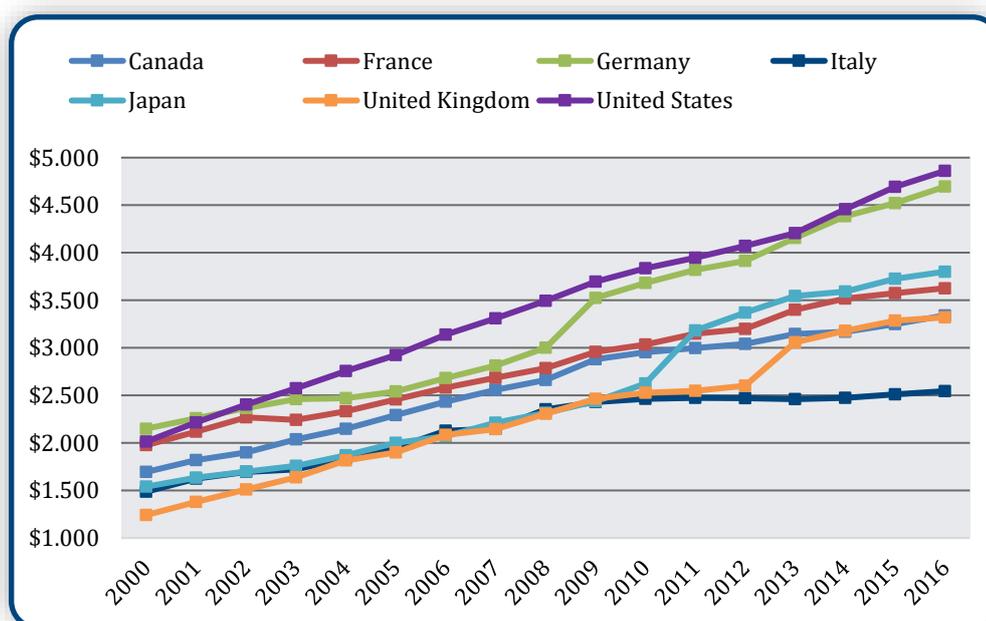


Figura 3.13. Trend finanziamento pubblico pro-capite 2000-2016 nei paesi del G7

Il defianziamento progressivo è stato, in ogni caso, attuato senza tener conto delle raccomandazioni dell'OCSE che nel gennaio 2015 aveva già richiamato il nostro Paese a «garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza»⁵¹.

3.2. Nuovi LEA: sostenibilità ed esigibilità

A seguito della pubblicazione della Legge di Stabilità 2016, che annunciava l'aggiornamento del DPCM "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e istituiva la "Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN" (di seguito denominata Commissione LEA), la Fondazione GIMBE rilevava come per l'ennesima volta la politica intervenisse nella complessa normativa dei LEA limitandosi a mantenere viva l'attenzione sulla necessità di aggiornare le prestazioni, inevitabilmente condizionata dal progresso scientifico e tecnologico, ma anche dal marketing e dalla medicalizzazione della società⁵². Per questa ragione i nuovi LEA sono stati eletti a "sorvegliato speciale" dell'Osservatorio GIMBE già a partire dall'audizione della Fondazione in 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato del 30 novembre 2016⁵³.

La successiva pubblicazione in Gazzetta Ufficiale dei nuovi LEA è stata accompagnata da un notevole clamore mediatico, che ha celebrato il grande traguardo politico centrato dal Ministro Lorenzin puntando l'attenzione su tutte le nuove prestazioni incluse: nuovo piano vaccini, screening neonatali per sordità e cataratta congenita, procreazione medicalmente assistita, prestazioni di genetica, adroterapia, radioterapia stereotassica, enteroscopia con microcamera ingeribile; novità per le protesi (comunicazione e attrezzature domotiche, carrozzine speciali); ingresso di 110 malattie rare e 6 nuove malattie croniche; nuovi percorsi di diagnosi e cura per i disturbi dello spettro autistico e tanto altro ancora.

L'Osservatorio GIMBE, senza entrare nel merito del "paniere" delle prestazioni, ha analizzato il DPCM sui nuovi LEA rilevandone notevoli migliorie strutturali: il nuovo testo di legge, infatti, ridefinisce l'articolazione dei LEA con maggior dettaglio nella descrizione delle prestazioni, aggiorna i nomenclatori delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica, definisce in dettaglio programmi e prestazioni di assistenza socio-sanitaria, ridefinisce i criteri di appropriatezza per tutti i regimi di ricovero, introduce misure per migliorare l'appropriatezza professionale sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in particolare l'obbligo per il medico prescrittore di riportare sulla ricetta la diagnosi o il sospetto diagnostico e l'individuazione di criteri di appropriatezza prescrittiva e condizioni di erogabilità per 98 prestazioni.

Lungi dal voler smorzare il legittimo entusiasmo politico, professionale e sociale, sminuire la determinazione del Ministro Lorenzin, o sottovalutare l'impegno della politica e dei tecnici, è

⁵¹ OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014. Disponibile a: www.oecd.org/els/oecd-reviews-of-health-care-quality-italy-2014-9789264225428-en.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁵² Cartabellotta A. Livelli Essenziali di Assistenza 15 anni dopo. Evidence 2016;8(2): e1000133.

⁵³ Audizione della Fondazione GIMBE su schema DPCM "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)" in 12^a Commissione Igiene e Sanità al Senato. Roma, 30 novembre 2016. Disponibile a: www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/004/592/GIMBE.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

indispensabile analizzare le criticità metodologiche per definire e aggiornare gli elenchi delle prestazioni, quelle relative al monitoraggio dei LEA e quelle che, a 14 mesi dalla pubblicazione del DPCM 12 gennaio 2017, condizionano l'erogazione e l'esigibilità dei nuovi LEA in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale.

3.2.1. Criticità metodologiche

Il DPCM sui nuovi LEA presenta rilevanti criticità metodologiche rispetto alla definizione e aggiornamento degli elenchi delle prestazioni.

Anzitutto nel nuovo testo di legge sono stati inspiegabilmente soppressi i 3 fondamentali principi di *evidence-based policy making* contenuti nel DPCM 29 novembre 2001 (box 3.2).

Box 3.2. Cosa includono e cosa escludono i LEA (DPCM 29 novembre 2001)

- I LEA includono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate.
- I LEA escludono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che:
 - non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del SSN;
 - non soddisfano il principio dell'efficacia e della appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
 - non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze.
- Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal SSN, esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione, autorizzati dal Ministero della Salute.

Questi tre principi, anche se solo parzialmente attuati negli ultimi 15 anni, rappresentavano una indispensabile dichiarazione di intenti per contribuire alla sostenibilità del SSN, in quanto attestavano:

- la volontà del legislatore di integrare le migliori evidenze scientifiche nelle decisioni di politica sanitaria e di rimborsare con il denaro pubblico solo servizi e prestazioni sanitarie di documentata efficacia e appropriatezza;
- la decisione di escludere dai LEA servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriati o dalla costo-efficacia limitata (*low value*);
- la necessità, in assenza di evidenze scientifiche definitive, di circoscrivere l'erogazione di interventi sanitari innovativi solo all'interno di specifici programmi di sperimentazione, in linea con una saggia politica di ricerca e sviluppo.

La soppressione di questi tre principi – insieme alla mancanza di un metodo esplicito per inserire/escludere le prestazioni nei LEA come di seguito illustrato – favorisce un approccio estremamente liberista, più orientato a soddisfare le immediate richieste di tutte le categorie professionali e specialistiche, di tutti i malati e, indirettamente, dell'industria farmaceutica e tecnologica, piuttosto che preoccuparsi del reale *value* dei nuovi LEA e conseguentemente della loro sostenibilità.

Se per garantire la sostenibilità del servizio sanitario il denaro pubblico deve finanziare solo interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato *value*⁵⁴, è indispensabile classificare innanzitutto le prestazioni sanitarie in relazione al loro *value* (figura 3.14) e in secondo luogo utilizzare una rigorosa metodologia *evidence- & value-based* per includere/escludere le prestazioni dai LEA.

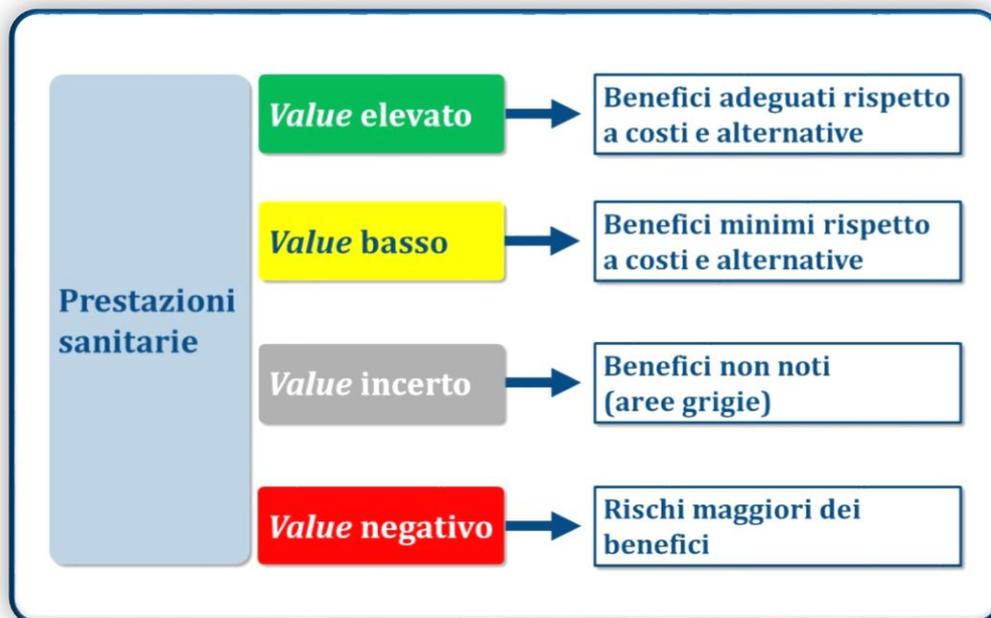


Figura 3.14. Classificazione delle prestazioni sanitarie in relazione al *value*

Purtroppo, se il DPCM sui nuovi LEA da un lato ha espanso oltre ogni limite l'ampiezza del "paniere" delle prestazioni, peraltro senza la ragionevole certezza di un'adeguata copertura finanziaria, dall'altro non ha previsto alcuna metodologia per inserire le prestazioni, spesso sdoganate anche in assenza di prove di efficacia solo in ragione di un'elevata domanda sociale e/o professionale. Di conseguenza, senza un metodo rigoroso per favorire un adeguato trasferimento delle migliori evidenze nella loro definizione e aggiornamento, i LEA includono inevitabilmente prestazioni dal *value* basso o addirittura negativo (profilo rischio-beneficio sfavorevole) e, al tempo stesso, possono escludere prestazioni dall'elevato *value*. Per tali ragioni, la vera sfida che attende la Commissione LEA non consiste nell'aggiornamento dei LEA in quanto tale, bensì nella definizione di un metodo rigoroso *evidence- & value-based*, al fine di garantire ai cittadini servizi e prestazioni sanitarie ad elevato *value*, escludere prestazioni dal *value* basso ed impedire l'erogazione di prestazioni dal *value* negativo (figura 3.15).

⁵⁴ Fondazione GIMBE. Carta GIMBE per la tutela della salute e del benessere delle persone. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/carta-gimbe. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

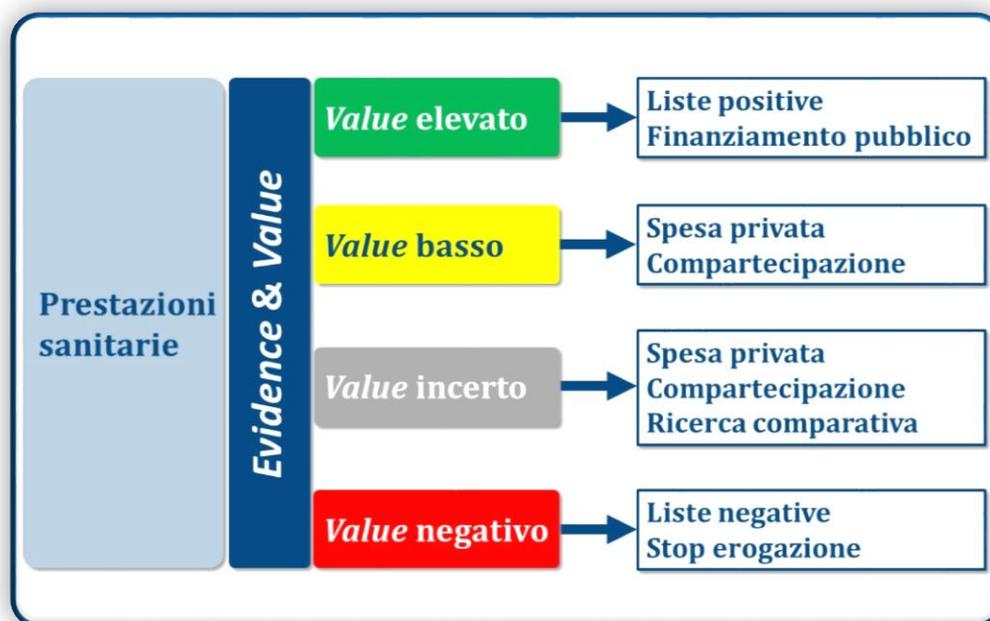


Figura 3.15. Classificazione delle prestazioni sanitarie in relazione al *value*

Inoltre, l'Osservatorio GIMBE ha rilevato una criticità relativa alla scarsa integrazione tra LEA e ricerca sanitaria, in particolare la ricerca comparativa indipendente, strumento indispensabile per la produzione di nuove prove di efficacia. Infatti, a fronte di numerose prestazioni sanitarie per le quali non esistono adeguate evidenze, il SSN preferisce rimanere un "acquirente disinformato" piuttosto che investire in ricerca comparativa. Se dunque spetta alla Commissione LEA individuare «procedure per l'esecuzione di studi osservazionali per la valutazione comparativa di efficacia degli interventi di prevenzione, diagnosi e cura, anche avvalendosi dei canali di finanziamento della ricerca sanitaria» si evidenziano di seguito tre rilevanti criticità:

- Esiste una ricerca comparativa osservazionale, basata fondamentalmente su registri di malattia e database amministrativi (i *big data* sono in Italia ancora un lontano miraggio), ma è condizionata dalla scarsa qualità dei dati e ostacolata da vincoli di privacy. Il gold standard della ricerca comparativa è invece sperimentale⁵⁵: in particolare la produzione di prove di *effectiveness* identifica il disegno ideale nei trial pragmatici⁵⁶, solo occasionalmente finanziati in Italia con fondi pubblici.
- I "canali di finanziamento della ricerca sanitaria" non sono primariamente indirizzati a produrre evidenze scientifiche necessarie a chiarire le aree grigie. In particolare, i fondi della ricerca corrente sono destinati esclusivamente agli IRCCS, poco avvezzi alla ricerca comparativa, e quelli della ricerca finalizzata (ad eccezione dei programmi di rete) finanziano prevalentemente ricerca di base e in parte ricerca clinica, mentre la ricerca indipendente AIFA destina solo una quantità limitata di fondi alla ricerca comparativa, peraltro solo relativa ai farmaci. Di conseguenza, le risorse pubbliche oggi disponibili per

⁵⁵ Lauer MS, Collins FS. Using science to improve the nation's health system: NIH's commitment to comparative effectiveness research. JAMA 2010;303:2182-3.

⁵⁶ Zwarenstein M, Treweek S, Gagnier JJ, et al. Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. BMJ 2008;337:a2390.

la ricerca comparativa in grado di fornire evidenze alla definizione dei LEA ammontano al massimo a pochi milioni di euro.

- Non è stato codificato alcun meccanismo che, una volta individuate le aree grigie, permetta di definire le priorità su cui investire il denaro pubblico destinato alla ricerca.

In sintesi, l'analisi dell'Osservatorio GIMBE ha documentato che il DPCM sui nuovi LEA:

- ha soppresso inspiegabilmente i 3 fondamentali principi di *evidence-based policy making* del DPCM 21 novembre 2001;
- non ha previsto alcuna metodologia esplicita per l'inserimento/esclusione delle prestazioni dai LEA;
- tranne poche eccezioni, non prevede "liste negative" di prestazioni, delegando alla Commissione LEA il compito di effettuare il *delisting* delle prestazioni obsolete;
- ha puntato tutto sull'ampliamento delle prestazioni, indipendentemente dal loro *value*;
- non definisce una specifica strategia di finanziamento della ricerca al fine di produrre evidenze per informare l'inclusione/esclusione di prestazioni nei LEA.

La 12^a Commissione Igiene e Sanità Senato della XVII legislatura, facendo proprie alcune riflessioni sollevate in sede di audizione dalla Fondazione GIMBE, ha sottolineato che «in vista del già prefigurato aggiornamento dei LEA 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»⁵⁷. Successivamente, anche il Comitato Nazionale di Bioetica, nel raccomandare una revisione periodica e programmata dei LEA, ha evidenziato la necessità che «tale revisione sia fondata sui criteri dell'evidenza e del rapporto costi-efficacia, pena la conseguente non sostenibilità del sistema, e la dissipazione di risorse pubbliche dovuta all'erogazione gratuita di alcune cure non *evidence-based*, a svantaggio di altre necessarie per la cura dei pazienti»⁵⁸.

3.2.2. Criticità attuative

L'analisi dei commi 1-5 dell'art. 64 (Norme finali e transitorie) dimostra che il DPCM sui nuovi LEA nasce "orfano" di indispensabili documentazioni tecniche e rimanda ad ulteriori atti legislativi dalle tempistiche in parte ignote e imprevedibili, in parte note ma difficilmente applicabili in tutte le Regioni secondo le scadenze previste.

Recepimenti regionali. Ad oggi ben 5 Regioni (Calabria, Sicilia, Puglia, Molise, Trentino-Alto Adige) non hanno ancora formalmente e totalmente recepito il DPCM sui nuovi LEA⁵⁹, un mancato "via libera" ufficiale che può comportare opacità e incertezze nell'offerta di prestazioni.

Nomenclatori tariffari. Il cavallo di battaglia dei nuovi LEA risulta visibilmente "azzoppato" perché i nomenclatori per la specialistica ambulatoriale e protesica sono stati pubblicati in

⁵⁷ Parere 12^a Commissione di Igiene e Sanità al Senato sui Nuovi LEA, 14 dicembre 2016. Disponibile a: www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=SommComm&leg=17&id=999734. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁵⁸ Comitato Nazionale per la Bioetica. In difesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Roma, 26 gennaio 2017. Disponibile a: [http://presidenza.governo.it/bioetica/pdf/P125_2017_In%20difesa%20del%20servizio%20sanitario%20nazionale%20\(SSN\)_IT.pdf](http://presidenza.governo.it/bioetica/pdf/P125_2017_In%20difesa%20del%20servizio%20sanitario%20nazionale%20(SSN)_IT.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁵⁹ Nuovi Lea, Cittadinanzattiva: «Cinque regioni latitanti». Sanità 24, 27 novembre 2017. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2017-11-27/nuovi-lea-cittadinanzattiva-cinque-regioni-latitanti-105923.php?uuid=AEIospID. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Gazzetta Ufficiale senza le corrispondenti tariffe. Infatti, il DPCM non utilizza mai il termine “nomenclatori tariffari” e i commi 2 e 3 dell’art. 64 precisano che l’entrata in vigore dei nomenclatori dell’assistenza specialistica e protesica è subordinata all’operatività dei provvedimenti che fisseranno le tariffe massime delle prestazioni, ovvero un «decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, sentita l’Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome». La pubblicazione in Gazzetta Ufficiale di nomenclatori “orfani” di tariffe configura un paradosso normativo ratificato dal comma 5 dell’art. 64: infatti, se vero è che il DPCM sui nuovi LEA sostituisce integralmente il precedente DPCM 29 novembre 2001, di fatto i nomenclatori tariffari in vigore saranno abrogati solo quando sarà pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto di cui sopra. Ad esempio, i pazienti affetti da malattie croniche non possono ad oggi fruire di numerose prestazioni di specialistica in regime di esenzione ticket: il nuovo elenco delle malattie croniche (allegato 8) prevede infatti l’esenzione per numerose prestazioni specialistiche incluse nel nuovo nomenclatore, che tuttavia non sono al momento erogabili. Per questa ragione è stato predisposto un elenco transitorio (allegato 8-bis), che individua per queste nuove patologie croniche solo le prestazioni specialistiche già presenti nel nomenclatore vigente delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e che cesserà di operare all’entrata in vigore del nuovo nomenclatore. Pertanto, dopo oltre un anno dalla pubblicazione del DPCM sui nuovi LEA, gran parte delle nuove prestazioni non è ancora esigibile, perché la loro reale disponibilità è soggetta alla revisione delle tariffe non ancora approvate dal MEF e l’esigibilità di tali prestazioni è subordinato alla disponibilità delle singole Regioni di erogare le prestazioni in regime extra-LEA.

Rispetto al clamoroso ritardo della pubblicazione dei nomenclatori tariffari, l’Osservatorio GIMBE ha effettuato un monitoraggio specifico, da cui risulta che la progressiva dilatazione dei tempi di pubblicazione dei nomenclatori tariffari è motivata esclusivamente da ragioni tecniche (box 3.3).

Box 3.3. Il ritardo nella pubblicazione dei nomenclatori tariffari

- **26 luglio 2017.** Rispondendo a un’interrogazione parlamentare il Ministro Lorenzin aveva precisato che⁶⁰:
 - Nel febbraio 2016 il Ministero della Salute ha avviato la riconduzione dei 36.000 codici delle prestazioni sanitarie regionali a quelle presenti nel nuovo nomenclatore adottato dal DPCM sui nuovi LEA. Questa attività, molto impegnativa anche per la mancanza di una codifica unica in tutte le Regioni, si è resa necessaria per consentire sia l’analisi della variabilità tariffaria delle prestazioni già erogate dalle Regioni o recepite dal nuovo nomenclatore, sia l’analisi dei costi delle prestazioni per le quali sono stati approntati appositi studi tecnici. Tale attività si è conclusa il 31 marzo 2017.

