

## CAPITOLO 4

### Prognosi del Servizio Sanitario Nazionale al 2025

Al fine di valutare la sostenibilità del SSN, nel 2016 il primo Rapporto GIMBE, esortando la politica ad uscire dalla logica del breve termine legata alla scadenza dei mandati, aveva adottato una prospettiva decennale (2016-2025), un arco temporale adeguato per mettere in campo gli interventi necessari. Analogamente nel Regno Unito, con cui condividiamo modello Beveridge e crisi di sostenibilità del servizio sanitario, nel 2017 la Camera dei Lord pubblicava un rapporto sulla sostenibilità del servizio sanitario e sociale<sup>344</sup> – ampiamente ripreso da prestigiose riviste<sup>345,346</sup> – 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». In risposta a tale sollecitazione, nel gennaio 2019 il NHS ha pubblicato il *Long Term Plan*<sup>347</sup>, che pone proprio un orizzonte decennale per assicurare un futuro al servizio sanitario.

Dal punto di vista metodologico, i precedenti Rapporti GIMBE si sono ispirati al modello di Pacala e Socolow<sup>6</sup> che hanno dimostrato come, per contenere le emissioni di CO<sub>2</sub> 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 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 al fine di aumentare il ritorno in termini di salute (*value for money*) del denaro investito in sanità (§ 2.4). 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 2018-2025 – al netto dell'inflazione – tenendo conto delle previsioni del DEF 2019, di studi e normative varate negli ultimi 12 mesi, di analisi effettuate sui nuovi conti ISTAT-SHA e dei feedback ottenuti in occasione della consultazione pubblica sul 3° Rapporto GIMBE (tabella 4.1).

---

<sup>344</sup> The Lancet. The future of the NHS. Lancet 2017;389:1491.

<sup>345</sup> Dixon J. Making the NHS and social care system sustainable. BMJ 2017;357:j1826.

<sup>346</sup> 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](http://www.publications.parliament.uk/pa/ld201617/ldselect/ldnhssus/151/151.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>347</sup> National Health Service. The NHS Long Term Plan. January 2019. Disponibile a: [www.longtermplan.nhs.uk](http://www.longtermplan.nhs.uk). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

	Rapporto GIMBE		Fonti di riferimento
	3° (2018)	4° (2019)	
Anno di riferimento	2016	2017	-
Spesa sanitaria a consuntivo	€ 157,61	€ 154,92	Spesa pubblica: disponibilità dei dati consuntivi 2017 vs 2016 Spesa privata: conti ISTAT-SHA, OCPS Cergas-Bocconi
Periodo di stima	2017-2025	2018-2025	-
Anni residui	9	8	-
Fabbisogno 2025	€ 220	€ 230	Feedback consultazione pubblica, nuovo parametro di riferimento, nuove analisi
Spesa pubblica	€ 9	€ 12	Analisi trend finanziamento pubblico, stime DEF 2019
Spesa privata	€ 18	€ 16	Analisi trend spesa privata: aumento numero fondi sanitari e loro iscritti, espansione mercato assicurativo, aumento spesa out-of-pocket
Disinvestimento da sprechi 2018-2025	€ 72,1	€ 36,2	Feedback consultazione pubblica, sovrastima del disinvestimento totale, processo di disinvestimento complesso e scarsamente attuato
Gap nel 2025	- € 20,5	- € 37,6	-

Tabella 4.1. Aggiornamento stime Rapporto GIMBE (dati in miliardi)

#### 4.1. Composizione della spesa sanitaria 2017

La spesa sanitaria totale 2017, tenendo conto delle criticità relative alle stime della spesa privata (§ 2.1.2), ammonta a € 154.920 milioni così ripartiti:

- € 113.131 milioni di spesa pubblica;
- € 41.789 milioni di spesa privata, di cui:
  - € 5.800 milioni di spesa intermediata:
    - € 3.912 milioni da fondi sanitari/polizze collettive;
    - € 711 milioni da polizze individuali;
    - € 1.177 milioni da altri enti;
  - € 35.989 milioni di spesa out-of-pocket.

A partire dal 3° Rapporto GIMBE viene riportata la rivalutazione a consuntivo delle precedenti stime su spesa pubblica e spesa privata (tabella 4.2).

	Stima 2017	Consuntivo 2017	Delta
<b>Pubblica</b>	€ 113.200	€ 113.131	+ € 69
<b>Out-of-pocket</b>	€ 41.300	€ 35.989	+ € 5.311
<b>Intermediata</b>	€ 6.100	€ 5.800	- € 300

**Tabella 4.2. Spesa sanitaria 2017 (dati in milioni)**

Di seguito vengono analizzate le motivazioni delle eventuali discrepanze tra le stime effettuate per il 2017 nel precedente Rapporto GIMBE e il dato consuntivo:

- Spesa pubblica: stima sostanzialmente allineata al consuntivo.
- Out-of-pocket: nel presente rapporto, rispetto al precedente, è stato preso come riferimento il perimetro ISTAT-SHA che esclude € 5,9 miliardi di spesa in farmacia (presidi medico-chirurgici, omeopatici, erboristeria, integratori, nutrizionali, parafarmaci) inclusi nelle stime precedenti.
- Intermediata: il consuntivo documenta una sovrastima di circa il 5% dovuta alla previsione di incremento di € 500 milioni sul consuntivo 2016 che si è verificato solo in parte.

