

CAPITOLO 5

Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale

Sin dalla pubblicazione del 2° Rapporto³⁵⁰, la Fondazione GIMBE ha ribadito che se è certo che non esiste un piano occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, è altrettanto vero che manca un esplicito programma politico per il suo salvataggio. Per tale ragione, prima delle consultazioni del 4 marzo 2018, la Fondazione GIMBE ha ripetutamente esortato tutte le forze politiche in campo a mettere nero su bianco proposte convergenti per la sanità pubblica^{351,352,353} sia perché è indispensabile rimettere urgentemente la sanità al centro dell'agenda politica, sia perché il diritto costituzionale alla tutela della salute non può essere ostaggio di ideologie partitiche.

Sulla base dei dati del 2° Rapporto integrati con commenti e suggerimenti raccolti grazie alla consultazione pubblica, la Fondazione GIMBE ha elaborato un Piano di salvataggio del SSN³⁵⁴, utilizzato come benchmark per il monitoraggio dei programmi elettorali delle forze in campo alle politiche 2018³⁵⁵ e presentato in occasione della 13ª Conferenza Nazionale GIMBE³⁵⁶. Nel settembre 2018, il Piano di salvataggio del SSN è stato utilizzato per l'analisi del "Contratto per il Governo del Cambiamento"³⁵⁷ (appendice 1).

Il 4 marzo 2019, in occasione della 14ª Conferenza Nazionale GIMBE è stata presentata la versione 2.0 del Piano di salvataggio del SSN (figura 5.1), riferimento costante per l'Osservatorio GIMBE, ed è stata avviata la *pars construens* della campagna #salviamoSSN con la presentazione delle innovazioni di rottura di seguito descritte.

Il Piano di salvataggio del SSN è costituito da 12 azioni:

- Mettere la salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali
- Rilanciare il finanziamento pubblico per la sanità e evitare continue revisioni al ribasso
- Aumentare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel rispetto delle loro autonomie

³⁵⁰ 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/2017. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵¹ Fondazione GIMBE. Forum Risk Management, Cartabellotta: «Sanità pubblica sull'orlo del baratro, fuori le proposte per salvare il SSN» Sanità24, 30 novembre 2017. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2017-11-30/forum-risk-managment-cartabellotta-sanita-pubblica-sull-orlo-baratro-fuori-proposte-salvare-ssn-113739.php?uuiid=AEByZwKD. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵² Fondazione GIMBE. Elezioni 2018: la salute delle persone al centro dei programmi politici. Sanità24, 9 gennaio 2018. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-01-09/elezioni-2018-salute-persone-centro-programmi-politici-114420.php?uuiid=AErjRYeD. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵³ Fondazione GIMBE: «Sanità pubblica in codice rosso, ma fuori dal dibattito elettorale». Sanità24, 26 gennaio 2018. Disponibile a: www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-01-26/fondazione-gimbe-sanita-pubblica-codice-rosso-ma-fuori-dibattito-elettorale-135619.php?uuiid=AEjNCVpD. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵⁴ Fondazione GIMBE. Il piano di salvataggio del Servizio Sanitario Nazionale. Evidence 2018;10(8): e1000186. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000186. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵⁵ Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali su sanità e ricerca biomedica. Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2018. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵⁶ Cartabellotta A. #salviamoSSN: prossima legislatura, ultima chiamata. In: 13ª Conferenza Nazionale GIMBE. Disponibile a: www.gimbe.org/conferenze/nazionale/2018/relazioni/01.Cartabellotta.pdf. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

³⁵⁷ Analisi delle proposte su sanità e ricerca biomedica del "Contratto per il Governo del Cambiamento". Fondazione GIMBE: Bologna, settembre 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/contratto-governo. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- Costruire un servizio socio-sanitario nazionale, perché i bisogni sociali condizionano la salute e il benessere delle persone
- Ridisegnare il perimetro dei livelli essenziali di assistenza secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia
- Ridefinire i criteri di compartecipazione alla spesa sanitaria ed eliminare il superticket
- Lanciare un piano nazionale per ridurre sprechi e inefficienze e reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni
- Avviare un riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione
- Regolamentare l'integrazione pubblico-privato e la libera professione secondo i reali bisogni di salute
- Rilanciare politiche e investimenti per il personale e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari
- Finanziare ricerca clinica e organizzativa con almeno l'1% del fabbisogno sanitario nazionale
- Promuovere l'informazione istituzionale per contrastare le *fake news*, ridurre il consumismo sanitario e favorire decisioni informate