⁶⁰ Camera dei Deputati. XVII Legislatura. Seduta n. 842 di mercoledì 26 luglio 2017. Question time n. 3-03186 Ministro Lorenzin. Stato di attuazione degli atti applicativi previsti nell’ambito dei nuovi livelli essenziali di assistenza, con particolare riferimento alla definizione delle tariffe per l’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_3_1_1.jsp?lingua=italiano&id=23&label=parlamento&menu=ministro. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

- Successivamente è seguita una fase di consultazione appena conclusa con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale e le società scientifiche, al fine di pervenire all'elaborazione delle prime ipotesi tariffarie sui 2.109 codici di assistenza specialistica ambulatoriale e sui 1.063 codici dell'assistenza protesica. Solo all'esito di un ulteriore confronto con le associazioni di categoria e le società scientifiche sulle modifiche apportate a seguito della consultazione, lo schema di provvedimento sarà trasmesso al MEF per la concertazione tecnica e successivamente alla Conferenza Stato-Regioni e per l'acquisizione dell'intesa.
- Gli adempimenti procedurali saranno completati entro il mese di settembre 2017 e a breve i nuovi LEA potranno essere fruiti in maniera completa e uniforme su tutto il territorio nazionale, anche nella parte relativa alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica.
- **26 ottobre 2017.** In occasione di una ulteriore interrogazione in Commissione Affari Sociali, il sottosegretario Faraone aveva assicurato una “piena fruibilità” dei LEA entro la fine del 2017 visto che, dopo il parere favorevole del 20 ottobre della Commissione Permanente Tariffe, si prevedevano tempi rapidi per gli ultimi passaggi con il Ministero dell'Economia e l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni, anche in virtù del fatto che l'aggiornamento dei LEA era già stato condiviso⁶¹.
- **27 dicembre 2017.** La Legge di Bilancio 2018 (L. 205, art. 1, comma 420) disponeva che, entro il 28 febbraio 2018, fosse adottato il decreto di fissazione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica. Tale decreto avrebbe dovuto essere emanato dal Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni⁶².

Malattie rare. Il DPCM ha ampliato l'elenco delle malattie rare inserendo oltre 110 nuove entità tra singole patologie e gruppi di malattie, precisando al comma 4 dell'art. 64 che le disposizioni in merito sarebbero entrate in vigore 180 giorni dopo la data di pubblicazione del DPCM per consentire alle Regioni di individuare i presidi e i registri regionali e di adeguare le reti. Formalmente, dal 15 settembre 2017 sono in vigore 134 nuovi codici di esenzione relativi ad oltre 200 patologie, ma ancora una volta le prestazioni erogabili sono di fatto limitate a quelle del vecchio nomenclatore⁶³. Rispetto all'adempimento delle reti regionali per le malattie rare, con l'individuazione dei relativi presidi e registri regionali, non è disponibile un monitoraggio istituzionale sistematico, né sono note le azioni previste per tutelare i pazienti con malattie rare nelle Regioni inadempienti. In tal senso, sarebbe opportuno definire standard nazionali, così come recentemente realizzato per i tumori rari⁶⁴.

⁶¹ Nuovi Lea. Faraone: “Pienamente fruibili entro la fine dell'anno”. Quotidiano Sanità, 26 ottobre 2017. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=55205. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁶² XVII Legislatura. Camera dei Deputati. Commissione: XII Affari sociali. I nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA), gennaio 2018. Disponibile a: [www.camera.it/leg17/522?tema=aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza lea](http://www.camera.it/leg17/522?tema=aggiornamento%20dei%20livelli%20essenziali%20di%20assistenza%20lea). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁶³ Osservatorio Malattie Rare in collaborazione con Orphanet-Italia. Malattie rare: guida alle nuove esenzioni. L'aggiornamento dei LEA e l'entrata in vigore del DPCM 12 gennaio 2017. Disponibile a: www.osservatoriomalattierare.it/documenti/category/7-documenti-vari?download=387:guida-alle-nuove-esenzioni-per-le-malattie-rare-settembre-2017. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁶⁴ Intesa 21 settembre 2017. Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR).

Individuazione di limiti e modalità di erogazione delle prestazioni. La definizione di criteri di erogazione uniformi su tutto il territorio nazionale è rinviata a successivi accordi sanciti dalla Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministro della Salute per dispositivi monouso (art. 12) e assistenza protesica (art. 19). Inoltre, anche le linee di indirizzo finalizzate a garantire percorsi assistenziali integrati domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali afferenti all'area sanitaria e a quella dei servizi sociali (art. 21) dovranno essere definite con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata. Lo stesso Accordo, anche con l'apporto delle autonomie locali, dovrà definire le modalità di utilizzo delle risorse dedicate all'integrazione sociosanitaria, anche con riferimento al fondo per le non autosufficienze. Nessuno di tali accordi è disponibile alla data di pubblicazione del presente Rapporto.

Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN. Istituita dalla Legge di Stabilità 2016 (art. 1, comma 556), la Commissione LEA si è insediata l'11 ottobre 2016 presso il Ministero della Salute con l'obiettivo di aggiornare continuamente i LEA, proponendo l'esclusione di prestazioni, servizi o attività divenuti obsoleti e suggerendo l'inclusione di prestazioni innovative ed efficaci, al fine di mantenere allineati i LEA all'evoluzione delle conoscenze scientifiche. I compiti della Commissione sono stati definiti dall'art. 2 dell'Intesa Stato-Regioni di approvazione dello schema di aggiornamento dei LEA. Il 25 gennaio 2017, la Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome aveva puntualizzato che la Commissione LEA aveva già iniziato a lavorare tramite tre gruppi di lavoro: adroterapia, modifica dei 108 DRG potenzialmente inappropriati, *delisting* delle prestazioni⁶⁵. Tuttavia, se l'Intesa impegnava la Commissione a formulare entro il 28 febbraio 2017 la proposta di aggiornamento dei LEA per il 2017, con la conseguente adozione del provvedimento di revisione entro il 15 marzo 2017, entrambe le scadenze non sono state rispettate. Nel frattempo, per la necessità di mettere a punto uno strumento metodologico per guidare l'inserimento/esclusione delle prestazioni dai LEA è stato coinvolto l'Istituto Superiore di Sanità. In ogni caso, la Commissione LEA ha mancato anche la scadenza del 28 febbraio 2018, visto che alla data di pubblicazione del presente Rapporto non è disponibile alcun aggiornamento dei LEA, contrariamente a quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017.

3.2.3. Criticità relative al monitoraggio

Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia LEA. Il Ministero della Salute pubblica questo report annuale per il monitoraggio e la verifica dell'effettiva erogazione delle prestazioni, utilizzato anche per identificare le Regioni da rinviare al Piano di rientro. L'Osservatorio GIMBE rileva l'inaccettabile ritardo con cui vengono pubblicati gli adempimenti:

- anno 2013: report datato luglio 2015, pubblicato il successivo 12 novembre⁶⁶;
- anno 2014: report datato giugno 2016, pubblicato il 13 marzo 2017⁶⁷;

⁶⁵ Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Scadenze – Intesa DPCM LEA. Disponibile a: www.camera.it/temiap/allegati/2017/01/31/OCD177-2714.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁶⁶ Ministero della Salute. Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia LEA 2013. Direzione generale della programmazione sanitaria, luglio 2015. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2408_allegato.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁶⁷ Ministero della Salute. Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia LEA 2013. Direzione generale della programmazione sanitaria, giugno 2016. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2581_allegato.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

- anno 2015: report datato luglio 2017, pubblicato il 12 ottobre 2017⁶⁸;
- anno 2016: report non ancora disponibile.

Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. L'art. 10 del Patto per la Salute 2014-2016 sanciva un'evoluzione degli strumenti di monitoraggio e verifica dell'erogazione omogenea dei LEA: in particolare al comma 7 prevedeva «l'approvazione della metodologia di monitoraggio del sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria», ovvero un sistema descrittivo di indicatori di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati di tutte le Regioni, comprese quelle a statuto speciale e le PA di Trento e Bolzano. Tale intenzione è stata confermata dal Ministero della Salute, sia con l'Atto di indirizzo 2018, dove si legge che «il Ministero porterà a regime il nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, in linea con quanto riportato nel Patto per la Salute 2014-2016, con l'obiettivo di applicare e mantenere un sistema unico di monitoraggio, incentivazione e valutazione della garanzia di erogazione dei LEA rivolto a tutte le Regioni e le Province autonome»⁶⁹, sia con la "Direttiva generale 2018 per l'attività amministrativa e la gestione del Ministero della Salute" che indica come obiettivi il completamento e la messa a regime del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA (NSG)⁷⁰.

Il 18 maggio 2018 il Ministero della Salute ha trasmesso al Dipartimento per gli Affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri la proposta di decreto interministeriale concernente l'adozione del NSG per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria che configura il nuovo sistema di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria erogata dai soggetti pubblici e privati in tutte le Regioni del Paese⁷¹. La finalità prioritaria è di mettere in relazione i LEA erogati con una valutazione multidimensionale della qualità dell'assistenza (sicurezza, efficacia, appropriatezza clinica e organizzativa, equità, partecipazione di cittadini e pazienti, efficienza), utilizzando 88 indicatori relativi alla valutazione di:

- Macro-livelli di assistenza (n. 73)
 - prevenzione collettiva e sanità pubblica (n. 16)
 - assistenza distrettuale (n.33)
 - assistenza ospedaliera (n.24)
- Monitoraggio di PDTA (n.10)
- Contesto per la stima del bisogno sanitario (n.4)
- Equità sociale (n.1)
- Qualità percepita e umanizzazione delle cure (n. 0)⁷²

⁶⁸ Ministero della Salute. Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia LEA 2013. Direzione generale della programmazione sanitaria, luglio 2017. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁶⁹ Ministero della Salute. Atto di indirizzo per l'individuazione delle priorità politiche per l'anno 2018. Settembre 2017. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2642. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁷⁰ Ministero della Salute. Direttiva generale per l'attività amministrativa e la gestione (ai sensi degli articoli 4 e 14 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165). Anno 2018: pag 34. Gennaio 2018. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2687_allegato.pdf. Ultimo accesso: 1° giugno 2018.

⁷¹ Intesa, ai sensi dell'articolo 9 del D.lgs. n. 56, n. 2000, sullo schema di decreto interministeriale del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria". Disponibile a: www.statoregioni.it/Documenti/DOC_064856_6705.pdf. Ultimo accesso: 1° giugno 2018.

⁷² Per questa dimensione, riportata nella proposta di decreto, non vengono individuati specifici indicatori nelle relative tabelle.

Una volta approvato, il decreto dovrebbe entrare in vigore dal 1° gennaio 2019: tuttavia, al momento della pubblicazione del presente Rapporto è difficile stimare sia i tempi di approvazione, sia il superamento definitivo dell'attuale griglia LEA. La preoccupazione è che l'eccellente lavoro tecnico non trovi in alcune Regioni adeguati sistemi informativi in grado di raccogliere tutti gli indicatori previsti, che entrano molto nel merito dell'erogazione di percorsi e processi assistenziali al fine di identificare in maniera precisa gli ambiti di miglioramento.

3.2.4. Conclusioni

Se il DPCM sui nuovi LEA rimanda ad ulteriori atti legislativi da concordare con Regioni e Province Autonome, l'assenza di una precisa tabella di marcia sta condizionando in maniera rilevante la fruibilità dei nuovi LEA in maniera uniforme sul territorio nazionale e, a 14 mesi dalla pubblicazione del DPCM, l'accessibilità alla maggior parte delle prestazioni incluse nei nuovi LEA resta ancora un lontano miraggio. In particolare, se era già prevista un'entrata in vigore dei nuovi LEA progressiva e legata ad una verifica da parte delle Regioni della loro sostenibilità economica, il considerevole ritardo nella pubblicazione dei nomenclatori tariffari senza alcun pressing da parte degli interlocutori istituzionali (*in primis* le Regioni) alimenta il sospetto che manchi un'adeguata copertura economica e, magari, si attenda un consistente sfoltoimento delle prestazioni da parte della Commissione LEA al fine di assicurare la compatibilità tra risorse disponibili e prestazioni da erogare in maniera omogenea sul territorio nazionale. Infatti, la sostenibilità economica dei nuovi LEA, oltre ad essere stata verosimilmente sottostimata, si è ulteriormente ridotta prima con il DM 5 giugno 2017 che ha rideterminato il finanziamento del SSN e successivamente con le previsioni del DEF 2018, secondo il quale quota consistente del finanziamento pubblico del 2018 (circa € 1 miliardo) "dovrebbe" essere destinato ai rinnovi contrattuali.

In uno scenario caratterizzato da un progressivo definanziamento pubblico che fa scricchiolare anche le performance delle Regioni più virtuose e nella consapevolezza che quelle "dissennate" non adempiono neppure all'erogazione dei "vecchi LEA", il grande traguardo politico dei nuovi LEA rischia di trasformarsi in una illusione collettiva con gravi effetti collaterali: allungamento delle liste d'attesa con spostamento della domanda verso il privato e aumento della spesa out-of-pocket sino alla rinuncia alle cure.

Considerato che il DEF 2018 esclude per i prossimi 3 anni un consistente rilancio del finanziamento pubblico, la Commissione Nazionale LEA non può limitarsi al *delisting* delle prestazioni obsolete (solo una piccola percentuale di quelle dal *value* basso o negativo), ma deve rivalutare complessivamente tutte quelle inserite nei LEA, facendo esplicito riferimento a un metodo rigoroso basato sulle evidenze e sul *value* (§ 3.2.1), al fine di effettuare un "consistente sfoltoimento". Oggi, infatti, la necessità di estendere oltre ogni limite il consenso professionale e sociale ha generato un inaccettabile paradosso che testimonia una programmazione sanitaria sganciata da quella finanziaria: infatti, rispetto agli altri paesi europei, i cittadini italiani dispongono sulla carta del "paniere LEA" più ricco, ma al tempo stesso il finanziamento pubblico è agli ultimi posti. In altre parole, nell'impossibilità di aumentare il finanziamento pubblico, per far fronte alla continua immissione sul mercato di innovazioni, solo escludendo dai LEA prestazioni dal basso *value* potrà esserne garantita sostenibilità e omogeneità. Peraltro, soltanto un consistente sfoltoimento dei LEA permetterebbe di porre le basi per una riforma della

“sanità integrativa”, che negli anni è divenuta “sostitutiva” (§ 3.4.), perché di fatto non rimane molto da integrare rispetto a quanto, solo potenzialmente, già offerto dal SSN.

Definire i LEA a livello centrale senza un’adeguata copertura finanziaria rappresenta una miccia che può riaccendere il conflitto istituzionale Stato-Regioni e ribaltare, a cascata, le responsabilità sulle aziende sanitarie e sui professionisti sanitari, con inevitabili ripercussioni, su cittadini, pazienti e famiglie, in particolare sulle fasce socio-economiche più deboli, rendendo evanescente il ruolo della Repubblica nel tutelare la salute delle persone.

3.3. Sprechi e inefficienze

Dopo i riferimenti culturali che hanno caratterizzato la sanità degli scorsi decenni (efficacia negli anni '70-'80, EBM e costo-efficacia negli anni '90, qualità e sicurezza negli anni 2000), oggi la crisi di sostenibilità dei sistemi sanitari, in particolare quelli a finanziamento prevalentemente pubblico⁷³, impone di riconoscere nel *value* il driver della sanità del XXI secolo^{74,75}. Il *value*, definito da Michael Porter come il «ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità»⁷⁶, risulta dal rapporto tra outcome di salute rilevanti per il paziente (esiti favorevoli – effetti avversi) e costi sostenuti e può essere stimato a vari livelli: intero percorso assistenziale, singolo intervento sanitario, tempo/uomo, etc.

Se nella sua originale formulazione il concetto di outcome includeva 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), oggi il dibattito tra gli stakeholder verte su due posizioni antitetiche⁷⁷: produttori di farmaci e tecnologie mirano ad estendere i “criteri di inclusione” del numeratore, considerando outcome non strettamente correlati alla salute del paziente; finanziatori pubblici e privati sottolineano invece la necessità di espandere i “criteri di inclusione del denominatore”, includendo non solo i costi diretti, ma anche quelli indiretti, inclusi quelli ambientali.

Nonostante ormai in Italia venga comunemente utilizzato il termine “valore”, il Rapporto GIMBE continua ad utilizzare il termine *value*, in quanto la traduzione italiana potrebbe introdurre variabili di giudizio soggettive tra diverse categorie di stakeholder: peraltro valori e preferenze, in particolare di cittadini e pazienti, devono essere presi in considerazione per “modulare” il *value* nella dimensione personale⁷⁸, in linea con l’articolazione del concetto di *value* in tre dimensioni (allocativa, tecnica e personale) secondo quanto proposto da Sir Muir Gray⁷⁹.

⁷³ Silenzi A, Boccia S. Value-based Healthcare as a solution for the future of publicly funded healthcare systems. *Epidemiology Biostatistics and Public Health* 2017;14: e12702-1. Disponibile a: <https://ebph.it/article/view/12702>. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁷⁴ Gray M. Value based healthcare. *BMJ* 2017;356:j437.

⁷⁵ Porter, ME, Lee, TH. From volume to value in health care: the work begins. *JAMA* 2016;316:1047-1048.

⁷⁶ Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010;363:2477-81.

⁷⁷ Health Technology Assessment International (HTAi). HTA and Value: Assessing value, making value-based decisions, and sustaining innovation. February 2013.

⁷⁸ Jones S, Barlow D, Smith D, et al. Personalised and population healthcare for higher value. *J R Soc Med* 2018;111:84-87.

⁷⁹ Gray M, Jani A. Promoting Triple Value Healthcare in Countries with Universal Healthcare. *Healthc Pap*. 2016;15:42-8.

Confermando quanto riportato nelle precedenti edizioni il presente Rapporto fa riferimento alla definizione di Taiichi Ohno – padre del sistema di produzione della Toyota – secondo cui «gli sprechi sono generati da attività che consumano risorse senza generare *value*»⁸⁰. In sanità, dunque, tutti i processi (clinici, organizzativi, amministrativi, etc.) che non migliorano la salute delle persone generano sprechi, anche se la loro esistenza è motivata da nobili motivazioni (occupazione, qualità percepita, consenso professionale e sociale, etc.).

Nel 2014, al fine di guidare Governo, Regioni, aziende sanitarie e professionisti nel processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze quale strategia irrinunciabile per contribuire alla sostenibilità del SSN, la Fondazione GIMBE ha adattato al contesto nazionale la tassonomia elaborata da Don Berwick⁸¹; quindi, facendo riferimento ad alcune stime fornite da Istituzioni e organizzazioni nazionali, ha definito il potenziale impatto delle sei categorie di sprechi sul SSN. Tale stima, riportata nel primo Rapporto GIMBE, è stata confermata nel gennaio 2017 dai dati OCSE del report *Tackling Wasteful Spending on Health*⁸² che ha lanciato un monito molto chiaro: le evidenze sugli sprechi in sanità sono inequivocabili e non è più tempo di disquisire sulla loro esistenza, ma bisogna agire senza indugi. Secondo l'OCSE, infatti, circa il 20% della spesa sanitaria apporta un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone: considerato che almeno il 9% del PIL (di cui almeno 3/4 di spesa pubblica) viene investito in sanità e che gli sprechi si annidano a tutti i livelli (politica, management, aziende sanitarie, professionisti sanitari, pazienti), tutti gli stakeholder sono chiamati oggi a trovare soluzioni adeguate per ridurre gli sprechi “con precisione chirurgica”. Il report OCSE, in maniera estremamente pragmatica, considera sprechi sia le risorse erose da servizi e processi dannosi e/o che non determinano alcun beneficio, sia i costi che potrebbero essere evitati utilizzando alternative meno costose che producono gli stessi benefici. Di conseguenza, in maniera altrettanto concreta, identifica due strategie per ridurre gli sprechi:

- smettere di fare cose che non generano *value*;
- utilizzare, se esistono, alternative di efficacia/sicurezza sovrapponibili, ma dal costo inferiore.

Infine, mettendo in relazione errori, responsabilità e decisioni inadeguate degli stakeholder, criticità organizzative, disallineamento dei sistemi premianti e frodi intenzionali, l'OCSE identifica tre macro-categorie di sprechi: *wasteful clinical care*, *operational waste*, *governance-related waste*.

La tassonomia GIMBE è perfettamente sovrapponibile alle categorie di sprechi identificate dall'OCSE, fatta eccezione per la categoria del sotto-utilizzo, verosimilmente non presa in considerazione dall'OCSE perché corrisponde a sprechi indiretti, indotti dal peggioramento degli outcome di salute conseguente all'*underuse* di interventi sanitari dal *value* elevato. In particolare, la *wasteful clinical care* si identifica con il sovra-utilizzo, l'*operational waste* con gli acquisti a costi eccessivi e l'inadeguato coordinamento dell'assistenza, il *governance-related waste* alle complessità amministrative, mentre frodi e abusi possono di fatto essere considerati trasversali a tutte le categorie.

⁸⁰ Ohno T. Toyota Production System: Beyond Large-scale Production, Productivity Press Inc, 1995.

⁸¹ Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-6.

⁸² OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing: Paris 2017.

Nel corso dell'ultimo anno la tassonomia GIMBE e, in particolare, le stime sugli sprechi, sono state al centro di un acceso dibattito⁸³ con posizioni molto diverse: da chi ha bocciato senza appello presupposti metodologici e stime⁸⁴, a chi ha espresso scetticismo sulle cifre⁸⁵, a chi invece l'ha indicata come riferimento irrinunciabile per il salvataggio della sanità pubblica⁸⁶ grazie all'identificazione delle aree e delle strategie da cui recuperare risorse per riallocare⁸⁷.

