

CAPITOLO 4

Prognosi del Servizio Sanitario Nazionale al 2025

Al fine di valutare la sostenibilità del SSN nel medio periodo, il precedente Rapporto GIMBE aveva adottato una prospettiva decennale (2016-2025), arco temporale sufficiente per mettere in campo gli interventi necessari a fronteggiare la crisi, esortando la politica ad uscire dalla logica del breve termine, inevitabilmente legata alla scadenza dei mandati. Analogamente nel Regno Unito, 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 sociale¹²³ – ampiamente ripreso da prestigiose riviste biomediche^{124,125} – 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 Socolow⁶, che hanno dimostrato come, per contenere le emissioni di CO₂ 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, come analizzato nei capitoli precedenti, varie determinanti influenzano la sostenibilità del SSN: di conseguenza il precedente Rapporto ha stimato il fabbisogno del SSN al 2025 e definito il potenziale contributo dei cunei di stabilizzazione identificati per garantire la sostenibilità della sanità pubblica.

Il presente Rapporto, mantenendo l’orizzonte temporale al 2025, aggiorna tutte le stime 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 (tabella 17). Ovviamente, tutte le stime sono riportate al netto dell’inflazione.

	2016	2017	Motivazioni
Spesa sanitaria totale	€ 144,47	€ 147,29	Disponibilità dei dati consuntivi 2014 vs 2015
Fabbisogno 2025	€ 200	€ 210	DPCM nuovi LEA, feedback consultazione pubblica
Spesa pubblica	€ 15	€ 15	-
Spesa privata	€ 10	€ 15	Incremento 2011-2016 n° FSI e loro iscritti, espansione mercato assicurativo, aumento spesa out-of-pocket
Disinvestimento totale da sprechi al 2025	€ 100	€ 80	Allineamento % sprechi a stime OCSE (20%), feedback consultazione pubblica, nuove analisi
Gap al 2025	€ 11	€ 16,3	-

Tabella 17. Aggiornamento stime Rapporto GIMBE 2017 vs 2016 (dati in miliardi di euro)

¹²³ The Lancet. The future of the NHS. Lancet 2017;389:1491

¹²⁴ Dixon J. Making the NHS and social care system sustainable. BMJ 2017;357:j1826.

¹²⁵ 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/dnhssus/151/151.pdf. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

4.1. Analisi della spesa sanitaria 2015

La spesa sanitaria totale 2015 ammonta a € 147.295 miliardi: € 112,408 miliardi di spesa pubblica e € 34,887 miliardi di spesa privata, di cui € 4,476 miliardi intermediata (€ 3,574 miliardi da FSI e € 0,902 miliardi da polizze assicurative) e € 30,411 miliardi di spesa out-of-pocket.

4.2. Stima del fabbisogno per il 2025

Il Rapporto precedente aveva stimato un fabbisogno al 2025 di € 200 miliardi, tenendo in considerazione i seguenti 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 e € 4,1 di mancato reddito dei caregiver¹²⁶.

4.3. Stima dei cunei di stabilizzazione

Entro il 2025 si stima un aumento della 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.

¹²⁶ Arduini S. Secondo welfare, un tesoretto per le imprese sociali. Vita, 25 novembre 2015. Disponibile a: www.vita.it/it/article/2015/11/25/secondo-welfare-un-tesoretto-per-le-imprese-sociali/137527/. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

- **Spesa privata.** Tenendo conto del trend degli ultimi 5 anni nell'aumento del numero di FSI e degli iscritti, della verosimile espansione del mercato assicurativo e dell'aumento della spesa out-of-pocket, si stima un aumento complessivo di € 15 miliardi, auspicando un incremento della spesa privata intermediata che dal 18% del 2015 dovrebbe raggiungere almeno il 30%, riducendo progressivamente la spesa out-of-pocket (figura 39).

