



GIMBE/ Un framework di sistema guida il processo di disinvestimento dagli sprechi

Ssn, così si taglia l'inefficienza

Per la sostenibilità precedente agli investimenti e alla sanità integrativa

DI NINO CARTABELLOTTA*

Diversi sono i fattori che oggi minano la sostenibilità dei sistemi sanitari di tutto il mondo: il progressivo invecchiamento delle popolazioni, il costo crescente delle innovazioni, in particolare quelle farmacologiche, e il costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti. Tuttavia, il problema della sostenibilità non è di natura squisitamente 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 livelli.

In tal senso, il dibattito sulla sostenibilità del Ssn continua a essere affrontato in maniera distorta dalle varie categorie di stakeholders che, guardando a un orizzonte a breve termine, rimangono arenate su come reperire le risorse per mantenere lo status quo, allontanando la discussione dalle modalità con cui riorganizzare il sistema per garantirne la sopravvivenza.

Nel marzo del 2013 la Fondazione Gimbe ha lanciato la campagna "Salviamo il Nostro Ssn", per diffondere la consapevolezza a tutti i livelli che la sanità pubblica è un bene comune da tutelare e una conquista sociale da preservare alle future generazioni. Dai risultati ottenuti in tre anni di studi, consultazioni e analisi indipendenti è nato il "Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del Ssn 2016-2025", che analizza la sostenibilità della sanità pubblica in una prospettiva decennale, arco temporale sufficiente a mettere in campo gli interventi necessari per fronteggiare la crisi.

Durante un lungo periodo di grave crisi economica, per garantire la sostenibilità di un servizio sanitario nazionale possono essere messe in campo tre strategie, non alternative:

- contenere il definanziamento pubblico;



MONITORAGGIO

Il peccato originale dei Lea

Analizzando normative e aggiornamenti e valutando le criticità applicative in relazione agli assetti politico-istituzionali e organizzativi del Ssn, la Fondazione Gimbe ha formulato alcuni suggerimenti su tre aspetti fondamentali del Lea: articolazione, definizione e aggiornamento, monitoraggio.

Rispetto alla sostenibilità del Ssn una delle principali criticità è l'assenza di una metodologia rigorosa ed esplicita sia per definire l'elenco delle prestazioni da includere/escludere (scelte spesso operate per ottenere consenso sociale e/o professionale), sia per integrare le migliori evidenze nella definizione e aggiornamento del Lea.

Di conseguenza, con il denaro pubblico vengono rimborsate numerose prestazioni dal value basso o addirittura negativo, cioè dal profilo rischio-beneficio sfavorevole. Analogamente, alcune prestazioni dall'elevato value non rientrano nel Lea per il ritardo, ormai decennale, nell'aggiornamento degli elenchi delle prestazioni (figura 1).

In tal senso la legge di Stabilità 2016 lascia ben sperare, perché i commi 558 e 559 impongono alla Commissione Lea di fare riferimento esplicito al concetto di value attraverso un rigoroso processo di ricerca, valutazione e sintesi

- utilizzare altre fonti di finanziamento: compartecipazione alla spesa, incremento Irpef, sanità integrativa;
- ridurre gli sprechi e aumentare il value dell'assistenza.

Dopo aver analizzato i trend della spesa pubblica, della compartecipazione alla spesa e dell'incremento delle addizionali regionali Irpef, ed esaminato le attuali criticità che caratterizzano la sanità integrativa, la Fondazione Gimbe ha definito la tassonomia degli sprechi in sanità, stimando il loro impatto sulla spesa sanitaria pubblica del 2015: € 24,73 miliardi erosi da sovra-utilizzo, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, frodi e abusi, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza (tabella 1).

