

3° rapporto GIMBE. Nuovo esecutivo di fronte a un bivio per la sanità pubblica: rilanciare o smantellare?

Definanziamento progressivo, troppe prestazioni nei nuovi lea, sprechi e inefficienze ed espansione dell'intermediazione assicurativa rappresentano un miscela letale per la sanità pubblica. La fondazione gimbe analizza lo stato di salute del servizio sanitario nazionale, ne rivaluta la prognosi al 2025 e propone un preciso "piano terapeutico". Programma e azioni del nuovo esecutivo determinanti per il futuro della sanità pubblica e per garantire il diritto alla tutela della salute.

5 giugno 2018 - Fondazione GIMBE, Roma

La Fondazione GIMBE ha presentato oggi presso la Sala Capitolare del Senato della Repubblica il 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale: «La Fondazione GIMBE – esordisce il Presidente Nino Cartabellotta – ribadisce che non esiste alcun disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, ma continua a mancare un piano preciso di salvataggio. Nella consapevolezza che la sanità rappresenta sia un considerevole capitolo di spesa pubblica da ottimizzare, sia una leva di sviluppo economico da sostenere, il Rapporto valuta con una prospettiva di medio termine il tema della sostenibilità del SSN, ripartendo dal suo obiettivo primario: promuovere, mantenere e recuperare la salute delle persone».

Il Rapporto si apre con i risultati di una revisione sistematica delle “**classifiche**” internazionali che valutano le performance dei sistemi sanitari. «Occorre fermare le strumentalizzazioni nel dibattito pubblico e nelle comunicazioni istituzionali – puntualizza il Presidente – che decantano prestigiose posizioni del nostro SSN in classifiche ormai obsolete (2° posto nella classifica OMS del 2000 con dati 1997), oppure che mettono in relazione l'aspettativa di vita con la spesa sanitaria pro-capite (3° posto nella classifica Bloomberg) per cui meno spendiamo più scendiamo nella classifica, visto che la longevità dipende soprattutto da altre ragioni». Il sistema più completo e aggiornato per individuare le aree di miglioramento è quello dell'OCSE, che non stila tuttavia nessuna classifica: al fine di condividere le criticità e valutare le azioni necessarie per allinearsi a standard internazionali, il Rapporto ha analizzato 194 indicatori riportando per 151 di essi la posizione in classifica del nostro SSN, il dato nazionale e la media OCSE.

Il Rapporto analizza poi la **spesa sanitaria 2016** che, secondo le stime effettuate, ammonta a € 157,613 miliardi di cui: € 112,182 miliardi di spesa pubblica; € 45,431 miliardi di spesa privata di cui € 5,601 miliardi di spesa intermedia (€ 3,831 miliardi da fondi sanitari, € 0,593 miliardi da polizze individuali, € 1,177 miliardi da altri enti) e € 39,830 miliardi di spesa a carico delle famiglie (out-of-pocket). «Al di là di rivalutare cifre assolute e composizione percentuale della spesa sanitaria – spiega Cartabellotta – la vera sfida è identificare il ritorno in termini di salute delle risorse investite (*value for money*): le nostre stime preliminari dimostrano che il 19% della spesa pubblica, almeno il 40% di quella out-of-pocket ed il 50% di quella intermedia non producono alcun ritorno in termini di salute».

La terza sezione approfondisce le **macro-determinanti della crisi di sostenibilità** del SSN.

- **Definanziamento pubblico.** Nel periodo 2013-2018 a fronte di quasi € 7 miliardi di aumento nominale del finanziamento, ne sono “sopravvissuti” meno di € 6; nel periodo 2015-2018 l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica ha sottratto, rispetto ai livelli programmati, € 12,11 miliardi. «Con tale definanziamento progressivo – precisa Cartabellotta – l'Italia continua inesorabilmente a perdere terreno nel confronto con gli altri paesi, con una % di PIL e una spesa pro-capite inferiori alla media OCSE e che si avvicinano sempre di più ai paesi dell'Europa Orientale». Nessuna luce in fondo al tunnel visto che il DEF 2018, a fronte di una prevista crescita annua del PIL nominale del 3% nel triennio 2018-2020, riduce il rapporto

spesa sanitaria/PIL dal 6,6% del 2018 al 6,4% del 2019, al 6,3% nel 2020 e 2021.