Figura 5.1. Il Piano di salvataggio del SSN elaborato dalla Fondazione GIMBE

La tutela del SSN è subordinata alla presa di coscienza politica, professionale e più in generale di tutti i cittadini, "azionisti di maggioranza" del SSN, di dati inconfutabili e ragionevoli certezze:

- La sanità pubblica assorbe il 6,6% del PIL, ma tutta la filiera della salute produce complessivamente circa l'11% del PIL.
- La perdita, lenta e progressiva, di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, oltre a compromettere la salute delle persone, diritto fondamentale tutelato dalla Costituzione, porterà ad un disastro sociale ed economico senza precedenti.

- L'Italia, seppur seduta al tavolo del G7, dispone di un finanziamento pubblico per la sanità allineato a quello dei paesi dell'Europa orientale. Pertanto, mentre la comunità scientifica e il mondo professionale seguono i progressi della scienza e l'industria investe in questa direzione, la politica ignora che il progressivo definanziamento allontana sempre più il SSN dalle grandi innovazioni farmacologiche (CAR-T, terapie geniche) e tecnologiche (intelligenza artificiale), per condurlo verso la lista essenziale dei farmaci e diagnostici dell'OMS.
- Al di là di slogan e facili proclami, rilanciare la sanità pubblica richiede volontà politica, investimenti rilevanti, un programma di azioni a medio-lungo termine e innovazioni di rottura. In altre parole, la sola manutenzione ordinaria porterà al silenzioso sgretolamento della più grande opera sociale mai costruita in Italia: sarà solo una cura palliativa per mantenere in vita il "malato cronico" SSN, destinato a sperimentare sempre più "riesacerbazioni acute", come quella che in questo momento storico interessa il personale sanitario.
- Serve la convergenza di tutte le forze politiche perché il salvataggio del SSN non può essere condizionato da ideologie partitiche, dalla scadenza dei mandati elettorali o da un anacronistico Patto per la Salute triennale, di fatto l'unico strumento di programmazione economica e sanitaria con cui Governo e Regioni definiscono la "manutenzione ordinaria" del SSN. In tal senso nel 2016 il 1° Rapporto GIMBE aveva definito come adeguato un orizzonte temporale decennale (2016-2025): a tre anni di distanza le "condizioni di salute" del SSN risultano nettamente peggiorate e la sanità continua a rimanere di fatto fuori dell'agenda politica. Al tempo stesso tutti stakeholder devono essere pronti a rinunciare ad una parte dei privilegi acquisiti per tutelare il bene comune.
- Per aumentare il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità (*value for money*) è indispensabile agire in maniera tempestiva e integrata sulle "4 patologie", rilanciando il finanziamento pubblico, restringendo contestualmente il perimetro dei LEA, riducendo sprechi e inefficienze e attuando una riforma della sanità integrativa. Tali azioni richiedono alcune riforme di rottura nell'attuale sistema di finanziamento, pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari di seguito riportate, che si auspica possano informare sia la stesura del Patto per la Salute 2019-2021, sia le decisioni dell'Esecutivo.

5.1. Rilanciare il finanziamento pubblico per la sanità ed evitare continue revisioni al ribasso

Il vulnus del FSN risiede principalmente nel fatto che rappresenta il capitolo di spesa pubblica più facilmente aggredibile, rispetto, ad esempio, a quella delle pensioni. Dal 2010 infatti tutti i Governi hanno sempre trovato nella spesa sanitaria le risorse necessarie per fronteggiare ogni emergenza finanziaria, certi che il SSN possa fornire sempre e comunque buoni risultati in termini di salute. Al tempo stesso gli stessi Governi hanno fatto scelte allocative per incrementare i sussidi individuali (bonus 80 euro, reddito di cittadinanza, quota 100) con l'obiettivo (miseramente fallito) di aumentare il consenso elettorale. Tutte queste forme di redistribuzione, analogamente alle provvidenze in denaro erogate dall'INPS per le spese sociali di interesse sanitario, sfuggono ad ogni forma di governance pubblica ed è impossibile valutarne l'impatto. Le uniche due certezze sono l'indebolimento delle tutele pubbliche offerte dal SSN e l'aumento (non sempre appropriato) della spesa out-of-pocket.