Considerato che un sistema sanitario deve ottenere il massimo ritorno in termini di salute dalle risorse investite (value for money), è stato poi sviluppato un framework di sistema per guidare il processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze legati a overuse e underuse di servizi e prestazioni sanitarie e all'inadeguato coordinamento dell'assistenza: la Fondazione Gimbe delinea dettagliatamente le strategie per disinvestire da servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal basso value, e per riallocare le risorse recuperate in servizi e prestazioni efficaci, appropriate e dall'elevato value sotto-utilizzate, spesso causa di diseguaglianze. Il modello proposto suggerisce quindi le modalità per orientare una riorganizzazione integrata di ospedale e cure primarie, attraverso una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura, sviluppo della transizione di cura e di modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria, reti interazionali, lean management.

delle evidenze scientifiche, al fine di allineare liste positive e negative ai principi di efficacia, appropriatezza e costo-efficacia, riallineando di conseguenza la relazione tra Lea e value (figura 2). Un approccio basato sul value (oltre che sulle evidenze) per la rimodulazione del Lea permetterebbe di:

- investire la maggior parte del denaro pubblico in prestazioni dal value elevato;
- ridurre gli sprechi conseguenti al sovra-utilizzo, riallocando le risorse recuperate in prestazioni sottoutilizzate ad elevato value, riducendo le diseguaglianze;
- escludere dal Lea prestazioni a basso value, espandendo il campo d'azione della sanità integrativa;
- identificare le prestazioni dal value negativo che non dovrebbero più essere erogate, nemmeno se finanziate dalla spesa privata.

Rispetto alle prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia, è indispensabile l'avvio di un programma nazionale di ricerca sull'efficacia comparativa degli interventi sanitari, al quale dovrebbe essere destinato lo 0,5-1% del fondo sanitario nazionale. Questo permetterebbe di generare conoscenze indispensabili a rimodulare i Lea, arginando così l'introduzione indiscriminata di tecnologie sanitarie e riducendo le asimmetrie informative tra politica sanitaria, management, professionisti e cittadini.

Il Rapporto Gimbe affronta inoltre le criticità applicative dei Lea in relazione agli assetti politico-istituzionali e organizzativi del Ssn, formulando diverse proposte operative su articolazione, definizione e aggiornamenti, monitoraggio; dal valore sotto-utilizzate, spesso causa di diseguaglianze. Il modello proposto suggerisce quindi le modalità per orientare una riorganizzazione integrata di ospedale e cure primarie, attraverso una variabile articolazione di setting assistenziali per intensità di cura, sviluppo della transizione di cura e di modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria, reti interazionali, lean management.

Inoltre, ispirandosi al metodo dei "cunei di stabilizzazione" di Pacala e Sokolow, stimato il fabbisogno del Ssn per il 2025, il Rapporto conclude che la sostenibilità del Ssn nel prossimo decennio è legata all'apporto costante di tre cunei: incremento della quota intermedia della spesa pri-



"Rapporto sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale 2016-2025" Presentato il 7 giugno 2016, presso la Sala degli Atti parlamentari della Biblioteca "Giovanni Spadolini", Senato della Repubblica, Roma. Il documento ufficiale è disponibile a: www.gimbe.org/rapporto2016 La consultazione pubblica è aperta sino al 30 settembre 2016

Tabella 1 - Impatto stimato degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica nel 2015

Categoria	%	Mld €*	(±20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,42	(5,94 - 8,90)
2. Frodi e abusi	20	4,95	(3,96 - 5,94)
3. Acquisti a costi eccessivi	13	3,21	(2,57 - 3,86)
4. Sotto-utilizzo	14	3,46	(2,77 - 4,15)
5. Complessità amministrative	11	2,72	(2,18 - 3,26)
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	12	2,97	(2,37 - 3,56)

(*) 24,73 miliardi calcolati proiettando la stima Don Berwick (22%) sui € 112,408 miliardi

vo, disinvestimento dagli sprechi e ripresa del finanziamento pubblico (box 2).

Il Rapporto Gimbe, che esclude a priori l'esistenza di un disegno occulto di smantellamento e privatizzazione del Ssn, dimostra inequivocabilmente che oggi manca una strategia politica ed economica finalizzata a salvare la sanità pubblica, che rimane sostenuta da fondamenti normativi mai messi in discussione:

- articolo 32 della Costituzione, che tutela il diritto alla salute delle persone, ma non garantisce per questo un accesso indiscriminato a servizi e prestazioni sanitarie;
- legge 833/1978, che identifica come obiettivo del Ssn «la promozione, il mantenimento, e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione» e non l'offerta indiscriminata di servizi e prestazioni sanitarie;
- Dpcm sui Lea, che attesta la volontà del legislatore di integrare le migliori evidenze scientifiche nel finanziamento di servizi e prestazioni sanitarie essenziali.

