

2019

4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

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



4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

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

AUTORI

Nino Cartabellotta, Elena Cottafava, Roberto Luceri, Marco Mosti

CITAZIONE

4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il 4° 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 2019.

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.

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

Sergio Mattarella
Discorso di fine anno del Presidente della Repubblica
31 dicembre 2018

INDICE

EXECUTIVE SUMMARY.....	I-IV
PREMESSA.....	1
CAPITOLO 1. Introduzione	9
1.1 Le tutele offerte dal Servizio Sanitario Nazionale	9
1.2 Modalità di erogazione dei LEA.....	10
1.3 La spesa per la salute in Italia.....	12
CAPITOLO 2. La spesa per la salute in Italia.....	15
2.1. La spesa sanitaria.....	15
2.2. La spesa sociale.....	40
2.3. La spesa fiscale.....	47
2.4. <i>Value for money</i> della spesa per la salute.....	52
CAPITOLO 3. Determinanti della crisi di sostenibilità	63
3.1. Definanziamento pubblico	64
3.2. Nuovi LEA.....	79
3.3. Sprechi e inefficienze.....	95
3.4. Espansione del secondo pilastro	107
CAPITOLO 4. Prognosi del Servizio Sanitario Nazionale al 2025	133
4.1. Composizione della spesa sanitaria 2017.....	134
4.2. Stima del fabbisogno al 2025	135
4.3. Stima dei cunei di stabilizzazione	136
4.4. Conclusioni	138
CAPITOLO 5. Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale	139
APPENDICE 1. Analisi del “Contratto per il Governo del Cambiamento”	147
APPENDICE 2. Regionalismo differenziato.....	153

EXECUTIVE SUMMARY

Il **CAPITOLO 1** effettua una ricognizione dei tre elementi fondamentali oggetto delle analisi del Rapporto: le tutele offerte dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con i livelli essenziali di assistenza (LEA); le modalità di erogazione dei LEA e le relative criticità; le componenti della spesa per la salute: spesa sanitaria, spesa sociale di interesse sanitario e spesa fiscale relativa alle agevolazioni fiscali per spese mediche e fondi sanitari.

Il **CAPITOLO 2** è dedicato alla **spesa per la salute in Italia** che nel 2017, complessivamente, ammonta a € 204.034 milioni, di cui € 154.920 milioni di spesa sanitaria, € 41.888,5 milioni di spesa sociale di interesse sanitario e € 7.225,5 milioni di spesa fiscale.

La **spesa sanitaria include** € 113.131 milioni di spesa pubblica e € 41.789 milioni di spesa privata, di cui € 35.989 milioni a carico delle famiglie (out-of-pocket) e € 5.800 milioni di spesa intermediata. In termini percentuali, nel 2017 il 27% della spesa sanitaria è privata e di questa l'86,1% è sostenuta dalle famiglie.

Per la **spesa sanitaria pubblica** il Rapporto fa riferimento al sistema dei conti della sanità ISTAT-SHA: € 67.212 milioni per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione, € 17.798 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, € 11.757 milioni per la *long term care*, € 9.249 milioni per i servizi ausiliari, € 5.355 milioni per la prevenzione delle malattie e € 1.760 milioni destinati a governance e amministrazione del SSN. Considerato che il sistema ISTAT-SHA presenta alcuni limiti, il Rapporto ha integrato altre fonti, segnalando le eventuali discrepanze. In particolare, per i trend 2000-2017 sono stati utilizzati i dati della Ragioneria Generale dello Stato che documentano la progressiva riduzione della spesa sanitaria: a fronte di un tasso di crescita medio annuo del 7,4% nel 2001-2005, il tasso nel 2006-2010 scende al 3,1%, quindi allo 0,1% nel periodo 2011-2017. L'imponente riduzione della spesa sanitaria, che ha portato negli ultimi anni ad un sostanziale pareggio di bilancio, non riflette trend omogenei tra i differenti aggregati di spesa, determinando una loro significativa ricomposizione rispetto al totale della spesa pubblica. In particolare, oltre che sulla farmaceutica convenzionata, il contenimento della spesa ha gravato sul personale: infatti, per i redditi da lavoro dipendente l'incidenza è scesa dal 39,8% del 2000 al 30,7% del 2017, mentre per l'assistenza convenzionata il peso percentuale del 2017 (5,9%) è identico al 2000.

Spesa sanitaria privata. La **spesa out-of-pocket** secondo ISTAT-SHA ammonta a € 35.989 milioni, comprensivi di € 2.884,6 milioni di ticket, di cui € 1.548 milioni per farmaci e € 1.336,6 milioni per prestazioni specialistiche. Tuttavia, a fronte dell'entità della spesa delle famiglie, di fatto "alleggerita" da € 3.864,3 milioni di rimborsi IRPEF, il Rapporto dimostra che circa il 40% non compensa minori tutele conseguenti al ridotto finanziamento pubblico, ma è frutto di scelte individuali o di consumismo sanitario. Ancora più complessa l'analisi della **spesa intermediata** sia per variabili e criticità che condizionano la tracciabilità dei flussi economici, sia per l'assenza di rendicontazione pubblica. Tenendo conto dei limiti relativi ad affidabilità di fonti e dati e alla possibile sovrapposizione di alcune cifre, per l'anno 2017 si stima una spesa intermediata di € 5.800 milioni (13,9% della spesa privata), sostenuta da varie tipologie di "terzi paganti": € 3.912 milioni da fondi sanitari/polizze collettive, € 711 milioni da polizze assicurative individuali, € 1.117 milioni da istituzioni senza scopo di lucro e imprese.

La **spesa sociale di interesse sanitario**, in larga parte riconducibile al grande contenitore della *long term care*, per il 2017 è stimata in € 41.888,5 milioni, di cui: € 949,1 milioni relativi al fondo

nazionale per la non autosufficienza (€ 513,6 milioni) e al fondo regionale dell'Emilia Romagna (€435,45 milioni); € 27.853,4 milioni erogati dall'INPS per pensioni di invalidità previdenziale, prestazioni assistenziali (indennità di accompagnamento e pensioni agli invalidi civili) e permessi retribuiti; € 3.977 milioni per prestazioni in denaro e natura da parte dei Comuni; la stima della spesa diretta delle famiglie ammonta a € 9.109 milioni per servizi di badantato regolari (€ 5.009 milioni) e per i costi indiretti per mancato reddito dei caregiver (€ 4.100). Le stime della spesa per le badanti irregolari (compresa tra € 6.185,9 e € 9.776,4 milioni) non sono state incluse nel computo totale.

La **spesa fiscale** ammonta a € 7.225,5 milioni ed è relativa a deduzioni e detrazioni di imposta dal reddito delle persone fisiche per spese sanitarie (€ 3.864,3 milioni) e a contributi versati a fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso (€ 3.361,2), cifra ampiamente sottostimata per l'indisponibilità dei dati delle imprese e del welfare aziendale.

Utilizzando l'innovativo approccio della **value-based healthcare**, il Rapporto documenta che la spesa sanitaria nelle sue tre componenti (pubblica, out-of-pocket e intermediata) ha un ritorno molto variabile in termini di salute (*value for money*) in ragione di risorse erose da sprechi e inefficienze che non si traducono in servizi (*no value expenditure*) o che sono utilizzate per servizi e prestazioni dal *value* basso o negativo (*low/negative value expenditure*), in quanto rispetto al costo determinano benefici nulli o marginali e possono anche generare rischi maggiori dei benefici. Le stime effettuate dimostrano che il 19% della spesa pubblica viene eroso dalla sommatoria di *no value expenditure* e *low/negative value expenditure*; per la *spesa out-of-pocket* la percentuale *high value* è intorno al 60%, mentre il rimanente 40% è utilizzato per l'acquisto di beni (prodotti farmaceutici e medicali) irrilevanti per la salute e di servizi inappropriati (specialistica e diagnostica ambulatoriale), oppure per prestazioni esigibili dal cittadino secondo modalità e tempi del SSN senza conseguenze in termini di salute. Della spesa intermediata da fondi e assicurazioni almeno il 40% non si traduce in servizi per costi amministrativi; il resto si distribuisce equamente tra prestazioni extra-LEA e servizi di specialistica e diagnostica ambulatoriale (di cui una metà dal *low/negative value*). Considerato che sulla spesa sanitaria totale si stima un 9% di *no value expenditure* (€ 14.142 milioni) e un 16% di *low/negative value expenditure* (€ 24.560) è indispensabile avviare riforme sanitarie e fiscali, oltre che azioni di governance a tutti i livelli per ridurre al minimo i fenomeni di *overuse* e *underuse*, che determinano gravi conseguenze cliniche, sociali ed economiche, e aumentare il *value for money* di tutte le forme di spesa sanitaria.

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", a cui si aggiungono due "fattori ambientali" che rendono insalubre l'habitat del SSN: la non sempre leale collaborazione di Governo e Regioni, oggi ulteriormente perturbata dalle istanze di regionalismo differenziato, e le irrealistiche aspettative di cittadini e pazienti.

Definanziamento pubblico. Nel periodo 2010-2019 sono stati sottratti al SSN poco più di € 37 miliardi, di cui circa € 25 miliardi nel 2010-2015 per la sommatoria di varie manovre finanziarie e € 12,11 miliardi nel 2015-2019 per la continua rideterminazione al ribasso dei livelli programmati di finanziamento. L'aumento complessivo del fabbisogno sanitario nazionale (FSN) è di € 8,8 miliardi, in media dello 0,9% per anno, percentuale inferiore all'inflazione media annua (+1,07%). Guardando al futuro la Legge di Bilancio 2019 ha confermato il miliardo già assegnato dalla precedente legislatura per il 2019 a cui si aggiungono € 2 miliardi nel 2020 e ulteriori € 1,5 miliardi nel 2021, per un incremento complessivo di € 8,5 miliardi nel triennio 2019-2021.

Ma tali risorse, oltre che ad ardite previsioni di crescita economica, sono subordinate alla stipula di una Intesa Stato-Regioni sul Patto per la Salute 2019-2021 tutta in salita, visto che la situazione economica del Paese non permette di escludere il rischio di nuovi tagli alla sanità. Il DEF 2019 mantiene il trend dei precedenti con ottimistiche previsioni sulla spesa sanitaria nel medio termine che si ridimensionano bruscamente a breve termine: il rapporto spesa sanitaria/PIL si riduce infatti dal 6,6% nel 2019-2020 al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022, rendendo illusorio un aumento della spesa sanitaria di oltre € 7,6 miliardi nel periodo 2018-2022 (+6,6%). A seguito di questo imponente e progressivo definanziamento, la spesa sanitaria in Italia è ormai vicina a quella dei paesi dell'Europa Orientale: la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria totale nel 2017 è di poco superiore alla media OCSE (8,9% vs 8,8%) e vede l'Italia fanalino di coda insieme a Spagna e Irlanda tra i paesi dell'Europa occidentale. Ma soprattutto, la spesa pro-capite totale è inferiore alla media OCSE (\$ 3.542 vs \$ 3.807), posizionando il nostro Paese in prima posizione tra i paesi più poveri dell'Europa.

Nuovi LEA. Il Rapporto GIMBE analizza le criticità relative a definizione, aggiornamento e monitoraggio dei LEA e quelle che condizionano l'erogazione e l'esigibilità dei nuovi LEA in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale. In particolare, a 30 mesi dalla pubblicazione del DPCM sui nuovi LEA, gran parte delle nuove prestazioni ambulatoriali e protesiche non è ancora esigibile per mancata pubblicazione del "decreto tariffe" in ostaggio del MEF per mancata copertura finanziaria. Il Rapporto sottolinea l'inderogabile necessità di rivalutare 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 "sfoltoimento" e mettere 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. Relativamente al monitoraggio, la griglia LEA, strumento ormai appiattito e poco efficace per identificare gli inadempimenti, sarà finalmente sostituita dal 2020 dal nuovo sistema di garanzia, la cui prima sperimentazione documenta che solo 9/21 Regioni sono adempienti ai LEA.

Sprechi e inefficienze. Mentre in Italia si disquisisce sull'esistenza degli sprechi, sulla loro reale entità e sull'impossibilità del disinvestimento, un recente report dell'OCSE, confermando che la riduzione di sprechi e inefficienze è una delle strategie per rendere i sistemi sanitari più efficaci e resilienti, riporta le stime del precedente Rapporto GIMBE. Per l'anno 2017 sul consuntivo di € 113.131 milioni di spesa sanitaria pubblica la stima ammonta a € 21.495 milioni ($\pm 20\%$: range € 17.196-25.794 milioni). Per ciascuna categoria di sprechi una "carta di identità" riporta definizione, determinanti, tassonomia, esempi, normative e iniziative nazionali ed internazionali, oltre che le stime delle risorse erose: sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriate (€ 6,45 miliardi), frodi e abusi (€ 4,73 miliardi), acquisti a costi eccessivi (€ 2,15 miliardi), sotto-utilizzo di servizi e prestazioni efficaci e appropriate (€ 3,22 miliardi), inefficienze amministrative (€ 2,36 miliardi), inadeguato coordinamento dell'assistenza (€ 2,58 miliardi).

Espansione del secondo pilastro. Il Ministero della Salute per il 2017 attesta l'esistenza di 322 fondi sanitari per un totale di 10.616.847 iscritti che includono anche pensionati e familiari. Se per usufruire dei vantaggi fiscali i fondi sanitari dovrebbero destinare almeno il 20% del totale delle risorse a prestazioni vincolate (extra-LEA), nel 2017 tale percentuale si attesta al 32,4% di € 2.230 milioni di risorse impegnate. Due i dati di particolare rilevanza: secondo gli operatori del settore, l'85% dei fondi sono gestiti da compagnie assicurative e la spesa fiscale, largamente sottostimata, ammonta a € 3.361,2 milioni. Il Rapporto analizza poi il complicato intreccio tra fondi sanitari, assicurazioni e welfare aziendale che popolano l'ecosistema dei "terzi paganti" e valuta gli "effetti collaterali" del secondo pilastro. Infatti, grazie ad un impianto normativo frammentato e incompleto i fondi sanitari integrativi sono diventati prevalentemente sostitutivi, aumentano le

diseguaglianze e medicalizzano la società con prestazioni inappropriate che possono danneggiare la salute delle persone. Considerato che i fondi sanitari sono garantiti da una quota consistente di denaro pubblico sotto forma di spesa fiscale, e che buona parte di questa alimenta business privati, il Rapporto conferma che il “secondo pilastro”, a normativa vigente, non sostiene affatto il SSN bensì piana la strada alla privatizzazione.

Il **CAPITOLO 4** stima la **prognosi del SSN al 2025**, rivalutando il fabbisogno di spesa sanitaria a € 230 miliardi per una spesa pro-capite di circa € 3.800, cifra al di sotto della media 2017 dei paesi del G7. L'incremento della spesa sanitaria totale entro il 2025 è stato stimato in € 28 miliardi, di cui € 12 miliardi di spesa pubblica e € 16 miliardi di spesa privata, che permetterebbero di raggiungere nel 2025 una cifra di € 183 miliardi. Il potenziale recupero di risorse dal disinvestimento da sprechi e inefficienze entro il 2025 è stato rivalutato in circa € 36 miliardi, potenzialmente recuperabili attraverso interventi strutturali e organizzativi e, soprattutto, disegnando e attuando un piano nazionale di prevenzione e riduzione degli sprechi. Considerato che per raggiungere il fabbisogno stimato nel 2025 mancherebbero comunque € 37,6 miliardi, servono scelte politiche ben precise per un potenziamento del SSN: accanto ad un consistente rilancio del finanziamento pubblico, è necessario ridefinire il perimetro dei LEA, rivalutare le agevolazioni fiscali per le spese mediche e soprattutto per i fondi sanitari e welfare aziendale e ripensare, nell'ottica di un fondo socio-sanitario nazionale, alle modalità con le quali viene oggi erogata la spesa sociale di interesse sanitario.

Il **CAPITOLO 5** è dedicato al “**piano di salvataggio**” del SSN in 12 punti elaborato e aggiornato dalla Fondazione GIMBE:

- Mettere la salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali
- Rilanciare il finanziamento pubblico per la sanità e evitare continue revisioni al ribasso
- Aumentare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel rispetto delle loro autonomie
- Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali condizionano la salute e il benessere delle persone
- Ridisegnare il perimetro dei livelli essenziali di assistenza secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia
- Ridefinire i criteri di compartecipazione alla spesa sanitaria ed eliminare il superticket
- Lanciare un piano nazionale per ridurre sprechi e inefficienze e reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni
- Avviare un riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione
- Regolamentare l'integrazione pubblico-privato e la libera professione secondo i reali bisogni di salute
- Rilanciare politiche e investimenti per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari
- Finanziare ricerca clinica e organizzativa con almeno l'1% del fabbisogno sanitario nazionale
- Promuovere l'informazione istituzionale per contrastare le *fake news*, ridurre il consumismo sanitario e favorire decisioni informate

Per l'attuazione del Piano di Salvataggio il Rapporto avanza proposte di riforme di rottura per l'attuale sistema di finanziamento, pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, auspicando possano informare sia la stesura del Patto per la Salute 2019-2021, sia le prossime decisioni dell'Esecutivo.

PREMESSA

Il 23 dicembre 1978 il Parlamento approvava a larghissima maggioranza la legge 833 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. Un radicale cambio di rotta nella tutela della salute delle persone, un modello di sanità pubblica ispirato da principi di equità e universalismo, finanziato dalla fiscalità generale, che ha permesso di ottenere eccellenti risultati di salute e che tutto il mondo continua ad invidiarci.

Purtroppo il 40° compleanno del SSN, la più grande conquista sociale dei cittadini italiani, avrebbe richiesto un clima ben diverso, visto che ormai da anni il centro del dibattito è inesorabilmente occupato dal tema della sostenibilità del SSN, che vive una “crisi esistenziale” senza precedenti^{1,2,3,4,5,6}. Considerato che numerosi paesi hanno già abbandonato il modello di sanità pubblica, i 40 anni del nostro SSN devono rappresentare un momento di riflessione per chiedersi a cosa serve realmente un servizio sanitario nazionale.

Differenti sono le risposte che si trovano in letteratura: alla prevenzione, al controllo e al trattamento delle malattie, alla protezione e promozione della salute. Oppure – citando l'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità⁷ – al raggiungimento del più elevato stato di salute intesa come completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente come assenza di malattie o disabilità. In realtà, ciascuno di questi obiettivi è inadeguato e incompleto: innanzitutto, un servizio sanitario nazionale “per le malattie” è estremamente 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 promuovere la dignità dei cittadini, evitando di identificare le persone come un mero strumento per raggiungere obiettivi politici ed economici. Se un Governo considera le persone come valore assoluto e vuole essere garante della loro dignità, deve chiedersi quali sono le loro aspirazioni e quali le loro capacità. Solo provando a rispondere a queste domande permetterà loro, compatibilmente con le risorse disponibili, di soddisfare le proprie aspirazioni: in altre parole, promuovere la dignità di una popolazione significa garantire a tutti la capacità di compiere le proprie scelte e la libertà di metterle in atto. Ovviamente, tale capacità dipende 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

¹ Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità approvato dalla Commissione. 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica. Roma, 7 febbraio 2018. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1066489.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

² Atella V, Serra F, Ricciardi W, Cricelli C. Il possibile naufragio del Servizio Sanitario Nazionale: come evitarlo? Vita e Pensiero, 2015.

³ Geddes da Filicaia M. La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2018.

⁴ Dirindin N. È tutta salute: In difesa della sanità pubblica. Edizioni Gruppo Abele, 2018.

⁵ Remuzzi G. La salute (non) è in vendita. Editori Laterza, 2018.

⁶ Ricciardi W. La battaglia per la salute. Editori Laterza, 2019.

⁷ Constitution of the World Health Organization. Disponibile a: <http://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

stato di salute che permettono al Paese di valorizzarci: l'aspettativa di vita alla nascita, la qualità di vita libera da malattie e disabilità, la capacità di mantenere la salute, il benessere psichico, la possibilità 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 realizzare pienamente obiettivi e ambizioni, perché il fine ultimo di un servizio sanitario è proprio offrire ai cittadini le migliori opportunità per scegliere la vita che desiderano vivere. In quest'ottica, è utile fare riferimento all'approccio delle capacità⁸, strumento per valutare il benessere delle persone e delle politiche sociali che mirano a realizzarlo. Secondo tale approccio lo sviluppo non è inteso come crescita economica, ma piuttosto come sviluppo umano, la cui realizzazione non può prescindere da elementi fondamentali quali la libertà, il benessere e la salute. L'approccio delle capacità applicato alla salute permette dunque di identificare il fine ultimo di un sistema sanitario, confermando la rilevanza delle politiche sanitarie come le fondamenta su cui poggia l'impegno dei Governi per garantire dignità a tutti i cittadini. Ecco perché il successo di un servizio sanitario non può essere misurato solo attraverso classifiche e indicatori⁹, ma deve essere valutato soprattutto sulla base delle libertà che il nostro stato di salute ci concede per scegliere la vita che desideriamo vivere.

Purtroppo da questo punto di vista limiti e contraddizioni dei Governi che si sono alternati nel nostro Paese negli ultimi 20 anni hanno offuscato aspirazioni e prospettive dei cittadini italiani e, cosa ancora più grave, quelle delle future generazioni perché:

- hanno considerato la sanità come un costo e non come un investimento per la salute e il benessere delle persone, oltre che per la crescita economica del Paese;
- hanno ridotto il perimetro delle tutele pubbliche per aumentare forme di sussidio individuale (bonus 80 euro, reddito di cittadinanza, quota 100) con l'obiettivo (fallito) di mantenere il consenso elettorale;
- hanno permesso alla politica partitica (*politics*) di avvilupparsi in maniera indissolubile alle politiche sanitarie (*policies*), con decisioni condizionate da interessi di varia natura;
- hanno fatto scelte in contrasto con il principio dell'*health in all policies*, 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 troppi 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.

Contestualmente, le mutate condizioni epidemiologiche, economiche e sociali contribuiscono a minare la sostenibilità di tutti i sistemi sanitari: dal progressivo invecchiamento delle popolazioni al costo crescente delle innovazioni, in particolare di quelle farmacologiche; dall'aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti alla riduzione degli investimenti pubblici in sanità. Tuttavia, è bene ribadire che la sostenibilità dei

⁸ Nussbaum M, Sen A. The Quality of Life. Oxford University Press, 1993. Published to Oxford Scholarship Online: November 2003. Disponibile a: www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/0198287976.001.0001/acprof-9780198287971. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁹ Report Osservatorio GIMBE n. 4/2018. Il Servizio Sanitario Nazionale nelle classifiche internazionali. Fondazione GIMBE: Bologna, settembre 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/SSN-classifiche. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

sistemi sanitari non è un problema di natura esclusivamente finanziaria, perché un'aumentata disponibilità di risorse non permette comunque di risolvere cinque criticità ampiamente documentate nei paesi industrializzati: l'estrema variabilità nell'utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie; gli effetti avversi dell'eccesso di medicalizzazione; le diseguaglianze conseguenti al sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie dall'elevato *value*; l'incapacità di attuare efficaci strategie di prevenzione; gli sprechi che si annidano a tutti i livelli¹⁰.

Se guardiamo al SSN come ad un paziente, oggi il suo stato di salute è gravemente compromesso da quattro patologie: definanziamento pubblico, ampliamento del "paniere" dei nuovi LEA, sprechi e inefficienze, espansione incontrollata del secondo pilastro. Peraltro il paziente SSN vive in un habitat fortemente influenzato da due fattori ambientali che peggiorano ulteriormente le sue condizioni di salute: la non sempre leale collaborazione Governo e Regioni a cui è affidata la tutela della salute e le aspettative irrealistiche di cittadini e pazienti per una medicina mitica e una sanità infallibile, alimentate da analfabetismo scientifico ed eccessi di medicalizzazione.

Patologie e fattori ambientali hanno dunque contribuito all'involuzione dell'intero sistema di welfare, in particolare in alcune aree del Paese, testimoniando il progressivo e silenzioso sgretolamento del SSN:

- a fronte di una spesa sanitaria già estremamente sobria, l'entità del definanziamento ormai fa scricchiolare anche le performance delle Regioni più virtuose;
- il prezzo del definanziamento è stato pagato soprattutto dal personale sanitario, determinando carenze negli organici, elevando l'età media, bloccando i rinnovi contrattuali e, complessivamente, demotivando la principale risorsa su cui si regge il sistema di tutela della salute;
- i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) hanno concretizzato una paradossale dissociazione tra gestione della finanza pubblica e programmazione sanitaria: a fronte di un definanziamento pubblico senza precedenti sono aumentate a dismisura (solo sulla carta) le prestazioni a carico del SSN;
- tra le fasce più deboli della popolazione e nelle Regioni in maggiore difficoltà peggiora l'accessibilità ai servizi sanitari, aumentano le diseguaglianze sociali e territoriali e si accendono allarmanti "spie rosse", come la riduzione dell'aspettativa di vita in alcune province italiane;
- le misure di "efficientamento" finalizzate a mettere i conti in ordine da un lato sono riuscite solo in parte a ridurre sprechi e inefficienze, dall'altro, in particolare nelle Regioni in piano di rientro, hanno peggiorato l'erogazione dei servizi sanitari, avendo inciso solo in misura residuale nella loro riorganizzazione;
- la limitata governance dell'intermediazione assicurativo-finanziaria ha creato veri e propri cortocircuiti del SSN, che contribuiscono a minare le basi dell'universalismo;
- 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 un sistema socio-sanitario nazionale;
- la prevenzione continua a rimanere la "sorella povera" dei LEA, sia perché numerosi interventi preventivi rimangono fortemente sottoutilizzati, sia per il limitato sviluppo di

¹⁰ Muir Gray JA. How To Get Better Value Healthcare, 2nd ed. Oxford: Offox Press LTD, 2011.

politiche per la prevenzione e la riduzione dei fattori di rischio ambientali, sia per la scarsa attitudine dei cittadini italiani a modificare gli stili di vita.

In questo contesto particolarmente critico stridono i continui riferimenti pubblici alle posizioni del nostro SSN in classifiche ormai desuete (il 2° posto dell'OMS su dati 1997¹¹), oppure inversamente correlate al livello di finanziamento (il 4° posto di Bloomberg¹²), 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 alla qualità del nostro SSN l'aspettativa di vita alla nascita che dipende da fattori genetici, ambientali, sociali e dagli stili di vita. Se Bloomberg correlasse il finanziamento con l'aspettativa di vita a 65 anni in buona salute e libera da malattia, l'Italia precipiterebbe in fondo alla classifica.

Inoltre il dibattito pubblico sulla sostenibilità del SSN, oltre a mantenere un orizzonte a breve termine inevitabilmente legato alla scadenza dei mandati politici, continua ad essere affrontato da prospettive di categoria non scevre da interessi in conflitto, oppure mettendo al centro della scena singoli fattori. Da quelli politici (rapporti Governo-Regioni, regionalismo differenziato) a quelli economici (criteri di riparto del fabbisogno sanitario nazionale, gestione dei piani di rientro, costi standard, ticket, sanità integrativa), da quelli organizzativi (fusione di aziende sanitarie, sviluppo di reti e PDTA per patologia, modelli per la gestione delle cronicità) a quelli sociali (fondo per la non autosufficienza, rinuncia alle cure, impatto della malattia su familiari e caregiver). Oppure concentrandosi sulla lettura semplicistica di numeri che se da un lato documentano inequivocabili certezze (riduzione del finanziamento pubblico, aumento della spesa out-of-pocket, ipotrofia della spesa intermediata), dall'altro forniscono uno straordinario assist per chi punta a tracciare una sola strada per salvare il SSN: compensare il definanziamento pubblico potenziando il secondo pilastro.

Tutti questi approcci parcellari per valutare la sostenibilità del SSN, spesso finalizzati a portare avanti proposte opportunistiche, fanno perdere di vista il rischio reale per i cittadini italiani: quello di perdere, lentamente ma inesorabilmente, il modello di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutte le persone. Nella consapevolezza di questa grave minaccia per la salute delle persone, dal marzo 2013 la Fondazione GIMBE è costantemente impegnata nella strenua difesa del SSN¹³ (box).

¹¹ World Health Organization. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Disponibile a: www.who.int/whr/2000. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹² Miller LJ, Lu W.: These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care. 19 September 2018. Disponibile a: www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹³ Cartabellotta A. Salviamo il Nostro SSN. Evidence 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000038. Ultimo accesso: 7 giugno 2019. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Box. #salviamoSSN: l'impegno della Fondazione GIMBE

- La campagna **Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale (#salviamoSSN)** viene lanciata il 15 marzo 2013 per diffondere la consapevolezza che un SSN equo e universalistico rappresenta una conquista sociale irrinunciabile da difendere e garantire alle future generazioni¹⁴: migliaia di persone hanno aderito alla campagna sottoscrivendo il **Manifesto della Sostenibilità**.
- I principi guida della campagna sono stati elaborati tenendo conto della legislazione vigente, del contesto politico, economico e sociale, oltre che di evidenze ed esperienze mutate da sistemi sanitari internazionali. A seguito di un'ampia consultazione pubblica, tali principi hanno guidato la stesura della **Carta GIMBE per la tutela della Salute**, pubblicata nel dicembre 2014.
- Dopo oltre 3 anni di studi, consultazioni e analisi indipendenti¹⁵, il 7 giugno 2016 la Fondazione GIMBE ha presentato il **Rapporto per la sostenibilità del SSN 2016-2025**, con il quale ha fermamente ribadito che è indispensabile rimettere al centro dell'agenda politica la sanità pubblica e, più in generale, l'intero sistema di welfare¹⁶.
- Dalla consultazione pubblica del primo Rapporto GIMBE è emersa la necessità di un monitoraggio continuo e indipendente di responsabilità e azioni di tutti gli stakeholder del SSN, con il fine ultimo di ottenere il massimo ritorno in termini di salute del denaro pubblico investito in sanità. Con questo obiettivo nel settembre 2016¹⁷ è stato istituito l'**Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN**, le cui valutazioni sono guidate da tre principi:
 - *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 mandato etico ed obiettivo economico;
 - *health in all policies*: la salute delle persone deve guidare tutte le politiche, non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali.
- Nel febbraio 2017 la Fondazione GIMBE ha inoltrato al Presidente della Repubblica e al Ministro della Salute formale richiesta di realizzare un **logo per il Servizio Sanitario Nazionale**, per confermare a 60 milioni di cittadini italiani che la salute rimane un diritto costituzionale tutelato dalla Repubblica e legittimare l'esistenza del SSN quale pilastro univoco di civiltà, democrazia e welfare¹⁸. Le Istituzioni non hanno mai fornito alcun riscontro alla richiesta.
- Con il **2° Rapporto sulla sostenibilità del SSN**, presentato il 6 giugno 2017¹⁹, la Fondazione GIMBE ha confermato che non esiste alcun disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, ma continua a mancare un preciso programma politico per il suo salvataggio.

¹⁴ Cartabellotta A. Salviamo il Nostro SSN. Al via il progetto della Fondazione GIMBE. Evidence 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/389/salviamo-il-nostro-ssn/articolo. Ultimo accesso: 7 giugno 2019,

¹⁵ Cartabellotta A. #salviamoSSN: tre anni di impegno per la sanità pubblica. Evidence 2016;8(6): e1000145. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/496/salviamossn-tre-anni-di-impegno-per-la-sanita-pubblica/articolo.

¹⁶ Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/2016. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁷ Cartabellotta A. #salviamoSSN: dal Rapporto GIMBE all'Osservatorio sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Evidence 2016;8(9): e1000151. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/502/salviamossn-dal-rapporto-gimbe-allosservatorio-sulla-sosten/articolo. Ultimo accesso: 7 giugno 2019,

¹⁸ Fondazione GIMBE a Mattarella e Lorenzin: "Serve un logo per il Servizio sanitario nazionale". Adnkronos, 7 febbraio 2017. Disponibile a: www.adnkronos.com/salute/sanita/2017/02/07/fondazione-gimbe-mattarella-lorenzin-serve-logo-per-servizio-sanitario-nazionale_tGYVOR5ilB8sFzAlzTCe00.html. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

¹⁹ 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/2017. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- Facendo tesoro dei contributi ricevuti in occasione della consultazione pubblica del 2° Rapporto, è stato elaborato il **Piano di salvataggio del SSN**²⁰ la cui attuazione viene continuamente monitorata dall'Osservatorio GIMBE. Il piano è già stato utilizzato come benchmark sia per il fact-checking dei programmi elettorali in occasione delle elezioni politiche 2018²¹, sia per l'analisi indipendente del Contratto per il Governo del Cambiamento²².
- Con il **3° Rapporto sulla sostenibilità del SSN**, presentato il 5 giugno 2018²³, la Fondazione GIMBE ha ribadito con fermezza che senza un consistente rilancio del finanziamento pubblico sarà impossibile salvare il SSN e 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 dovrebbero essere viste dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in sanità.
- Nel dicembre 2018 la Fondazione GIMBE ha realizzato un **logo per i 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale**²⁴, non solo per celebrare questo importante traguardo, ma soprattutto per diffondere la consapevolezza che stiamo silenziosamente perdendo la nostra più grande conquista sociale, rischiando di lasciare in eredità alle generazioni future una sanità privata per i ricchi ed una pubblica residuale per i meno abbienti. Il logo è stato consegnato al Ministro della Salute Giulia Grillo e inviato al Presidente della Repubblica Sergio Mattarella.

In occasione della pubblicazione del presente Rapporto, la Fondazione GIMBE 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. Ecco perché nel dibattito politico la spesa per salute non può essere relegata solo all'ambito sanitario, trascurandone sia l'impatto sociale sia quello sul sistema economico e produttivo. La sostenibilità del sistema sanitario è innanzitutto un problema culturale e politico: infatti, come riportato nelle conclusioni del Rapporto Romanow, «Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia»²⁵.

Ma dal canto loro, gli stakeholder della sanità sono realmente disponibili a rinunciare ai privilegi acquisiti per salvare il SSN inteso come bene comune? Se vari fattori (assenza di programmazione sanitaria, derive regionaliste, aziendalizzazione estrema, competizione pubblico-privato, lobbies professionali e involuzione del cittadino in consumatore) hanno favorito la “regressione prestazionistica” del SSN che genera soddisfazione dei cittadini-pazienti, garantisce ritorno elettorale ed alimenta i profitti dei privati, quali leve motivazionali dovrebbero determinare un cambio di rotta? Ecco perché sciogliere la prognosi di un SSN

²⁰ Fondazione GIMBE. Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale. Evidence 2018;10(8): e1000186. Disponibile a: www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/537/il-piano-di-salvataggio-del-servizio-sanitario-nazionale/articolo. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²¹ Fondazione GIMBE. Elezioni 2018. Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali. Sanità e ricerca biomedica. Bologna, 22 febbraio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2018. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²² Fondazione GIMBE. Analisi delle proposte su sanità e ricerca biomedica del “Contratto per il Governo del Cambiamento”. Bologna, settembre 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/contratto-governo. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²³ 3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/2018. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁴ Compleanno SSN, GIMBE: «Bene celebrazioni ma per tramandarlo ai nostri figli servono investimenti e riforme di rottura». Sanità 24, 13 dicembre. Disponibile a: www.sanita24.ilssole24ore.com/art/dal-governo/2018-12-13/compleanno-ssn-gimbe-bene-celebrazioni-ma-tramandarlo-nostri-figli-servono-investimenti-e-riforme-rottura-105735.php?uuid=AExOGGzG. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁵ Building on values: the future of health care in Canada: final report / Roy J. Romanow, Commissioner. November 2002. Disponibile a: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

ormai “lungodegente in terapia intensiva” è un’impresa ardua e necessita di una rinnovata consapevolezza sociale, oltre che di riforme coerenti sia con l’obiettivo che gli è stato assegnato dalla L. 833/78, ovvero “promuovere, mantenere e recuperare la salute fisica e psichica della popolazione”, sia soprattutto con l’articolo 32 della Costituzione, che tutela il diritto alla salute delle persone, ma non garantisce loro un accesso indiscriminato a servizi e prestazioni sanitarie.

Al giro di boa dei 40 anni del SSN, la Fondazione GIMBE avvia la *pars construens* della campagna #salviamoSSN formulando numerose proposte di rottura per attuare il Piano di Salvataggio del SSN. Ma soprattutto intende ribadire che in qualità di “azionisti di maggioranza” abbiamo tutti il dovere di tutelare il SSN, ciascuno secondo le proprie responsabilità pubbliche o individuali, cementando un nuovo patto generazionale per tramandare ai nostri figli l’eredità più preziosa: un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.

Perché la sanità pubblica è come la salute: ti accorgi che esiste solo quando l’hai perduta.

CAPITOLO 1

Introduzione

Il presente Rapporto si apre con la ricognizione dei tre elementi fondamentali su cui si basano le analisi effettuate nei capitoli successivi: le tutele offerte dal SSN tramite i LEA, le modalità con cui questi vengono erogati e le varie componenti di spesa, non solo quella sanitaria (pubblica e privata), ma anche la spesa sociale di interesse sanitario e la spesa fiscale.

1.1 Le tutele offerte dal Servizio Sanitario Nazionale

I LEA sono prestazioni e servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Nel DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA, che sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, i tre macro-livelli di assistenza restano invariati²⁶:

- **Prevenzione collettiva e sanità pubblica.** Comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli, ed in particolare: sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; salute animale e igiene urbana veterinaria; sicurezza alimentare; sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; attività medico-legali per finalità pubbliche.
- **Assistenza distrettuale.** Include le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari erogati in ambito territoriale: assistenza sanitaria di base, emergenza sanitaria territoriale, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa, assistenza specialistica ambulatoriale, protesica, termale, assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale e assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.
- **Assistenza ospedaliera.** Include attività di pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, day surgery, day hospital, riabilitazione e lungodegenza post acuzie, attività trasfusionali, attività di trapianto di cellule, organi e tessuti, centri antiveneni.

I LEA dovrebbero essere integralmente coperti dalla spesa pubblica (e privata solo per le compartecipazioni), ma due forme di assistenza (socio-sanitaria domiciliare e territoriale e socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale) sono finanziate anche dalla spesa sociale di interesse sanitario (figura 1.1). Di conseguenza, i servizi assistenziali destinati alla *long term care* (LTC) escono dal perimetro della spesa sanitaria, sfuggendo a tutte le analisi che non prendono in considerazione la spesa sociale di interesse sanitario.

²⁶ Ministero della Salute. Cosa sono i LEA. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=Lea&menu=leaEssn. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

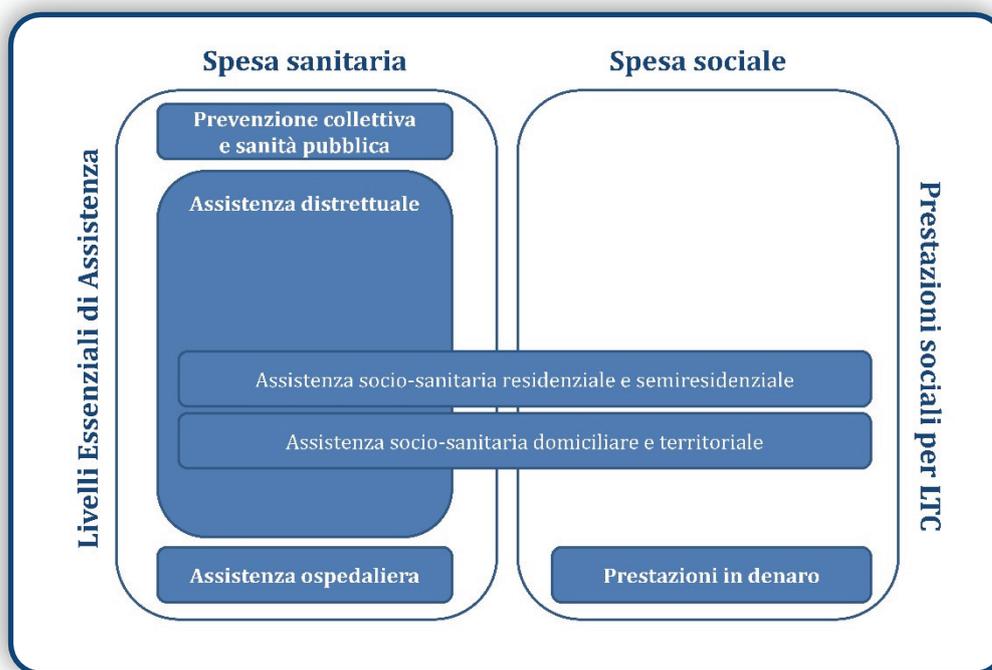


Figura 1.1. Il finanziamento pubblico dell'assistenza socio-sanitaria (modificata da²⁷)

In altre parole, accanto ai vari “silos” dell’assistenza sanitaria che già ostacolano i processi di disinvestimento e riallocazione, esiste un “silos” parallelo che contiene varie tipologie di spesa sociale di interesse sanitario, in larga parte erogata dall’INPS tramite provvidenze in denaro e per una parte consistente a carico delle famiglie (§ 2.2.2.).

1.2 Le modalità di erogazione dei LEA

Considerato che il centro del dibattito è spesso occupato da modelli regionali e strategie di management aziendale (difficilmente applicabili a contesti differenti), il presente Rapporto intende ripartire da un’estrema semplificazione delle modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria. Un denominatore comune, “sterilizzato” dalla variabilità dei modelli regionali e aziendali, per consentire a tutti gli stakeholder di riconoscere le criticità comuni che condizionano le attuali modalità di finanziamento, organizzazione, erogazione e valutazione dell’assistenza sanitaria e sociale (figura 1.2).

Questo tentativo di estrema semplificazione nasce da presupposti generali che poggiano sia sul modello di Donabedian²⁸, secondo cui la qualità di un servizio sanitario può essere misurata a tre livelli (struttura, processi, esiti), sia sui principi della *value-based healthcare*²⁹ secondo i quali il ritorno in termini di salute (*value for money*) del denaro investito in sanità non è uniforme:

- L’assistenza sanitaria e sociale viene erogata in setting differenti che, seppure generalmente identificati in “ospedale” e “territorio”, includono di fatto varie articolazioni

²⁷ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁸ Donabedian A. Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

²⁹ Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

“ufficiali” (ambulatoriale, domiciliare, residenziale, semi-residenziale, etc.) e nuovi modelli organizzativi (ospedale di comunità, cure intermedie, etc.).

- Ciascun setting è caratterizzato da differenti requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali (“patrimonio STOP”) in grado di condizionare la qualità dell’assistenza, sia in termini di processi che di esiti di salute.
- L’erogazione dei LEA può avvenire con varie modalità:
 - singole prestazioni: preventive, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, assistenziali, educazionali, palliative, etc.;
 - episodi di cura all’interno dei quali vengono erogate differenti prestazioni (es. ricovero per acuti, accesso domiciliare);
 - percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) all’interno dello stesso setting o integrati tra setting differenti.
- Indipendentemente dalle modalità di erogazione dei processi clinico-assistenziali-organizzativi, i risultati possono essere valutati in termini di:
 - Output: misurano la capacità dell’organizzazione di produrre in maniera efficiente servizi e prestazioni sanitarie.
 - Outcome: forniscono evidenze dal *real world* sul miglioramento dello stato di salute e della qualità di vita.

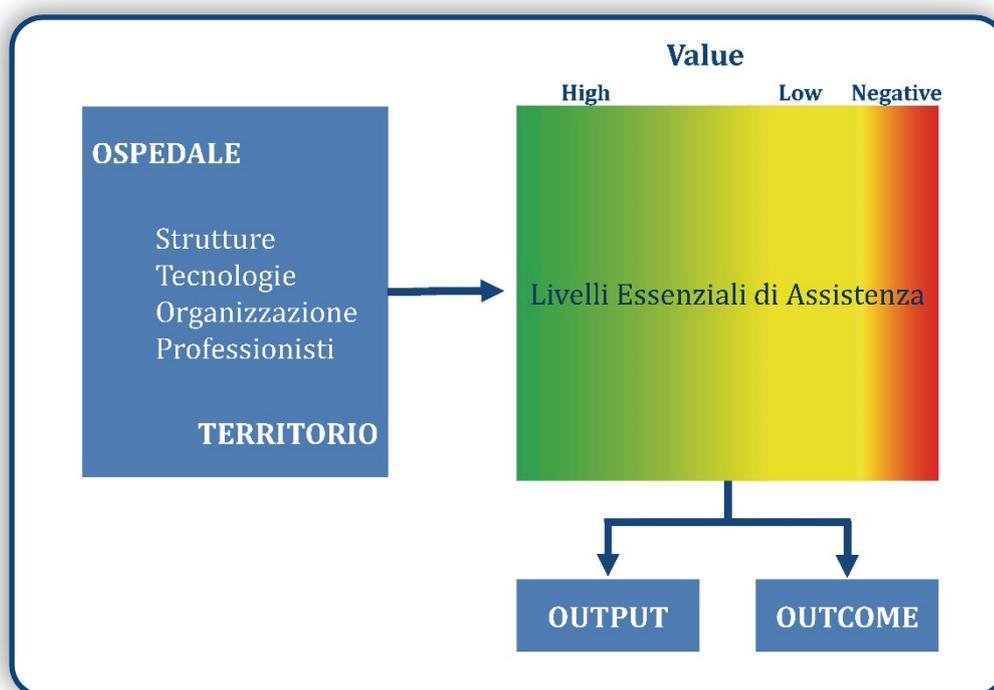


Figura 1.2. Modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria e sociale

Sulla base di questi presupposti è possibile delineare alcune macro-criticità che, oltre a condizionare la qualità di strutture, processi ed esiti, rendono molto complesso, se non impossibile, attuare azioni di governance e innovazioni organizzative senza ripensare profondamente l’attuale modello di finanziamento, organizzazione e valutazione del SSN.

- Il tentativo di uniformare il “patrimonio STOP” delle organizzazioni sanitarie è stato demandato alle Regioni attraverso la definizione dei requisiti minimi di accreditamento delle strutture sanitarie. In assenza di una governance nazionale questa scelta ha generato

enormi variabilità regionali su tre aspetti: innanzitutto, i requisiti minimi definiti e il loro livello di dettaglio; in secondo luogo l'opportunità (o meno) di accreditare anche le strutture pubbliche; infine, il completamento (o meno) di almeno due verifiche da parte degli auditor regionali per verificare la conformità dei requisiti minimi.

- L'appropriatezza dei processi è stata presa in considerazione quasi esclusivamente nella sua dimensione organizzativa, grazie a *policy* mirate ad erogare le stesse prestazioni in setting assistenziali a minor consumo di risorse: dal ricovero ordinario al day hospital/day surgery e da questo all'assistenza ambulatoriale, sino a setting territoriali ove adeguatamente potenziati. Gli indicatori di appropriatezza professionale, invece, più difficili da misurare e da sempre "indigesti" ai professionisti, sono rimasti sostanzialmente fuori dal dibattito sulla sostenibilità del SSN. Di conseguenza, una quota consistente di denaro pubblico continua ad essere sprecata sia per l'erogazione di prestazioni inefficaci, inappropriate, dal *value* basso o addirittura negativo (*overuse*), sia per curare le conseguenze della mancata erogazione (*underuse*) di prestazioni efficaci e appropriate dal *value* elevato (§ 3.3).
- Budget e sistemi premianti a tutti i livelli sono prevalentemente guidati dagli output e, in parte, dall'appropriatezza organizzativa, ma tengono conto solo in minima parte degli esiti di salute e quasi mai dell'appropriatezza professionale. Di conseguenza i modelli organizzativi regionali e, a cascata, quelli aziendali sono stati inevitabilmente plasmati su queste regole, di cui qualsiasi innovazione organizzativa (anche se basata su solide evidenze scientifiche) non può non tenere conto.
- Le differenti modalità di erogazione dei processi vengono rimborsate secondo specifici nomenclatori tariffari (DRG, specialistica ambulatoriale, protesica, etc.) e/o devono rispettare specifici tetti di spesa (farmaci, dispositivi), con strutture rigide che ostacolano sia i processi di disinvestimento e riallocazione, sia la definizione di budget per PDTA interaziendali e reti per patologia.
- Le differenti modalità di finanziamento (es. rimborso vs quota capitaria) per la stessa prestazione (es. ricovero per acuti) generano inevitabilmente comportamenti opportunistici.
- Le modalità di riparto del fabbisogno sanitario nazionale (FSN), oltre ad essere cristallizzate sul criterio della popolazione residente pesata per età e sulle tre macro-aree definite dai LEA, continuano ad essere per la quasi totalità indistinte e verificate con uno strumento (griglia LEA), ormai appiattito.

1.3 La spesa per la salute in Italia

Secondo le stime effettuate nel presente Rapporto, nel 2017 la spesa complessiva per la salute ammonta a € 204.034 milioni (tabella 1.1), di cui 75,9% di spesa sanitaria (§ 2.1), 20,5% di spesa sociale di interesse sanitario (§ 2.2) e 3,5% di spesa fiscale (§ 2.3). Le stime effettuate per la spesa sommersa (es. badanti irregolari) non sono state inserite nel computo totale.

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

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

La figura 1.3 riporta la composizione percentuale della spesa per la salute in Italia.

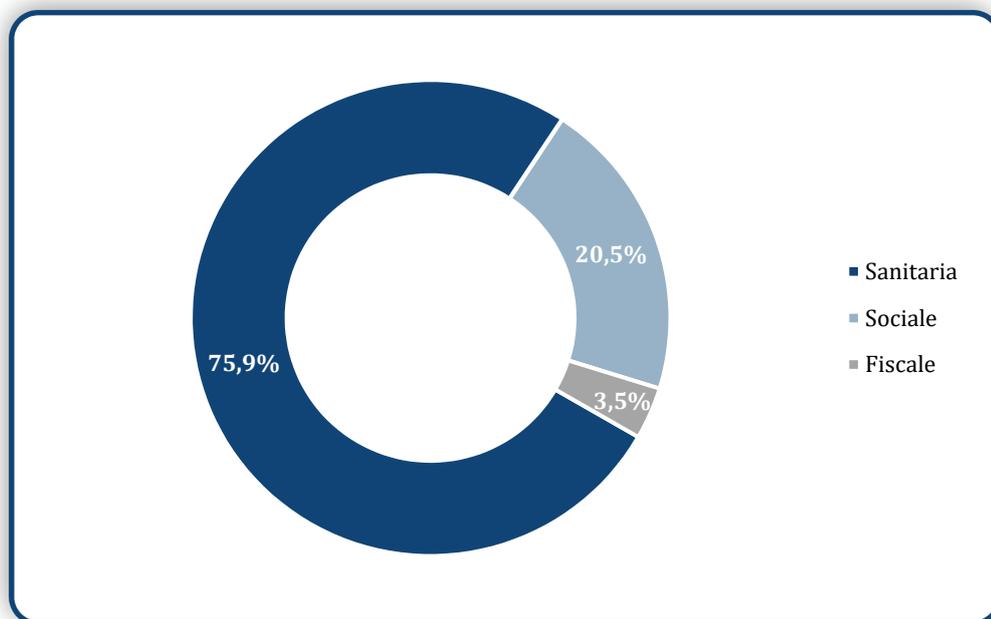


Figura 1.3. Composizione della spesa per la salute in Italia (anno 2017)

CAPITOLO 2

La spesa per la salute in Italia

2.1. La spesa sanitaria

La spesa sanitaria si compone di due macro-categorie: spesa pubblica e spesa privata, che include quella 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 individuati dal DL 502/92 per sostenere il SSN:

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

Tale modello era basato su alcune assunzioni fondamentali: il finanziamento pubblico garantisce i LEA, la sanità collettiva integrativa copre prestazioni extra-LEA e ogni cittadino può stipulare polizze assicurative individuali, oltre che acquistare direttamente beni e servizi sanitari, beneficiando di specifiche detrazioni fiscali.

Tuttavia, la combinazione di fenomeni occorsi nell'ultimo decennio ha messo in discussione questo modello a tre pilastri, come dimostra la composizione della spesa sanitaria che, secondo le stime effettuate dal presente Rapporto, nel 2017 ammonta a € 154.920 milioni così ripartiti:

- € 113.131 milioni di spesa pubblica;
- € 41.789 milioni di spesa privata, di cui:
 - € 5.800 milioni di spesa intermediata:
 - € 3.912 milioni da fondi sanitari/polizze collettive;
 - € 711 milioni da polizze individuali;
 - € 1.177 milioni da altri enti;
 - € 35.989 milioni di spesa out-of-pocket.

In altri termini, nel 2017 il 27,0% della spesa sanitaria è privata e di questa l'86,1% è out-of-pocket (figura 2.1).

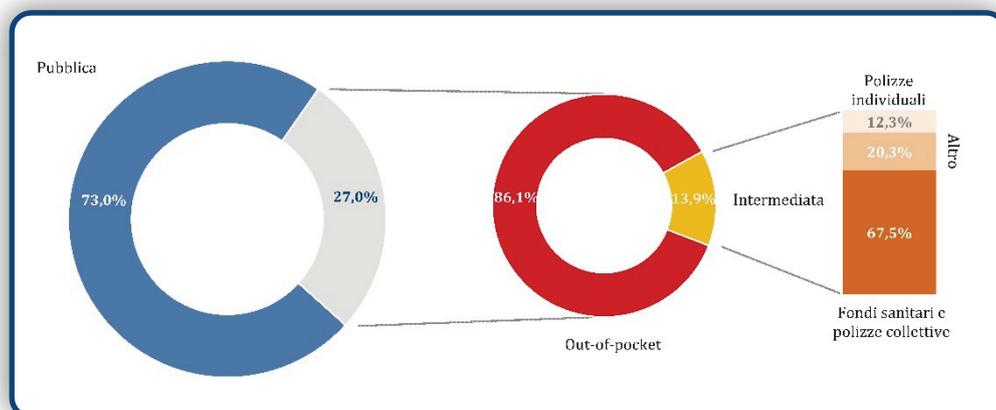


Figura 2.1. Composizione della spesa sanitaria (anno 2017)

La fonte principale utilizzata nel presente Rapporto per valutazioni e analisi della spesa sanitaria è rappresentata dal nuovo sistema dei conti della sanità dell'ISTAT³⁰ che per il 2017 riporta una spesa sanitaria totale di €152.817 milioni³¹. Tale sistema è costruito secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) in linea con le regole contabili dal sistema europeo dei conti (SEC 2010) e utilizzato per l'*OECD Health Statistics* che allinea i dati italiani a quelli degli altri paesi (box 2.1).

Box 2.1. Il sistema ISTAT dei conti della sanità

Dal luglio 2017 l'ISTAT ha reso disponibili le stime sul sistema dei conti della sanità secondo il regolamento UE 359/2015 – *System Health Accounts* (SHA) – 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 è costituita dalla spesa sostenuta dalle 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 invece 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 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.

³⁰ 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: 7 giugno 2019.

