

CAPITOLO 4

Prognosi del Servizio Sanitario Nazionale al 2025

Al fine di valutare la sostenibilità del SSN, il 1° Rapporto GIMBE aveva adottato una prospettiva decennale (2016-2025), arco temporale adeguato 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, con cui condividiamo modello Beveridge e crisi di sostenibilità del servizio sanitario, all'incirca un anno dopo la Camera dei Lord pubblicava un rapporto sulla sostenibilità del servizio sanitario e sociale¹⁶¹ – ampiamente ripreso da prestigiose riviste^{162,163} – 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».

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 raggiungere il fabbisogno stimato per 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, finalizzato ad aumentare il ritorno in termini di salute (*value for money*) del denaro investito. 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 2017-2025 – al netto dell'inflazione – tenendo conto delle previsioni del DEF 2018, di studi e normative varate negli ultimi 12 mesi, delle conclusioni dell'Indagine sulla Sostenibilità del SSN¹⁶⁴, di analisi effettuate sui nuovi conti ISTAT-SHA e dei feedback ottenuti in occasione della consultazione pubblica sul 2° Rapporto (tabella 4.1).

¹⁶¹ The Lancet. The future of the NHS. Lancet 2017;389:1491.

¹⁶² Dixon J. Making the NHS and social care system sustainable. BMJ 2017;357:j1826.

¹⁶³ 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: 1 giugno 2018.

¹⁶⁴ 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 96-100. Disponibile a: www.senato.it/leg/17/BGT/Schede/docnonleg/35564.htm. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

	Rapporto GIMBE		Fonti di riferimento
	2° (2017)	3° (2018)	
Anno di riferimento	2015	2016	-
Spesa sanitaria	€ 147,29	€ 157,61	Spesa pubblica: disponibilità dei dati consuntivi 2016 vs 2015 Spesa privata: nuovi conti ISTAT-SHA, analisi dati OCPS Cergas-Bocconi
Fabbisogno 2025	€ 210	€ 220	Feedback consultazione pubblica, nuove analisi
Spesa pubblica	€ 13,5	€ 9	Analisi trend definanziamento pubblico, previsioni DEF 2018
Spesa privata	€ 13,5	€ 18	Analisi trend spesa privata: aumento numero dei fondi sanitari e loro iscritti, espansione mercato assicurativo, aumento spesa out-of-pocket
Disinvestimento totale da sprechi al 2025	€ 80	€ 72,1	Stima sprechi recuperati nel 2016 (€ 1,3 miliardi)
Gap al 2025	- € 16,3	- € 20,5	-

Tabella 4.1. Aggiornamento stime Rapporto GIMBE 2018 vs 2017 relative al periodo 2017-2025 (dati in mld)

4.1. Composizione della spesa sanitaria 2016

La spesa sanitaria totale 2016, tenendo conto delle criticità relative alle stime della spesa privata (§ 2.2), 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;
 - € 39,830 miliardi di spesa out-of-pocket.

4.2. Stima del fabbisogno al 2025

Come rilevato dai numerosi feedback raccolti in occasione della consultazione pubblica sul 2° Rapporto GIMBE, il fabbisogno di € 210 miliardi al 2025 risultava ampiamente sottostimato. Per questo nel presente Rapporto la stima viene innalzata a € 220 miliardi anche in considerazione di ulteriori analisi effettuate sui seguenti 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: screening oncologici, ADI, hospice, lungodegenze, etc.;
- inderogabile necessità di rilancio delle politiche per il personale sanitario: stabilizzazioni, nuove assunzioni, adeguamenti salariali a standard europei;
- imminente immissione sul mercato di numerose innovazioni farmacologiche dai costi molto elevati;
- necessità di ammodernamento tecnologico;
- invecchiamento della popolazione;
- rinuncia a prestazioni sanitarie (dati ISTAT).