Considerato che dal 2010 al 2019, tra tagli e definanziamento sono stati sottratti al SSN oltre € 37.000 milioni, di cui circa il 50% “assorbiti” dal personale dipendente e convenzionato, per un reale rilancio del finanziamento pubblico occorre riportare nel medio termine il livello del FSN alla media 2017 dei Paesi del G7 (USA esclusa), un’azione ben lontana dagli irrisori incrementi degli ultimi 10 anni che non hanno coperto nemmeno il costo dell’inflazione (§ 4).

Ancor di più, al fine di non vanificare ogni rilancio del finanziamento pubblico, è indispensabile “sanare” il vulnus sopra descritto per evitare inesorabili periodiche revisioni al ribasso. Ovvero è necessario “mettere in sicurezza” il FSN tramite la definizione di:

- una soglia minima del rapporto spesa sanitaria/PIL;
- un incremento percentuale annuo in termini assoluti, pari almeno al doppio dell'inflazione.

Questo legittimerebbe, indipendentemente dal colore dei Governi, l’impegno politico a programmare, stabilizzandolo, il rilancio il finanziamento pubblico per il SSN, neutralizzando le previsioni del DEF al fine di poter contare in Legge di Bilancio su risorse certe.

Le analisi effettuate nel presente Rapporto dimostrano che per rilanciare realmente il SSN occorrerebbe destinare in tempi brevi una quota consistente di risorse sia alle vere innovazioni in grado di migliorare gli esiti di salute e la qualità di vita delle persone, sia soprattutto al personale che, oltre ad essere adeguatamente “rimpiazzato”, deve soprattutto essere (ri)motivato anche tramite l’allineamento della retribuzione a standard europei.

Tuttavia, considerata la situazione economica del Paese, tale (inverosimile) scelta allocativa al momento può essere ottenuta solo disinvestendo da uno o più dei sussidi individuali di cui si riporta (in ordine rigorosamente cronologico) l’entità degli investimenti previsti:

- Bonus 80 euro: circa € 10.000 milioni/anno
- Reddito di Cittadinanza: € 7.100 milioni nel 2019, € 8.055 nel 2020 e € 8.317 milioni dal 2021
- Quota 100: € 3,8 miliardi nel 2019, € 7,8 miliardi nel 2020, € 8,3 miliardi nel 2021 e € 7,8 miliardi nel 2022

Nella realistica impossibilità di un consistente rilancio a breve termine, i margini per il recupero di risorse sono fondamentalmente legati alla messa in campo di azioni integrate:

- Ridefinizione del perimetro dei LEA sulla base di un rigoroso metodo *evidence- & value-based* (§ 3.2).
- Integrazione della spesa sanitaria con la spesa sociale di interesse sanitario (§ 2.2) con l’obiettivo di pervenire, nel medio termine, alla definizione di un fabbisogno socio-sanitario nazionale.
- Revisione della spesa fiscale (§ 2.3) per detrazioni e deduzioni per:
 - spese sanitarie, da rivalutare con gli stessi criteri di revisione dei LEA, eliminando le agevolazioni fiscali per interventi sanitari dal *value* basso o negativo
 - contributi versati a fondi sanitari e società di mutuo soccorso, previa riforma della sanità integrativa
- Disinvestimento da sprechi e inefficienze (§ 3.3).

Relativamente agli investimenti per l’ammodernamento tecnologico (non analizzati nel presente Rapporto), dovrebbero essere presi in considerazione meccanismi di incentivazione fiscale per l’acquisto delle grandi apparecchiature (“rottamazione”).