## 4.2. Stima del fabbisogno al 2025

Come rilevato dai feedback raccolti in occasione della consultazione pubblica sul 3° Rapporto GIMBE e sul piano di Salvataggio del SSN, il fabbisogno di € 220 miliardi al 2025 risultava ampiamente sottostimato. Per questo nel presente Rapporto la stima viene innalzata a € 230 miliardi anche in considerazione di ulteriori analisi effettuate sui seguenti fattori:

- entità del definanziamento del SSN;
- benchmark con i paesi dell'Europa occidentale e i paesi del G7;
- sottostima dell'impatto economico dei nuovi LEA;
- entità degli inadempimenti LEA in varie Regioni, sia da griglia LEA, sia in particolare dalla sperimentazione preliminare del Nuovo Sistema di Garanzia;
- inderogabile necessità di rilancio delle politiche per il personale sanitario: stabilizzazioni, nuove assunzioni, rinnovi contrattuali, adeguamenti salariali a standard europei;
- immissione sul mercato di numerose innovazioni farmacologiche dai costi molto elevati;
- invecchiamento della popolazione;
- riduzione della rinuncia a prestazioni sanitarie (dati ISTAT).

La stima di € 230 miliardi, che equivale ad una spesa pro-capite (a invarianza di popolazione) di circa € 3.800 per il 2025, si colloca al di sotto della media 2017 dei paesi del G7 (€ 3.874,49) esclusi gli USA<sup>348</sup>. Considerato che la spesa attuale pro-capite è pari a € 2.561 questo comporterebbe un incremento della spesa pro-capite di € 1.239 nei prossimi 8 anni.

<sup>348</sup> La spesa media pro-capite 2017 nei paesi del G7 (esclusi gli USA) di \$ 4.641,80 convertita in al cambio USD-EUR al 31/12/2017 è pari a € 3.874,49.

Tale stima è relativa esclusivamente alla spesa sanitaria e pertanto non include le risorse da destinare al piano di investimenti per l'edilizia sanitaria e per l'ammodernamento tecnologico, stimate dalla Corte dei Conti in € 32 miliardi<sup>349</sup>, la spesa sociale di interesse sanitario (§ 2.2) e la spesa fiscale (§ 2.3).

### 4.3. Stima dei cunei di stabilizzazione

Senza entrare nel merito del *value for money* (§ 2.4) della spesa privata, nel periodo 2018-2025 si stima un aumento della spesa sanitaria totale di € 28 miliardi sulla base delle seguenti assunzioni:

- **Spesa pubblica.** € 12 miliardi in ragione di: aumento del finanziamento pubblico nominale negli ultimi 5 anni (in media € 900 milioni/anno), previsioni del DEF 2019 rispetto al rapporto spesa sanitaria/PIL (dal 6,6% nel 2019-2020 al 6,5% nel 2021 al 6,4% nel 2022), finanziamento previsto dalla Legge di Bilancio 2019, ma con un quadro politico-economico che non esclude riduzioni del finanziamento pubblico, anche alla luce di eventuali nuove politiche fiscali (*flat tax*).
- **Spesa privata.** € 16 miliardi in ragione di: trend degli ultimi 5 anni di aumento del numero di fondi sanitari e loro iscritti, espansione del mercato assicurativo e aumento della spesa out-of-pocket.

L'incremento stimato di spesa pubblica e spesa privata permetterebbe di raggiungere nel 2025 una cifra prossima a € 183 miliardi, lontana di quasi € 50 miliardi dal fabbisogno stimato (figura 4.1).