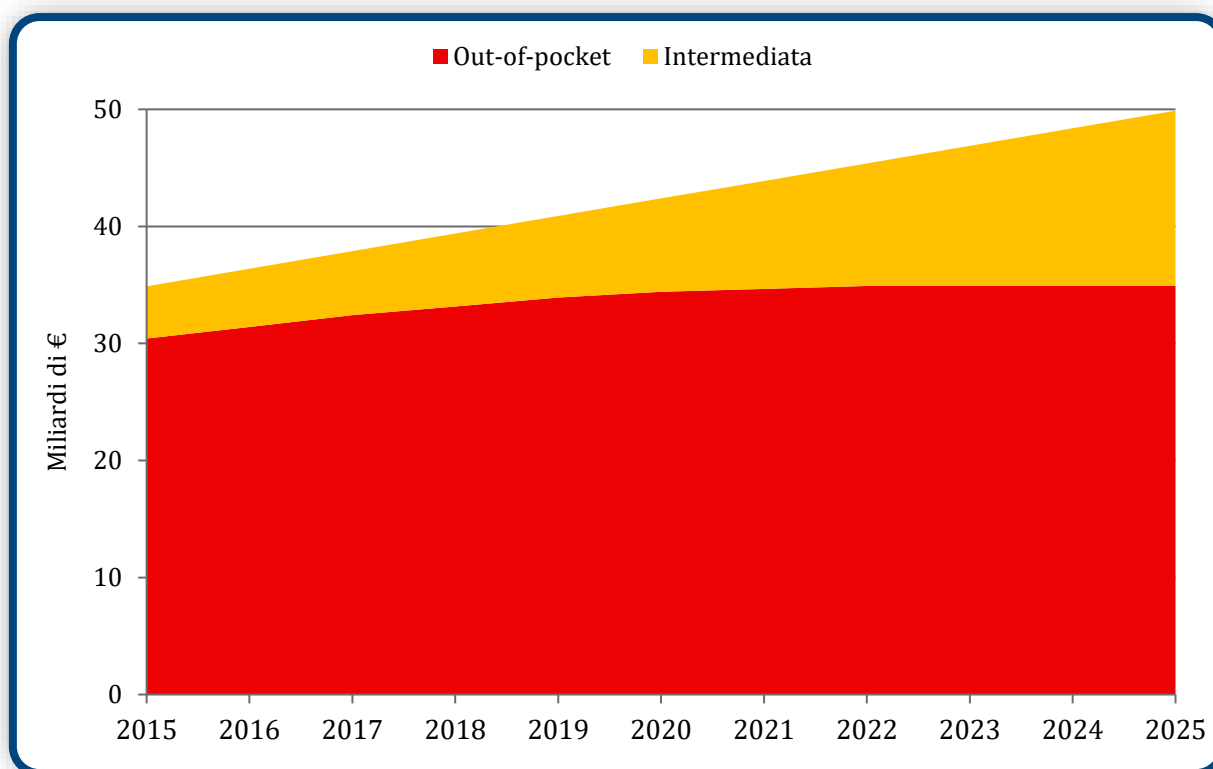


Figura 39. Spesa intermediata e out-of-pocket: trend stimato 2016-2025

I primi due cunei di stabilizzazione (spesa pubblica + spesa privata) permetterebbero così di raggiungere nel 2025 una cifra di poco superiore ai € 177 miliardi, ben lontana dal fabbisogno stimato (figura 40).