Considerato che la Fondazione GIMBE non ha mai replicato puntualmente alle critiche, il presente Rapporto rappresenta l'occasione per formulare alcune precisazioni:

- L'obiettivo della tassonomia GIMBE è delineare il perimetro e le macro-categorie di sprechi e inefficienze in sanità, identificare gli strumenti necessari per avviare un virtuoso processo di disinvestimento e riallocazione e monitorare normative e azioni finalizzate a raggiungere questo irrinunciabile obiettivo per la sostenibilità. Viceversa, a catalizzare l'attenzione delle critiche – non sempre scevre da interessi in conflitto – è stata più l'entità delle cifre (che hanno comunque un margine di variabilità del $\pm 20\%$), che le eventuali criticità della tassonomia (definizioni, sovrapposizioni e interazioni, interventi necessari).
- Il presunto errore metodologico secondo cui le stime GIMBE sugli sprechi risulterebbero da un confronto diretto con il sistema sanitario degli USA è facilmente confutabile: il fatto che il titolo dell'articolo di Berwick utilizzato per elaborare la tassonomia GIMBE sia *Eliminating waste in US health care* e che l'autore abbia applicato le categorie di sprechi alla spesa sanitaria USA non pregiudica l'applicabilità ad altri contesti della tassonomia, ormai un riferimento internazionale per molti paesi. Peraltro, a chi fa riferimento all'enorme divario della spesa sanitaria pro-capite tra USA e Italia, va ricordato che mentre le stime di Don Berwick sono applicate alla spesa sanitaria totale, quelle GIMBE solo alla spesa pubblica.
- La stima totale degli sprechi potenzialmente recuperabili (20% della spesa sanitaria) è stata effettuata dall'OCSE che, pur includendo paesi con sistemi sanitari e PIL diversi, non ha mai ritenuto opportuno "aggiustare" la stima percentuale in relazione a tali differenze. In altre parole, l'OCSE invita tutti i paesi a mettere in atto strategie per ridurre gli sprechi perché almeno il 20% della spesa sanitaria, indipendentemente dal suo valore assoluto, può essere riqualificata.
- Una delle principali motivazioni per confutare le stime GIMBE sarebbe l'impossibile coesistenza di oltre € 20 miliardi di sprechi con un servizio sanitario che produce risultati eccellenti in termini di salute e con un finanziamento pubblico molto contenuto. Le spiegazioni sono fondamentalmente due: la prima è che gli esiti di salute nei paesi ricchi solo per il 10% dipendono dalla qualità dell'assistenza sanitaria^{88,89}; la seconda è

⁸³ Marro E. Sanità: 22,5 miliardi di sprechi. Corriere della Sera, 12 giugno 2017. Disponibile a: www.gimbe.org/rassegna_stampa/20170612_Corriere_della_Sera_Rapporto_GIMBE.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁸⁴ Montemurro D, et al. I 'molti' dubbi sui reali sprechi in sanità. Lo studio Anao Assomed. Quotidiano Sanità, 18 ottobre 2017. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=54885. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁸⁵ Fassari C. Sulla sanità troppi numeri farlocchi sparati ad "alzo zero". Quotidiano Sanità, 14 giugno 2017. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=51722. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁸⁶ Geddes da Filicaia M. Strategie per contenere la spesa sanitaria. Ridurre gli sprechi. In: La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, marzo 2018; pag 106-114.

⁸⁷ Geddes da Filicaia M. Parola chiave. Risparmio. Care 2018 (2): 22-24. Disponibile a: <http://careonline.it/2018/04/risparmio>. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁸⁸ World Health Organization. Health Impact Assessment (HIA). Determinant of health. Disponibile a: www.who.int/hia/evidence/doh. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

che il definanziamento pubblico degli ultimi anni è stato prevalentemente scaricato sul personale sanitario dipendente e convenzionato, come attesta il trend 2004-2016 completamente “piatto” riportato dalla Ragioneria Generale dello Stato⁹⁰. Sprechi e inefficienze riguardano, invece, prevalentemente beni e servizi (oltre che processi e procedure non facilmente monetizzabili), per i quali nello stesso periodo la spesa è aumentata.

- Due note sulla reazione istituzionale dell’allora Ministro Lorenzin, che ha etichettato “azzardati” i numeri delle stime GIMBE⁹¹: una presentazione ufficiale del Ministero della Salute⁹² stimava tra 9 e 10 miliardi di euro il costo della medicina difensiva, facendo riferimento a diverse fonti (stime della Commissione parlamentare d’inchiesta sugli errori sanitari, indagine Agenas⁹³, indagine dell’OMCeO di Roma⁹⁴). Lo stesso Ministro, preparando il terreno per la legge sulla responsabilità professionale, affermava che «gli esami diagnostici inutili legati alla medicina difensiva costano 13 miliardi di euro l’anno»⁹⁵ e dopo la sua approvazione confermava che «la spesa per la medicina difensiva è stata cubata tra i 10 e i 13 miliardi»⁹⁶. A fronte di queste stime, di gran lunga più “azzardate”, il precedente rapporto GIMBE attribuiva solo € 6,75 miliardi alla categoria di sprechi da “sovra-utilizzo”, peraltro solo in parte alimentati dalla medicina difensiva.

Per quanto sopra e anche in ragione dei feedback ricevuti attraverso la consultazione pubblica del precedente Rapporto, la Fondazione GIMBE prende atto di tutte le critiche costruttive e conferma la validità dell’approccio.

Per l’anno 2017 la stima di sprechi e inefficienze è di € 21,59 miliardi (19% della spesa sanitaria) sul consuntivo di € 113,599 miliardi di spesa sanitaria pubblica, riportato nel corso dell’audizione sul DEF 2018 della Corte dei Conti presso le Commissioni speciali della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica⁹⁷. Si è ritenuto opportuno riportare il margine di variabilità ($\pm 20\%$) anche per la stima totale: sprechi e inefficienze possono dunque erodere tra € 17,27 e € 25,91 miliardi, ovvero il 17-21% della spesa sanitaria pubblica (tabella 3.2).

⁸⁹ Institute for the future (ITF), Health and Healthcare 2010. The forecast, The challenge. Jossey Bass, Princeton, 2003.

⁹⁰ MEF – Ragioneria dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 4, 2017. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2017/IMDSS-RS2017.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁹¹ Beatrice Lorenzin: «Vi spiego i numeri della Sanità italiana». Corriere della Sera, 14 giugno 2017. Disponibile a: www.corriere.it/cronache/17_giugno_13/beatrice-lorenzin-vi-spiego-numeri-sanita-italiana-b17fd566-5081-11e7-a437-ba458a65274a.shtml. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁹² Ministero della Salute. Medicina difensiva. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1994_listaFile_itemName_0_file.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁹³ Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Medicina difensiva: quanto ci costa? 20 novembre 2014. Disponibile a: www.agenas.it/medicina-difensiva-quanto-ci-costa. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁹⁴ Centro Studi Federico Stella. Il problema della medicina difensiva: una proposta di riforma. Dicembre 2008. Disponibile a: www.collegiochirurgi.it/public/sceltipervoi/medicina_difensiva.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁹⁵ Lorenzin: “Esami inutili legati a medicina difensiva ci costano 13 mld di euro l’anno. Al lavoro su norme per evitare gli sprechi”. Quotidiano Sanità, 12 marzo 2015. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=26554. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁹⁶ Senato della Repubblica. Presentazione del Rapporto 2017 della Corte dei conti sul coordinamento della finanza pubblica. 5 aprile 2017. Disponibile a: www.youtube.com/watch?v=Ph1goawogP8&feature=youtu.be&t=1h25m10s. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

⁹⁷ Audizione della Corte dei conti sul Documento di economia e finanza 2018 presso le Commissioni bilancio riunite del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati. Roma, 8 maggio 2018, pag 30. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2018/audizione_08_05_2018.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Categoria	%	Mld €	±20%
1. Sovra-utilizzo	30	6,48	5,18 – 7,77
2. Frodi e abusi	22	4,75	3,80 – 5,70
3. Acquisti a costi eccessivi	10	2,16	1,73 – 2,59
4. Sotto-utilizzo	15	3,24	2,59 – 3,89
5. Complessità amministrative	11	2,37	1,90 – 2,85
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	12	2,59	2,07 – 3,11
TOTALE	100	21,59	17,27 – 25,91

Tabella 3.2. Stima degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica 2017

La rivalutazione delle stime riportate nel presente Rapporto ha tenuto conto dell'impossibilità di stimare puntualmente l'impatto delle varie normative e iniziative messe in campo per ridurre gli sprechi (cfr. tabelle 1, 2, 3, 4, 5, 6), ma anche della ragionevole certezza che alcuni risultati siano già stati raggiunti. L'impatto complessivo degli sprechi è stato pertanto ridotto di un punto percentuale (dal 20% al 19%) con un recupero stimato di oltre € 1,3 miliardi nel 2017, distribuiti in maniera uniforme per ciascuna categoria di sprechi.

3.3.1. Sovra-utilizzo

Consistenti evidenze scientifiche documentano oggi l'*overuse* di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal *low value* a tutti i livelli dell'assistenza, da parte di tutte le professioni sanitarie e discipline specialistiche⁹⁸: farmaci, interventi terapeutici, test di screening e diagnostici, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri. È fondamentale rilevare che il sovra-utilizzo di prestazioni inappropriate, in particolare quelle diagnostiche, non è imputabile solo alla medicina difensiva, alla quale si affiancano altre determinanti⁹⁹: l'ipotrofia del ragionamento ipotetico-deduttivo e il prevalere della strategia diagnostica esaustiva, le perverse logiche di finanziamento e incentivazione di aziende e professionisti basate sulla produzione (non sull'appropriatezza) delle prestazioni, la medicalizzazione della società che genera continui atti di fede per la tecnologia, le crescenti aspettative di cittadini e pazienti per una medicina mitica e una sanità infallibile, il continuo turnover delle tecnologie con l'immissione sul mercato di false innovazioni, decisioni e prescrizioni non sempre immuni da conflitti di interesse, sentenze giudiziarie discutibili e avvocati senza scrupoli che contribuiscono a incrementare il contenzioso medico-legale.

Pertanto, considerata la natura multifattoriale del sovra-utilizzo, è utopistico ipotizzare che la legge sulla responsabilità professionale¹⁰⁰ da sola possa ridurre in maniera consistente questa categoria di sprechi.

⁹⁸ Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet* 2017;390:156-168.

⁹⁹ Cartabellotta A. Less is more: un approccio di sistema alla medicina difensiva. *Quaderni di Monitor* 2015, pagg. 18-27.

¹⁰⁰ Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

SOVRA-UTILIZZO	
Definizione	Prescrizione/erogazione di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) i cui potenziali rischi sono maggiori dei benefici (<i>value</i> negativo), i benefici sono minimi rispetto ai costi sostenuti (<i>value</i> basso) oppure i benefici non sono noti (<i>value</i> sconosciuto) ¹⁰¹ .
Determinanti	Offerta di servizi, comportamenti professionali, aspettative di cittadini e pazienti.
Stima spreco	€ 6,48 miliardi (range € 5,18 - 7,77)
Tassonomia	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi sanitari dal <i>value</i> negativo: le evidenze documentano rischi maggiori dei benefici • Interventi sanitari dal <i>value</i> basso: le evidenze li documentano come inefficaci, efficaci ma inappropriati, efficaci e appropriati ma dai costi eccessivi rispetto alle alternative) • Interventi sanitari dal <i>value</i> sconosciuto: evidenze assenti e/o di scarsa qualità e/o discordanti, e/o profilo rischio-beneficio non noto
Esempi	<ul style="list-style-type: none"> • Farmaci: antibiotici nelle infezioni virali delle vie respiratorie, inibitori della pompa protonica in soggetti con dispepsia non ulcerosa, chemioterapia in pazienti terminali • Screening: carcinoma tiroide • Diagnostici: check-up periodici, esami preoperatori in pazienti classi ASA 1 e 2, TC/RM nella lombalgia senza segni di allarme (<i>red flags</i>) e prima di 4-6 settimane, TC/RM nella cefalea, coronarografia, colonscopie post-polipectomia • Interventi terapeutici: parti cesarei senza indicazione clinica, artroscopia "terapeutica" nell'artrosi del ginocchio, angioplastiche coronariche, protesi d'anca e di ginocchio e isterectomie inappropriate • Organizzativi: ospedalizzazioni e accessi al pronto soccorso inappropriati • Palliativi: gastrostomia endoscopica percutanea
Normative ¹⁰²	<ul style="list-style-type: none"> • DPCM 12 gennaio 2017 sui Nuovi LEA: All. 4a, All. 4b, All. 4c. Condizioni di erogabilità/indicazioni appropriatezza prescrittiva, All. 6a. DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria, All. 6b. Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery, trasferibili in regime ambulatoriale • L. 24/2017, art. 5. Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida • Programma Nazionale HTA dispositivi medici¹⁰³ • DM 27 febbraio 2018. Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)
Iniziative	<ul style="list-style-type: none"> • Choosing Wisely Italy¹⁰⁴ • Choosing Wisely¹⁰⁵

Tabella 3.3. Sprechi da sovra-utilizzo

¹⁰¹ Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA 1998; 280: 1000-05.

¹⁰² Il DM 70/2015 (sezione volumi ed esiti) e il DM 21 giugno 2016 (allegato B) potrebbero avere come effetto paradosso l'overuse di interventi ospedalieri con il fine di raggiungere i volumi minimi di attività.

¹⁰³ Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici. Disponibile a: www.statoregioni.it/Documenti/DOC_060346_Rep%20n%20157%20csr%20Punto%203%20odg.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁰⁴ Choosing Wisely Italy. Pratiche a rischio di inappropriatezza raccomandate da società scientifiche e associazioni professionali italiane. Disponibile a: www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁰⁵ Choosing Wisely. Disponibile a: www.choosingwisely.org. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

3.3.2. Frodi e abusi

L'Italia occupa posizioni non invidiabili relative alla corruzione nell'ambito delle attività economiche e produttive: lo score di 50 conquistato nel *Transparency Corruption Perceptions Index 2017* ci colloca al 58° posto nel mondo su 180 paesi, al 30° posto tra i 35 paesi dell'OCSE e al 25° tra i 31 dell'Europa¹⁰⁶. Ovviamente, il problema della corruzione interessa ampiamente il settore sanitario, caratterizzato da un inestricabile mix di complessità, incertezze, distorsione delle informazioni scientifiche, qualità poco misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche. Tutti questi fattori rendono il sistema poco controllabile e hanno favorito negli anni il radicarsi di una vasta rete di malaffare: ingenti quantità di denaro vengono esposte a condizionamenti impropri, che determinano varie tipologie di frodi, abusi e illeciti e comportamenti opportunistici, erodendo risorse preziose al SSN. Uno studio effettuato da ISPE sanità nel 2014 ha stimato un'erosione di risorse di circa 6,4 miliardi di euro in sanità¹⁰⁷, mentre il secondo rapporto "Curiamo la corruzione" stima un impatto tra € 4,3 mld e € 9,2 mld¹⁰⁸. Nonostante le dichiarazioni sull'esistenza ed estrema gravità dei fenomeni corruttivi in sanità, Raffaele Cantone – Presidente dell'Autorità Nazionale anti-Corruzione (ANAC) – ha sempre messo in dubbio l'affidabilità di qualsiasi stima sui costi della corruzione.

FRODI E ABUSI	
Definizione	Risorse erose direttamente o indirettamente da fenomeni corruttivi e/o da comportamenti opportunistici influenzati da conflitti di interesse, che non necessariamente configurano reato o illecito amministrativo.
Determinanti	Conflitti di interesse, attitudine a comportamenti illeciti, assenza di etica professionale, minimizzazione del fatto illecito.
Stima spreco	€ 4,75 mld (€ 3,80 – 5,70 mld)
Tassonomia¹⁰⁹	<ol style="list-style-type: none"> 1. Policy making e governance del sistema sanitario 2. Regolamentazione del sistema sanitario 3. Ricerca biomedica 4. Marketing e promozione di farmaci, dispositivi e altre tecnologie sanitarie 5. Acquisto di beni e servizi 6. Distribuzione e stoccaggio di prodotti 7. Gestione delle risorse finanziarie 8. Gestione delle risorse umane 9. Erogazione dei servizi sanitari

¹⁰⁶ Transparency International. Corruption perceptions index 2017. Disponibile a: www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2017. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁰⁷ ISPE Sanità. Libro Bianco sulla [Corruption in Sanità. Settembre 2014. Disponibile a: www.ispe-sanita.it/1/upload/ispe_libroweb18settembre.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁰⁸ Transparency International Italia, in collaborazione con Censis, ISPE Sanità e RiSSC. Report 2017. Curiamo la corruzione: percezione rischi e sprechi in sanità. Aprile 2017. Disponibile a: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/transparency-curiamo/pdf-sito-produzione/report-curiamo-la-corruzione-2017.pdf>. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁰⁹ Tassonomia GIMBE di frodi e abusi in sanità. Appendice 1 in: 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del SSN. Giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/tassonomia_frodi_abusi. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Esempi	Influenze illecite sulle politiche sanitarie, selezione inadeguata di prodotti, utilizzo improprio dei fondi assegnati per la ricerca, modifiche improprie delle soglie di malattia, acquisti non necessari, immissione sul mercato di prodotti contraffatti o con standard inadeguati, evasione dei ticket sanitari per reddito, selezione/rimozione arbitraria di personale, utilizzo a fini privati di strutture, attrezzature, prodotti e ore lavorative pubblici.
Normative	<ul style="list-style-type: none"> • Protocollo d'intesa tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali del 5 novembre 2014¹¹⁰ • Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) Legge 6 novembre 2012 n. 190 • Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015. Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione • Protocollo di intesa tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione e il Ministero della Salute del 21 aprile 2016¹¹¹ • Atto integrativo del protocollo di intesa del 21 aprile 2016 tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e il Ministero della Salute del 26 luglio 2016¹¹² • Delibera n. 831 del 3 agosto 2016. Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 • Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN del 20 settembre 2016¹¹³ • Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017. Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione
Iniziative	<ul style="list-style-type: none"> • Transparency International¹¹⁴ • Illuminiamo la Salute¹¹⁵ • Curiamo la Corruzione¹¹⁶ • ISPE Sanità¹¹⁷

Tabella 3.4. Sprechi da frodi e abusi

¹¹⁰ Protocollo d'intesa tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Roma, 5 novembre 2014. Disponibile a: www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/DigitalAssets/pdf/protocolli/ProtoAnac_Agenas05.11.14.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹¹¹ Protocollo di intesa tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione e il Ministero della Salute. Roma, 21 aprile 2016. Disponibile a: www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/DigitalAssets/anacdocs/Attivita/ProtocolliIntesa/prot.anac.min.salute.21.04.16.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹¹² Atto integrativo del protocollo di intesa del 21 aprile 2016 tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e il Ministero della Salute. Roma, 26 luglio 2016. Disponibile a: www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/ProtocolliIntesa/2016/atto.integrativo.prot.anac.salute.agenas.21.06.2016.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹¹³ Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN. Ministero della Salute, ANAC, AgeNaS, 20 settembre 2016. Disponibile a: www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/ConsultazioniOnline/20161031/LGCodiciComportamentoSSN.31.10.16.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹¹⁴ Transparency International. Disponibile a: www.transparency.org/topic/detail/health. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹¹⁵ Illuminiamo la Salute. Disponibile a: www.illuminiamolasalute.it. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹¹⁶ Curiamo la Corruzione. Disponibile a: www.curiamolacorruzione.it. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹¹⁷ ISPE - Istituto per la promozione dell'etica in sanità. Disponibile a: www.ispe-sanita.it. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

3.3.3. Acquisti a costi eccessivi

La limitata implementazione dei prezzi di riferimento e l'assenza di regole ben definite su scala nazionale hanno fatto lievitare i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, attrezzature, etc.), oltre che di beni e servizi non sanitari (lavanderia, mensa, pulizie, riscaldamento, etc.) molto oltre il loro valore reale, con differenze regionali e aziendali assolutamente non giustificate. Nonostante l'attivazione di centrali di acquisto a più livelli (di area vasta, regionali, nazionali) e l'attività di controllo da parte di vari organismi, il DEF 2018 riporta che «la dinamica della spesa registrata nei consumi intermedi, al netto della componente farmaceutica, risulterebbe non aver beneficiato pienamente delle misure di contenimento della spesa per acquisto di beni e servizi, tra cui lo sviluppo di centralizzazione degli acquisti anche tramite l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione da Consip e dalle centrali regionali»¹¹⁸. Verosimilmente le motivazioni risiedono in alcune dinamiche strutturali del sistema di offerta che inducono i fornitori a mettere in atto la "strategia preventiva" del surplus nel prezzo di offerta in relazione a specifici "fattori di rischio" dell'acquirente: tempi di pagamento dilazionati e incerti con esposizione verso il sistema creditizio da parte del fornitore, oneri di immagazzinaggio conseguenti a incertezza sui tempi di consegna di materiale e attrezzature per riorganizzazioni e ristrutturazioni in corso, etc.

ACQUISTI A COSTI ECCESSIVI	
Definizione	Acquisti a costi non standardizzati, oltre il valore di mercato e con differenze regionali e locali.
Determinanti	Ritardi nei pagamenti dei fornitori, processi di gara non trasparenti, scarso monitoraggio, centrali uniche di acquisto che utilizzano procedure differenti.
Stima spreco	€ 2,16 mld (€ 1,73 - 2,59 mld)
Tassonomia	A. Tecnologie sanitarie B. Beni e servizi non sanitari
Esempi	A. Farmaci, vaccini, stent, ausili per incontinenza, protesi d'anca, medicazioni generali, defibrillatori, pacemaker, aghi e siringhe, valvole cardiache, etc. B. Gestione apparecchiature elettromedicali, pulizia, ristorazione, lavanderia, smaltimento rifiuti sanitari, guardiania e vigilanza armata, riscaldamento, utenze telefoniche, servizi informatici, etc.
Normative	<ul style="list-style-type: none"> • DPCM 24 dicembre 2015¹¹⁹ • Dlgs. 50/2016 modificato dal Dlgs. 56/2017 • Programma Nazionale HTA dispositivi medici¹²⁰
Iniziative	ND

Tabella 3.5. Sprechi da acquisti a costi eccessivi

¹¹⁸ Documento di Economia e Finanza 2018. Sezione II Analisi e tendenze della finanza pubblica, pag. 34. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Contabilit_e_finanza_pubblica/DEF/2018/DEF_2018_-Sez_2_-_Analisi_e_Tendenze_della_Finanza_Pubblica.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹¹⁹ DPCM sull'individuazione delle categorie merceologiche ai sensi dell'articolo 9, comma 3 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, unitamente all'elenco concernente gli oneri informativi, 24 dicembre 2015. Disponibile a: www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2016/02/09/32/sg/pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹²⁰ Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici. Disponibile a: www.statoregioni.it/Documenti/DOC_060346_Rep%20n%20157%20csr%20Punto%203%20odg.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

3.3.4. Sotto-utilizzo

L'inadeguato trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e all'organizzazione dei servizi sanitari determina l'*underuse* di interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'*high value*. Il sotto-utilizzo ritarda o impedisce la guarigione dei pazienti, aumenta le complicanze, determina ricoveri ospedalieri e interventi sanitari più costosi, genera assenze dal lavoro. Il sotto-utilizzo riguarda anche strategie di prevenzione primaria contro stili di vita e comportamenti individuali che danneggiano la salute. Ovviamente per questa categoria gli sprechi sono da intendersi come una stima indiretta dei costi generati dal peggioramento degli outcome di salute conseguente al sotto-utilizzo.

