RAPPORTO GIMBE/ Sistema a rischio per fondi scarsi, Lea, sprechi e sanità integrativa

Ssn, quattro killer da evitare

Ancora assente un piano per difendere un servizio equo e universale

Se il "Rapporto sulla sostenibilità del Ssn 2016-2025", presentato dalla Fondazione Gimbe nel giugno 2016, concludeva che non esisteva «alcun piano occulto di smantellamento del Ssn, ma nemmeno un programma esplicito per difendere un modello equo e universalistico di sanità pubblica da consegnare alle future generazioni», il 2° Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del Ssn giunge a conclusioni del tutto analoghe. Quattro le criticità analizzate che, come una miscela letale, mettono a rischio la sopravvivenza della sanità pubblica e che richiedono immediate misure politiche di sistema: definanziamento pubblico, nuovi Lea (si veda altro pezzo in pagina), sprechi e ipotrofia della sanità integrativa.

Definanziamento pubblico. Innumerevoli segnali documentano l'imponente definanziamento della sanità pubblica: tra tagli e mancati aumenti dal 2010 il Ssn ha lasciato per strada oltre € 35 miliardi, facendo retrocedere l'Italia sempre più nel confronto con i Paesi dell'Ocse. Infatti, le analisi riportate nel Rapporto Gimbe dimostrano che la spesa sanitaria in Italia continua inesorabilmente a perdere terreno, sia considerando la percentuale del Pil sia, soprattutto, la spesa pro-capite. In particolare, se oggi in Italia la percentuale del Pil destinato alla spesa sanitaria totale è in linea con la media Ocse, in Europa siamo ultimi tra i Paesi ricchi insieme alla Spagna; la situazione peggiora prendendo in considerazione la spesa pro-capite totale (figura 1), inferiore alla media Ocse ($ 3.245 vs $ 3.976) che posiziona l'Italia prima tra i Paesi più poveri dell'Europa. Il dato relativo al definanziamento emerge in maniera ancora più evidente confrontando la crescita percentuale della spesa pubblica negli anni 2000-2008 vs 2009-2015. Nel primo caso il finanziamento pubblico in Italia è aumentato quasi del 60%, rispetto a una media Ocse del 72%, mentre nel periodo 2009-2015 siamo fanalino di coda tra i Paesi che hanno registrato un incremento percentuale della spesa pubblica con un misero +2,9% (rispetto al 20% della media Ocse), e dietro di noi rimangono solo Spagna, Portogallo e Grecia, dove c'è stata una riduzione percentuale (figura 2).

Un quadro altrettanto inquietante emerge dal confronto con i Paesi del G7 dove l'Italia è fanalino di coda per spesa totale e per spesa pubblica, ma seconda per spesa out-of-pocket, testimonianza inequivocabile che la politica si è progressivamente sbarazzata di una consistente quota di spesa pubblica, scaricandola sui cittadini senza preoccuparsi di rinforzare in alcun modo la spesa privata intermediata.

La legge di Bilancio 2017, a dispetto delle pessimistiche previsioni, ha confermato un aumento del fondo sanitario nazionale di € 2 miliardi ma il 2° Rapporto Gimbe documenta che:

- l'incremento rappresenta di fatto un "anticipo di cassa": infatti € 115 miliardi previsti per il 2018 dall'Intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio 2016 sono stati ridotti a € 114 nella legge di Bilancio 2017, che ha spalmato nel triennio 2017-2019 la cifra concordata nel predetto accordo dalle Regioni per il biennio 2017-2018;
- il finanziamento pubblico definito dalla legge di Bilancio 2017 per il triennio 2017-2019 è al lordo del contributo annuale alla finanza pubblica a carico delle Regioni, che nel febbraio 2017 si è concretizzato nel "presunto taglio" di € 422 milioni;
- dei € 2 miliardi assegnati alla sanità, al netto del contributo di cui sopra, la quota non vincolata è del tutto irrisoria.