³¹ ISTAT. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2018. Disponibile a: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

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

- i dati disponibili sono relativi al periodo 2012-2017, per cui non è possibile valutare trend della spesa sanitaria su periodi più estesi;
- la spesa relativa alle “assicurazioni sanitarie volontarie” include sia le polizze individuali, sia quelle collettive, in larga misura oggi destinate alla “ri-assicurazione” dei fondi sanitari integrativi;
- il perimetro dei conti ISTAT-SHA
 - non include tra i regimi di finanziamento volontari i fondi sanitari integrativi: nonostante già annunciato che «le relative stime saranno introdotte nei conti in future edizioni»¹⁴, in occasione di una recente audizione parlamentare il presidente dell'ISTAT ha riferito che «l'Istituto, non accedendo all'anagrafe dei fondi sanitari integrativi, non dispone di informazioni specifiche a riguardo»³²;
 - esclude dalla spesa delle famiglie numerosi prodotti acquistati in farmacia (presidi medico-chirurgici, prodotti omeopatici, erboristeria, integratori, nutrizionali e parafarmaci) che, ammontando ad oltre € 5.500 milioni, giustificano le rilevanti differenze con altre stime della spesa out-of-pocket.

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

- Database *OECD Health Statistics* per i benchmark internazionali³³;
- Rapporto 2018 sul monitoraggio della spesa sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato³⁴ per la composizione della spesa pubblica e le variazioni 2000-2017;
- Rapporto della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica 2018³⁵ per i dati sulla compartecipazione alla spesa sanitaria e sulle detrazioni fiscali per i fondi sanitari;
- Analisi statistiche del Dipartimento delle Finanze – MEF³⁶ per le detrazioni IRPEF per le spese sanitarie;
- Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi del Ministero della Salute ³⁷ per le risorse impegnate dai fondi sanitari;
- 14° Rapporto CREA Sanità per la verifica di numerosi dati economici e finanziari³⁸;
- VIII Rapporto RBM-Censis sulla sanità integrativa ³⁹ per la stime della spesa privata intermediata;

³² XII Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati. Indagine conoscitiva in materia di fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale. Audizione del Presidente dell'ISTAT, prof. Carlo Blangiardo. Roma, 9 aprile 2019.

³³ OECD Health Statistics 2018. Last update 10 November 2017. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁴ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵ Corte dei Conti. Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 12 luglio 2018. Disponibile a: http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2018/rapporto_coordinamento_fp_2018.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁶ Analisi statistiche - Dichiarazioni 2018 - Anno d'imposta 2017. Dipartimento delle Finanze – MEF. Disponibile a: www1.finanze.gov.it/finanze3/analisi_stat/index.php?tree=2018AAPFTOT020901. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁷ Ministero della Salute. Reporting System. Anagrafe dei Fondi Sanitari. Fondi attestati anno 2017. Roma, novembre 2018. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2822_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁸ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁹ VIII Rapporto RBM-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata. Giugno 2018. Disponibile a: www.welfareday.it/pdf/VIII_Rapporto_RBM-Censis_SANITA_def.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- Report dell'Associazione Nazionale per le Imprese Assicuratrici (ANIA)⁴⁰ per i premi versati per le polizze individuali e collettive;
- Osservatorio Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CERGAS-Bocconi⁴¹ per la composizione della spesa out-of-pocket;
- Rapporto OSMED 2017 dell'Agenzia Italiana del Farmaco⁴² per la compartecipazione alla spesa sui farmaci e la spesa out-of-pocket dei farmaci di classe A;
- Rapporto Federfarma 2017 per la scomposizione della spesa nelle farmacie⁴³.

2.1.1. La spesa sanitaria pubblica

Il sistema dei conti ISTAT-SHA identifica 7 principali aggregati di spesa per funzione di assistenza:

- HC.1. Assistenza sanitaria per cura
- HC.2. Assistenza sanitaria per riabilitazione
- HC.3. Assistenza sanitaria a lungo termine – *long term care* (LTC)
- HC.4. Servizi ausiliari (non specificati per funzione)
- HC.5. Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)
- HC.6. Servizi per la prevenzione delle malattie
- HC.7. Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento

La Ragioneria Generale dello Stato classifica la spesa sanitaria in 4 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 accreditati con il SSN.
- D. Altre componenti di spesa: voci residuali della spesa sanitaria corrente non considerate negli aggregati precedenti come imposte dirette, ammortamenti, interessi passivi, risultati netti di gestione, contribuzioni diverse, altre uscite e, con segno opposto, produzione per uso proprio, produzione di servizi vendibili e vendite residuali.

⁴⁰ ANIA Trends Infortuni e Malattia. Portafoglio diretto italiano – Dati al 31 dicembre 2017. Maggio 2018. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/COLLANE-PERIODICHE/ANIA-Trends/ANIA-Trends-Infortuni-e-Malattia/2017/Newsletter-Infortuni-e-Malattia_anno-2017.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁴¹ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2018. EGEE, novembre 2018.

⁴² Agenzia Italiana del Farmaco. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2017. Disponibile a: www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMed_2017_AIFA.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁴³ Federfarma. La spesa farmaceutica nel 2017. Analisi dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale e regionale. Disponibile a: www.federfarma.it/Documenti/spesa/2017/Spesa2017.aspx. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

2.1.1.1. Spesa sanitaria pubblica 2017

I conti ISTAT-SHA per il 2017 certificano una spesa sanitaria di € 113.131 milioni così ripartita per funzioni di assistenza (figura 2.2):

- € 67.212 milioni per l'assistenza sanitaria per cura (HC.1) e riabilitazione (HC.2), non scorporata
- € 11.757 milioni per l'assistenza sanitaria a lungo termine (HC.3)
- € 9.249 milioni per servizi ausiliari (HC.4)
- € 17.798 milioni per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (HC.5)
- € 5.355 milioni per i servizi di prevenzione delle malattie (HC.6)
- € 1.760 milioni per governance, amministrazione e finanziamento del SSN (HC.7)

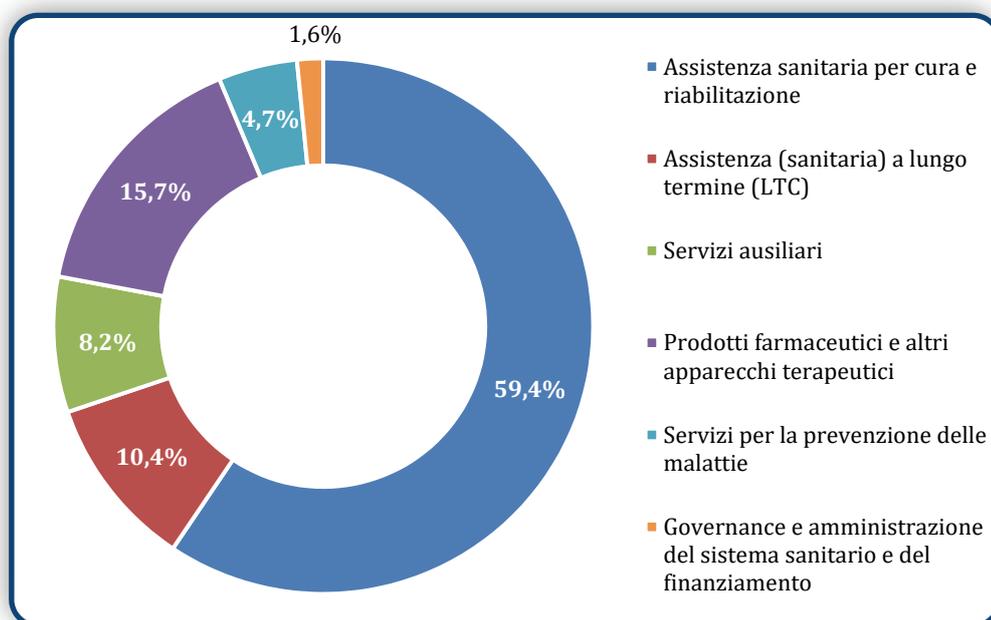


Figura 2.2 Spesa sanitaria pubblica 2017 per funzioni di assistenza sanitaria (dati ISTAT-SHA)

Considerato che la spesa sanitaria per funzioni di assistenza secondo ISTAT-SHA non entra nel merito dei fattori produttivi, documenti e report di finanza pubblica (Documento di Economia e Finanza, Corte di Conti) fanno riferimento alla spesa sanitaria corrente certificata dalla Ragioneria Generale dello Stato che nel 2017 è pari a € 113.599 milioni, con un tasso di incremento dell'1,1% rispetto al 2016 (figura 2.3).

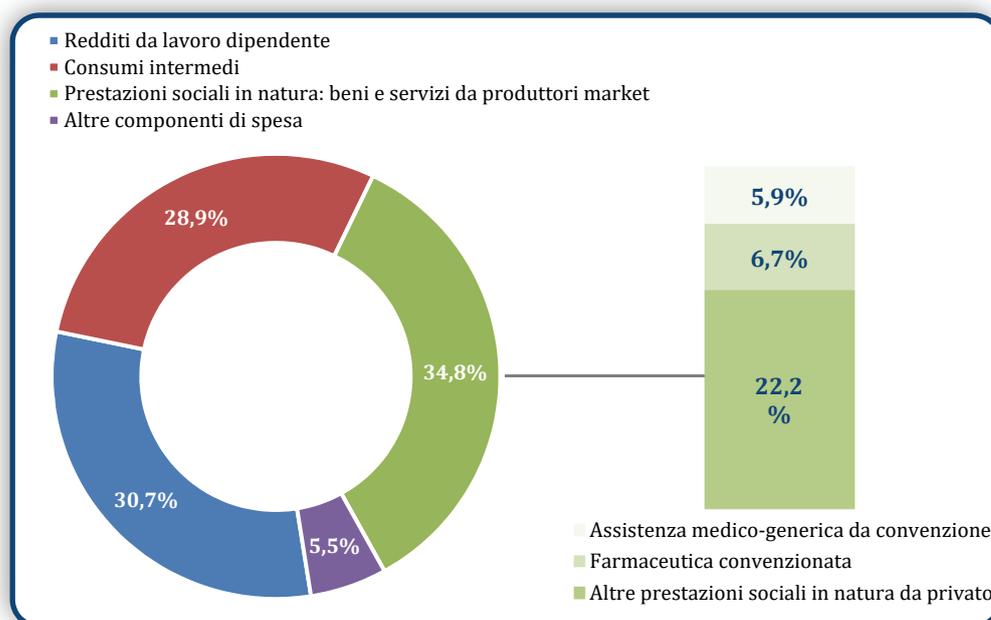


Figura 2.3. Spesa sanitaria pubblica 2017 per aggregati (dati da⁴⁴)

Tutti i dati di seguito elaborati derivano dal Rapporto 2018 sul monitoraggio della spesa sanitaria della Ragioneria Generale dello Stato⁴⁵ 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 le diverse modalità di contabilizzazione e di registrazione di alcune poste.

A. Redditi da lavoro dipendente. La spesa di € 34.917 milioni rimane sostanzialmente invariata rispetto al 2016 (€ 34.904).

B. Consumi intermedi. La spesa è pari a € 32.823 milioni (+4,2% rispetto al 2016), con un incremento che risente sia del tasso di crescita della spesa per l'acquisto dei prodotti farmaceutici (+4,4%) sia dell'aumento della componente dei consumi intermedi (+4,1%), che sembrerebbe non aver beneficiato pienamente delle misure di contenimento per l'acquisto di beni e servizi.

C. Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi da produttori market. La spesa ammonta a € 39.561 milioni, rimanendo sostanzialmente stabile rispetto al 2016 (€ 39.544 milioni), con differenti dinamiche delle componenti dell'aggregato:

C1. Farmaceutica convenzionata: la spesa è di € 7.605 milioni (-5,8% rispetto al 2016), confermando il trend in diminuzione degli ultimi anni.

C2. Assistenza medico-generica da convenzione: la spesa è pari a € 6.695 milioni, stabile rispetto al 2016 (+0,1%).

⁴⁴ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁴⁵ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

C3. Altre prestazioni sociali in natura da privato: la spesa ammonta a € 25.261 milioni (+1,8% rispetto al 2016).

D. Altre componenti di spesa. La spesa è pari a € 6.298 milioni (-2,5% rispetto al 2016).

2.1.1.2. Spesa sanitaria pubblica: trend 2001-2017

Nel periodo 2001-2017 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%, per scendere allo 0,1% nel periodo 2011-2017 (figura 2.4).

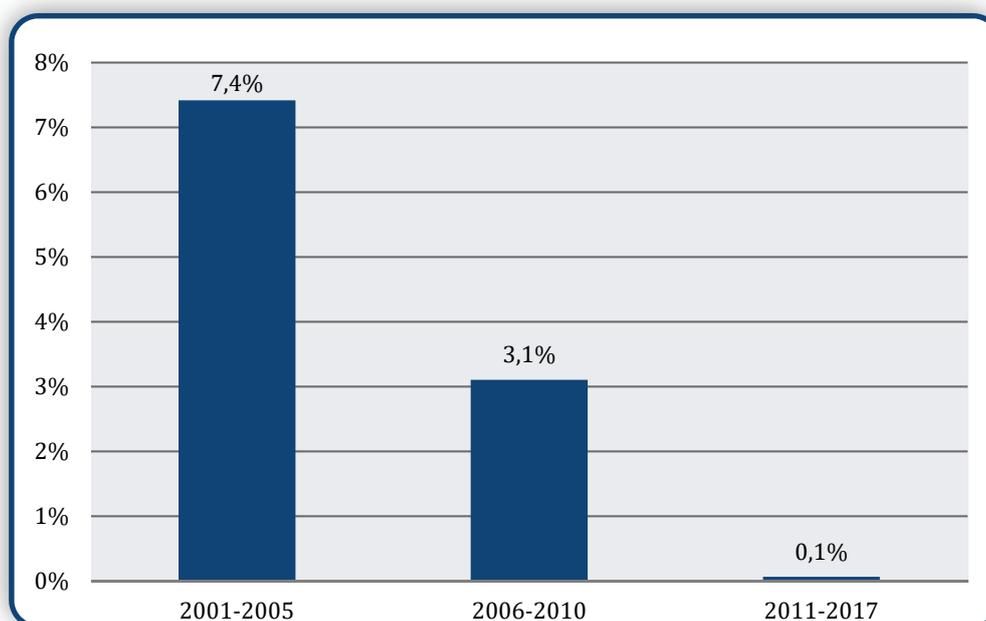


Figura 2.4. Trend spesa sanitaria pubblica 2001-2017 (dati da⁴⁶)

La riduzione della spesa sanitaria corrente ha progressivamente colmato il gap con il finanziamento ordinario del SSN, giungendo negli ultimi anni ad un sostanziale allineamento (figura 2.5) che nel 2017 fa registrare un disavanzo pari a € 1.022 milioni (figura 2.6).

⁴⁶ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

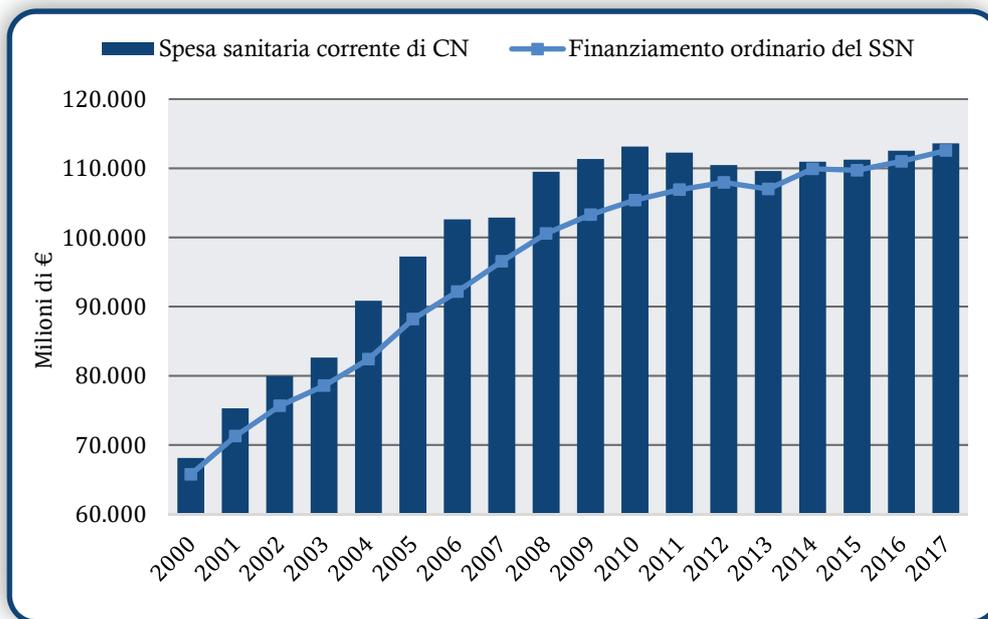


Figura 2.5. Trend spesa sanitaria corrente vs finanziamento ordinario del SSN 2000-2017 (dati da⁴⁷)

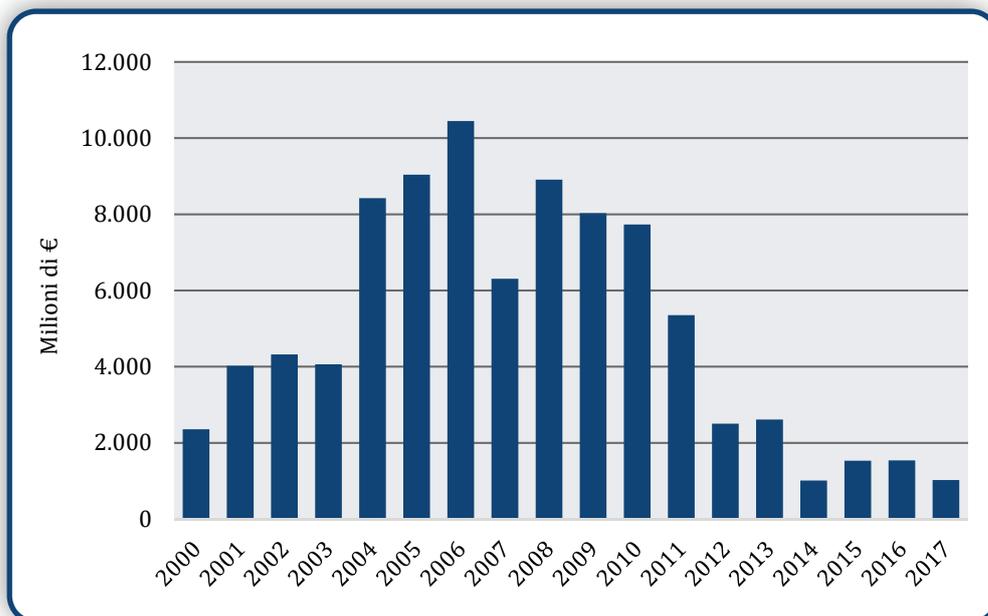


Figura 2.6. Trend deficit del SSN 2000-2017 (dati da⁴⁸)

⁴⁷ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁴⁸ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Peraltro, secondo i dati di CE, dopo la contabilizzazione di coperture e ulteriori trasferimenti da parte delle Regioni a statuto speciale, nel 2017 il bilancio risulta in attivo di € 50,1 milioni, un risultato a cui hanno contribuito i risultati di esercizio positivi delle Regioni in Piano di rientro (+€ 121,1 milioni), mentre le altre hanno scontato una perdita di € 70,0 milioni⁴⁹.

Nel periodo 2011-2017 il progressivo rallentamento della crescita della spesa sanitaria, sino al sostanziale azzeramento del tasso medio annuo, ha interessato tutte le componenti di spesa. Tuttavia, l'entità di tale processo non è stata omogenea e costante tra le varie componenti di spesa (figura 2.7), determinando negli anni una significativa ricomposizione della spesa sanitaria totale (figura 2.8).

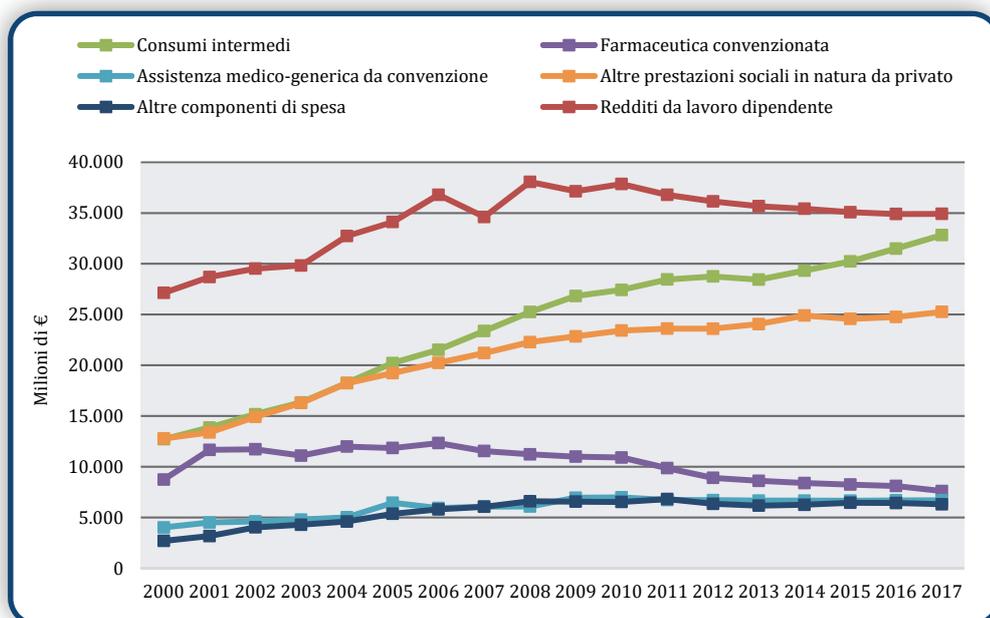


Figura 2.7. Trend aggregati di spesa sanitaria 2000-2017 (dati da⁵⁰)

⁴⁹ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 94-95. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁵⁰ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

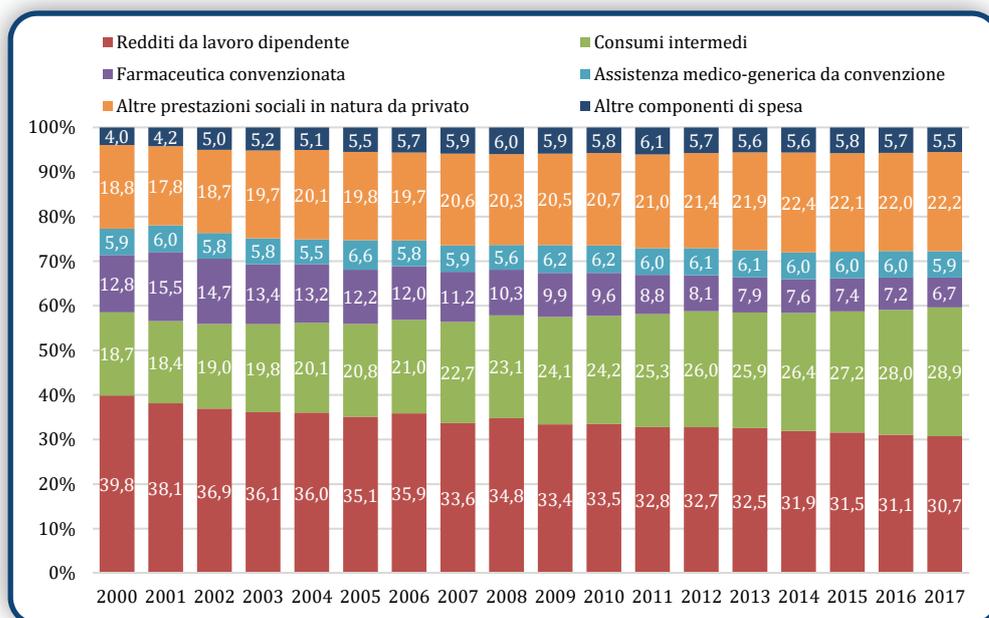


Figura 2.8. Composizione percentuale della spesa sanitaria 2000-2017 (dati da⁵¹)

Infatti, analizzando il tasso medio di variazione annuo nei tre periodi (2000-2005, 2006-2010 e 2011-2017), risulta che i vari aggregati di spesa hanno seguito dinamiche notevolmente diverse (figura 2.9).

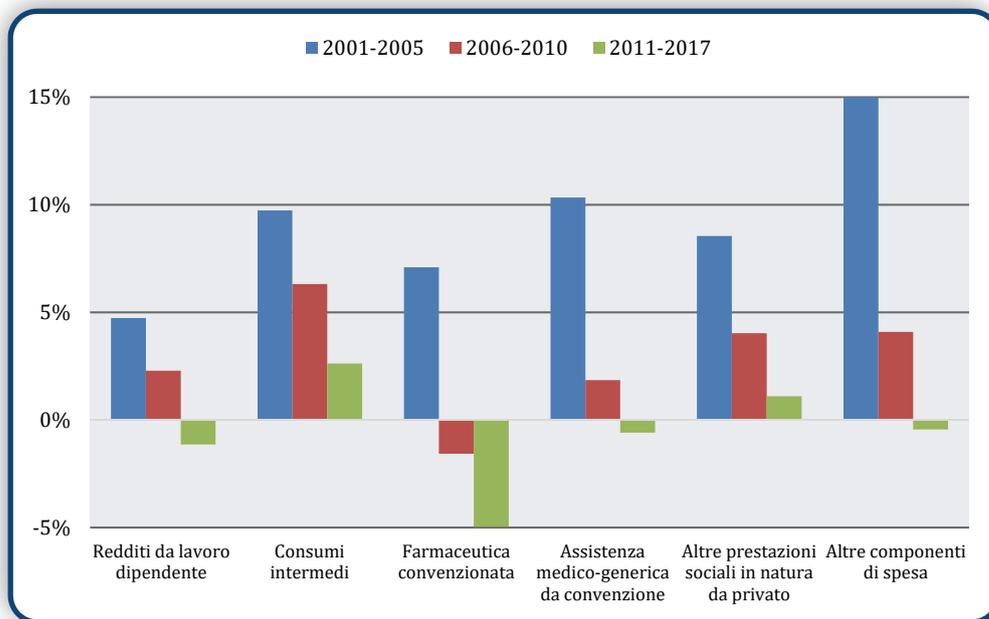


Figura 2.9. Variazioni percentuali di spesa sanitaria 2001-2017 per aggregato (dati da⁵²)

⁵¹ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-1/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁵² Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-1/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

In dettaglio:

- 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 -1,1% nel periodo 2011-2017 (figura 2.9). Complessivamente, l'incidenza sulla spesa sanitaria totale si riduce dal 39,8% del 2000 al 30,7% del 2017 (figura 2.8).
- B. Consumi intermedi.** Pur presentando un trend in progressiva riduzione, questo aggregato di spesa mantiene un tasso di crescita medio nettamente 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 2,6% del periodo 2011-2017 (figura 2.9). Ad eccezione dei prodotti farmaceutici, gli altri consumi intermedi hanno evidenziato una dinamica contenuta, con un tasso medio annuo nel periodo 2011-2017 pari allo 0,5%. L'incidenza sulla spesa sanitaria totale aumenta dal 18,7% del 2000 al 28,9% del 2017 (figura 2.8).
- C. Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi da produttori market.** Le tre componenti dell'aggregato di spesa presentano caratteristiche e dinamiche molto eterogenee tra loro.
- 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 che precipita al -5,0% nel periodo 2011-2017 (figura 2.9). Il peso percentuale sulla spesa sanitaria totale si riduce dal 12,8% del 2000 al 6,7% del 2017 (figura 2.8).
- C2. Assistenza medico-generica da convenzione.** L'incremento medio annuo del 10,8% nel periodo 2001-2005 si riduce all'1,8% nel periodo 2006-2010 e nel periodo 2011-2017 registra un valore negativo dello -0,6% (figura 2.9). Il peso percentuale sulla spesa sanitaria totale nel 2017 (5,9%) risulta identico 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'1,1% nel periodo 2011-2017 (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 è aumentato dal 18,8% del 2000 al 22,2% del 2017 (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 2011-2017 registra una diminuzione media annua dello 0,4% (figura 2.9). Il peso percentuale sulla spesa sanitaria totale è passato dal 4% del 2000 al 5,5% del 2017 (figura 2.8).

Analizzando i trend di variazione nei 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%).

- **2011-2017.** Solo consumi intermedi (+2,6%) e altre prestazioni sociali in natura da privato (+1,1%) registrano un incremento medio annuo positivo. Registrano valori negativi le altre componenti di spesa (-0,4%) e la farmaceutica convenzionata (-5,0%).

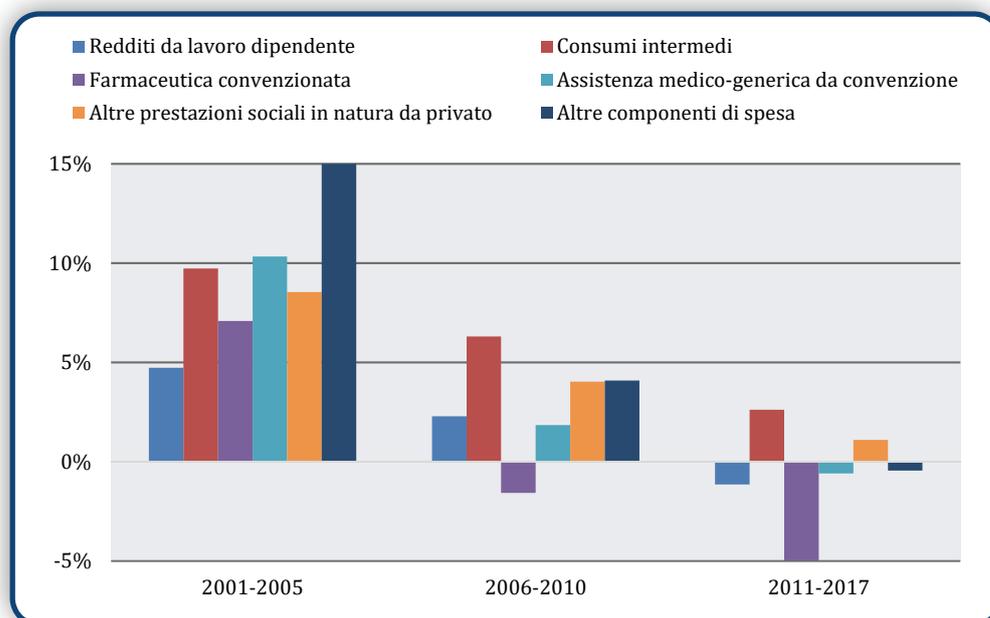


Figura 2.10. Variazioni percentuali aggregati di spesa sanitaria 2001-2017 per periodo (dati da⁵³)

Le variazioni percentuali dei vari aggregati di spesa conseguono all'implementazione di diversi interventi per il contenimento della spesa sanitaria, ma anche a nuove dinamiche della governance del farmaco⁵³ (tabella 2.1).

A. Redditi da lavoro dipendente

- Blocco del turn-over nelle Regioni in Piano di rientro.
- Politiche di contenimento delle assunzioni nelle Regioni non in Piano di rientro, anche in relazione alla progressiva attuazione dei processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria.
- Nuovi automatismi in materia di rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi in relazione al personale dipendente cessato.
- Blocco delle procedure contrattuali e limite al riconoscimento di incrementi retributivi al personale dipendente, che non poteva eccedere i livelli fissati dalle leggi, salvo il riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale.

B. Consumi intermedi

- Rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% fino al 2016 e, a decorrere dal 2017, al 6,89% del fabbisogno sanitario standard, ricomprendendo anche la spesa per acquisti diretti.
- Tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici, pari al 4,4% del fabbisogno sanitario regionale standard.

⁵³ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n° 5. Roma, novembre 2018. Disponibile a: <http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-1/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2018/IMDSS-RS2018.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- Riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d'acquisto a decorrere dal 2013 e per tutta la durata residua dei contratti.
- Obbligo di rinegoziazione dei contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso) con prezzi unitari superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i contratti pubblici.
- Centralizzazione degli acquisti, anche tramite l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione da CONSIP e dai soggetti aggregatori.
- Messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa.

Questo aggregato di spesa è condizionato al rialzo della spesa farmaceutica per acquisti diretti per due ragioni: aumento in termini assoluti dopo l'introduzione dei farmaci innovativi; politiche di incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci in diverse Regioni che hanno portato ad una riclassificazione della spesa farmaceutica tra gli aggregati della Ragioneria Generale dello Stato. In altri termini, una quota della spesa farmaceutica convenzionata si è "spostata" nei consumi intermedi che include la spesa farmaceutica per acquisti diretti.

C1. Farmaceutica convenzionata

- Dal 2017 il tetto viene fissato al 7,96%, sostituendo quello per la spesa farmaceutica territoriale (che includeva anche la spesa per la farmaceutica convenzionata) fissato all'11,35% dal 2013 al 2016.
- Meccanismo di recupero automatico (pay-back), a carico di aziende farmaceutiche, farmacisti e grossisti in caso di sfioramento del tetto.

C2. Assistenza medico-generica da convenzione

- Tetto agli incrementi retributivi che, analogamente a quanto previsto per il personale dipendente, non poteva eccedere i limiti fissati dalla legge.

C3. Altre prestazioni sociali in natura da privato

- 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.
- Obblighi normativi su importi e volumi di acquisto di prestazioni specialistiche e ospedaliere da parte di soggetti privati accreditati.
- Effetti dei processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria con particolare riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale.

D. Altre componenti di spesa

- Nessuna riportata.

Tabella 2.1 Determinanti della ricomposizione della spesa sanitaria 2000-2017

2.1.2. La spesa sanitaria 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 2.2).

Fonte	Metodi, aggregati e fonti	Categorie incluse	Stima
ISTAT	Spesa sanitaria privata della popolazione residente (spesa diretta delle famiglie + regimi di finanziamento volontari) stimata secondo il Sistema dei Conti per la Sanità (SHA ^a 2011) ⁵⁴ . Questi dati, in quanto trasmessi all’OCSE ⁵⁵ , rappresentano il riferimento per i benchmark internazionali. Classificazione: ICHA ^b . Fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d’Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	Assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1)	€ 2.520
		Istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2)	€ 540
		Imprese (HF.2.3)	€ 637
		Spesa delle famiglie (HF.3)	€ 35.989
		Totale	€ 39.686
	Spesa per consumi finali delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico stimata secondo il Sistema dei Conti Nazionali (SEC 2010) ⁵⁶ . Classificazione: COICOP ^c . Fonti: ISTAT, Ministero della Salute, Banca d’Italia, Agenzia delle Entrate, AIFA.	Spesa delle famiglie	€ 37.367*
OCPS, CERGAS Bocconi ⁵⁷	Stime rielaborate da: ISTAT-SHA, Corte dei Conti, Agenzia delle Entrate, Ministero della Salute, AIFA, Federfarma.	Totale spesa privata ISTAT-SHA: Spesa diretta delle famiglie (HF.3) + Regimi di finanziamento volontari (HF.2)	€ 39.686 [§]
^a SHA: <i>System of Health Accounts</i> – ^b ICHA: <i>International Classification for Health Accounts</i> – ^c COICOP: <i>Classification of Individual Consumption by Purpose</i> * Non è possibile nettare tale spesa dai rimborsi previsti nel caso di coperture indirette, né considerare la spesa per polizze assicurative individuali. [§] Perimetro ufficiale della spesa privata su cui vengono effettuate stime di ampliamento e di riduzione			

Tabella 2.2. Stime della spesa sanitaria privata anno 2017 (dati in milioni)

⁵⁴ ISTAT. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2018. Disponibile a: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁵⁵ OECD Health Statistics 2018. Last update 8 November 2018. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁵⁶ 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: 5 giugno 2019.

⁵⁷ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2018. EGEE, novembre 2018.

Rispetto alle stime delle tre fonti riportate in tabella, nell'elaborazione del presente Rapporto sono stati effettuati i seguenti confronti, analizzate le discordanze e, ove possibile, identificate le relative motivazioni.

ISTAT-SHA vs ISTAT-COICOP. Utilizzando come fonte primaria la spesa privata stimata da ISTAT-SHA le voci sono state riclassificate utilizzando la classificazione COICOP, utilizzando la tabella di transcodifica dell'OECD-Eurostat-World Health Organization⁵⁸ (tabella 2.3).

Categoria COICOP 06: servizi sanitari e spese per la salute	ISTAT SHA	ISTAT COICOP	Delta
061: medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali	€ 13.504,0	€ 13.617,0	€ 113,0
062: servizi ambulatoriali	€ 16.960,0	€ 18.320,8	€ 1.360,8
063: servizi ospedalieri	€ 5.461,0	€ 5.428,7	- € 32,3
HC.6 Servizi per la prevenzione delle malattie*	€ 64,0	€ 0,00	- € 64,0
Totale	€ 35.989,0	€ 37.366,5	€ 1.377,5
*codifica COICOP non prevista			

Tabella 2.3. Spesa sanitaria privata 2017: confronto dati ISTAT-SHA vs ISTAT-COICOP (dati in milioni)

L'analisi delle differenze tra le stime ISTAT-SHA e COICOP è particolarmente complessa in quanto i dati secondo classificazione COICOP sono disponibili solo a livello dei codici a 3 cifre e non a 4. Pertanto, nell'impossibilità di confrontare le voci di dettaglio delle categorie 061, 062, 063, la discrepanza delle stime (€ 1.377,5 milioni) potrebbe essere conseguente a due fattori relativi alla raccolta dati:

- Popolazione di riferimento: ISTAT-SHA considera la spesa delle famiglie italiane, mentre 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.

ISTAT-SHA vs OCPS. Il secondo confronto è stato condotto tra i dati ISTAT-SHA e la stima OCPS (tabella 2.4), verificando dove possibile i dati con altre fonti per determinare le possibili motivazioni delle discrepanze, sia sugli importi totali, sia sulle varie categorie di spesa. Il confronto è stato effettuato sulla stima ufficiale della spesa privata utilizzata nell'analisi di dettaglio OCPS⁵⁹, senza entrare nel merito dell'allargamento/riduzione dei perimetri della spesa sanitaria privata.

⁵⁸ 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: 7 giugno 2019.

⁵⁹ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2018: pag. 256. EGEA, novembre 2018.

Categoria COICOP	ISTAT-SHA	OCPS	Delta
061: medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali	€ 13.504	€ 13.713	€ 209
0611: prodotti farmaceutici	€ 10.218	€ 8.806	€ 0
0612: altri prodotti medicali		€ 1.412	
0613: attrezzature ed apparecchi terapeutici	€ 3.286	€ 3.495	€ 209
062: servizi ambulatoriali	€ 16.960	€ 20.567	€ 3.607
0621: servizi medici	€ 13.849	€ 5.000	- € 349
0622: servizi dentistici		€ 8.500	
0623: servizi paramedici	€ 3.111	€ 7.067*	€ 3.956
063: servizi ospedalieri	€ 5.461	€ 5.406	- € 55
HC.6 Servizi per la prevenzione delle malattie [§]	€ 64	€ 0	- € 64
TOTALE	€ 35.989	€ 39.686	€ 3.697
HF2. Regimi di finanziamento volontari	€ 3.697	€ 0,0	- € 3.697
TOTALE	€ 39.686,0	€ 39.686,0	€ 0,0
*di cui € 3.866 milioni per servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, etc.) e € 3.201 milioni per servizi diagnostici che COICOP include nel codice 0623: servizi paramedici. [§] codifica COICOP non prevista			

Tabella 2.4. Spesa sanitaria privata 2017: confronto tra dati ISTAT-SHA vs stime OCPS 2018 (dati in milioni)

Dalle analisi effettuate nel presente Rapporto risulta che:

- OCPS, stimando gli importi per tutti i codici COICOP a 4 cifre, offre un maggior livello di dettaglio rispetto a quello di ISTAT-SHA.
- OCPS “spacchetta” una spesa privata di € 39.686 milioni, ovvero la stima di ISTAT-SHA che oltre agli € 35.989 milioni relativi alla spesa delle famiglie (HF.3) include anche € 3.697 milioni di regimi di finanziamento volontari (HF.2).
- L'importo di € 3.697 milioni (HF.2) è relativo ai premi versati, ma viene interamente redistribuito tra i vari beni e servizi senza considerare che, secondo ISTAT-SHA € 1.164 milioni è destinata a “Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento” ovvero ai costi di gestione (*expense ratio*) delle assicurazioni che, per definizione, non si traducono in beni e servizi.
- Il gap più rilevante (+€ 3.607 milioni) è relativo ai servizi ambulatoriali, in particolare nella categoria 0623 (servizi paramedici) che in OCPS aggiunge la voce “servizi diagnostici” per un valore di € 3.201 milioni.

2.1.2.1. Spesa sanitaria out-of-pocket

Secondo le stime dei conti ISTAT-SHA la spesa delle famiglie per l'anno 2017 ammonta a € 35.989 milioni (figura 2.11).

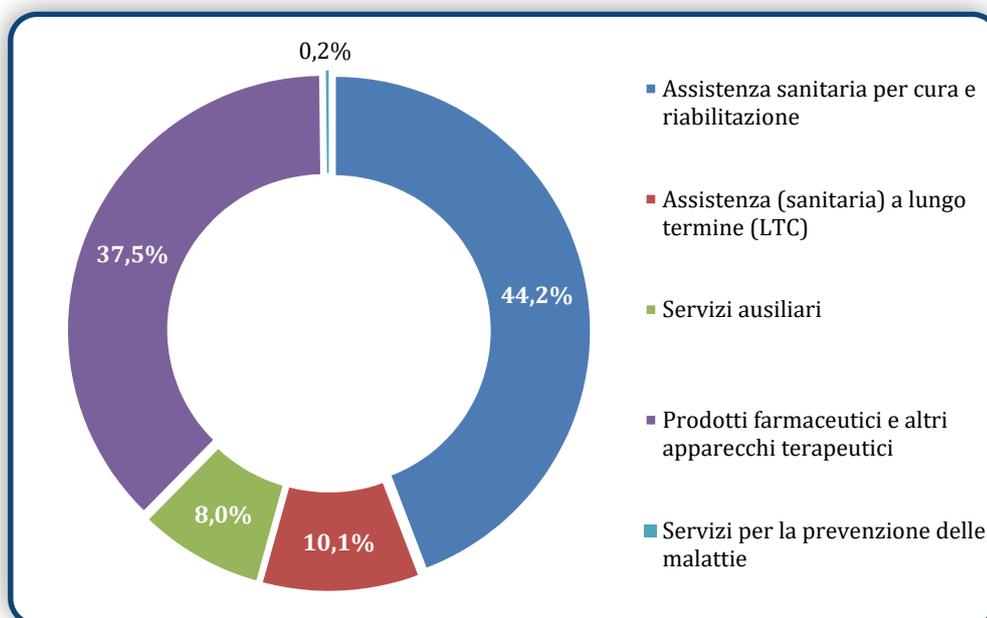


Figura 2.11. Spesa sanitaria delle famiglie 2017 per funzione di spesa

Analizzando ISTAT-SHA riclassificato COICOP e raffrontando con le stime OCPS le singole componenti del grande "contenitore" della spesa out-of-pocket (tabella 2.4) è possibile fare alcune considerazioni:

- **Spesa per i servizi ospedalieri** (€ 5.461 milioni):
 - € 3.524 milioni (dati ISTAT-SHA) vengono destinati alla LTC, rilevando la mancata copertura pubblica di una prestazione che nei prossimi anni sarà oggetto di una domanda sempre più elevata;
- **Spesa per servizi ambulatoriali** (€ 16.960 milioni):
 - € 1.337 milioni (dati Corte dei Conti) sono destinati alla compartecipazione della spesa;
 - € 8.500 milioni (dati OCPS) sono destinati all'assistenza odontoiatrica, prestazione esclusa dai LEA;
 - € 7.160 milioni (dato ISTAT-SHA al netto della compartecipazione e delle spese odontoiatriche stimate da OCPS) sono destinati a servizi medici e paramedici, inclusa la specialistica ambulatoriale e i test diagnostici.
- **Spesa per i medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali** (€ 13.504 milioni):
 - € 3.286 milioni sono destinati ad attrezzature e apparecchi terapeutici (dati ISTAT-SHA), di cui il 55-60% per occhiali e lenti a contatto;
 - € 8.806 milioni (dati OCPS) sono destinati a prodotti farmaceutici che comprendono:

- € 1.549 milioni (dati AIFA) destinati alla compartecipazione della spesa, di cui € 1.050 milioni (dati AIFA) per acquistare farmaci brand al posto degli equivalenti;
- € 1.317 milioni (dati AIFA) per farmaci di fascia A, formalmente a carico del SSN, ma pagati direttamente dalle famiglie che rinunciano volontariamente ad una tutela pubblica;
 - 1.412 milioni (dati OCPS) sono destinati ad altri prodotti medicali.

Questi dati contraddicono almeno in parte l'assioma, tanto caro ai fautori del secondo pilastro, che la spesa out-of-pocket fronteggi le minori tutele pubbliche: 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 finisce per soddisfare bisogni consumistici indotti dalla medicalizzazione della società. In tal senso, anche la distribuzione della spesa media out-of-pocket pro-capite 2015-2017 tra le diverse aree del Paese⁶⁰ (dai € 951 della Valle D'Aosta ai € 335 della Campania; media nazionale: € 598) vede paradossalmente 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 all'acquisto di prodotti futili, sotto la spinta di consumismo, pseudo-diagnosi e preferenze, e non certo sulla base di evidenze scientifiche.

Compartecipazione alla spesa. Della spesa out-of-pocket 2017 l'8% 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 2015⁶¹, 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.

Il Rapporto 2018 della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica⁶² e il Rapporto OSMED 2017 dell'AIFA⁶³ forniscono i dati ufficiali sulla compartecipazione alla spesa dei cittadini, che nel 2017 ha raggiunto € 2.884,6 milioni di cui: € 1.548,0 milioni per i farmaci e € 1.336,6 milioni per le prestazioni specialistiche, incluse quelle di pronto soccorso (€ 42,7 milioni) e altre prestazioni (€ 14,5 milioni) (figura 2.12).

⁶⁰ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2018: pag. 263. EGEA, novembre 2018.

⁶¹ 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: 7 giugno 2019.

⁶² Corte dei Conti. Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2018/rapporto_coordinamento_fp_2018.pdf. Ultimo accesso 17 luglio 2018.

⁶³ Agenzia Italiana del Farmaco. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2017. Disponibile a: www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMed_2017_AIFA.pdf. Ultimo accesso 17 luglio 2018.

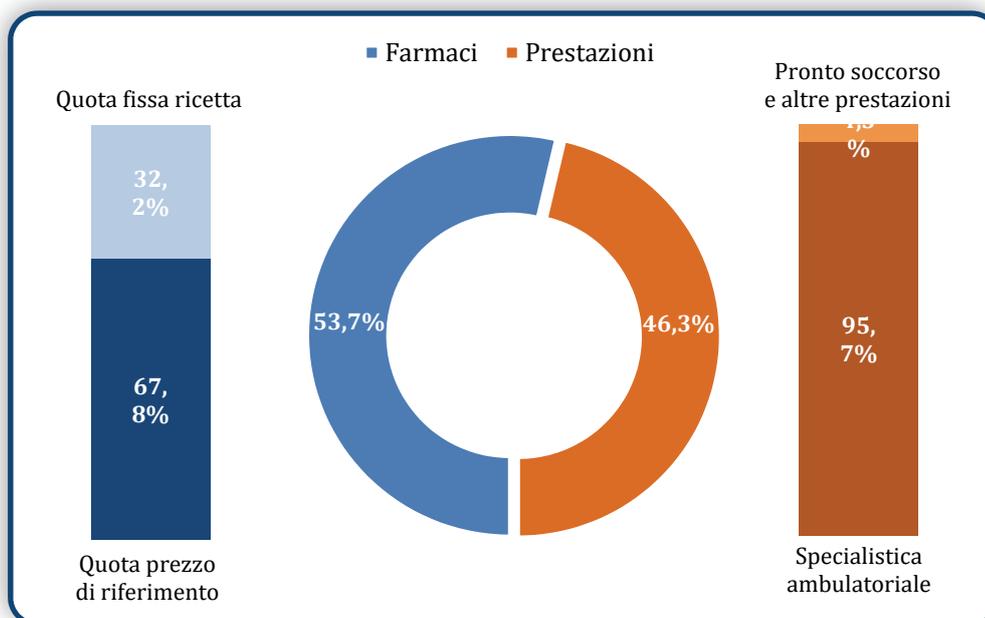


Figura 2.12. Ripartizione percentuale della compartecipazione alla spesa nel 2017

Tali importi corrispondono ad una quota media pro-capite di € 47,6, di cui € 25,5 per i farmaci e € 22,1 per le prestazioni specialistiche con notevoli differenze regionali che si enfatizzano analizzando separatamente l'impatto del ticket sui farmaci e sulle prestazioni. In particolare, se il range della quota pro-capite totale per i ticket oscilla da € 97,7 in Valle d'Aosta a € 30,4 in Sardegna, per i farmaci tale quota varia da € 34,3 in Campania a € 15,6 in Friuli Venezia Giulia, mentre per le prestazioni specialistiche si passa da € 66,2 della Valle d'Aosta a € 8,6 della Sicilia (figura 2.13).

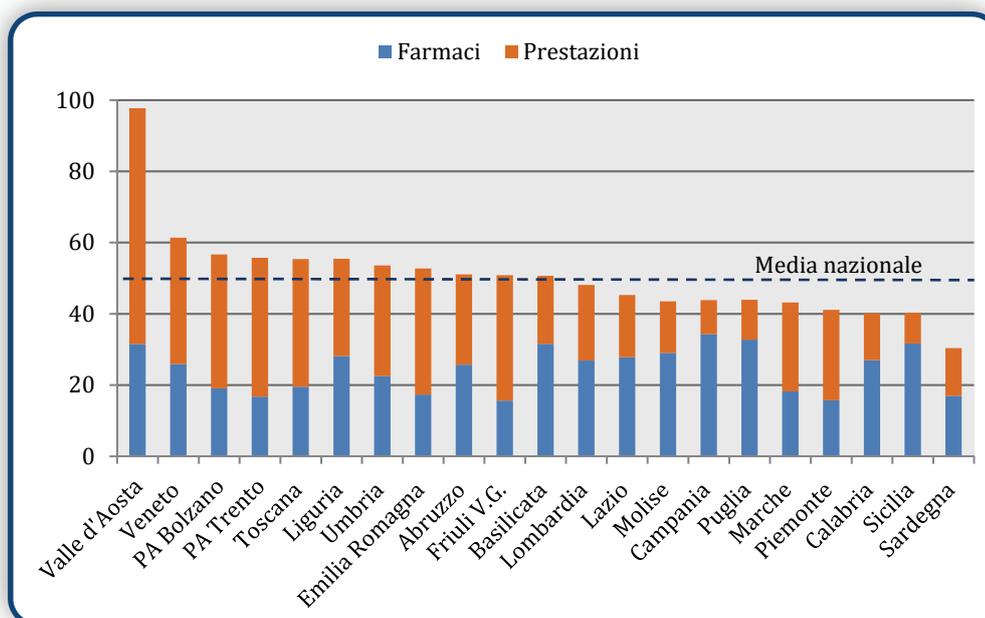


Figura 2.13. Compartecipazione alla spesa totale: spesa pro-capite 2017

Per un'analisi dettagliata della compartecipazione alla spesa sanitaria si rimanda al report dell'Osservatorio GIMBE⁶⁴.

Variazioni della spesa out-of-pocket. La tabella 2.5, riprendendo il metodo proposto da OCPS⁶⁵, riporta le cifre che possono determinare rimodulazioni del perimetro della spesa out-of-pocket, partendo dal dato ufficiale di ISTAT-SHA di € 35.989.

Componente di spesa	Fonte	Riduzione perimetro	Ampliamento perimetro
Spese in farmacia escluse da ISTAT-SHA*	Federfarma	-	+€ 5.572
Assistenza disabili e anziani a domicilio o in casa di cura	OCPS	-	+€ 1.800
Detrazioni IRPEF	Corte dei Conti	€ -3.864	-
Ticket: quota prezzo di riferimento [§]	AIFA	€ -1.050	-
Acquisto farmaci di fascia A [§]	AIFA	€ -1.317	-
Ticket: quota fissa ricetta + prestazioni [#]	Corte dei Conti, AIFA	€ -1.835	-
Contributo per assistenza in RSA [°]	OCPS	€ -3.300	
*Presidi medico-chirurgici, omeopatici, erboristeria, integratori (€ 3.606.441), nutrizionali (€ 388.023), parafarmaci (€ 1.577.121) §Scelta individuale del cittadino #Assimilabile a imposta °Spesa non strettamente sanitaria			

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

2.1.2.2. 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). Considerato che l'entità della spesa intermediata non viene certificata da organismi pubblici è possibile solo effettuarne una stima, tenendo conto di numerose variabili e criticità che condizionano la tracciabilità dei flussi economici⁶⁶:

- L'analisi può essere effettuata secondo i premi incassati dai terzi paganti, oppure secondo i rimborsi effettuati.
- I rimborsi possono essere effettuati con due modalità che determinano sovrapposizioni tra spesa intermediata e spesa delle famiglie:

⁶⁴ Report Osservatorio GIMBE n. 2/2018. Ticket 2017. Fondazione GIMBE: Bologna, luglio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/ticket2017. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁶⁵ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2018: pag. 242-243. EGEE, novembre 2018.

⁶⁶ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2017. EGEE, dicembre 2017.

- 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.
- I dati relativi ai fondi sanitari integrativi, la quota più rilevante della spesa intermediata, sono parziali e presentano alcune incongruenze tra le fonti:
 - Il Ministero della Salute riporta solo le "risorse impegnate" dai fondi, ovvero quelle utilizzate per il rimborso agli iscritti, ma non i dati relativi alle quote versate.
 - Le informazioni sulle quote versate sono in parte desumibili dai report degli operatori del settore assicurativo, ma la variabilità delle denominazioni (es. polizze collettive vs fondi assicurati) e le relazioni contrattuali tra fondi sanitari e compagnie assicurative rendono di fatto impossibile formulare stime precise.
- I dati relativi all'*expense ratio* sono incongruenti sia tra fonti pubbliche (ISTAT-SHA) che private (ANIA), sia tra queste ed altri report degli operatori di settore (RBM Salute).
- Le stime ufficiali sulla spesa privata (tabella 2.2) includono la spesa out-of-pocket, ma tengono conto in varia misura e con differenti modalità della spesa intermediata:
 - ISTAT-SHA include tra i regimi di finanziamento volontari (HF.2) le assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1), le istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2) e le imprese (HF.2.3), ma esclude esplicitamente i fondi sanitari integrativi.
 - OCPS include tutte le voci contabilizzate da ISTAT-SHA nei regimi di finanziamento volontari (HF 2.1), prende in considerazione esclusivamente i rimborsi effettuati.
 - Dai dati di ISTAT-COICOP non è possibile incorporare le spese sanitarie successivamente rimborsate da "terzi paganti", né identificare quelle da loro direttamente sostenute⁶⁷.