L'analisi del complesso fenomeno del sotto-utilizzo parte dal presupposto che in un sistema sanitario ideale tutte le persone hanno accesso all'assistenza sanitaria, il sistema offre tutti gli interventi ad elevato *value*, i professionisti sanitari (medici in particolare) prescrivono ed erogano tali interventi in relazione alle migliori evidenze scientifiche, i pazienti condividono le scelte e garantiscono la *compliance*¹²¹. Secondo questa analisi esistono 4 step differenti attraverso cui si genera il sotto-utilizzo:

- Mancato accesso all'assistenza: il sistema sanitario non offre adeguata copertura e/o i pazienti non riescono ad accedere all'assistenza disponibile e/o a sostenerne i costi per diverse motivazioni: distanza dalle sedi di erogazione dell'assistenza, povertà, status di immigrazione, etc.
- Intervento sanitario non disponibile: includono sia gli interventi dal *value* elevato non inseriti nei LEA, sia quelli inseriti ma non erogati per carenze strutturali, tecnologiche, organizzative, professionali.
- Intervento sanitario disponibile, ma non prescritto o non erogato: i professionisti sanitari, medici in particolare, non prescrivono/erogano interventi dall'elevato *value* supportati dalle migliori evidenze scientifiche.
- Mancata *compliance* del paziente: i pazienti non condividono gli interventi sanitari proposti, non rispettano gli appuntamenti, non garantiscono un'adeguata aderenza terapeutica per diverse ragioni: distanza, costi, fattori culturali, stigma, barriere linguistiche, condizioni socio-economiche.

¹²¹ Glasziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet* 2017;390:169-177.

SOTTO-UTILIZZO	
Definizione	Sotto-utilizzo di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) dal <i>value</i> elevato: efficaci, appropriati e dal costo adeguato rispetto alle alternative.
Determinanti	Offerta di servizi, comportamenti professionali, aspettative di cittadini e pazienti.
Stima spreco	€ 3,24 miliardi (range € 2,59 – 3,89 mld)
Tassonomia¹²²	A. Mancato accesso all'assistenza B. Intervento sanitario non disponibile C. Intervento sanitario non prescritto o non erogato D. Mancata <i>compliance</i> del paziente
Esempi	A. Immigrato clandestino, residenza in aree disagiate B. Hospice, ADI, farmaci ad alto costo, vaccinazione anti-HPV, terapia cognitivo-comportamentale, riabilitazione polmonare C. Anticoagulanti nella fibrillazione atriale, oppiacei nel dolore oncologico D. Non aderenza a stili di vita raccomandati, scarsa <i>compliance</i> farmacologica
Normative	<ul style="list-style-type: none"> • L. 24/2017, art. 5. Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida • DM 27 febbraio 2018. Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)
Iniziative	ND

Tabella 3.6. Sprechi da sotto-utilizzo

3.3.5. Complessità amministrative

In un sistema estremamente complesso come quello sanitario le complessità amministrative sono molto evidenti in tutti i processi non clinici: dalla gestione degli acquisti al controllo dei servizi esternalizzati, dalla gestione del bilancio alla verifica delle attività svolte e dei risultati ottenuti, dalle procedure amministrative sulle diverse prestazioni alla pianificazione e negoziazione del budget. Spesso tuttavia, il sovraccarico di obblighi burocratici sottrae tempo prezioso ai professionisti sanitari in un contesto dove, paradossalmente, i costi del personale amministrativo rappresentano una consistente voce di spesa del SSN. Per affrontare queste complessità i costi amministrativi possono essere contenuti mettendo in atto investimenti e modalità gestionali non adeguatamente diffuse: standardizzazione e informatizzazione di processi e procedure, dematerializzazione dei documenti, utilizzo adeguato di personale amministrativo nell'ambito dei processi assistenziali, applicazione dei principi *lean* al settore amministrativo.

¹²² Glasziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet* 2017;390:169-177.

COMPLESSITÀ AMMINISTRATIVE	
Definizione	Processi non clinici (burocratici, gestionali, amministrativi) che consumano risorse senza generare <i>value</i> .
Determinanti	Eccesso di burocrazia, scarsa informatizzazione, ipertrofia del comparto amministrativo, mancata standardizzazione di processi non clinici e relative procedure.
Stima spreco	€ 2,37 mld (€ 1,90 – 2,85 mld)
Tassonomia	ND
Esempi	Gestione non informatizzata delle sale operatorie, ritardo nella consegna di referti e cartelle cliniche, difficoltà a tracciare e reperire documentazione cartacea.
Normative	<ul style="list-style-type: none"> • Patto per la Sanità Digitale del 7 luglio 2016¹²³
Iniziative	<ul style="list-style-type: none"> • Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità¹²⁴

Tabella 3.7. Sprechi da complessità amministrative

3.3.6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza

Una delle criticità rilevate in tutti i sistemi sanitari riguarda l'inadeguato coordinamento dell'assistenza a due livelli che genera sprechi e inefficienze:

- All'interno dello stesso setting: ad esempio, in ospedale l'inadeguato coordinamento tra pronto soccorso e unità operative di degenza o tra queste e i servizi diagnostici per mancata standardizzazione di percorsi assistenziali e procedure determina ripetizione di test diagnostici, limitata comunicazione e collaborazione e differente approccio clinico-assistenziale tra vari specialisti, aumento della degenza media conseguente a ritardi nell'esecuzione di consulenze specialistiche, indagini strumentali, interventi chirurgici, etc.
- Tra setting differenti: i percorsi assistenziali nei pazienti con malattie croniche, in particolare quelli con multimorbilità, prevedono continue interazioni all'interfaccia tra ospedale e cure primarie. A questo livello entrano in gioco logiche e regole diversificate tra le strutture coinvolte (es. orari e giorni disponibili per la presa in carico), carenza di collegamenti, anche informatici, competizione tra aziende sanitarie per risparmiare risorse. Da qui derivano soprattutto inapproprietezze di setting, con pazienti che vengono assistiti in setting assistenziali più costosi di quanto necessario.

¹²³ Patto per la sanità digitale. Disponibile a: www.statoregioni.it/Documenti/DOC_054271_REP%20123%20CSR%20%20PUNTO%207%20ODG.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹²⁴ Politecnico di Milano – School of Management. Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità. 11ª edizione. Milano, 8 maggio 2018. Disponibile a: www.osservatori.net/it_it/osservatori/innovazione-digitale-in-sanita. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

INADEGUATO COORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA	
Definizione	Inefficienze intraziendali e interaziendali e/o scarsa integrazione tra diversi setting assistenziali o tra vari servizi dello stesso setting.
Determinanti	Mancata standardizzazione di percorsi, processi e procedure, assenza di reti integrate.
Stima spreco	€ 2,59 mld (€ 2,07 – 3,11 mld)
Tassonomia	A. Inadeguato coordinamento tra strutture dello stesso setting assistenziale B. Inadeguato coordinamento tra strutture appartenenti a setting differenti
Esempi	Duplicazione di test diagnostici, aumento tempi di attesa, aumento degenza media, inadeguata presa in carico post-dimissione, prenotazione prestazioni e ritiro referti, etc.
Normative	<ul style="list-style-type: none"> • Patto per la Salute 2014-2016 (art. 3, art. 5) • Patto per la sanità digitale del 7 luglio 2016¹²⁵ • DM 70/2015: reti, integrazione ospedale-territorio¹²⁶ • Piano Nazionale delle Cronicità del 15 settembre 2016¹²⁷ • DM 21 giugno 2016 (allegato B)¹²⁸
Iniziative	<ul style="list-style-type: none"> • Programma Nazionale Esiti¹²⁹

Tabella 3.8. Sprechi da inadeguato coordinamento dell'assistenza

Ovviamente, ciascuna delle categorie di sprechi presenta variabili interazioni con le altre e/o gradi di sovrapposizione dai contorni sfumati e difficilmente quantificabili.

3.4. Espansione del secondo pilastro

Negli ultimi tempi si assiste ad un'inedita convergenza d'interesse sul finanziamento dei servizi sanitari da parte di fondi, assicurazioni e varie forme di welfare aziendale. In una fase storica caratterizzata da definanziamento pubblico e aumento della spesa out-of-pocket, convegni e incontri dedicati a tematiche socio-sanitarie, testate giornalistiche, pubblicazioni che riportano il logo di prestigiose Università e Istituti di ricerca sociale concordano

¹²⁵ Patto per la sanità digitale. Disponibile a: www.statoregioni.it/Documenti/DOC_054271_REP%20123%20CSR%20%20PUNTO%207%20ODG.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹²⁶ Ministero della Salute. Decreto 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

¹²⁷ Piano Nazionale delle Cronicità. Disponibile a: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56361&parte=1%20&serie=null. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹²⁸ Ministero della Salute. Decreto 21 giugno 2016. Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici.

¹²⁹ Ministero della Salute – Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Programma Nazionale Esiti 2017. Disponibile a: <http://pne2017.agenas.it>. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

nell'indicare l'espansione del secondo pilastro come unica soluzione per garantire la sostenibilità della sanità pubblica e dell'intero sistema di welfare. Anche negli eventi organizzati o patrocinati da istituzioni pubbliche, il secondo pilastro viene liberamente promosso dagli esponenti del mondo assicurativo, in evidente posizione di legittimo conflitto di interessi, contribuendo ad alimentare tra gli interlocutori, decisori inclusi, un "pensiero unico": il secondo pilastro è uno strumento indispensabile per salvare il SSN privo di "effetti collaterali"¹³⁰.

In questo contesto di (inconsapevole) entusiasmo, annoverare l'espansione del secondo pilastro tra le macro-determinanti della crisi di sostenibilità del SSN potrebbe apparire in prima battuta come una posizione anacronistica ovvero portatrice di un pregiudizio ideologico rispetto alla sanità integrativa. In realtà, l'espansione incontrollata del secondo pilastro, favorita da una normativa frammentata e incoerente che ha permesso alla sanità "integrativa" di diventare di fatto gradualmente "sostitutiva", è stata identificata come elemento critico sia nei commenti pervenuti attraverso la consultazione pubblica del 2° Rapporto GIMBE sia in varie pubblicazioni, documenti istituzionali e position paper pubblicati nel corso dell'ultimo anno^{131,132,133,134,135}.

3.4.1. Secondo pilastro: le determinanti di un'apparente "necessità"

Le restrizioni finanziarie imposte alla sanità pubblica negli ultimi anni, se da un lato hanno contribuito al risanamento della finanza pubblica e all'aumento dell'efficienza nel SSN, dall'altro hanno indebolito il sistema di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, aggravato le difficoltà di accesso alle cure e ampliato le diseguaglianze. In questo contesto, l'aumento della spesa out-of-pocket e la rinuncia a prestazioni sanitarie si sono accompagnati alla crescita di forme alternative di copertura sanitaria e l'idea di affidarsi al secondo pilastro per garantire la sostenibilità del SSN si è progressivamente affermata per l'interazione di alcuni fattori:

- **Complessità della terminologia.** Attorno al semplice concetto di "sanità integrativa" oggi ruota una terminologia articolata e complessa (box 3.4), che da un lato rende sempre più difficile la comprensione di un tema già ostico per gli stakeholder della sanità, dall'altro ne facilita inevitabilmente l'espansione agevolando le strategie di comunicazione degli operatori di settore perché non tutti i decisori (politici, organizzazioni sindacali e di categoria, datori di lavoro), né tantomeno i media, spesso

¹³⁰ Geddes M. Tutti pazzi per il Secondo Pilastro. Salute Internazionale, 6 dicembre 2017. Disponibile a: www.saluteinternazionale.info/2017/12/tutti-pazzi-per-il-secondo-pilastro. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹³¹ Documento approvato dalla 12ª Commissione permanente, nella seduta del 10 gennaio 2018, a conclusione dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità. Pagg 86-95. Disponibile a: www.senato.it/leg/17/BGT/Schede/docnonleg/35564.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹³² Piperno A. La previdenza sanitaria integrativa: configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy. Giugno 2017. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuiid=AE3xgVgC. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹³³ Geddes da Filicaia M. La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, marzo 2018.

¹³⁴ Rete Sostenibilità e Salute. Appello della Rete Sostenibilità e Salute. I Fondi Sanitari "integrativi" e sostitutivi minacciano la salute del Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile a: www.sostenibilitaesalute.org/appello-della-rete-sostenibilita-e-salute-i-fondi-sanitari-integrativi-e-sostitutivi-minacciano-la-salute-del-servizio-sanitario-nazionale. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹³⁵ Rete Sostenibilità e Salute. I Fondi Sanitari integrativi e sostitutivi e le Assicurazioni Sanitarie. Disponibile a: www.medicinademocratica.org/wp/wp-content/uploads/2017/11/Documento.-I-Fondi-Sanitari-integrativi-e-sostitutivi-e-le-Assicurazioni-Sanitarie-5.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

“imbeccati” sul tema da catastrofiche previsioni di rinunce alle cure, sono in grado di valutare le numerose sfumature che condizionano vantaggi e svantaggi della “sanità integrativa”.

Box. 3.4. Glossario

- **Assicurazioni.** Identificano la componente profit dei “terzi paganti”.
 - **Fondi sanitari.** Identificano la componente no-profit dei “terzi paganti”: includono fondi sanitari propriamente detti, società di mutuo soccorso, casse, enti. Dal punto di vista fiscale vengono distinti in fondi *doc* (tipo A) e fondi *non doc* (tipo B).
 - **Sanità integrativa.** Nel linguaggio comune l’espressione viene spesso utilizzata in maniera impropria come sinonimo di spesa intermediata, nonostante le differenze che esistono tra fondi sanitari e polizze assicurative, rispettivamente secondo e terzo pilastro secondo il D.lgs 502/1992.
 - **Secondo pilastro.** Identifica formalmente la sanità collettiva integrativa erogata tramite i fondi sanitari ai sensi del D.lgs 502/1992, anche se oggi il termine viene spesso utilizzato per identificare qualsiasi forma di copertura da “terzo pagante”.
 - **Spesa intermediata.** Spesa sanitaria privata non sostenuta direttamente dai cittadini, ma intermediata da un “terzo pagante” (fondo, assicurazione, etc.).
 - **Terzi paganti.** Soggetti pubblici e privati (no-profit e commerciali) che offrono coperture di beni e servizi sanitari accanto a quella pubblica del SSN.
 - **Terzo pilastro.** Sanità individuale erogata tramite polizze assicurative individuali ai sensi del D.lgs 502/1992.
 - **Welfare aziendale.** Include svariate iniziative con cui i datori di lavoro offrono benefit economici e/o prestazioni a dipendenti e loro familiari, tra cui beni e servizi sanitari sostitutivi, aggiuntivi o complementari rispetto a quanto già offerto dal SSN.
- **Frammentazione della normativa.** Nel corso di oltre 25 anni la stratificazione di leggi e decreti sulla sanità integrativa ha generato un impianto legislativo incompleto e frammentato (box 3.5), producendo un sistema non controllato dove:
 - i fondi sanitari, formalmente enti no-profit, per problemi di solvibilità possono “riassicurarsi” con una o più compagnie assicurative che spesso rivestono anche il ruolo di gestori dei fondi;
 - i fondi sanitari erogano prevalentemente prestazioni sostitutive rispetto a quelle già incluse nei LEA;
 - le imprese beneficiano di agevolazioni fiscali che indirettamente alimentano il business delle compagnie assicurative che assicurano e gestiscono i fondi sanitari.

In altri termini, la normativa frammentata e incompleta ha configurato un sistema dove i fondi sanitari integrativi, divenendo prevalentemente sostitutivi, hanno progressivamente perduto quella caratteristica di complementarietà al SSN che attribuiva loro una meritorietà in termini di agevolazioni fiscali.

Box. 3.5. Sanità integrativa: riferimenti normativi

- **L. 833/1978.** Prevede la possibilità di integrare le prestazioni erogate dal servizio pubblico tramite il ricorso ad assicurazioni private o a forme di mutualità volontaria.
 - **D.lgs 502/1992.** Introduce la categoria dei fondi sanitari integrativi, individuando 3 pilastri per il futuro della sanità italiana:
 - a) la sanità pubblica basata sul principio dell'universalità, dell'eguaglianza e della solidarietà;
 - b) la sanità collettiva integrativa (fondi sanitari integrativi);
 - c) la sanità individuale, attraverso polizze assicurative individuali.
 - **DL 229/1999.** Delinea in maniera più netta le caratteristiche dei fondi integrativi il cui fine viene indicato come quello di preservare le caratteristiche di solidarietà ed universalismo della sanità pubblica e, al tempo stesso, di incoraggiare la copertura di quei servizi che non rientrano nei LEA in tutto o in parte (ticket). Rilevando in modo chiaro il concetto di "integratività", che pone i fondi come "subordinati al SSN", il decreto concede esclusivamente a tali fondi le agevolazioni fiscali poi sancite dal **DL n. 41 del 2000** che modifica il testo unico delle imposte sui redditi di cui al **DPR n. 917 del 1986**.
 - **DM 31 marzo 2008** (cd. decreto Turco). Supera l'iniziale distinzione tra fondi *doc* (rispondenti ai requisiti di cui all'art. 9 del DL 502/1992) e fondi *non doc* (tutti gli altri fondi sanitari) introdotta dal DL 41/2000 che prevedeva che i fondi *non doc*, ovvero casse e fondi che offrono coperture sanitarie di tipo sostitutivo, subissero una graduale riduzione del beneficio fiscale in caso di mancato adeguamento ai requisiti previsti dal D.lgs 502/1992. Istituisce inoltre l'anagrafe dei fondi sanitari integrativi presso il Ministero della Salute.
 - **DM 27 ottobre 2009** (cd. decreto Sacconi). Modifica il DM 31 marzo 2008 e definisce procedure e modalità del funzionamento dell'anagrafe dei fondi integrativi.
 - **Legge di Stabilità 2016.** Consente di trasformare i premi di risultato anche in contribuzione a forme di sanità integrativa senza l'applicazione di alcuna imposta entro limite di 2.000 euro/anno, aumentato a € 2.500 euro/anno in caso di coinvolgimento paritetico dei lavoratori, sino a € 50.000 di reddito lordo.
 - **Legge di Bilancio 2017.** Aumenta i limiti dei premi fissati dalla Legge di Stabilità 2016 da € 2000/anno a € 3.000/anno e da € 2.500/anno a € 4.000/anno ed estende la platea di beneficiari aumentando la soglia di reddito lordo a € 80.000.
-
- **Scarsa trasparenza.** Le dinamiche sui fondi sanitari e le modalità con cui operano rimangono di fatto sconosciute, sia perché l'anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi mantenuta dal Ministero della Salute non è pubblicamente accessibile, sia perché sui dati periodicamente trasmessi dai fondi non avviene alcuna verifica/certificazione istituzionale.
 - **Carenza di sistemi di controllo.** Come rilevato dalla senatrice Donella Mattesini in Commissione Igiene e Sanità al Senato nel dicembre 2015¹³⁶, la causa della sovrapposizione tra prestazioni coperte dai fondi e incluse nei LEA risiede nel fatto che non esiste controllo, né regime sanzionatorio, per la mancanza di alcuni decreti attuativi. In particolare, il comma 8. dell'art. 9 della L. 502/1992 prevedeva un regolamento per

¹³⁶ Legislatura 17 Atto di Sindacato Ispettivo n° 3-02420. Pubblicato il 3 dicembre 2015, nella seduta n. 548. Disponibile a: www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=Sindisp&leg=17&id=00952093&parse=si&toc=no. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

disciplinare l'ordinamento dei fondi integrativi rispetto a: modalità di costituzione e di scioglimento, composizione degli organi di amministrazione e controllo, forme e modalità di contribuzione, soggetti destinatari dell'assistenza, trattamento e garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare, cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del SSN. Inoltre, non esiste una vera authority di vigilanza dei fondi sanitari, visto che accanto a semplici attività amministrative (richiesta d'iscrizione all'anagrafe, variazioni di organigramma, dati di bilancio) non risultano azioni di analisi e verifica dei dati da parte delle Ministero della Salute.

- **Evoluzione delle relazioni sindacali e industriali.** Nel corso degli ultimi anni sono intervenuti numerosi cambiamenti: dalla moderazione salariale ai mutamenti nelle modalità di contrattazione, alle varie forme di agevolazioni fiscali (es. contributi versati da datori di lavoro e lavoratori, *fringe benefit*, welfare aziendale).
- **Strategie di marketing.** Lo sviluppo dell'intermediazione finanziaria-assicurativa, spinta dalle necessità di un mercato delle prestazioni sanitarie messo in crisi dalla riduzione del finanziamento pubblico, ha progressivamente elaborato una martellante campagna mediatica basata su un assioma correlato a criticità consequenziali solo in apparenza: riduzione del finanziamento pubblico, aumento della spesa out-of-pocket, difficoltà di accesso ai servizi sanitari e rinuncia alle cure. Secondo i sostenitori di tale assioma la relazione tra queste criticità, che in realtà non è affatto lineare, ha una chiave interpretativa che porta verso una soluzione univoca: potenziare il secondo pilastro per salvare il SSN facendo leva su slogan allarmistici molto efficaci, quali «12,2 milioni di italiani hanno rinunciato o rinviato prestazioni sanitarie»¹³⁷ e «più di un italiano su quattro non sa come far fronte alle spese necessarie per curarsi e subisce danni economici per pagare di tasca propria le spese sanitarie»¹³⁷.