Secondo il Documento di economia e finanza (Def) 2017, poi, nel triennio 2018-2020 il rapporto tra spesa sanitaria e Pil diminuirà dal 6,7% del 2017 al 6,5% nel 2018, per poi precipitare al 6,4% nel 2019, per la prima volta al di sotto della soglia di allarme fissata dall'Oms, secondo cui sotto il 6,5%, si riduce l'aspettativa di vita. Dall'analisi comparata dei Def 2015, 2016 e 2017 relativamente agli anni 2017, 2018 e 2019 emergono intenzioni politiche inequivocabili: se inizialmente il progressivo definanziamento della sanità pubblica era interpretabile come logica conseguenza della crisi economica, oggi appare ormai come una costante irreversibile. Infatti, il Def 2017 conferma in maniera più netta rispetto ai precedenti, che se nel 2010-2015 la sanità si è fatta pesantemente carico della crisi economica del Paese, una eventuale ripresa del Pil nei prossimi anni non avrà un corrispondente impatto sul finanziamento pubblico del Ssn.

Sprechi. La Fondazione Gimbe documenta che una quota consistente di denaro pubblico continua ad alimentare sprechi intollerabili: l'aggiornamento alla spesa sanitaria 2016 identifica € 22,51 miliardi/anno erosi da sovra-utilizzo, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, sotto-utilizzo, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza (tabella 1). A dispetto delle critiche mosse a queste stime, considerate eccessive, l'Ocse ha recentemente confermato che in sanità 2 euro su 10 vengono sprecati lanciando un chiaro monito: non c'è più tempo per disquisire sull'esistenza degli sprechi, ma tutti gli stakeholder sono chiamati a eliminarli recuperando risorse per contribuire alla sostenibilità dei sistemi sanitari.

Sanità integrativa. La combinazione di fenomeni concomitanti occorsi nell'ultimo decennio hanno sancito il fallimento del modello di finanziamento del Ssn a tre pilastri: infatti, il primo è stato fortemente indebolito dalla progressiva e imponente riduzione del finanziamento pubblico con erogazione dei Lea insufficiente e non uniforme in tutto il territorio nazionale. Il secondo pilastro (fondi sanitari integrativi) non è stato adeguatamente rinforzato, complici la frammentazione normativa, i timori di un carico eccessivo di detrazioni fiscali e una anacronistica ideologia di welfare che continua a limitarlo a prestazioni non essenziali: nel frattempo, la governance del terzo pilastro si è dimostrata del tutto inadeguata, tanto che le assicurazioni private si stanno espandendo con modalità che aumentano le diseguaglianze sociali, contribuendo a minare le basi di un Ssn pubblico, equo e universalistico. Rispetto al ricorso alla sanità integrativa (fondi sanitari + polizze assicurative) per contribuire alla sostenibilità del Ssn, l'immobilismo legislativo ha generato un inaccettabile paradosso: dal momento che i riferimenti normativi non permettono al secondo pilastro di coprire prestazioni essenziali, molte di queste oggi vengono sostenute dal terzo pilastro, che si sta insinuando tra incertezze delle Istituzioni e minori tutele della sanità pubblica, rischiando di trasformare silenziosamente, ma inesorabilmente, il modello di un Ssn pubblico, equo e universalistico in un sistema misto.

pagine a cura di
Nino Cartabellotta
presidente fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Figura 1 - La spesa sanitaria nei Paesi Ocse

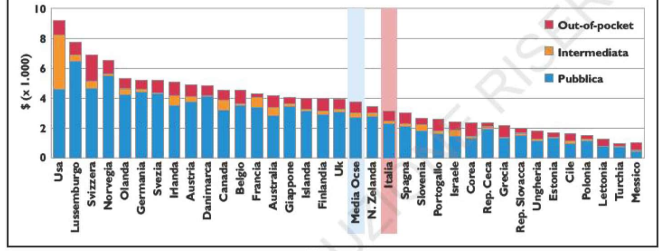


Figura 2 - La crescita dei finanziamenti ai sistemi sanitari

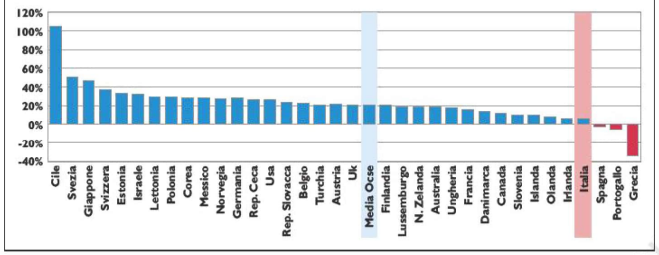


Tabella 1 - Stima degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica, anno 2016