Ciò premesso, per stimare l'entità della spesa intermediata il presente Rapporto ha adottato i seguenti criteri:

- Si è ipotizzato, in linea con altri ricercatori⁶⁸, che le polizze assicurative collettive oggi si identifichino con i fondi sanitari "ri-assicurati", vista l'entità delle agevolazioni fiscali di cui godono i fondi sanitari rispetto alle polizze assicurative.
- La stima è stata effettuata dal lato dei premi versati e non dei rimborsi erogati per due ragioni, una di tipo metodologico e la seconda di ordine pratico:
 - Per essere comparabile con la spesa pubblica e quella out-of-pocket, la stima della spesa intermediata deve essere effettuata dal lato dei premi versati dai cittadini (per polizze individuali) o dalle imprese (per fondi sanitari/polizze collettive) e non da quello dei rimborsi erogati, che inevitabilmente sottostimano l'entità della spesa intermediata escludendo costi amministrativi ed eventuali utili dei "terzi paganti". A tal proposito, CREA Sanità stima che i rimborsi ammontano ai 2/3 del valore delle polizze assicurative individuali e al 50% dei fondi sanitari/polizze collettive⁶⁹.

⁶⁷ Spesa per consumi finali delle famiglie per voce di spesa (COICOP 3 cifre) e durata. Disponibile a: <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=12005>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁶⁸ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018; pag. 120-121. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

⁶⁹ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018; pag. 121. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- È impossibile stabilire l'entità dei rimborsi erogati, condizionati sia dalla duplice modalità di rimborso (diretto e indiretto), sia dall'entità (parziale o totale).

Le analisi effettuate sulle varie fonti, pubbliche e private, relative alla spesa sanitaria intermediata fondi sanitari integrativi, polizze assicurative e altre fonti documentano quanto segue:

- **ISTAT-SHA⁷⁰**: per i Regimi di finanziamento volontari (HF.2) riporta complessivamente € 3.697 milioni, di cui:
 - € 2.520 milioni per le Assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1),
 - € 540 milioni per le 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”.
 - € 637 milioni per le 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”.

ISTAT-SHA esclude esplicitamente i fondi sanitari integrativi da HF.2, ma si rilevano due possibili sovrapposizioni con tale tipologia di spesa intermediata: innanzitutto, visto che una percentuale sempre più elevata di fondi sanitari oggi sono ri-assicurati, HF.2.1 include sotto forma di polizze collettive una quota di fondi non auto-assicurati; in secondo luogo, è verosimile che un'altra quota dei fondi sanitari sia inclusa in HF.2.3 (Imprese) sotto forma di prestazioni sanitarie di welfare aziendale.

- **Anagrafe del Ministero della Salute**: per l'anno 2017 (anno fiscale 2016) attesta 322 fondi sanitari, le cui risorse impegnate (rimborsi) ammontano a € 2.329,6 milioni⁷¹. Il report non rende disponibile l'entità dei contributi versati dagli iscritti.
- **VIII Rapporto RBM Salute-CENSIS**: riporta che la spesa intermediata «nel 2017 ha raggiunto i 5,8 miliardi di euro» che corrisponde ad un contributo di «€ 95 per ciascun cittadino»⁷² e che «l'85% della sanità integrativa risulta gestita mediante il ricorso al settore assicurativo»⁷³, ma non fornisce alcun dettaglio sui premi incassati dai fondi assicurati, né suddivide l'importo stimato per la spesa intermediata per varie categorie di terzi paganti o prodotti.
- **Associazione Nazionale per le Imprese Assicuratrici (ANIA)**: riporta che nel 2017 i premi raccolti per polizze assicurative relative al ramo malattia (danni + vita) ammontano a € 2.704 milioni, di cui € 711 milioni per polizze individuali e € 1.993 milioni per quelle collettive⁷⁴, ipotizzati come interamente destinati alla “ri-assicurazione” di fondi sanitari.

⁷⁰ ISTAT. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2018. Disponibile a: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁷¹ Ministero della Salute. Reporting System. Anagrafe dei Fondi Sanitari. Fondi attestati anno 2017. Roma, novembre 2018. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2822_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁷² VIII Rapporto RBM-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata. Giugno 2018: pag. 12-18. Disponibile a: www.welfareday.it/pdf/VIII_Rapporto_RBM-Censis_SANITA_def.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁷³ VIII Rapporto RBM-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata. Giugno 2018: pag. 43. Disponibile a: www.welfareday.it/pdf/VIII_Rapporto_RBM-Censis_SANITA_def.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁷⁴ ANIA Trends Infortuni e Malattia. Portafoglio diretto italiano – Dati al 31 dicembre 2017. Maggio 2018. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/COLLANE-PERIODICHE/ANIA-Trends/ANIA-Trends-Infortuni-e-Malattia/2017/Newsletter-Infortuni-e-Malattia_anno-2017.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Il dato ANIA è stato utilizzato per aggiornare la stima di ISTAT-SHA per le assicurazioni sanitarie volontarie (HF.2.1) di € 2.520 milioni relativa all'anno 2017.

Ribadendo tutti i limiti relativi all'affidabilità di fonti e dati e alla verosimile sovrapposizione di alcune cifre, per l'anno 2017 si stima una spesa intermediata di € 5.800 milioni (13,9% della spesa privata), sostenuta da varie tipologie di "terzi paganti" (tabella 2.6), di cui i fondi sanitari/polizze collettive rappresentano oltre 2/3 (figura 2.14).

Terzo pagante	Spesa intermediata	Fonte
Fondi sanitari / polizze collettive	€ 3.913*	ANIA + stima GIMBE*
Polizze individuali	€ 710,8	ANIA
Istituzioni senza scopo di lucro (HF.2.2)	€ 540,0	ISTAT-SHA
Imprese (HF.2.3)	€ 637,0	ISTAT-SHA
Totale	€ 5.800,0	RBM-Censis

*Di tale importo ANIA documenta solo € 1.993 milioni come polizze collettive, i restanti € 1.920 milioni sono calcolati per differenza tra la stima di RBM-Censis e le altre voci della tabella.

Tabella 2.6. Spesa intermediata 2017 (dati in milioni)

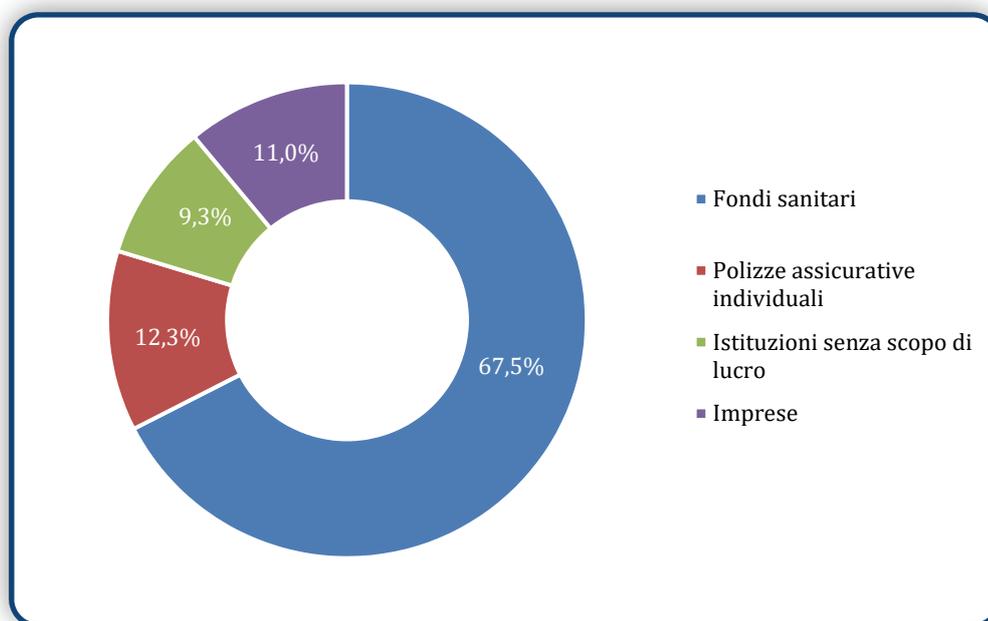


Figura 2.14. Composizione della spesa intermediata (anno 2017)

Le analisi effettuate dimostrano che i dati ufficiali ISTAT-SHA, trasmessi all'OCSE per i benchmark internazionali, se formalmente escludono i fondi sanitari integrativi dai regimi di finanziamento volontari (HC.2) in larga parte li ricomprendono nella quota di assicurazioni volontarie (HC.2.1) relativa a polizze collettive e nella quota di Imprese (HC.2.3) relativa a "accordi mediante i quali le imprese finanziano i servizi sanitari per i propri dipendenti".

2.1.2.3. Trend spesa sanitaria privata 2000-2017 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'OCSE⁷⁵ (figura 2.15, tabella 2.7).

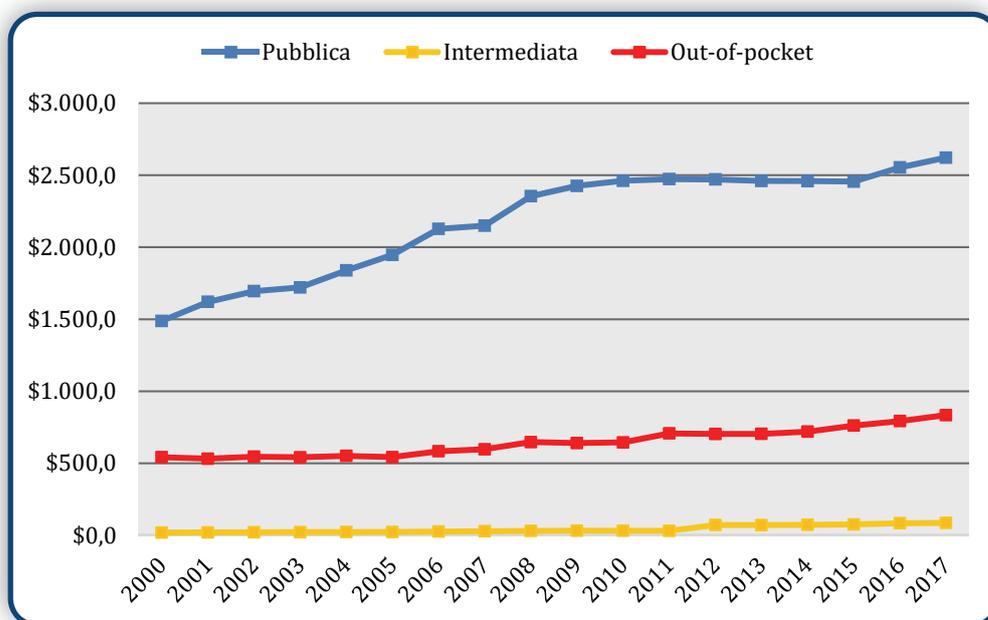


Figura 2.15. Trend spesa sanitaria pro-capite 2000-2017

Componente di spesa	2000-2008	2009-2017
Pubblica	58,2%	8,1%
Intermediata	62,5%	168,2%
Out-of-pocket	19,3%	30,3%

Tabella 2.7. Aumento della spesa sanitaria 2000-2008 vs 2009-2017

Suddividendo il periodo 2000-2017 e i relativi trend di crescita delle tre componenti di spesa nel periodo 2000-2008 (pre-crisi economica) vs quello 2009-2017 si evince che:

- Il trend di crescita della spesa pubblica si è appiattito dal 2008: l'incremento percentuale del 58,2% nel periodo 2000-2008 è precipitato al 8,1% nel periodo 2009-2017.
- L'appiattimento della curva del finanziamento pubblico non ha determinato una parallela impennata della spesa out-of-pocket, che pure registra un aumento dal 19,3% del periodo 2000-2008 al 30,3% del periodo 2009-2017.

La crescita percentuale della spesa intermediata è quasi triplicata: dal 62,5% del periodo 2000-2008 al 168,2% negli anni 2009-2017, un dato apparentemente eclatante, ma in realtà poco significativo visto il basso valore in termini assoluti. I dati OCSE documentano nel 2017

⁷⁵ OECD Health Statistics 2018. Last update 8 November 2018. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

una spesa out-of-pocket di \$ 834,1 cifra superiore del 15,5% rispetto alla media OCSE (\$ 722,1), collocando l'Italia all'8° posto (figura 2.16).

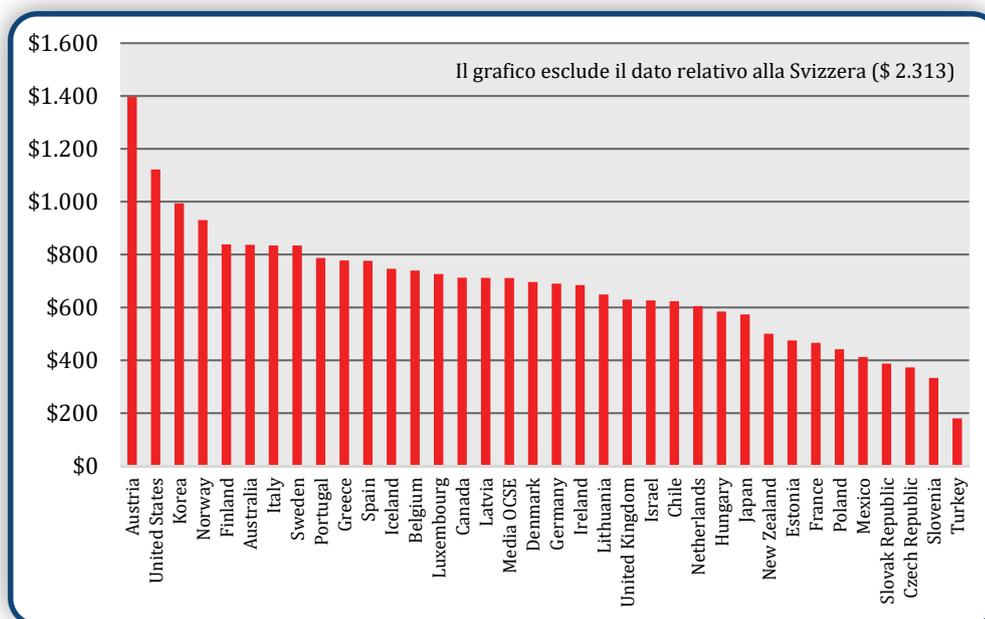


Figura 2.16. Spesa out-of-pocket pro-capite nei paesi OCSE (anno 2017 o più recente disponibile)

Emerge inoltre che l'Italia è agli ultimi posti sia per valore assoluto della spesa intermedia pro-capite (\$ 85,7 pro-capite rispetto ai \$ 241,3 della media OCSE) (figura 2.17), sia in termini di percentuale della spesa intermedia sul totale della spesa privata (9,3% vs 25% della media OCSE) (figura 2.18).

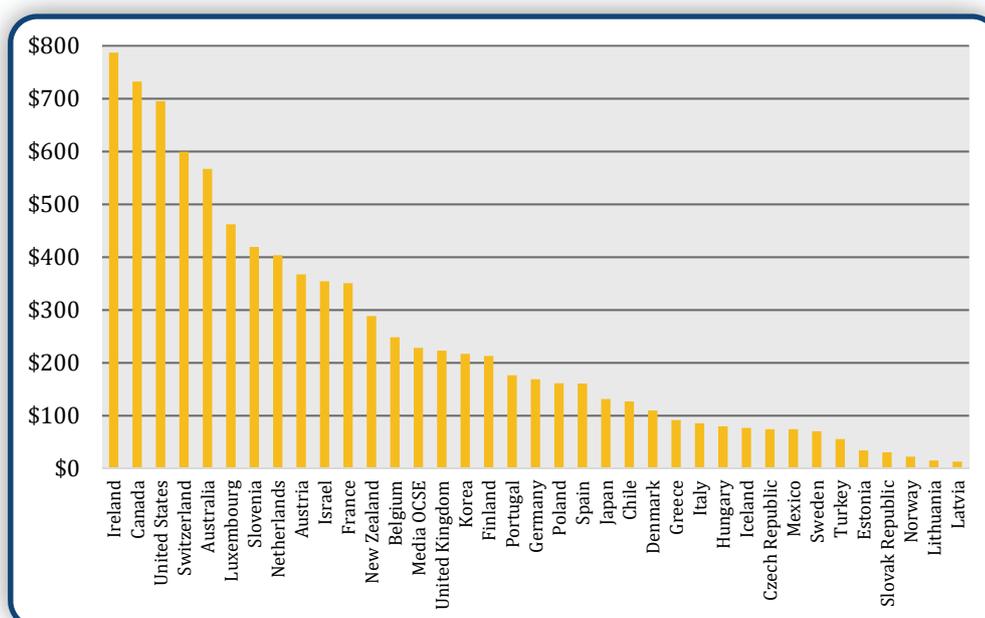


Figura 2.17. Spesa pro-capite intermedia nei paesi OCSE (anno 2017 o più recente disponibile)

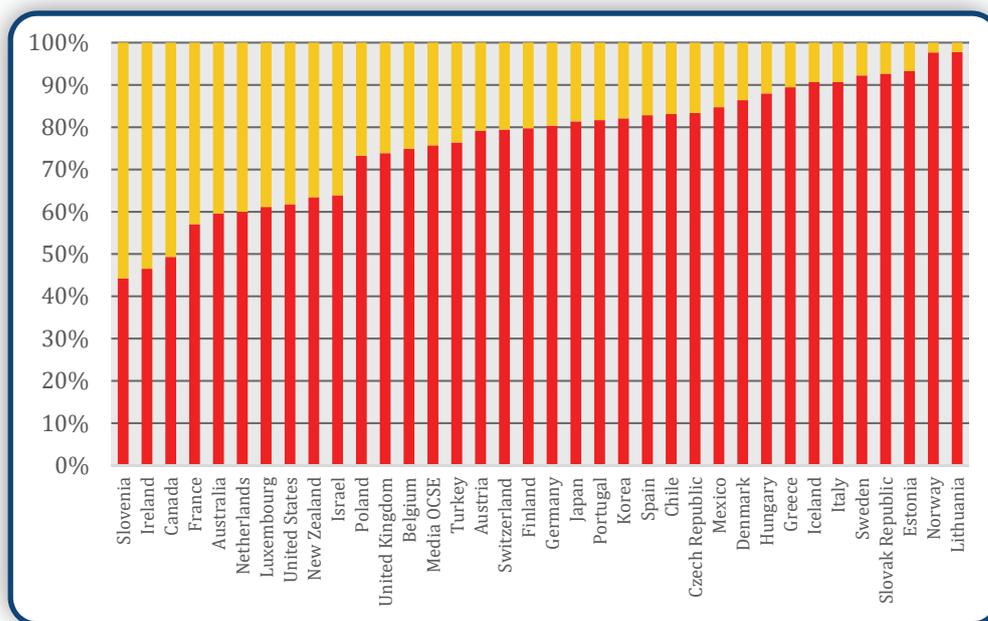


Figura 2.18. Ripartizione percentuale della spesa privata nei paesi OCSE (anno 2017 o più recente)

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 perché i dati trasmessi da ISTAT-SHA escludono formalmente i fondi sanitari.

2.2. La spesa sociale

La salute e la qualità di vita delle persone sono condizionate, oltre che dall’assistenza sanitaria, anche da tutte le prestazioni sociali finalizzate a soddisfare i bisogni legati a patologie e condizioni che determinano non solo disabilità, ma anche limitazioni funzionali o parziale non-autosufficienza. Tali prestazioni sono in larga parte riconducibili al grande contenitore della LTC.

Secondo la definizione dell’OCSE “la LTC (sanitaria e sociale) consiste in una serie di servizi di assistenza medica, personale e di assistenza che hanno l’obiettivo primario di alleviare il dolore e ridurre o gestire il deterioramento dello stato di salute nelle persone con un grado di non autosufficienza a lungo termine, assistendole nella loro cura personale [aiuto per le attività quotidiane – *activities of daily living* (ADL): alimentarsi, lavarsi, vestirsi] e a vivere in modo indipendente [(aiuto per le attività strumentali della vita quotidiana – *instrumental activities of daily living* (IADL): cucinare, fare spese e gestire le finanze)”⁷⁶. Questa definizione

⁷⁶ OECD Health Statistics 2018. Definitions, Sources and Methods. Definition of long-term care. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

è allineata con la definizione di LTC (sanitaria e sociale) del Sistema dei conti ISTAT-SHA: in particolare HC.3 per la componente sanitaria e HCR.1 per la componente sociale.

La componente sanitaria della spesa per LTC comprende l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che, per senescenza, malattia cronica o limitazione mentale, necessitano di assistenza continuativa. In Italia, tale componente include, oltre all'assistenza territoriale rivolta agli anziani e ai disabili (articolata in assistenza ambulatoriale e domiciliare, assistenza semi-residenziale e residenziale), l'assistenza psichiatrica, l'assistenza rivolta agli alcolisti e ai tossicodipendenti, l'assistenza ospedaliera erogata in regime di lungodegenza, una quota dell'assistenza integrativa, dell'assistenza protesica e dell'assistenza farmaceutica erogata in forma diretta o per conto⁷⁷. La spesa associata a queste prestazioni secondo i conti ISTAT-SHA (HC.3) nel 2017 ammonta a € 15.511 milioni, di cui € 11.757 milioni (75,8%) di spesa pubblica, € 3.618 milioni (23,3%) a carico delle famiglie e € 136 milioni (0,9%) di spesa intermediata. Questi importi, già presi in considerazione nel capitolo della spesa sanitaria (§ 2.1.1, § 2.1.2), non verranno di seguito esaminati.

Il presente capitolo analizza esclusivamente la spesa sociale di interesse sanitario destinata (almeno sulla carta) alla LTC e composta da diverse tipologie di prestazioni in natura o in denaro erogate da Amministrazioni pubbliche centrali e locali (Stato, Regioni e Province autonome, Comuni) e dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS), sostenute in maniera diretta o indiretta dalle famiglie, o riconosciute sotto forma di agevolazioni fiscali.

2.2.1. Stato, Regioni e Province Autonome

Fondo nazionale per la non autosufficienza. Il fondo nazionale per la non autosufficienza (FNA) è stato istituito nel 2006⁷⁸ con l'obiettivo di fornire sostegno a persone con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti al fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione, nonché per garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali⁷⁹. Il FNA si aggiunge alle risorse già destinate da parte di Regioni ed enti locali finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria.

Il FNA viene attribuito alle Regioni in funzione della popolazione anziana non autosufficiente e degli indicatori socio-economici e quindi ripartito tra gli enti territoriali che stabiliscono i criteri con cui erogare i fondi. Il FNA, oltre ad essere largamente insufficiente per coprire i bisogni, non è una voce di bilancio stabile⁸⁰ (figura 2.19).

⁷⁷ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. Rapporto n. 19. Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Roma, luglio 2018 Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2018/Rapporto_n19.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

⁷⁸ Legge 27 dicembre 2006, n. 296. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2007), art. 1, c. 1264.

⁷⁹ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Fondo per la non autosufficienza. Disponibile a: www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Fondo-per-non-autosufficienza/Pagine/default.aspx. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁸⁰ Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Monitoraggio fondi per le politiche sociali (tabelle aggiornate al 7 settembre 2017). Disponibile a: www.regioni.it/download/news/531636. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

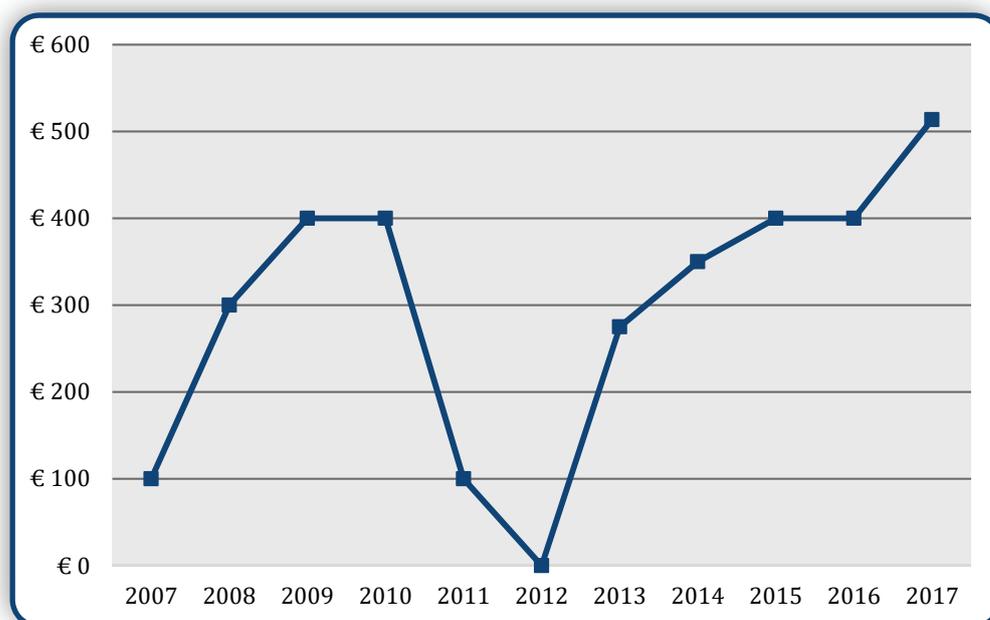


Figura 2.19. Fondo Nazionale per la non autosufficienza: trend 2007-2017 (dati in milioni)

Per il 2017 il FNA ammonta a € 513,6 milioni: partito da una base di € 500 milioni di euro, per effetto delle Leggi di stabilità 2015 e 2016 e della Legge di Bilancio 2017 e del DL 243/2016, è stato ridimensionato di € 50 milioni a seguito dell’Intesa del 23 febbraio 2017⁸¹, e quindi reintegrato con lo stesso importo dalle Regioni. Inoltre, per effetto della campagna sui “falsi invalidi”, il FNA è stato ulteriormente incrementato di € 13,6 milioni. Il 50% del FNA è destinato a persone in condizioni gravissime (es. dipendenza vitale da macchinari).

Fondi regionali per la non autosufficienza. Il reperimento dei dati è ostacolato da vari fattori: innanzitutto non esiste alcuna ricognizione recente effettuata da enti pubblici o privati; in secondo luogo, tranne alcune lodevoli eccezioni, le risorse non sono stanziare dalle Regioni in maniera continuativa in quanto il fondo non è strutturale; infine, le delibere regionali non sono facilmente accessibili. Pertanto è stato possibile identificare per l’anno 2017 solo il fondo istituito dalla Regione Emilia Romagna⁸² (€ 435,45 milioni).

2.2.2. INPS

Le provvidenze erogate dall’INPS per finalità sociali di interesse sanitario appartengono a tre categorie:

- Pensioni di invalidità previdenziale che comprendono gli assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità (ante L. 222/84)

⁸¹ Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell’articolo 1, commi 680 e 682, della legge 28 dicembre 2015, n. 208. Disponibile a: <http://www.regioni.it/download/news/503219/>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁸² Regione Emilia Romagna. Utilizzo del FRNA e Fondi Nazionali per la non autosufficienza 2017. Disponibile a: <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/ricerche-e-statistiche/fondo-regionale-per-la-non-autosufficienza/frna-relazione-2017.pdf/@download/file/FRNA%20RELAZIONE%202017.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- Prestazioni assistenziali, che includono l'indennità di accompagnamento e le pensioni agli invalidi civili
- Permessi retribuiti (L. 104/92)

Pensioni di invalidità previdenziale e prestazioni assistenziali. Nel 2017 l'INPS ha erogato complessivamente € 25.802,2⁸³ milioni, di cui € 8.475,9 milioni per pensioni di invalidità previdenziale e € 17.326,3 milioni per prestazioni assistenziali⁸⁴ (tabella 2.8).

Categoria	Tipologia	Importo
Pensioni di invalidità previdenziale	Assegno di invalidità	€ 3.968,3
	Pensione di inabilità	€ 1.150,2
	Pensione di invalidità (ante L. 222/84)	€ 3.357,4
Prestazioni assistenziali	Indennità di accompagnamento	€ 13.802,0*
	Pensioni agli invalidi civili	€ 3.524,3
TOTALE		€ 25.802,2
* Dato da: Determinazione e relazione sul risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) 2017 della Corte dei Conti ⁸⁵ , anziché dato INPS di € 12.531,5 milioni.		

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

A questi vanno ad aggiungersi i permessi retribuiti (L. 104/1992)⁸⁶ che spettano ai lavoratori dipendenti del settore pubblico e privato⁸⁷, per i quali non esistono dati ufficiali ma solo stime effettuate da soggetti diversi^{88,89}. Nel presente Rapporto è stata presa in considerazione quella elaborata da CREA⁹⁰ che stima per il 2017 € 2.051,2 milioni così calcolati:

- dipendenti del settore pubblico: retribuzione media giornaliera 2016 (rapporto tra lo stipendio annuale medio 2016 e 260 giorni lavorativi) moltiplicata per il totale dei permessi retribuiti a norma della L. 104/92;

⁸³ INPS. Statistiche in breve. Pensioni vigenti all'1.1.2018 e liquidate nel 2017 erogate dall'Inps. Marzo 2018. Disponibile a: www.inps.it/docallegatiNP/Mig/AllegatiNews/StatInBrevePensioni2018.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁸⁴ INPS. Statistiche in breve. Pensioni vigenti all'1.1.2018 e liquidate nel 2017 erogate dall'Inps. Marzo 2018. Disponibile a: www.inps.it/docallegatiNP/Mig/AllegatiNews/StatInBrevePensioni2018.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁸⁵ Corte dei Conti. Determinazione e relazione sul risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) 2017. Dicembre 2018. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sez_controllo_enti/2018/delibera_132_2018.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁸⁶ L. 104/1992 art. 33 - D.lgs 151/2001 artt. 33 e 42, come modificati dalla L. 183/2010 e dal D.lgs. 119/2011

⁸⁷ Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS). Permessi retribuiti ai sensi dell'art. 33 della legge n. 104/92. Disponibile a: www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=46180. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁸⁸ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 122. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁸⁹ Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi: Un ruolo per le Regioni? Milano: Franco Angeli, 2018.

⁹⁰ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 122. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- dipendenti del settore privato: numero giornate di permesso (ipotesi: 3 gg/mese per ciascun beneficiario) moltiplicata per la retribuzione media giornaliera dei contribuenti INPS nell'anno 2016 (€ 88,6).

Tali stime suppongono l'invarianza di dati tra 2016 e 2017.

È utile rilevare che per il sistema di classificazione ISTAT-SHA la voce HCR.1.2, riferita alla componente sociale della LTC, tra le varie provvidenze erogate dall'INPS include nella spesa pubblica solo le indennità di accompagnamento.

2.2.3. Comuni

La componente denominata "Altre prestazioni LTC" del sistema ISTAT-SHA inquadrabile nella voce HCR.1.1 comprende prestazioni, prevalentemente in natura, erogate in via principale, se non esclusiva, dai comuni singoli o associati a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe. Le prestazioni in natura possono essere di tipo residenziale o non-residenziale: le prime vengono riconosciute in istituti come, ad esempio, le residenze socio-sanitarie per anziani o le comunità socio-riabilitative. Le seconde sono riconosciute in strutture semi-residenziali, quali i centri diurni e i centri di aggregazione, o direttamente presso l'abitazione dell'assistito (assistenza domiciliare). Oltre alle prestazioni in natura, possono esservi, seppure in misura minoritaria, prestazioni in denaro.

Secondo le stime ricavate dalla Ragioneria Generale dello Stato tali risorse ammontano a € 3.977 milioni per l'anno 2017⁹¹:

- in denaro: € 1.591 milioni per voucher⁹², contributi erogati per agevolazioni sui ticket o sulle rette per centri diurni, assistenza residenziale e semi-residenziale;
- in natura: € 2.386 milioni per prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (assistenza domiciliare socio-assistenziale e di assistenza domiciliare integrata) con servizi sanitari di competenza comunale.

Tale importo corrisponde al 56,4% dei € 7.056 milioni di spesa totale dei Comuni per i servizi sociali (dato 2016)⁹³.

2.2.4. Spesa delle famiglie

Spesa diretta delle famiglie. Oltre alla già citata spesa sanitaria per LTC (€ 3.618,0 milioni, dato ISTAT-SHA HC.3), include i servizi di badantato per i quali non esistono dati ufficiali ma solo

⁹¹ Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. Rapporto n. 19. Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Roma, luglio 2018: pag. 144. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita di previsione RGS/2018/Rapporto n19.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

⁹² Strumento di sostegno economico con destinazione vincolata, ovvero destinato all'acquisto di prestazioni in natura (es. di tipo domiciliare o residenziale). Sono noti anche con altre denominazioni: "assegni di cura", "buoni socio-sanitari", etc.

⁹³ ISTAT. La spesa dei comuni per i servizi sociali. 3 gennaio 2019. Disponibile a: www.istat.it/it/files//2019/01/Report-spesa-sociale-2016.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

stime effettuate da soggetti diversi^{94,95,96,97}. Nel presente Rapporto sono stati presi in considerazione:

- i dati INPS 2017 per il numero di badanti regolari⁹⁸;
- il metodo CREA⁹⁹ per stimare la spesa delle famiglie in badanti regolari, tenendo conto che una quota dell'indennità di accompagnamento è destinata a questo fine;
- per le badanti irregolari
 - la stima effettuata da Fosti e Notarnicola¹⁰⁰ tramite il metodo Pasquinelli-Rusmini¹⁰¹, secondo il quale il rapporto tra badanti regolari e irregolari si attesta intorno al 40:60;
 - la stima riportata da Domina¹⁰²

In dettaglio:

- Badanti regolari: la stima è di 393.478 soggetti con una retribuzione media annua di € 12.730¹⁰³ al netto dei contributi, per una spesa complessiva di € 5.009 milioni. Ipotizzando che l'indennità di accompagnamento venga impiegata *in toto* per coprire la spesa per le badanti, moltiplicando l'importo medio annuo dell'indennità di accompagnamento per il numero di badanti impiegate, se ne ricava che della spesa totale il 46,2% (€ 2.315,3 milioni) è coperto dal gettito delle indennità di accompagnamento, mentre il 53,8% (€ 2.693,7 milioni) rimane a totale carico delle famiglie.
- Badanti irregolari: la stima è compresa tra 436.522¹⁰⁴ e 590.217¹⁰⁵. Assumendo un costo annuo per badante tra € 8.000 e € 12.000, la stima totale della spesa sommersa si colloca tra € 3.492 e € 7.082 milioni.

Anche se nel riepilogo totale sono state prese in considerazione solo le badanti regolari, la stima della spesa totale a carico delle famiglie per i servizi di badantato oscillerebbe tra i € 6.185,9 e €

⁹⁴ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 122-123. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁹⁵ Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi: Un ruolo per le Regioni? Milano: Franco Angeli, 2018.

⁹⁶ Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi: Un ruolo per le Regioni? Milano: Franco Angeli, 2018.

⁹⁷ Fosti G, Notarnicola E. L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care. EGEA, settembre 2018: pag 42-45. Disponibile a: www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1%C2%B0+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMJ. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁹⁸ INPS. Statistiche in breve. Anno 2017: lavoratori domestici. Giugno 2018: pag. 7. Disponibile a: www.inps.it/banchedatistatistiche/menu/domestici/StatInBreve.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

⁹⁹ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 122-123. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁰⁰ Fosti G, Notarnicola E. L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care. EGEA, settembre 2018: pag 42-45. Disponibile a: www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1%C2%B0+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMJ. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁰¹ Pasquinelli S, Rusmini G. Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche, Ediesse, 2013.

¹⁰² Il valore del lavoro domestico: il ruolo economico e sociale delle famiglie datori di lavoro. Dossier 6. Domina - Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico. Roma, 2017: pag. 24. Disponibile a: www.colfdomina.it/wp-content/uploads/2017/12/Lavoro-domestico-Ricerca-DOMINA-06.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁰³ Paga base media dei livelli B super e C super per 13 mensilità + T.F.R. Da Tabella minimi retributivi 2017. Domina - Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico. Maggio 2017: pag. 24. Disponibile a: www.colfdomina.it/wp-content/uploads/2017/05/MINIMI-RETRIBUTIVI_2017.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁰⁴ Il valore del lavoro domestico: il ruolo economico e sociale delle famiglie datori di lavoro. Dossier 6. Domina - Associazione Nazionale Famiglie Datori di Lavoro Domestico. Roma, 2017. Disponibile a: www.colfdomina.it/wp-content/uploads/2017/12/Lavoro-domestico-Ricerca-DOMINA-06.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁰⁵ Fosti G, Notarnicola E. L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care. EGEA, settembre 2018: pag 42-45. Disponibile a: www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1%C2%B0+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMJ. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

9.776,4 milioni: il fatto che tutte le stime sono state riferite al costo di una badante a tempo pieno può sovrastimare tali cifre, mentre il margine di incertezza sul numero delle badanti irregolari e della loro retribuzione reale ne può determinare sia una sovra- che una sotto-stima.

Spesa indiretta delle famiglie. Corrisponde al mancato reddito dei caregiver stimato per il 2013 in € 4.800 milioni¹⁰⁶. Altri¹⁰⁷ includono in questa voce anche i cosiddetti “trasferimenti informali” riportando i dati della ricerca Censis-ANIA consumatori 2015¹⁰⁸: 2,2 milioni di famiglie riceverebbero un aiuto mensile con regolarità per un importo annuale di € 9.100 milioni. Senza entrare nel merito dell’accuratezza di tale stima, il presente Rapporto non prende in considerazione questa voce per tre ragioni: innanzitutto, perché formalmente rappresenta una voce di entrata; in secondo luogo, non esiste alcun parametro per identificare la quota destinata alle spese sociali; infine, tale spesa potrebbe sovrapporsi ad altre voci, quale ad esempio i servizi di badando.

2.2.5. Conclusioni

Il presente Rapporto ha cercato di pervenire ad una stima complessiva della spesa sociale per LTC per l’anno 2017 raffrontando e integrando tra loro varie fonti (tabella 2.9). Nella loro interpretazione è indispensabile tenere conto che il totale di € 41.888,5 milioni è influenzato da vari fattori: differenti fonti informative con variabile livello di precisione e accuratezza, rischio di sovrapposizione degli importi provenienti da fonti differenti, alcuni valori basati su stime.

Erogatore	Prestazione	Valore
Stato	• Fondo nazionale per la non autosufficienza	€ 513,6
Regioni e Prov. aut	• Fondi regionali per la non autosufficienza	€ 435,5*
INPS	• Pensioni di invalidità previdenziale	€ 8.475,9
	• Prestazioni assistenziali	€ 17.326,3
	• Permessi retribuiti (L. 104/1992)	€ 2.051,2 [§]
Comuni	• In denaro	€ 1.591,0
	• In natura	€ 2.386,0
Famiglie (diretta)	• Servizi di badando regolari [#]	€ 5.009,0 [§]
Famiglie (indiretta)	• Mancato reddito caregiver	€ 4.100,0 [§]
Totale		€ 41.888,5
*Spesa relativa solo al fondo per la non autosufficienza della Regione Emilia Romagna.		
[§] Stime		
[#] Per le badanti irregolari la stima è compresa tra € 3.492 e € 7.082 milioni.		

Tabella 2.9. Stima della spesa sociale di interesse sanitario, anno 2017 (dati in milioni)

¹⁰⁶ CGIL-SPI Lombardia. Atti del Convegno: Sistemi di welfare in Europa: traiettorie evolutive e lezioni per l’Italia, Nuovi Argomenti 2013 n° 34. Disponibile a: www.spicgillombardia.it/wp-content/uploads/2013/05/NA-3-4.2013.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁰⁷ Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi: Un ruolo per le Regioni? Milano: Franco Angeli, 2018.

¹⁰⁸ Forum Ania Consumatori (a cura di), Censis (a cura di). Gli scenari del welfare. Verso uno stato sociale sostenibile. Franco Angeli Edizioni, 2015.

La figura 2.20 riporta la composizione percentuale della spesa sociale di interesse sanitario.

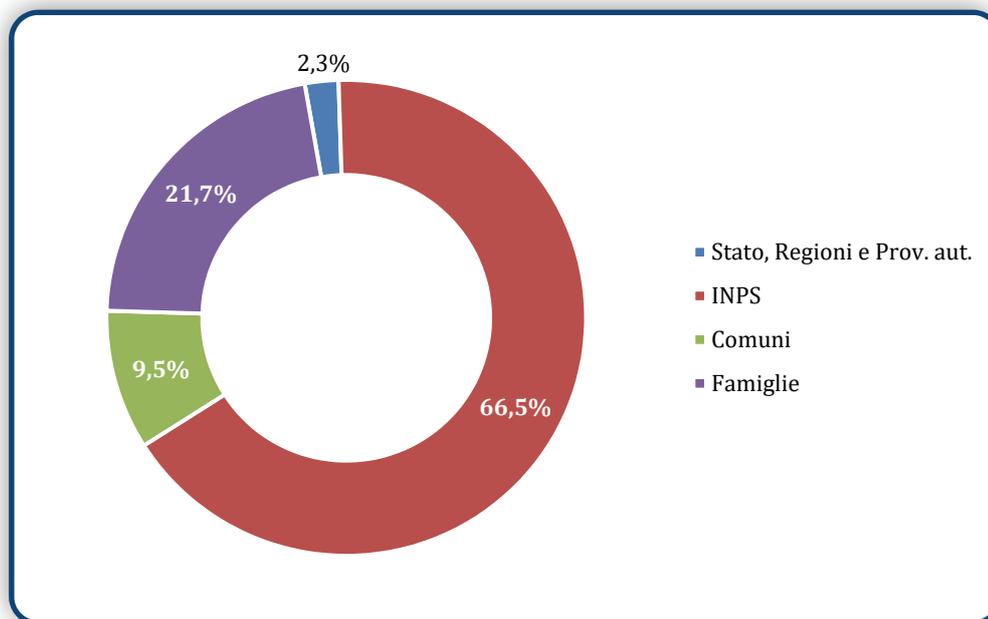


Figura 2.20. Composizione della spesa sociale di interesse sanitario (anno 2017)

In conclusione, se l'assistenza sanitaria è caratterizzata da un sistema di prestazioni prevalentemente in natura, la spesa sociale per la LTC (fatta eccezione per una piccola quota erogata in natura dai Comuni) è per la maggior parte rappresentata da erogazioni in denaro senza vincolo di destinazione, né tantomeno sottoposte a verifica oggettiva, ovvero rimane completamente al di fuori da qualsiasi meccanismo di governance pubblica. Di conseguenza per la spesa sociale risulta impossibile, come fatto per la spesa sanitaria (§ 2.1), stimare il ritorno in termini di salute delle risorse investite (*value for money*).

2.3. La spesa fiscale

Nel valutare l'impatto e l'evoluzione della spesa per la salute non si può prescindere dalla spesa fiscale (*tax expenditure*) riconducibile alle differenti deduzioni e detrazioni di imposta dal reddito delle persone fisiche e di quelle giuridiche per determinate categorie di spese.

2.3.1. Spese sanitarie e sociali

Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida. Il Testo Unico delle Imposte sui Redditi prevede, per la parte eccedente una franchigia di € 129,11, una detrazione del 19% 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. Sono qui comprese le spese per i veicoli per i disabili, per l'acquisto di cani guida, le spese sanitarie per familiari non a carico relative alle patologie con diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria pubblica (malattie croniche e invalidanti e malattie rare) nel limite massimo di € 6.197,48 annui e per disabili (per mezzi necessari all'accompagnamento,

deambulazione, locomozione e sollevamento e per i sussidi tecnici e informativi che facilitano l'autosufficienza e l'integrazione, spese per le quali non si applica la franchigia).

Spese mediche per portatori di handicap. Le spese mediche generiche e di assistenza specifica per persone disabili sono interamente deducibili dal reddito complessivo. Le spese di assistenza specifica sono relative a:

- assistenza infermieristica e riabilitativa
- personale in possesso della qualifica professionale di addetto all'assistenza di base o di operatore tecnico assistenziale esclusivamente dedicato all'assistenza diretta della persona
- personale di coordinamento delle attività assistenziali di nucleo
- personale in possesso della qualifica di educatore professionale
- personale qualificato addetto ad attività di animazione e di terapia occupazionale

Le persone disabili possono usufruire della deduzione anche se percepiscono l'assegno di accompagnamento; in caso di ricovero ospedaliero, possono dedurre solo la parte di retta che riguarda le spese mediche e paramediche di assistenza specifica.

Spese sostenute per l'assistenza personale di soggetti non autosufficienti. Dal 2016 è prevista la detrazione del 19% su un importo massimo di € 2.100 per i redditi che non superano € 40.000 (compreso il reddito da cedolare secca). La detrazione riguarda le spese sostenute per gli addetti all'assistenza personale del contribuente o di uno o più familiari anche se non fiscalmente a carico.

La tabella 2.10 riporta i dati derivati dalle dichiarazioni dei redditi presentate nel 2018 (redditi 2017)^{109,110}:

Tipologia	Importo	Spesa fiscale
Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida	€ 18.521,6	€ 3.519,0
Spese mediche per portatori di handicap	€ 1.100,7	€ 299,6
Spese per l'assistenza personale di persone non autosufficienti	€ 240,4	€ 45,7
TOTALE	€ 19.862,7	€ 3.864,3

Tabella 2.10. Spesa fiscale conseguente alla detrazione/deduzione di spese mediche (dati in milioni)

Rispetto al trend temporale, le spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida portate in detrazione sono aumentate dai € 11.951 milioni nel 2008 ai € 18.521,6

¹⁰⁹ Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento delle Finanze. Analisi statistiche - Dichiarazioni 2018 - Anno d'imposta 2017. Aggiornato al 28 marzo 2019. Disponibile a: www1.finanze.gov.it/finanze3/analisi_stat/index.php?tree=2018AAPFTOT020901. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹¹⁰ Corte dei Conti. Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 29 maggio 2019: pag 234-239 Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/rapporto_coordinamento_fp_2019.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

milioni nel 2017 (+55%), con conseguente incremento della spesa fiscale da € 2.271 a € 3.519 milioni (figura 2.21). Il tasso di crescita medio per anno nel periodo 2008-2017 è pari al 5,0%.

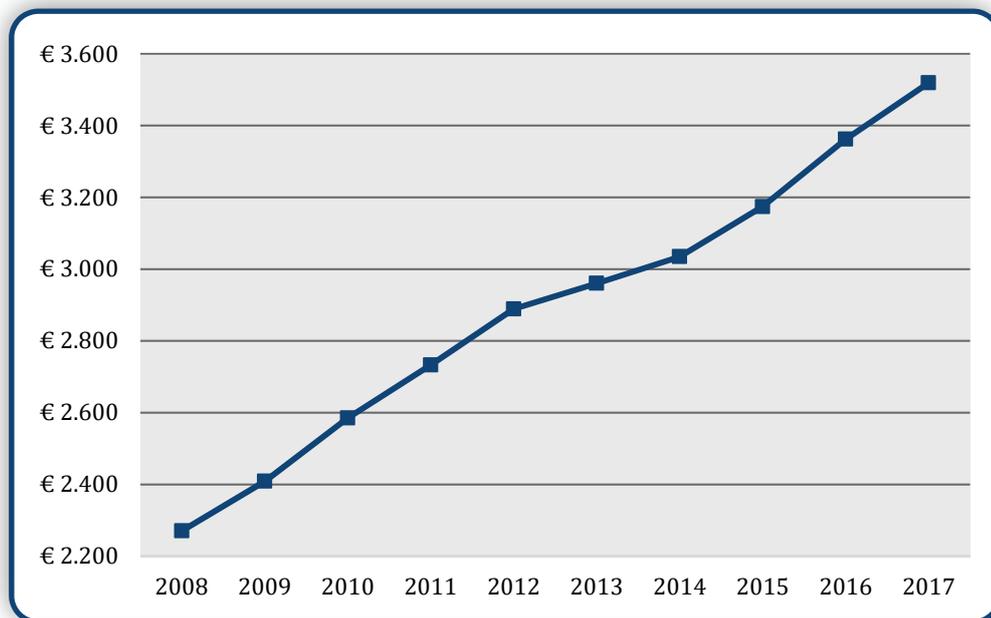


Figura 2.21. Spesa fiscale per spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida: trend 2008-2017 (dati in milioni)

Nel 2017 gli importi indicati nelle dichiarazioni fiscali (€ 19.862,7 milioni) risultano di poco superiori al 55% della spesa delle famiglie secondo ISTAT-SHA (€ 35.989 milioni). Al fine di stimare il possibile impatto delle detrazioni fiscali nei prossimi anni, in relazione all'aumento della spesa delle famiglie, bisogna tenere conto che¹¹¹:

- per i 18,6 milioni di contribuenti che hanno indicato l'importo su cui calcolare la detrazione, € 2.400 milioni sono "assorbiti" dalla franchigia (€ 129,11 per contribuente) che non gode di alcun beneficio fiscale;
- dei 22,6 milioni di contribuenti che non hanno indicato l'importo
 - 10,2 milioni con redditi complessivi fino a € 7.500 non possono beneficiare della riduzione fiscale per la mancanza di un onere di imposta;
 - per i rimanenti 12,4 milioni di contribuenti si può ipotizzare una spesa media inferiore alla franchigia;
- i più severi criteri di premialità del Fisco escludono alcune prestazioni non riconducibili a prescrizione medica, quali le cure preventive o riabilitative;
- il potenziale beneficio fiscale non riesce a contrastare il fenomeno del sommerso.

¹¹¹ Corte dei Conti. Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 29 maggio 2019; pag. 235 Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/rapporto_coordinamento_fp_2019.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

2.3.2. Fondi sanitari integrativi e welfare aziendale

Dopo l'analisi dettagliata della spesa privata intermediata (§ 2.1.2.2) e rinviando al § 3.4 per un approfondimento su normative e dinamiche di fondi sanitari integrativi e welfare aziendale, la presente sezione mira a stimarne l'impatto fiscale.

Il Ministero della Salute per l'anno 2017 attesta 322 fondi sanitari per un totale di 10.616.847 iscritti¹¹². Complessivamente per l'anno fiscale 2016 le risorse "impegnate" dai fondi sanitari, ovvero destinate ai rimborsi delle prestazioni, ammontano a € 2.329 milioni dai quali è impossibile risalire all'ammontare dei contributi versati e, di conseguenza, alla spesa fiscale correlata.

In una recente audizione¹¹³, l'Agenzia delle Entrate ha indicato che nell'anno di imposta 2017 gli importi riconducibili a fondi sanitari integrativi portati in deduzione sono pari a € 11.163,81 milioni di cui:

- € 51,11 milioni per contributi versati ai fondi di tipo A;
- € 11.112,70 milioni per i contributi versati ad enti e casse di tipo B
 - € 11.052,62 milioni per contributi versati dal datore di lavoro o dal lavoratore
 - € 60,08 milioni per i contributi versati da pensionati

Complessivamente, visto che le deduzioni riconducibili a questo tipo di contribuzione raggiungono i € 11.163,81 milioni, assumendo un'aliquota marginale media del 30%¹¹⁴ si stima una spesa fiscale di € 3.349,1 milioni. Sono inoltre portati in detrazione € 63,64 milioni di contributi a società di mutuo soccorso per una spesa fiscale stimata di € 12,1 milioni (tabella 2.11).

Tipologia	Importo	Spesa fiscale
Fondi sanitari integrativi (tipo A)	€ 51,1	€ 15,3
Fondi sanitari integrativi (tipo B)	€ 11.112,7	€ 3.333,8
Società di mutuo soccorso	€ 63,6	€ 12,1
TOTALE	€ 11.227,4	€ 3.361,2

Tabella 2.11. Spesa fiscale conseguente alla detrazione/deduzione di quote versate ai fondi sanitari integrativi e alle società di mutuo soccorso (dati in milioni)

Ovviamente, tale stima esclude la detrazione della quota parte delle spese sanitarie a carico degli iscritti ai fondi sanitari, già incluse nella spesa fiscale relativa alle detrazioni IRPEF (§ 2.3.1).

¹¹² Ministero della Salute. Reporting System. Anagrafe dei Fondi Sanitari. Fondi attestati anno 2017. Roma, novembre 2018. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2822_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹¹³ Camilla Ariete, capo settore fiscalità e compliance delle persone fisiche dell'Agenzia delle entrate. Resoconto stenografico. www.camera.it/leg18/1079?idLegislatura=18&tipologia=indag&sottotipologia=c12_integrativi&anno=2019&mese=02&giorno=06&idCommissione=12&numero=0003&file=indice_stenografico#stenograficoCommissione.tit00020.int00020. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹¹⁴ Corte dei Conti. Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 29 maggio 2019. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/rapporto_coordinamento_fp_2019.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

Nonostante i contenuti dell'audizione permettano di effettuare una prima stima della spesa fiscale per i fondi sanitari integrativi, è indubbio che i € 3.361,2 milioni siano sottostimati per due ragioni, in quanto nell'audizione:

- non vengono riportate le deduzioni che spettano ai datori di lavoro che potrebbero essere rilevanti in quanto emerge che hanno beneficiato della deduzione solo 6.761.751 (68,2%) contribuenti su un totale 9.915.073 lavoratori e familiari iscritti ai fondi;
- non viene preso in considerazione il mancato gettito fiscale per i premi di risultato nell'ambito del welfare aziendale per mancata disponibilità dei dati in quanto "l'applicazione della norma è avvenuta solo dal 2018¹¹⁵".

La tabella 2.12 riporta i dati complessivi della spesa fiscale per l'anno 2017:

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

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

La figura 2.22 riporta la composizione percentuale della spesa fiscale.

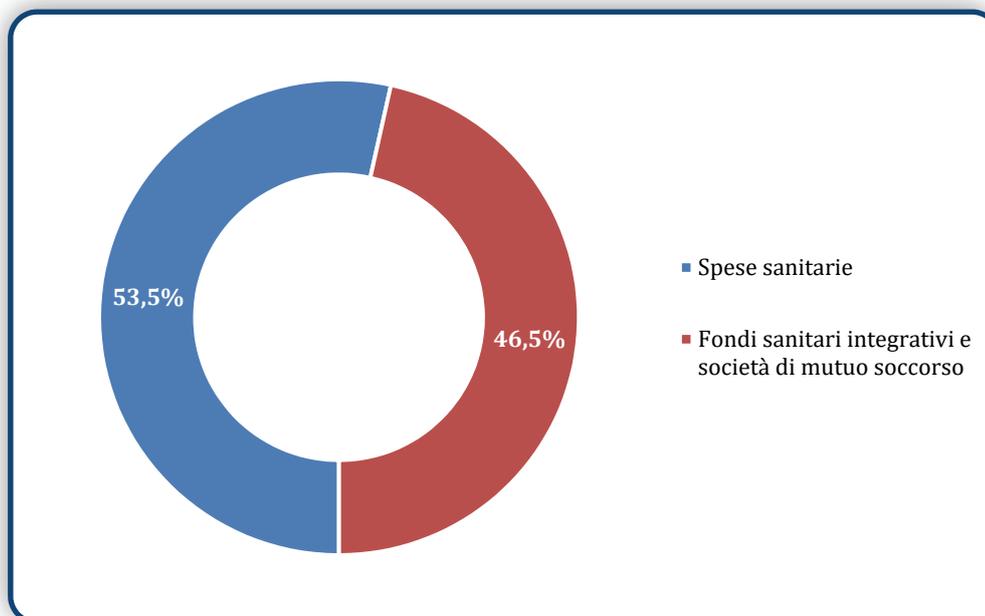


Figura 2.22. Composizione della spesa fiscale (anno 2017)

¹¹⁵ Camilla Ariete, capo settore fiscalità e compliance delle persone fisiche dell'Agenzia delle entrate. Resoconto stenografico. www.camera.it/leg18/1079?idLegislatura=18&tipologia=indag&sottotipologia=c12_integrativi&anno=2019&mese=02&giorno=06&idCommissione=12&numero=0003&file=indice_stenografico#stenograficoCommissione.tit00020.int00020. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

2.4. Value for money della spesa per la salute

2.4.1. Value for money della spesa sanitaria

Gli approcci tradizionali per analizzare la spesa sanitaria tengono conto dei valori assoluti, del rapporto percentuale sul PIL e della spesa pro-capite, oltre che dei rapporti tra spesa pubblica e out-of-pocket e intermediata. Tali approcci, ineccepibili nel principio oltre che indispensabili per benchmark internazionali e nazionali, si basano sul presupposto che l'intero ammontare della spesa sanitaria, nelle sue tre componenti (pubblica, out-of-pocket e intermediata), determini un miglioramento della salute individuale e collettiva. In realtà il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità può essere molto variabile.