Ecco che allora diventa indispensabile fare il percorso inverso, ovvero analizzare la veridicità dei singoli fattori per valutare se davvero il prodotto di questa equazione è solo uno, ovvero che il SSN può essere messo in sicurezza esclusivamente potenziando il secondo pilastro.

- **Riduzione del finanziamento pubblico.** I dati riportati al capitolo § 3.1 sono molto eloquenti: dal 2013 al 2018 il finanziamento pubblico formalmente è aumentato di quasi € 7 miliardi, ma quelli sopravvissuti sono € 5,968 miliardi; nel periodo 2015-2019 l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica ha determinato, rispetto ai livelli programmati, una riduzione cumulativa del finanziamento del SSN di € 12,11 miliardi; il DEF 2018 ha ridotto il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% del 2018 al 6,4% del 2019, al 6,3% nel 2020 e nel 2021.
- **Aumento della spesa out-of-pocket.** Secondo le stime riportate al capitolo § 2, per l'anno 2016 la spesa sanitaria privata ammonta a € 45,431 miliardi di cui oltre l'87% è out-of-pocket, ovvero quasi € 40 miliardi sono a carico delle famiglie con una spesa pro-capite di € 657,38, superiore alla media OCSE. Se tale incremento è un dato incontestabile, le analisi sui consumi privati in sanità confermano che la spesa out-of-pocket solo in parte serve a fronteggiare le minori tutele pubbliche: molto spesso infatti rappresenta un indicatore di benessere che porta ad acquistare beni e servizi

¹³⁷ In Italia ormai la sanità non è più per tutti. Comunicato stampa Censis-RBM Assicurazione Salute, 7 giugno 2017. Disponibile a: www.censis.it/7?shadow_comunicato_stampa=121116. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

assolutamente futili, non sostenuti da alcuna base scientifica, sulla scia di consumismo, pseudo-diagnosi e preferenze individuali. Peraltro, non esiste alcuna evidenza che potenziare il secondo pilastro, ovvero aumentare la spesa intermediata, determini una riduzione della spesa out-of-pocket, che di fatto segue altre dinamiche.

- **Difficoltà di accesso ai servizi sanitari e rinuncia alle cure.** Gli slogan persuasivi sopra menzionati derivano da una mera proiezione in valori assoluti dei risultati di un'indagine campionaria su 1.000 cittadini ai quali è stato chiesto se, nel corso dell'anno, avessero rinunciato o rinviato ad almeno una prestazione sanitaria senza però specificarne tipologia ed effettiva urgenza. In realtà, secondo l'indagine europea sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie (EU-SILC), gli Italiani che hanno rinunciato a una o più prestazioni sanitarie sono meno di 5 milioni, un dato in linea con altri paesi europei. Inoltre, dall'indagine multiscopo ISTAT sulla salute risulta che la frequenza delle rinunce è proporzionale al numero di prestazioni, ovvero chi rinuncia a una prestazione ha già fruito di altre. Ecco che allora il roboante «12,2 milioni di italiani rinunciano alle cure» si trasforma in un meno sensazionalistico «meno di 5 milioni di Italiani hanno rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria». Peraltro, non conoscendo la reale necessità o l'urgenza né tantomeno l'appropriatezza delle prestazioni non fruito, il potenziale impatto di queste rinunce sulla salute è assolutamente ignoto. Analogamente, nell'indagine ISTAT EU-SILC alla domanda «Negli ultimi 12 mesi, ci sono stati periodi in cui non aveva i soldi per pagare le spese per malattie?» hanno risposto positivamente solo il 10,5% degli italiani, una percentuale certamente rilevante, ma meno preoccupante di «più di un italiano su quattro».

Questa analisi dimostra che l'assioma portante che punta sull'inderogabile rafforzamento del secondo pilastro nasce da una sapiente combinazione di dati reali (definanziamento), interpretazione opportunistica di un fenomeno di mercato (aumento della spesa out-of-pocket) e dati ottenuti da uno studio metodologicamente inadeguato e finanziato da una compagnia assicurativa, ma talmente legittimato dalla divulgazione pubblica da oscurare e prendere il sopravvento sui dati ufficiali dell'ISTAT, che invece provengono da ricerche rigorose e trasparenti, oltre che armonizzate a livello europeo. Infatti, i catastrofici dati del VII Rapporto RBM-Censis sono stati immediatamente smentiti da autorevoli ricercatori¹³⁸ e successivamente dallo stesso Ministero della Salute, nonostante il patrocinio concesso, con la nota del 31 luglio 2017¹³⁹ (box 3.6).

¹³⁸ Costa G, Cislighi C, Rosano A. Quanti italiani rinunciano davvero alle cure? Scienza in Rete, 9 giugno 2017. Disponibile a: www.scienzainrete.it/articolo/quanti-italiani-rinunciano-davvero-alle-cure/giuseppe-costa-cesare-cislighi-aldo-rosano. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹³⁹ Ministero della Salute. Comunicato n. 75 del 31 luglio 2017. I dati Istat contraddicono il Censis. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=salastampa&p=comunicatistampa&id=4921. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Box. 3.6. Ministero della Salute. Comunicato n. 75 del 31 luglio 2017: i dati ISTAT contraddicono il Censis

- Oggi numerosi organi di informazione rilanciano i dati di uno studio Censis-RBM Assicurazione Salute, già ampiamente diffusi a giugno, dove si afferma che 12,2 milioni d'italiani avrebbero rinunciato a prestazioni sanitarie (almeno una volta l'anno) per motivi economici.
- Il Ministero della Salute sottolinea come il dato di 12,2 milioni sia una mera proiezione in valori assoluti dei risultati di un'indagine campionaria su 1.000 cittadini ai quali è stato chiesto se, nel corso dell'anno, avessero rinunciato o rinviato ad almeno una prestazione sanitaria senza però specificarne tipologia ed effettiva urgenza.
- Per questo riteniamo improprio parlare genericamente di 12,2 milioni di italiani che rinunciano alle cure per motivi economici anche perché il dato è in evidente contrasto con due precedenti indagini ISTAT effettuate su vastissima scala.
- In primis il Rapporto annuale ISTAT 2017 (fonte ISTAT-EU-SILC che si basa su un campione di circa 29.000 famiglie, per un totale di quasi 70.000 individui) riporta come la quota di persone che ha rinunciato a una visita specialistica negli ultimi 12 mesi perché troppo costosa è stata pari al 6,5% della popolazione (3,9 mln di persone).
- Un'ulteriore discrepanza si rileva poi confrontando il dato Censis-RBM con l'indagine Istat-EU_SILC secondo cui sono meno di 5 milioni, cioè meno della metà delle stime dichiarate dal Censis-RBM, gli Italiani che hanno rinunciato a una o più prestazioni sanitarie.
- Tra l'altro il confronto internazionale evidenzia che la percentuale italiana della popolazione che ha dichiarato di aver rinunciato a una prestazione sanitaria per motivi economici è in linea con la realtà europea: Italia 7,8%, Svezia 9,2%, Francia 6,3%, Danimarca 6,9%, Germania 5,4% (i valori sono riferiti al 2014 e alla popolazione dai 16 anni in su aggiustata per età e genere sulla media europea).

3.4.2. L'ecosistema dei "terzi paganti" in sanità

Il termine "terzi paganti" è l'unico che, in maniera omnicomprensiva, permette di includere tutti i soggetti (pubblici o privati, profit o no-profit, fondi o assicurazioni) che offrono coperture e garanzie di beni e servizi sanitari, accanto all'assicurazione pubblica offerta dal SSN di cui tutti i cittadini italiani godono dopo l'istituzione della L. 833/1978. Dal punto di vista giuridico-istituzionale l'ecosistema dei "terzi paganti" in sanità è variamente popolato: fondi sanitari, casse mutue, società di mutuo soccorso, assicurazioni sanitarie individuali e collettive ai quali si aggiungono i rimborsi diretti erogati dai datori di lavoro.

Come recentemente descritto da Piperno¹⁴⁰ la complessità del sistema è tale che i 60 milioni di cittadini italiani, accomunati dall'essere "assicurati" con il primo pilastro pubblico, possono essere suddivisi in almeno 16 categorie in relazione a tre variabili che condizionano la spesa privata:

- avere, o meno, una "seconda assicurazione" privata sotto qualsiasi forma: impresa commerciale, fondo sanitario, benefit fiscale da welfare aziendale, assicurazione;
- effettuare, o meno, spesa sanitaria out-of pocket;

¹⁴⁰ Piperno A. La previdenza sanitaria integrativa: configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy. Giugno 2017. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

- godere, o meno, della detrazione fiscale totale o parziale sulla spesa effettuata (escludendo il caso degli oneri deducibili per semplificare il quadro).

Accanto alla varietà dei soggetti, esistono differenze relative a regole, incentivi fiscali, modelli di gestione e operativi (box 3.7), ma il denominatore comune dei “terzi paganti” è l’identità della loro funzione, alimentata sia da risorse private, sia da risorse pubbliche sotto forma di agevolazioni fiscali.

Box. 3.7. L’ecosistema dei “terzi paganti”

Tipologia di soggetti

- Fondi sanitari
 - Tipo A (*doc*)
 - Tipo B (*non doc*)
 - Autoassicurati
 - Assicurati da una compagnia esterna
- Polizze assicurative (rami danni e vita)
 - Individuali
 - Collettive

Modelli di rimborso

- Diretto: il “terzo pagante” paga direttamente l’erogatore della prestazione e nulla è dovuto dall’iscritto/assicurato
- Indiretta: l’iscritto/assicurato paga l’erogatore e richiede al “terzo pagante” il rimborso (totale o parziale) secondo quanto previsto dal regolamento, statuto o contratto

Modelli di gestione (fondi sanitari)

- Fondo autogestito
- Fondo autogestito con servizi amministrativi esterni
- Fondo affidato in gestione ad una o più compagnie assicurative

Se consistenti evidenze dimostrano che la presenza di “terzi paganti” si associa ad un aumento dei consumi e della spesa sanitaria, è indispensabile valutarne benefici e rischi in relazione al loro posizionamento rispetto alle tutele già esistenti. In particolare, nei paesi che, come l’Italia, prevedono un SSN pubblico, l’impatto del “secondo pilastro” deve essere valutato nell’alveo del primo che, oltre ad esistere per tutti, non permette l’*opting out*, ovvero la possibilità di “tirarsi fuori” dalla copertura sanitaria pubblica. Ecco perché, prima di entrare nel merito della classificazione dei “terzi paganti” è fondamentale analizzare le coperture da loro offerte rispetto a quelle già previste dal SSN.

3.4.3. Tipologia di coperture

Rispetto alla tipologia di beni e servizi che possono essere coperti dai “terzi paganti”, il presente Rapporto fa riferimento alla classificazione elaborata da Piperno già nel 1997¹⁴¹,

¹⁴¹ Piperno A. Mercati assicurativi e istituzioni: la previdenza sanitaria integrativa. Bologna: Il Mulino, 1997.

poi ripresa integralmente nel suo recente rapporto¹⁴², che identifica tre tipologie di coperture:

- **Sostitutiva:** copre servizi e prestazioni già incluse nei LEA, spesso a condizioni migliori per il cittadino (es. tempi di attesa inferiori). Anche se in linea puramente teorica può sostituirsi interamente all’offerta pubblica, tale copertura riguarda solo alcuni servizi, in genere particolarmente vantaggiosi per l’erogatore.
- **Aggiuntiva:** integra la copertura pubblica colmando il gap “differenziale” tra le prestazioni garantite dal SSN e la quota a carico del cittadino: ad es. la compartecipazione alla spesa (ticket) o le integrazioni relative ad aspetti accessori (es. camere a pagamento).
- **Complementare:** copre prestazioni escluse dai LEA.

Tale classificazione è perfettamente allineata a quella dell’OCSE che ne prevede una quarta, non applicabile nel nostro Paese¹⁴³, ovvero la copertura sanitaria privata nei paesi in cui o non esiste un servizio sanitario pubblico, oppure esiste ma i cittadini hanno il diritto di esercitarne l’*opting out* (es. Germania), evitando di pagare le imposte per il sistema sanitario pubblico ed usufruendo solo di un’assicurazione privata.

Oggetto della copertura	OCSE	Piperno
Prestazioni incluse nei LEA	Duplicativa	Sostitutiva
Quote differenziali*	Complementare	Aggiuntiva
Prestazioni escluse dai LEA	Supplementare	Complementare

*Ticket, integrazioni su aspetti accessori

Tabella 3.9. Classificazione delle coperture offerte dai “terzi paganti”

Anche le compagnie assicurative hanno elaborato una classificazione delle prestazioni coperte: il *Joint Actuarial Team* di RBM Salute e Munich Health in collaborazione con il Censis hanno recentemente analizzato le prestazioni contenute nella Classificazione delle Garanzie previste dai Nomenclatori dei Fondi Campione e dettaglio Sinistri, classificandole in tre categorie¹⁴⁴:

- **Integrative:** rientrano nella soglia delle risorse vincolate ex DM 27 ottobre 2009.
- **Complementari:** non rientrano nella soglia delle risorse vincolate ex DM 27 ottobre 2009 o non sono state individuate dallo stesso DM.
- **Sostitutive:** vengono fornite in alternativa a quelle già erogate dal SSN nell’ambito dei LEA.

¹⁴² Piperno A. La previdenza sanitaria integrativa: configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy. Giugno 2017. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁴³ Colombo F, Tapay N. Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health Working Papers n. 15: Paris, 2004.

¹⁴⁴ RBM Salute, Munich Health, in collaborazione con CENSIS. I Fondi Sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà. Dicembre 2015.

Senza entrare nel dettaglio delle differenze tra le due classificazioni, il termine “prestazione sostitutiva” identifica per entrambe una prestazione già inclusa nei LEA, confermando che oggi il termine di “sanità integrativa” è divenuto anacronistico e fuorviante nell’ambito del dibattito pubblico sul ruolo del “secondo pilastro”. Infatti, secondo i dati forniti dagli stessi operatori di settore¹⁴⁵, nel 2016 il 60,5% delle prestazioni erogate dai fondi sanitari sono sostitutive e usufruiscono anche dei benefici fiscali previsti dalla normativa. In altri termini, non solo il “secondo pilastro” può coprire prestazioni già incluse nei LEA sino all’80% delle risorse impiegate dai fondi sanitari, ma beneficia di agevolazioni fiscali che dirottano risorse pubbliche verso erogatori privati, concretizzando un vero e proprio cortocircuito del SSN (§ 3.4.5).

3.4.4. Classificazione dei “terzi paganti”

Una prima, generica, classificazione dei “terzi paganti” è quella che distingue enti no profit (fondi sanitari, società di mutuo soccorso, casse mutue) ed enti profit rappresentati dalle compagnie assicurative. Rispetto alla tipologia di prodotto, i fondi sanitari sono forme mutualistiche che si distinguono dalle polizze assicurative per l’assenza di criteri di “selezione all’entrata”, di discriminazione del contributo in ragione dell’età o di altri fattori e, sulla carta, di non concorrenza con le prestazioni a carico del SSN. Inoltre, i fondi sanitari godono di specifiche agevolazioni fiscali: deducibilità dei contributi sino a € 3.615,20 e detrazione della quota parte delle spese sanitarie a proprio carico (tabella 3.10).

	Fondi sanitari	Polizze assicurative
Scopo di lucro	NO	SÌ
Rapporto con l’assistito	Statuto/Regolamento	Contratto
Costi	Contributo fisso	Premio variabile in relazione a diversi elementi
Selezione dei rischi	NO	SÌ
Copertura malattie pregresse	SÌ	NO
Possibilità di recesso	NO	SÌ
Agevolazioni fiscali	Deducibilità contributi sino a € 3.615,20 Detrazione della quota parte delle spese sanitarie a proprio carico	Detrazione al 19% delle spese sanitarie rimborsate per effetto di polizze il cui premio non dà diritto a detrazione

Tabella 3.10. Principali differenze tra fondi sanitari e polizze assicurative

¹⁴⁵ VII Rapporto RBM Censis. Il futuro del Sistema Sanitario in Italia tra universalismo, nuovi bisogni di cura e sostenibilità. Roma, luglio 2017. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2421529.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

3.4.4.1. Fondi sanitari

I fondi sanitari sono una realtà molto complessa, composta da centinaia di soggetti (fondi, casse, enti) molto eterogenei quanto a coperture, premi, modalità di gestione delle attività, erogazione delle prestazioni, etc., e spesso variamente collegati fra loro.

Come già riportato (box 3.5), la normativa stratificatasi negli anni ha delineato un quadro prevalentemente sostitutivo, piuttosto che integrativo, perché ha preso atto che accanto ai fondi integrativi operano fondi non integrativi con pari riconoscimento e agevolazioni. Infatti, all'Anagrafe del Ministero della Salute – anacronisticamente ancora denominata “dei fondi sanitari integrativi” – possono iscriversi:

- **Fondi sanitari integrativi del SSN** (fondi *doc* o di tipo A), istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del DL 502/92 e successive modificazioni, così denominati perché deputati a potenziare le prestazioni non coperte dal SSN.
- **Enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale** (fondi *non doc* o di tipo B), di cui all'art. 51 comma 2, lettera a) del DPR 917/1986, che hanno una maggiore libertà d'azione in termini di prestazioni e servizi coperti.

Con i decreti Turco e Sacconi tali differenze sono state sostanzialmente annullate perché, al fine di usufruire dei benefici fiscali, tutti i soggetti iscritti all'Anagrafe sono tenuti ad erogare prestazioni integrative (di assistenza odontoiatrica e per la non autosufficienza) in misura non inferiore al 20% delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni. Pertanto, se la terminologia continua a fare riferimento alla natura “integrativa” dei fondi sanitari, legittimando la percezione pubblica che il loro obiettivo sia quello di integrare le coperture del SSN senza entrare con esso in concorrenza, di fatto a tutti i fondi sanitari è concesso di esercitare una funzione sostitutiva sino all'80% delle coperture mantenendo i benefici fiscali.

Le informazioni disponibili sui fondi sanitari provengono da una pluralità di fonti, spesso parziali o settoriali e non sempre facilmente accessibili. L'unica fonte ufficiale è l'anagrafe dei fondi sanitari integrativi istituita presso il Ministero della Salute, ad oggi non consultabile pubblicamente dal sito web¹⁴⁶: di conseguenza, le informazioni disponibili provengono da presentazioni in convegni, audizioni parlamentari o da elaborazioni di altri enti. In particolare, per l'anno 2016 i dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF) fanno riferimento all'elaborazione del Centro Studi di Itinerari Previdenziali¹⁴⁷ che documenta l'esistenza di 323 fondi sanitari registrati, di cui 9 di tipo A (*doc*) e 314 di tipo B (*non doc*) per un totale di 10.616.847 iscritti che per la prima volta includono anche pensionati e loro familiari (tabella 3.11).

¹⁴⁶ Ministero della Salute. Anagrafe fondi sanitari integrativi. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_8_0.jsp?label=servizionline&idMat=FS&idAmb=AFSI&idSrv=01&flag=P. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁴⁷ Centro Studi e Ricerche di Itinerari Previdenziali (a cura di). Rapporto n.5 anno 2018. Il bilancio del sistema previdenziale italiano. Andamenti finanziari e demografici delle pensioni e dell'assistenza per l'anno 2016. Disponibile a: www.itinerariprevidenziali.it/site/home/biblioteca/pubblicazioni/quinto-rapporto-bilancio-del-sistema-previdenziale-italiano.html. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Categoria	Iscritti (%)
Lavoratori dipendenti	6.680.504 (62,9%)
Lavoratori non dipendenti	1.074.038 (10,8%)
Familiari lavoratori dipendenti	1.908.962 (18,0%)
Familiari lavoratori non dipendenti	251.955 (2,4%)
Pensionati	527.716 (5,0%)
Familiari pensionati	173.672 (1,6%)
TOTALE	10.616.847

Tabella 3.11. Iscritti ai fondi sanitari per categoria (anno 2016)

Complessivamente, il 73% degli iscritti sono lavoratori, il 5% pensionati e il 22% familiari di lavoratori o pensionati (figura 3.16). Nel 2016 le risorse impegnate dai fondi sanitari per i rimborsi ammontano a € 2,33 miliardi, per la quasi totalità riferiti ai fondi *non doc*.

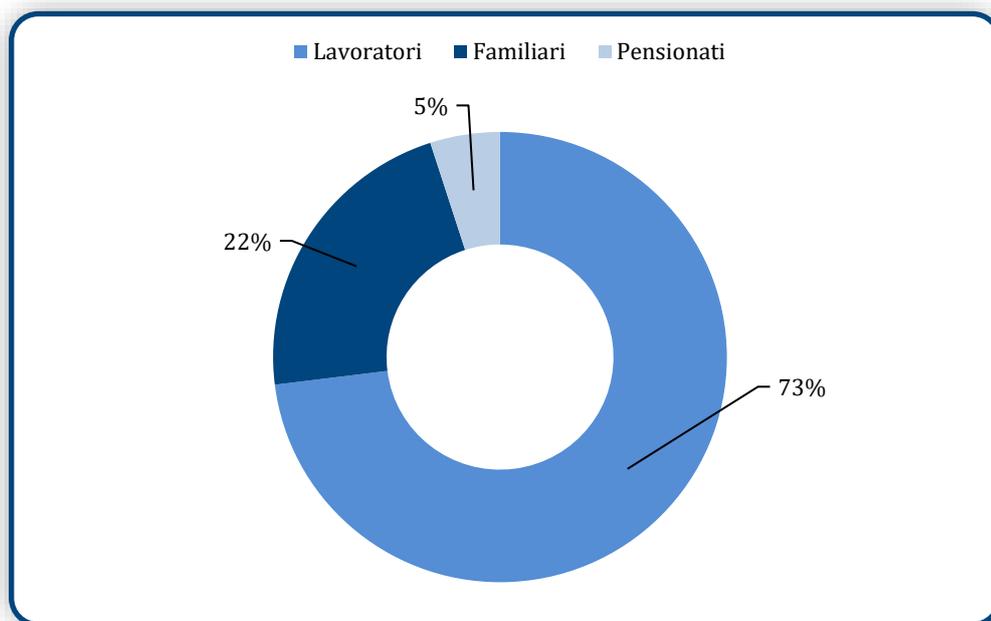


Figura 3.16. Iscritti ai fondi sanitari per categoria (anno 2016)

I dati documentano un trend 2010-2016 in progressivo aumento del numero di fondi relativo prevalentemente a carico del tipo B (da 208 a 314), visto che quelli di tipo A si sono progressivamente ridotti da 47 a 9 (figura 3.17).