Se l'indagine sulla sostenibilità del Ssn dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato riprendeva una frase di Roy Romanow secondo il quale "il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia", la Fondazione Gimbe ribadisce ed estende questo concetto affermando esplicitamente che per salvare il Ssn occorre anzitutto una esplicita volontà politica documentabile da tre inequivocabili segnali, oggi purtroppo molto evanescenti:

- la sanità pubblica e, più in generale,

il sistema di welfare devono essere rimessi al centro dell'agenda politica;

- Governo, Regioni e Parlamento devono confermare all'unisono che l'obiettivo del Ssn è ancora quello definito dalla 833/1978 che lo ha istituito;
- programmazione finanziaria e programmazione sanitaria devono sintonizzarsi perfettamente sull'obiettivo prioritario di salvaguardare la sanità pubblica.

Questi segnali politici dovranno al più presto concretizzarsi in un "piano di salvataggio" del Ssn costituito da cinque azioni fondamentali:

- offrire ragionevoli certezze sulle risorse destinate al Ssn, mettendo fine alle annuali revisioni al ribasso rispetto alle previsioni del Def, e soprattutto con un, seppure graduale, rilancio delle politiche di finanziamento pubblico;
- rimodulare i Lea sotto il segno del value, per garantire a tutti i cittadini servizi e prestazioni sanitarie ad elevato value, escludendo quelle dal basso value anche al fine di espandere il campo d'azione dei fondi integrativi;
- ripensare completamente la sanità integrativa attraverso:
 - definizione di un Testo Unico per tutte le forme di sanità integrativa;
 - estensione dell'anagrafe nazionale dei fondi integrativi alle assicurazioni private, identificando requisiti di accreditamento unici su tutto il territorio nazionale e rendendo pubblica la consultazione;
 - ridefinizione delle tipologie di prestazioni, essenziali e non essen-

ziali, che possono essere coperte dalle varie forme di sanità integrativa;

- coinvolgimento di forme di imprenditoria sociale;
- definire indicatori per monitorare le Regioni nel processo di disinvestimento e riallocazione, integrandoli nella griglia Lea e, in caso di inadempimento ripetuto, nei criteri per il riparto del fondo sanitario;
- mettere sempre la salute al centro di tutte le decisioni (health in all policies), in particolare di quelle che coinvolgono lo sviluppo economico del Paese.

In assenza di un piano di tale portata, lo scenario prevedibile nell'arco di un decennio è una graduale e inesorabile trasformazione verso un sistema sanitario misto che conterrà definitivamente alla storia il nostro tanto decantato sistema di welfare. Considerato che oggi i segnali di questa involuzione sono già evidenti, in particolare in alcune aree del Paese, i tempi politici per decidere il destino del Ssn sono ormai prossimi alla scadenza. Dopo che per anni si sono stratificate robuste evidenze sulle diseguaglianze regionali (adempimenti Lea, Rapporto OsservaSalute), sulla scarsa qualità dell'assistenza (Programma Nazionale Esiti) e sulle diseguaglianze nell'accesso alle prestazioni (Rapporto Pit Cittadinanzattiva, Rapporto Istat), oggi iniziamo a vedere i primi effetti sulla mortalità, un dato che dovrebbe muovere senza indugi coscienza sociale e volontà politica.

* presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CUNEI DI STABILIZZAZIONE

Analisi del piano di salvataggio

Al fine di valutare la sostenibilità del Ssn, il Rapporto della Fondazione Gimbe ha scelto una prospettiva decennale, arco temporale sufficiente per mettere in campo gli interventi necessari a fronteggiare la crisi, e si è ispirato al modello dei "cunei di stabilizzazione" di Pacala e Sokolow. Secondo i due scienziati per contenere le emissioni di CO₂ entro il 2055 è necessario integrare diverse strategie (i cunei di stabilizzazione appunto) per tutelare l'ambiente: nel nostro caso, dopo aver analizzato la spesa sanitaria e stimato del fabbisogno 2025, è stato ipotizzato il potenziale contributo dei cunei di stabilizzazione identificati per la sostenibilità della sanità pubblica nei prossimi 10 anni.