Dopo i riferimenti culturali che hanno caratterizzato la sanità negli scorsi decenni (efficacia negli anni '70-'80, *evidence-based medicine* e costo-efficacia negli anni '90, qualità e sicurezza negli anni 2000), il driver della sanità del XXI secolo viene riconosciuto nel *value*, ovvero il rapporto tra outcome di salute rilevanti per il paziente (esiti favorevoli *meno* effetti avversi) e costi sostenuti dal sistema^{116,117}. Il *value* può essere stimato a livello del singolo intervento sanitario (farmaco, intervento chirurgico, etc.), di un intero percorso assistenziale, del tempo/uomo. In Italia il termine *value* viene ormai sistematicamente tradotto in "valore"^{118, 119, 120}, termine che, rispetto alla definizione originale di Porter¹²¹, rischia di introdurre variabili soggettive di giudizio tra diverse categorie di stakeholder. Per questa ragione nel presente Rapporto viene utilizzato esclusivamente l'originale termine *value*.

Il *value for money* in sanità, ovvero il ritorno in termini di salute delle risorse investite, è ridotto da tutte le «attività che consumano risorse senza generare *value*»¹²², ovvero sprechi e inefficienze che erodono risorse senza migliorare gli outcome di salute (§ 3.3):

- Sottrazione indebita di risorse: frodi e abusi
- Costi di acquisto superiori al valore del prodotto
- Complessità amministrative: eccesso di burocrazia, scarsa informatizzazione
- Inadeguato coordinamento tra vari setting di cura e bassa produttività
- Erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati, dal *value* basso o negativo
- Conseguenze della mancata erogazione di interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato *value*

In relazione all'entità delle varie categorie di sprechi e inefficienze, la spesa sanitaria è stata classificata in quattro categorie di *value for money* (box 2.2).

¹¹⁶ Gray M. Value based healthcare. BMJ 2017;356:j437.

¹¹⁷ Porter, ME, Lee, TH. From volume to value in health care: the work begins. JAMA 2016;316:1047-1048.

¹¹⁸ Ferroni: Cosa intendiamo per valore in sanità? Recenti Prog Med 2016;Suppl Forward2;S7-S8. Disponibile a: http://forward.recentiproggressi.it/wp-content/uploads/2016/04/recprogrmed_2016_suppl2_ferroni.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹¹⁹ Gray Muir JA, Walter R. Per una sanità di valore: come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse. Roma: Iniziative sanitarie, 2008.

¹²⁰ Valore/valori. Supplemento a Recenti Progressi in Medicina Vol. 107, numero 04, aprile 2016. Disponibile a: <http://forward.recentiproggressi.it/valorevalori/indice>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹²¹ Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010;363:2477-81.

¹²² Ohno T. Toyota Production System: Beyond Large-scale Production, Productivity Press Inc, 1995.

Box 2.2. Value for money della spesa sanitaria

- *No value expenditure*. Spesa che non si traduce in servizi e prestazioni sanitarie e, di conseguenza, non ha alcun impatto sugli esiti di salute.
- *Negative value expenditure*. Spesa utilizzata per servizi e prestazioni sanitarie che, indipendentemente dal costo, peggiorano gli esiti di salute e, a cascata, generano ulteriori costi.
- *Low value expenditure*. Spesa utilizzata per servizi e prestazioni sanitarie che, rispetto al costo, determinano benefici marginali o nulli sugli esiti di salute o hanno un profilo rischio-beneficio non noto.
- *High value expenditure*. Spesa utilizzata per servizi e prestazioni sanitarie che, rispetto al costo, determinano benefici (più o meno) rilevanti in termini di salute.

Fatta eccezione per la *no value expenditure*, tra le altre categorie è impossibile tracciare confini netti e rigorosi, in quanto gli stessi servizi e prestazioni sanitarie possono avere un differente *value for money* tra diverse popolazioni e sottogruppi di pazienti, secondo criteri di appropriatezza basati su evidenze scientifiche o, in loro assenza, su processi di consenso formale tra esperti. Ad esempio, il *value* della risonanza magnetica nucleare (RMN) nei pazienti con lombalgia acuta è elevato nei pazienti con segni di allarme (*red flags*) e in quelli senza tali segni se eseguita dopo 4-6 settimane dall'insorgenza dei sintomi, come raccomandato dalle linee guida; il *value* diminuisce invece se la RMN viene eseguita a 2-3 settimane sino a diventare negativo se eseguita entro una settimana perché aumenta la probabilità di eventi avversi conseguenti a fenomeni di *overdiagnosis* e *overtreatment* (figura 2.23).

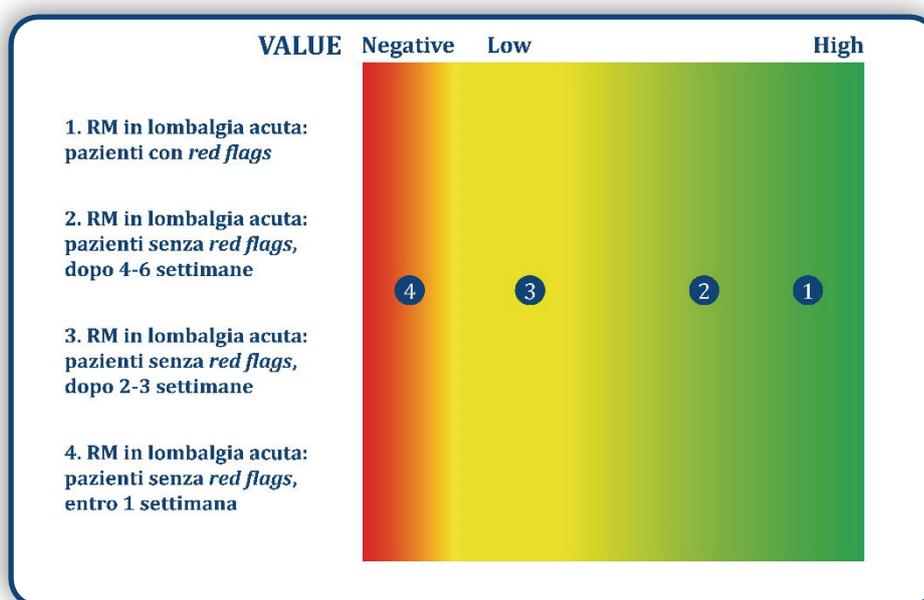


Figura 2.23. Variabilità del *value for money* della risonanza magnetica nella lombalgia acuta

Per analizzare il *value for money* della spesa sanitaria sono stati tenuti in considerazione alcuni presupposti generali:

- Ciascuna componente della spesa sanitaria (pubblica, out-of-pocket, intermediata), oltre ad essere influenzata da driver differenti, è destinata a voci di spesa solo in parte sovrapponibili.
- Le dinamiche tra le componenti della spesa sanitaria non sono regolate dal principio dei vasi comunicanti, rendendo impossibili vere e proprie compensazioni quantitative. Ad esempio, la riduzione della spesa pubblica non può essere interamente compensata con l'aumento di quella privata, in quanto sia la spesa out-of-pocket, sia quella intermediata possono essere destinate solo all'acquisto di beni e servizi e non, ad esempio, al personale sanitario piuttosto che all'informatizzazione dei servizi; analogamente nessuna forma di spesa intermediata può coprire tutti i bisogni di salute che garantisce la spesa pubblica.
- Le tre componenti della spesa sanitaria sono variamente influenzate dalle varie categorie di sprechi che erodono risorse senza generale *value*: di conseguenza, lo stesso importo di spesa pubblica, out-of-pocket e intermediata hanno un differente *value for money*, ovvero non produce lo stesso ritorno in termini di salute.
- *Low value expenditure* e *negative value expenditure* sono state unificate nella categoria (*low/negative value expenditure*), perché qualsiasi intervento sanitario dai benefici marginali o nulli, quando ampiamente utilizzato, determina un peggioramento del profilo rischi/benefici a livello di popolazione, in conseguenza dell'incidenza di effetti avversi. In tal senso la categoria *low/negative value expenditure* include la spesa necessaria per gestire i fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento, oggi talmente frequenti^{123,124,125} da richiedere anche dei piani nazionali per la loro prevenzione¹²⁶.
- Le stime relative della spesa privata (sia out-of-pocket, sia intermediata) hanno considerato *high value* solo il 50% della spesa per prodotti farmaceutici (al netto dei ticket per farmaci brand e acquisto di farmaci di fascia A) e per prestazioni diagnostiche e visite specialistiche, sulla base di un'analogia con la spesa pubblica che per analoghe prestazioni ha una percentuale *low/negative value* del 30%.
- Servizi e prestazioni erogati sono disallineati rispetto ai bisogni di salute (figura 2.24): infatti, se da un lato, una quota di bisogni non viene adeguatamente soddisfatta (*underuse* di servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriate), dall'altro una parte della spesa sanitaria viene utilizzata per servizi e prestazioni sanitarie inefficaci e inappropriate (*overuse*), anche in conseguenza di un'augmentata domanda dei cittadini influenzata dalla medicalizzazione della società.

¹²³ Brodersen J, Kramer BS, Macdonald H, Schwartz LM, Woloshin S. Focusing on overdiagnosis as a driver of too much medicine. *BMJ* 2018 Aug 17;362:k3494.

¹²⁴ Davies L, Petitti DB, Martin L, Woo M, Lin JS. Defining, Estimating, and Communicating Overdiagnosis in Cancer Screening. *Ann Intern Med* 2018;169:36-43.

¹²⁵ Pathirana T, Clark J, Moynihan R. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. *BMJ* 2017;358:j3879.

¹²⁶ Maher CG, McCaffery KJ, Scott IA, Moynihan R, Barratt AL, Buchbinder R, Carter SM, Dakin T, Donovan J, Elshaug AG, Glasziou PP. Australia is responding to the complex challenge of overdiagnosis. *Med J Aust* 2018;209:332-334.



Figura 2.24. Relazione tra bisogni di salute ed erogazione di servizi e prestazioni

Spesa pubblica (figura 2.25). Secondo le stime effettuate nel presente Rapporto (§ 3.3) € 91.636 milioni (81%) vengono utilizzati per servizi e prestazioni che migliorano gli esiti di salute (*high value expenditure*), mentre i rimanenti € 21.495 milioni (19%) alimentano sprechi e inefficienze, e in particolare:

- € 11.822 milioni (55%) non si traducono in servizi (*no value expenditure*) in quanto erosi da:
 - frodi e abusi (22%)
 - acquisti a costi eccessivi (10%)
 - inefficienze amministrative (11%)
 - inadeguato coordinamento dell'assistenza (12%)
- € 6.449 milioni (30%) vengono utilizzati per erogare servizi e prestazioni non necessari (*overuse*) e per la gestione degli effetti avversi conseguenti a sovra-diagnosi e sovra-trattamento (*low/negative value expenditure*)
- € 3.224 milioni (15%) vengono impiegati per gestire il peggioramento degli esiti di salute conseguenti alla mancata erogazione (*underuse*) di prestazioni efficaci e appropriate (*low/negative value expenditure*)

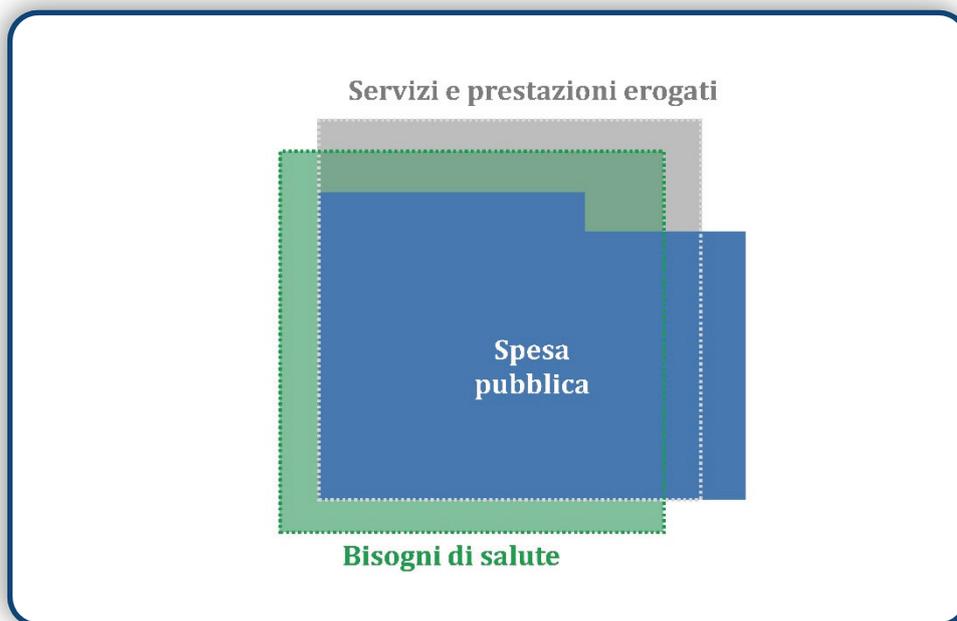


Figura 2.25. Value for money della spesa pubblica

Spesa out-of-pocket (figura 2.26). Secondo le analisi effettuate nel presente Rapporto (§ 2.1.2.1) sulla scomposizione della spesa out-of-pocket si stima che:

- € 21.914 milioni (60,9%) sono impiegati per beni e servizi che soddisfano reali bisogni di salute (*high value expenditure*) di cui:
 - € 12.024 milioni per servizi e prestazioni non inclusi nei LEA (odontoiatria, LTC);
 - € 64,0 milioni per servizi di prevenzione;
 - € 3.220 milioni per prodotti farmaceutici;
 - € 6.606,5 milioni *high value* corrispondenti al 50% di spesa per:
 - prodotti medicali, attrezzature ed apparecchi terapeutici;
 - servizi medici e paramedici appropriati che, pur essendo inclusi nei LEA, non vengono erogati dal SSN con modalità e tempistiche tali da migliorare gli outcome di salute;
- € 14.075 milioni (39,1%) vengono utilizzati dal cittadino per acquistare beni e servizi che non determinano alcun miglioramento degli esiti di salute o addirittura li peggiorano (*low/negative value expenditure*):
 - € 2.367 milioni per preferenze individuali: ticket per farmaci brand, acquisto di farmaci di fascia A;
 - € 3.220 milioni per prodotti farmaceutici
 - € 1.882 milioni per servizi ospedalieri
 - erogati dal SSN, ma fruiti a condizioni migliorative di (es. stanze singole, servizi alberghieri) senza migliorare gli outcome di salute;
 - per prestazioni sanitarie escluse dai LEA (es. chirurgia estetica);
 - € 6.606,5 milioni *low/negative value* corrispondenti al 50% di spesa per:
 - prodotti medicali, attrezzature ed apparecchi terapeutici
 - servizi medici e paramedici inappropriati o appropriati erogati anche dal SSN, ma fruiti a condizioni migliorative (es. setting, tempi di attesa) senza migliorare gli outcome di salute.

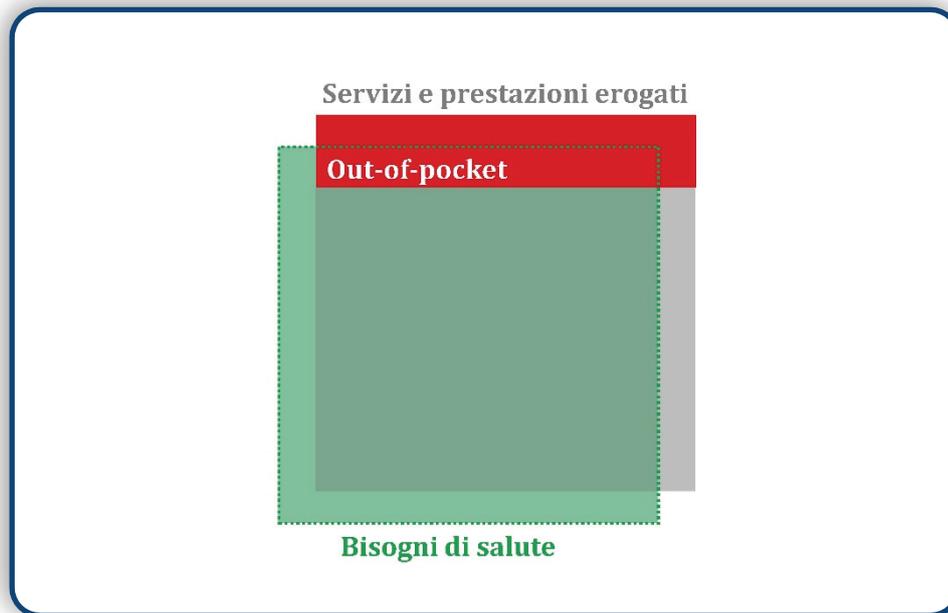


Figura 2.26. Value for money della spesa out-of-pocket

Spesa intermediata (figura 2.27). Rispetto alla spesa intermediata dai terzi paganti (fondi sanitari, polizze individuali), dalle analisi effettuate nel presente Rapporto (§ 2.1.2.2) risulta che del totale dei premi versati dagli iscritti:

- € 2.320 milioni (40%) non si traduce in servizi (*no value expenditure*) perché eroso da:
 - *expense ratio*, ovvero costi di gestione (25-30%)^{127, 128} di cui circa il 6% costituito dagli utili delle compagnie assicurative;
 - oneri di ri-assicurazione o mantenimento del fondo di garanzia (10-15%);
- € 1.856 milioni (32%)¹²⁹ vengono destinati a servizi e prestazioni extra-LEA (es. odontoiatria, LTC) che soddisfano reali bisogni di salute non coperti dalla spesa pubblica (*high value expenditure*);
- € 1.624 milioni (28%) destinati a prestazioni sostitutive, in particolare di specialistica e diagnostica ambulatoriale, di cui si stima che:
 - € 812 milioni (50%) sia appropriato (*high value expenditure*)
 - € 812 milioni (50%) sia inappropriato (*low/negative value expenditure*)

¹²⁷ Secondo i dati ISTAT-SHA riferiti ai regimi di finanziamento volontari (HF.2.1) la percentuale destinata a "Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento" (HC.7), ovvero le spese amministrative sostenute dalle assicurazioni per la gestione dell'assicurazione stessa ammontano al 45% (€ 1.133 milioni su un totale di € 2.520 milioni).

¹²⁸ Secondo i dati ANIA nel 2017 l'*expense ratio* per i rami danni è del 27,6%. L'assicurazione italiana 2017-2018. ANIA. Roma, luglio 2018. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/publicazioni/rapporti-annuali/Assicurazione-Italiana/2017-2018/LASSICURAZIONE-ITALIANA-2017-2018.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

¹²⁹ Il dato, riferito ai fondi sanitari integrativi/polizze collettive che rappresentano il 67,5% di tutta la spesa intermediata, viene applicato nella presente stima a tutta la spesa sanitaria intermediata.



Figura 2.27. Value for money della spesa intermediata

Dalle analisi effettuate (tabella 2.13), seppur con inevitabili margini di incertezza, è possibile trarre alcune ragionevoli conclusioni rispetto all'attuale *value for money* della spesa sanitaria relativa all'anno 2017:

- **Spesa pubblica.** Un importo molto elevato risulta dalla sommatoria di *no value expenditure* e *low/negative value expenditure*.
- **Spesa out-of-pocket.** La percentuale *high value* è intorno al 60% e riguarda sia prestazioni extra-LEA, sia prestazioni offerte dal SSN. Il rimanente 40% della spesa out-of-pocket è *low/negative value* in quanto utilizzata per l'acquisto di beni (prodotti farmaceutici e medicali) assolutamente irrilevanti per la salute e di servizi inappropriati (specialistica e diagnostica ambulatoriale), oppure esigibili dal cittadino secondo modalità e tempi del SSN senza conseguenze in termini di salute.
- **Spesa intermediata.** Almeno il 40% non si traduce in servizi (*no value expenditure*); il rimanente si distribuisce equamente tra prestazioni extra-LEA e servizi di specialistica e diagnostica ambulatoriale di cui una metà dal *low/negative value*.

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

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

In termini assoluti (tabella 2.14):

- Circa € 14.142 milioni (€ 11.822 di spesa pubblica e € 2.320 di spesa intermediata) non si traducono in servizi e prestazioni sanitarie (*no value expenditure*).
- Circa € 24.560 milioni (€ 9.673 di spesa pubblica, € 14.075 di spesa out-of-pocket e € 812 di spesa intermediata) sono impiegati per servizi e prestazioni dal *value* basso o negativo (*low/negative value expenditure*).

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

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

La (figura 2.28) riporta il peso percentuale delle tre categorie di *value for money* sul totale della spesa sanitaria.

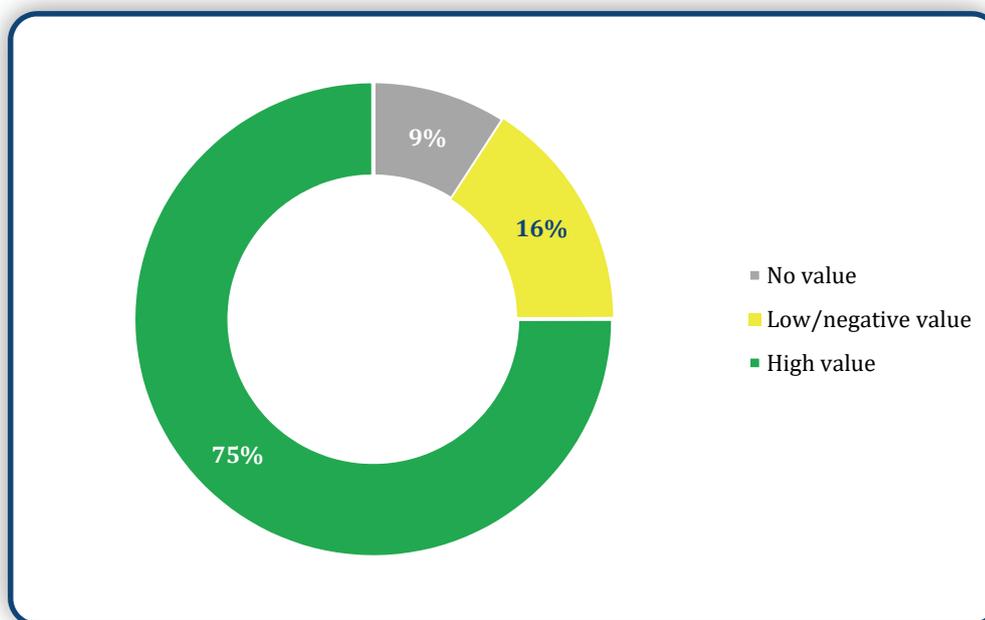


Figura 2.28. *Value for money* della spesa sanitaria (anno 2017)

Di conseguenza, accanto ad una variabile sovrapposizione tra le componenti di spesa (figura 2.29), numerosi bisogni reali di salute rimangono non soddisfatti determinando sia un peggioramento degli esiti di salute, sia quell'aumento della spesa sanitaria che identifica il sotto-utilizzo nella tassonomia degli sprechi (§ 3.3).

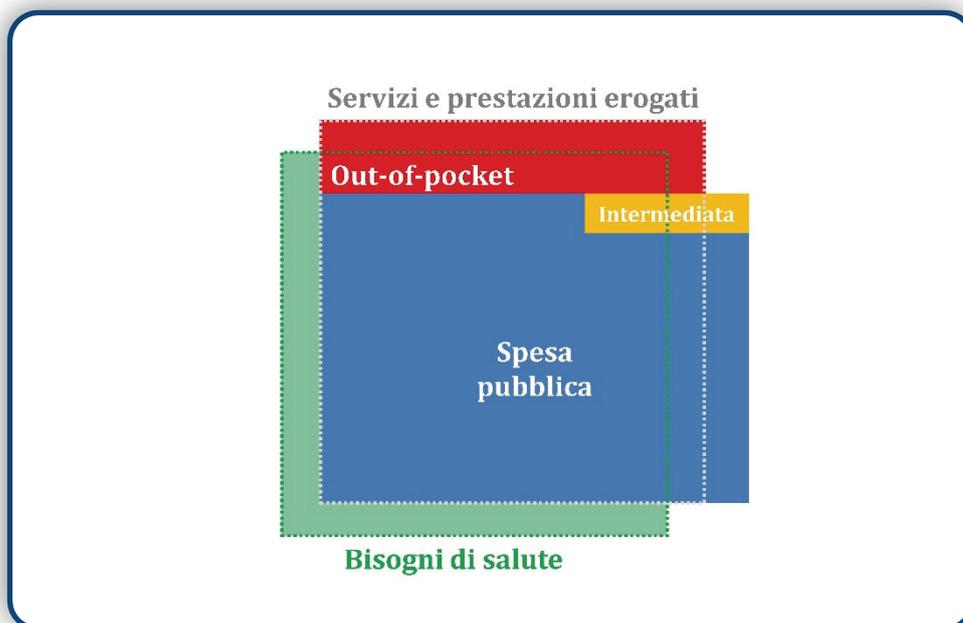


Figura 2.29. *Value for money* attuale delle tre tipologie di spesa sanitaria

Riprendendo numeri assoluti e rapporti tra le componenti della spesa sanitaria, è indispensabile avviare riforme sanitarie e fiscali, oltre che azioni di governance a tutti i livelli per raggiungere due irrinunciabili obiettivi (figura 2.30):

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



Figura 2.30. *Value for money* ideale delle tre tipologie di spesa sanitaria

Inoltre, come recentemente suggerito dall'OMS¹³⁰, la spesa out-of-pocket dovrebbe idealmente essere ridotta al 15% della spesa totale per evitare di intaccare uguaglianza e accessibilità alle cure. Questo obiettivo tuttavia, lungi dal poter essere raggiunto in maniera semplicistica, con l'espansione del secondo pilastro, richiede tre azioni: un consistente rilancio del finanziamento pubblico, un'adeguata opera di sensibilizzazione per ridurre gli eccessi di medicalizzazione e una riforma in grado di restituire alla sanità integrativa il ruolo di coprire prevalentemente prestazioni extra-LEA o, in ogni caso, bisogni di salute non soddisfatti dal SSN.

2.4.2. Value for money della spesa fiscale

Spese sanitarie. I principi che definiscono il *value for money* sono esattamente gli stessi utilizzati per la spesa sanitaria. L'elenco delle spese deducibili infatti da un lato include servizi e prestazioni dal *low value*, dall'altro ne esclude diverse di quelle dal *value* elevato. Per tali ragioni, tale elenco dovrebbe essere rimodulato con gli stessi criteri *evidence- & value-based* suggeriti per aggiornare le prestazioni incluse nei LEA (§ 3.2) perché attualmente con il denaro pubblico, sotto forma di spesa fiscale, viene consentita la detrazione di prestazioni sanitarie assolutamente inutili (una per tutte l'omeopatia) e non permessa quella di prestazioni efficaci e appropriate. In ogni caso, esula dagli obiettivi del presente Rapporto stimare le percentuali di *high value* e *low/negative value expenditure* della spesa fiscale per prestazioni sanitarie.

Fondi sanitari integrativi. Il *value for money* della spesa fiscale per i fondi sanitari integrativi è direttamente proporzionale a quello della spesa sanitaria intermedia sopra descritto (40% *no value*, 14% *low value*, 46% *high value*).

2.4.3. Value for money della spesa sociale

Dalle valutazioni effettuate nel presente Rapporto risulta impossibile stimare il *value for money* della spesa sociale di interesse sanitario (§ 2.2). In particolare, le somme erogate in denaro (es. indennità di accompagnamento) e/o impiegate dalle famiglie (es. servizi di badantato) sfuggono ad ogni forma di governance pubblica e di verifica degli outcome di salute. Inoltre, la spesa sociale erogata in servizi è caratterizzata sia dell'estrema frammentazione degli erogatori (Comuni), sia dalla mancata disponibilità di dati sugli outcome, peraltro difficilmente misurabili.

¹³⁰ World Health Organization. Regional Office for Europe. European Health Report 2018. More than numbers — evidence for all. Disponibile a: www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

CAPITOLO 3

Determinanti della crisi di sostenibilità

Studi, consultazioni e analisi indipendenti condotti dalla Fondazione GIMBE nell'ambito della campagna #salviamoSSN a partire dal marzo 2013 hanno da subito dimostrato che la crisi di sostenibilità del SSN non è un problema esclusivamente finanziario. Grazie anche ai feedback ricevuti in occasione delle consultazioni pubbliche relative alle precedenti edizioni del Rapporto GIMBE e al Piano di salvataggio del SSN (§ 5), sono stati progressivamente delineati le determinanti della crisi di sostenibilità.

Se identifichiamo il SSN con un paziente, oggi il suo stato di salute è gravemente compromesso da quattro patologie:

- **Definanziamento pubblico** che si identifica con un'ingravescente insufficienza respiratoria cronica restrittiva (§ 3.1): nel periodo 2010-2019 tra tagli e definanze al SSN sono stati sottratti circa € 37 miliardi e il FSN è aumentato di soli € 8,8 miliardi, in media dello 0,9% per anno, percentuale inferiore all'inflazione media annua (+ 1,07%).
- **Ampliamento del "paniere" dei nuovi LEA** che corrisponde ad un ipertiroidismo severo con iperconsumo metabolico (§ 3.2): il grande traguardo dell'aggiornamento degli elenchi delle prestazioni fermi al 2001 si è di fatto trasformato in una illusione collettiva, visto che dopo 30 mesi la maggior parte dei nuovi LEA non sono ancora esigibili in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale.
- **Sprechi e inefficienze** che, annidandosi a tutti i livelli ed erodendo preziose risorse, attaccano il SSN dall'interno come una malattia autoimmune, il lupus eritematoso sistemico che colpisce tutti gli organi e gli apparati del sistema (§ 3.3)
- **Espansione incontrollata del secondo pilastro**, patologia insidiosa assimilabile ad un'infezione cronica da virus del papilloma umano, il cui DNA si integra nel genoma e può causare varie malattie, neoplasie incluse (§ 3.4). Infatti il secondo pilastro, presentato come LA soluzione per salvare il SSN, aumenta la spesa sanitaria e le diseguaglianze sociali, alimenta il consumismo sanitario e rischia di danneggiare la salute in conseguenza dei fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento.

Inoltre, il SSN acciaccato da queste patologie ingravescenti vive in un habitat fortemente influenzato da due fattori ambientali:

- Un clima non particolarmente salubre che contribuisce a generare iniquità e diseguaglianze, conseguenti sia alla (non sempre leale) collaborazione tra Governo e Regioni a cui è affidata la tutela della salute, sia alla modalità di governance Stato-Regioni e Regioni-Aziende sanitarie. Tale clima oggi è ulteriormente perturbato dall'avanzare delle istanze di regionalismo differenziato.
- "Azionisti di maggioranza" inconsapevoli del patrimonio comune e incuranti della sua tutela. Infatti, cittadini e pazienti da un lato ripongono aspettative irrealistiche nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile, condizionando la domanda di servizi e prestazioni (anche se inefficaci, inappropriate o addirittura dannose), dall'altro non accennano a cambiare stili di vita inadeguati che aumentano il rischio di numerose malattie.

3.1. Definanziamento pubblico

3.1.1. Il passato: 2010-2018

La crisi di sostenibilità del SSN coincide 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 negli ultimi dieci anni hanno portato ad una rilevante contrazione della spesa sanitaria (box 3.1).

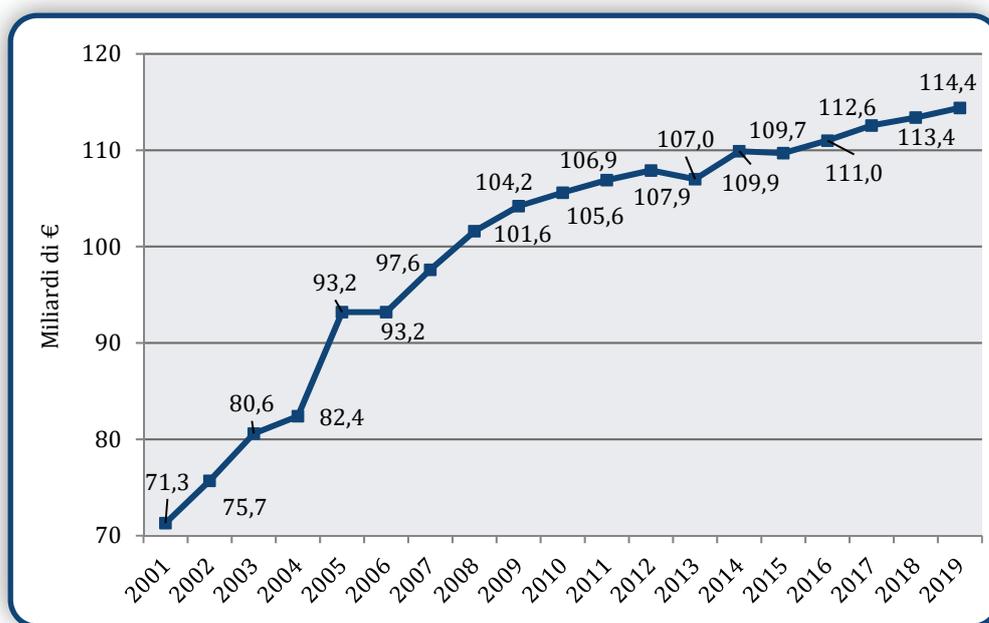


Figura 3.1. Finanziamento pubblico del SSN: trend 2001-2019

Box 3.1. Cronistoria del defianziamento del SSN

- **17 dicembre 2012.** Il Ministro Balduzzi dichiara che nel periodo 2012-2015 la sommatoria di varie manovre finanziarie relative al periodo 2010-2012 sottrarrà al SSN una cifra prossima ai € 25 miliardi¹³¹, dato corretto al rialzo dalle Regioni che stimano i tagli in circa € 30 miliardi¹³².
- **23 settembre 2013.** La Nota di Aggiornamento del DEF (NADEF) 2013 programma un defianziamento 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 milioni per il 2014, € 112.062 milioni per il 2015 e € 115.444 milioni

¹³¹ 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: 7 giugno 2019.

¹³² 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: 7 giugno 2019.

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.
- **26 febbraio 2015.** Dopo oltre 4 mesi di consultazioni le Regioni, incapaci di formulare una proposta concreta, rinunciano all'incremento del FSN 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 milioni 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 FSN 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 NADEF 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 FSN 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 NADEF 2017.
- **27 settembre 2018.** A fronte di previsioni più che ottimistiche di crescita economica, la NADEF 2018 aumenta solo dello 0,1% annuo il rapporto spesa sanitaria/PIL (6,5% nel 2019 e 6,4% nel 2020 e nel 2021), smentendo di fatto l'attesa inversione di tendenza annunciata dal Premier Conte in occasione del discorso per la fiducia.
- **30 dicembre 2018.** La Legge di Bilancio 2019 conferma € 1 miliardo di incremento del FSN e prevede un aumento di € 2 miliardi per il 2020 e di ulteriori € 1,5 miliardi per il 2021, subordinati alla stipula, entro il 31 marzo 2019, di un'Intesa Stato-Regioni per il Patto per la Salute 2019-2021 che preveda "misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi".
- **9 aprile 2019.** Nel DEF 2019 il rapporto spesa sanitaria/PIL rimane identico al 2018 (6,6%) per gli anni 2019 e 2020, per poi ridursi al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022.

Nel periodo 2010-2019, in cui si susseguono tutte le misure riportate nel box 3.1, il finanziamento pubblico è aumentato in termini assoluti di € 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo in termini nominali, un tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua pari a 1,07% (figura 3.2). In altre parole, l'incremento del finanziamento pubblico nell'ultimo decennio non ha nemmeno mantenuto invariato il potere di acquisto.

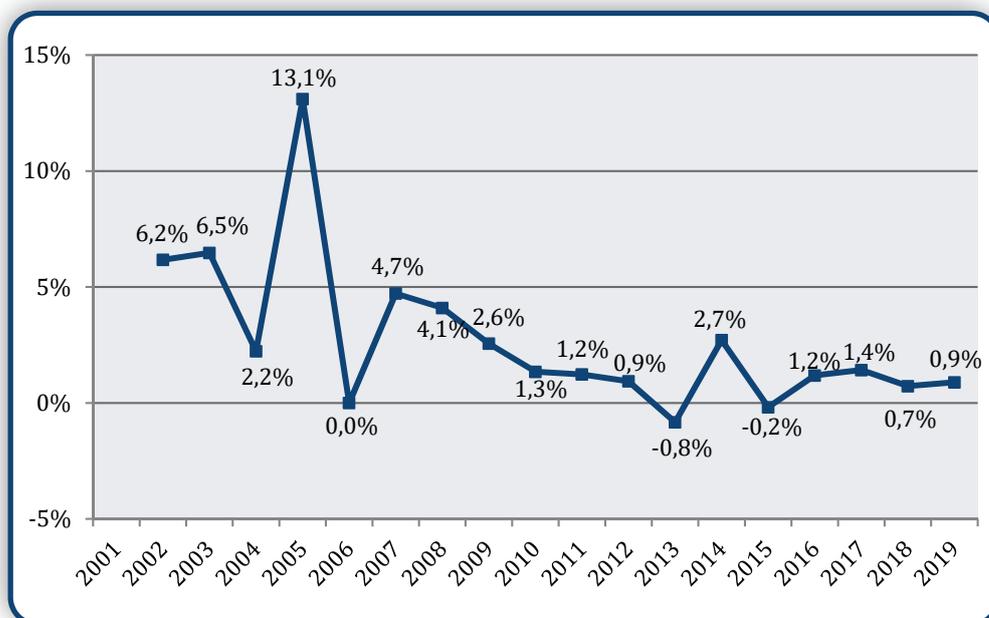


Figura 3.2. Finanziamento pubblico del SSN: variazioni percentuali 2001-2019

3.1.2. Il presente e il futuro prossimo: 2019-2022

3.1.2.1. Legge di Bilancio 2019

La Legge di Bilancio 2019 conferma al FSN € 1 miliardo già assegnato per il 2019 dalla precedente legislatura e prevede un aumento di € 2 miliardi nel 2020 e di ulteriori € 1,5 miliardi nel 2021, per un incremento complessivo di € 8,5 miliardi nel triennio 2019-2021. Le risorse assegnate per il 2020 e per il 2021, oltre che ad ardite previsioni di crescita economica, sono subordinate alla stipula entro il 31 marzo 2019¹³³, di una Intesa Stato-Regioni per il Patto per la Salute 2019-2021 che contempli varie “misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi”. Oltre all’incremento del FSN 2019-2021, la Legge di Bilancio ha destinato risorse finalizzate a specifici obiettivi (tabella 3.1):

- **Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie** (comma 550). Per l’attivazione di interventi volti a ridurre i tempi di attesa nell’erogazione delle prestazioni sanitarie mediante implementazione e ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l’accesso alle strutture sanitarie sono stati stanziati nel triennio € 350 milioni, il cui riparto è subordinato a un

¹³³ La scadenza del 31 marzo 2019 è stata disattesa, ma alla data di pubblicazione del presente Rapporto Governo e Regioni hanno avviato 11 tavoli di lavoro per la stipula del Patto per la Salute 2019-2021 (§ Box 3.1)

decreto interministeriale previa Intesa Stato-Regioni. Per l'anno 2020 ulteriori € 50 milioni sono stati assegnati per lo stesso obiettivo dal Decreto Fiscale (L. 136/2018). Oltre a precisare che le Regioni non potranno utilizzare tali risorse per assunzione di personale e/o acquisizione di prestazioni sanitarie da soggetti privati, alla data di pubblicazione del presente Rapporto non c'è traccia del decreto interministeriale per il riparto delle risorse assegnate, che doveva essere adottato entro 60 giorni dall'entrata in vigore della Legge di Bilancio 2019.

- **Borse di studio per il corso di formazione specifico in Medicina generale** (comma 518). Dal 2019 vengono stanziati € 10 milioni/anno che garantiscono un incremento annuale di circa 270 borse di studio.
- **Borse di studio per le scuole di specializzazione** (comma 521). Previsto un graduale incremento di risorse: € 22,5 milioni per il 2019, € 45 milioni per il 2020, € 68,4 milioni per il 2021, € 91,8 milioni per il 2022 e € 100 milioni a decorrere dal 2023. Tale modalità di assegnazione delle risorse, tuttavia, permette di garantire nel 2023 solo 900 nuovi specialisti; diversamente, una omogenea ripartizione nel quinquennio 2019-2023 dei € 327,7 milioni stanziati avrebbe assicurato ben 2.600 specialisti nel 2023.
- **Programmi di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico** (commi 555, 556). Viene aumentato di € 4 miliardi l'importo destinato al programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, "a spese" del Fondo investimenti enti territoriali. Le risorse saranno ripartite alle Regioni in un arco temporale di 13 anni a partire dal 2021:
 - € 100 milioni/anno per il 2021 e il 2022
 - € 300 milioni/anno dal 2023 al 2025
 - € 400 milioni/anno dal 2026 al 2031
 - € 300 milioni nel 2032
 - € 200 milioni nel 2033

Misure	2019	2020	2021
Aumento del fabbisogno sanitario nazionale standard	€ 1.000 ¹	€ 2.000 ²	€ 1.500 ²
Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	€ 150	€ 100 ³	€ 100
Borse di studio Medicina Generale	€ 10	€ 10	€ 10
Borse di studio scuole di specializzazione ⁴	€ 22,5	€ 45	€ 68,4
Programmi di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico	4.000 ⁵		
¹ Già assegnati dalla Legge di Bilancio 2018			
² Fondi subordinati alla stipula, entro il 31 marzo 2019, di un'Intesa Stato-Regioni per il Patto per la Salute 2019-2021.			
³ A cui si aggiungono ulteriori € 50 milioni previsti dal Decreto Fiscale (L. 136/2018).			
⁴ Assegnati € 91,8 milioni per il 2022 e € 100 milioni l'anno a partire dal 2023.			
⁵ Ripartiti nel periodo 2021-2033.			

Tabella 3.1. Legge di Bilancio 2019: principali misure per la sanità pubblica (dati in milioni)

Il box 3.2 riporta l'elenco delle ulteriori risorse assegnate alla sanità e alla ricerca dalla Legge di Bilancio 2019.

Box 3.2. Legge di Bilancio 2019: ulteriori misure previste per la sanità pubblica

- € 30 milioni/anno per 10 anni al Consiglio nazionale delle ricerche (comma 404)
- € 25 milioni (€ 5 per il 2019 e € 10 il 2020 e il 2021) per l'adroterapia, terapia innovativa per la cura dei tumori in favore del Centro nazionale di adroterapia oncologica - CNAO (comma 559)
- € 4 milioni dal 2019 per gli screening neonatali (comma 544)
- € 5 milioni per gli IRCCS della Rete oncologica impegnati nello sviluppo delle nuove tecnologie antitumorali CAR-T (comma 523)
- € 5 milioni per gli IRCCS della Rete cardiovascolare impegnati nei programmi di prevenzione primaria cardiovascolare (comma 523)
- € 1 milione quale contributo straordinario per ciascuno degli anni del triennio 2019-2021 in favore dell'*European Brain Research Institute* (commi 407-408)
- € 2 milioni per l'anno 2019 e € 0,5 milioni annui a decorrere dal 2019 per raccogliere i dati provenienti dalle regioni da inserire nell'Anagrafe nazionale Vaccini, oltre a € 50.000 per implementazione e gestione (comma 585)
- € 0,4 milioni a partire dal 2019 per la banca dati relativa alle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) sanitario (comma 573)

In ogni caso, a fronte di alcune conferme e passi avanti, nella Legge di Bilancio 2019 rimangono disattese inderogabili necessità per la tenuta del SSN, in particolare quelle relative al personale:

- **Rinnovi contrattuali:** gli spiragli intravisti dopo lo sciopero dei medici nel novembre 2018 non si sono concretizzati in risorse dedicate. Infatti, secondo il comma 545 a decorrere dal triennio 2019-2021 il trattamento economico aggiuntivo (indennità di esclusività) per la dirigenza concorrerà alla determinazione del monte salari, con oneri a valere sul finanziamento del FSN; inoltre, nella Legge di Bilancio 2019 non c'è alcun riferimento alla retribuzione individuale di anzianità.
- **Sblocco del turnover:** gli emendamenti che proponevano di modificare il tetto di spesa per il personale, fissato all'ammontare del 2004 diminuito dell'1,4% (con una variazione, da intendersi di segno positivo o negativo, dello 0,1% previsto dalla Legge di Bilancio 2018¹³⁴), sono stati respinti. Il tetto è stato successivamente rimosso a maggio 2019 con il "Decreto Calabria"¹³⁵ stabilendo che a decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli Enti del SSN di ciascuna Regione non potrà superare il valore della spesa sostenuta nel 2018. Successivamente, la spesa per il personale potrà essere incrementata per un importo pari al 5% dell'aumento del FSN rispetto all'esercizio precedente.
- **Nuovi LEA:** nessuna proposta è stata avanzata per sbloccare i nomenclatori tariffari "ostaggio" del MEF per mancata copertura finanziaria, che impediscono di fatto l'esigibilità dei nuovi LEA (§ 3.2).
- **Superticket:** non ha visto la luce l'emendamento per rifinanziare il fondo per ridurre il superticket.

¹³⁴ Corte Costituzionale 19 febbraio 2019 n. 89. Disponibile a: www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=89. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹³⁵ DL 30 aprile 2019, n. 35, art. 11. Disponibile a: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/05/02/19G00041/sg. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

3.1.2.2. Documento di Economia e Finanza 2019

Il 9 aprile 2019 il Consiglio dei Ministri ha approvato il DEF 2019, secondo il quale nel triennio 2020-2022 il PIL nominale dovrebbe crescere in media del 2,5% per anno e l'aumento della spesa sanitaria attestarsi sul tasso medio annuo dell'1,4%. In termini finanziari la spesa sanitaria aumenterebbe dai € 119.953 milioni stimati per il 2020 ai € 121.358 nel 2021 ai € 123.052 milioni nel 2022. Per il 2019, invece, a fronte di una crescita del PIL nominale dell'1,2%, il DEF 2019 stima una spesa sanitaria di € 118.061 milioni che corrisponde ad una crescita del 2,3% rispetto ai € 115.410 del 2018 (tabella 3.2).

	2018	2019	2020	2021	2022
Spesa sanitaria (€ milioni)	115.410	118.061	119.953	121.358	123.052
Spesa sanitaria (% PIL)	6,6%	6,60%	6,60%	6,50%	6,40%
Tasso di variazione in %	1,6%	2,30%	1,60%	1,20%	1,40%

Tabella 3.2. DEF 2019: consuntivo 2018 e stime 2019-2022

Le analisi effettuate dall'Osservatorio GIMBE sul DEF 2019^{136,137} hanno rilevato che:

- Le previsioni di crescita economica del Paese emergono in tutta la loro evanescenza rilevando che, solo 6 mesi prima, la NADEF 2018 aveva azzardato per il 2019 una crescita del PIL del 3,1%, che sarebbe dovuto aumentare al 3,5% nel 2020 per poi tornare al 3,1% nel 2021: tali previsioni sono precipitate all'1,2% per il 2019 (-1,9%), al 2,6% per il 2020 (-0,9%) ed al 2,5% per il 2021 (-0,6%).
- Anche se le stime su aumento del PIL e spesa sanitaria fossero corrette, la spesa sanitaria non potrà coprire nemmeno l'aumento dei prezzi per tre ragioni: innanzitutto, perché cresce meno del PIL nominale, in secondo luogo, perché l'indice dei prezzi del settore sanitario è superiore all'indice generale dei prezzi al consumo, infine perché l'inflazione media si è attestata negli ultimi anni oltre l'1% (1,2% nel 2017 e 1,1% nel 2018). In altri termini, la crescita media della spesa sanitaria dell'1,4% stimata per il triennio 2020-2021 nella migliore delle ipotesi potrà garantire al SSN lo stesso potere di acquisto solo se la ripresa economica rispetterà previsioni più che ottimistiche, ovvero una crescita media del PIL del 2,5% per il triennio 2020-2021.
- Le previsioni sul rapporto spesa sanitaria/PIL smentiscono l'inversione di tendenza incautamente annunciata dal Premier Conte nel giugno 2018 in occasione del discorso per la fiducia¹³⁸ - *“Quanto alla sanità, il Documento di Economia e Finanza [...] prevede una contrazione della spesa sanitaria. Sarà compito di questo Governo invertire questa tendenza per garantire la necessaria equità nell'accesso alle cure”*¹³⁹ - e sono identiche a quelle dei

¹³⁶ DEF 2019. GIMBE: “Emergono solo incongruenze e incertezze sul futuro del SSN, che si dimostra non essere una priorità per il Governo”. Quotidiano Sanità, 12 aprile 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=73023. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹³⁷ Gobbi B. Allarme sanità, nel DEF “buco” da 1,6 miliardi nel 2019. Il Sole 24 Ore, 12 aprile 2019. Disponibile a: www.ilsole24ore.com/art/notizie/2019-04-12/nel-def-nervo-scoperto-sanita-buco-16-miliardi-2019--161141.shtml. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹³⁸ Comunicazioni del Presidente del Consiglio dei Ministri. Senato della Repubblica. Disponibile a: <http://webtv.senato.it/video/showVideo.html?seduta=9&leg=18&id=00033749>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹³⁹ Comunicazioni del Presidente del Consiglio dei Ministri. Senato della Repubblica. Roma, 5 giugno 2018. Disponibile a: www.governo.it/sites/governo.it/files/5giugno2018_Comunicazioni_Conte_Senato.pdf. Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

DEF (e dei Governi) precedenti, dove all'incremento atteso della crescita economica corrisponde sempre una riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL.

- Le stime del DEF sulla spesa sanitaria sono illusorie rispetto all'entità del finanziamento pubblico perché i fondi assegnati dalle Leggi di Bilancio sono sempre inferiori. Ad esempio, nel 2019: i € 120,1 miliardi stimati dal DEF 2015 precipitano a € 118,5 già con il DEF 2016 e a € 115 miliardi con la Legge di Bilancio 2016. La cifra viene rialzata dalle previsioni del DEF 2017 a € 116,1 miliardi, e quindi rideterminata a € 114,4 miliardi dal DM 5 giugno 2017, cifra confermata dalla Legge di Bilancio 2018, quindi nuovamente aumentata a € 115,8 miliardi con il DEF 2018, riconfermata a 114,4 dalla Legge di Bilancio 2019 e schizzata a 118,1 con il DEF 2019 (figura 3.3). Peraltro, le stime al rialzo della spesa sanitaria nel DEF non possono nemmeno più contare sulla prudenziale giustificazione tra dato previsionale e consuntivo, visto il sostanziale equilibrio tra finanziamento corrente e spesa sanitaria.

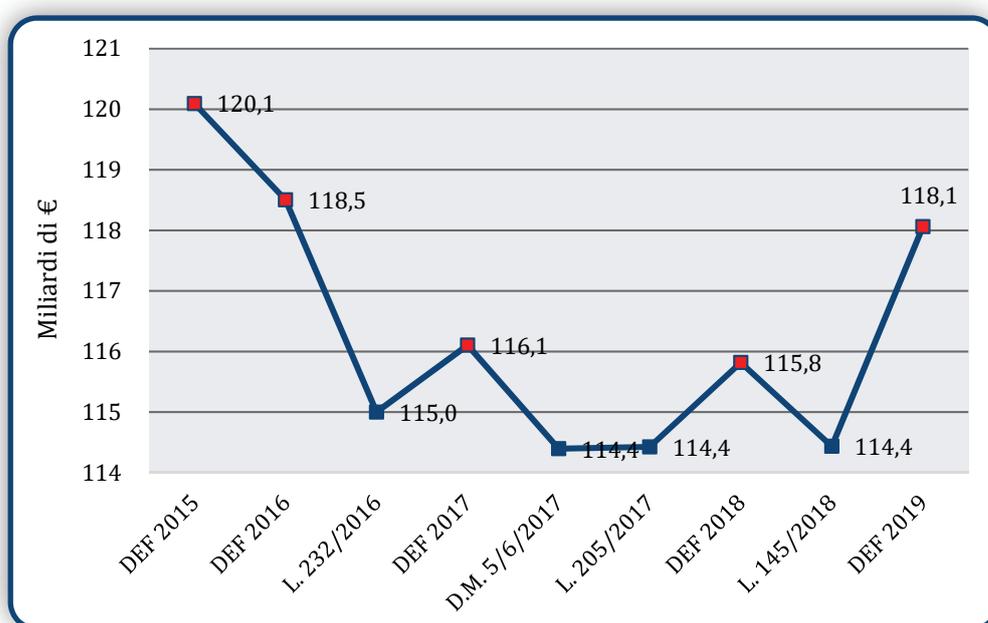


Figura 3.3. 2019: previsioni DEF sulla spesa pubblica vs finanziamento nominale (elaborazione da¹⁴⁰)

- Analizzando le previsioni per l'anno 2019, emergono alcune incongruenze, visto che il DEF stima una spesa sanitaria di € 118.061 milioni con un aumento rispetto al 2018 di ben € 2.651 milioni (+2,3%), in larga parte da destinare al personale sanitario. Il DEF 2019 precisa infatti che per i redditi da lavoro dipendente si stima un livello di spesa pari a € 36.502 milioni, ovvero quasi € 1 miliardo in più rispetto al 2018, quando la spesa era di € 35.540 milioni. Considerato che la Legge di Bilancio 2019 per l'anno in corso ha aumentato il FSN solo di € 1 miliardo senza alcun vincolo sul personale, non è chiaro se una simile entità dell'incremento della spesa sanitaria certifica per l'anno 2019 un aumento del deficit per la sanità di € 1.651 milioni o include gli accantonamenti che avrebbero dovuto fare le Regioni per i rinnovi contrattuali.

¹⁴⁰ Corte dei Conti. Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 29 maggio 2019: pag 234-239. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/rapporto_coordinamento_fp_2019.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

In ogni caso, il DEF 2019 mantiene il trend dei precedenti, con ottimistiche previsioni sulla spesa sanitaria nel medio termine che si ridimensionano bruscamente a breve termine (tabella 3.3), rendendo illusorio per il 2022 un aumento della spesa sanitaria di oltre € 7,6 miliardi rispetto al 2018 (+6,6%) e confermando le stime dei precedenti Rapporti GIMBE^{141,142,143} che per il decennio 2016-2025 avevano previsto un incremento complessivo del finanziamento pubblico di € 15 miliardi.