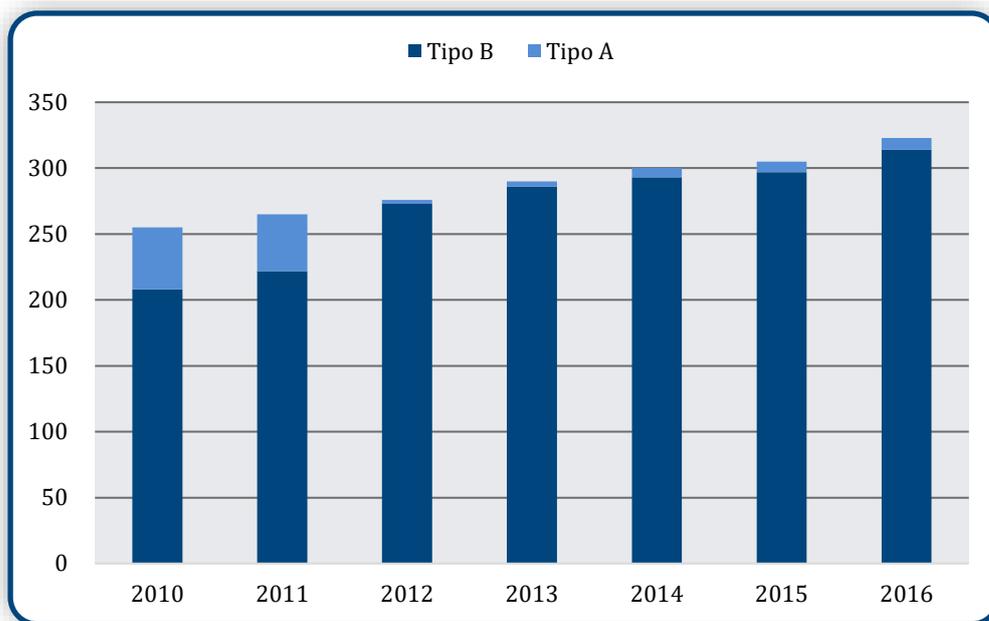


Figura 3.17. Numero fondi sanitari (2010-2016)

All'aumento del numero dei fondi nel periodo 2010-2016 corrisponde un incremento sia del numero di iscritti (da 3.312.474 a 10.616.847) sia dell'ammontare generale delle risorse impegnate (da € 1,61 a 2,33 miliardi) (figura 3.18).

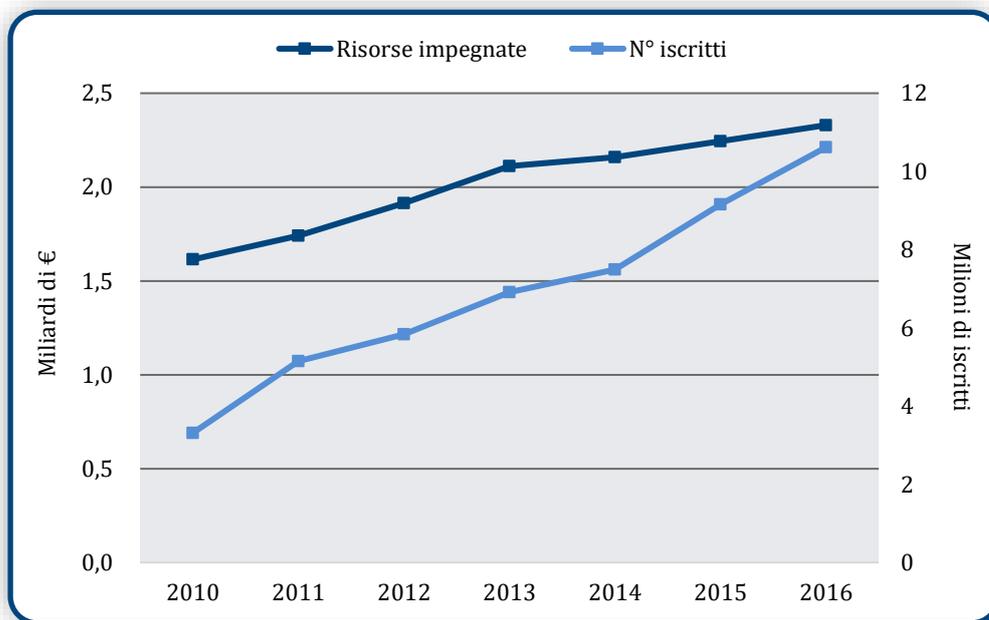


Figura 3.18. Numero iscritti ai fondi sanitari e risorse impegnate (2010-2016)

A oggi, non si dispone di alcuna stima attendibile del mancato gettito per l'erario connesso alle agevolazioni fiscali riconosciute ai fondi sanitari.

3.4.4.2. Assicurazioni

Le compagnie assicurative sono soggetti commerciali che operano tramite la vendita di prodotti riconducibili a polizze malattia, individuali o collettive e a polizze di “long-term care”, dove l’assicurazione può assumere la forma di un’assicurazione vita, che in caso di non autosufficienza garantisce all’assicurato una rendita. La copertura prevalente del mercato assicurativo riguarda beni e servizi di natura sostitutiva, ovvero prestazioni già incluse nella copertura del SSN. Le imprese, infatti, vendono polizze a copertura completa che riguardano i ricoveri ospedalieri e tutte le altre prestazioni non residenziali connesse al ricovero. Talvolta le coperture si specializzano per patologia e in alcuni casi coprono anche le prestazioni odontoiatriche, con un impatto sulla crescita del premio.

Sotto il profilo operativo, le compagnie assicurative adottano prevalentemente il sistema a rimborso del costo sostenuto dal soggetto assicurato: tale rimborso può essere totale o parziale, in relazione al tipo di contratto e di premio pagato. Tuttavia, non mancano i casi di assistenza diretta, in cui la compagnia assicurativa veicola l’assicurato in strutture sanitarie convenzionate per l’erogazione delle prestazioni. Tranne casi in cui copertura e livello di rimborso sono completi e totali, rimane comunque a carico dell’assicurato una franchigia che si configura come un out-of-pocket residuo.

Le imprese di assicurazione intraprendono comportamenti volti da un lato a facilitare il rapporto con l’utente e dall’altro a contenere i rischi economici conseguenti a squilibri tra sinistri e premi. Il principio generale è quello di assicurare rischi di malattia relativi ad accadimenti incerti: più raro è l’accadimento, minore è di norma il rischio e viceversa. Ecco perché le polizze escludono le malattie pregresse alla stipula del contratto e sono assai limitative rispetto alla copertura di prestazioni con rischio di accadimento elevato. In questi casi, le coperture sanitarie, se offerte, si collocano nell’alveo dell’assicurazione vita e vengono attuate con rendite monetarie, piuttosto che tramite rimborsi delle spese sostenute.

In generale finora il mercato delle polizze individuali in Italia non è pienamente decollato per varie ragioni:

- scarsa propensione degli Italiani ad acquistare una polizza individuale, anche perché consapevoli che la maggior parte dei rischi sono ancora tutelati dal sistema pubblico;
- onerosità delle polizze a fronte delle tutele offerte, anche per la selezione dei rischi;
- possibilità di iscrizione ai fondi sanitari;
- possibilità di detrazione fiscale delle spese sanitarie out-of-pocket;
- nessuna ulteriore agevolazione fiscale per gli assicurati, a parte la detrazione al 19% anche per le spese rimborsate dalla compagnia.

Per tale ragione, recentemente le compagnie assicurative hanno spostato il proprio business verso la “riassicurazione” dei fondi sanitari e verso polizze collettive in cui i premi versati beneficiano, se rispondenti a specifici requisiti, a un regime fiscale analogo a quello dei fondi sanitari.

Le polizze assicurative non godono degli stessi benefici fiscali dei fondi integrativi: in particolare, oltre al fatto che i premi non sono detraibili dal reddito imponibile, sono anche assoggettati all’imposta del 2,5%. Solo i premi dei contratti di copertura della Long Term Care (LTC) beneficiano della detrazione d’imposta del 19% fino a un importo annuo di € 1.291,14.

Ad oggi non si dispone di alcuna stima attendibile del mancato gettito per l'erario connesso alle agevolazioni fiscali riconosciute alle polizze malattia.

3.4.4.3. Welfare aziendale

Negli ultimi anni il welfare aziendale è stato regolato da un nuovo impianto normativo, modellato dalla Legge di Stabilità 2016 e successivamente rafforzato dalle Leggi di Bilancio 2017 e 2018 che, grazie a rilevanti incentivi fiscali, hanno promosso gli investimenti delle imprese a sostegno del benessere dei lavoratori e delle loro famiglie. La nuova normativa ha delineato nel welfare aziendale un sistema premiante con tre caratteristiche fondamentali¹⁴⁸:

- possibilità di fare leva sia sull'azzeramento del cuneo fiscale sulle somme erogate ai lavoratori sia sulla deducibilità delle spese dal reddito d'impresa;
- opportunità di convertire i premi aziendali di risultato in servizi di welfare, rafforzando gli incentivi già previsti per la componente variabile delle retribuzioni (i premi aziendali erogati in forma di welfare sono totalmente esenti da imposizione fiscale e contributiva);
- abolizione delle barriere tra welfare volontario delle imprese e welfare negoziale, considerato che la legge ha equiparato le fonti istitutive: contrattazione collettiva nazionale, contratti integrativi aziendali e territoriali, regolamenti aziendali, iniziativa unilaterale delle imprese.

Dal punto di vista delle opportunità, il welfare aziendale include diverse iniziative che il Welfare Index PMI classifica in 12 aree (box 3.8).

Box 3.8. Aree del welfare aziendale

1. Previdenza integrativa
2. Servizi di assistenza
3. Conciliazione vita e lavoro, sostegno ai genitori
4. Formazione per i dipendenti
5. Cultura e tempo libero
6. Sicurezza e prevenzione degli incidenti
7. Sanità integrativa
8. Polizze assicurative
9. Sostegno economico ai dipendenti
10. Sostegno all'istruzione di figli e familiari
11. Sostegno ai soggetti deboli e integrazione sociale
12. Welfare allargato alla comunità

Nonostante l'ampio range delle iniziative incentivate, la sanità integrativa è una delle aree che ha maggiormente catalizzato l'interesse di imprese e sindacati, anche in virtù di una straordinaria convergenza tra le nuove agevolazioni fiscali, il fertile terreno già predisposto dalla normativa frammentata sulla sanità integrativa e le ambizioni di espansione dell'intermediazione finanziaria-assicurativa.

¹⁴⁸ Generali Italia (in collaborazione con Confindustria, Confagricoltura, Confartigianato, Confprofessioni). Welfare Index PMI-Rapporto 2018. Disponibile a: www.welfareindexpmi.it/rapporto-welfare-index-pmi-2018. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Il datore di lavoro può utilizzare diverse modalità per attuare il welfare aziendale: pagare direttamente o rimborsare le spese sanitarie a lavoratori e familiari, iscrivere a sue spese il dipendente/familiare ad un “terzo pagante” profit o non profit, creare ex novo un fondo o una cassa, autogestiti oppure affidati ad una gestione esterna. Il welfare aziendale rappresenta dunque un contenitore che, utilizzando le varie opportunità offerte dai “terzi paganti”, offre ai dipendenti e ai loro familiari beni e servizi sanitari che possono essere sostitutivi, aggiuntivi o complementari rispetto a quanto già offerto dal SSN.

Tuttavia, secondo una prospettiva di tutela del SSN, se l’obiettivo del welfare aziendale è quello di affiancare l’offerta pubblica, le tipologie di servizi e prestazioni sanitarie finiscono spesso per duplicare quanto già incluso nei LEA, con il benessere delle organizzazioni sindacali che da difensori delle tutele pubbliche si trasformano (in)consapevolmente in “compagni di viaggio” dei fautori della privatizzazione¹⁴⁹. Fortunatamente, qualche sindacato sta già ponendosi il problema che «è decisivo affrontare e governare il fenomeno del welfare contrattuale, nello specifico dei fondi sanitari, andando a definire, in questo mutato contesto, una idea di sussidiarietà con l’obiettivo di consolidare il sistema universalistico; nella consapevolezza che questo risulta un terreno dove più facilmente si possono realizzare ingiustizie ed un possibile aumento delle disuguaglianze all’interno del mondo del lavoro, fuori di esso e tra aree forti e deboli del paese»¹⁵⁰.

3.4.5. “Effetti collaterali” del secondo pilastro

A fronte di una disarmante e acritica accettazione dell’espansione del secondo pilastro quale irrinunciabile “integrazione” del finanziamento pubblico per garantire la sostenibilità del SSN il presente Rapporto riporta un’analisi dettagliata dei possibili “effetti collaterali”, troppo spesso sottovalutati sull’onda di un entusiasmo collettivo, non sempre scevro da interessi in conflitto.

Rischi di privatizzazione. Affondano le origini nella estrema semplificazione del dibattito “pubblico vs privato” in sanità, troppo spesso affrontato in maniera unidimensionale. In particolare, se economisti e policy-maker prestano particolare attenzione alla provenienza delle risorse (spesa pubblica vs spesa privata), management, professionisti e cittadini fanno più spesso riferimento alla natura dell’erogatore (pubblico vs privato). In realtà, come già documentato da Del Vecchio et coll.¹⁵¹, la dimensione della spesa si incrocia con quella dell’offerta, generando 4 circuiti di finanziamento/erogazione dell’assistenza sanitaria (figura 3.19). Tali circuiti sono poi resi più complessi perché beni e servizi della spesa privata possono essere sostenuti direttamente dai cittadini (out-of-pocket), oppure intermediati da una pluralità di “terzi paganti” i cui ambiti di azione, modalità operative e impatto fiscale sono molto eterogenei.

¹⁴⁹ Benci L. Sanità, lo studio “interessato” sui milioni di persone che rinunciano alle cure. Il fatto Quotidiano, 15 settembre 2017. Disponibile a: www.ilfattoquotidiano.it/2017/09/15/sanita-lo-studio-interessato-sui-milioni-di-persone-che-rinunciano-alle-cure/3858101. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁵⁰ Cecconi S. Nardone D. Sui Fondi Sanitari (di origine contrattuale). 30 giugno 2017. Disponibile a: www.cgil.it/admin_nv47t8g34/wp-content/uploads/2017/07/SUI-FONDI-SANITARI-05_07_2017.pdf. Ultimo accesso 1 giugno 2018.

¹⁵¹ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: CERGAS-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2017: pagg 323-360.

		OFFERTA	
		Pubblica	Privata
SPESA	Pubblica	Circuito 1	Circuito 2
	Privata	Circuito 3	Circuito 4

Figura 3.19. I circuiti di finanziamento/erogazione dell'assistenza sanitaria (modificata da¹⁵¹)

Ciascuno dei 4 circuiti è influenzato da una pluralità di stakeholder con interessi non sempre convergenti, tali da rendere particolarmente complesso analizzare dinamiche ed outcome clinici, economici e sociali. Quello che risulta evidente è che il circuito 4 concretizza un vero e proprio “cortocircuito” del SSN, indirettamente finanziato anche da risorse pubbliche tramite agevolazioni fiscali.

Il rischio di privatizzazione del SSN non rappresenta dunque l'esito inevitabile di un “piano occulto” di smantellamento della sanità pubblica, ma consegue all'interazione di vari fenomeni concomitanti: (inevitabile) riduzione del finanziamento pubblico, (legittimo) ingresso di capitali privati in sanità, standard di accreditamento degli erogatori privati gestiti dalle Regioni e di conseguenza troppo eterogenei, normativa eccessivamente frammentata e “flessibile” sul ruolo dei “terzi paganti” in sanità, sistemi di rimborso a prestazione, appiattimento di carriera e della remunerazione dei professionisti sanitari che tendono a spostarsi nel privato, modalità di gestione della libera professione, etc.

Rischi per la sostenibilità del SSN. Innanzitutto, è paradossale che in un periodo segnato dal progressivo definanziamento del SSN si preferisca destinare risorse pubbliche alle agevolazioni fiscali dei fondi sanitari, invece che aumentare le risorse per la sanità pubblica: in tal senso è anacronistico che l'entità del beneficio fiscale pro-capite previsto per i fondi sanitari (€ 3.615,20) arrivi a sfiorare il doppio della spesa sanitaria pubblica pro-capite nel 2016 (€ 1.925,00). In secondo luogo, la diffusione dei fondi integrativi indebolisce progressivamente la difesa civica del diritto alla tutela della salute, perché oggi chi non è soddisfatto del sistema pubblico, piuttosto che rivendicare un diritto anche a nome degli altri, dispone di un'opzione che gli offre, in maniera sostitutiva, tutto quanto incluso nei LEA.

Rischi per l'equità. Le agevolazioni fiscali previste dalla normativa esistente (*tax expenditure*) sono di fatto una spesa fiscale sostenuta da tutti i contribuenti. Di conseguenza gli iscritti ai fondi sanitari, oltre a fruire di maggiori prestazioni, scaricano parte dei costi sui non iscritti, segmentando di fatto il diritto alla tutela della salute.

I fondi sanitari creano dunque iniquità in quanto a beneficiarne maggiormente sono^{152,153,154}:

- coloro che hanno un lavoro stabile;
- i lavoratori dipendenti rispetto ai liberi professionisti;
- le categorie di lavoratori con maggiori capacità negoziali e interessati a contrattare integrazioni salariali sotto forma di *fringe benefit*, rispetto ai lavoratori privi di tali requisiti;
- i lavoratori con redditi più elevati, perché il valore della deduzione aumenta all'aumentare dell'aliquota marginale;
- i residenti in alcune aree del Paese, perché gli iscritti ai fondi sanitari non sono uniformemente distribuiti sul territorio nazionale: 38,9% nel Nord-Ovest, 14,9% nel Nord-Est, 33,4% nel Centro, 12,8% nel Sud e isole¹⁵⁵.

Per tali ragioni, le agevolazioni fiscali concesse ai fondi sanitari e al welfare aziendale non sono affatto una *win-win solution*, ma concretizzano una illusione di defiscalizzazione che genera diseguaglianze. Infatti, vero è che la copertura sanitaria costa all'impresa meno rispetto ad un aumento in busta paga, ed è altrettanto vero che così si riduce la quota di imposte a carico del lavoratore; tuttavia, le agevolazioni fiscali rappresentano un costo per la finanza pubblica, generando un effetto di redistribuzione negativa su chi non è iscritto ai fondi sanitari. In altre parole, tali agevolazioni oltre a non espandere le tutele, non permettono ai gruppi più svantaggiati della popolazione di superare le reali difficoltà di accesso alle cure, conseguenti alle inefficienze del pubblico (es. lunghezza delle liste di attesa, ticket troppo elevati), con conseguenti gravi "effetti collaterali" sull'equità di accesso alle cure.

Rischio di aumento della spesa sanitaria. I promotori del "secondo pilastro" fanno leva sulla loro presunta capacità di aumentare l'efficienza nell'acquisizione di prestazioni sanitarie, rispetto ai singoli soggetti. In altre parole, uno degli argomenti portati a sostegno di una maggiore intermediazione finanziario-assicurativa sarebbe connessa ai vantaggi dell'aggregazione della domanda di prestazioni sanitarie e, di conseguenza, ad una maggiore efficienza della spesa intermediata, rispetto a quella out-of-pocket.

In realtà, i fondi sanitari devono gestire innumerevoli transazioni con organizzazioni e professionisti sanitari, aumentando l'impatto dei costi amministrativi e riducendo il *value for money*. Ciascun fondo deve negoziare, stipulare e rinnovare contratti, documentare le prestazioni coperte, tener conto di regolamenti e disposizioni, sottoporsi a specifici controlli, etc. In tal senso il peggior esempio è quello degli USA dove la spesa sanitaria è di gran lunga la più elevata al mondo: i costi amministrativi generati dagli innumerevoli erogatori di

¹⁵² Rete Sostenibilità e Salute. I Fondi Sanitari integrativi e sostitutivi e le Assicurazioni Sanitarie. Bologna, 28 ottobre 2017. Disponibile a: www.medicinademocratica.org/wp/wp-content/uploads/2017/11/Documento-I-Fondi-Sanitari-integrativi-e-sostitutivi-e-le-Assicurazioni-Sanitarie-5.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁵³ Documento conclusivo 12a Commissione permanente "Indagine conoscitiva su sostenibilità SSN". Roma, 10 gennaio 2018. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1066489.pdf. Ultimo accesso: 1 gennaio 2018.

¹⁵⁴ Granaglia E. Il welfare aziendale e la sanità complementare. Alcuni costi nascosti. Rivista delle Politiche Sociali 2017 (2):37-46. Disponibile a: www.ediesseonline.it/files/Rps%2020202017_II%20welfare%20aziendale%20e%20la%20sanit%C3%A0%20complementar_e_Granaglia_free%20text.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁵⁵ 13° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2017: pag. 115. Disponibile a: www.creasanita.it/13volume_dwn/dwn_fliid/Rapporto_Sanita_2017.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

prestazioni e assicurazioni superano il 25% della spesa totale¹⁵⁶ e chi sostiene una riforma *single payer* stima un risparmio di oltre 500 miliardi di dollari¹⁵⁷. Anche un recente confronto tra 11 sistemi sanitari¹⁵⁸ dimostra che nei paesi dove vigono sistemi assicurativi (USA, Svizzera), rispetto a quelli che dispongono di sistemi sanitari pubblici, i costi amministrativi sono molto più elevati e i medici dedicano molto più tempo ad attività amministrative. In Italia, l'ANIA, in riferimento al ramo malattia, riporta che le spese di gestione risultano pari al 25% circa dei premi contabilizzati (*expense ratio*), confermando gli elevati costi di gestione delle coperture assicurative. In generale, l'Italia è fra i paesi con i più alti valori dell'*expense ratio*, peraltro in lieve aumento.