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

(*) € 22,51 miliardi calcolati proiettando la stima Ocse (20%) su € 112,542 miliardi di spesa pubblica

2° Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale

Presentato il 6 giugno 2017, presso la Sala degli Atti parlamentari della Biblioteca "Giovanni Spadolini", Senato della Repubblica, Roma

Il Rapporto integrale è disponibile a: www.rapportogimbe.it

La consultazione pubblica è aperta sino al 30 settembre 2017

2025: all'appello mancano 16 mld

Al fine di valutare la sostenibilità del Ssn nel medio periodo, il precedente Rapporto Gimbe aveva adottato una prospettiva decennale (2016-2025), esortando la politica ad uscire dalla logica del breve termine inevitabilmente legata alla scadenza dei mandati. Analogamente nel Regno Unito, Paese con il quale condividiamo il modello sanitario universalistico, il 5 aprile 2017 la Camera dei Lord ha pubblicato un rapporto sulla sostenibilità del servizio sanitario e sociale che invita la politica ad abbandonare la logica dello short termism, denunciando come il «Department of Health non riesce o non vuole pensare oltre i prossimi 5 anni, rimane spesso avvitato su beghe quotidiane, sperando che sia il futuro a prendersi cura del servizio sanitario nazionale».

Dal punto di vista metodologico, il primo Rapporto Gimbe si è ispirato al modello dei "cunei di stabilizzazione" di Pacala e Socolow, che hanno dimostrato come, per contenere le emissioni di CO_2 entro il 2055, sia necessario integrare diverse strategie (i cosiddetti cunei di stabilizzazione) per la tutela dell'ambiente. Analogamente in sanità appare sempre più necessario un piano di intervento multifattoriale perché varie sono le determinanti influenzano la sostenibilità del Ssn: il Rapporto Gimbe ha aggiornato dunque le stime del fabbisogno del Ssn al 2025 e definito il potenziale contributo dei cunei di stabilizzazione identificati per garantire la sostenibilità della sanità pubblica, tenendo conto delle previsioni del Def 2017, delle normative pubblicate negli ultimi 12 mesi, di ulteriori analisi effettuate e dei feedback ottenuti in occasione della consultazione pubblica sul precedente Rapporto.

Analisi della spesa sanitaria 2015. Ammonta a € 147.295 miliardi: € 112,408 miliardi di spesa pubblica ed € 34,887 miliardi di spesa privata, di cui € 4,476 miliardi intermediata (€ 3,574 miliardi da Fsi ed € 0,902 miliardi da polizze assicurative) ed € 30,411 miliardi di spesa out-of-pocket (figura 3).

Stima del fabbisogno 2025. Il Rapporto precedente aveva stimato un fabbisogno al 2025 di € 200 miliardi, tenendo in considerazione vari fattori: entità del sotto-finanziamento del Ssn, benchmark con altri Paesi europei, necessità di rilanciare le politiche per il personale sanitario, evidenza in alcune Regioni di inadempimenti Lea da limitata offerta di servizi (Adi, hospice, lungodegenze, etc), evidenza di rinuncia alle cure, invecchiamento della popolazione, innovazioni farmacologiche, necessità di ammodernamento tecnologico. Tenendo conto dell'impatto economico dei nuovi Lea e dei feedback ricevuti in occasione della consultazione pubblica sul precedente Rapporto, la stima è stata innalzata a € 210 miliardi, cifra che rimane estremamente conservativa, visto che equivale a una spesa pro-capite di € 3.500, inferiore alla media Ocse del 2013. Si precisa che tali stime non tengono conto né del piano di investimenti per l'edilizia sanitaria, né dei bisogni socio-sanitari stimati dall'Istituto Dirpolis della Scuola Sant'Anna di Pisa in oltre € 17 miliardi di cui € 9 per l'assistenza familiare e i servizi di badantato, € 4,2 di partecipazione alle spese sociali ed € 4,1 di mancato reddito dei caregiver.