5.2. Aumentare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni nel rispetto delle loro autonomie

In un momento storico caratterizzato da istanze di regionalismo differenziato (appendice 2) potrebbe apparire anacronistico puntare su un aumento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni. In realtà, ciò permetterebbe di ridurre le diseguaglianze attuali e le potenziali conseguenze negative delle maggiori autonomie: tale azione, tuttavia, necessita di una revisione sia dei criteri di riparto del FSN, sia delle modalità di verifica degli adempimenti LEA, contribuendo anche al superamento degli attuali Piani di rientro.

Potenziamento degli enti nazionali. La già prevista, e più volte rimandata, riforma degli enti vigilati (AIFA, Agenas, Istituto Superiore di Sanità) dovrebbe favorire sinergie ed evitare duplicazioni di responsabilità sia tra gli enti, sia tra questi e le direzioni generali del Ministero della Salute. Tale riforma dovrebbe in particolare garantire la definizione univoca di standard nazionali di indirizzo e verifica (linee guida, HTA reports): a tal proposito si rileva che, se l'impianto normativo ha affidato all'ISS la governance delle linee guida, l'HTA risulta ampiamente frammentato tra vari enti (AIFA, ISS, Agenas, Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico) oltre che sovrapposto impropriamente per farmaci (AIFA) e dispositivi (Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico) con le funzioni regolatorie degli stessi enti.

Modifica dei criteri di riparto del FSN. Senza entrare nel merito della quota di deprivazione sociale più volte richiesta (e mai concessa) dalle Regioni del centro-sud penalizzate dai criteri di riparto basati sulla popolazione residente pesata per età, si rileva qui che la principale criticità delle attuali modalità di riparto del FSN è la loro natura quasi totalmente indistinta. Le Regioni hanno infatti la massima libertà di utilizzare le risorse assegnate per la pianificazione ed erogazione dei servizi sanitari, senza alcun vincolo di destinazione, con due sole verifiche da parte dello Stato: l'equilibrio finanziario e il mantenimento dell'adempimento secondo la griglia LEA.

Il riparto del FSN dovrebbe essere invece effettuato tenendo conto di una quota fissa, parametrata secondo standard nazionali, per il personale sanitario e una quota variabile vincolata agli adempimenti LEA secondo il nuovo sistema di garanzia che dovrebbe prevedere meccanismi bonus/malus a valere sul riparto dell'anno successivo. Innanzitutto, le Regioni inadempienti su specifici indicatori dovrebbero ricevere una quota di finanziamento ridotta nel riparto dell'anno successivo, potendosi avvalere dell'aumento dell'addizionale regionale IRPEF per recuperare la riduzione della quota di riparto. Questo meccanismo, in linea solo teorica già esistente nei Piani di rientro, dovrebbe scattare per singoli inadempimenti LEA così da collegarli agli adempimenti LEA con il riparto dell'anno successivo. Al tempo stesso dovrebbero essere previsti meccanismi premiali per le Regioni che, pur trovandosi nella soglia di adempimento minima del 60%, raggiungono percentuali molto più elevate (cd. premialità per super-LEA).

Tale innovazione di rottura permetterebbe di allineare a cascata budget e sistemi premianti a tutti i livelli: Regioni → aziende sanitarie → unità organizzative → professionisti. In altri termini, il commitment regionale per il raggiungimento dei singoli obiettivi LEA agganciato a meccanismi bonus/malus permetterebbe un percorso più lineare tra finanziamento, organizzazione ed erogazione dei servizi e valutazione, con una maggior responsabilizzazione dell'intera filiera.

5.3. Ridisegnare il perimetro dei LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia

Come più volte rilevato nel presente Rapporto esiste un'evidente dissociazione tra l'entità del finanziamento pubblico e l'ampiezza del "paniere" dei LEA. Di conseguenza, nonostante sia politicamente "scomodo", è indispensabile "soltire" i LEA secondo un metodo *evidence- & value-based* ampiamente descritto (§ 3.2) per tre ragioni: innanzitutto, il finanziamento pubblico non è sufficiente a garantire in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale un "paniere" LEA così ampio; in secondo luogo, i LEA includono oggi troppe prestazioni dal *value* basso o addirittura negativo; infine, il "campo d'azione" della sanità integrativa è attualmente troppo limitato, generando improprie "invasioni di campo".