Spesa sanitaria (milioni di €)	2017	2018	2019	2020	2021	2022
DEF 2017	114.138	115.068	116.105	118.570	-	-
DEF 2018	-	115.818	116.382	118.572	120.894	-
DEF 2019	-	-	118.061	119.953	121.358	123.052
Spesa sanitaria (% PIL)	2017	2018	2019	2020	2021	2022
DEF 2017	6,70%	6,50%	6,40%	6,40%	-	-
DEF 2018	-	6,60%	6,40%	6,30%	6,30%	-
DEF 2019	-	-	6,60%	6,60%	6,50%	6,40%
Tasso di variazione in %	2017	2018	2019	2020	2021	2022
DEF 2017	1,40%	0,80%	0,90%	2,10%	-	-
DEF 2018	-	2,00%	0,50%	1,90%	2,00%	-
DEF 2019	-	-	2,30%	1,60%	1,20%	1,40%

Tabella 3.3. Analisi comparata della tabella III.3-2 dei DEF 2017, 2018, 2019

Seppur con i limiti di analisi effettuate post-hoc su documenti previsionali, la loro coerenza attesta intenzioni politiche inequivocabili: se inizialmente il definanziamento della sanità pubblica era imputabile alla crisi economica, oggi si è trasformato in una costante irreversibile. Infatti, a partire dal DEF 2017 si conferma in maniera netta rispetto al passato una scelta allocativa ben precisa, ovvero che l'eventuale 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. Infatti, l'analisi dei DEF 2017, 2018 e 2019 dimostra che il rapporto spesa sanitaria/PIL nel medio termine viene sempre rivisto al ribasso, documentando sia la tendenza a spostare in avanti la crescita economica, sia la mancata intenzione di tornare a investire in sanità (figura 3.4).

¹⁴¹ Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/2016. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁴² 2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/2017. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁴³ 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/2018. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

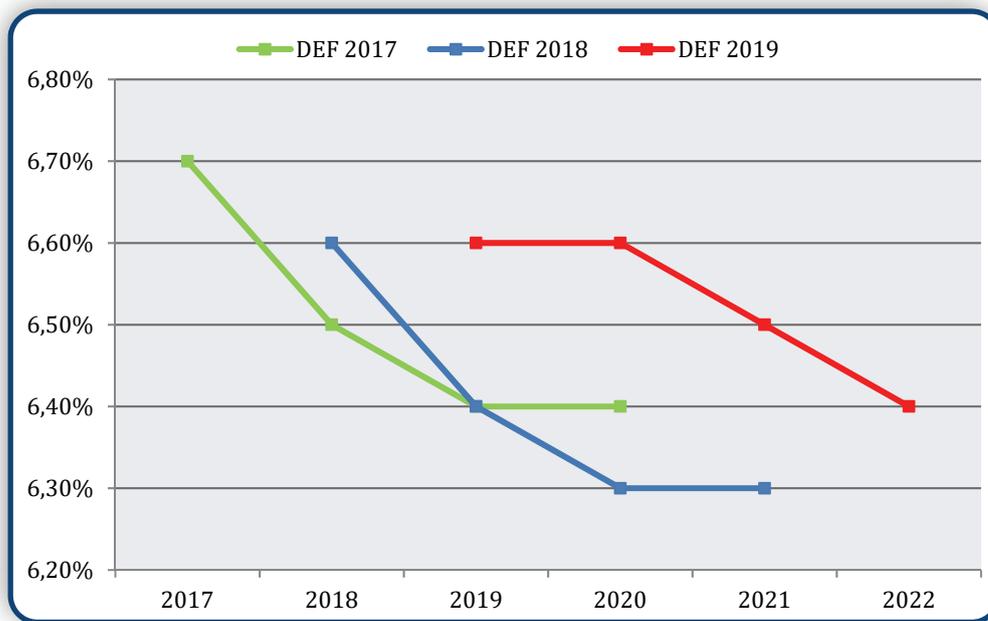


Figura 3.4. Rapporto spesa sanitaria/PIL 2017-2022 secondo le stime dei DEF 2017, 2018, 2019

Questa strategia di finanza pubblica documenta inequivocabilmente che per nessun Governo, compreso quello “del Cambiamento”, la sanità ha mai rappresentato una priorità politica. Infatti, quando l’economia è stagnante la sanità si trasforma inesorabilmente in un “bancomat”, mentre in caso di crescita economica i benefici per il SSN non sono proporzionali, rendendo di fatto impossibile il rilancio del finanziamento pubblico.

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, emerge in tutta la sua imponenza l’entità del definanziamento pubblico del SSN, accanto a certezze poco rassicuranti per il futuro:

- nel periodo 2010-2015 la sommatoria di varie manovre finanziarie relative al periodo 2010-2012 ha sottratto al SSN una cifra prossima ai € 25 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 (figura 3.5);
- nel periodo 2010-2019 il finanziamento pubblico è aumentato di € 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,90% annuo, tasso inferiore a quello dell’inflazione media annua (1,07%);
- il DEF 2019, a fronte di una prevista crescita media annua del PIL nominale del 2,1% nel triennio 2019-2021 e del 2,5% per il triennio 2020-2022, riduce progressivamente il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% nel 2019-2020 al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022.

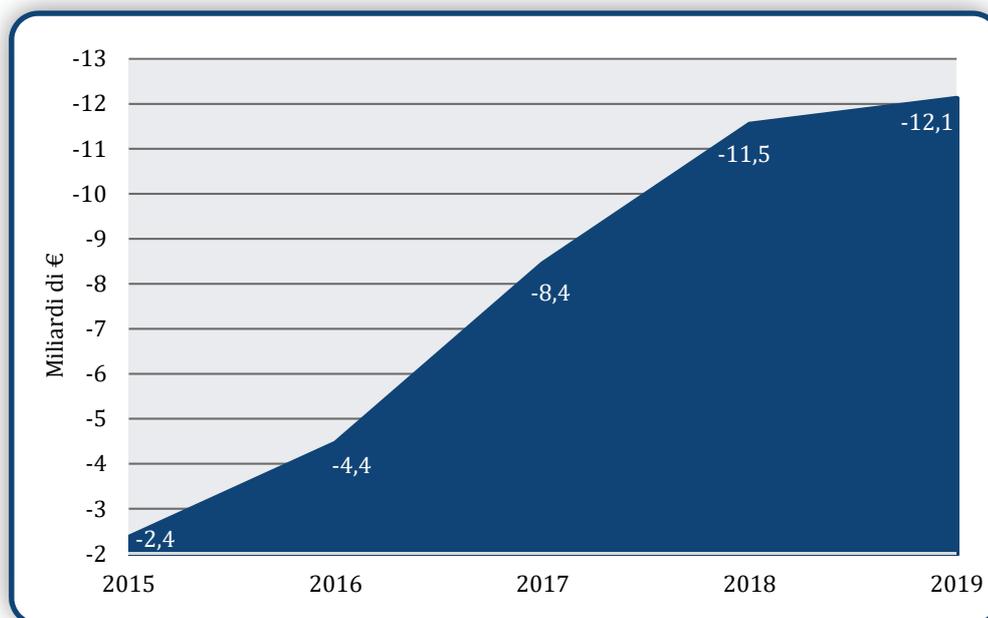


Figura 3.5. Riduzione cumulativa del finanziamento pubblico 2015-2019 (elaborazione da¹⁴⁴)

3.1.2.3. Il Patto per la Salute 2019-2021 e il rischio di nuovi tagli

Il DEF 2019 identifica nel nuovo Patto per la Salute uno strumento di governance per ottimizzare la spesa pubblica, ma nel contempo vincola ad esso l'assegnazione delle risorse, secondo quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2019. Infatti, come già riportato, l'incremento del FSN per il biennio 2020-2021 è subordinato alla stipula di un nuovo Patto per la Salute contenente "misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi". La scadenza per la sottoscrizione del Patto era fissata al 31 marzo, ma la "fase esplorativa" si è dilatata eccessivamente (box 3.3).

Box 3.3. Verso il Patto per la Salute 2019-2021

- **13 febbraio 2019.** Le Regioni elaborano un documento¹⁴⁵ fissando alcune "regole di ingaggio" per un primo confronto politico con la Ministra Grillo¹⁴⁶.
- **27 febbraio 2019.** Nel primo incontro ufficiale riprende il dialogo politico ma il Ministero prende tempo sulle "regole di ingaggio" proposte dalle Regioni per definire la cornice politico-istituzionale prima della stesura del Patto¹⁴⁷.

¹⁴⁴ Corte dei Conti. Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 29 maggio 2019: pag 234-239. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/rapp_orto_coordinamento_fp_2019.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁴⁵ Patto per la Salute. Le Regioni dettano le regole d'ingaggio: "Risorse certe e non condizionate dall'andamento dell'economia, no a modifiche unilaterali, stop a sistema dei piani di rientro e commissariamento e creazione di un Comitato paritetico per monitorare l'accordo". Quotidiano Sanità, 12 febbraio 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=70908. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁴⁶ Regioni vs Grillo. Dalla presidenza AIFA al Patto per la Salute la tensione è sempre più alta. Quotidiano Sanità, 13 febbraio 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=70946. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁴⁷ Patto per la salute. Riprende il dialogo Grillo-Regioni. Da sciogliere nodo commissariamenti e risorse, su cui dal Mef non arrivano certezze. Ma il Ministro ribadisce: "Non verranno toccate". Quotidiano Sanità, 27 febbraio 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=71422. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- **14 marzo 2019.** La Ministra Grillo invia al presidente della Conferenza delle Regioni Stefano Bonaccini una contro-proposta, bocciata senza appello dalle Regioni perché giudicata “invasiva”¹⁴⁸.
- **16 aprile 2019.** Nel secondo incontro ufficiale Governo e Regioni accantonano la proposta di definire una cornice politico-istituzionale prima della stesura del Patto e danno il via libera ai tavoli tecnici¹⁴⁹.
- **22 maggio 2019.** La Ministra Grillo convoca presso il Ministero della Salute gli 11 gruppi di lavoro per la stesura del Patto per la Salute: LEA e Piani di rientro, risorse umane, mobilità sanitaria, Enti vigilati, governance farmaceutica e dei dispositivi medici, investimenti, reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria, fondi integrativi, modelli previsionali, ricerca, efficienza e appropriatezza utilizzo fattori produttivi¹⁵⁰

Purtroppo, mentre Governo e Regioni bruciavano 4 mesi per “studiarsi” reciprocamente, gli scenari politici, economici e tecnici sono profondamente mutati rendendo la strada per la stipula del Patto per la Salute sempre più in salita, nonostante l’insediamento degli 11 tavoli di lavoro e la determinazione della Ministra nel voler dare una sferzata alla stesura del Patto che definirà le politiche per la salute del triennio 2019-2021.

- **Quadro economico.** Il DEF 2019 ha certificato che gli aumenti del FSN previsti per il 2020 e 2021 sono utopistici sia perché la crescita economica del Paese è stata drammaticamente ridimensionata, sia perché il rapporto spesa sanitaria/PIL rimane stabile sino al 2020 per poi ridursi dal 2021. Inoltre, nonostante il DEF annunci solo “un paziente lavoro di revisione della spesa corrente che porterà a un primo pacchetto di misure nella legge di bilancio per il 2020”, con la clausola di salvaguardia il blocco di € 2 miliardi di spesa pubblica nel 2020 finirà inevitabilmente per pesare sulla sanità pubblica, come già paventato dall’Ufficio Parlamentare di Bilancio, secondo il quale “la spesa residua aggregabile, rappresentata in buona parte dalla spesa sanitaria, sarebbe oggetto di riduzioni consistenti”¹⁵¹. In questo scenario, da un lato la Ministra Grillo non può offrire alcuna garanzia sull’aumento delle risorse previste per il 2020-2021, dall’altro per esigenze di finanza pubblica il Governo sarà libero in qualsiasi momento di operare tagli (o mancati aumenti) alla sanità. Peraltro, il Ministro Tria nella lettera inviata alla Commissione europea per rispondere ai rilievi sollevati sul debito, fa riferimento ad un «programma complessivo di revisione della spesa corrente comprimibile».
- **Scenario politico.** Il Governo esce complessivamente indebolito dalle consultazioni europee: dopo il rovente clima di competizione elettorale che ha generato attriti quotidiani sulle tematiche più disparate tra i due partiti di maggioranza, i risultati delle consultazioni europee hanno dato uno scossone agli equilibri politici dell’Esecutivo. D’altro canto, anche

¹⁴⁸ Patto per la Salute. Prosegue lo stallo. Regioni chiedono un incontro a Conte: “Da Ministero atteggiamento invasivo”. Bocciate le controproposte della Grillo. Quotidiano Sanità, 21 marzo 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=72173. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁴⁹ Patto per la Salute. Personale, farmaci, medicina del territorio: partono i tavoli operativi Regioni-Ministero. Ma un accordo quadro ancora non c’è. Quotidiano Sanità, 16 aprile 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=73177. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁵⁰ Ministero della Salute. Patto della salute 2019-2021, insediati al Ministero gli undici gruppi di lavoro. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3761. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁵¹ Rapporto sulla Politica di Bilancio 2019. UPB - Ufficio Parlamentare di Bilancio. Disponibile a: www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2019/01/Rapporto-politica-di-bilancio-2019-_per-sito.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

il fronte delle Regioni è altrettanto sfibrato sia dalla minore compattezza conseguente alle istanze di regionalismo differenziato, sia dall'incertezza sulle risorse condizionate, oltre che dal quadro economico, proprio dalla necessità di stipulare il Patto per la Salute.

- **Ostacoli tecnici.** Il tema del regionalismo differenziato rende molto più complesso raggiungere un accordo sulle “misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi” che, di fatto, rientrano tra le maggiori autonomie richieste in sanità da Emilia Romagna, Lombardia e Veneto.

Le preoccupazioni espresse dalla Fondazione GIMBE^{152, 153} sono state confermate dalle audizioni sul DEF 2019 dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio e della Corte dei Conti. Il primo, snocciolando i drammatici numeri del disavanzo, conferma che esistono pochi margini per una *spending review* e che “ulteriori tagli alla spesa sanitaria rischierebbero di incidere sulla qualità dei servizi offerti oppure sul perimetro dell'intervento pubblico in questo settore”¹⁵⁴. La Corte dei Conti ha rilevato che “al termine del 2018 [...] non risultano sottoscritti gli accordi relativi alle aree della dirigenza sanitaria” e solleva preoccupazioni per “la forte riduzione di personale, anche in relazione al tempo occorrente per l'assunzione di nuovo personale, con particolare riferimento a settori come la sanità [...] in cui la diminuzione degli addetti rischia di incidere sull'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni e sulla qualità dei servizi”¹⁵⁵.

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*¹⁵⁶, aggiornato al 10 novembre 2018, 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 sostanzialmente allineato con la media OCSE (8,9% vs 8,8%), siamo fanalino di coda davanti solo alla Spagna tra i paesi dell'Europa nord-occidentale, dove Svizzera, Francia, Germania, Austria, Svezia, Norvegia, Danimarca, Olanda, Belgio, Regno Unito, Finlandia e Portogallo destinano alla sanità una percentuale del PIL superiore alla nostra. Parallelamente, si osserva il progressivo avvicinamento dei livelli di spesa sanitaria dei paesi dell'Europa Orientale, dove il finanziamento pubblico sta crescendo in maniera rilevante (figura 3.6)¹⁵⁷.

¹⁵² Tra crisi economica e Patto Salute tutto da scrivere, lo spettro di nuovi tagli alla sanità. Quotidiano Sanità, 29 aprile 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=73467. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁵³ GIMBE: il DEF ridimensiona la crescita, sulla sanità incombe lo spettro di nuovi tagli, Sanità 24, 29 aprile 2019. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2019-04-29/gimbe--def-ridimensiona-crescita-sanita-incombe-spettro-nuovi-tagli-130339.php?uuiid=AB5gVhsB. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁵⁴ Audizione dell'UPB – Ufficio Parlamentare di Bilancio sul Documento di economia e finanza 2019 presso le Commissioni bilancio riunite del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati. Roma, 16 aprile 2019, pag 28. Disponibile a: www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2019/04/Audizione-DEF-2019_Pisauro.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

¹⁵⁵ Audizione della Corte dei Conti sul Documento di economia e finanza 2019 presso le Commissioni bilancio riunite del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati. Roma, 16 aprile 2019, pagg 24-5. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/audizione_19_04_2019_def.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

¹⁵⁶ OECD Health Statistics 2018. Last update 10 November 2018. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁵⁷ 13° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2017. Disponibile a: www.creasanita.it/13volume_dwn/dwn_flild/Rapporto_Sanita_2017.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

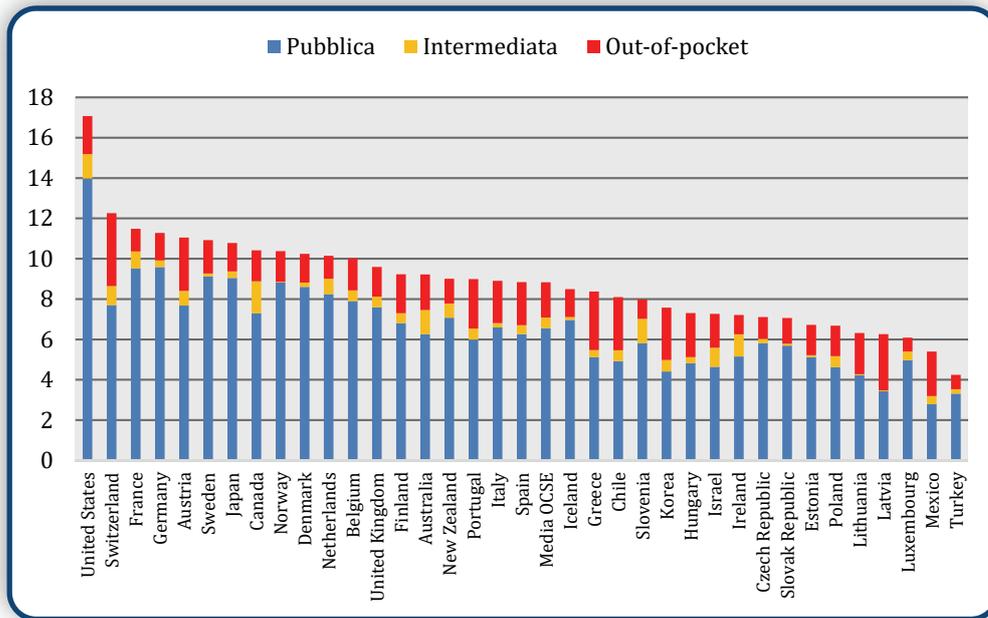


Figura 3.6. Spesa sanitaria totale nei paesi OCSE in percentuale del PIL (anno 2017 o più recente disponibile)

La situazione peggiora ulteriormente prendendo in considerazione la spesa sanitaria pro-capite totale, inferiore alla media OCSE (\$3.542 vs \$ 3.807) che colloca l'Italia in prima posizione tra i paesi poveri dell'Europa: spendono meno di noi solo Spagna, Portogallo, Slovenia, Repubblica Ceca, Grecia, Repubblica Slovacca, Estonia, Ungheria, Lituania, Polonia e Lettonia (figura 3.7).

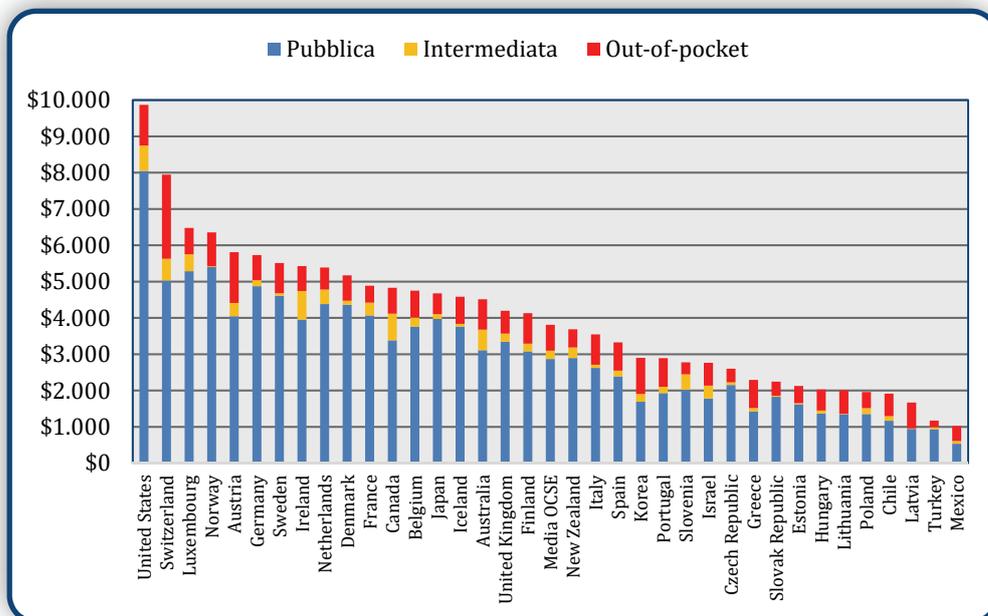


Figura 3.7. Spesa sanitaria pro-capite nei paesi OCSE (anno 2017 o più recente disponibile)

Tuttavia, il definanziamento pubblico del SSN emerge in tutta la sua gravità guardando alla spesa sanitaria pubblica pro-capite: siamo sotto la media OCSE (\$ 2.622 vs \$ 2.868) e in Europa ben 14 Paesi investono più di noi con un gap minimo che va dai \$ 456 della Finlandia ad un gap massimo di \$ 2.777 della Norvegia (figura 3.8).

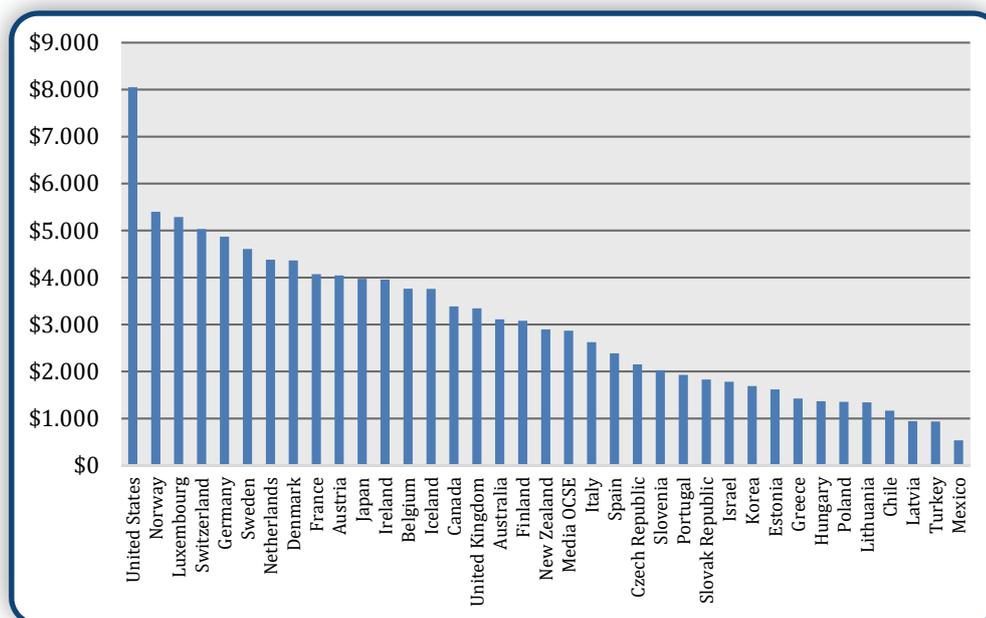


Figura 3.8. Spesa sanitaria pubblica pro-capite paesi OCSE (anno 2017 o più recente disponibile)

Dal 2000 al 2017 la spesa pubblica in Italia è aumentata complessivamente del 71%, crescendo in media del 4,23% per anno, un incremento percentuale che posiziona l'Italia in fondo alla classifica, seguita solo da Islanda, Portogallo, Israele e Grecia (figura 3.9).

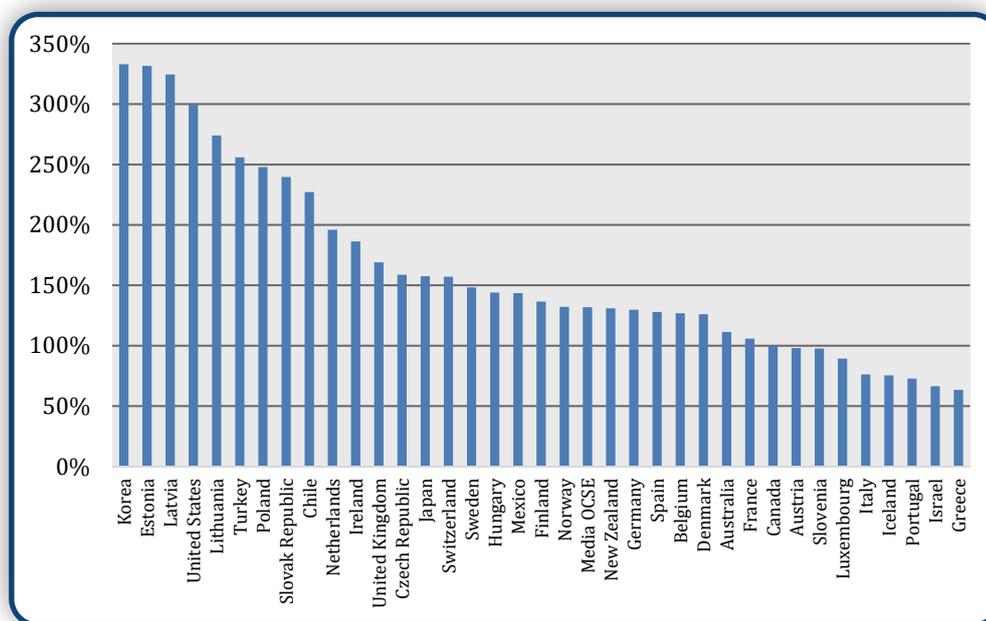


Figura 3.9. Variazione percentuale della spesa pubblica 2000-2017 nei paesi OCSE

L'impatto del definanziamento degli ultimi anni emerge in maniera clamorosa confrontando la crescita percentuale della spesa sanitaria pubblica del 2000-2008 rispetto al 2009-2017 (figura 3.10). Nel primo periodo l'aumento è stato del 58%, rispetto a una media OCSE del 73%. Nel periodo 2009-2017 l'incremento percentuale è stato solo del 8%, rispetto a una media OCSE del 26%: peggio dell'Italia solo Portogallo (+5%), Lussemburgo (-4%) e Grecia (-28%).

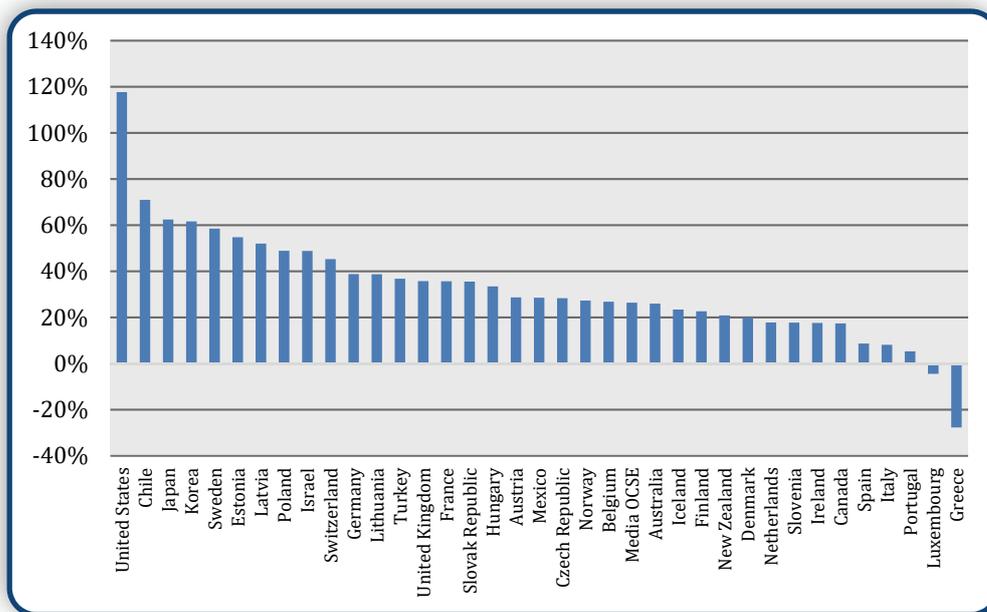


Figura 3.10. Variazione percentuale della spesa pubblica 2009-2017 nei paesi OCSE

Nel confronto con gli altri paesi del G7 il trend della spesa pubblica 2000-2017 documenta due dati particolarmente rilevanti (figura 3.11):

- Negli altri paesi, ad eccezione del Regno Unito, la crisi economica non ha minimamente scalfito la spesa pubblica per la sanità: infatti dopo il 2008 il trend di crescita è stato mantenuto o ha addirittura subito un'impennata. In Italia, invece, a partire dal 2008 il trend si è completamente appiattito.
- Di conseguenza, se nel 2000 le differenze assolute sulla spesa pubblica tra l'Italia e gli altri paesi del G7 erano modeste, con il costante e progressivo definanziamento pubblico sono divenute incolmabili: ad esempio, se nel 2000 la Germania investiva "solo" \$ 632 (+30,8%) in più dell'Italia (\$ 2.118 vs \$ 1.487), nel 2017 la differenza è di \$ 2,248 (+45,8%), ovvero \$ 4.869 vs \$ 2.622 (figura 3.10).

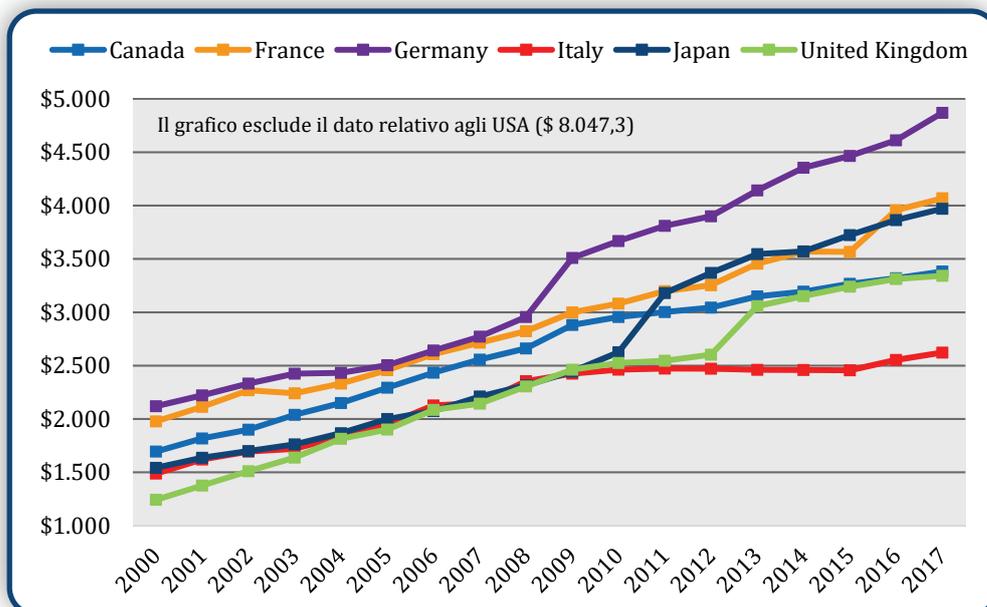


Figura 3.11. Trend spesa pubblica pro-capite 2000-2017 nei paesi del G7

Con il progressivo definanziamento l'Italia tra i paesi del G7 si colloca fanalino di coda per spesa sanitaria totale e per spesa sanitaria pubblica, seconda per spesa out-of-pocket ed ultima per spesa intermediata, testimonianza inequivocabile che la politica si è progressivamente sbarazzata di una consistente quota di spesa pubblica, ha espanso (invece di ridurlo) il “paniere” dei LEA, ma non è stata in grado di attuare una seria riforma della sanità integrativa per consentire alla spesa intermediata di integrare realmente le prestazioni non offerte dal SSN (figura 3.12).

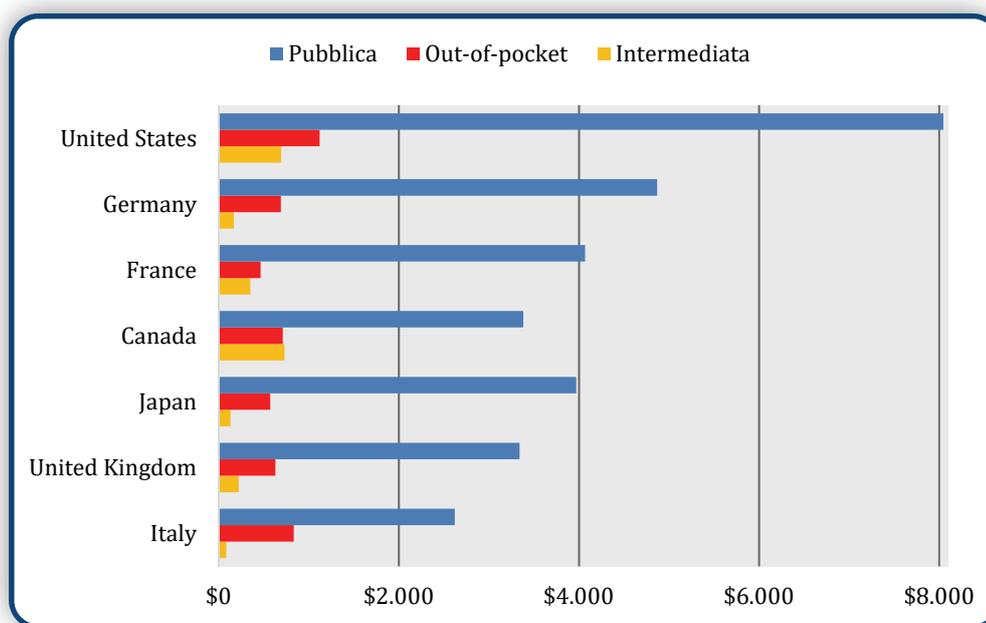


Figura 3.12. Spesa sanitaria pro-capite 2017 nei paesi del G7

Il definanziamento progressivo in Italia è stato, peraltro attuato senza tener conto delle raccomandazioni dell'OCSE che nel gennaio 2015 aveva richiamato il nostro Paese a «garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza»¹⁵⁸.

3.2. Nuovi LEA

Dopo la 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 che l'intervento della politica nella complessa normativa dei LEA puntava esclusivamente sulla necessità di aggiornare le prestazioni in relazione al progresso scientifico e tecnologico, senza tenere in debita considerazione le implicazioni economiche (sostenibilità), professionali e sociali (medicalizzazione della

¹⁵⁸ 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: 7 giugno 2019.

società)¹⁵⁹. Per questa ragione i nuovi LEA rappresentano un “sorvegliato speciale” dell’Osservatorio GIMBE a partire dall’audizione in 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato del 30 novembre 2016¹⁶⁰, dove è stata subito rilevata la non sostenibilità dei nuovi LEA in assenza di una esplicita metodologia per inserire/escludere le prestazioni¹⁶¹.

La pubblicazione in Gazzetta Ufficiale dei nuovi LEA nel marzo 2017 è stata accompagnata da un notevole clamore mediatico, che ha celebrato il grande traguardo politico della Ministra Lorenzin enfatizzando 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 rilevando numerose miglieorie strutturali¹⁶²: maggior dettaglio nella descrizione delle prestazioni, aggiornamento dei nomenclatori delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica, dettagli su programmi e prestazioni di assistenza socio-sanitaria, ridefinizione dei criteri di appropriatezza per tutti i regimi di ricovero, nuove 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.

Dopo la pubblicazione del DPCM 12 gennaio 2017, senza voler smorzare il legittimo entusiasmo politico, professionale e sociale, l’Osservatorio GIMBE ha avviato un monitoraggio continuo e sistematico delle criticità che ostacolano l’attuazione dei nuovi LEA:

- criticità metodologiche che hanno influenzato i criteri di inclusione delle prestazioni nei LEA e ne condizionano l’aggiornamento, incluso il *delisting*;
- criticità attuative che condizionano l’esigibilità dei nuovi LEA in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale;
- criticità relative al monitoraggio dei LEA.

3.2.1. Criticità metodologiche

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

Criticità metodologica 1. È costituita dall’inspiegabile stralcio dei 3 fondamentali principi di *evidence-based policy making* contenuti nel DPCM 29 novembre 2001 (box 3.4).

¹⁵⁹ Cartabellotta A. Livelli Essenziali di Assistenza 15 anni dopo. Evidence 2016;8(2): e1000133.

¹⁶⁰ Audizione della Fondazione GIMBE su schema DPCM “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)” in 12ª 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: 7 giugno 2019.

¹⁶¹ GIMBE: nuovi Lea non sostenibili senza un metodo rigoroso sulle prestazioni sanitarie. Sanità 24, 1 dicembre 2016. Disponibile a: <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2016-12-01/gimbe-nuovi-lea-non-sostenibili-senza-metodo-rigorous-prestazioni-sanitarie-123857.php?uuiid=ADv1cU5B>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁶² Cartabellotta A. Nuovi Lea: grande traguardo politico a rischio di illusione collettiva? Sanità 24, 27 gennaio 2017. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2017-01-27/nuovi-lea-grande-traguardo-politico-rischio-illusione-collettiva-165343.php?uuiid=AEZgiOJ. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Box 3.4. 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 attuati solo parzialmente, rappresentavano una perentoria dichiarazione di intenti per contribuire alla sostenibilità del SSN, perché 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, ha favorito un approccio liberista, più orientato a soddisfare le richieste di tutte le categorie professionali e specialistiche, di tutti i pazienti e, indirettamente, dell'industria farmaceutica e tecnologica, piuttosto che considerare il *value* dei nuovi LEA e la loro effettiva sostenibilità.

Criticità metodologica 2. Il DPCM 12 gennaio 2017 non riporta esplicitamente né il metodo utilizzato per inserire, o meno, le prestazioni nei LEA, né quello per aggiornare gli elenchi delle prestazioni, in termini di inserimento, esclusione e *delisting*. In altre parole, se da un lato ha ampliato a dismisura il "paniere" delle prestazioni, peraltro sottostimando la copertura finanziaria, dall'altro non ha previsto alcuna metodologia per inserire le prestazioni, spesso sdoganate 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 il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella definizione e aggiornamento dei LEA, oggi una quota consistente di denaro pubblico viene sprecata sia per l'erogazione di prestazioni dal *value* basso o addirittura negativo (profilo rischio-beneficio sfavorevole) incluse nei LEA, sia per le conseguenze del mancato utilizzo di prestazioni dal *value* elevato non incluse nei LEA (§ 3.3).

Considerato che la sostenibilità del SSN può essere garantita solo finanziando con il denaro pubblico prevalentemente interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato *value*¹⁶³, la Fondazione GIMBE ha già proposto un framework *evidence- & value-based* per classificare le prestazioni sanitarie in quattro categorie (figura 3.13):

- **Value elevato.** Prestazioni efficaci, appropriate e dai costi adeguati rispetto alle alternative; tali prestazioni devono essere inserite nei LEA (liste positive) e finanziate con il denaro pubblico senza compartecipazione alla spesa.
- **Value basso.** Prestazioni inefficaci, efficaci ma inappropriate, efficaci e appropriate, ma dai costi eccessivi rispetto alle alternative. Queste prestazioni non devono essere rimborsate interamente con il denaro pubblico (compartecipazione inversamente proporzionale al *value*) e/o devono essere finanziate con la spesa privata (intermediata o out-of-pocket);
- **Value incerto.** Prestazioni per le quali le evidenze scientifiche sono assenti e/o di scarsa qualità e/o discordanti e/o il profilo rischio beneficio non è noto. Tali prestazioni non devono essere rimborsate interamente con il denaro pubblico (compartecipazione inversamente proporzionale al *value*) e/o devono essere finanziate con la spesa privata (intermediata o out-of-pocket). Contemporaneamente deve essere finanziata la ricerca comparativa indipendente sulle aree grigie.
- **Value negativo.** Prestazioni per le quali i rischi superano i benefici. Tali prestazioni devono essere rigorosamente escluse dai LEA (liste negative), impedendo la loro erogazione anche se finanziate dalla spesa privata.

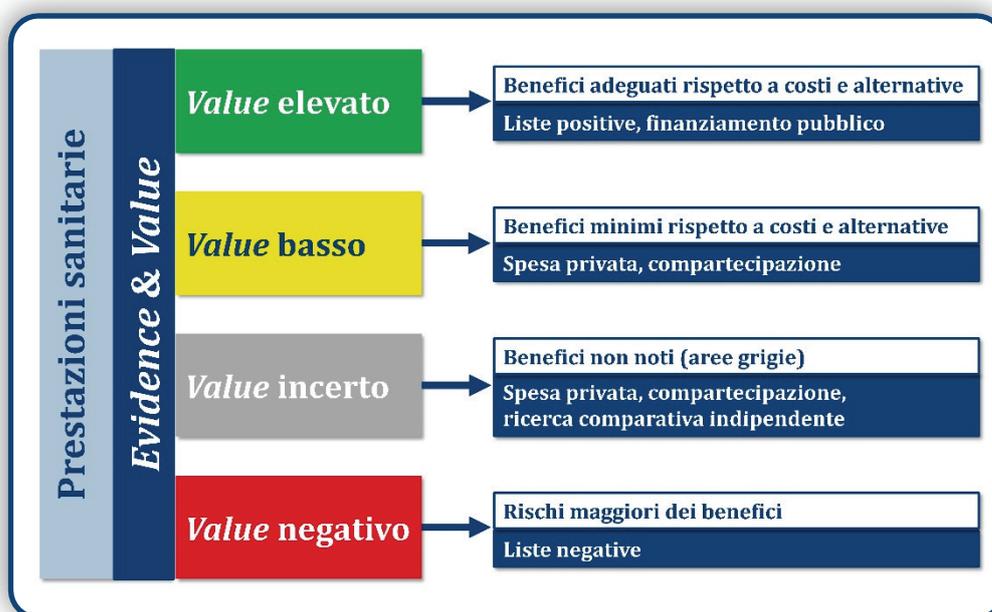


Figura 3.13. Classificazione delle prestazioni sanitarie in relazione al *value*

L'applicazione del framework GIMBE permetterebbe di ottenere una relazione ottimale tra LEA, *value* delle prestazioni e spesa sanitaria (figura 3.14).

¹⁶³ Fondazione GIMBE. Carta GIMBE per la tutela della salute. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/carta-gimbe. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

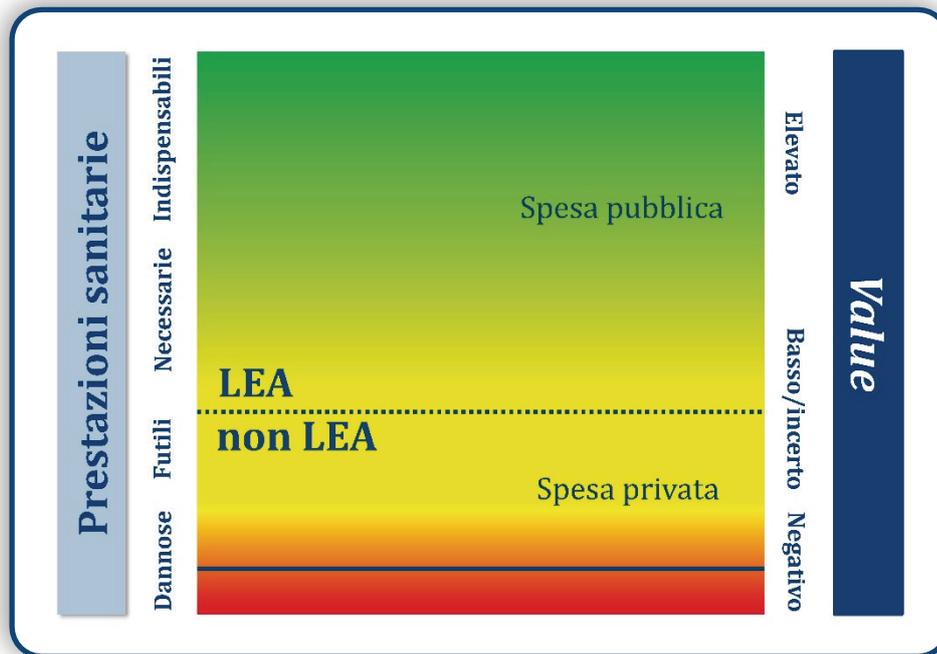


Figura 3.14. Relazione tra LEA, value delle prestazioni e spesa sanitaria

Criticità metodologica 3. È rappresentata dalla scarsa integrazione tra LEA e ricerca, in particolare la ricerca comparativa indipendente per la produzione di prove di efficacia in aree di incertezza. 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 il DPCM affida alla Commissione LEA il compito di 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», questa dichiarazione di intenti non tiene conto che:

- Esiste una ricerca comparativa osservazionale, basata fondamentalmente su registri di malattia e database amministrativi (i *big data* sono in Italia ancora un lontano miraggio), tuttavia distorta da bias, condizionata dalla scarsa qualità dei dati e ostacolata da vincoli di privacy. Il gold standard della ricerca comparativa è invece sperimentale¹⁶⁴: in particolare per la produzione di prove di *effectiveness* il disegno ideale è rappresentato dai trial pragmatici¹⁶⁵, solo occasionalmente finanziati con fondi pubblici.
- I “canali di finanziamento della ricerca sanitaria” non vengono 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; la ricerca finalizzata (ad eccezione dei programmi di rete) finanzia prevalentemente ricerca di base e in parte ricerca clinica; 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 la ricerca comparativa in grado di fornire evidenze alla definizione dei LEA ammontano a pochi milioni di euro.

¹⁶⁴ 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.

¹⁶⁵ Zwarenstein M, Treweek S, Gagnier JJ, et al. Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. BMJ 2008;337:a2390.

- Non è stata mai definita nessuna metodologia che, una volta individuate le aree grigie, permetta di definire le priorità su cui investire il denaro pubblico destinato alla ricerca.

Le tre criticità metodologiche sopra illustrate dimostrano dunque che la vera sfida della Commissione LEA non consiste nell'aggiornamento dei LEA in quanto tale, bensì nella definizione di un rigoroso metodo *evidence- & value-based*, al fine di utilizzare il denaro pubblico per garantire ai cittadini servizi e prestazioni sanitarie ad elevato *value*, impedire l'erogazione di prestazioni dal *value* negativo, spostare sulla spesa privata (compartecipazione, spesa out-of-pocket, spesa intermediata) quelle dal *value* basso e avviare ricerca comparativa indipendente per le prestazioni dal *value* incerto.

In sintesi, le analisi dell'Osservatorio GIMBE sulle criticità metodologiche documentano che il DPCM sui nuovi LEA:

- ha soppresso 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;
- ha ampliato a dismisura il "paniere" delle prestazioni, indipendentemente dal loro *value*;
- tranne poche eccezioni, non prevede "liste negative" di prestazioni, delegando alla Commissione LEA il compito di effettuare il *delisting* delle prestazioni obsolete;
- non ha delineato una strategia di ricerca & sviluppo finalizzata a produrre evidenze per informare l'inclusione/esclusione delle 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»¹⁶⁶. 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»¹⁶⁷.

Alla data di pubblicazione del presente Rapporto non è pubblicamente disponibile alcuna metodologia per l'aggiornamento dei LEA.

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.

¹⁶⁶ 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: 7 giugno 2019.

¹⁶⁷ 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: 7 giugno 2019.

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 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 un elenco transitorio (allegato 8-bis) individua per le 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, a 30 mesi dalla pubblicazione del DPCM sui nuovi LEA, gran parte delle nuove prestazioni ambulatoriali e protesiche non è ancora esigibile perché la loro reale disponibilità sull’intero territorio nazionale è soggetta alla revisione delle tariffe non ancora approvate dal MEF; tali prestazioni al momento possono solo essere erogate dalle Regioni non in Piano di rientro in regime extra-LEA. In altri termini, senza l’approvazione del “decreto tariffe” rimangono in vigore i nomenclatori in vigore ante-DPCM 12 gennaio 2017, che risalgono al 1996 per la specialistica ambulatoriale e al 1999 per l’assistenza protesica.

Al fine di identificare le motivazioni dell’inaccettabile ritardo del “decreto tariffe”, in assenza di documenti ufficiali l’Osservatorio GIMBE ha effettuato un monitoraggio sistematico delle dichiarazioni istituzionali di Ministri della Salute e sottosegretari del Governo Renzi (box 3.5) e del Governo Conte (box 3.6), da cui emerge che il ritardo è esclusivamente imputabile a motivazioni tecniche e non alla mancata copertura finanziaria.

Box 3.5. Ritardo nella pubblicazione del “Decreto tariffe”: dichiarazioni durante il Governo Renzi

- **26 luglio 2017.** Rispondendo a un’interrogazione parlamentare il Ministro Lorenzin aveva precisato che il 31 marzo 2017 si era conclusa l’attività di riconduzione dei 36.000 codici delle prestazioni sanitarie regionali a quelle presenti nel nuovo nomenclatore adottato dal DPCM sui nuovi LEA. Successivamente è seguita la consultazione con associazioni di categoria e 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 di assistenza protesica. Il completamento degli adempimenti era previsto entro settembre 2017 così da permettere la completa e uniforme fruizione nuovi LEA su tutto il territorio nazionale¹⁶⁸.

¹⁶⁸ 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

- **26 ottobre 2017.** In occasione di un'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 condiviso¹⁶⁹.
- **27 dicembre 2017.** La Legge di Bilancio 2018 (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. Il decreto doveva 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-Regioni¹⁷⁰.

Box 3.6. Ritardo nella pubblicazione del "Decreto tariffe": dichiarazioni durante il Governo Conte

- **4 luglio 2018.** La Ministra Grillo, nel corso un question time alla Camera dei Deputati¹⁷¹, ha dichiarato che nella riunione del 20 settembre 2017 è stato stabilito l'invio del provvedimento formale al MEF che, tuttavia, ha sollevato riserve sulla metodologia seguita per la valutazione di impatto economico, contestando l'attendibilità dei dati forniti dalle Regioni. Di conseguenza il Ministero della Salute ha promosso l'allineamento dei dati presenti nel sistema tessera sanitaria rispetto a quelli dei flussi regionali, e le risultanze sono state prese a base per la predisposizione della relazione tecnica, secondo la metodologia condivisa dal MEF. La Ministra ha rassicurato che tale relazione sarebbe stata trasmessa in tempi brevi al MEF per l'acquisizione dell'assenso tecnico e, a seguito del parere favorevole del MEF, il decreto trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni¹⁷².
- **26 ottobre 2018.** A quasi 5 mesi dall'insediamento del nuovo Esecutivo il sottosegretario alla Salute Armando Bartolazzi, rispondendo ad un'interrogazione parlamentare, da un lato ha ribadito che il lavoro avviato dal Ministero della Salute nell'ambito della Commissione permanente tariffe oltre due anni fa si è rivelato molto complesso; dall'altro che è nelle priorità del Ministro della Salute intervenire con ogni possibile iniziativa e misura per sbloccare la situazione di stallo¹⁷³.
- **22 febbraio 2019.** Il sottosegretario Coletto, in un'interrogazione parlamentare, ha precisato che il Ministero della Salute nel novembre 2018 ha elaborato una nuova proposta di tariffe con l'obiettivo di arrivare in tempi brevi alla definizione dei nomenclatori tariffari. Ha inoltre ribadito che la stima di impatto economico risulta compatibile con le risorse finanziarie assegnate alle Regioni, in applicazione dell'articolo 1, comma 555 della legge 208/2015, che prevede la finalizzazione di 800 milioni di euro¹⁷⁴.

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. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁶⁹ 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: 7 giugno 2019.

¹⁷⁰ 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: 7 giugno 2019.

¹⁷¹ 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: 7 giugno 2019.

¹⁷² Question time n. 3-00050 Ministro Grillo. Camera dei Deputati, 4 luglio 2018. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_3_1_1.jsp?lingua=italiano&id=31&label=parlamento. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁷³ XVIII Legislatura. Camera dei Deputati. Commissione: XII Affari sociali. Allegato 3 in Interrogazioni a risposta immediata, 25 luglio 2018. Disponibile a: <http://documenti.camera.it/leg18/resoconti/commissioni/bollettini/pdf/2018/10/25/leg.18.bol0081.data20181025.com12.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁷⁴ Lea. Coletto: "Impatto economico compatibile con 800 mln stanziati. Ma è necessaria approvazione del 'decreto tariffe'". Carnevali (Pd): "Governo in contraddizione. Quotidiano Sanità, 22 febbraio 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=71250. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

In ogni caso, come già anche da altri rilevato¹⁷⁵, un'insolita convergenza di interessi tra MEF, Ministero della Salute, Regioni e le stesse associazioni di pazienti ha generato un assordante silenzio sui nuovi LEA e sulla necessità di renderli realmente esigibili in tutto il territorio nazionale.

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 nomenclatore¹⁷⁶. 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 rari¹⁷⁷.

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 prestazioni¹⁷⁸. 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, il Ministero

¹⁷⁵ Arcà S. Che fine hanno fatto i nuovi Livelli essenziali di assistenza? Sanità 24, 30 maggio 2019. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2019-05-30/che-fine-hanno-fatto-nuovi-livelli-essenziali-assistenza-152450.php?uuid=ACBu5ZK Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁷⁶ 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: 7 giugno 2019.

¹⁷⁷ 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). Disponibile a: www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2018/01/16/12/sg/pdf. Ultimo accesso 2019.

¹⁷⁸ 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: 7 giugno 2019.

della Salute ha attivato una linea di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità che, su indicazione della Commissione LEA, fornisce pareri tecnico-scientifici sulle richieste di aggiornamento LEA¹⁷⁹, grazie all'elaborazione e sperimentazione di un framework metodologico per l'inserimento/esclusione delle prestazioni dai LEA¹⁸⁰. Alla data di pubblicazione del presente rapporto non risulta disponibile alcun aggiornamento/*delisting* delle prestazioni da parte della Commissione LEA.

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 inadempienti da rinviare al Piano di rientro. L'Osservatorio GIMBE rileva innanzitutto un ritardo medio di 21 mesi nella pubblicazione degli ultimi 5 report rispetto all'anno di riferimento (tabella 3.4). Tale ritardo è inaccettabile, sia perché rappresenta un ostacolo rilevante per la programmazione sanitaria regionale e per l'allineamento dei sistemi premianti a livello di aziende sanitarie, unità organizzative e professionisti sanitari, sia perché si presta a strumentalizzazioni politiche in occasione dell'avvicinarsi delle amministrazioni regionali.