- **Sostenibilità ed esigibilità dei nuovi LEA.** Il Rapporto analizza le criticità metodologiche per definire e aggiornare gli elenchi delle prestazioni e quelle che condizionano erogazione ed esigibilità dei nuovi LEA in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale: «Nell'impossibilità di aumentare il finanziamento pubblico – sottolinea il Presidente – è indispensabile rivalutare complessivamente tutte le prestazioni inserite nei LEA al fine di attuare un "consistente sfoltimento" e mettere fine all'inaccettabile paradosso per cui in Italia convivono il "paniere LEA" più ricco (sulla carta) ed un finanziamento pubblico tra i più bassi d'Europa».
- **Spechi e inefficienze.** Vengono aggiornate le stime sull'impatto degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica 2017: € 21,59 miliardi erosi da sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriate (€ 6,48 mld), frodi e abusi (€ 4,75 mld), acquisti a costi eccessivi (€ 2,16 mld), sottoutilizzo di servizi e prestazioni efficaci e appropriate (€ 3,24 mld), complessità amministrative (€ 2,37 mld), inadeguato coordinamento dell'assistenza (€ 2,59 mld). Rispetto alle stime 2016, si riconosce un recupero complessivo di oltre € 1,3 miliardi, grazie ai numerosi interventi messi in atto.
- **Espansione del secondo pilastro.** «La proposta di affidarsi al "secondo pilastro" per garantire la sostenibilità del SSN – spiega il Presidente – si è progressivamente affermata per l'interazione di vari fattori: in particolare, nelle crepe di una normativa frammentata e incompleta che ha permesso alla sanità integrativa di diventare sostitutiva si è insinuata una raffinata strategia di marketing alimentata da catastrofici, ma inverosimili, risultati sulla rinuncia alle cure». Il Rapporto analizza in dettaglio il complesso ecosistema dei "terzi paganti" in sanità, le coperture offerte, l'impatto di fondi sanitari e polizze assicurative sulla spesa sanitaria e tutti i potenziali "effetti collaterali" del secondo pilastro: dai rischi per la sostenibilità a quelli di privatizzazione, dall'aumento delle disuguaglianze all'incremento della spesa sanitaria, dal sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie alla frammentazione dei percorsi assistenziali.

Rispetto alla rivalutazione della "prognosi" del SSN al 2025 secondo le stime del Rapporto GIMBE il fabbisogno del SSN sarà di € 220 miliardi: un incremento stimato della spesa sanitaria totale nel periodo 2017-2025 di € 27 miliardi (€ 9 miliardi pubblica e € 18 miliardi privata) permetterebbe di raggiungere nel 2025 una cifra di poco superiore ai € 184 miliardi. A questi si aggiungerebbero circa € 15 miliardi dal recupero graduale di risorse dal disinvestimento da sprechi e inefficienze (per complessivi € 70 miliardi complessivi nel periodo 2017-2025). «Nonostante la stima della spesa totale sia conservativa - precisa Cartabellotta - e il disinvestimento estremamente impegnativo, per raggiungere il fabbisogno stimato mancherebbero comunque ancora € 20,5 miliardi, una cifra che impone scelte politiche ben precise». In altri termini secondo il Presidente «visto che la soluzione non è sicuramente rappresentata dal "secondo pilastro", senza un consistente rilancio del finanziamento pubblico sarà impossibile mantenere un servizio sanitario pubblico equo e universalistico».

Il Rapporto si chiude con il "piano di salvataggio" del SSN elaborato dalla Fondazione GIMBE: «Visto che le azioni del prossimo Esecutivo saranno cruciali per il futuro del SSN – conclude Cartabellotta – i 12 punti programmatici del "piano di salvataggio" costituiranno il riferimento dell'Osservatorio GIMBE per monitorare il programma di Governo per la sanità perché il diritto alla tutela della salute degli italiani è oggi più che mai condizionato da scelte politiche. Se si intende realmente preservare la più grande conquista dei cittadini italiani, oltre ad aumentare il ritorno in termini di salute del denaro investito in sanità, è indispensabile invertire la rotta sul finanziamento pubblico. In alternativa, occorrerà governare adeguatamente la transizione ad un sistema misto, al fine di evitare una lenta involuzione del SSN che finirebbe per creare una sanità a doppio binario, sgretolando i principi di universalismo ed equità che da 40 anni costituiscono il DNA del nostro Servizio Sanitario Nazionale».

La versione integrale del 3° Rapporto GIMBE è disponibile per la consultazione pubblica all'indirizzo web: www.rapportogimbe.it

Fondazione GIMBE

Via Amendola 2 - 40121 Bologna
Tel. 051 5883920 - Fax 051 4075774
E-mail: ufficio.stampa@gimbe.org

3° RAPPORTO GIMBE SULLA SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

Executive Summary

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

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

Per la **spesa pubblica** si è fatto riferimento al nuovo sistema dei conti della sanità ISTAT-SHA, allineato alle regole contabili dal sistema europeo dei conti. Secondo i dati ISTAT-SHA, l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione assorbe € 82,032 miliardi, i prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici € 31,106 miliardi, la long-term care € 15,067 miliar-