Analisi della spesa sanitaria. In assenza di dati ufficiali relativi al 2015, è stata presa in esame la distribuzione della spesa sanitaria nel 2014: € 111,47 miliardi di spesa pubblica, € 33 miliardi di spesa privata, di cui € 27,07 miliardi out-of-pocket e € 5,95 miliardi di spesa privata intermedia.

Stima del fabbisogno per l'anno 2025. Il fabbisogno totale (finanziamento pubblico + spesa privata) è stato stimato in € 200 miliardi, tenendo in considerazione i seguenti fattori:

- attuale sotto-finanziamento;
- benchmark con altri Paesi europei;
- rilancio delle politiche per il personale sanitario;
- inadempienza Lea da limitata offerta di servizi (Adi, hospice, lungodegenze, etc.);
- invecchiamento della popolazione;
- innovazioni farmacologiche;
- necessità di ammodernamento tecnologico.

Le stime non tengono peraltro conto né del piano di investimenti straordinario per l'edilizia sanitaria, né dei bisogni socio-sanitari che secondo alcune recenti stime ammontano a oltre € 17 miliardi: € 9 miliardi per l'assistenza familiare e i servizi di badante, € 4,2 miliardi di partecipazione alle spese sociali e € 4,1 miliardi di mancato reddito del caregiver.

Il fabbisogno stimato di € 200 miliardi corrisponde a una spesa annua pro-capite di € 3.330, che resta comunque inferiore a quella attestata in Francia, Belgio, Austria, Germania, Danimarca, Svezia e Olanda nel 2013.

Cunei di stabilizzazione. Entro il 2025 si stima un incremento complessivo (finanziamento pubblico + spesa privata) di € 25 miliardi sulla base delle seguenti assunzioni:

- **finanziamento pubblico:** il trend 2012-2016 (+€ 3,1 miliardi in 5 anni), le previsioni del Def 2016 (dal 6,8% del Pil nel 2016 al 6,5% nel 2019) e il quadro economico complessivo suggeriscono prudenzialmente di stimare a dieci anni un incremento di € 15 miliardi (€ 1 miliardo/anno nei primi cinque anni, quindi € 2 miliardi/anno);
- **spesa privata:** analizzando il trend degli ultimi 5 anni e considerando la verosimile espansione del mercato assicurativo, si ipotizza un aumento complessivo di € 10 miliardi nei prossimi 10 anni. La vera sfida consista nella capacità di incrementare la quota intermedia della spesa privata, che dal 18% attuale dovrebbe idealmente raggiungere il 45% nel 2025, riducendo progressivamente la spesa out-of-pocket.

Considerato che i € 170 miliardi di finanziamento pubblico e spesa privata risultano comunque insufficienti a coprire il fabbisogno stimato nel 2025, nel prossimo decennio è indispensabile potenziare un terzo "cuneo di stabilizzazione" che la Fondazione Gimbe identifica in un piano graduale di disinvestimento dagli sprechi, non solo basato su azioni puntuali di spending review, ma che preveda interventi strutturali e organizzativi in grado di eliminare definitivamente una componente degli sprechi.

Attuando il piano di disinvestimento si stima un recupero di circa € 100 miliardi in 10 anni (figura 3), sulla base delle seguenti assunzioni:

- entità degli sprechi sul finanziamento pubblico: proiettando a 10 anni il dato 2015 (23%), in assenza di azioni correttive (business as usual) le risorse erose dagli sprechi ammonterebbero a circa € 270 miliardi;
- soglia di accettabilità di sprechi residui al 2025: € 10 miliardi;
- obiettivo del disinvestimento in 10 anni: almeno un terzo degli sprechi totali.

Tuttavia anche se spesa intermedia e disinvestimento, cunei di stabilizzazione attualmente ipotizzati, manterrebbero i trend auspicati, il Ssn rimarrebbe comunque sotto-finanziato di almeno € 10-15 miliardi (figura 4). Considerato che gli altri cunei di stabilizzazione non sono ulteriormente espandibili e che un eventuale, ma irrealistico, investimento di tale portata delle assicurazioni private segnerebbe comunque la fine del modello di sanità pubblica, è evidente che questa cifra può essere coperta solo da un ulteriore incremento del finanziamento pubblico.