Anno di rilevazione	Data report	Data di pubblicazione	Mesi di ritardo*
2013	luglio 2015	12 novembre 2015 ¹⁸¹	22
2014	giugno 2016	13 marzo 2017 ¹⁸²	26
2015	luglio 2017	12 ottobre 2017 ¹⁸³	21
2016	luglio 2018	29 settembre 2018 ¹⁸⁴	21
2017	febbraio 2019	3 aprile 2019 ¹⁸⁵	15

*Calcolati dal dicembre dell'anno di rilevazione alla data di pubblicazione

Tabella 3.4. Ritardi nella pubblicazione del report sull'adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della griglia LEA

¹⁷⁹ 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 2019: pag 28. Marzo 2019. Disponibile a:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2837_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁸⁰ Iannone P. Eccellenza clinica, qualità e sicurezza delle cure: il nuovo ruolo dell'ISS. Supporto alla segreteria tecnico scientifica della Commissione nazionale LEA. In: Ricciardi W, Alleva E, De Castro P, Giuliano F, Salinetti S (a cura di). 1978-2018: quaranta anni di scienza e sanità pubblica. La voce dell'Istituto Superiore di Sanità. Pag. 265-8. Disponibile a:

http://old.iss.it/binary/publ/cont/40anni_SSN_scienza_sanitpubblica.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁸¹ Ministero della Salute. Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2013. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, luglio 2015. Disponibile a

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2397_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁸² Ministero della Salute. Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2014. Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della Griglia LEA 2014. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, giugno 2016. Disponibile a:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2581_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁸³ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2015. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, luglio 2017. Disponibile a:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁸⁴ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2016. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, settembre 2018. Disponibile a:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2783_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁸⁵ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2017. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, aprile 2019. Disponibile a:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

In secondo luogo, le capacità della griglia LEA di “catturare” gli inadempimenti si sono progressivamente ridotte nel corso degli anni, sia per le modalità di rilevazione (autocertificazione delle Regioni), sia per la relativa stabilità della griglia negli ultimi anni. Infine, tale progressivo “appiattimento” dello strumento di monitoraggio degli adempimenti genera un inaccettabile paradosso. Se nell’ultima rilevazione relativa al 2017¹⁸⁶ solo due Regioni (Calabria e Campania) risultano inadempienti e viene documentato un trend dei punteggi LEA in progressivo aumento dal 2012, altri report nazionali (Cittadinanzattiva^{187,188}) e internazionali (Health Consumer Index¹⁸⁹) dimostrano un peggioramento della qualità dell’assistenza sanitaria, in particolare secondo la prospettiva del paziente.

Gli adempimenti LEA 2017 per la prima volta riportano anche tre Regioni a statuto speciale (Valle D’Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna) e le Province Autonome di Trento e Bolzano, non sottoposte alla verifica degli adempimenti (tabella 3.5):

Regione	Punteggio	Status*
Piemonte	221	Adempiente
Emilia-Romagna	218	Adempiente
Veneto	218	Adempiente
Toscana	216	Adempiente
Lombardia	212	Adempiente
Umbria	208	Adempiente
Abruzzo	201	Adempiente
Marche	201	Adempiente
Liguria	195	Adempiente
Friuli-Venezia Giulia	193	Non sottoposta a verifica
Basilicata	189	Adempiente
Prov. Aut. di Trento	185	Non sottoposta a verifica
Lazio	180	Adempiente
Puglia	179	Adempiente
Molise	167	Adempiente
Sicilia	160	Adempiente
Campania	153	Inadempiente
Valle d’Aosta	149	Non sottoposta a verifica

¹⁸⁶ Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell’anno 2017. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, aprile 2019. Disponibile a:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁸⁷ Cittadinanzattiva. XXI Rapporto PIT Salute. Roma 2018. Disponibile a:

www.cittadinanzattiva.it/files/primopiano/salute/rapporto-pit-xxi-sintesi.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁸⁸ Cittadinanzattiva. Osservatorio civico sul federalismo in sanità. Rapporto 2017. Disponibile a:

<https://www.cittadinanzattiva.it/files/primopiano/salute/vi-osservatorio-civico-sul-federalismo-in-sanita-ABSTRACT.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁸⁹ Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2018 Report. Health Consumer Powerhouse Ltd, 2019.

Disponibile a: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Sardegna	140	Non sottoposta a verifica
Calabria	136	Inadempiente
Prov. Aut. di Bolzano	120	Non sottoposta a verifica
*Adempiente: punteggio LEA ≥ 160 , o tra 140-160 e nessun indicatore critico (punteggio < 3)		
*Inadempiente: punteggio < 140 o tra 140-160 con almeno un indicatore critico (punteggio < 3)		

Tabella 3.5. Punteggi regionali griglia LEA, anno 2017

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, incluse quelle a statuto speciale e le Province autonome 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»¹⁹⁰, 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)¹⁹¹.

Il 13 dicembre 2018 è stata sancita l'Intesa Stato-Regioni sul decreto interministeriale concernente l'adozione del NSG¹⁹². 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), tramite 88 indicatori relativi a:

- Macro-livelli di assistenza:
 - 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)¹⁹³

¹⁹⁰ 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: 7 giugno 2019.

¹⁹¹ 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_publicazioni_2687_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁹² 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.regioni.it/download/news/591595. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁹³ Per questa dimensione, citata nello schema di decreto, non viene individuato alcun indicatore nelle relative tabelle.

Il valore (peso) degli indicatori per la verifica degli adempimenti LEA da parte delle Regioni sarà definito con atti successivi del Ministero della Salute sentito il Comitato LEA. In altre parole, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 4 dell'Intesa, a sostituire la griglia LEA per valutare gli adempimenti regionali non sarà il "set descrittivo esteso" degli indicatori del NSG, ma un "sottoinsieme valutativo" di indicatori per "valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA nelle diverse Regioni attraverso il confronto delle misure degli indicatori con delle misure di riferimento, tenendo conto dell'andamento temporale".

Il 1 marzo 2019 sono stati resi noti¹⁹⁴ gli esiti della prima sperimentazione condotta dal Ministero della Salute utilizzando un sottoinsieme di 21 indicatori del NSG relativi ai tre macro-livelli di assistenza: 6 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, 8 per l'assistenza distrettuale e 7 per quella ospedaliera (box 3.7).

Box 3.7. Indicatori utilizzati nella sperimentazione del Nuovo Sistema di Garanzia

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

1. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
2. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
3. Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
4. Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
5. Indicatore composito sugli stili di vita
6. Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto

Assistenza distrettuale

1. Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco *ad anni alterni con* Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite
2. Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
3. Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.
4. Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici
5. Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)
6. Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.
7. Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
8. Numero di anziani (età ≥ 75) non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 (intensità di cura) in rapporto alla popolazione residente.

Assistenza ospedaliera

1. Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.
2. Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.

¹⁹⁴ Anteprema. I dati sui LEA con il nuovo sistema di valutazione per prevenzione, assistenza distrettuale e ospedaliera. Solo 9 Regioni su 21 superano la sufficienza in tutte e tre le aree. Quotidiano Sanità, 1 marzo 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=71386. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

3. Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.
4. Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.
5. Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.
6. Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti
7. Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti.

La nuova metodologia non sintetizza in un unico punteggio la valutazione dei tre macro-livelli, ma valuta singolarmente ciascuno di essi, con un valore compreso in un range 0-100% fissando al 60% la soglia minima di adempimento¹⁹⁵. Dai risultati della sperimentazione emerge che solo 9 Regioni garantiscono i LEA (tabella 3.6).

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Piemonte	76,30	86,19	78,82	Adempiente
Valle d'Aosta	59,16	39,07	60,21	Non adempiente
Lombardia	80,92	69,12	69,12	Adempiente
Prov. Aut. Bolzano	49,57	36,24	70,37	Non adempiente
Prov. Aut. Trento	69,41	88,49	92,40	Adempiente
Veneto	63,63	84,41	82,71	Adempiente
Friuli Venezia Giulia	52,00	71,43	78,96	Non adempiente
Liguria	65,34	86,39	74,50	Adempiente
Emilia Romagna	70,27	83,14	84,83	Adempiente
Toscana	70,73	80,50	89,13	Adempiente
Umbria	73,90	65,56	77,86	Adempiente
Marche	61,74	71,39	64,81	Adempiente
Lazio	65,24	56,32	66,16	Non adempiente
Abruzzo	65,29	57,12	59,75	Non adempiente
Molise	68,08	46,00	33,38	Non adempiente
Campania	50,21	29,05	25,41	Non adempiente
Puglia	55,68	58,75	59,27	Non adempiente
Basilicata	68,71	41,41	68,40	Non adempiente
Calabria	51,39	48,71	53,35	Non adempiente
Sicilia	48,48	73,08	72,39	Non adempiente
Sardegna	65,51	35,48	55,75	Non adempiente

> 80%	70-80%	60-70%	50-60%	40-50%	< 40%
-------	--------	--------	--------	--------	-------

Tabella 3.6. Risultati della sperimentazione del nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dei LEA

¹⁹⁵ Corte dei Conti. Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 29 maggio 2019: pag 221-222. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/rapporto_coordinamento_fp_2019.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

Rispetto ai tre macro-livelli di assistenza è l'area distrettuale a vedere il maggior numero di Regioni inadempienti confermando le carenze dell'assistenza territoriale, e in misura minore l'area della prevenzione, in particolare per gli inadempimenti su screening oncologici e coperture vaccinali.

Dalla valutazione preliminare di questa prima sperimentazione del NSG emerge un quadro molto differente da quello rilevato dalla "griglia LEA", che nel 2017 ha identificato come adempienti 16/21 Regioni (di cui 4 non sottoposte a verifica adempimenti). Altro dato di particolare interesse, in tempi di dibattiti sul regionalismo differenziato, è che tutte le Regioni a statuto speciale e una Provincia autonoma risultano inadempienti. Come riportato dalla Corte dei Conti¹⁹⁶ 9 Regioni garantiscono i LEA (Piemonte, Lombardia, Provincia autonoma di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche); Friuli-Venezia Giulia e Lazio non raggiungono la percentuale minima di adempimento in una sola area, rispettivamente prevenzione e distrettuale; quindi, Abruzzo (poco appena sotto la soglia per l'attività distrettuale e ospedaliera) e Puglia (appena sotto la soglia in tutte le aree); a seguire Basilicata, Sicilia e Calabria con una valutazione complessiva tra il 40% e il 50%; infine, punteggi più bassi (<40% in almeno un'area) riguardano Valle d'Aosta e Provincia autonoma di Bolzano (sopra soglia solo per l'ospedaliera), Molise e Sardegna (sopra soglia solo per la prevenzione) e fanalino di coda la Campania, che risulta sotto soglia in tutte le tre aree.

Ad un'analisi più approfondita, tuttavia, le differenze con la griglia LEA risultano meno eclatanti in quanto:

- Griglia LEA e NSG mostrano risultati sovrapponibili nelle posizioni estreme delle classifiche, infatti:
 - le 9 Regioni adempienti con il NSG lo sono anche con la griglia LEA;
 - le 6 Regioni inadempienti con la griglia LEA lo sono anche con il NSG.
- Le variazioni si riscontrano nelle posizioni intermedie della classifica dove, in conseguenza dell'innalzamento dell'asticella, il numero di Regioni inadempienti secondo il NSG (n. 12) è oltre il doppio di quelle inadempienti secondo la griglia LEA (n. 5). Tuttavia, va considerato che il NSG prevede una "fascia intermedia" di adempimenti, identificata dal colore arancione, dove peraltro alcune Regioni per 2/3 livelli di assistenza risultano adempienti.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha espresso l'intesa sul NSG con tre richieste al Governo¹⁹⁷:

- proseguire la sperimentazione con gli ultimi dati disponibili superando la rilevazione 2012-2016;
- prevedere un monitoraggio degli indicatori per testarne la validità prevedendo la possibilità di modifiche prima dell'avvio definitivo del nuovo sistema;

¹⁹⁶ Corte dei Conti. Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 29 maggio 2019: pag 221-222. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/rapp_orto_coordinamento_fp_2019.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

¹⁹⁷ Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Posizione 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: <http://www.regioni.it/download/conferenze/591227/>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- verificare la positiva valutazione delle attività dei due punti precedenti prima dell'avvio dell'applicazione nel 2020.

Il NSG, a seguito di ulteriori sperimentazioni nel 2019¹⁹⁸, dovrebbe entrare in vigore dal 2020, come ribadito anche dalla Ministra Grillo in audizione davanti alla Commissione per l'attuazione del federalismo fiscale¹⁹⁹. Tuttavia, la preoccupazione è che il rilevante operato dei tavoli tecnici, composti da rappresentanti istituzionali ed esperti nazionali e regionali, non trovi ancora in alcune Regioni adeguati sistemi informativi in grado di raccogliere tutti gli indicatori del NSG. In altre parole, la definizione del sottoinsieme di indicatori da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA rischia di essere condizionato da aspetti tecnici, generando uno strumento inadeguato a "catturare" analiticamente gli inadempimenti LEA e a valutare in maniera multidimensionale la qualità dell'assistenza. In tal senso, la "positiva valutazione delle attività" richiesta dalle Regioni in sede di intesa lascia intendere che il sottoinsieme valutativo di indicatori che andrà a sostituire la griglia LEA dovrà essere necessariamente il frutto di aggiustamenti tecnici e compromessi politici al fine di un'adeguata "taratura" del nuovo strumento.

3.2.4. Conclusioni

Se il DPCM 12 gennaio 2017 rimandava ad ulteriori atti legislativi da concordare con Regioni e Province autonome, l'assenza di una precisa tabella di marcia, la mancata copertura economica e il cambio di Governo hanno condizionato la fruibilità dei nuovi LEA in maniera uniforme sul territorio nazionale. In particolare, se era già prevista un'entrata in vigore dei nuovi LEA progressiva e legata ad una verifica della sostenibilità economica da parte delle Regioni, il considerevole ritardo nella pubblicazione dei nomenclatori tariffari senza alcun pressing da parte degli interlocutori istituzionali (*in primis* le Regioni) concretizza la ragionevole certezza che in assenza di copertura economica, magari si confida in un consistente *delisting* delle prestazioni. Infatti, la sostenibilità economica dei nuovi LEA, oltre ad essere stata sottostimata, è stata subito compromessa dal DM 5 giugno 2017 che ha sottratto al FSN complessivi € 1.630 milioni negli anni 2017-2019.

In uno scenario caratterizzato da un imponente definanziamento pubblico, il grande traguardo politico dei nuovi LEA ha dunque generato, come già predetto dall'Osservatorio GIMBE²⁰⁰, una mera illusione collettiva i cui effetti collaterali (allungamento delle liste d'attesa, spostamento della domanda verso il privato, aumento della spesa out-of-pocket, rinuncia alle cure) rappresentano uno straordinario assist per i fautori del "secondo pilastro" e per l'avanzamento dell'intermediazione finanziario-assicurativa che si sta lentamente insinuando nelle crepe del SSN.

Tutto ciò documenta sia l'inaccettabile paradosso frutto di una programmazione sanitaria sganciata dalla situazione finanziaria del Paese, sia la miopia e l'incapacità della politica che

¹⁹⁸ 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 2019: pag 32. Marzo 2019. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2837_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

¹⁹⁹ XVIII Legislatura. Parlamento Italiano. Commissione Federalismo fiscale. Audizione della Ministra della salute, On. Giulia Grillo, su attuazione e prospettive del federalismo fiscale e sulle procedure in atto per la definizione delle intese ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione. Disponibile a: http://www.camera.it/leg18/1058?idLegislatura=18&tipologia=audiz2&sottotipologia=audizione&anno=2019&mese=04&giorno=10&idCommissione=62&numero=0009&file=indice_stenografico#stenograficoCommissione.tit00020.int00020. 10 aprile 2019.

²⁰⁰ Cartabellotta A. Nuovi Lea: grande traguardo politico a rischio di illusione collettiva? Sanità 24, 27 gennaio 2017. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2017-01-27/nuovi-lea-grande-traguardo-politico-rischio-illusione-collettiva-165343.php?uuid=AEZgiOJ. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

da un lato ha puntato ad ampliare i consensi offrendo (solo sulla carta) ai cittadini italiani il “paniere LEA” più ricco d’Europa, dall’altro ha ridotto la spesa sanitaria facendo retrocedere l’Italia a “primo tra i paesi poveri”. Di conseguenza, nella realistica impossibilità di rilanciare in maniera consistente il finanziamento pubblico, serve il coraggio politico di avviare una rimodulazione del perimetro dei LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia, ponendo le basi anche per una riforma della sanità integrativa che negli anni è divenuta “sostitutiva” (§ 3.4.), anche per la limitata possibilità di integrare rispetto a quanto già incluso nei LEA. In altre parole, 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 tutte quelle inserite nei LEA, facendo esplicito riferimento a un metodo rigoroso basato sulle evidenze e sul *value* (§ 3.2.1).

Se la legislazione concorrente affida allo Stato il compito di assegnare le risorse e definire i LEA e alle Regioni quello di erogarli previa pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari, l’evidente incongruenza tra entità delle risorse assegnate e LEA da garantire cova come un tizzone sotto la cenere sempre pronto a riaccendersi, trasformando la “leale collaborazione” Governo-Regioni in “conflitto istituzionale” e rendendo evanescente il ruolo della Repubblica nel tutelare la salute delle persone. Infatti, il conflitto Stato-Regioni a cascata, scarica le responsabilità su aziende e professionisti sanitari, e genera inevitabili ripercussioni su cittadini, pazienti e famiglie, in particolare sulle fasce socio-economiche più deboli e nelle Regioni del Centro-Sud.

3.3. Sprechi e inefficienze

Se il *value* è viene misurato dal rapporto tra outcome di salute rilevanti per il paziente (esiti favorevoli *meno* effetti avversi) e costi sostenuti e il *value for money* rappresenta il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità (§ 2.4), per definire gli sprechi 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*»²⁰¹. 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 Berwick²⁰²; 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*²⁰³ 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

²⁰¹ Ohno T. *Toyota Production System: Beyond Large-scale Production*, Productivity Press Inc, 1995.

²⁰² Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307:1513-6.

²⁰³ OECD. *Tackling Wasteful Spending on Health*. OECD Publishing: Paris, January 2017. Disponibile a: <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

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 meno costose di sovrapponibile efficacia/sicurezza.

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 inefficienze amministrative, mentre frodi e abusi possono di fatto essere considerati trasversali a tutte le categorie.

La tassonomia GIMBE e, in particolare, le relative stime sugli sprechi, sono da anni al centro di un acceso dibattito²⁰⁴ con posizioni estreme: da chi ha bocciato senza appello presupposti metodologici e stime²⁰⁵ a chi ha espresso scetticismo sulle cifre²⁰⁶; da chi conferma cautamente l’esistenza degli sprechi ma ritiene che non rappresentino una fonte credibile di (ri)finanziamento²⁰⁷ a chi ritiene che la tassonomia GIMBE sia un riferimento per il salvataggio della sanità pubblica²⁰⁸ grazie all’identificazione di aree e strategie per recuperare preziose risorse da riallocare²⁰⁹. Rispetto alle posizioni di cui sopra, si riportano di seguito alcune precisazioni della Fondazione GIMBE:

- 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 Berwick

²⁰⁴ 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: 7 giugno 2019.

²⁰⁵ Montemurro D, et al. I ‘molti’ dubbi sui reali sprechi in sanità. Lo studio Anaao Assomed. Quotidiano Sanità, 18 ottobre 2017. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=54885. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁰⁶ 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: 7 giugno 2019.

²⁰⁷ 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 20-21. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁰⁸ 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.

²⁰⁹ Geddes da Filicaia M. Parola chiave. Risparmio. Care 2018 (2): 22-24. Disponibile a: <http://careonline.it/2018/04/risparmio>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

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.

- 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.
- Una delle principali motivazioni per confutare le stime GIMBE sarebbe l'inverosimile coesistenza di oltre € 20 miliardi di sprechi con un servizio sanitario che produce risultati eccellenti in termini di salute con un finanziamento pubblico molto contenuto. Le spiegazioni sono fondamentalmente due: la prima è che gli esiti di salute nei paesi industrializzati solo per il 10% dipendono dalla qualità dell'assistenza sanitaria²¹⁰,²¹¹; la seconda è che il defianziamento pubblico degli ultimi anni ha gravato prevalentemente sul personale sanitario dipendente e convenzionato, come attesta il trend 2000-2017 completamente "piatto" riportato dalla Ragioneria Generale dello Stato²¹². 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.
- Rispetto alle recenti osservazioni riportate nell'introduzione del Rapporto CREA²¹³, senza entrare nel merito dei dettagli, si precisa che:
 - La Fondazione GIMBE non ha mai indicato il disinvestimento da sprechi e inefficienze come una strategia sostitutiva del rilancio del finanziamento pubblico, ribadendo che l'etica del razionamento appartiene ai Governi mentre l'etica della riduzione degli sprechi a tutti gli stakeholder del SSN²¹⁴. Peraltro, appare un alibi poco credibile che da 10 anni i Governi non investano in sanità perché *"per alcuni il (ri) finanziamento della Sanità si ottiene non aumentando le risorse, ma riducendo gli "sprechi" e, quindi, liberando risorse"*.
 - Le evidenze sugli sprechi in sanità, come documentato in questo capitolo, non sono affatto "fragili": semmai sono le stime ad essere potenzialmente imprecise, come da sempre riconosciuto.
 - Accettare che nel SSN *"gli sprechi esistono, ma non rappresentano una fonte credibile di (ri) finanziamento"* significherebbe ammettere che esiste una consistente quota "fisiologica" di sprechi nel sistema salute non recuperabile in alcun modo perché le modalità di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, oltre che le attitudini dei professionisti e aspettative dei pazienti non sono modificabili solo perché *"la sanità è un sistema complesso"*.

Mentre in Italia si continua a disquisire su esistenza ed entità degli sprechi, nel novembre 2018 un report congiunto dell'OCSE e della Commissione Europea²¹⁵ identifica sprechi e inefficienze tra le determinanti della crisi di sostenibilità dei sistemi sanitari, e include la loro riduzione tra le strategie per aumentarne efficacia e resilienza; inoltre, citando proprio le stime del 3° Rapporto GIMBE, conferma che, indipendentemente dal livello di finanziamento, sino al 20% della spesa sanitaria viene erosa da sprechi e inefficienze e può essere almeno in parte

²¹⁰ World Health Organization. Health Impact Assessment (HAI). Determinant of health. Disponibile a: www.who.int/hia/evidence/doh. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²¹¹ Institute for the future (ITF), Health and Healthcare 2010. The forecast, The challenge. Jossey Bass, Princeton, 2003.

²¹² MEF – Ragioneria dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 5, 2018. Disponibile a: www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2017/IMDSS-RS2017.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²¹³ 4° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 20-21. Disponibile a: www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²¹⁴ Brody H. From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. N Engl J Med.2012;366:1949-51.

²¹⁵ OECD, European Commission. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing: Paris, November 2018. Disponibile a: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

recuperata senza ridurre la qualità dell'assistenza; infine, fornisce un approccio pragmatico per l'identificazione e la classificazione degli sprechi (figura 3.15).

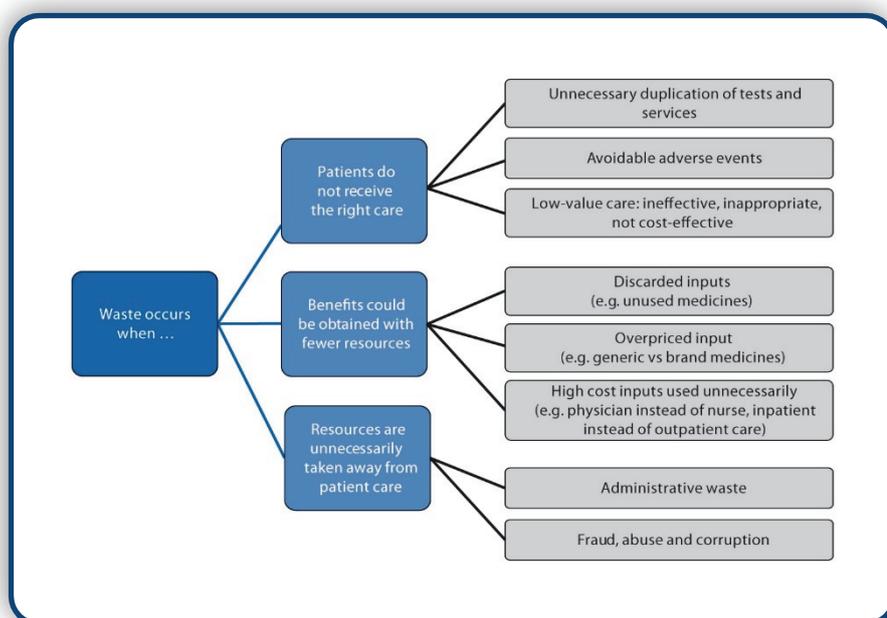


Figura 3.15. L'approccio pragmatico per identificare e classificare gli sprechi in sanità²¹⁶

Per l'anno 2017 la stima di sprechi e inefficienze è di € 21.495 milioni (19% della spesa sanitaria) sul consuntivo di € 113.131 milioni di spesa sanitaria pubblica²¹⁷. Si è ritenuto opportuno riportare il margine di variabilità ($\pm 20\%$) anche per la stima totale: sprechi e inefficienze erodono tra € 17.196 e € 25.794 milioni, ovvero il 17-21% della spesa sanitaria pubblica (tabella 3.7).

Categoria	%	Stima	Range ($\pm 20\%$)
1. Sovra-utilizzo	30	€ 6,45	€ 5,16 – € 7,74
2. Frodi e abusi	22	€ 4,73	€ 3,78 – € 5,67
3. Acquisti a costi eccessivi	10	€ 2,15	€ 1,72 – € 2,58
4. Sotto-utilizzo*	15	€ 3,22	€ 2,58 – € 3,87
5. Inefficienze amministrative	11	€ 2,36	€ 1,89 – € 2,84
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	12	€ 2,58	€ 2,06 – € 3,10
TOTALE	100	€ 21,49	€ 17,20 – € 25,79

* Stima indiretta dei costi generati dal peggioramento degli outcome di salute conseguente al sotto-utilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati (§3.3.4)

Tabella 3.7. Stima di sprechi e inefficienze della spesa sanitaria pubblica 2017 (dati in miliardi)

²¹⁶ OECD, European Commission. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing: Paris, November 2018. Disponibile a: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²¹⁷ ISTAT. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2018. Disponibile a: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

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 specialistiche²¹⁸: 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 determinanti²¹⁹: 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 professionale²²⁰ da sola possa ridurre in maniera consistente questa categoria di sprechi. Peraltro, il nuovo Sistema Nazionale Linee Guida, nonostante la piena operatività, risente dei tempi necessari per l'elaborazione e pubblicazione di linee guida aggiornate.

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) ²²¹ .
Determinanti	Offerta di servizi, comportamenti professionali, aspettative di cittadini e pazienti.
Stima spreco	€ 6,45 miliardi (range € 5,16 - 7,74 miliardi)
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, o efficaci ma inappropriate, o 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

²¹⁸ Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet* 2017;390:156-168.

²¹⁹ Cartabellotta A. Less is more: un approccio di sistema alla medicina difensiva. *Quaderni di Monitor* 2015, pagg. 18-27.

²²⁰ 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.

²²¹ 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.

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ²²²	<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 • DM 27 febbraio 2018. Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) • Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici – Documento Strategico²²³ • Piano Nazionale delle Cronicità²²⁴
Iniziative	<ul style="list-style-type: none"> • Choosing Wisely Italy²²⁵, inserite anche nella sezione “Buone pratiche” del SNLG²²⁶ • Choosing Wisely²²⁷

Tabella 3.8. Sprechi da sovra-utilizzo

3.3.2. Frodi e abusi

L'Italia occupa posizioni non invidiabili nelle classifiche internazionali relative alla corruzione in ambito economico e produttivo: il *Transparency Corruption Perceptions Index* 2018 con uno score di 52 ci colloca al 53° posto nel mondo su 180 paesi, al 30° posto tra i 35 paesi dell'OCSE e al 22° tra i 28 dell'Unione Europea²²⁸. 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, 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

²²² Il DM 70/2015 (sezione volumi ed esiti) e il DM 21 giugno 2016 (allegato B) potrebbero avere come effetto paradossale l'overuse di interventi ospedalieri con il fine di raggiungere i volumi minimi di attività.

²²³ Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici – Documento Strategico. Settembre, 2017. Disponibile a: www.regioni.it/download/news/531285. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²²⁴ Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016. Piano Nazionale delle Cronicità. Disponibile a: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56361&parte=1%20&serie=null. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²²⁵ Choosing Wisely Italy. Le raccomandazioni di Società Scientifiche e Associazioni professionali italiane. Disponibile a: www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²²⁶ Sistema Nazionale Linee Guida. Buone Pratiche. Choosing Wisely edizione italiana. Disponibile a: <https://snlg.iss.it/?p=123>. www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²²⁷ Choosing Wisely. Disponibile a: www.choosingwisely.org. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²²⁸ Transparency International. Corruption perceptions index 2018. Disponibile a: <https://www.transparency.org/cpi2018>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

determinano varie tipologie di frodi, abusi, 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 in sanità²²⁹, mentre il secondo rapporto "Curiamo la corruzione" stima un impatto tra € 4,3 miliardi e € 9,2 miliardi²³⁰. Nonostante le dichiarazioni sull'esistenza e l'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 corruzione²³¹.

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	€ 4,73 miliardi (range € 3,78 – 5,67 miliardi)
Tassonomia²³²	<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
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"> • Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) Legge 6 novembre 2012 n. 190 • Protocollo d'intesa tra ANAC e Agenas del 5 novembre 2014²³³ • Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015. Aggiornamento 2015 al PNA

²²⁹ ISPE Sanità. Libro Bianco sulla [Corruption in Sanità. Settembre 2014. Disponibile a: www.ispe-sanita.it/1/upload/ispe_libroweb18settembre.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²³⁰ 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: 7 giugno 2019.

²³¹ Corruzione in sanità. Cantone (Anac): "Il problema esiste ma i numeri che circolano sono bufale e leggende metropolitane". Quotidiano Sanità, 10 maggio 2018. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=61609. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²³² 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: 7 giugno 2019.

²³³ 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: 7 giugno 2019.

	<ul style="list-style-type: none"> • Protocollo di intesa tra ANAC e Ministero della Salute del 21 aprile 2016²³⁴ • Atto integrativo del protocollo di intesa del 21 aprile 2016 tra ANAC, Agenas e Ministero della Salute del 26 luglio 2016²³⁵ • Delibera n. 831 del 3 agosto 2016. Determinazione di approvazione definitiva del PNA 2016 • Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN del 20 settembre 2016²³⁶ • Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017. Aggiornamento al PNA 2016 • Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018. Aggiornamento al PNA 2016
Iniziative	<ul style="list-style-type: none"> • Transparency International²³⁷ • Illuminiamo la Salute²³⁸ • Curiamo la Corruzione²³⁹ • ISPE Sanità²⁴⁰

Tabella 3.9. Sprechi da frodi e abusi

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 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, la Ragioneria Generale dello Stato 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»²⁴¹. 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

²³⁴ 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: 7 giugno 2019.

²³⁵ 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: 7 giugno 2019.

²³⁶ 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: 7 giugno 2019.

²³⁷ Transparency International. Disponibile a: www.transparency.org/topic/detail/health. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²³⁸ Illuminiamo la Salute. Disponibile a: www.illuminiamolasalute.it. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²³⁹ Curiamo la Corruzione. Disponibile a: www.curiamolacorruzione.it. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁴⁰ ISPE - Istituto per la promozione dell'etica in sanità. Disponibile a: www.ispe-sanita.it. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁴¹ 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: 7 giugno 2019.

fornitore, oneri di immagazzinamento conseguenti a incertezza sui tempi di consegna di materiale e attrezzature per riorganizzazioni e ristrutturazioni in corso, etc.

Il primo studio ufficiale in grado di confermare le stime per questa categoria di sprechi è stato recentemente condotto dall'ANAC sul mercato dei dispositivi medici per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete²⁴²: applicando i prezzi di riferimento standard, su una spesa complessiva stimata in circa € 500 milioni si potrebbero risparmiare tra € 140 e € 216 milioni.

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	€ 2,15 miliardi (range € 1,72 - 2,58 miliardi)
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 2015²⁴³ • Dlgs. 50/2016 modificato dal Dlgs. 56/2017 • Programma Nazionale HTA dispositivi medici²⁴⁴ • Legge di Bilancio 2018, cc 412-415²⁴⁵ • Legge di Bilancio 2019, c. 558²⁴⁶
Iniziative	ND

Tabella 3.10. Sprechi da acquisti a costi eccessivi

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

²⁴² Autorità Nazionale Anticorruzione. Indagine conoscitiva sul mercato dei dispositivi medici per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete. Roma, settembre 2018. Disponibile a:

www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/Pubblicazioni/Rapporti Studi/ContrattiPubblici/Studio.diabete.21.09.2018.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁴³ 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: 7 giugno 2019.

²⁴⁴ Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici. Disponibile a: www.statoregioni.it/Documenti/DOC_060346_Rep%20n%20157%20csr%20Punto%203%20odg.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁴⁵ Trasmissione elettronica dei documenti inerenti gli acquisti di beni e servizi.

²⁴⁶ Nelle fatture elettroniche di ogni azienda devono essere inseriti in modo separato il costo di ciascun bene o servizio. Il Ministero della Salute accerta l'eventuale superamento del limite di spesa annuo.

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.

Per analizzare il complesso fenomeno del sotto-utilizzo occorre partire 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*²⁴⁷. 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, emarginazione sociale, status di immigrazione, etc.
- Intervento sanitario non disponibile: interventi dal *value* elevato non inseriti nei LEA, oppure 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* anche se 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.

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	€ 3,22 miliardi (range € 2,58 - 3,87 miliardi)
Tassonomia	A. Mancato accesso all'assistenza B. Intervento sanitario non disponibile C. Intervento disponibile, ma non prescritto o non erogato D. Mancata <i>compliance</i> del paziente
Esempi	A. Immigrati clandestini, residenza in aree disagiate, persone senza fissa dimora B. Hospice, assistenza domiciliare, 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 nelle malattie croniche.
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)

²⁴⁷ Glasziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet* 2017;390:169-177.

	<ul style="list-style-type: none"> • Piano Nazionale delle Cronicità²⁴⁸
Iniziative	ND

Tabella 3.11. Sprechi da sotto-utilizzo

3.3.5. Inefficienze amministrative

In un sistema estremamente articolato 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 anche ai professionisti sanitari in un contesto dove, paradossalmente, i costi del personale amministrativo rappresentano già una consistente voce di spesa del SSN (circa € 2.000 milioni²⁴⁹). Per affrontare queste complessità i costi amministrativi possono essere contenuti mettendo in atto investimenti e modalità gestionali ancora non adeguatamente diffusi: semplificazione amministrativa, standardizzazione e informatizzazione di processi e procedure tra cui quello degli acquisti (*e-procurement*), dematerializzazione dei documenti, riduzione del personale amministrativo, formazione alle *digital skills*, utilizzo adeguato di personale amministrativo nell'ambito dei processi assistenziali, rinnovo della dotazione informatica, semplificazione e interconnessione dei sistemi informativi in sanità, applicazione dei principi *lean* al settore amministrativo.

INEFFICIENZE AMMINISTRATIVE	
Definizione	Processi non clinici (burocratici, gestionali, amministrativi) che consumano risorse senza generare <i>value</i> .
Determinanti	Eccesso di burocrazia, limitata standardizzazione e informatizzazione di processi non clinici e relative procedure, limitata dematerializzazione dei documenti, ipertrofia del comparto amministrativo e basso livello di <i>digital skills</i> , dotazione informatica obsoleta e inadeguata al <i>mobile working</i> , sistemi informativi poco interconnessi.
Stima spreco	€ 2,36 miliardi (range € 1,89 – 2,84 miliardi)
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 2016²⁵⁰
Iniziative	<ul style="list-style-type: none"> • Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità²⁵¹

Tabella 3.12. Sprechi da inefficienze amministrative

²⁴⁸ Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016. Piano Nazionale delle Cronicità. Disponibile a: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56361&parte=1%20&serie=null. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁴⁹ MEF. Composizione della retribuzione. Disponibile a: www.contoannuale.mef.gov.it/spese-e-retribuzioni/composizione-retribuzione. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁵⁰ Patto per la sanità digitale. Disponibile a: www.statoregioni.it/Documenti/DOC_054271_REP%20123%20CSR%20%20PUNTO%207%20ODG.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁵¹ Politecnico di Milano – School of Management. Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità. Disponibile a: www.osservatori.net/it_it/osservatori/innovazione-digitale-in-sanita. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

3.3.6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza

In tutti i sistemi sanitari sprechi e inefficienze sono generati dall'inadeguato coordinamento dell'assistenza a due livelli:

- Nello 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 differenti approcci 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: ad esempio, i PDTA nei pazienti con malattie croniche, in particolare quelli con multimorbilità, prevedono continue interazioni 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. Tutto ciò alimenta soprattutto l'inappropriatezza organizzativa, con pazienti che vengono assistiti in setting assistenziali più costosi di quanto necessario.

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	€ 2,58 miliardi (range € 2,06 – 3,10 miliardi)
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 2016²⁵² • DM 70/2015: reti, integrazione ospedale-territorio²⁵³ • Piano Nazionale delle Cronicità del 15 settembre 2016²⁵⁴ • DM 21 giugno 2016 (allegato B)²⁵⁵
Iniziative	<ul style="list-style-type: none"> • Programma Nazionale Esiti²⁵⁶

Tabella 3.13. Sprechi da inadeguato coordinamento dell'assistenza

²⁵² Patto per la sanità digitale. Disponibile a: www.statoregioni.it/Documenti/DOC_054271_REP%20123%20CSR%20%20PUNTO%207%20ODG.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁵³ Ministero della Salute. Decreto 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

²⁵⁴ Piano Nazionale delle Cronicità. Disponibile a: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56361&parte=1%20&serie=null. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁵⁵ 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.

²⁵⁶ Ministero della Salute – Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Programma Nazionale Esiti 2017. Disponibile a: <http://pne2017.agenas.it>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

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 anni abbiamo assistito ad una crescente convergenza d'interessi per fondi sanitari, assicurazioni e varie forme di welfare aziendale. In particolare, convegni e incontri dedicati a tematiche socio-sanitarie, testate giornalistiche e varie pubblicazioni di prestigiose Università e Istituti di ricerca sociale sembrano concordare che per garantire la sostenibilità del SSN e dell'intero sistema di welfare l'unica soluzione sia l'espansione del cosiddetto secondo pilastro. Anche in occasione di eventi organizzati o patrocinati da istituzioni pubbliche, gli esponenti del mondo assicurativo (in evidente, seppur legittima, posizione di conflitto di interessi) promuovono liberamente il secondo pilastro, alimentando un "pensiero unico": ovvero che il secondo pilastro è uno strumento indispensabile per salvare il SSN, efficace e privo di "effetti collaterali"²⁵⁷.

In controtendenza a questo clima di contagioso entusiasmo, la Fondazione GIMBE - nel 3° Rapporto sulla sostenibilità del SSN²⁵⁸ e in successive pubblicazioni²⁵⁹ - ha incluso l'espansione del secondo pilastro tra le determinanti della crisi di sostenibilità del SSN. A fronte delle critiche da parte di alcuni stakeholder, che hanno tacciato la Fondazione GIMBE di pregiudizio ideologico nei confronti della sanità integrativa, numerose pubblicazioni, documenti istituzionali e position paper concordano nell'identificare la sanità integrativa come una grave criticità per il SSN^{260,261,262,263,264,265,266}.

Nel frattempo, il dibattito pubblico sul tema della sanità integrativa è finalmente sbarcato in Parlamento: infatti, nel gennaio 2019 la Commissione Affari Sociali della Camera ha avviato un'indagine conoscitiva²⁶⁷ «per attuare una ricognizione complessiva della sanità integrativa, alla luce dei 40 anni dall'istituzione del SSN. I fondi sanitari integrativi, sono stati previsti dalla legge per potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non compresi nei LEA. Pertanto non dovrebbero sostituirsi al primo pilastro del nostro sistema pubblico di salute che è il SSN,

²⁵⁷ 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: 7 giugno 2019.

²⁵⁸ 3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/2018. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁵⁹ Cartabellotta A. Il Servizio Sanitario Nazionale compie 40 anni: lunga vita al Servizio Sanitario Nazionale! Fondazione GIMBE. 23 dicembre 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/SSN40. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁶⁰ 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. 86-95. Disponibile a: www.senato.it/leg/17/BGT/Schede/docnonleg/35564.htm. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁶¹ 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: 7 giugno 2019.

²⁶² Geddes da Filicaia M. La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, marzo 2018.

²⁶³ 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: 7 giugno 2019.

²⁶⁴ Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi. Un ruolo per le Regioni? Franco Angeli Edizioni, 2018.

²⁶⁵ Barbato A, Dirindin N, Frateschi M, et al. Via le agevolazioni fiscali per la spesa privata sostitutiva dei Lea. Quotidiano Sanità, 27 novembre. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=6840. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁶⁶ Dirindin N. È tutta salute: In difesa della sanità pubblica. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 2018.

²⁶⁷ Camera dei Deputati. Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Disponibile a: www.camera.it/leg18/203?idLegislatura=18&idCommissione=&tipoElenco=indaginiConoscitiveCronologico&annoMese=&breve=c12_integrativi&calendario=false&soloSten=false. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

basato sui principi di universalità, equità e solidarietà, come diretta attuazione dell'articolo 32 della Costituzione»²⁶⁸.

Il 16 gennaio 2019, in occasione dell'avvio di tale indagine, l'Osservatorio GIMBE ha pubblicato un report sulla sanità integrativa²⁶⁹ che ha rappresentato la base per la successiva audizione parlamentare della Fondazione GIMBE ²⁷⁰. Obiettivo del report era diffondere la consapevolezza politica, professionale e sociale che, in ragione di una normativa frammentata e incompleta, la sanità integrativa è progressivamente diventata sostitutiva, permettendo all'intermediazione finanziaria e assicurativa di utilizzare detrazioni fiscali per incrementare i profitti, accrescendo iniquità e diseguaglianze, oltre che di alimentare il consumismo sanitario e la medicalizzazione della società, aumentando i rischi per la salute delle persone. Il report GIMBE e la successiva audizione - ampliamenti ripresi dagli organi di stampa^{271,272,273,274,275} - hanno generato una vigorosa e scomposta reazione degli operatori del settore^{276,277} che hanno addirittura lanciato un appello, invertendo l'ordine dei fattori: *“È necessario mettere in guardia i cittadini dal tentativo di smantellamento della sanità integrativa, una delle conquiste sociali più importanti conseguite dalla contrattazione collettiva in questi anni. Sono in troppi che vorrebbero mettere le mani nelle buste paga dei lavoratori per difendere rendite di posizione e clientelismi con la scusa del salvataggio del SSN”*²⁷⁸.

Nel dibattito pubblico che ne è seguito tali reazioni sono state da più parti contestate^{279,280}, oltre che segnalate criticità e ritardi nel rimborso delle prestazioni agli iscritti²⁸¹.

²⁶⁸ Fondi integrativi. Loreface (M5S): “Da gennaio indagine parlamentare. Non devono diventare sostitutivi”. Quotidiano Sanità, 19 dicembre. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=69283. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁶⁹ Fondazione GIMBE. La sanità integrativa. Bologna, gennaio 2019. Disponibile a: www.gimbe.org/sanita-integrativa. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁷⁰ XVIII Legislatura. XII Commissione. Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del servizio sanitario nazionale Audizione di rappresentanti della Federazione italiana della mutualità integrativa volontaria (FIMIV), della Fondazione GIMBE e del Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (CeRGAS), nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Resoconto stenografico Seduta n. 1 di martedì 22 gennaio 2019. Disponibile a: www.camera.it/leg18/1079?idLegislatura=18&tipologia=indag&sottotipologia=c12_integrativi&anno=2019&mese=01&giorno=22&idCommissione=12&numero=0001&file=indice_stenografico. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁷¹ Magnano R. Fondi sanitari, Fondazione GIMBE: «Incasano sempre più, rimborsano sempre meno». Il Sole 24 Ore, 16 gennaio 2019. Disponibile a: www.ilsole24ore.com/art/notizie/2019-01-16/fondi-sanitari-fondazione-gimbe-incassano-sempre-piu-rimborsano-sempre-meno-090058.shtml?uuid=AEtknKGH. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁷² Sanità integrativa. Per GIMBE: “È sempre più ‘sostitutiva’ e alimenta il consumismo sanitario. Servono riforme urgenti e trasparenza”. Quotidiano Sanità, 16 gennaio 2019. Disponibile a www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=69945. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁷³ Fondi integrativi. GIMBE: “Sistema vive una totale deregulation. Stop a detrazioni fiscali”. Quotidiano Sanità, 23 gennaio 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=70196. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁷⁴ La Sanità integrativa diventa sostitutiva del SSN. GIMBE, deregulation mina sostenibilità Sistema pubblico. ANSA, 16 gennaio 2019. Disponibile a: www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2019/01/16/la-sanita-integrativa-diventa-sostitutiva-del-ssn_c43abfac-c190-4555-8856-79b4a432aa8d.html. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁷⁵ Daina C. Sanità, fondi integrativi? No, sostitutivi: coprono servizi già garantiti dal sistema sanitario. La Camera avvia indagine. Il Fatto Quotidiano, 15 febbraio 2019. Disponibile a: www.ilfattoquotidiano.it/2019/02/15/sanita-fondi-integrativi-no-sostitutivi-coprono-servizi-gia-garantiti-dal-sistema-sanitario-la-camera-avvia-indagine/4949743. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁷⁶ Vecchiotti M. Sanità integrativa. Nel Rapporto GIMBE molte inesattezze. Quotidiano Sanità, 28 gennaio 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70377. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁷⁷ Vecchiotti M. L'equità della sanità integrativa. Quotidiano Sanità, 7 febbraio 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70721. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁷⁸ RBM Assicurazione Salute: le risorse per la sanità integrativa non si toccano. ADN Kronos Salute, 30 gennaio 2019. Disponibile a: www.adnkronos.com/immediapress/salute-e-benessere/2019/01/30/rbm-assicurazione-salute-risorse-per-sanita-integrativa-non-toccano_tR0Mgkbf1MSwbeLwu5Z3eM.html. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁷⁹ Geddes Da Filicaia M. Ancora sulla sanità integrativa. Il vero nodo resta comunque l'appropriatezza delle prestazioni. Quotidiano Sanità, 4 febbraio 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70607. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁸⁰ Donzelli A. Castelluzzo G. “In-appropriatezza” di tanta Sanità integrativa. Quotidiano Sanità, 12 febbraio. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70848. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁸¹ Renzo G. Il caso Previmedical, la botte piena e la moglie ubriaca. Quotidiano Sanità, 1 febbraio 2019. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70553. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

3.4.1. Determinanti dell'espansione del secondo pilastro

Le restrizioni finanziarie imposte alla sanità pubblica negli ultimi 10 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, aumentando le difficoltà di accesso alle cure e amplificando le diseguglianze. In questo contesto, l'aumento della spesa out-of-pocket e il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie sono stati opportunisticamente utilizzati per promuovere forme alternative di copertura sanitaria. La necessità di affidarsi al secondo pilastro per garantire la sostenibilità del SSN si è così progressivamente affermata per l'interazione di vari fattori:

- **Complessità della terminologia.** Attorno al semplice concetto di sanità integrativa oggi ruota una terminologia articolata e complessa (box 3.8), che da un lato rende sempre più difficile la comprensione di un tema già ostico, 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, "imbeccati" da catastrofici dati su rinunce alle cure e indebitamenti, sono in grado di valutare oggettivamente vantaggi e svantaggi della sanità integrativa.

Box 3.8. Glossario

- **Assicurazioni.** Identificano la componente profit dei terzi paganti.
 - **Fondi sanitari.** Identificano la componente no-profit dei terzi paganti: oltre ai fondi sanitari propriamente detti, includono società di mutuo soccorso, casse, enti.
 - **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, ai sensi del D.lgs 502/1992, tramite i fondi sanitari; oggi nel linguaggio comune il termine viene utilizzato per indicare qualsiasi forma di copertura da terzi paganti.
 - **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, oltre all'offerta pubblica garantita dal SSN.
 - **Terzo pilastro.** Sanità individuale erogata, ai sensi del D.lgs 502/1992, tramite polizze assicurative.
 - **Welfare aziendale.** Include varie 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 determinando una totale *deregulation* del settore (box 3.9). Tale *deregulation* ha generato alcune situazioni paradossali. Innanzitutto, per godere delle agevolazioni fiscali, i fondi sanitari integrativi sono tenuti a destinare solo il 20% delle risorse impegnate a prestazioni integrative, rispetto a quelle già incluse nei LEA; in altre parole la normativa garantisce agevolazioni fiscali ai fondi che impegnano sino all'80% delle risorse in prestazioni sostitutive. In secondo luogo, i fondi sanitari integrativi,

formalmente enti no-profit, per problemi di solvibilità possono “ri-assicurarsi” con una o più compagnie assicurative che spesso rivestono anche il ruolo di gestori dei fondi; infatti le relazioni tra fondi sanitari e compagnie assicurative sono in continuo aumento: se nel 2013, secondo l’ANIA, il 55% dei fondi erogava le sue prestazioni attraverso una convenzione con una compagnia d’assicurazione e il 45% risultava auto-assicurato²⁸², secondo l’VIII Rapporto RBM-Salute-Censis²⁸³ nel 2017 quasi l’85% dei fondi sanitari risulta gestito tramite il settore assicurativo. Infine, con la diffusione del welfare aziendale le imprese beneficiano di agevolazioni fiscali che contribuiscono indirettamente ad alimentare il business delle compagnie assicurative che assicurano e gestiscono i fondi sanitari. In altri termini nell’attuale quadro normativo i fondi sanitari integrativi, divenendo prevalentemente sostitutivi, da un lato hanno progressivamente perduto quella caratteristica di complementarità al SSN che attribuiva loro una meritorietà in termini di agevolazioni fiscali, dall’altro hanno permesso alle compagnie assicurative di operare, in qualità di “assicuratori” e gestori dei fondi sanitari, in un contesto creato per enti no-profit.

Box 3.9. 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 SSN:
 - la sanità pubblica basata sul principio dell’universalità, dell’eguaglianza e della solidarietà;
 - la sanità collettiva integrativa, tramite i fondi sanitari integrativi;
 - 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/anno, aumentato a € 2.500 euro/anno in caso di coinvolgimento paritetico dei lavoratori, per i dipendenti con reddito lordo annuo sino a € 50.000.
- **Legge di Bilancio 2017.** Aumenta i limiti dei premi fissati dalla Legge di Stabilità 2016 da €

²⁸² Fondi sanitari, la necessità di un riordino. Associazione Nazionale per le Imprese Assicuratrici (ANIA). Maggio 2015: pag. 2. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier-e-position-paper/Fondi-sanitari-La-necessita-di-un-riordino-Position-Paper-23.06.2015.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁸³ VIII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata. Giugno 2018, pag. 43. Disponibile a: www.welfareday.it/pdf/VIII_Rapporto_RBM-Censis_SANITA_def.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

2000/anno a € 3.000/anno e da € 2.500/anno a € 4.000/anno ed estende la platea dei beneficiari elevando la soglia di reddito lordo annuo a € 80.000.

- **Decreto crescita (DL 34/2019).** Riconosce la natura non commerciale dei fondi sanitari integrativi, garantendo loro la possibilità di godere delle agevolazioni fiscali.

- **Scarsa trasparenza.** Le dinamiche sui fondi sanitari e le modalità con cui operano rimangono di fatto sconosciute perché l'anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi istituita presso il Ministero della Salute non è pubblicamente accessibile.
- **Carenza di sistemi di controllo.** Come rilevato nel dicembre 2015 dalla senatrice Donella Mattesini in Commissione Igiene e Sanità al Senato²⁸⁴, 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 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, al di là di semplici attività amministrative (richiesta d'iscrizione all'anagrafe, variazioni di organigramma, dati di bilancio), il Ministero della Salute non esercita alcuna verifica né certificazione istituzionale sui dati periodicamente trasmessi dai fondi.
- **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 nuove forme di agevolazione fiscale. In particolare, il nuovo impianto normativo del welfare aziendale ha fatto leva su rilevanti incentivi fiscali per promuovere gli investimenti delle imprese finalizzati al benessere dei lavoratori e delle loro famiglie: in questo contesto, la sanità integrativa è una delle aree che ha maggiormente catalizzato l'interesse di imprese e sindacati offrendo beni e servizi sanitari sostitutivi, aggiuntivi o complementari rispetto a quanto già garantito dal SSN.
- **Strategie di marketing.** Gli operatori dell'intermediazione finanziaria e assicurativa portano avanti una martellante campagna mediatica basata su alcune 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 questa strategia di marketing la relazione tra queste criticità, in realtà assolutamente non 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»²⁸⁵ 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»¹⁴ (figura 3.16).

²⁸⁴ 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: 7 giugno 2019.

²⁸⁵ In Italia ormai la sanità non è più per tutti. Comunicato stampa Censis-RBM Assicurazione Salute, 7 giugno 2017. Disponibile a: www.censis.it/?shadow_comunicato_stampato=121116. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.



Figura 3.16. Assioma della strategia di marketing del secondo pilastro

Ecco che allora, per confutare la tesi dei proponenti, è necessario intraprendere il percorso inverso, analizzando 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.** Nel periodo 2012-2015 varie manovre finanziarie hanno sottratto al SSN circa € 25 miliardi e 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 2019, analogamente ai precedenti, conferma la progressiva riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% nel 2019-2020 al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022.
- **Aumento della spesa out-of-pocket.** Secondo le stime riportate per l'anno 2017 (§ 2.1.2) la spesa sanitaria privata ammonta a € 41.789 milioni di cui oltre l'86% è out-of-pocket, ovvero € 35.989 milioni sono a carico delle famiglie con una spesa pro-capite di € 595,02, superiore alla media OCSE. A fronte di questo inconfutabile dato, è fondamentale precisare alcuni aspetti. Innanzitutto, non esiste alcun allarme sull'incremento della spesa out-of-pocket (§ 2.1.2.1); in secondo luogo, nel 2017 € 3.864 milioni sono stati "restituiti" ai cittadini dallo Stato sotto forma di detrazioni fiscali. Infine, lo "spacchettamento" della spesa delle famiglie confuta l'ipotesi che sia impiegata esclusivamente a fronteggiare le minori tutele pubbliche: il 40-50% della spesa out-of-pocket, infatti, non è destinata a beni e servizi indispensabili a migliorare lo stato di salute, bensì soddisfa bisogni indotti dalla medicalizzazione della società e condizionati da consumismo, pseudo-diagnosi e preferenze individuali.

Difficoltà di accesso ai servizi sanitari e rinuncia alle cure. I persuasivi slogan sulla difficoltà di accesso alle cure fanno leva sui dati allarmistici del rapporto RBM-Censis, basato

su studi metodologicamente inadeguati²⁸⁶ e influenzati da conflitti di interesse. Gli inquietanti dati pubblicati dal Censis proiettano infatti su oltre 60 milioni di persone i risultati di indagini commissionate da RBM Salute e realizzate tramite questionari strutturati (di cui non si conoscono le domande) su un campione di 1.000 adulti maggiorenni residenti in Italia. Nel 2017 la roboante notizia dei 12,2 milioni di italiani che rinunciano alle cure è in contraddizione con l'indagine europea sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie (EU-SILC)²⁸⁷, secondo la quale gli italiani che hanno rinunciato a una o più prestazioni sanitarie sono meno di 5 milioni: il dato è stato infatti immediatamente smentito da autorevoli ricercatori²⁸⁸ e successivamente dallo stesso Ministero della Salute²⁸⁹. Il rapporto RBM Salute-Censis 2018 sostiene che nel 2017 per pagare le spese per la salute 7 milioni di italiani si sarebbero indebitati e 2,8 milioni avrebbero dovuto usare il ricavato della vendita di una casa o svincolare risparmi^{290,291}. A seguito della pubblicazione è esplosa un coro unanime di critiche dal mondo scientifico e sanitario sul collaudato sodalizio RBM Salute-Censis^{292,293,294,295,296}, in cui il prestigioso istituto di ricerca produce ogni anno dati tanto allarmanti quanto discutibili e la compagnia assicurativa li utilizza per alimentare il "pensiero unico"²⁹⁷. In tal senso l'imminente Welfare Day 2019 punta addirittura su uno slogan tanto efficace quanto anacronistico: "Raddoppiare il Diritto alla Salute con la Sanità Integrativa"²⁹⁸.