Cunei di stabilizzazione. Al 2025 viene stimato un aumento delle spesa sanitaria totale di € 30 miliardi sulla base delle seguenti assunzioni:

- ***Spesa pubblica.*** Il trend 2013-2017 (+ € 6 miliardi in 5 anni), le previsioni del Def 2017 (dal 6,7% del Pil nel 2016 al 6,4% nel 2019), il residuo contributo alla finanza pubblica dovuto delle Regioni e il quadro economico generale, che non permette di escludere ulteriori tagli alla sanità, suggeriscono prudenzialmente di mantenere invariata la stima di € 15 miliardi del precedente Rapporto.
- ***Spesa privata.*** Tenendo conto del trend degli ultimi 5 anni nell'aumento del numero di Fsie degli iscritti, della verosimile espansione del mercato assicurativo e dell'aumento della spesa out-of pocket, si stima un aumento complessivo di € 15 miliardi, ipotizzando un incremento della spesa privata intermediata che dal 18% del 2015 dovrebbe raggiungere almeno il 30%, riducendo progressivamente la spesa out-of-pocket.

Spesa pubblica e spesa privata permetterebbero così di raggiungere nel 2025 una cifra di poco superiore ai € 177 miliardi, ben lontana dunque dal fabbisogno stimato. Di conseguenza, è indispensabile potenziare il terzo "cuneo di stabilizzazione", ovvero il disinvestimento da sprechi e inefficienze, basato non solo su azioni puntuali di spending review, ma che preveda interventi strutturali e organizzativi in grado di eliminare definitivamente una quota di sprechi. Con l'attuazione di un piano nazionale di prevenzione e riduzione degli sprechi il potenziale recupero a 10 anni ammonterebbe infatti a circa € 80 miliardi, sulla base delle seguenti assunzioni:

- spesa pubblica: ipotizzando una percentuale degli sprechi costante (20%) in assenza di azioni correttive (business as usual) e tenendo conto di un incremento della spesa pubblica di € 15 miliardi le risorse totali erose dagli sprechi entro il 2025 ammonterebbero a poco più di € 240 miliardi;
- obiettivo entro il 2025: disinvestire almeno un terzo degli sprechi totali;
- soglia massima di accettabilità di sprechi al 2025: € 10 miliardi.

Tuttavia anche se l'incremento della spesa privata, in particolare a carico della quota intermediata, e l'entità del disinvestimento dagli sprechi manterranno i trend auspicati, per raggiungere il fabbisogno stimato per il 2025 mancherebbero comunque ancora circa € 16 miliardi (figura 4).

Per colmare il gap sarà dunque in ogni caso necessaria una scelta politica ben precisa: rilanciare in maniera consistente il finanziamento pubblico mantenendo un sistema sanitario pubblico universalistico, oppure prendere atto che il Ssn come tale non è più sostenibile ed è necessario programmare e governare adeguatamente la transizione a un sistema misto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Figura 3 - Analisi della spesa sanitaria

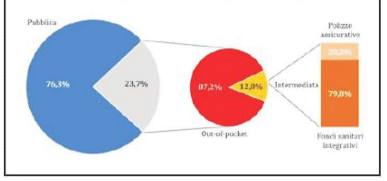
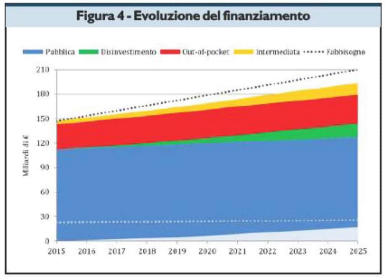


Figura 4 - Evoluzione del finanziamento



Nuovi Lea, l'aggiornamento deve passare per il «value»

Se per garantire la sostenibilità del servizio sanitario il denaro pubblico deve finanziare solo interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato value, il Dpcm sui nuovi Lea non rende esplicita né la metodologia per inserire le prestazioni nei Lea, né quella per effettuare il delisting. In assenza di metodo si concretizzano situazioni paradossali, dove con il denaro pubblico vengono al tempo stesso rimborsate prestazioni dal value basso, o addirittura negativo, mentre prestazioni dall'elevato value rimangono fuori dai Lea. Ad esempio, l'adroterapia nei tumori solidi pediatrici è inclusa nei Lea, mentre la telemedicina nello scompenso cardiaco, è più in generale nel monitoraggio delle malattie croniche, rimane fuori nonostante il value l'elevato (figura 5). Analogamente, estendendo il principio alle responsabilità regionali e locali nella riorganizzazione dei servizi ospedalieri, i punti nascita al di sotto di 500 parti/anno e gli interventi di chirurgia oncologica (mammella, polmone, stomaco, esofago, colon-retto) nelle Uu.Oo. che erogano un numero di interventi sotto-soglia mentiamo nell'area del value negativo perché i rischi sono maggiori dei benefici. Infine, spostandosi al livello micro (singola prestazione sanitaria) il value può variare in relazione alle sotto-categorie dei pazienti condizionata dall'appropriatezza professionale e dalle preferenze dei pazienti: 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, come raccomandano le linee guida; il value diminuisce invece se la Rmn viene eseguita dopo 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 5).