La tesi dei proponenti è, pertanto, facilmente confutabile sia perché i costi amministrativi dell'intermediazione sono molto elevati, sia perché la presunta maggiore efficienza è ulteriormente ridotta dalla necessità di mantenere un fondo di garanzia, pari a circa 1/3 della raccolta. Per i problemi di solvibilità già descritti, questo porta i fondi a "ri-assicurarsi" con solide compagnie assicurative previa cessione di una percentuale dei premi. Di conseguenza, la sommatoria dei costi amministrativi e degli utili dell'intermediazione assicurativa (sino al 40-50% del premio) non può tradursi in servizi per gli iscritti.

In definitiva, evidenze e dati dimostrano che i "terzi paganti", sotto qualsiasi forma, aumentano la spesa privata totale in quanto non riducono affatto la spesa out-of-pocket, determinando complessivamente un saldo negativo sui bilanci delle famiglie. Infine, in quanto induttori di prestazioni inappropriate aumentano la spesa sanitaria pubblica necessaria per gestire fenomeni di sovra-diagnosi e di sovra-trattamento.

Rischio di sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie. Nel mercato della salute l'aumento dell'offerta induce un aumento della domanda per tre ragioni fondamentali: pagamento a prestazione (dell'erogatore e/o del professionista), medicalizzazione della società e limitata presenza di meccanismi di verifica e miglioramento dell'appropriatezza. Ad esempio i cosiddetti "piani di prevenzione" messi a punto dal secondo pilastro sono ampiamente sostitutivi, accessibili senza prescrizione medica e caratterizzati da un estremo livello di inappropriatezza¹⁵⁹: la tabella 3.12 dimostra in maniera inequivocabile che la tipologia di indagini diagnostiche e, soprattutto la loro frequenza, non sono affatto basati sulle evidenze scientifiche, ma mirano ad aumentare il numero di prestazioni che gli iscritti possono eseguire, quasi esclusivamente, presso strutture private convenzionate (figura 3.19, circuito 4).

¹⁵⁶ Himmelstein DU, Jun M, Busse R, et al. A comparison of hospital administrative costs in eight nations: US costs exceed all others by far. *Health Aff (Millwood)* 2014;33:1586-94.

¹⁵⁷ Woolhandler S, Himmelstein DU. Single-payer reform: the only way to fulfill the President's pledge of more coverage, better benefits, and lower costs. *Ann Intern Med* 2017;166:587-588.

¹⁵⁸ Papanicolaos I, Woskie LR, Jha AK. Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. *JAMA* 2018; 319:1024-1039.

¹⁵⁹ Rete Sostenibilità e Salute. I Fondi Sanitari integrativi e sostitutivi e le Assicurazioni Sanitarie. Disponibile a: www.medicinademocratica.org/wp/wp-content/uploads/2017/11/Documento.-I-Fondi-Sanitari-integrativi-e-sostitutivi-e-le-Assicurazioni-Sanitarie-5.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

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 3.12. Frequenza di indagini diagnostiche a scopo preventivo nel corso della vita: “piano prevenzione” dei fondi sanitari vs SSN (da¹⁶⁰)

A dispetto del nome con cui vengono proposti, tali “pacchetti preventivi” presentano numerosi effetti collaterali per i cittadini e per il SSN:

- espansione incontrollata di test diagnostici inappropriati, peraltro già ampiamente sovra-utilizzati nel sistema pubblico, contribuendo agli sprechi da sovra-utilizzo;
- aumento della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e della medicalizzazione della società;
- interferenza con le policy di appropriatezza prescrittiva incluse nel DPCM sui LEA e implementate dalle Regioni, con iniziative culturali finalizzate a contenere l'eccesso di prestazioni inappropriate e con la relazione medico-paziente;
- contraddizione con le raccomandazioni di linee guida elaborate ai sensi dell'art. 5 della L. 24/2017 e potenziale incremento dei contenziosi medico-legali;
- aumento della probabilità di sovra-diagnosi e sovra-trattamento, proporzionali alla frequenza dei test e alla loro inappropriatezza, con avvio di ulteriori percorsi diagnostico-terapeutici i cui costi possono ricadere sul SSN.

Rischio di frammentazione dei percorsi assistenziali. I tentativi che faticosamente si stanno mettendo in atto nel SSN per uniformare i PDTA, garantire la continuità clinico-assistenziale tra setting differenti – secondo criteri di appropriatezza clinica e organizzativa – rischiano di essere compromessi dall'espansione del secondo pilastro. In particolare, se inizia a farsi largo il concetto di *value-based healthcare* per rimborsare l'esito del percorso e non la singola prestazione, se la Legge di Bilancio 2018 prevede il monitoraggio integrato dei PDTA con l'obiettivo di superare logiche di finanziamento a silos, se il Piano nazionale per la cronicità ha posto le basi per una presa in carico univoca dei pazienti con malattie croniche grazie a PDTA regionali, l'inserimento di erogatori di prestazioni esclusi dalle reti clinico-assistenziali rischia di determinare, oltre a duplicazione degli interventi sanitari, una frammentazione della continuità assistenziale. Infatti, se le iniziative istituzionali mirano a integrare le reti attraverso una responsabilizzazione dei vari attori del sistema (Regioni,

¹⁶⁰ Geddes da Filicaia M. La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, marzo 2018: pag 72.

Aziende sanitarie, medici, professionisti sanitari, pazienti), i servizi offerti dai fondi sanitari rimangono confinati nella relazione tra gestore e cliente che, escludendo anche la figura del medico prescrittore, concretizzano il già citato cortocircuito del SSN. Per tali ragioni, l'introduzione di un ulteriore soggetto – sganciato dai PDTA, con obiettivi di profitto legati alla quantità e non all'appropriatezza delle prestazioni – non può che aumentare le difficoltà già esistenti per integrare setting diversi nell'implementazione dei PDTA.

CAPITOLO 4

Prognosi del Servizio Sanitario Nazionale al 2025

Al fine di valutare la sostenibilità del SSN, il 1° Rapporto GIMBE aveva adottato una prospettiva decennale (2016-2025), arco temporale adeguato per mettere in campo gli interventi necessari a fronteggiare la crisi, esortando la politica ad uscire dalla logica del breve termine, inevitabilmente legata alla scadenza dei mandati. Analogamente nel Regno Unito, con cui condividiamo modello Beveridge e crisi di sostenibilità del servizio sanitario, all'incirca un anno dopo la Camera dei Lord pubblicava un rapporto sulla sostenibilità del servizio sanitario e sociale¹⁶¹ – ampiamente ripreso da prestigiose riviste^{162,163} – invitando la politica ad abbandonare la logica dello *short termism*, accusando il *Department of Health* «di non riuscire o non volere pensare oltre i prossimi 5 anni, rimanendo avvitato su beghe quotidiane, sperando che sia il futuro a prendersi cura del servizio sanitario nazionale».

Dal punto di vista metodologico, i precedenti Rapporti GIMBE si sono ispirati al modello di Pacala e Socolow⁶ che hanno dimostrato come, per contenere le emissioni di CO₂ entro il 2055, sia necessario integrare diverse strategie per la tutela dell'ambiente, i cosiddetti “cunei di stabilizzazione”. Analogamente in sanità appare sempre più evidente la necessità di un piano d'intervento multifattoriale perché le determinanti che influenzano la sostenibilità del SSN sono numerose e variamente correlate. Di conseguenza nei precedenti Rapporti è stato stimato sia il fabbisogno del SSN al 2025, sia il potenziale contributo dei cunei di stabilizzazione necessari a raggiungere il fabbisogno stimato per garantire la sostenibilità della sanità pubblica. Accanto alla spesa pubblica e alla spesa privata, sia out-of-pocket che intermediata, il terzo cuneo di stabilizzazione è stato identificato nel disinvestimento da sprechi e inefficienze, finalizzato ad aumentare il ritorno in termini di salute (*value for money*) del denaro investito. Ovviamente, se spesa pubblica e spesa privata rappresentano incrementi reali della spesa, il disinvestimento identifica solo una sua riqualificazione.

Il presente Rapporto aggiorna tutte le stime al periodo 2017-2025 – al netto dell'inflazione – tenendo conto delle previsioni del DEF 2018, di studi e normative varate negli ultimi 12 mesi, delle conclusioni dell'Indagine sulla Sostenibilità del SSN¹⁶⁴, di analisi effettuate sui nuovi conti ISTAT-SHA e dei feedback ottenuti in occasione della consultazione pubblica sul 2° Rapporto (tabella 4.1).

¹⁶¹ The Lancet. The future of the NHS. Lancet 2017;389:1491.

¹⁶² Dixon J. Making the NHS and social care system sustainable. BMJ 2017;357:j1826.

¹⁶³ House of Lords Select Committee on the Long-term Sustainability of the NHS. The long-term sustainability of the NHS and adult social care. 2017. Disponibile a: www.publications.parliament.uk/pa/ld201617/ldselect/ldnhssus/151/151.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁶⁴ Documento approvato dalla 12a Commissione permanente, nella seduta del 10 gennaio 2018, a conclusione dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità. Pag 96-100. Disponibile a: www.senato.it/leg/17/BGT/Schede/docnonleg/35564.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

	Rapporto GIMBE		Fonti di riferimento
	2° (2017)	3° (2018)	
Anno di riferimento	2015	2016	-
Spesa sanitaria	€ 147,29	€ 157,61	Spesa pubblica: disponibilità dei dati consuntivi 2016 vs 2015 Spesa privata: nuovi conti ISTAT-SHA, analisi dati OCPS Cergas-Bocconi
Fabbisogno 2025	€ 210	€ 220	Feedback consultazione pubblica, nuove analisi
Spesa pubblica	€ 13,5	€ 9	Analisi trend definanziamento pubblico, previsioni DEF 2018
Spesa privata	€ 13,5	€ 18	Analisi trend spesa privata: aumento numero dei fondi sanitari e loro iscritti, espansione mercato assicurativo, aumento spesa out-of-pocket
Disinvestimento totale da sprechi al 2025	€ 80	€ 72,1	Stima sprechi recuperati nel 2016 (€ 1,3 miliardi)
Gap al 2025	- € 16,3	- € 20,5	-

Tabella 4.1. Aggiornamento stime Rapporto GIMBE 2018 vs 2017 relative al periodo 2017-2025 (dati in mld)

4.1. Composizione della spesa sanitaria 2016

La spesa sanitaria totale 2016, tenendo conto delle criticità relative alle stime della spesa privata (§ 2.2), ammonta a € 157,613 miliardi di cui:

- € 112,182 miliardi di spesa pubblica;
- € 45,431 miliardi di spesa privata, di cui:
 - € 5,601 miliardi di spesa intermediata:
 - € 3,831 miliardi da fondi sanitari;
 - € 0,593 miliardi da polizze individuali;
 - € 1,177 miliardi da altri enti;
 - € 39,830 miliardi di spesa out-of-pocket.

4.2. Stima del fabbisogno al 2025

Come rilevato dai numerosi feedback raccolti in occasione della consultazione pubblica sul 2° Rapporto GIMBE, il fabbisogno di € 210 miliardi al 2025 risultava ampiamente sottostimato. Per questo nel presente Rapporto la stima viene innalzata a € 220 miliardi anche in considerazione di ulteriori analisi effettuate sui seguenti fattori:

- entità del sotto-finanziamento del SSN;
- benchmark con i paesi dell'Europa occidentale;

- sottostima dell'impatto economico dei nuovi LEA;
- evidenza di inadempimenti LEA in varie Regioni: screening oncologici, ADI, hospice, lungodegenze, etc.;
- inderogabile necessità di rilancio delle politiche per il personale sanitario: stabilizzazioni, nuove assunzioni, adeguamenti salariali a standard europei;
- imminente immissione sul mercato di numerose innovazioni farmacologiche dai costi molto elevati;
- necessità di ammodernamento tecnologico;
- invecchiamento della popolazione;
- rinuncia a prestazioni sanitarie (dati ISTAT).

La stima di € 220 miliardi, che equivale a una spesa pro-capite di € 3.631, rimane molto conservativa considerato che si colloca al di sotto della media OCSE del 2016 (€ 3.797)¹⁶⁵.

In ogni caso, restano espressamente escluse da tale stima:

- le risorse da destinare al piano straordinario di investimenti per l'edilizia sanitaria;
- i bisogni socio-sanitari, stimati dall'Istituto Dirpolis della Scuola Sant'Anna di Pisa in oltre € 17 miliardi, di cui € 9 per l'assistenza familiare e i servizi di badantato, € 4,2 di partecipazione alle spese sociali e € 4,1 di mancato reddito dei caregiver¹⁶⁶.

4.3. Stima dei cunei di stabilizzazione

A partire dal presente Rapporto viene inserita la rivalutazione a consuntivo delle precedenti stime su spesa pubblica e spesa privata (tabella 4.2).

	Stima 2° Rapporto GIMBE	Consuntivo	Delta
Pubblica	€ 113,900	€ 112,182	- € 1,718
Out-of-pocket	€ 31,400	€ 39,830	+ € 8,430
Intermediata	€ 5,000	€ 5,600	+ € 0,600

Tabella 4.2. Spesa sanitaria 2016 (dati in mld)

Di seguito vengono analizzate le ragioni delle discrepanze tra la stima effettuata nel 2° Rapporto GIMBE e il consuntivo 2016:

- Spesa pubblica: la differenza è dovuta sia alla fonte di riferimento utilizzata (ISTAT-SHA vs RGS) per € 360 milioni, sia al fatto che nel 2016 le stime di Contabilità nazionale 2015 sono state riviste al ribasso per oltre € 1,1 miliardi, come riportato dal DEF 2017.

¹⁶⁵ Media OCSE 2016 \$ PPP 4.002,70 convertita in al cambio USD-EUR al 31/12/2016 è pari a € 3.797,27.

¹⁶⁶ Arduini S. Secondo welfare, un tesoretto per le imprese sociali. Vita, 25 novembre 2015. Disponibile a: www.vita.it/it/article/2015/11/25/secondo-welfare-un-tesoretto-per-le-imprese-sociali/137527/. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

- **Out-of-pocket:** il notevole incremento rispetto alla stima precedente è dovuto sia alla fonte utilizzata (ISTAT-SHA vs Cortei dei Conti) per € 3,519 miliardi, sia all'integrazione della spesa per prodotti omeopatici, erboristici, integratori, etc. non considerati da ISTAT-SHA (€ 5,9 miliardi).
- **Intermediata:** la stima si conferma sostanzialmente allineata al consuntivo.

Nel periodo 2017-2025 si stima un aumento della spesa sanitaria totale di € 27 miliardi sulla base delle seguenti assunzioni:

- **Spesa pubblica.** La stima di € 13,5 miliardi del precedente Rapporto viene ridotta a € 9 per varie ragioni: entità dell'aumento reale del finanziamento pubblico negli ultimi 5 anni (€ 1,2 miliardi/anno), previsioni del DEF 2018 rispetto al rapporto spesa sanitaria/PIL (dal 6,6% nel 2018 al 6,3% nel 2020-21), estensione al 2019 degli effetti del DM 5 giugno 2017 sulla rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale, quadro politico-economico che non permette di escludere ulteriori riduzioni del finanziamento pubblico, anche alla luce di eventuali nuove politiche fiscali (*flat tax*).
- **Spesa privata.** Tenendo conto del trend degli ultimi 5 anni di aumento del numero di fondi sanitari e loro iscritti, dell'espansione del mercato assicurativo e dell'aumento della spesa out-of pocket, la stima di € 15 miliardi del precedente Rapporto viene aumentata a € 18 miliardi.

I primi due cunei di stabilizzazione (spesa pubblica + spesa privata) permetterebbero di raggiungere nel 2025 una cifra di poco superiore ai € 184 miliardi, ben lontana dal fabbisogno stimato (figura 4.1).

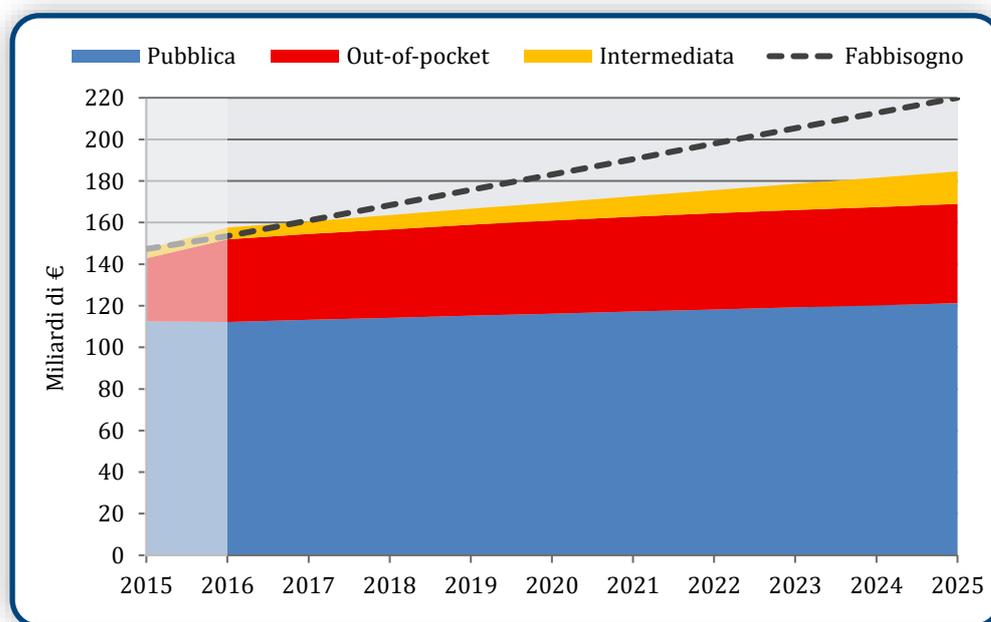


Figura 4.1. Fabbisogno, spesa pubblica e spesa privata: consuntivo 2015-2016 e trend stimato 2017-2025

Di conseguenza, è indispensabile potenziare il terzo “cuneo di stabilizzazione” attraverso il disinvestimento da sprechi e inefficienze, basato non solo su azioni puntuali di *spending review*, ma prevedendo interventi strutturali e organizzativi in grado di eliminare con precisione chirurgica e in maniera definitiva specifiche tipologie di sprechi. Per ottenere questo risultato, che permetterebbe un incremento non lineare nel recupero di risorse

(figura 4.2), è necessario disegnare ed attuare un piano nazionale di prevenzione e riduzione degli sprechi, come previsto dal “piano di salvataggio” GIMBE (§ 5).

La stima del potenziale recupero di risorse entro il 2025 ammonterebbe a € 72,1 miliardi sulla base delle seguenti assunzioni:

- entità degli sprechi sulla spesa pubblica: ipotizzando una percentuale degli sprechi costante (19%) in assenza di azioni correttive (*business as usual*) e tenendo conto di un incremento della spesa pubblica di € 9 miliardi, le risorse potenzialmente recuperabili entro il 2025 ammonterebbero a oltre € 220 miliardi;
- obiettivo del disinvestimento entro il 2025: almeno un terzo degli sprechi totali;
- soglia di accettabilità di sprechi al 2025: € 10 miliardi.

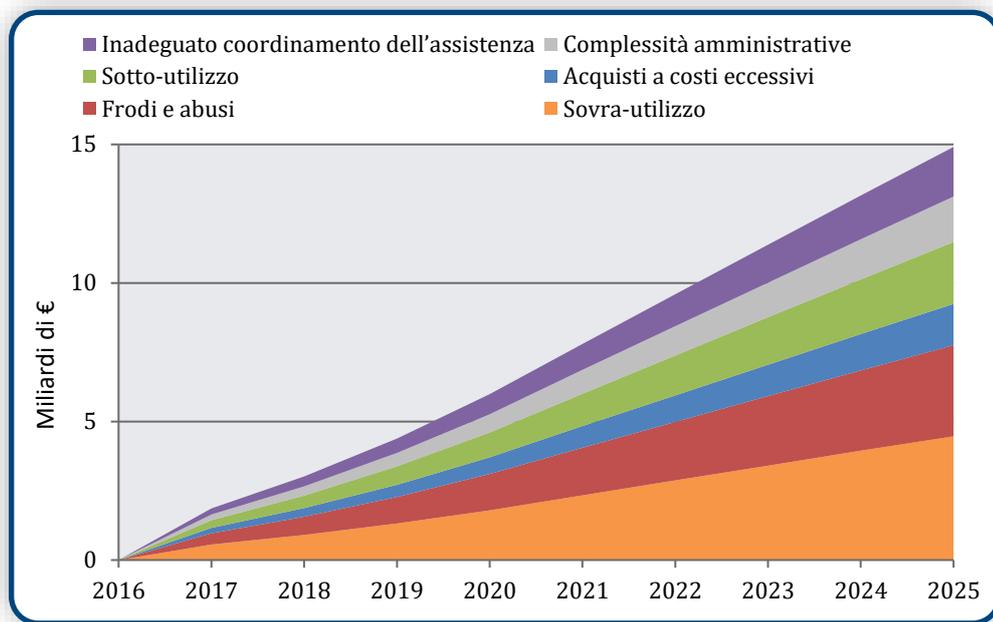


Figura 4.2. Disinvestimento da sprechi e inefficienze: trend stimato 2017-2025

In ogni caso, anche se l’incremento della spesa pubblica e privata e l’entità del disinvestimento dagli sprechi dovessero mantenere i trend auspicati, per raggiungere il fabbisogno stimato per il 2025 mancherebbero ancora € 20,5 miliardi (figura 4.3). Peraltro, le valutazioni effettuate sul *value for money* della spesa privata dimostrano che la percentuale di denaro che non determina alcun ritorno in termini di salute è almeno il doppio di quella della spesa pubblica, per cui le stime effettuate in questa sezione dovrebbero essere ulteriormente corrette tenendo conto che almeno il 40% della spesa privata di fatto costituisce spreco.