Programma nazionale HTA. Il processo di revisione/*delisting* dei LEA dovrebbe essere continuamente informato da un Piano nazionale HTA, adeguatamente finanziato, per tutte le tecnologie sanitarie. Da questo programma dovrebbero essere escluse le istituzioni deputate ai meccanismi regolatori e di vigilanza (AIFA per i farmaci e Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico per i dispositivi). È ben noto infatti che la "doppia veste" introduce parzialità di giudizi che influenzano gli esiti del processo di HTA. In altri termini, l'AIFA e il Dipartimento per i dispositivi dovrebbero mantenere solo il ruolo di organismi regolatori.

Criteri di rimborso e tetti di spesa. I principi della *value-based healthcare* impongono di rivedere sia i criteri di rimborso meramente quantitativi di servizi e prestazioni sanitarie, sia il principio dei tetti di spesa perché questi, paradossalmente, potrebbero limitare l'accesso alle vere innovazioni. Di conseguenza sarebbe opportuno sperimentare criteri di rimborso *value-based* e favorire a tutti i livelli i processi di disinvestimento e riallocazione rendendo più flessibili tetti di spesa e budget.

Finanziamento ricerca comparativa indipendente. Una cifra pari ad almeno l'1% del FSN dovrebbe essere destinata al finanziamento della ricerca comparativa indipendente, previa identificazione delle aree grigie, per informare l'aggiornamento continuo dei LEA. Al fine di incrementare le risorse disponibili, dovrebbero essere definiti meccanismi premiali per le Regioni che investono in ricerca indipendente per rispondere a quesiti di interesse nazionale, e dovrebbe essere previsto il coinvolgimento dell'industria farmaceutica e biomedicale.

5.4. Lanciare un piano nazionale per ridurre sprechi e inefficienze e reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e innovazioni

Se a livello internazionale il disinvestimento da sprechi e inefficienze rappresenta una strategia fondamentale per aumentare l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari, in Italia non viene universalmente accettato come fonte credibile di (parziale) recupero di risorse. Considerata la natura multifattoriale di sprechi e inefficienze (§ 3.3) e la frammentata messa in atto di strategie per la loro riduzione, è indispensabile il varo di un piano nazionale, agganciato ai meccanismi bonus/malus degli adempimenti LEA sopra riportati. In altri termini, senza una strategia condivisa tra Stato e Regioni agganciata agli adempimenti LEA, sarà possibile aggredire, sulla scia di quanto in parte realizzato, quella parte di sprechi e inefficienze relativa alle attività non cliniche (frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, inefficienze amministrative). Viceversa gli sprechi condizionati da comportamenti

professionali, da aspettative di cittadini e pazienti (sovra e sotto-utilizzo) e da modelli organizzativi (inadeguato coordinamento dell'assistenza) saranno difficilmente aggredibili.

5.5. Avviare un riordino legislativo della sanità integrativa per evitare derive consumistiche e di privatizzazione

La Fondazione GIMBE ha già presentato in occasione dell'audizione parlamentare specifiche proposte:

- Definire le prestazioni LEA ed extra-LEA che possono/non possono essere coperte dai fondi sanitari integrativi.
- Riconoscere le agevolazioni fiscali ai fondi sanitari integrativi solo per le prestazioni extra-LEA.
- Regolamentare i rapporti tra:
 - fondi sanitari integrativi e compagnie assicurative;
 - finanziatori privati ed erogatori privati accreditati.
- Regolamentare le campagne pubblicitarie di fondi sanitari e assicurazioni per evitare la diffusione di messaggi consumistici che fanno spesso leva sulle criticità di accesso del servizio pubblico o su "pacchetti prevenzione" che soddisfano il cittadino-consumatore, ma alimentano la medicalizzazione della società, oltre ai fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento.
- Avviare una campagna istituzionale informativa sulla sanità integrativa per consentire ai cittadini di conoscere opportunità (e svantaggi) della sanità integrativa.