Pertanto, la vera sfida che attende la Commissione Lea non consiste nell'aggiornamento dei Lea in quanto tale, bensì nella definizione di un metodo esplicito e rigoroso sia per identificare le prestazioni da includere/escludere, sia per integrare le migliori evidenze nell'aggiornamento. Peraltro, considerato che i nuovi Lea - tranne poche eccezioni - non prevedono "liste negative", alla Commissione viene affidato l'arduo compito di effettuare la manutenzione di elenchi di prestazioni oggi espansi oltre ogni limite per ottenere il consenso di tutte le categorie professionali e dei cittadini-pazienti, senza la certezza di un'adeguata copertura finanziaria.

Infine è paradossale che il denaro pubblico rimborsi interventi sanitari di efficacia non provata, piuttosto che investire in ricerca comparativa indipendente, in grado di generare evidenze utili a ridurre gli sprechi. In tal senso la Fondazione Gimbe propone di destinare alla ricerca sull'efficacia comparativa degli interventi sanitari l'1% del fondo sanitario nazionale al fine di produrre robuste evidenze per informare l'aggiornamento dei Lea e utilizzare al meglio il denaro pubblico: analogamente a quanto previsto dal comma 388 della legge di Bilancio 2017 potrebbe essere utilizzato lo strumento della quota premiale per le Regioni.

Considerato che la Commissione Igiene e Sanità del Senato ha fatto proprie alcune riflessioni sollevate in sede di audizione dalla Fondazione Gimbe, riportando nel parere sullo schema di Dpcm sui nuovi Lea 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», la Fondazione Gimbe ha elaborato un framework evidence value-based per l'aggiornamento dei Lea che permetterebbe di classificare le prestazioni sanitarie in quattro categorie (figura 6):

- **Value elevato:** efficacia, appropriatezza e costo adeguato rispetto alle alternative → inserire in liste Lea positive da finanziare esclusivamente con il denaro pubblico;
- **Value basso:** prestazioni inefficaci, efficaci ma inappropriate, efficaci e appropriate, ma dai costi eccessivi rispetto alle alternative → non rimborsare interamente con il denaro pubblico (compartecipazione inversamente proporzionale al value) e/o finanziare con spesa privata (intermediata o out-of-pocket);
- **Value incerto:** evidenze assenti e/o di scarsa qualità e/o discordanti, e/o profilo rischio beneficio non noto → finanziare ricerca comparativa indipendente, non rimborsare interamente con il denaro pubblico;
- **Value negativo:** rischi maggiori dei benefici → escludere categoricamente dai Lea attraverso liste negative, impedendo la loro erogazione anche se finanziate dalla spesa privata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Figura 5 - Il mix finanziato dai Lea

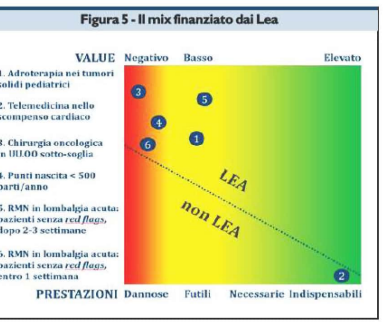
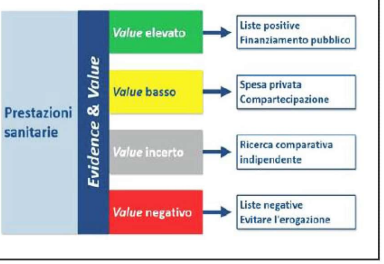



Figura 6 - Le categorie proposte dal Gimbe