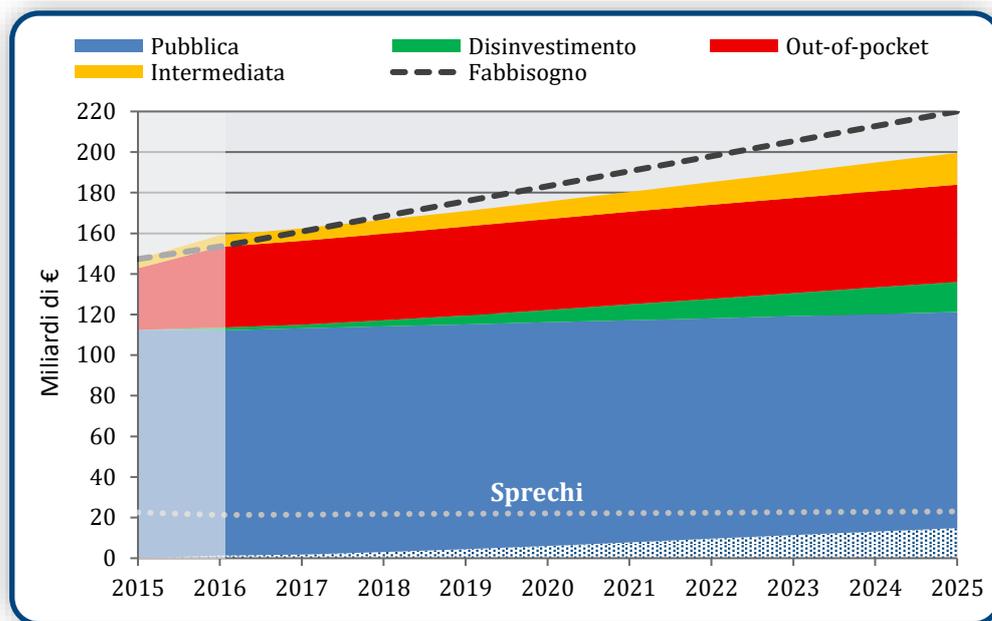


Figura 4.3. Fabbisogno e “cunei di stabilizzazione”: consuntivo 2015-2016 e trend stimato 2017-2025

4.4. Conclusioni

Nonostante la stima prudenziale di € 220 miliardi al 2025 e la scarsa probabilità di poter riqualificare oltre € 70 miliardi di spesa pubblica nei prossimi anni, l'entità delle risorse necessarie a colmare il gap richiedono scelte politiche ben precise: in assenza di un consistente rilancio del finanziamento pubblico al 2025 sarà infatti impossibile preservare un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, considerato che la soluzione – come si è ampiamente dimostrato – non può essere sicuramente identificata nel “secondo pilastro”.

CAPITOLO 5

Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale

Le consultazioni elettorali dello scorso 4 marzo hanno rappresentato per la Fondazione GIMBE l'occasione di stilare un bilancio della XVII legislatura, che per la sanità è stata caratterizzata da un insolito paradosso. Da un lato, un'intensa attività legislativa e programmatica ha posto numerose pietre miliari per l'evoluzione del SSN: dal DPCM sui nuovi LEA al DM sulla responsabilità professionale, dal decreto sull'obbligo vaccinale all'albo nazionale per i direttori generali, dal patto per la sanità digitale ai fondi per i farmaci innovativi, dal piano nazionale della cronicità a quelli della prevenzione e della prevenzione vaccinale, dal DM 70/2015 al decreto sui piani di rientro degli ospedali, dal biotestamento al DDL Lorenzin che regola ordini professionali e sperimentazioni cliniche. D'altro canto, la legislatura è stata segnata da un imponente definanziamento che, oltre a determinare la progressiva retrocessione rispetto ad altri paesi europei, sta minando seriamente l'erogazione dei LEA, mettendo in luce il drammatico scollamento tra esigenze di finanza pubblica e programmazione sanitaria. Infine, dopo la bocciatura del referendum costituzionale, nessun passo in avanti è stato fatto per migliorare la governance di 21 differenti sistemi sanitari, anzi si sono moltiplicate le richieste di maggiore autonomia da parte delle Regioni, trascurando che da un punto di vista etico, sociale ed economico è inaccettabile che il diritto costituzionale alla tutela della salute, affidato ad una leale quanto utopistica collaborazione tra Stato e Regioni, continui ad essere condizionato da politiche sanitarie regionali e decisioni locali che generano disuguaglianze nell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie, alimentano sprechi e inefficienze ed influenzano gli esiti di salute della popolazione.

A partire dal novembre 2017, la Fondazione GIMBE ha pertanto ripetutamente esortato tutte le forze politiche in campo alle consultazioni elettorali dello scorso marzo a mettere nero su bianco proposte convergenti per la sanità pubblica^{167,168,169}, sottolineando che se è vero che non esiste un piano occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, è altrettanto certo che finora è mancato un preciso programma politico per il suo salvataggio. In altri termini, considerato che i prossimi anni saranno determinanti per il destino del SSN, è indispensabile rimettere la sanità al centro dell'agenda politica, perché il diritto costituzionale alla tutela della salute non può essere ostaggio di ideologie partitiche.

Sulla base dei dati del 2° Rapporto GIMBE integrati con commenti e suggerimenti pervenuti attraverso la relativa consultazione pubblica, la Fondazione GIMBE ha elaborato un "piano di

¹⁶⁷ Fondazione GIMBE. Forum Risk Management, Cartabellotta: «Sanità pubblica sull'orlo del baratro, fuori le proposte per salvare il SSN» Sanità24, 30 novembre 2017. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2017-11-30/forum-risk-managment-cartabellotta-sanita-pubblica-sull-orlo-baratro-fuori-proposte-salvare-ssn-113739.php?uuid=AEbYZwKD. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁶⁸ Fondazione GIMBE. Elezioni 2018: la salute delle persone al centro dei programmi politici. Sanità24, 9 gennaio 2018. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-01-09/elezioni-2018-salute-persone-centro-programmi-politici-114420.php?uuid=AErjRYeD. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁶⁹ Fondazione GIMBE: «Sanità pubblica in codice rosso, ma fuori dal dibattito elettorale». Sanità24, 26 gennaio 2018. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-01-26/fondazione-gimbe-sanita-pubblica-codice-rosso-ma-fuori-dibattito-elettorale-135619.php?uuid=AEINCVpD. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

salvataggio” del SSN in 12 punti, presentato ufficialmente in occasione della 13^a Conferenza Nazionale GIMBE¹⁷⁰ (figura 5.1).

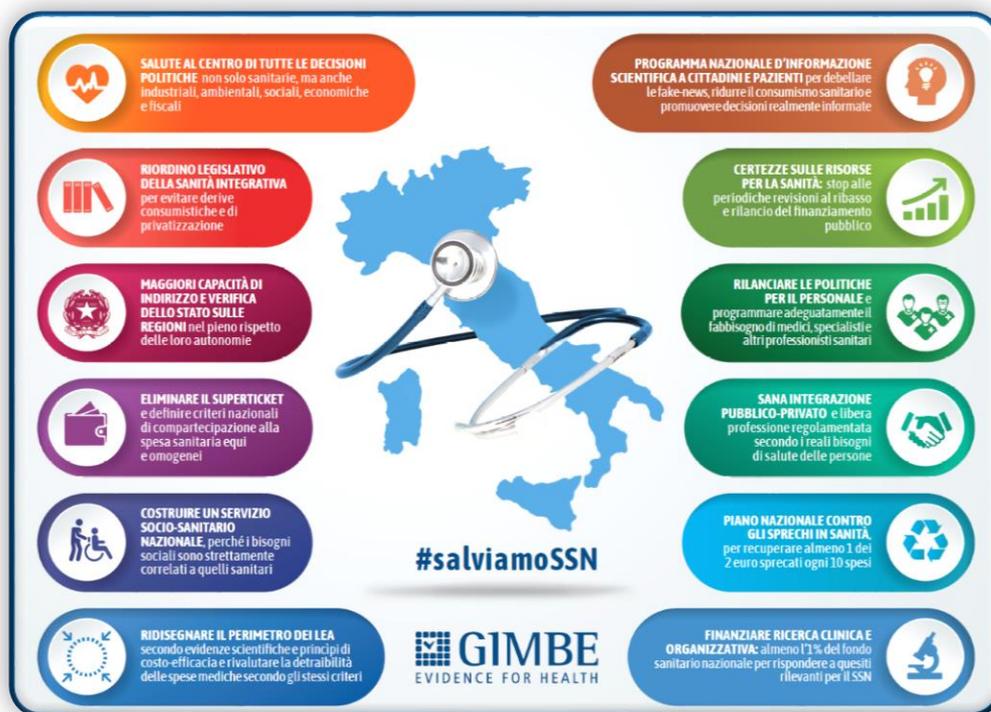


Figura 5.1. Fondazione GIMBE: “piano di salvataggio” del SSN

1. Salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali
2. Certezze sulle risorse per la sanità: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico
3. Maggiori capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel pieno rispetto delle loro autonomie
4. Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari
5. Ridisegnare il perimetro dei LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri
6. Eliminare il superticket e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei
7. Piano nazionale contro gli sprechi in sanità per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi
8. Riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione
9. Sana integrazione pubblico-privato e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone

¹⁷⁰ Cartabellotta A. #salviamoSSN: prossima legislatura, ultima chiamata. In: 13^a Conferenza Nazionale GIMBE. Disponibile a: www.gimbe.org/conferenze/nazionale/2018/relazioni/01.Cartabellotta.pdf. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

10. Rilanciare le politiche per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari
11. Finanziare ricerca clinica e organizzativa: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN
12. Programma nazionale d'informazione scientifica a cittadini e pazienti per debellare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e promuovere decisioni realmente informate

5.1. Il fact-checking delle proposte elettorali 2018

In occasione delle consultazioni del 4 marzo, nell'ambito delle attività dell'Osservatorio sulla sostenibilità del SSN, la Fondazione GIMBE ha attuato un'analisi comparativa dei programmi elettorali di tutte le forze politiche sulle proposte relative a sanità e ricerca biomedica. Dopo la pubblicazione di due report intermedi^{171,172}, i risultati definitivi del *fact checking* sono stati pubblicati il 22 febbraio 2018¹⁷³ e sono disponibili online¹⁷⁴. Dall'analisi, che ha incrociato tutte le proposte con i 12 punti del "piano di salvataggio" del SSN, è emersa un'attenzione molto variegata dei partiti per i temi della sanità e della ricerca biomedica che, se da un lato permette di riconoscere numerose idee rilevanti per il miglioramento della sanità pubblica, dall'altro lascia trasparire alcune costanti inequivocabili:

- nelle dichiarazioni di intenti la maggior parte delle forze politiche affermano che la salute è un diritto fondamentale da tutelare, ma solo alcune hanno preso atto della crisi di sostenibilità del SSN;
- tranne sporadiche eccezioni, i programmi non riportavano le modalità di finanziamento delle proposte, né collegavano azioni di disinvestimento da sprechi e inefficienze con riallocazione delle risorse recuperate;
- nessun partito, per una variabile combinazione di ideologie partitiche, scarsa attenzione per la sanità e limitata visione di sistema, ha elaborato un preciso "piano di salvataggio" del SSN coerente con le principali determinanti della crisi di sostenibilità.

5.2. Consultazione pubblica

Al fine di guidare l'elaborazione del presente Rapporto, sul "piano di salvataggio" del SSN è stata aperta una consultazione pubblica dal 17 aprile al 13 maggio 2018. Attraverso una

¹⁷¹ Fondazione GIMBE. «Elezioni 2018: per la sanità poche idee e ben confuse». Sanità24, 8 febbraio 2018. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-02-08/elezioni-2018-fondazione-gimbe-per-sanita-poche-idee-e-ben-confuse-105802.php?uuid=AEhpobwD. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁷² Fondazione GIMBE. «Elezioni 2018: La tutela della salute continuerà a non essere uguale per tutti». Sanità24, 15 febbraio 2018. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-02-15/elezioni-2018-fondazione-gimbe-la-tutela-salute-continuera-non-essere-uguale-tutti-100701.php?uuid=AEL5Zb0D. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁷³ Fondazione GIMBE. «Per sanità e ricerca comunque vada non sarà un successo». Sanità 24, 23 febbraio 2018. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2018-02-23/elezioni-2018-fondazione-gimbe-per-sanita-e-ricerca-comunque-vada-non-sara-successo-110328.php?uuid=AEWzZk5D. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

¹⁷⁴ Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. "Elezioni 2018. Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali. Sanità e ricerca biomedica". Versione 1.0. Fondazione GIMBE: Bologna, 22 febbraio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2018. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

survey online, a cui sono stati invitati a partecipare oltre 112.000 stakeholder della sanità, è stato chiesto di:

- assegnare a ciascuno dei 12 punti del piano di salvataggio, oltre che alle 6 categorie di sprechi, uno score di rilevanza da 1 (irrilevante) a 4 (estremamente rilevante);
- formulare eventuali proposte non incluse nel piano di salvataggio, ma considerate rilevanti.

Hanno partecipato alla survey 886 rappresentanti del mondo sanitario e cittadini, campione rappresentativo con un margine di errore del 3,3%. La tabella 5.1 riporta gli score di rilevanza assegnati ai singoli punti del piano di salvataggio e la tabella 5.2 quelli relativi alle 6 categorie di sprechi.

Sono stati inoltre forniti 720 commenti ai singoli punti e formulati 102 suggerimenti per inserimento di ulteriori punti nel piano di salvataggio.

Dall'analisi dei dati (tabella 5.1) emergono alcuni elementi fondamentali: innanzitutto la media degli score è superiore a 3 per tutti i punti del piano di salvataggio; in secondo luogo la deviazione standard è relativamente ampia per tutti i punti, in considerazione dell'eterogeneità degli stakeholder che hanno partecipato alla survey; infine, lo score medio di alcuni item potrebbe essere stato influenzato da limitate conoscenze (punto 8) e da potenziali interessi in conflitto (punto 9) dei rispondenti, in larga prevalenza professionisti sanitari.

Punti del piano di salvataggio	Media (\pm DS)
1. Salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali	3,57 (\pm 0,78)
2. Certezze sulle risorse per la sanità: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico	3,64 (\pm 0,73)
3. Maggiori capacità di indirizzo e verifica dello stato sulle Regioni nel pieno rispetto delle loro autonomie	3,46 (\pm 0,82)
4. Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari	3,53 (\pm 0,80)
5. Ridisegnare il perimetro dei LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri	3,52 (\pm 0,77)
6. Eliminare il superticket e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei	3,21 (\pm 0,91)
7. Piano nazionale contro gli sprechi in sanità, per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi	3,66 (\pm 0,72)
8. Riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione	3,38 (\pm 0,83)
9. Sana integrazione pubblico-privato e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone	3,19 (\pm 0,97)

Punti del piano di salvataggio	Media (\pm DS)
10. Rilanciare le politiche per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari	3,65 (\pm 0,73)
11. Finanziare ricerca clinica e organizzativa: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN	3,62 (\pm 0,75)
12. Programma nazionale d'informazione scientifica a cittadini e pazienti per debellare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e promuovere decisioni realmente informate	3,53 (\pm 0,79)

Tabella 5.1. Score medio di rilevanza dei punti del piano di salvataggio

Riguardo agli score sulla rilevanza delle 6 categorie di sprechi (tabella 5.2), oltre alle considerazioni già effettuate per la deviazione standard, emerge una minor rilevanza assegnata alle categorie condizionate dall'appropriatezza professionale (7.1. e 7.4).

Categorie di sprechi	Media (\pm DS)
7.1. SOVRA-UTILIZZO. Prescrizione/erogazione di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) i cui potenziali rischi sono maggiori dei benefici, i benefici sono minimi rispetto ai costi sostenuti, oppure i benefici non sono noti	3,40 (\pm 0,85)
7.2. FRODI E ABUSI. Risorse erose direttamente o indirettamente da fenomeni corruttivi e/o da comportamenti opportunistici influenzati da conflitti di interesse, che non configurano necessariamente reato o illecito amministrativo	3,64 (\pm 0,75)
7.3. ACQUISTI A COSTI ECCESSIVI. Acquisti a costi non standardizzati, oltre il valore di mercato e con differenze regionali e locali	3,51 (\pm 0,79)
7.4. SOTTO-UTILIZZO. Sotto-utilizzo di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) dal <i>value</i> elevato: efficaci, appropriati, dal costo adeguato rispetto alle alternative	3,43 (\pm 0,81)
7.5. COMPLESSITÀ AMMINISTRATIVE. Processi non clinici (burocratici, gestionali, amministrativi) che consumano risorse senza generare <i>value</i>	3,56 (\pm 0,80)
7.6. INADEGUATO COORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA. Inefficienze intraaziendali e interaziendali e/o scarsa integrazione tra diversi setting assistenziali o tra vari servizi dello stesso setting	3,57 (\pm 0,74)

Tabella 5.2. Score medio di rilevanza delle 6 categorie di sprechi

I 12 punti programmatici del “piano di salvataggio”, che saranno sottoposti a continua rivalutazione attraverso periodiche consultazioni pubbliche, costituiranno il riferimento per la campagna #salviamoSSN e per l'Osservatorio GIMBE, con l'obiettivo di monitorare il programma di Governo per la sanità, o in caso di anticipato ritorno alle urne per un nuovo *fact checking* dei programmi elettorali.

CONCLUSIONI

Con il 3° Rapporto sulla sostenibilità del SSN, la Fondazione GIMBE ribadisce che non esiste un disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, ma al tempo stesso che manca un “piano di salvataggio” del SSN che deve ripartire da fondamentali riferimenti normativi mai messi in discussione:

- **Articolo 32 della Costituzione**, che tutela il diritto alla salute delle persone, ma non garantisce l’accesso illimitato a servizi e prestazioni sanitarie.
- **Legge 833/78**, che identifica come obiettivo del SSN «la promozione, il mantenimento, e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione», ma non l’offerta indiscriminata di servizi e prestazioni sanitarie.

Se l’indagine sulla sostenibilità del SSN – approvata dalla 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato della passata legislatura – riprendeva nelle conclusioni una frase di Roy Romanow secondo il quale «Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia»¹⁷⁵, la Fondazione GIMBE estende questo concetto affermando che per salvare la sanità pubblica occorre anzitutto una esplicita volontà politica documentabile da tre segnali, oggi molto evanescenti:

- la sanità pubblica e, più in generale, il sistema di welfare devono essere rimessi al centro dell’agenda politica;
- Governo, Regioni e Parlamento devono confermare all’unisono che l’obiettivo del SSN è ancora quello definito dalla 833/78 che lo ha istituito;
- pianificazione finanziaria e programmazione sanitaria devono essere perfettamente sintonizzate, senza alcuna subordinazione, perché salvaguardare la sanità pubblica e la salute delle persone è importante tanto quanto i vincoli di bilancio.

Questi segnali politici devono concretizzarsi in un preciso “piano di salvataggio” del SSN di cui il presente Rapporto ha fornito una traccia per il prossimo Esecutivo. In assenza di un programma politico di tale portata, stando alle analisi effettuate, la graduale trasformazione verso un sistema sanitario misto sarà inesorabile e consegnerà definitivamente alla storia il nostro tanto invidiato sistema di welfare. Ma se anche questa sarà la strada, la politica non può esimersi dal giocare un ruolo attivo, avviando una rigorosa governance della delicata fase di transizione con il fine di proteggere le fasce più deboli e di ridurre al minimo le disuguaglianze.

Considerato che i segnali dell’involuzione del SSN e, più in generale, dell’intero sistema di welfare sono già evidenti, in particolare in alcune aree del Paese, i tempi politici per decidere il destino del SSN sono prossimi alla scadenza, viste le inequivocabili evidenze sulle disuguaglianze regionali (adempimenti LEA, Rapporto Osservasalute), sulla scarsa qualità dell’assistenza (Programma Nazionale Esiti) e sulle disuguaglianze nell’accesso alle prestazioni (Rapporto PIT Cittadinanzattiva, Rapporto ISTAT).

¹⁷⁵ Commission on the Future of Health Care in Canada. Building on Values: The Future of Health Care in Canada – Final Report. November 2002.

La pubblicazione del presente Rapporto coincide con l'avvio di un nuovo Esecutivo nel cui "contratto di governo", alla sezione Sanità, si legge che:

- *È prioritario preservare l'attuale modello di gestione del servizio sanitario a finanziamento prevalentemente pubblico e tutelare il principio universalistico su cui si fonda la legge n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Tutelare il servizio sanitario nazionale significa salvaguardare lo stato di salute del Paese, garantire equità nell'accesso alle cure e uniformità dei livelli essenziali di assistenza.*
- *È necessario recuperare integralmente tutte le risorse economiche sottratte in questi anni con le diverse misure di finanza pubblica, garantendo una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza attraverso il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale, così da risolvere alcuni dei problemi strutturali.*
- *Il recupero delle risorse avverrà grazie ad una efficace lotta agli sprechi e alle inefficienze, e grazie alla revisione della governance farmaceutica, all'attuazione della centralizzazione degli acquisti, all'informatizzazione e digitalizzazione del SSN, alla revisione delle procedure di convenzionamento e accreditamento, alla lotta alla corruzione e alla promozione della trasparenza.*

Rispetto a tali punti programmatici, le valutazioni del presente Rapporto dimostrano che, se il disinvestimento da sprechi e inefficienze è *condicio sine qua non* per salvare il SSN, in assenza di un consistente rilancio del finanziamento pubblico sarà comunque impossibile mantenere un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, visto che, come ampiamente dimostrato, la soluzione non può essere rappresentata dal "secondo pilastro".

Pertanto, visto che i prossimi anni saranno determinanti per il futuro del SSN, il nascente Esecutivo si trova davanti ad un bivio: se intende realmente preservare la più grande conquista dei cittadini italiani, oltre a tutti gli interventi necessari per aumentare il *value for money* del denaro investito in sanità, deve invertire la rotta sul finanziamento pubblico; in alternativa, dovrà pianificare e governare adeguatamente la transizione a un sistema misto, al fine di evitare una lenta involuzione che finirebbe inevitabilmente per creare una sanità a doppio binario, sgretolando i principi di universalismo ed equità che da 40 anni costituiscono il DNA del nostro Servizio Sanitario Nazionale.



#salviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org