Questa analisi dimostra che l'assioma portante della inderogabile necessità del 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 studi metodologicamente inadeguati e finanziati da una compagnia assicurativa, ma talmente legittimati dalla divulgazione pubblica da prendere il sopravvento anche sui dati ufficiali dell'ISTAT, che al contrario derivano da ricerche rigorose e trasparenti, oltre che armonizzate a livello europeo.

²⁸⁷ Istituto Nazionale di Statistica. Indagine sul reddito e le condizioni di vita (EU-SILC). Disponibile a: www.istat.it/it/archivio/5663. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

²⁸⁸ 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: 7 giugno 2019

²⁸⁹ 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: 7 giugno 2019

²⁹⁰ Censis. Cresce il rancore per la sanità, prova d'esame per il governo del cambiamento. Roma, 6 giugno 2018. Disponibile a: www.censis.it/?shadow_comunicato_stampa=121161. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁹¹ VIII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata. Giugno 2018. Disponibile a: www.welfareday.it/pdf/VIII_Rapporto_RBM-Censis_SANITA_def.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

²⁹² Geddes da Filicaia M. L'immagine del Censis. Quotidiano Sanità, 8 luglio 2018. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=63684. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁹³ Geddes da Filicaia M Welfare Day. Ma dai... SaluteInternazionale, 15 gennaio 2019. Disponibile a: www.saluteinternazionale.info/2018/06/welfare-day-ma-dai. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁹⁴ Bocci M. Quando il Censis gioca sui numeri della sanità. La Repubblica, 7 giugno 2018. <http://bocci.blogautore.repubblica.it/2018/06/07/quando-il-censis-gioca-sui-numeri-della-sanita> Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁹⁵ Aceti T. Spesa sanitaria privata a 40 mld: «Non si strumentalizzino i dati per mandare in soffitta il Ssn». Sanità 24, 8 giugno 2018. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2018-06-08/spesa-sanitaria-privata-40-mld-aceti-tdm-non-si-strumentalizzino-dati-mandare-soffitta-ssn-131253.php?uuid=AEZyGn2E. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁹⁶ Sanità, mentre è boom della spesa privata (e si taglia la spesa pubblica) arriva la stravagante (e pericolosa) ricetta da Censis e RBM Salute: più spazio alle assicurazioni e ai fondi privati. SOS Sanità, 8 giugno 2018. Disponibile a: www.sossanita.org/archives/2636. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

²⁹⁷ Vecchietti M. La salute è un diritto di tutti. Riflessioni e pensieri sul futuro del Ssn. Egea, maggio 2019.

²⁹⁸ Welfare Day 2019. IX Rapporto RBM-CENSIS sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata. 13 giugno 2019. Disponibile a: www.welfareday.it/welfareday-2019.php. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Sulla scia del Contratto per il Governo del Cambiamento, RBM Salute ha addirittura formulato la proposta del “reddito di salute”, ovvero un sostegno economico mirato per le spese sanitarie pagate di tasca propria dagli italiani²⁹⁹, visto che «sulla base delle simulazioni condotte, la scelta di sottoscrivere una polizza sanitaria o di aderire ad un fondo integrativo risulta decisamente più conveniente per il cittadino rispetto al pagamento di tasca propria delle cure private». Tale proposta, ovvero di sostituire in maniera efficace ed efficiente la spesa out-of-pocket con polizze e fondi sanitari, è basata su tre presupposti totalmente falsi³⁰⁰:

- fondi sanitari integrativi e polizze assicurative includono in larga misura prestazioni che il cittadino paga di tasca propria;
- la popolazione generale, che consuma farmaci, presidi e prestazioni in out-of-pocket, coincide con quella coperta da fondi sanitari integrativi e polizze assicurative, e quindi i consumi della popolazione generale sono rappresentativi di quelli dell'altra;
- l'iscrizione ai fondi sanitari o la copertura assicurativa riducono quei consumi prima sostenuti dalla spesa out-of-pocket.

3.4.2 L'ecosistema dei terzi paganti

Il termine terzi paganti è l'unico che, in maniera omnicomprensiva, include tutti i soggetti (pubblici o privati, profit o no-profit, fondi o assicurazioni) che offrono coperture e garanzie di beni e servizi sanitari, affiancando le tutele pubbliche garantite dal SSN a tutte le persone 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 descritto da Piperno³⁰¹, la complessità del sistema è tale che i 60 milioni di cittadini italiani “assicurati” con il pilastro pubblico, possono essere suddivisi in almeno 16 categorie in relazione a tre variabili che condizionano la spesa privata:

- avere/non avere una “seconda assicurazione” privata sotto qualsiasi forma: fondo sanitario, polizza assicurativa individuale, benefit da welfare aziendale;
- effettuare, o meno, spesa out-of-pocket;
- godere, o meno, di detrazione fiscali sulla spesa sanitaria (escludendo il caso degli oneri deducibili per semplificare il quadro).

Accanto alla varietà dei soggetti, esistono differenze relative a regole, incentivi fiscali, modelli gestionali e operativi (box 3.10), ma il denominatore comune dei terzi paganti è l'identità della loro funzione, sostenuta da risorse private o da risorse pubbliche sotto forma di agevolazioni fiscali.

²⁹⁹ “Reddito di Salute”. Da Fare Futuro e RBM Salute la proposta di una sanità integrativa come per le pensioni. Quotidiano Sanità, 7 dicembre 2018. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=68839. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁰⁰ Geddes Da Filicaia M. Reddito di salute! Una proposta “indecente”? SaluteInternazionale, 19 settembre 2018. Disponibile a: www.saluteinternazionale.info/2018/09/reddito-di-salute-una-proposta-indecete. Ultimo accesso: 15 gennaio 2018.

³⁰¹ 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: 7 giugno 2019.

Box 3.10. L'ecosistema dei "terzi paganti"

Tipologia di soggetti

- Fondi sanitari
 - Tipo A (*doc*)
 - Tipo B (*non doc*)
 - Autoassicurati
 - Assicurati tramite una polizza collettiva
- Polizze assicurative (rami danni e vita)
 - Individuali
 - Collettive

Modalità 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 è disponibile per tutti e 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 offerte rispetto a quelle già previste dal SSN.

3.4.2.1 Coperture offerte dai terzi paganti

Rispetto alla tipologia di beni e servizi che possono essere coperti dai terzi paganti, il presente Rapporto fa riferimento alla classificazione di Piperno, elaborata nel 1997³⁰² e ripresa integralmente nel 2017³⁰³, che identifica tre tipologie di coperture:

- **Sostitutiva:** copre servizi e prestazioni già incluse nei LEA, spesso a condizioni migliorative per il cittadino (es. tempi di attesa inferiori); anche se in linea teorica potrebbe sostituirsi interamente all'offerta pubblica, tale copertura riguarda solo alcuni servizi, generalmente molto vantaggiosi per l'erogatore (es. diagnostica e specialistica ambulatoriale).

³⁰² Piperno A. Mercati assicurativi e istituzioni: la previdenza sanitaria integrativa. Bologna: Il Mulino, 1997.

³⁰³ 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: 7 giugno 2019.

- **Aggiuntiva:** integra la copertura pubblica colmando il gap “differenziale” tra le prestazioni garantite dal SSN e la quota a carico del cittadino, come la compartecipazione alla spesa (ticket) o le integrazioni relative ad aspetti accessori (es. camere a pagamento).
- **Complementare:** copre prestazioni escluse dai LEA (es. odontoiatria, LTC).

Pur con qualche differenza terminologica, tale classificazione è allineata a quella dell’OCSE (tabella 3.14) che prevede anche una quarta tipologia non applicabile nel nostro Paese³⁰⁴: ovvero la copertura sanitaria privata nei paesi in cui 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 e utilizzando esclusivamente la copertura di un terzo pagante.

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

*Ticket, integrazioni su aspetti accessori

Tabella 3.14. 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 categorie³⁰⁵:

- **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.

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 anacronistico e fuorviante nell’ambito del dibattito sul ruolo del secondo pilastro. Infatti, secondo i dati forniti dagli stessi operatori di settore³⁰⁶, nel 2016 il 60,5% delle prestazioni erogate dai fondi sanitari sono state sostitutive, usufruendo tuttavia 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 (§ 3.4.3).

³⁰⁴ 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.

³⁰⁵ RBM Salute, Munich Health, in collaborazione con CENSIS. I Fondi Sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà. Dicembre 2015.

³⁰⁶ 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: 7 giugno 2019.

3.4.2.2. 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 organizzazioni profit (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 3.15).

	Fondi sanitari integrativi	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	<ul style="list-style-type: none"> • Deducibilità contributi sino a € 3.615,20 • Detrazione della quota parte delle spese sanitarie a proprio carico • Detraibilità del 19% delle quote versate a società di mutuo soccorso sino a € 1.300,00 	<ul style="list-style-type: none"> • Detrazione al 19% delle spese sanitarie rimborsate per effetto di polizze il cui premio non dà diritto a detrazione

Tabella 3.15. Principali differenze tra fondi sanitari integrativi e polizze assicurative

3.4.2.3 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 3.9), la normativa stratificatasi negli anni ha delineato una funzione dei fondi prevalentemente sostitutiva, piuttosto che integrativa, a parità di riconoscimento e agevolazioni fiscali. Infatti, all'Anagrafe del Ministero della Salute 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 alcuna concorrenza, di fatto a tutti i fondi sanitari è concesso di esercitare una funzione sostitutiva sino all'80% delle coperture mantenendo i benefici fiscali.

Considerato che l'unica fonte ufficiale è l'anagrafe dei fondi sanitari integrativi istituita presso il Ministero della Salute, non consultabile pubblicamente dal sito web³⁰⁷, negli ultimi anni le informazioni disponibili sui fondi sanitari provenivano da una pluralità di fonti, parziali o settoriali, quali presentazioni in convegni, audizioni parlamentari o elaborazioni di altri enti.

Nel novembre 2018, il Ministero della Salute per la prima volta ha pubblicato un report ufficiale³⁰⁸ che per l'anno 2017 attesta 322 fondi sanitari, di cui 9 di tipo A (*doc*) e 313 di tipo B (*non doc*) per un totale di 10.616.847 iscritti che includono anche pensionati e loro familiari (tabella 3.16).

Categoria	Iscritti (%)
Lavoratori dipendenti	6.692.110 (63,0%)
Lavoratori non dipendenti	1.062.239 (10,0%)
Familiari lavoratori dipendenti	1.944.634 (18,3%)
Familiari lavoratori non dipendenti	216.070 (2,0%)
Pensionati	500.966 (4,7%)
Familiari pensionati	200.386 (1,9%)
TOTALE	10.616.847

Tabella 3.16. Iscritti ai fondi sanitari per categoria (anno 2017)

Complessivamente, il 73% degli iscritti sono lavoratori, il 4,7% pensionati e il 22,3% familiari di lavoratori o pensionati (figura 3.17). Le risorse "impegnate" dai fondi sanitari, ovvero destinate ai rimborsi delle prestazioni, relative all'anno fiscale 2016, ammontano a € 2.329 milioni, per la quasi totalità riferiti ai fondi *non doc*.

³⁰⁷ 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: 7 giugno 2019.

³⁰⁸ Ministero della Salute. Reporting System. Anagrafe dei Fondi Sanitari. Fondi attestati anno 2017. Roma, novembre 2018. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2822_allegato.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

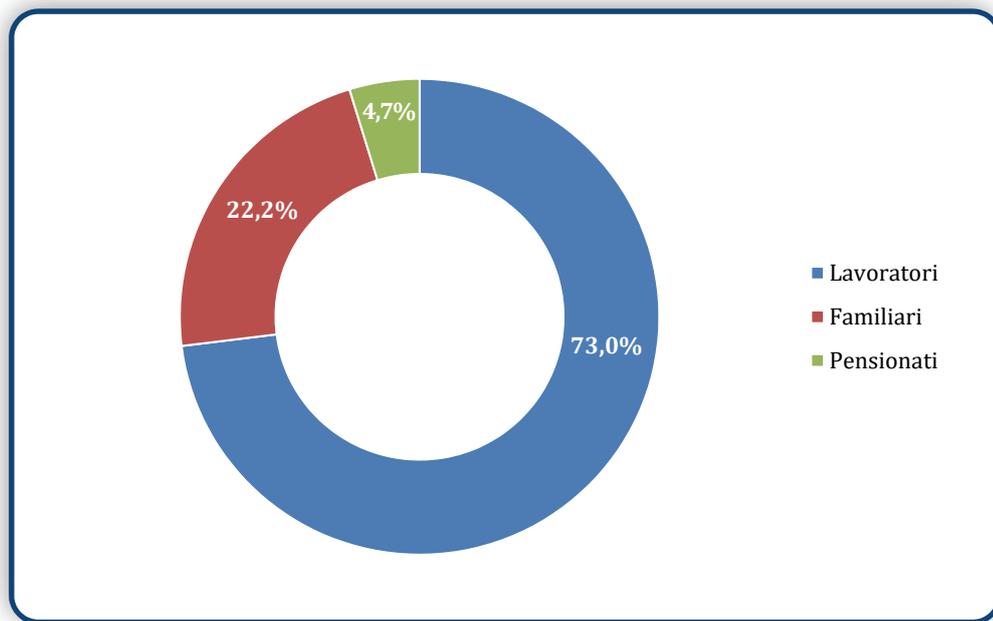


Figura 3.17. Iscritti ai fondi sanitari per categoria (anno 2017)

I dati documentano un trend 2011-2017 in progressivo aumento del numero di fondi prevalentemente del tipo B (da 208 a 313), visto che quelli di tipo A si sono progressivamente ridotti da 47 a 9 (figura 3.18).

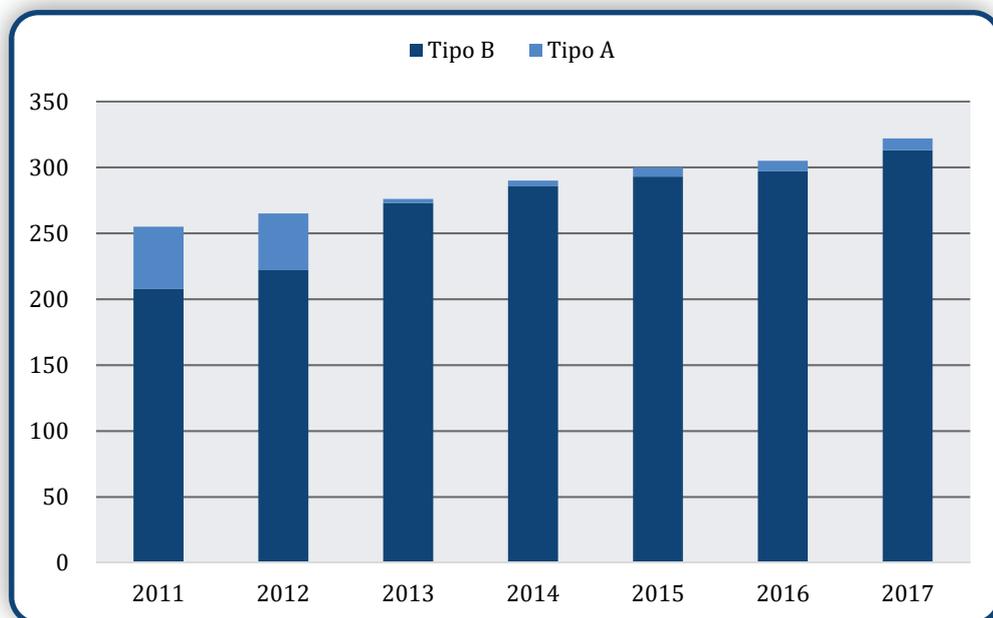


Figura 3.18. Numero fondi sanitari (2011-2017)

All'aumento del numero dei fondi nel periodo 2011-2017 corrisponde un incremento sia del numero di iscritti (da 3.312.474 a 10.616.405) sia dell'ammontare generale delle risorse impegnate (da € 1.614 a 2.330 milioni) (figura 3.19).

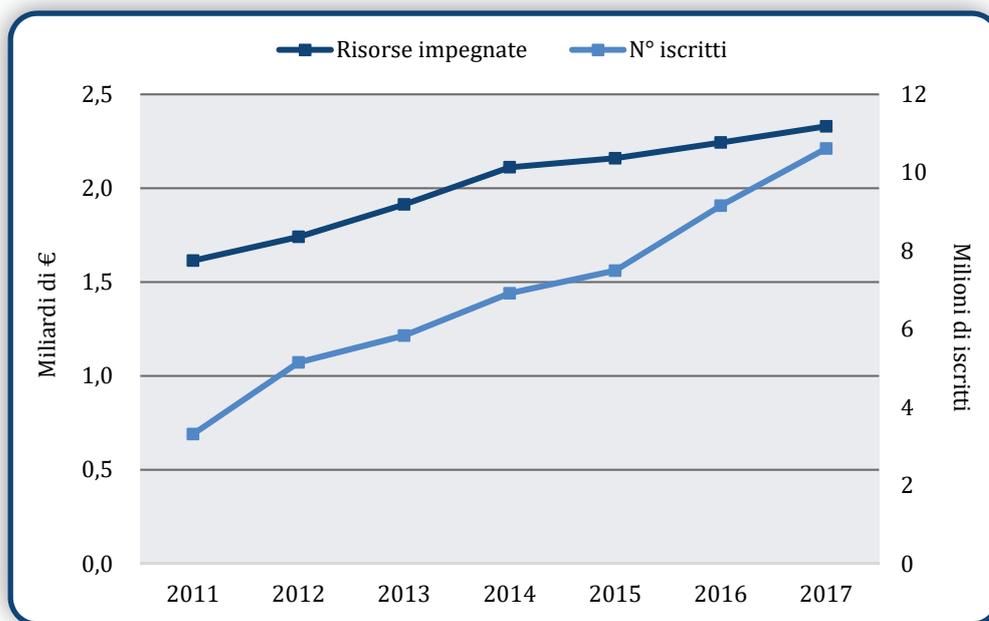


Figura 3.19. Numero iscritti ai fondi sanitari e risorse impegnate (2011-2017)

Se per usufruire dei vantaggi fiscali i fondi sanitari devono destinare per legge almeno il 20% del totale delle risorse a prestazioni vincolate (extra-LEA), la figura 3.20 dimostra che nel periodo 2011-2017 a fronte di un consistente incremento dell'ammontare delle risorse totali impegnate dai fondi, la percentuale di quelle destinate a prestazioni extra-LEA rimane stabile intorno al 30%, in particolare nel 2017 si attesta al 32,4%.

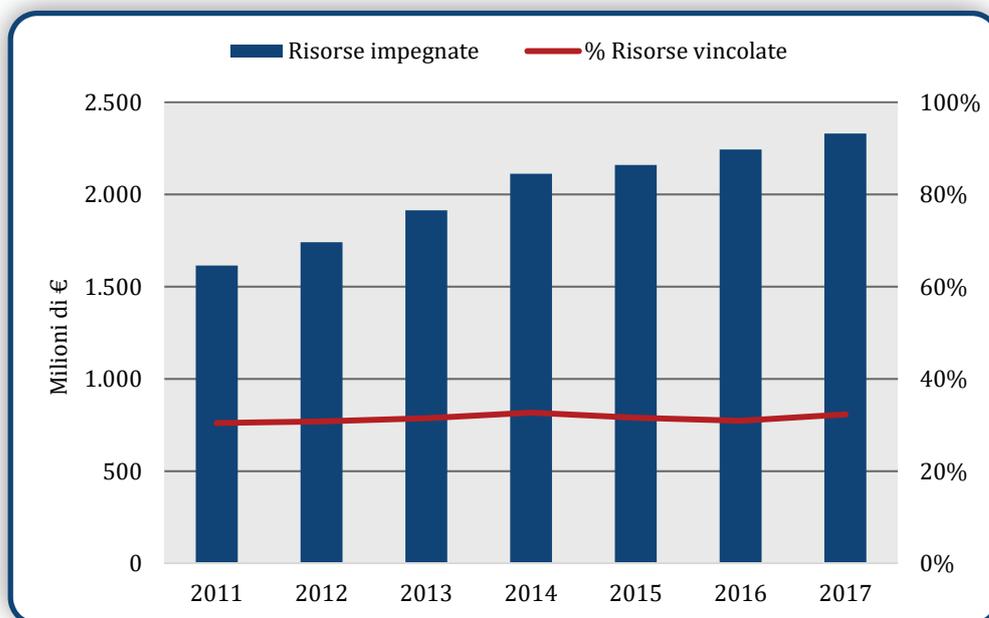


Figura 3.20. Risorse impegnate dai fondi sanitari e percentuale destinata a prestazioni extra LEA

Un altro dato di particolare rilievo documenta che l'aumento percentuale annuo delle risorse impegnate dai fondi non cresce parallelamente a quello degli iscritti (figura 3.21). In particolare, se nel periodo 2011-2017 l'incremento percentuale medio degli iscritti ai fondi è stato del 22,3% annuo, le risorse impegnate sono aumentate in media del 6,4% per anno.

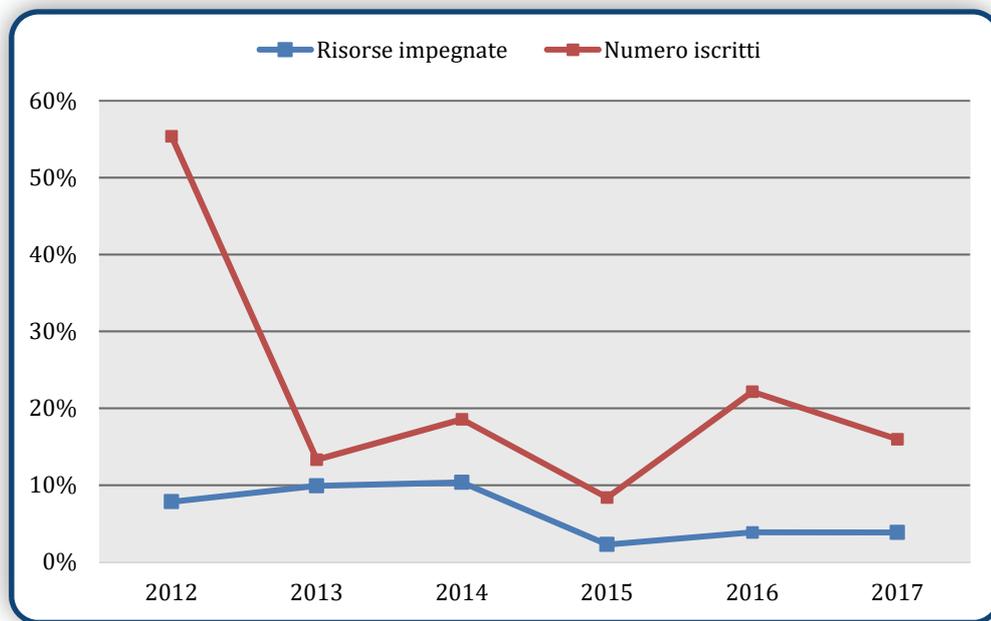


Figura 3.21. Fondi sanitari: variazione annua delle risorse impegnate e del numero degli iscritti

Di conseguenza nello stesso periodo, l'ammontare generale e quello parziale delle risorse vincolate a prestazioni extra-LEA che i fondi destinano a ciascun iscritto sono in progressiva riduzione (figura 3.22).

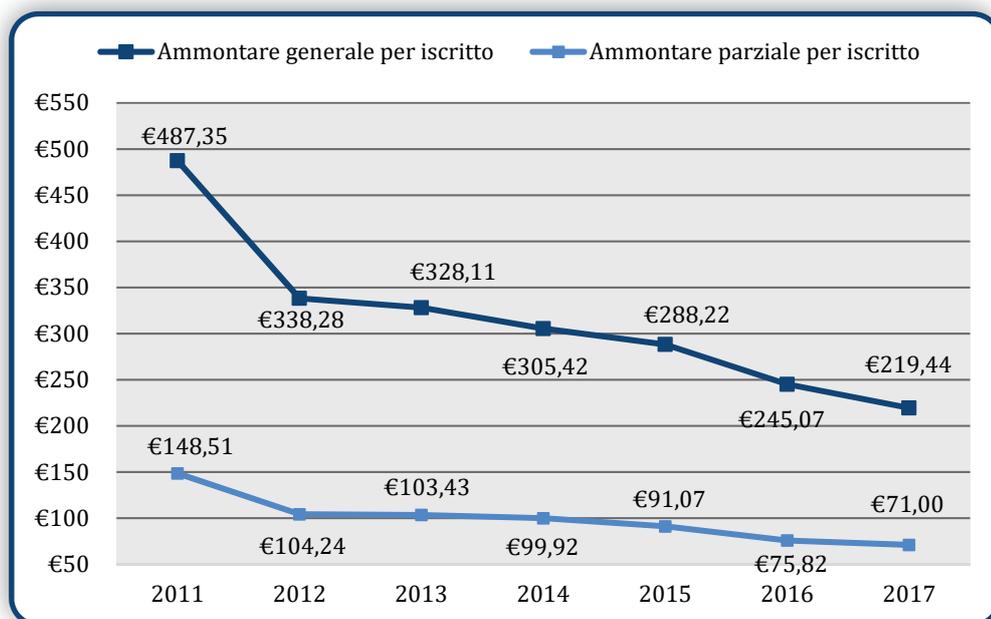


Figura 3.22. Fondi sanitari: trend delle risorse impegnate per iscritto

Infine, altri dati presentati dal Ministero della Salute³⁰⁹ hanno permesso ulteriori elaborazioni sulla destinazione delle risorse da parte dei fondi sanitari integrativi. Nel 2016 (anno fiscale 2015), i 297 fondi di tipo B hanno destinato la maggior parte di risorse a prestazioni incluse nei LEA, svolgendo così una funzione prevalentemente sostitutiva, piuttosto che integrativa (figura 3.23). Tre dati di particolare rilevanza: innanzitutto, i fondi con funzione esclusivamente integrativa sono 6 (2%); in secondo luogo, solo 10 fondi (3%) hanno destinato una percentuale $\leq 80\%$ a prestazioni extra-LEA; infine, quasi il 70% dei fondi ha destinato a prestazioni sostitutive il 61-79% delle risorse impegnate.

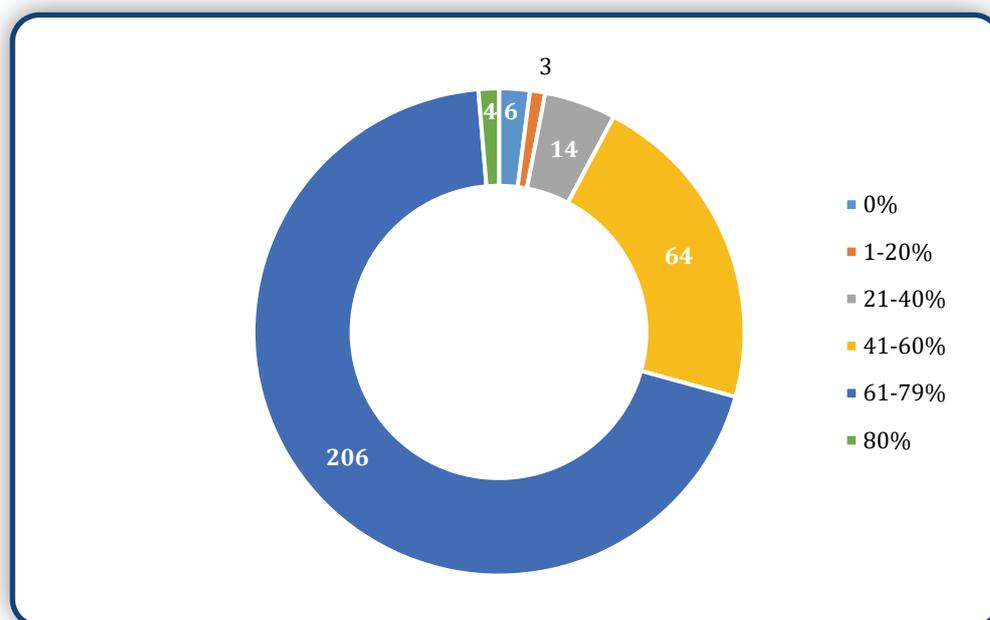


Figura 3.23. Numero di fondi sanitari integrativi di tipo B per percentuale di risorse destinate a prestazioni non vincolate (extra-LEA) sul totale delle risorse impegnate (anno 2016)

Nonostante i dati relativi alle agevolazioni fiscali per gli iscritti ai fondi sanitari integrativi (§ 2.3.2) che comportano una spesa fiscale di € 3.361,2 milioni, rimangono insoluti tre quesiti fondamentali ai quali il presente Rapporto non è in grado di rispondere:

- Qual è l'entità complessiva dei contributi versati dagli iscritti ai fondi sanitari?
- Qual è l'impatto sulla spesa fiscale delle agevolazioni concesse ai datori di lavoro per le spese relative ai fondi sanitari e al welfare aziendale?
- A quanto ammonta complessivamente il fondo di garanzia dei fondi sanitari integrativi?

3.4.2.4. Polizze assicurative

Le compagnie assicurative sono soggetti commerciali che operano tramite la vendita di prodotti riconducibili a polizze malattia, individuali o collettive e a polizze di LTC, 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 prevalentemente beni e servizi di natura sostitutiva, ovvero prestazioni

³⁰⁹ Bellentani MD. In: Diritto alla salute ed equità di accesso alle cure: il ruolo dei fondi integrativi e delle mutue. Forum Risk Management, Firenze: 29 novembre 2018

già incluse nelle coperture 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 si estendono alle prestazioni odontoiatriche, a fronte di un incremento del premio.

Sotto il profilo operativo, le compagnie assicurative generalmente rimborsano il costo sostenuto dal soggetto assicurato, in misura parziale o totale secondo 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 i casi di copertura/rimborso totale, rimane a carico dell'assicurato una franchigia che si configura come un out-of-pocket residuo.

Le imprese di assicurazione tendono 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 il mercato delle polizze individuali in Italia non è mai decollato per varie ragioni:

- scarsa propensione all'acquisto di una polizza individuale da parte degli italiani, 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, eccetto la detrazione al 19% per le spese rimborsate dalla compagnia.

Per tali ragioni, le compagnie assicurative hanno spostato il proprio business verso la "ri-assicurazione" dei fondi sanitari tramite le polizze collettive, visto che quelle individuali 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 LTC beneficiano della detrazione d'imposta del 19% fino a un importo annuo di € 1.291,14. Per le polizze assicurative non si dispone di alcuna stima attendibile del mancato gettito per l'erario connesso alle agevolazioni fiscali.

3.4.2.5. 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 per sostenere il benessere dei lavoratori e delle loro famiglie. La nuova normativa ha delineato nel welfare aziendale un sistema premiante con tre caratteristiche fondamentali³¹⁰:

- opportunità di convertire i premi aziendali di risultato in servizi di welfare, rafforzando gli incentivi già previsti per la componente variabile delle retribuzioni;

³¹⁰ 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: 7 giugno 2019.

- totale esenzione da imposizione fiscale e contributiva dei premi aziendali erogati sotto forma di servizi di welfare;
- 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 3.11).

Box 3.11. 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

Nell'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 e assicurativa.

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 no-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, propone 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 sono trasformati (in)consapevolmente in "compagni di viaggio" dei fautori della privatizzazione³¹¹. In particolare, i sindacati hanno accettato l'offerta di convertire un aumento salariale in prestazioni di welfare contrattuale, senza considerare

³¹¹ 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: 7 giugno 2019.

che i vantaggi più consistenti sono per i datori di lavoro che possono azzerare il cuneo fiscale sulle somme erogate ai lavoratori e dedurre le spese dal reddito d'impresa. Per il lavoratore, invece, l'agevolazione è solo apparente per tre ragioni: innanzitutto con un aumento salariale, oltre a disporre di una maggiore liquidità, godrebbe di maggiori oneri riflessi tramite liquidazione e pensione contribuendo parallelamente ad un maggior gettito fiscale per la finanza pubblica; in secondo luogo, aderendo ad un fondo sanitario (al prezzo di un mancato aumento salariale) il lavoratore finisce per pagare due volte, perché continuerà a sostenere con la fiscalità generale il diritto a ricevere l'assistenza sanitaria pubblica; infine, della somma versata al fondo il 40-50% non può tradursi in servizi perché variamente assorbito da gestione amministrativa, fondo di garanzia o oneri di ri-assicurazione e da eventuali utili della compagnia assicurativa.

Vero è che qualche sindacato si è già posto il problema, sostenendo 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 diseguaglianze all'interno del mondo del lavoro, fuori di esso e tra aree forti e deboli del paese»³¹². Tuttavia, i maggiori sindacati continuano a firmare contratti che prevedono il welfare aziendale già stato etichettato come “welfare contrattuale a partecipazione statale”³¹³, visto che questi strumenti godono dal 2008 di una detassazione e dal 2016 di una decontribuzione, con un risultato finale che è sotto gli occhi di tutti: meno tutele pubbliche e più risposte private.

3.4.3. Gli 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 vengono di seguito analizzati i possibili “effetti collaterali”, che rischiano di assegnare al secondo pilastro una funzione di affondamento del SSN, piuttosto che di salvataggio^{314,315,316}.

Rischi di privatizzazione. Affondano le origini nell'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.³¹⁷, incrociando la tipologia di spesa con quella dell'offerta si generano 4 circuiti di finanziamento/erogazione dell'assistenza sanitaria (figura 3.24).

³¹² 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: 7 giugno 2019.

³¹³ Martini F. In: Leonardi F. Il business nascosto della sanità integrativa. Left, 28 maggio 2018. Disponibile a: www.left.it/2018/05/20/il-business-nascosto-della-sanita-integrativa. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³¹⁴ Cartabellotta A. Secondo pilastro: il “bugiardino” degli effetti collaterali. Sanità 24, 29 giugno 2018. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2018-06-29/secondo-pilastro-bugiardino-effetti-collaterali-115057.php?uuid=AE58HXEF. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³¹⁵ Cartabellotta A. Secondo pilastro: salvataggio o naufragio del Servizio sanitario nazionale? Sanità 24, 27 aprile 2018. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-04-27/secondo-pilastro-salvataggio-o-naufragio-servizio-sanitario-nazionale-102543.php?uuid=AEeYSdfe. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³¹⁶ Oliveti A. Secondo Pilastro. Siamo sicuri che sia effettivamente necessario? Quotidiano Sanità, 9 maggio 2018. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=61577. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³¹⁷ Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2018. EGEA, novembre 2018.

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

Figura 3.24. I circuiti di finanziamento/erogazione dell'assistenza sanitaria (modificata da⁵⁸)

Tali circuiti sono inevitabilmente molto 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. Inoltre, ciascuno dei 4 circuiti è influenzato da una molteplicità di stakeholder con interessi non sempre convergenti, tali da rendere particolarmente complessa l'analisi di dinamiche ed outcome clinici, economici e sociali. Mettendo da parte tali complessità, è assolutamente certo che il circuito 4 concretizza un vero e proprio "cortocircuito" del SSN, indirettamente finanziato anche da risorse pubbliche tramite agevolazioni fiscali.

Pertanto il rischio di privatizzazione del SSN non rappresenta 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, 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: infatti, l'entità del beneficio fiscale pro-capite previsto per i fondi sanitari (€ 3.615,20) sfiora il doppio della spesa sanitaria pubblica pro-capite nel 2017 (€ 1.870,43). 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 e dispone di un'opzione privata che gli offre tutto quanto già incluso nei LEA non ha alcun motivo per rivendicare un diritto anche a nome degli altri.

Rischi per l'equità. Le agevolazioni fiscali previste dalla normativa esistente (*tax expenditure*) sono 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 il diritto alla tutela della salute e generando iniquità e disuguaglianze. Infatti a beneficiare maggiormente dei fondi sanitari integrativi sono^{318,319,320}:

- le persone che hanno un lavoro stabile;
- i lavoratori dipendenti, rispetto a quelli autonomi;
- 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, in quanto il valore della deduzione aumenta proporzionalmente all'aliquota marginale;
- i residenti in alcune aree del Paese, come dimostra il fatto che gli iscritti ai fondi sanitari vivono prevalentemente al Nord, in misura minore al Centro, e in minima parte al Sud.

Per tali ragioni, le agevolazioni fiscali concesse ai fondi sanitari e al welfare aziendale non sono affatto una *win-win solution*, ma concretizzano un'illusione di defiscalizzazione che genera disuguaglianze. Infatti, vero è che la copertura sanitaria costa all'impresa meno di 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 elevati).

In questo contesto, un ulteriore elemento di disuguaglianze rischia di essere introdotto con il regionalismo differenziato³²¹, grazie al quale alcune Regioni aspirano ad una maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi³²², creando "gabbie contrattuali territoriali"³²³ per un sistema di welfare aziendale già estremamente complesso.

Rischio di aumento della spesa sanitaria. I promotori del secondo pilastro fanno leva sulla loro presunta capacità di determinare una maggiore efficienza della spesa intermediata rispetto a quella out-of-pocket. In particolare, questo risultato conseguirebbe alla loro maggiore capacità, rispetto ai singoli soggetti, di aggregare la domanda di prestazioni sanitarie aumentando l'efficienza nella loro acquisizione. In realtà, a fronte di questo presunto vantaggio, i fondi sanitari devono gestire innumerevoli transazioni con organizzazioni e professionisti sanitari, aumentando l'impatto dei costi amministrativi e riducendo il *value for*

³¹⁸ 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: 7 giugno 2019.

³¹⁹ Documento conclusivo 12^a 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.

³²⁰ 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%20%202017_Il%20welfare%20aziendale%20e%20la%20sanit%C3%A0%20complementare%20Granaglia_free%20text.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³²¹ Cartabellotta A. Così il «regionalismo differenziato» mette a rischio l'universalismo del Ssn. Sanità 24, 28 settembre 2018. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-09-28/riforme-regionalismo-differenziato-mina-l-universalismo-servizio-sanitario-143908.php?uid=AEemVezAG. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³²² Florianello F. Regionalismo differenziato e Fondi Sanitari. Relazioni pericolose? Quotidiano Sanità, 16 novembre 2018. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=67985. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³²³ Geddes da Filicaia M. Regionalismo differenziato. Manca un vero dibattito. Quotidiano Sanità, 6 novembre 2018. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=67548. Ultimo accesso: 15 gennaio 2018.

money. Infatti, 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 l'esempio più illuminante 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 prestazioni e assicurazioni superano il 25% della spesa totale³²⁴ e i sostenitori di una riforma *single payer* stimano un risparmio di oltre 500 miliardi di dollari³²⁵. Anche un recente confronto tra 11 sistemi sanitari³²⁶ 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 devono dedicare molto più tempo ad attività amministrative. L'ANIA, in riferimento al ramo danni, riporta che in Italia le spese di gestione (*expense ratio*) risultano pari al 27% circa dei premi contabilizzati³²⁷, confermando gli elevati costi di gestione delle coperture assicurative che nel nostro Paese sono anche 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 (non dimostrata, né quantificata) è ulteriormente ridotta dalla necessità di mantenere un fondo di garanzia, pari a circa 1/3 della raccolta che, per i problemi di solvibilità già descritti, porta i fondi a "ri-assicurarsi" con solide compagnie assicurative previa cessione di una percentuale dei premi. Di conseguenza, una percentuale del 40-50% dei premi versati non può tradursi in servizi per gli iscritti perché viene eroso dalla sommatoria di costi amministrativi, mantenimento del fondo di garanzia (o oneri di riassicurazione) e da eventuali utili delle compagnie assicurative.

In definitiva, evidenze e dati dimostrano che i terzi paganti, sotto qualsiasi forma, aumentano la spesa privata totale, non riducendo la spesa out-of-pocket e determinando complessivamente un saldo negativo sui bilanci delle famiglie. Infine, in quanto induttori di prestazioni inappropriate finiscono per aumentare la spesa sanitaria pubblica necessaria per gestire fenomeni di sovra-diagnosi e di sovra-trattamento. In altre parole, a dispetto dei martellanti slogan³²⁸, il secondo pilastro non fa risparmiare né lo Stato, né le famiglie³²⁹.

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. I cosiddetti "piani di prevenzione" messi a punto dal secondo pilastro, ad esempio, sono ampiamente sostitutivi, spesso accessibili senza prescrizione medica e caratterizzati da un tale livello di

³²⁴ 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.

³²⁵ 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.

³²⁶ Papanicolas I, Woskie LR, Jha AK. Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. *JAMA* 2018; 319:1024-1039.

³²⁷ Secondo i dati ANIA nel 2017 l'*expense ratio* per i rami danni è del 27,7%. L'assicurazione italiana 2017-2018. ANIA. Roma, luglio 2018. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/rapporti-annuali/Assicurazione-Italiana/2017-2018/LASSICURAZIONE-ITALIANA-2017-2018.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019

³²⁸ Vecchietti M. Con la sanità integrativa lo Stato risparmia. *Quotidiano Sanità*, 23 novembre 2018. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=68295. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³²⁹ Geddes da Filicaia M. Lo Stato risparmia con la sanità integrativa? Non è detto, certo è che il cittadino pagherebbe di più. *Quotidiano Sanità*, 25 novembre 2018. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=68326. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

inappropriatezza che sfocia nel puro consumismo sanitario³³⁰. La tabella 3.17 dimostra in maniera inequivocabile che la tipologia di indagini diagnostiche e, soprattutto la loro frequenza, non sono affatto basate sulle evidenze scientifiche, ma hanno il solo obiettivo di aumentare il numero di prestazioni che gli iscritti possono eseguire, peraltro quasi esclusivamente presso strutture private convenzionate (figura 3.24, circuito 4).

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 3.17. Frequenza di indagini diagnostiche a scopo preventivo nel corso della vita. “Piano prevenzione” dei fondi sanitari vs offerta SSN (da³³¹)

Ma ancor più preoccupante in termini di medicalizzazione della società, oltre che di conseguenze per la salute pubblica, risulta il “pacchetto di prevenzione oncologica” di RBM salute (tabella 3.18). Come documentato da Donzelli A et al.³³², include test di screening, in particolare markers tumorali assolutamente inappropriati in base alle linee guida istituzionali dell’Agenas³³³, incluse tra le “buone pratiche” dell’Istituto Superiore di Sanità, ai sensi dell’articolo 5 della L. 24/2017³³⁴.

³³⁰ 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: 7 giugno 2019.

³³¹ 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.

³³² Donzelli A. Castelluzzo G. “In-appropriatezza” di tanta Sanità integrativa. Quotidiano Sanità, 12 febbraio. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70848. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³³³ Age.Na.S. Marcatori circolanti in oncologia. Guida all'uso clinico appropriato (a cura di: Gion M, et al). Quaderno di Monitor, 2016. Disponibile a: www.agenas.it/la-giuria-dei-cittadini-in-sanita/marcatori-circolanti-oncologia-guida-uso-clinico-appropriato. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³³⁴ Istituto Superiore di Sanità. Sistema Nazionale Linee Guida. Buone Pratiche. Documenti Agenas. Disponibile a: <https://snlg.iss.it/?p=187>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

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

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

Questi “pacchetti preventivi” presentano dunque numerosi effetti collaterali per i cittadini e per il SSN:

- espansione incontrollata di test diagnostici inappropriati, peraltro già ampiamente sovrautilizzati nel sistema pubblico³³⁶;
- aumento dei fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento, proporzionali alla frequenza dei test e alla loro inappropriatazza, che aumentano i costi per il SSN e i rischi per i pazienti, senza alcun beneficio clinico;
- aumento della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e della medicalizzazione della società³³⁷;
- 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;
- violazione di numerosi articoli del codice deontologico³³⁸.

Ecco perché i “pacchetti preventivi”, formidabile strumento di marketing e fonte di business per il mercato della salute, contribuiscono a minare la sostenibilità della sanità pubblica e presentano un profilo rischi/benefici sfavorevole per la salute delle persone.

³³⁵ Donzelli A. Castelluzzo G. “In-appropriatezza” di tanta Sanità integrativa. Quotidiano Sanità, 12 febbraio. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70848. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³³⁶ Satolli R. Dagli amici del SSN mi guardi Iddio. Scienza in Rete, 5 aprile 2018. Disponibile a: www.scienzainrete.it/articolo/dagli-amici-del-ssn-mi-guardi-iddio/roberto-satolli/2018-04-05. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³³⁷ Miranda NS. Fondi integrativi e “diritto al consumismo sanitario”. Quotidiano Sanità, 8 aprile 2019. Disponibile a: https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=72817. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³³⁸ Miranda NS. Sanità cosiddetta “integrativa” e codice deontologico. Quotidiano Sanità, 25 giugno 2018. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=63201. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Rischio di frammentazione dei percorsi assistenziali. I tentativi che faticosamente si stanno mettendo in atto per uniformare i PDTA e 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 ha previsto 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 alla duplicazione degli interventi sanitari, una frammentazione della continuità assistenziale. Infatti, mentre le iniziative istituzionali mirano a integrare le reti attraverso una responsabilizzazione dei vari attori del sistema (Regioni, Aziende sanitarie, professionisti sanitari, pazienti), i servizi offerti dai fondi sanitari rimangono confinati nella relazione tra gestore e cliente che, arrivando ad escludere 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.

Rischio di compromettere una sana competizione tra i fondi sanitari. La normativa vigente attualmente offre gli stessi benefici fiscali a fondi sanitari che si collocano ai due estremi della gaussiana in termini di probabilità di effetti avversi. Da un lato quelli autogestiti e non ri-assicurati che erogano quasi esclusivamente prestazioni integrative, dall’altro quelli ri-assicurati e gestiti da solide compagnie assicurative che erogano prevalentemente prestazioni sostitutive. In un sistema sostanzialmente privo di controlli, questo appiattimento normativo e fiscale impedisce una sana competizione tra i fondi sanitari e compromette la credibilità dell’intera categoria, visto che di fatto il ruolo sociale dei fondi sanitari si basa oggi esclusivamente sull’onestà intellettuale e operativa di chi li gestisce.

In conclusione, i fondi sanitari offrono solo vantaggi marginali ai lavoratori dipendenti con il rimborso di alcune spese, peraltro ampiamente ripagate dalla rinuncia ad una quota di pensione e di TFR. A legislazione vigente chi beneficia sicuramente dei fondi sanitari sono le imprese (che risparmiano sul costo del lavoro), l’intermediazione finanziaria e assicurativa (che aumenta i propri profitti) e gli erogatori privati di prestazioni sanitarie (che possono contare su un notevole incremento della domanda di prestazioni). Per il SSN sul piano del finanziamento, del potenziamento e dell’equità i fondi sanitari non determinano alcun beneficio, ma solo effetti avversi. Cittadini e pazienti, ingenuamente soddisfatti di “saltare la fila” ottenendo in tempi brevi innumerevoli prestazioni inappropriate in ambienti confortevoli, devono ancora prendere consapevolezza, insieme ai medici, dei rischi che i fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento determinano sulla propria salute.

3.4.4. La necessità di un riordino normativo

Le analisi effettuate dimostrano che oggi la sanità integrativa è un sistema caratterizzato da un’estrema *deregulation* che contribuisce a minare la sostenibilità del SSN. Infatti, mentre il dibattito si avvita spesso su singole criticità, nel contesto di un imponente definanziamento del SSN l’intermediazione finanziaria e assicurativa si è abilmente insinuata tra le crepe di una normativa frammentata e incompleta e, cavalcando l’onda del welfare aziendale, genera profitti

utilizzando anche il denaro pubblico sotto forma di detrazioni fiscali³³⁹ per fornire, tramite i fondi sanitari integrativi, prestazioni prevalentemente sostitutive che alimentano il consumismo sanitario³⁴⁰ e rischiano di danneggiare la salute delle persone.

L'assalto all'universalismo³⁴¹ in Italia si sta dunque concretizzando attraverso un meccanismo molto insidioso: da un lato il mix tra interminabili tempi di attesa e ticket esosi sposta una percentuale sempre più elevata di persone verso il privato, in particolare per le prestazioni specialistiche e diagnostiche, la cui domanda è facilmente manipolabile e misurabile in termini quantitativi, molto meno in termini di qualità e appropriatezza³⁴². Dall'altro, si sta facendo largo la percezione sociale che il ruolo del SSN è quello di produrre prestazioni sanitarie e, quando non sarà in grado di garantirle, la produzione sarà assicurata tempestivamente da qualche altra "macchina"⁷⁵. In questo contesto, gli erogatori privati hanno già intercettato i bisogni del cittadino-consumatore e i finanziatori privati (assicurazioni) promuovono il secondo pilastro puntando soprattutto sui "pacchetti prevenzione" che da un lato alimentano consumismo sanitario e medicalizzano la società e dall'altro aumentano la soddisfazione di cittadini inconsapevoli di costi e rischi. Dal canto loro, le agevolazioni fiscali di cui godono i fondi sanitari integrativi, in costante aumento per il loro inserimento nei contratti di lavoro, sottraggono denaro pubblico alla fiscalità generale e indirettamente al SSN.

Ecco perché, nell'ambito della campagna #salviamoSSN, la Fondazione GIMBE ormai da anni invoca la necessità di un riordino normativo della sanità integrativa, idealmente un Testo Unico, in grado di:

- restituire alla sanità integrativa il suo ruolo originale, ovvero quello di coprire prevalentemente/esclusivamente prestazioni non incluse nei LEA;
- evitare che il denaro pubblico, sotto forma di incentivi fiscali, venga utilizzato per alimentare i profitti dell'intermediazione finanziaria e assicurativa;
- tutelare cittadini e pazienti da derive consumistiche;
- garantire a tutti gli operatori del settore le condizioni per una sana competizione;
- assicurare la governance nazionale dei fondi sanitari, tra le maggiori autonomie richieste in sanità dal regionalismo differenziato.

³³⁹ Leonardi F. Il business nascosto della sanità integrativa. Left, 28 maggio 2018. Disponibile a: www.left.it/2018/05/20/il-business-nascosto-della-sanita-integrativa. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁴⁰ Satolli R. Dagli amici del SSN mi guardi Iddio. Scienza in Rete, 5 aprile 2018. Disponibile a: www.scienzainrete.it/articolo/dagli-amici-del-ssn-mi-guardi-iddio/roberto-satolli/2018-04-05. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁴¹ McKee M, Stuckler D. The assault on universalism. BMJ 2011; 343:1314-17.

³⁴² Maciocco G. Lettera aperta al Ministro della salute Giulia Grillo. SaluteInternazionale, 19 dicembre 2018. Disponibile a: www.saluteinternazionale.info/2018/12/lettera-aperta-al-ministro-della-salute-giulia-grillo. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

CAPITOLO 4

Prognosi del Servizio Sanitario Nazionale al 2025

Al fine di valutare la sostenibilità del SSN, il 1° Rapporto GIMBE, esortando la politica ad uscire dalla logica del breve termine legata alla scadenza dei mandati, aveva adottato una prospettiva decennale (2016-2025), un arco temporale adeguato per mettere in campo gli interventi necessari. Analogamente nel Regno Unito, con cui condividiamo modello Beveridge e crisi di sostenibilità del servizio sanitario, circa un anno dopo la Camera dei Lord pubblicava un rapporto sulla sostenibilità del servizio sanitario e sociale³⁴³ – ampiamente ripreso da prestigiose riviste^{344,345} – 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». In risposta a tale sollecitazione, nel gennaio 2019 il NHS ha pubblicato il *Long Term Plan*³⁴⁶, che pone proprio un orizzonte decennale per assicurare un futuro al servizio sanitario.

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 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 al fine di aumentare il ritorno in termini di salute (*value for money*) del denaro investito in sanità (§ 2.4). 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 2018-2025 – al netto dell'inflazione – tenendo conto delle previsioni del DEF 2019, di studi e normative varate negli ultimi 12 mesi, di analisi effettuate sui nuovi conti ISTAT-SHA e dei feedback ottenuti in occasione della consultazione pubblica sul 3° Rapporto GIMBE (tabella 4.1).

³⁴³ The Lancet. The future of the NHS. Lancet 2017;389:1491.

³⁴⁴ Dixon J. Making the NHS and social care system sustainable. BMJ 2017;357:j1826.

³⁴⁵ 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: 7 giugno 2019.

³⁴⁶ National Health Service. The NHS Long Term Plan. January 2019. Disponibile a: www.longtermplan.nhs.uk. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

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

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

4.1. Composizione della spesa sanitaria 2017

La spesa sanitaria totale 2017, tenendo conto delle criticità relative alle stime della spesa privata (§ 2.1.2), ammonta a € 154.920 milioni così ripartiti:

- € 113.131 milioni di spesa pubblica;
- € 41.789 milioni di spesa privata, di cui:
 - € 5.800 milioni di spesa intermediata:
 - € 3.912 milioni da fondi sanitari/polizze collettive;
 - € 711 milioni da polizze individuali;
 - € 1.177 milioni da altri enti;
 - € 35.989 milioni di spesa out-of-pocket.

A partire dal 3° Rapporto GIMBE viene riportata la rivalutazione a consuntivo delle precedenti stime su spesa pubblica e spesa privata (tabella 4.2).

	Stima 2017	Consuntivo 2017	Delta
Pubblica	€ 113.200	€ 113.131	+ € 69
Out-of-pocket	€ 41.300	€ 35.989	+ € 5.311
Intermediata	€ 6.100	€ 5.800	- € 300

Tabella 4.2. Spesa sanitaria 2017 (dati in milioni)

Di seguito vengono analizzate le motivazioni delle eventuali discrepanze tra le stime effettuate per il 2017 nel precedente Rapporto GIMBE e il dato consuntivo:

- Spesa pubblica: stima sostanzialmente allineata al consuntivo.
- Out-of-pocket: nel presente rapporto, rispetto al precedente, è stato preso come riferimento il perimetro ISTAT-SHA che esclude € 5,9 miliardi di spesa in farmacia (presidi medico-chirurgici, omeopatici, erboristeria, integratori, nutrizionali, parafarmaci) inclusi nelle stime precedenti.
- Intermediata: il consuntivo documenta una sovrastima di circa il 5% dovuta alla previsione di incremento di € 500 milioni sul consuntivo 2016 che si è verificato solo in parte.