La stima di € 220 miliardi, che equivale a una spesa pro-capite di € 3.631, rimane molto conservativa considerato che si colloca al di sotto della media OCSE del 2016 (€ 3.797)¹⁶⁵.

In ogni caso, restano espressamente escluse da tale stima:

- le risorse da destinare al piano straordinario di investimenti per l'edilizia sanitaria;
- i 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 caregiver¹⁶⁶.

4.3. Stima dei cunei di stabilizzazione

A partire dal presente Rapporto viene inserita la rivalutazione a consuntivo delle precedenti stime su spesa pubblica e spesa privata (tabella 4.2).

	Stima 2° Rapporto GIMBE	Consuntivo	Delta
Pubblica	€ 113,900	€ 112,182	- € 1,718
Out-of-pocket	€ 31,400	€ 39,830	+ € 8,430
Intermediata	€ 5,000	€ 5,600	+ € 0,600

Tabella 4.2. Spesa sanitaria 2016 (dati in mld)

Di seguito vengono analizzate le ragioni delle discrepanze tra la stima effettuata nel 2° Rapporto GIMBE e il consuntivo 2016:

- Spesa pubblica: la differenza è dovuta sia alla fonte di riferimento utilizzata (ISTAT-SHA vs RGS) per € 360 milioni, sia al fatto che nel 2016 le stime di Contabilità nazionale 2015 sono state riviste al ribasso per oltre € 1,1 miliardi, come riportato dal DEF 2017.

¹⁶⁵ Media OCSE 2016 \$ PPP 4.002,70 convertita in al cambio USD-EUR al 31/12/2016 è pari a € 3.797,27.

¹⁶⁶ 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: 1 giugno 2018.

- **Out-of-pocket:** il notevole incremento rispetto alla stima precedente è dovuto sia alla fonte utilizzata (ISTAT-SHA vs Cortei dei Conti) per € 3,519 miliardi, sia all'integrazione della spesa per prodotti omeopatici, erboristici, integratori, etc. non considerati da ISTAT-SHA (€ 5,9 miliardi).
- **Intermediata:** la stima si conferma sostanzialmente allineata al consuntivo.

Nel periodo 2017-2025 si stima un aumento della spesa sanitaria totale di € 27 miliardi sulla base delle seguenti assunzioni:

- **Spesa pubblica.** La stima di € 13,5 miliardi del precedente Rapporto viene ridotta a € 9 per varie ragioni: entità dell'aumento reale del finanziamento pubblico negli ultimi 5 anni (€ 1,2 miliardi/anno), previsioni del DEF 2018 rispetto al rapporto spesa sanitaria/PIL (dal 6,6% nel 2018 al 6,3% nel 2020-21), estensione al 2019 degli effetti del DM 5 giugno 2017 sulla rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale, quadro politico-economico che non permette di escludere ulteriori riduzioni del finanziamento pubblico, anche alla luce di eventuali nuove politiche fiscali (*flat tax*).
- **Spesa privata.** Tenendo conto del trend degli ultimi 5 anni di aumento del numero di fondi sanitari e loro iscritti, dell'espansione del mercato assicurativo e dell'aumento della spesa out-of pocket, la stima di € 15 miliardi del precedente Rapporto viene aumentata a € 18 miliardi.

I primi due cunei di stabilizzazione (spesa pubblica + spesa privata) permetterebbero di raggiungere nel 2025 una cifra di poco superiore ai € 184 miliardi, ben lontana dal fabbisogno stimato (figura 4.1).