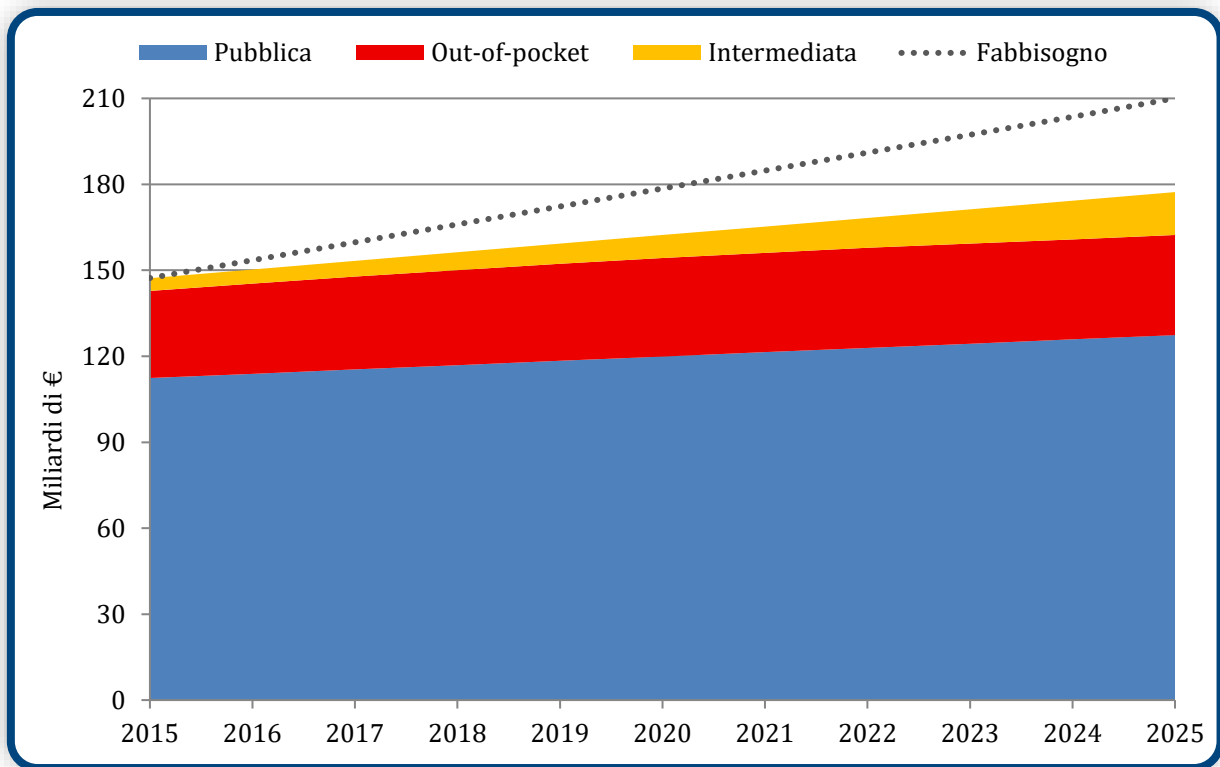


Figura 40. Fabbisogno, spesa pubblica e spesa privata: trend stimato 2015-2025

Di conseguenza, è indispensabile potenziare il terzo “cuneo di stabilizzazione” attraverso un piano di 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 (§ 2.3) il potenziale recupero a 10 anni ammonterebbe infatti a circa € 80 miliardi (figura 41), sulla base delle seguenti assunzioni:

- entità degli sprechi sulla 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.