4.2. Stima del fabbisogno al 2025

Come rilevato dai feedback raccolti in occasione della consultazione pubblica sul 3° Rapporto GIMBE e sul piano di Salvataggio del SSN, il fabbisogno di € 220 miliardi al 2025 risultava ampiamente sottostimato. Per questo nel presente Rapporto la stima viene innalzata a € 230 miliardi anche in considerazione di ulteriori analisi effettuate sui seguenti fattori:

- entità del definanziamento del SSN;
- benchmark con i paesi dell'Europa occidentale e i paesi del G7;
- sottostima dell'impatto economico dei nuovi LEA;
- entità degli inadempimenti LEA in varie Regioni, sia da griglia LEA, sia in particolare dalla sperimentazione preliminare del Nuovo Sistema di Garanzia;
- inderogabile necessità di rilancio delle politiche per il personale sanitario: stabilizzazioni, nuove assunzioni, rinnovi contrattuali, adeguamenti salariali a standard europei;
- immissione sul mercato di numerose innovazioni farmacologiche dai costi molto elevati;
- invecchiamento della popolazione;
- riduzione della rinuncia a prestazioni sanitarie (dati ISTAT).

La stima di € 230 miliardi, che equivale ad una spesa pro-capite (a invarianza di popolazione) di circa € 3.800 per il 2025, si colloca al di sotto della media 2017 dei paesi del G7 (€ 3.874,49) esclusi gli USA³⁴⁷. Considerato che la spesa attuale pro-capite è pari a € 2.561 questo comporterebbe un incremento della spesa pro-capite di € 1.239 nei prossimi 8 anni.

³⁴⁷ La spesa media pro-capite 2017 nei paesi del G7 (esclusi gli USA) di \$ 4.641,80 convertita in al cambio USD-EUR al 31/12/2017 è pari a € 3.874,49.

Tale stima è relativa esclusivamente alla spesa sanitaria e pertanto non include le risorse da destinare al piano di investimenti per l'edilizia sanitaria e per l'ammodernamento tecnologico, stimate dalla Corte dei Conti in € 32 miliardi³⁴⁸, la spesa sociale di interesse sanitario (§ 2.2) e la spesa fiscale (§ 2.3).

4.3. Stima dei cunei di stabilizzazione

Senza entrare nel merito del *value for money* (§ 2.4) della spesa privata, nel periodo 2018-2025 si stima un aumento della spesa sanitaria totale di € 28 miliardi sulla base delle seguenti assunzioni:

- **Spesa pubblica.** € 12 miliardi in ragione di: aumento del finanziamento pubblico nominale negli ultimi 5 anni (in media € 900 milioni/anno), previsioni del DEF 2019 rispetto al rapporto spesa sanitaria/PIL (dal 6,6% nel 2019-2020 al 6,5% nel 2021 al 6,4% nel 2022), finanziamento previsto dalla Legge di Bilancio 2019, ma con un quadro politico-economico che non esclude riduzioni del finanziamento pubblico, anche alla luce di eventuali nuove politiche fiscali (*flat tax*).
- **Spesa privata.** € 16 miliardi in ragione di: trend degli ultimi 5 anni di aumento del numero di fondi sanitari e loro iscritti, espansione del mercato assicurativo e aumento della spesa out-of-pocket.

L'incremento stimato di spesa pubblica e spesa privata permetterebbe di raggiungere nel 2025 una cifra prossima a € 183 miliardi, lontana di quasi € 50 miliardi dal fabbisogno stimato (figura 4.1).

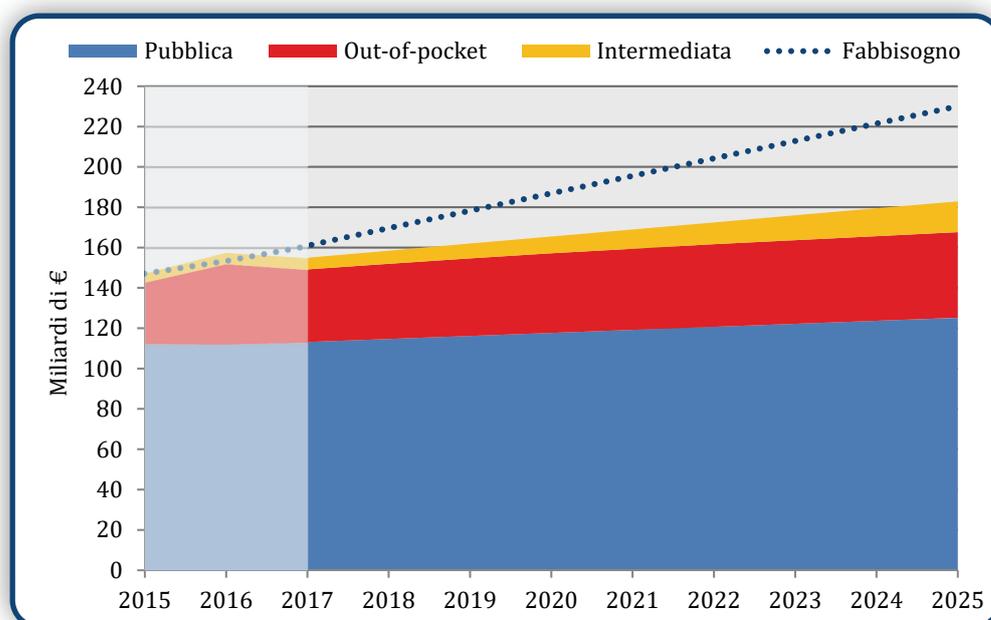


Figura 4.1. Fabbisogno, spesa pubblica e spesa privata: consuntivo 2015-2017 e trend stimato 2018-2025

³⁴⁸ Corte dei Conti. L'attuazione del programma straordinario per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario. Deliberazione 9 marzo 2018, n. 4/2018/G. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sez_centrale_controllo_amm_stato/2018/delibera_4_2018_g.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

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 riduzione degli sprechi, previsto dal Piano di salvataggio del SSN (§ 5).

Rispetto alle stime del precedente rapporto la stima del potenziale recupero di risorse viene ridotta per due ragioni: da un lato è stato rilevato che per alcune categorie di sprechi non sono state messe in atto le misure necessarie, o laddove implementate si sono rivelate scarsamente efficaci; dall'altro sono stati accolti i feedback informali e formali che hanno suggerito di rivedere l'entità del potenziale recupero.

La stima del potenziale recupero di risorse nel periodo 2018-2025 ammonta dunque a € 36,2 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 € 12 miliardi, le risorse complessivamente recuperabili entro il 2025 ammontano a circa € 182 miliardi;
- obiettivo del disinvestimento 2018-2025: almeno il 20% degli sprechi totali;
- soglia di accettabilità di sprechi al 2025: € 14 miliardi.

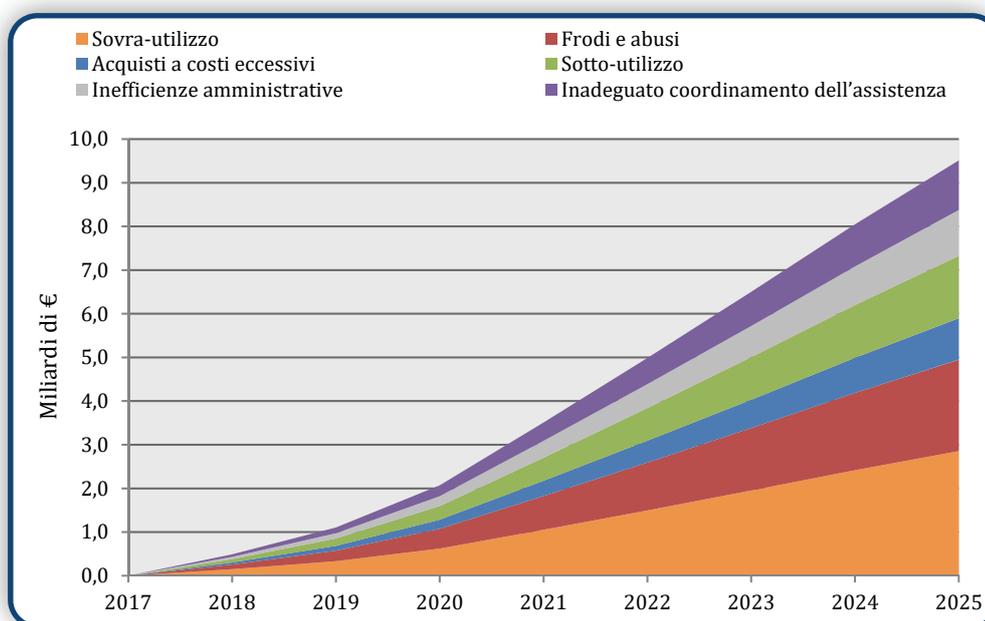


Figura 4.2. Disinvestimento da sprechi e inefficienze: trend stimato 2018-2025

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 nel 2025 mancherebbero ancora € 37,6 miliardi (figura 4.3), di fatto la cifra che è stata “sottratta” al finanziamento pubblico del SSN nel periodo 2010-2019 (§ 3.1).

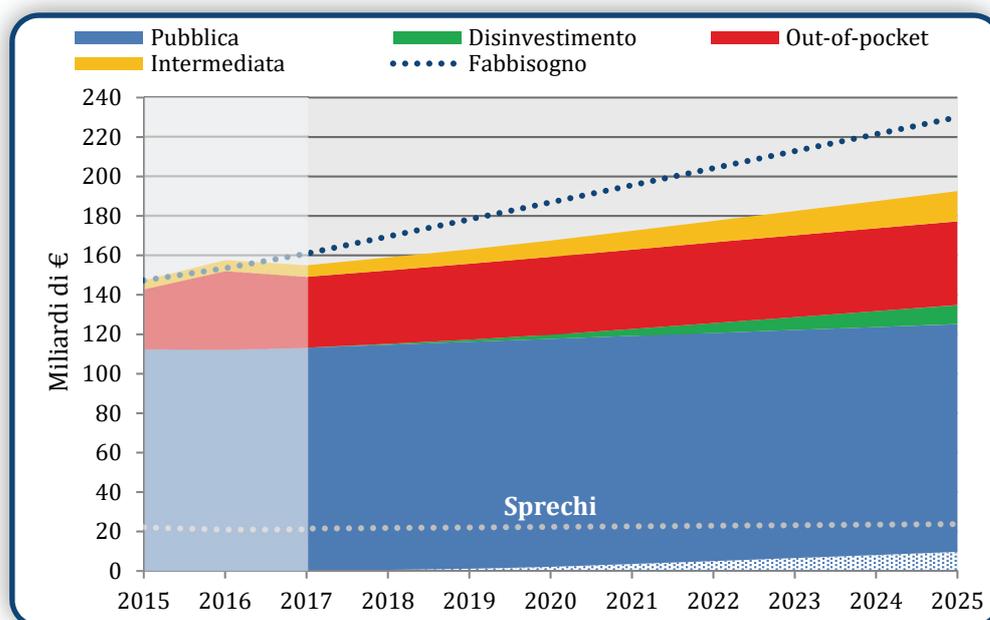


Figura 4.3. Fabbisogno e “cunei di stabilizzazione”: consuntivo 2015-2017 e trend stimato 2018-2025

4.4. Conclusioni

Nonostante la stima prudentiale di un fabbisogno pari a € 230 miliardi al 2025 e la limitata probabilità di riqualificare oltre € 36 miliardi di spesa pubblica nei prossimi anni, l’entità delle risorse necessarie a colmare il gap richiedono scelte politiche ben precise per preservare un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico (§ 5):

- consistente rilancio del finanziamento pubblico;
- contestuale ridefinizione del perimetro dei LEA;
- rivalutazione delle agevolazioni fiscali sia relative alle spese mediche, sia in particolare ai fondi sanitari integrativi;
- ripensamento, nell’ottica di un fondo socio-sanitario nazionale, delle modalità con le quali viene oggi erogata la spesa sociale di interesse sanitario.

In ogni caso, si ribadisce che la soluzione, come ampiamente dimostrato nel presente Rapporto, non può essere rappresentata dall’espansione del “secondo pilastro”.

CAPITOLO 5

Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale

Sin dalla pubblicazione del 2° Rapporto³⁴⁹, la Fondazione GIMBE ha ribadito che se è certo che non esiste un piano occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, è altrettanto vero che manca un esplicito programma politico per il suo salvataggio. Per tale ragione, prima delle consultazioni del 4 marzo 2018, la Fondazione GIMBE ha ripetutamente esortato tutte le forze politiche in campo a mettere nero su bianco proposte convergenti per la sanità pubblica^{350,351,352} sia perché è indispensabile rimettere urgentemente la sanità al centro dell'agenda politica, sia perché il diritto costituzionale alla tutela della salute non può essere ostaggio di ideologie partitiche.

Sulla base dei dati del 2° Rapporto integrati con commenti e suggerimenti raccolti grazie alla consultazione pubblica, la Fondazione GIMBE ha elaborato un Piano di salvataggio del SSN³⁵³, utilizzato come benchmark per il monitoraggio dei programmi elettorali delle forze in campo alle politiche 2018³⁵⁴ e presentato in occasione della 13ª Conferenza Nazionale GIMBE³⁵⁵. Nel settembre 2018, il Piano di salvataggio del SSN è stato utilizzato per l'analisi del "Contratto per il Governo del Cambiamento"³⁵⁶ (appendice 1).

Il 4 marzo 2019, in occasione della 14ª Conferenza Nazionale GIMBE è stata presentata la versione 2.0 del Piano di salvataggio del SSN (figura 5.1), riferimento costante per l'Osservatorio GIMBE, ed è stata avviata la *pars construens* della campagna #salviamoSSN con la presentazione delle innovazioni di rottura di seguito descritte.

Il Piano di salvataggio del SSN è costituito da 12 azioni:

- Mettere la salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali
- Rilanciare il finanziamento pubblico per la sanità e evitare continue revisioni al ribasso
- Aumentare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel rispetto delle loro autonomie

³⁴⁹ 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/2017. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵⁰ 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?uuiid=AEByZwKD. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵¹ 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?uuiid=AErjRYeD. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵² 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?uuiid=AEjNCVpD. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵³ Fondazione GIMBE. Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale. Evidence 2018;10(8): e1000186. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000186. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵⁴ Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali su sanità e ricerca biomedica. Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2018. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵⁵ Cartabellotta A. #salviamoSSN: prossima legislatura, ultima chiamata. In: 13ª Conferenza Nazionale GIMBE. Disponibile a: www.gimbe.org/conferenze/nazionale/2018/relazioni/01.Cartabellotta.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵⁶ Analisi delle proposte su sanità e ricerca biomedica del "Contratto per il Governo del Cambiamento". Fondazione GIMBE: Bologna, settembre 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/contratto-governo. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali condizionano la salute e il benessere delle persone
- Ridisegnare il perimetro dei livelli essenziali di assistenza secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia
- Ridefinire i criteri di compartecipazione alla spesa sanitaria ed eliminare il superticket
- Lanciare un piano nazionale per ridurre sprechi e inefficienze e reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni
- Avviare un riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione
- Regolamentare l'integrazione pubblico-privato e la libera professione secondo i reali bisogni di salute
- Rilanciare politiche e investimenti per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari
- Finanziare ricerca clinica e organizzativa con almeno l'1% del fabbisogno sanitario nazionale
- Promuovere l'informazione istituzionale per contrastare le *fake news*, ridurre il consumismo sanitario e favorire decisioni informate



Figura 5.1. Il Piano di salvataggio del SSN elaborato dalla Fondazione GIMBE

La tutela del SSN è subordinata alla presa di coscienza politica, professionale e più in generale di tutti i cittadini, "azionisti di maggioranza" del SSN, di dati inconfutabili e ragionevoli certezze:

- La sanità pubblica assorbe il 6,6% del PIL, ma tutta la filiera della salute produce complessivamente circa l'11% del PIL.
- La perdita, lenta e progressiva, di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, oltre a compromettere la salute delle persone, diritto fondamentale tutelato dalla Costituzione, porterà ad un disastro sociale ed economico senza precedenti.

- L'Italia, seppur seduta al tavolo del G7, dispone di un finanziamento pubblico per la sanità allineato a quello dei paesi dell'Europa orientale. Pertanto, mentre la comunità scientifica e il mondo professionale seguono i progressi della scienza e l'industria investe in questa direzione, la politica ignora che il progressivo definanziamento allontana sempre più il SSN dalle grandi innovazioni farmacologiche (CAR-T, terapie geniche) e tecnologiche (intelligenza artificiale), per condurlo verso la lista essenziale dei farmaci e diagnostici dell'OMS.
- Al di là di slogan e facili proclami, rilanciare la sanità pubblica richiede volontà politica, investimenti rilevanti, un programma di azioni a medio-lungo termine e innovazioni di rottura. In altre parole, la sola manutenzione ordinaria porterà al silenzioso sgretolamento della più grande opera sociale mai costruita in Italia: sarà solo una cura palliativa per mantenere in vita il "malato cronico" SSN, destinato a sperimentare sempre più "riesacerbazioni acute", come quella che in questo momento storico interessa il personale sanitario.
- Serve la convergenza di tutte le forze politiche perché il salvataggio del SSN non può essere condizionato da ideologie partitiche, dalla scadenza dei mandati elettorali o da un anacronistico Patto per la Salute triennale, di fatto l'unico strumento di programmazione economica e sanitaria con cui Governo e Regioni definiscono la "manutenzione ordinaria" del SSN. In tal senso nel 2016 il 1° Rapporto GIMBE aveva definito come adeguato un orizzonte temporale decennale (2016-2025): a tre anni di distanza le "condizioni di salute" del SSN risultano nettamente peggiorate e la sanità continua a rimanere di fatto fuori dell'agenda politica. Al tempo stesso tutti stakeholder devono essere pronti a rinunciare ad una parte dei privilegi acquisiti per tutelare il bene comune.
- Per aumentare il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità (*value for money*) è indispensabile agire in maniera tempestiva e integrata sulle "4 patologie", rilanciando il finanziamento pubblico, restringendo contestualmente il perimetro dei LEA, riducendo sprechi e inefficienze e attuando una riforma della sanità integrativa. Tali azioni richiedono alcune riforme di rottura nell'attuale sistema di finanziamento, pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari di seguito riportate, che si auspica possano informare sia la stesura del Patto per la Salute 2019-2021, sia le decisioni dell'Esecutivo.

5.1. Rilanciare il finanziamento pubblico per la sanità ed evitare continue revisioni al ribasso

Il vulnus del FSN risiede principalmente nel fatto che rappresenta il capitolo di spesa pubblica più facilmente aggredibile, rispetto, ad esempio, a quella le pensioni. Dal 2010 infatti tutti i Governi hanno sempre trovato nella spesa sanitaria le risorse necessarie per fronteggiare ogni emergenza finanziaria, certi che il SSN possa fornire sempre e comunque buoni risultati in termini di salute. Al tempo stesso gli stessi Governi hanno fatto scelte allocative per incrementare i sussidi individuali (bonus 80 euro, reddito di cittadinanza, quota 100) con l'obiettivo (miseramente fallito) di aumentare il consenso elettorale. Tutte queste forme di redistribuzione, analogamente alle provvidenze in denaro erogate dall'INPS per le spese sociali di interesse sanitario, sfuggono ad ogni forma di governance pubblica ed è impossibile valutarne l'impatto. Le uniche due certezze sono l'indebolimento delle tutele pubbliche offerte dal SSN e l'aumento (non sempre appropriato) della spesa out-of-pocket.

Considerato che dal 2010 al 2019, tra tagli e definanziamento sono stati sottratti al SSN oltre € 37.000 milioni, di cui circa il 50% “assorbiti” dal personale dipendente e convenzionato, per un reale rilancio del finanziamento pubblico occorre riportare nel medio termine il livello del FSN alla media 2017 dei Paesi del G7 (USA esclusa), un’azione ben lontana dagli irrisori incrementi degli ultimi 10 anni che non hanno coperto nemmeno il costo dell’inflazione (§ 4).

Ancor di più, al fine di non vanificare ogni rilancio del finanziamento pubblico, è indispensabile “sanare” il vulnus sopra descritto per evitare inesorabili periodiche revisioni al ribasso. Ovvero è necessario “mettere in sicurezza” il FSN tramite la definizione di:

- una soglia minima al di sotto della quale non deve scendere il rapporto spesa sanitaria/PIL nazionale;
- un incremento percentuale annuo in termini assoluti, pari almeno doppio dell’inflazione.

Questo legittimerebbe, indipendentemente dal colore dei Governi, l’impegno politico a programmare, stabilizzandolo, il rilancio il finanziamento pubblico per il SSN, neutralizzando le previsioni del DEF al fine di poter contare in Legge di Bilancio su risorse certe.

Le analisi effettuate nel presente Rapporto dimostrano che per rilanciare realmente il SSN occorrerebbe destinare in tempi brevi una quota consistente di risorse sia alle vere innovazioni in grado di migliorare gli esiti di salute e la qualità di vita delle persone, sia soprattutto al personale che, oltre ad essere adeguatamente “rimpiazzato”, deve soprattutto essere (ri)motivato anche tramite l’allineamento della retribuzione a standard europei.

Tuttavia, considerata la situazione economica del Paese, tale (inverosimile) scelta allocativa al momento può essere ottenuta solo disinvestendo da uno o più dei sussidi individuali di cui si riporta (in ordine rigorosamente cronologico) l’entità degli investimenti previsti:

- Bonus 80 euro: circa € 10.000 milioni/anno
- Reddito di Cittadinanza: € 7.100 milioni nel 2019, € 8.055 nel 2020 e € 8.317 milioni dal 2021
- Quota 100: € 3,8 miliardi nel 2019, € 7,8 miliardi nel 2020, € 8,3 miliardi nel 2021 e € 7,8 miliardi nel 2022

Nella realistica impossibilità di un consistente rilancio a breve termine i margini per il recupero di risorse sono fondamentalmente legati alla messa in campo di azioni integrate:

- Ridefinizione del perimetro dei LEA sulla base di un rigoroso metodo *evidence- & value-based* (§ 3.2).
- Integrazione della spesa sanitaria con la spesa sociale di interesse sanitario (§ 2.2) con l’obiettivo di pervenire, nel medio termine, alla definizione di un fabbisogno socio-sanitario nazionale.
- Revisione della spesa fiscale (§ 2.3) per detrazioni e deduzioni per:
 - spese sanitarie, da rivalutare con gli stessi criteri di revisione dei LEA, eliminando le agevolazioni fiscali per interventi sanitari dal *value* basso o negativo
 - contributi versati a fondi sanitari e società di mutuo soccorso, previa riforma della sanità integrativa
- Disinvestimento da sprechi e inefficienze (§ 3.3).

Relativamente agli investimenti per l’ammodernamento tecnologico (non analizzati nel presente Rapporto), dovrebbero essere presi in considerazione meccanismi di incentivazione fiscale per l’acquisto delle grandi apparecchiature (“rottamazione”).

5.2. Aumentare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel rispetto delle loro autonomie

In un momento storico caratterizzato da istanze di regionalismo differenziato (appendice 2) potrebbe apparire anacronistico puntare su un aumento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni. In realtà, ciò permetterebbe di ridurre le diseguaglianze attuali e le potenziali conseguenze negative delle maggiori autonomie: tale azione, tuttavia, necessita di una revisione sia dei criteri di riparto del FSN, sia delle modalità di verifica degli adempimenti LEA, contribuendo anche al superamento degli attuali Piani di rientro.

Potenziamento degli enti nazionali. La già prevista, e più volte rimandata, riforma degli enti vigilati (AIFA, Agenas, Istituto Superiore di Sanità) dovrebbe favorire sinergie ed evitare duplicazioni di responsabilità sia tra gli enti, sia tra questi e le direzioni generali del Ministero della Salute. Tale riforma dovrebbe in particolare garantire la definizione univoca di standard nazionali di indirizzo e verifica (linee guida, HTA reports): a tal proposito si rileva che, se l'impianto normativo ha affidato all'ISS la governance delle linee guida, l'HTA risulta ampiamente frammentato tra vari enti (AIFA, ISS, Agenas, Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico) oltre che sovrapposto impropriamente per farmaci (AIFA) e dispositivi (Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico) con le funzioni regolatorie degli stessi enti.

Modifica dei criteri di riparto del FSN. Senza entrare nel merito della quota di deprivazione sociale più volte richiesta (e mai concessa) dalle Regioni del centro-sud penalizzate dai criteri di riparto basati sulla popolazione residente pesata per età, si rileva qui che la principale criticità delle attuali modalità di riparto del FSN è la loro natura quasi totalmente indistinta. Le Regioni hanno infatti la massima libertà di utilizzare le risorse assegnate per la pianificazione ed erogazione dei servizi sanitari, senza alcun vincolo di destinazione, con due sole verifiche da parte dello Stato: l'equilibrio finanziario e il mantenimento dell'adempimento secondo la griglia LEA.

Il riparto del FSN dovrebbe essere invece effettuato tenendo conto di una quota fissa, parametrata secondo standard nazionali, per il personale sanitario e una quota variabile vincolata agli adempimenti LEA secondo il nuovo sistema di garanzia che dovrebbe prevedere meccanismi bonus/malus a valere sul riparto dell'anno successivo. Innanzitutto, le Regioni inadempienti su specifici indicatori dovrebbero ricevere una quota di finanziamento ridotta nel riparto dell'anno successivo, potendosi avvalere dell'aumento dell'addizionale regionale IRPEF per recuperare la riduzione della quota di riparto. Questo meccanismo, in linea solo teorica già esistente nei Piani di rientro, dovrebbe scattare per singoli inadempimenti LEA così da collegarli agli adempimenti LEA con il riparto dell'anno successivo. Al tempo stesso dovrebbero essere previsti meccanismi premiali per le Regioni che, pur trovandosi nella soglia di adempimento minima del 60%, raggiungono percentuali molto più elevate (cd. premialità per super-LEA).

Tale innovazione di rottura permetterebbe di allineare a cascata budget e sistemi premianti a tutti i livelli: Regioni → aziende sanitarie → unità organizzative → professionisti. In altri termini, il commitment regionale per il raggiungimento dei singoli obiettivi LEA agganciato a meccanismi bonus/malus permetterebbe un percorso più lineare tra finanziamento, organizzazione ed erogazione dei servizi e valutazione, con una maggior responsabilizzazione dell'intera filiera.

5.3. Ridisegnare il perimetro dei LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia

Come più volte rilevato nel presente Rapporto esiste un'evidente dissociazione tra l'entità del finanziamento pubblico e l'ampiezza del "paniere" dei LEA. Di conseguenza, nonostante sia politicamente "scomodo", è indispensabile "soltire" i LEA secondo un metodo *evidence- & value-based* ampiamente descritto (§ 3.2) per tre ragioni: innanzitutto, il finanziamento pubblico non è sufficiente a garantire in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale un "paniere" LEA così ampio; in secondo luogo, i LEA includono oggi troppe prestazioni dal *value* basso o addirittura negativo; infine, il "campo d'azione" della sanità integrativa è attualmente troppo limitato, generando improprie "invasioni di campo".

Programma nazionale HTA. Il processo di revisione/*delisting* dei LEA dovrebbe essere continuamente informato da un Piano nazionale HTA, adeguatamente finanziato, per tutte le tecnologie sanitarie. Da questo programma dovrebbero essere escluse le istituzioni deputate ai meccanismi regolatori e di vigilanza (AIFA per i farmaci e Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico per i dispositivi). È ben noto infatti che la "doppia veste" introduce parzialità di giudizi che influenzano gli esiti del processo di HTA. In altri termini, l'AIFA e il Dipartimento per i dispositivi dovrebbero mantenere solo il ruolo di organismi regolatori.

Criteri di rimborso e tetti di spesa. I principi della *value-based healthcare* impongono di rivedere sia i criteri di rimborso meramente quantitativi di servizi e prestazioni sanitarie, sia il principio dei tetti di spesa perché questi, paradossalmente, potrebbero limitare l'accesso alle vere innovazioni. Di conseguenza sarebbe opportuno sperimentare criteri di rimborso *value-based* e favorire a tutti i livelli i processi di disinvestimento e riallocazione rendendo più flessibili tetti di spesa e budget.

Finanziamento ricerca comparativa indipendente. Una cifra pari ad almeno l'1% del FSN dovrebbe essere destinata al finanziamento della ricerca comparativa indipendente, previa identificazione delle aree grigie, per informare l'aggiornamento continuo dei LEA. Al fine di incrementare le risorse disponibili, dovrebbero essere definiti meccanismi premiali per le Regioni che investono in ricerca indipendente per rispondere a quesiti di interesse nazionale, e dovrebbe essere previsto il coinvolgimento dell'industria farmaceutica e biomedicale.

5.4. Lanciare un piano nazionale per ridurre sprechi e inefficienze e reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni

Se a livello internazionale il disinvestimento da sprechi e inefficienze rappresenta una strategia fondamentale per aumentare l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari, in Italia non viene universalmente accettato come fonte credibile di (parziale) recupero di risorse. Considerata la natura multifattoriale di sprechi e inefficienze (§ 3.3) e la frammentata messa in atto di strategie per la loro riduzione, è indispensabile il varo di un piano nazionale, agganciato ai meccanismi bonus/malus degli adempimenti LEA sopra riportati. In altri termini, senza una strategia condivisa tra Stato e Regioni agganciata agli adempimenti LEA, sarà possibile aggredire, sulla scia di quanto in parte realizzato, quella parte di sprechi e inefficienze relativa alle attività non cliniche (frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, inefficienze amministrative). Viceversa gli sprechi condizionati da comportamenti

professionali, da aspettative di cittadini e pazienti (sovra e sotto-utilizzo) e da modelli organizzativi (inadeguato coordinamento dell'assistenza) saranno difficilmente aggredibili.

5.5. Avviare un riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione

La Fondazione GIMBE ha già presentato in occasione dell'audizione parlamentare specifiche proposte:

- Definire le prestazioni LEA ed extra-LEA che possono/non possono essere coperte dai fondi sanitari integrativi.
- Riconoscere le agevolazioni fiscali ai fondi sanitari integrativi solo per le prestazioni extra-LEA.
- Regolamentare i rapporti tra:
 - fondi sanitari integrativi e compagnie assicurative;
 - finanziatori privati ed erogatori privati accreditati.
- Regolamentare le campagne pubblicitarie di fondi sanitari e assicurazioni per evitare la diffusione di messaggi consumistici che fanno spesso leva sulle criticità di accesso del servizio pubblico o su “pacchetti prevenzione” che soddisfano il cittadino-consumatore, ma alimentano la medicalizzazione della società, oltre ai fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento.
- Avviare una campagna istituzionale informativa sulla sanità integrativa per consentire ai cittadini di conoscere opportunità (e svantaggi) della sanità integrativa.

APPENDICE 1

Analisi del “Contratto per il Governo del Cambiamento”

Nel settembre 2018 l'Osservatorio GIMBE ha realizzato un report indipendente³⁵⁷ per verificare la coerenza delle proposte relative a sanità e ricerca biomedica contenute nel “Contratto per il Governo del Cambiamento” con i 12 punti del Piano di salvataggio del SSN elaborato dalla Fondazione GIMBE, già utilizzato per il fact checking dei programmi elettorali in occasione delle consultazioni politiche del 4 marzo 2018 e successivamente sottoposto a consultazione pubblica.

Il testo del “Contratto per il Governo del Cambiamento” è stato esaminato integralmente al fine di identificare le proposte relative a sanità e ricerca biomedica e di confrontarle con i 12 punti del “piano di salvataggio” del SSN elaborato dalla Fondazione GIMBE.

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

Sono state realizzate 12 tabelle analitiche dove, per ciascuna proposta identificata nel testo, è stato inserito ove opportuno un commento con eventuali note bibliografiche. Successivamente, previa verifica di coerenza e completezza delle proposte per attuare ciascuno dei 12 item del “piano di salvataggio” GIMBE, è stata realizzata una tabella sinottica che riporta la valutazione complessiva del “Contratto per il Governo del Cambiamento”. Tale

³⁵⁷ Fondazione GIMBE. Analisi delle proposte su sanità e ricerca biomedica del “Contratto per il Governo del Cambiamento”. Bologna, settembre 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/contratto-governo. Ultimo accesso: 7 giugno 2019..

valutazione non ha tenuto in considerazione la sostenibilità economica, in quanto nelle sezioni esaminate il “Contratto per il Governo del Cambiamento” non definisce in alcun caso l’entità delle risorse necessarie per finanziare le proposte. Esclusivamente nei casi in cui le proposte riportano esplicitamente la necessità di un aumento di risorse da destinare a specifici obiettivi, è stata rilevata l’assenza di stime quantitative.

La valutazione complessiva della coerenza e della completezza delle proposte ha utilizzato, per ciascun item del “piano di salvataggio GIMBE” i seguenti emoticon:



Le proposte soddisfano pienamente l’item



Le proposte soddisfano parzialmente l’item



Non esiste alcuna proposta relativa all’item

Rinviando al report integrale per i dettagli, viene di seguito riportate la tabella sinottica relativa ai 12 item.

1. Salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali



Item pienamente soddisfatto da molteplici proposte contenute in vari capitoli del Contratto: dall’acqua pubblica all’ambiente, green-economy e rifiuti zero; dall’implementazione delle leggi sui reati ambientali alle politiche per la famiglia e la natalità; dalla cyber security e contrasto al bullismo e al gioco d’azzardo alla promozione dello sport; dalla sicurezza stradale, a trasporti, infrastrutture e telecomunicazioni. Nessuna considerazione sulle modalità con cui gestire ogni possibile riduzione della produzione economica conseguente all’implementazione di tali politiche.

2. Certezze sulle risorse per la sanità: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico



Il Contratto da un lato propone il “rifiinanziamento del fondo sanitario nazionale” per garantire la reale sostenibilità dei LEA su tutto il territorio nazionale, dall’altro afferma che “il recupero delle risorse avverrà grazie ad una efficace lotta agli sprechi e alle inefficienze” (cfr. § item 7). In altri termini, se il Contratto afferma esplicitamente l’intenzione di recuperare risorse da sprechi e inefficienze, non dichiara in maniera altrettanto esplicita l’aumento nominale del fondo sanitario nazionale né l’inversione di tendenza del rapporto spesa sanitaria/PIL. Peraltro, “recuperare integralmente tutte le risorse economiche sottratte in questi anni con le diverse misure di finanza pubblica”, seppur nell’arco dell’intera legislatura, è un obiettivo molto ambizioso se riferito al 2015-2018 (oltre € 12 miliardi) che diventa utopistico se attribuito al periodo 2010-2018, visto che tra tagli e definanziamenti la cifra è prossima ai € 40 miliardi.

3. Maggiori capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel pieno rispetto delle loro autonomie



Vengono confermati gli attuali ruoli ed equilibri tra Governo e Regioni, ma il Contratto non prevede azioni per assegnare allo Stato maggiori capacità di indirizzo e verifica, né specifica le modalità con cui il Governo potrà garantire ai cittadini una corretta ed adeguata erogazione dei servizi sanitari su tutto il territorio nazionale. Più in generale, le proposte relative a questo item sono fortemente condizionate dalla differente visione delle due forze politiche che hanno sottoscritto il “Contratto per il Governo del Cambiamento”. Da una parte la visione centralista del M5S propone alcune azioni per potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, in particolare intervenendo sulla formazione e sui criteri di nomina e valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie; dall'altra la Lega spiana la strada al regionalismo differenziato. Infatti, quanto già definito negli accordi preliminari con Emilia Romagna, Lombardia e Veneto, relativamente alle maggiori autonomie in materia di sanità, rischia di enfatizzare le disuguaglianze regionali perché condiziona indirettamente anche la definizione dei LEA che la legislazione concorrente assegna allo Stato. Infine, l'obiettivo di “rescindere il rapporto dannoso e arcaico fra politica e sanità” rimane un'asserzione tanto perentoria quanto evanescente: le azioni proposte sono infatti del tutto insufficienti, sia perché riferite esclusivamente ai criteri di nomina dei direttori generali, sanitari e amministrativi, oltre che dei dirigenti di strutture complesse, sia perché lasciano in carico a organi politici (Giunte regionali) la scelta dei direttori generali. In tal senso, nessun riferimento all'abolizione della figura del Commissario-Presidente ripristinata dalla Legge di Bilancio 2017, una delle azioni più semplici e immediate per “allentare” il rapporto tra politica e sanità.

4. Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari



In varie sezioni del Contratto si ritrovano ineccepibili dichiarazioni d'intenti sull'assistenza socio-sanitaria e proposte coerenti, seppur relative ad azioni puntuali: aumento dell'indennità di invalidità civile, agevolazioni fiscali per i disabili, integrazione socio-sanitaria, riduzione dei fenomeni di maltrattamento nelle strutture per anziani, etc. Purtroppo considerato che gli investimenti nel socio-sanitario, sia a livello nazionale che degli Enti locali, presentano una enorme variabilità e un andamento non costante nel tempo, in assenza di un finanziamento stabile, qualsiasi programmazione socio-sanitaria rischia di essere vanificata.

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



Il Contratto non contiene nessuna proposta in merito.

6. Eliminare il superticket e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei



Il Contratto riporta solo una generica dichiarazione sulla volontà di ridurre al minimo la compartecipazione alla spesa sanitaria dei singoli cittadini, senza alcun riferimento né

all'eliminazione del superticket, né alla revisione dei criteri di compartecipazione attualmente definiti e gestiti a livello regionale, al fine di uniformare i ticket su tutto il territorio nazionale.

7. Piano nazionale contro gli sprechi in sanità per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi



Il Contratto prevede obiettivi e azioni coerenti per ridurre sprechi e inefficienze: dalla lotta alla corruzione alla definizione di costi standard, dalla centralizzazione degli acquisti alla governance farmaceutica, dalla revisione delle procedure di accreditamento all'informatizzazione e digitalizzazione del SSN, dall'integrazione tra ospedale e territorio alla diffusione di strutture sanitarie a bassa intensità di cura. Mancano tuttavia azioni per ridurre gli sprechi da sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie e inappropriate e da sotto-utilizzo di prestazioni sanitarie efficaci e appropriate. Nessun riferimento alle modalità con cui lo Stato potrà effettuare un'efficace governance sulle Regioni visto che un'elevata percentuale di sprechi e inefficienze si annida nella pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari regionali.

8. Riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione



Il Contratto non contiene nessuna proposta in merito.

9. Sana integrazione pubblico-privato e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone



Il Contratto propone di garantire un equilibrio tra prestazioni istituzionali e quelle erogate in regime di libera professione, con particolare riguardo ai tempi di attesa: tuttavia, una regolamentazione dell'ALPI finalizzata esclusivamente al contenimento dei tempi di attesa non tiene conto dell'appropriatezza delle prestazioni erogate secondo i reali bisogni di salute delle persone. Nessun riferimento all'integrazione pubblico-privato, ad eccezione della dichiarata volontà di recuperare risorse grazie alla revisione delle procedure di convenzionamento e accreditamento", che tuttavia attualmente restano definite dalle singole Regioni.

10. Rilanciare le politiche per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari



Il Contratto sottolinea la necessità di assumere il personale medico e sanitario, ma per la stima del fabbisogno fa riferimento solo ai tempi di attesa e all'attuazione della normativa europea sugli orari di lavoro, senza considerare i nuovi modelli organizzativi e le differenze regionali. Nessun riferimento alla revisione di modalità e termini di assunzione e di progressione di carriera del personale dirigente e di comparto del SSN, né alla necessità di incrementi salariali. Rispetto alla programmazione, le proposte riguardano solo i medici, senza nemmeno citare le professioni sanitarie nonostante il basso rapporto infermieri/medici (1,4 vs 2,8 media OCSE). La proposta di rivedere il numero chiuso per aumentare il numero dei medici, senza prima incrementare adeguatamente le borse di

studio per le scuole di specializzazione e per il corso di formazione in medicina generale, rischia di restringere ulteriormente l'attuale imbuto formativo.	
11. Finanziare ricerca clinica e organizzativa: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN	
Il Contratto contiene solo una generica dichiarazione di intenti sulla volontà di potenziare la ricerca biomedica svolta all'interno del sistema sanitario e dalle Università, senza alcun riferimento all'entità delle risorse necessarie a tale potenziamento, né soprattutto alle modalità di prioritizzazione della ricerca in relazione alle necessità del 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	
Il Contratto non contiene nessuna proposta in merito.	

Tabella sinottica di valutazione del “Contratto per il Governo del Cambiamento” sulla base del Piano di salvataggio del SSN

La dichiarazione di intenti con cui si apre il capitolo Sanità del “Contratto per il Governo del Cambiamento” – “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 SSN significa salvaguardare lo stato di salute del Paese, garantire equità nell'accesso alle cure e uniformità dei livelli essenziali di assistenza” – esclude ogni forma di privatizzazione del SSN e conferma la volontà di tutelare i principi fondanti della L. 833/78 quali equità ed universalismo. Tuttavia, le analisi effettuate dimostrano che, nella sua attuale formulazione, il “Contratto per il Governo del Cambiamento” non getta solide basi per mettere in sicurezza la più grande conquista sociale dei cittadini italiani, già ereditata in “condizioni di salute” non ottimali.

Infatti, rispetto alle macro-determinanti della crisi di sostenibilità del SSN identificate dal 3° Rapporto GIMBE (definanziamento, “paniere LEA” troppo ampio, sprechi e inefficienze, espansione della sanità integrativa) il “Contratto per il Governo del Cambiamento” contiene un programma molto dettagliato per ridurre sprechi e inefficienze, ma:

- non dichiara esplicitamente un aumento nominale del fondo sanitario nazionale, né un'inversione di tendenza del rapporto spesa sanitaria/PIL;
- non prevede alcuna ridefinizione del perimetro dei LEA, oggi sproporzionati rispetto al finanziamento pubblico ed esigibili su tutto sul territorio nazionale solo sulla carta;
- non fa alcun cenno all'inderogabile riordino legislativo della sanità integrativa che oggi, con le seducenti promesse del “secondo pilastro”, favorisce derive consumistiche e di privatizzazione.

Inoltre, nonostante la coerenza di numerose proposte con gli item del “piano di salvataggio” GIMBE, il “Contratto per il Governo del Cambiamento” non definisce mai l'entità delle risorse necessarie per finanziare le proposte; anche nei casi in cui riporta esplicitamente la necessità di aumentare le risorse da destinare a specifici obiettivi, mancano sistematicamente le stime quantitative. Infine, il “Contratto per il Governo del Cambiamento” dà il via libera al regionalismo differenziato che rappresenta una reale minaccia all'universalismo del SSN, visto che le autonomie previste in sanità non potranno che amplificare le diseguaglianze regionali.

APPENDICE 2

Regionalismo differenziato. Risultati della consultazione pubblica GIMBE e tavola sinottica delle maggiori autonomie sulla tutela della salute richieste ai sensi dell'art. 116 c. 3 della Costituzione dalle Regioni Emilia Romagna, Lombardia e Veneto

L'art. 116 della Costituzione attribuisce alle Regioni “ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia” sulla base di un'intesa tra lo Stato e le Regioni a statuto ordinario che ne facciano richiesta. Stabilita l'intesa, il Governo formula il DDL che dovrà essere quindi approvato dalle Camere con maggioranza assoluta.

Quando Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna avevano già sottoscritto al fotofinish gli accordi preliminari sul regionalismo differenziato con il Governo Gentiloni, il Contratto per il Governo del Cambiamento ha ribadito come «questione prioritaria [...] l'attribuzione, per tutte le Regioni che motivatamente lo richiedano, di maggiore autonomia in attuazione dell'art. 116 della Costituzione, portando anche a rapida conclusione le trattative tra Governo e Regioni attualmente aperte». Nel frattempo, altre 7 Regioni (Campania, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria) hanno conferito ai Presidenti il mandato di avviare il negoziato; Basilicata, Calabria e Puglia sono alla fase iniziale dell'iter, mentre Abruzzo e Molise non risultano aver avviato iniziative formali.

In un quadro di maggiori autonomie la cartina al tornasole è rappresentata dalla sanità dove già il diritto costituzionale alla tutela della salute, affidato ad una leale collaborazione tra Stato e Regioni, è condizionato da 21 sistemi sanitari che generano diseguaglianze sia nell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie, sia soprattutto negli esiti di salute. In questo contesto, l'attuazione tout court dell'art. 116 rischia di amplificare le diseguaglianze di un servizio sanitario nazionale, oggi universalistico ed equo solo sulla carta. In altre parole, senza un contestuale potenziamento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, il regionalismo differenziato non potrà che legittimare normativamente il divario tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini.

Infatti, le maggiori autonomie richieste dalle 3 Regioni sulla tutela della salute lasciano intravedere conseguenze non sempre prevedibili: dalla rimozione dei vincoli di spesa in materia di personale all'accesso alle scuole di specializzazione; dalla stipula di contratti a tempo determinato di “specializzazione lavoro” per i medici agli accordi con le Università; dallo svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione al sistema di governance delle aziende e degli enti del SSR; dalla richiesta all'AIFA di valutazioni tecnico-scientifiche sull'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci agli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSR, sino all'autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi. Ulteriori autonomie per Emilia Romagna (distribuzione diretta di farmaci) e Veneto che punta alla gestione del personale: regolamentazione dell'attività libero-professionale e definizione di incentivi e misure di sostegno per i dipendenti del SSR in sede di contrattazione collettiva.

Considerando inaccettabile per un Paese democratico l'assenza di un dibattito politico e civile sul tema, la Fondazione GIMBE ha lanciato una consultazione pubblica, divulgata poi da numerose istituzioni e organizzazioni, per far luce sui potenziali rischi del regionalismo differenziato sulla tutela della salute. La consultazione chiedeva di stimare l'impatto di ciascuna autonomia in sanità sulle diseguaglianze regionali, tramite uno score da 1 (minimo) a 4 (massimo), con possibilità di "astenersi" e di aggiungere commenti. Dal 6 al 17 febbraio hanno completato la consultazione 3.920 persone, un campione rappresentativo della popolazione italiana con un margine di errore inferiore all'1,6%. Sono stati inviati 5.610 commenti, pari a 1,43 per partecipante. Per ciascuna delle autonomie vengono riportati i risultati in termini di score medio (\pm deviazione standard), % di "Non so" e numero di commenti (tabella 1).

Dai dati quantitativi e dall'analisi preliminare dei commenti emergono alcune ragionevoli certezze:

- L'esigua percentuale di "non so" (range 2-8,2%) e l'elevato numero di commenti riflette un campione composto prevalentemente da stakeholder della sanità.
- L'impatto delle maggiori autonomie in sanità sulle diseguaglianze regionali viene percepito rilevante (media score da 3,0 a 3,4), con deviazioni standard omogenee tra le diverse autonomie (da 0,9 a 1,1).
- Tra le preoccupazioni più frequenti: imprevedibilità delle conseguenze, ulteriore spaccatura Nord-Sud, aumento del divario tra Regioni ricche vs povere, differenziazione del diritto costituzionale alla tutela della salute.
- Le numerose proposte per "mitigare" i possibili effetti collaterali delle maggiori autonomie in sanità riconducono in sintesi a due contromisure: il contestuale aumento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni e la messa in atto di meccanismi di solidarietà tra Regioni.

Seppur limitati alla sanità questi risultati suggeriscono che il regionalismo differenziato deve essere "maneggiato con cura, con l'irrinunciabile obiettivo di rispettare gli equilibri previsti dalla Costituzione e garantire i diritti civili a tutti i cittadini sull'intero territorio nazionale.

La tabella 2 riporta la sintesi delle autonomie richieste dalle Regioni in sanità³⁵⁸.

³⁵⁸ Elaborazione GIMBE da: Senato della Repubblica. XVIII legislatura. Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Dossier n. 16, maggio 2018. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01067303.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Autonomia	Media (\pm DS)	Non so	Commenti
Maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale.	3,4 (\pm 0,9)	4,3%	n. 640
Maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione [...]	3,3 (\pm 0,9)	3,3%	n. 540
Possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" [...]	3,2 (\pm 1,0)	7,9%	n. 510
Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio: per l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale [Emilia Romagna e Veneto], per rendere possibile l'accesso dei medici titolari del contratto di "specializzazione lavoro" alle scuole di specializzazione [Emilia Romagna e Veneto], per l'avvio di percorsi orientati alla stipula dei contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" [Lombardia]	3,2 (\pm 1,0)	6,4%	n. 470
Maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella Regione	3,4 (\pm 1,0)	2%	n. 490
Maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN	3,4 (\pm 1,0)	4,1%	n. 440
Possibilità di sottoporre all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci [...]	3,2 (\pm 1,0)	6,1%	n. 510
Competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN [...]	3,1 (\pm 1,0)	4,8%	n. 360
Maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi	3,1 (\pm 0,9)	3,6%	n. 440
Maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale [solo Veneto]	3,4 (\pm 0,9)	7,4%	n. 360
Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere, per i dipendenti del SSN, incentivi e misure di sostegno [...] [solo Veneto]	3,0 (\pm 1,1)	8,2%	n. 390
In tema di distribuzione ed erogazione dei farmaci: competenza a definire, sotto profili qualitativi e quantitativi, le forme di distribuzione diretta dei farmaci per la cura dei pazienti soggetti a controlli ricorrenti [...] [solo Emilia Romagna]	3,0 (\pm 1,1)	10,5%	n. 460

Tabella 1. Risultati della consultazione pubblica GIMBE sul regionalismo differenziato

Emilia Romagna	Lombardia	Veneto
<p>Maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale³⁵⁹</p> <p><i>Vincolo: rispetto dei vincoli di bilancio</i>³⁶⁰</p>	IDEM	IDEM
<p>Maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione, incluse:</p> <ul style="list-style-type: none"> la programmazione delle borse di studio per i medici specializzandi l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale <p><i>Vincolo: rispetto degli equilibri di bilancio</i></p>	IDEM + Estensione dell'autonomia alla determinazione del numero dei posti dei corsi di formazione per i medici di medicina generale.	IDEM
<p>Possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro"³⁶¹.</p> <p>Spetta alle Regioni definire le modalità per inserire i medici titolari del contratto di "specializzazione lavoro" nell'attività delle strutture del SSN, fermo restando che il contratto non dà diritto all'accesso ai ruoli nel SSN né all'instaurazione di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato³⁶².</p>	IDEM	IDEM
<p>Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> per l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale per rendere possibile l'accesso dei medici titolari del contratto di "specializzazione lavoro" alle scuole di specializzazione³⁶³ 	<p>Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> per l'avvio di percorsi orientati alla stipula dei contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro"³⁶⁴ 	<p>Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> per l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale per rendere possibile l'accesso dei medici titolari del contratto di "specializzazione lavoro" alle scuole di specializzazione⁵

³⁵⁹ Emilia Romagna e Veneto qualificano l'autonomia in questione come misura essenziale per una efficiente organizzazione delle strutture sanitarie, tesa anche a perseguire una valorizzazione del personale del SSN.

³⁶⁰ Gli accordi con Emilia Romagna e Lombardia fanno riferimento, in particolare, ai vincoli dettati dalle norme per la riduzione della spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale (SSN), di cui all'art. 17, comma 3-bis, del decreto-legge n. 98 del 2011. Gli accordi con il Veneto richiamano in modo più generale le politiche di gestione del personale dipendente, convenzionato o accreditato.

³⁶¹ Strumento alternativo all'accesso alle scuole di specializzazione.

³⁶² Se non in esito ad una eventuale procedura selettiva.

³⁶³ Nel rispetto dei requisiti di accreditamento delle scuole di specializzazione.

³⁶⁴ Fermo il rispetto delle esigenze delle strutture sanitarie e della loro organizzazione logistica.

Emilia Romagna	Lombardia	Veneto
<p>Maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella Regione.</p> <p><i>Vincoli:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA)</i> - <i>rispetto dei vincoli di bilancio e dell'equilibrio economico-finanziario</i> - <i>applicabilità dei nuovi sistemi limitata agli assistiti residenti nella regione</i> 	IDEM	IDEM
<p>Maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN³⁶⁵.</p> <p><i>Vincoli:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA)</i> - <i>rispetto delle disposizioni nazionali in materia di selezione della dirigenza sanitaria</i> 	IDEM ³⁶⁶	IDEM
<p>Possibilità di sottoporre all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci. Entro 180 giorni dal ricevimento delle valutazioni regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'AIFA adotta un parere motivato, obbligatorio e vincolante per l'intero territorio nazionale, <i>oppure</i> • se l'AIFA non si pronuncia, la regione, sulla base delle proprie valutazioni, può assumere determinazioni in materia di equivalenza terapeutica. 	IDEM	IDEM

³⁶⁵ Con gli obiettivi di: 1) assicurare un'organizzazione efficiente della rete ospedaliera e dei servizi territoriali e di supporto, nonché delle relative forme di integrazione, anche con riguardo alle modalità di erogazione (Emilia Romagna) ovvero 2) rendere maggiormente coerenti con le esigenze specifiche delle singole regioni l'organizzazione della rete ospedaliera, dei servizi territoriali e le relative forme di integrazione e di modalità di erogazione (Lombardia e Veneto).

³⁶⁶ In Lombardia, dove l'autonomia in questione si riferisce in particolare agli organi e alla direzione strategica, si prevede la previa valutazione degli esiti del monitoraggio previsto dalla legge regionale n. 23 del 2015.

Emilia Romagna	Lombardia	Veneto
<p><i>Vincolo: l'AIFA può intervenire con motivate e documentate valutazioni, ex art. 15, comma 11-ter, del decreto-legge n. 95 del 2012³⁶⁷</i></p>		
<p>Competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN in un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse.</p>	IDEM	IDEM
<p>Maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi.</p> <p><i>Vincoli:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA)</i> - <i>rispetto dei vincoli di bilancio</i> 	IDEM	IDEM
-	-	<p>Maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale.</p> <p><i>Vincoli:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA)</i> - <i>rispetto dei vincoli di bilancio</i>
-	-	<p>Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere, per i dipendenti del SSN, incentivi e misure di sostegno, anche avvalendosi di risorse aggiuntive regionali, da destinare prioritariamente al personale dipendente in servizio presso sedi montane disagiate</p>
<p>In tema di distribuzione ed erogazione dei farmaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> • competenza a definire, sotto profili qualitativi e quantitativi, le forme di distribuzione diretta dei farmaci per la cura dei pazienti soggetti a controlli 	-	-

³⁶⁷ Nell'adottare eventuali decisioni basate sull'equivalenza terapeutica fra medicinali contenenti differenti principi attivi, le Regioni devono attenersi alle motivate e documentate valutazioni espresse dall'AIFA.

Emilia Romagna	Lombardia	Veneto
<p>ricorrenti. Nell'esercizio della competenza e nel monitoraggio dell'uso corretto dei farmaci, la regione si avvale delle farmacie di comunità</p> <ul style="list-style-type: none"> • competenza a garantire che le Aziende sanitarie erogano direttamente i medicinali per i pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale • competenza ad adottare direttive che impongono alla struttura pubblica di fornire direttamente i farmaci ai pazienti nel periodo immediatamente successivo al ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale <p>L'obiettivo è quello di garantire la continuità assistenziale</p> <p><i>Vincolo: restano ferme le funzioni istituzionali attribuite all'AIFA dalla normativa vigente.</i></p>		

Tabella 2. Sintesi delle autonomie richieste dalle Regioni in sanità



[#salviamoSSN](https://twitter.com/salviamoSSN)

Fondazione GIMBE

Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

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