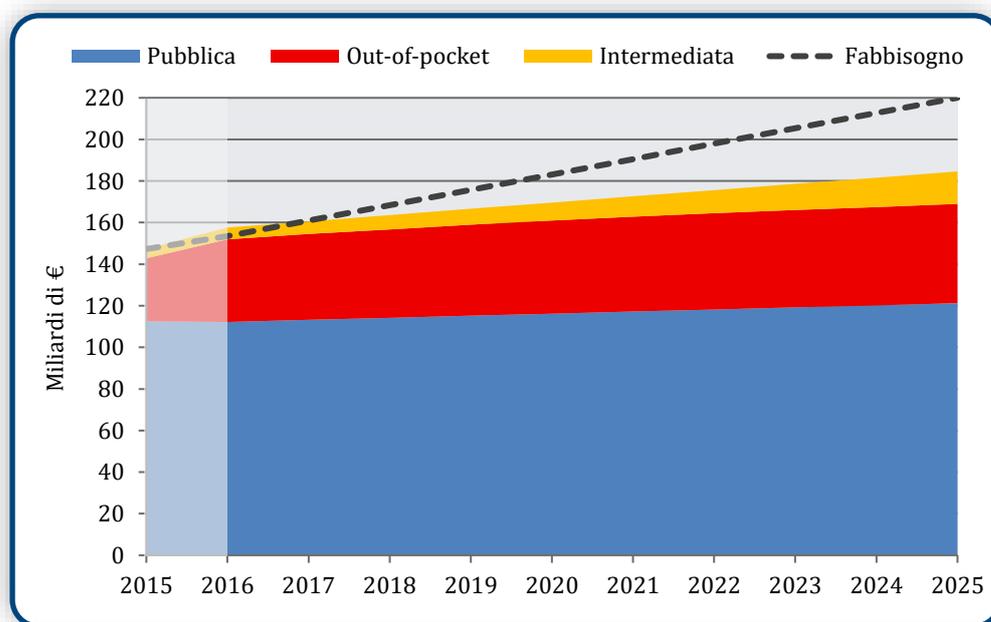


Figura 4.1. Fabbisogno, spesa pubblica e spesa privata: consuntivo 2015-2016 e trend stimato 2017-2025

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 prevenzione e riduzione degli sprechi, come previsto dal “piano di salvataggio” GIMBE (§ 5).

La stima del potenziale recupero di risorse entro il 2025 ammonterebbe a € 72,1 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 € 9 miliardi, le risorse potenzialmente recuperabili entro il 2025 ammonterebbero a oltre € 220 miliardi;
- obiettivo del disinvestimento entro il 2025: almeno un terzo degli sprechi totali;
- soglia di accettabilità di sprechi al 2025: € 10 miliardi.