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

Considerato che le stime sulla **spesa sanitaria privata** (che include quella sostenuta dalle famiglie e quella intermediata da "terzi paganti") effettuate da diverse Istituzioni e organizzazioni riportano rilevanti differenze, il Rapporto analizza le discordanze e ove possibile ne identifica le motivazioni. Per stimare la spesa out-of-pocket si è fatto riferimento al dato ISTAT-SHA integrato con alcune voci di spesa escluse, per un totale di €39,8 miliardi, comprensivi di € 2,9 miliardi di ticket. Tuttavia, a fronte dell'entità della spesa delle famiglie, di fatto "alleggerita" da € 3,4 miliardi di rimborsi IRPEF, il Rapporto dimostra che almeno il 40% di tale spesa non compensa le minori tutele conseguenti al ridotto finanziamento pubblico, ma consegue a fenomeni di consumismo sanitario o a scelte individuali. Inoltre, nel medio periodo non si registra alcun allarme sull'incremento della spesa delle famiglie, che nel periodo 2009-2016 ha subito lo stesso incremento percentuale rispetto al periodo 2000-2008 (18% circa). Ancora più complessa l'analisi della spesa privata intermediata per variabili e criticità che condizionano la tracciabilità dei flussi economici. Seppure con i limiti relativi ad affida-

bilità di fonti e dati e alla possibile sovrapposizione di alcune cifre, per l'anno 2016 si stima una spesa intermediata di € 5,6 miliardi (12,3% della spesa privata), sostenuta da varie tipologie di “terzi paganti: € 3.830,8 milioni da fondi sanitari e polizze collettive, € 593 milioni da polizze assicurative individuali, € 576 milioni da istituzioni senza scopo di lucro e € 601 milioni da imprese.

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

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

Sostenibilità ed esigibilità dei nuovi LEA. A 14 mesi dal grande traguardo politico raggiunto con la pubblicazione del decreto sui “nuovi LEA”, il Rapporto GIMBE analizza le criticità metodologiche per definire e aggiornare gli elenchi delle prestazioni, quelle

relative al monitoraggio dei LEA e quelle che condizionano l'erogazione e l'esigibilità dei nuovi LEA in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale: dai recepimenti regionali dei nuovi LEA, al ritardo nella pubblicazione dei nomenclatori tariffari, dall'individuazione di limiti e modalità di erogazione delle prestazioni, agli aggiornamenti degli elenchi delle prestazioni. Il Rapporto sottolinea inoltre l'inderogabile necessità di rivalutare complessivamente tutte le prestazioni inserite nei LEA, facendo esplicito riferimento a un metodo rigoroso basato sulle evidenze e sul value al fine di effettuare un “consistente sfoltimento”, mettendo fine all'inaccettabile paradosso per cui in Italia convivono il “paniere LEA” più ricco (almeno sulla carta) ed un finanziamento pubblico tra i più bassi d'Europa.

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

Espansione del secondo pilastro. Le restrizioni finanziarie imposte alla sanità pubblica hanno indebolito il sistema di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, aggravato le difficoltà di accesso alle cure e ampliato le disuguaglianze. In questo contesto, l'aumento della spesa out-of-pocket e la rinuncia a prestazioni sanitarie si sono accompagnati alla crescita di forme alternative di copertura sanitaria. Di conseguenza, l'idea di affidarsi al “secondo pilastro” per garantire la sostenibilità del SSN si è progressivamente affermata per l'interazione di alcuni fattori: dalla complessità della terminologia alla frammentazione della normativa, dalla scarsa trasparenza alla carenza di sistemi di controllo. In questo contesto si è progressivamente fatta largo una raffinata strategia di marketing basata su un assioma correlato a criticità solo in apparenza correlate (riduzione del

finanziamento pubblico, aumento della spesa out-of-pocket, difficoltà di accesso ai servizi sanitari e rinuncia alle cure) alimentate dai risultati di studi discutibili finanziati proprio da compagnie assicurative. Il Rapporto analizza in dettaglio il complesso ecosistema dei “terzi paganti” in sanità, le tipologie di coperture offerte, l’impatto analitico di fondi sanitari e polizze assicurative sulla spesa sanitaria e tutti i potenziali “effetti collaterali” del secondo pilastro, troppo spesso sottovalutati sull’onda di un entusiasmo collettivo: dai rischi per la sostenibilità a quelli di privatizzazione, dall’aumento delle disuguaglianze all’incremento della spesa sanitaria, dal sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie alla frammentazione dei percorsi assistenziali.

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

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

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

1. Salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali
2. Certezze sulle risorse per la sanità: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico
3. Maggiori capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel pieno rispetto delle loro autonomie
4. Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari
5. Ridisegnare il perimetro dei LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri
6. Eliminare il superticket e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei

7. Piano nazionale contro gli sprechi in sanità per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi
8. Riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione
9. Sana integrazione pubblico-privato e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone
10. Rilanciare le politiche per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari
11. Finanziare ricerca clinica e organizzativa: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN
12. Programma nazionale d'informazione scientifica a cittadini e pazienti per debellare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e promuovere decisioni realmente informate.

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

La versione integrale del 3° Rapporto GIMBE è disponibile all'indirizzo web: www.rapportogimbe.it