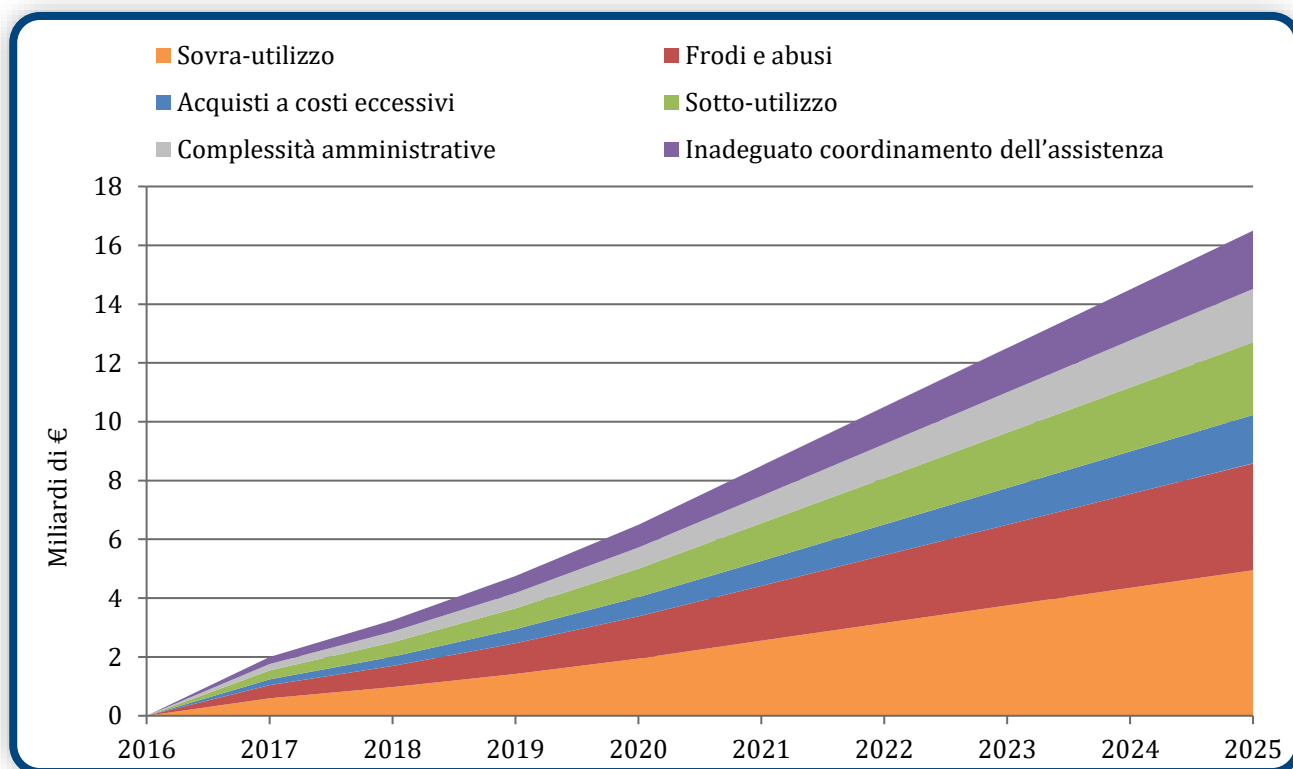


Figura 41. Disinvestimento da sprechi e inefficienze: trend stimato 2016-2025

Tuttavia anche se l'incremento della spesa privata, in particolare a carico della quota intermedia, e l'entità del disinvestimento dagli sprechi manterranno i trend auspicati, per raggiungere il fabbisogno stimato per il 2025 mancherebbero poco più di € 16 miliardi (figura 42).

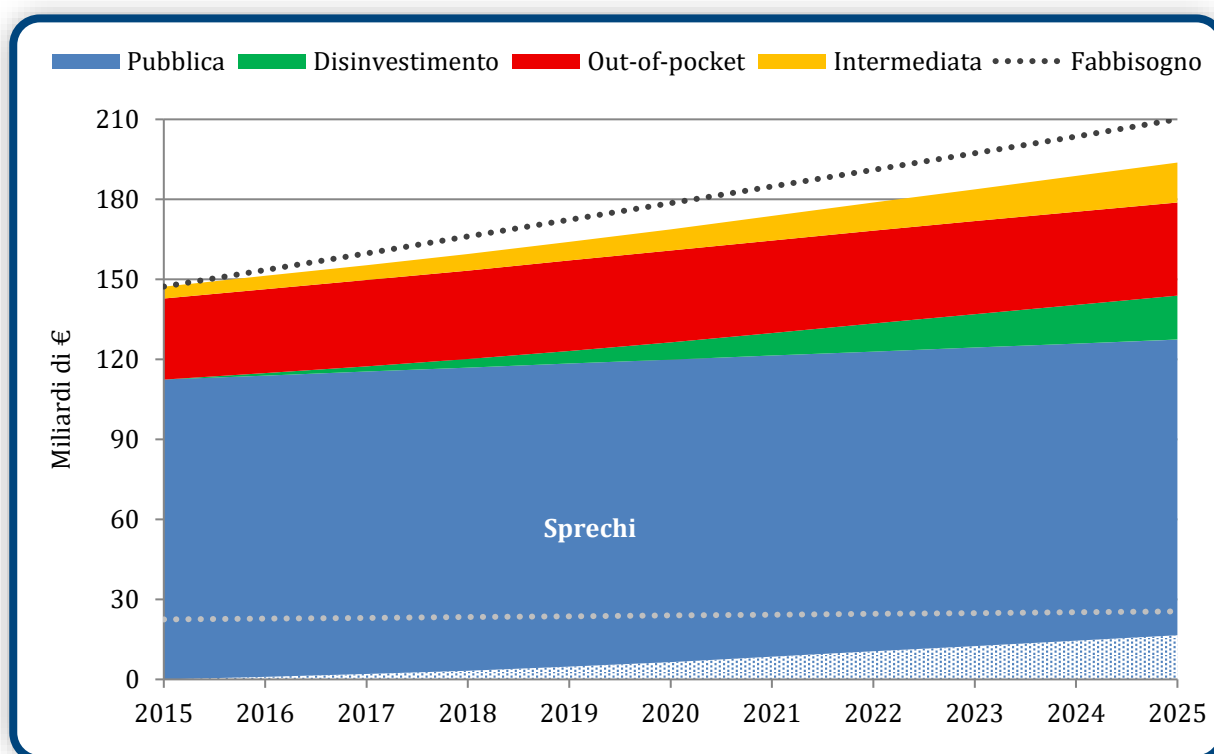


Figura 42. Fabbisogno e "cunei di stabilizzazione": trend stimato 2017-2025

Considerato che è inverosimile ridurre ulteriormente gli sprechi, la cifra necessaria per colmare il gap richiede 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.