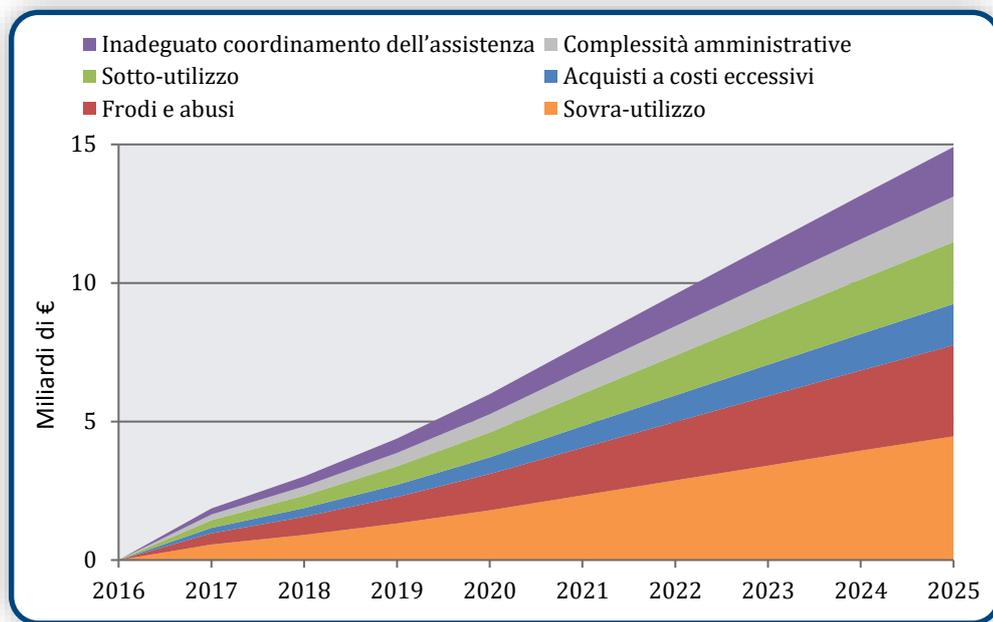


Figura 4.2. Disinvestimento da sprechi e inefficienze: trend stimato 2017-2025

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 per il 2025 mancherebbero ancora € 20,5 miliardi (figura 4.3). Peraltro, le valutazioni effettuate sul *value for money* della spesa privata dimostrano che la percentuale di denaro che non determina alcun ritorno in termini di salute è almeno il doppio di quella della spesa pubblica, per cui le stime effettuate in questa sezione dovrebbero essere ulteriormente corrette tenendo conto che almeno il 40% della spesa privata di fatto costituisce spreco.

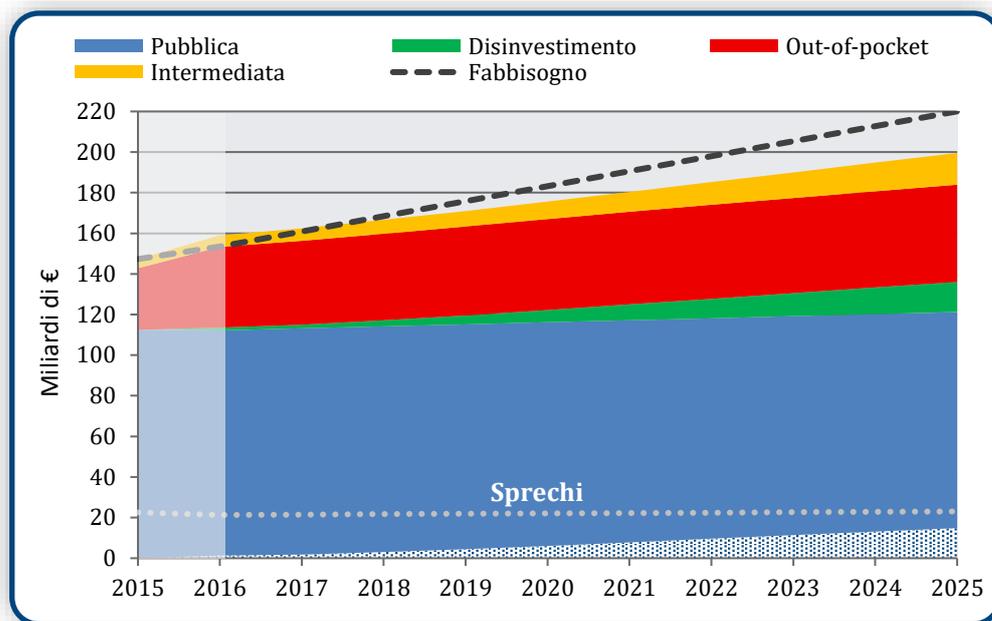


Figura 4.3. Fabbisogno e “cunei di stabilizzazione”: consuntivo 2015-2016 e trend stimato 2017-2025

4.4. Conclusioni

Nonostante la stima prudenziale di € 220 miliardi al 2025 e la scarsa probabilità di poter riqualificare oltre € 70 miliardi di spesa pubblica nei prossimi anni, l’entità delle risorse necessarie a colmare il gap richiedono scelte politiche ben precise: in assenza di un consistente rilancio del finanziamento pubblico al 2025 sarà infatti impossibile preservare un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, considerato che la soluzione – come si è ampiamente dimostrato – non può essere sicuramente identificata nel “secondo pilastro”.