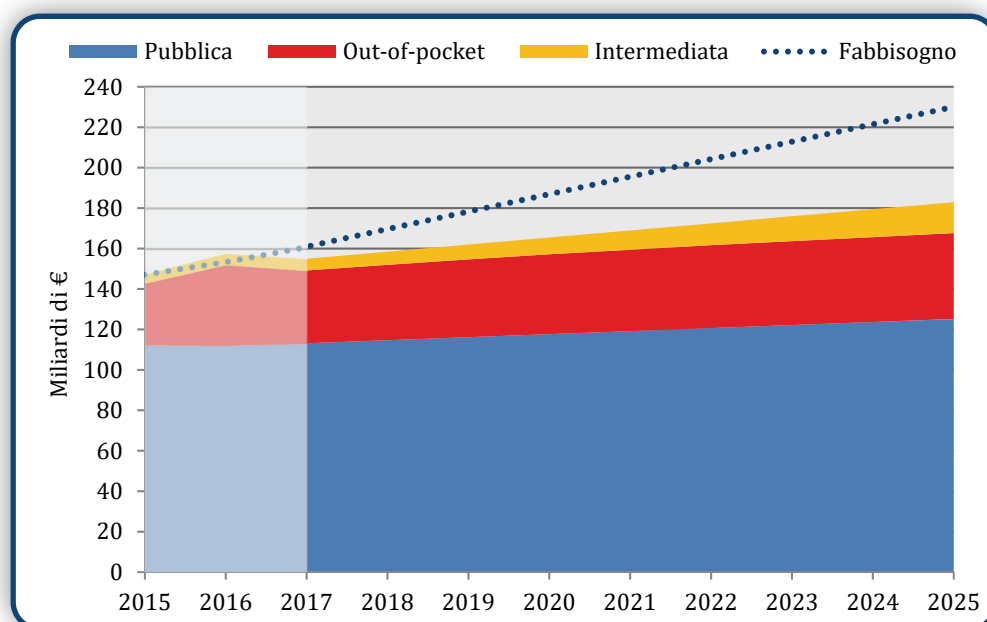


Figura 4.1. Fabbisogno, spesa pubblica e spesa privata: consuntivo 2015-2017 e trend stimato 2018-2025

<sup>349</sup> Corte dei Conti. L'attuazione del programma straordinario per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario. Deliberazione 9 marzo 2018, n. 4/2018/G. Disponibile a: [www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sez\\_centrale\\_controllo\\_amm\\_stato/2018/delibera\\_4\\_2018\\_g.pdf](http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sez_centrale_controllo_amm_stato/2018/delibera_4_2018_g.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

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 riduzione degli sprechi, previsto dal Piano di salvataggio del SSN (§ 5).

Rispetto alle stime del precedente rapporto la stima del potenziale recupero di risorse viene ridotta per due ragioni: da un lato è stato rilevato che per alcune categorie di sprechi non sono state messe in atto le misure necessarie, o laddove implementate si sono rivelate scarsamente efficaci; dall'altro sono stati accolti i feedback informali e formali che hanno suggerito di rivedere l'entità del potenziale recupero.

La stima del potenziale recupero di risorse nel periodo 2018-2025 ammonta dunque a € 36,2 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 € 12 miliardi, le risorse complessivamente recuperabili entro il 2025 ammontano a circa € 182 miliardi;
- obiettivo del disinvestimento 2018-2025: almeno il 20% degli sprechi totali;
- soglia di accettabilità di sprechi al 2025: € 14 miliardi.

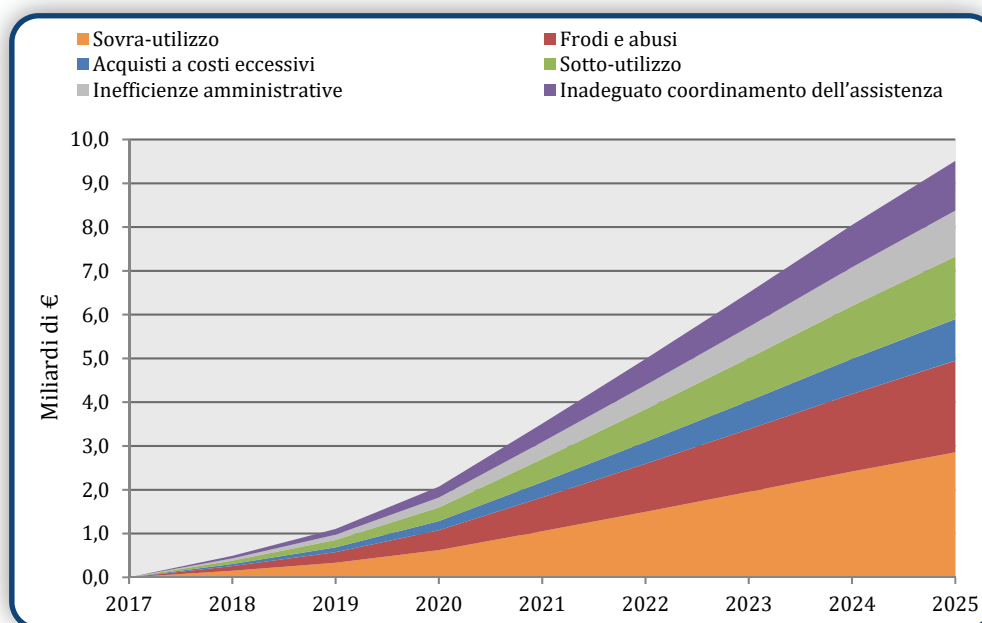


Figura 4.2. Disinvestimento da sprechi e inefficienze: trend stimato 2018-2025

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 nel 2025 mancherebbero ancora € 37,6 miliardi (figura 4.3), di fatto la cifra che è stata “sottratta” al finanziamento pubblico del SSN nel periodo 2010-2019 (§ 3.1).

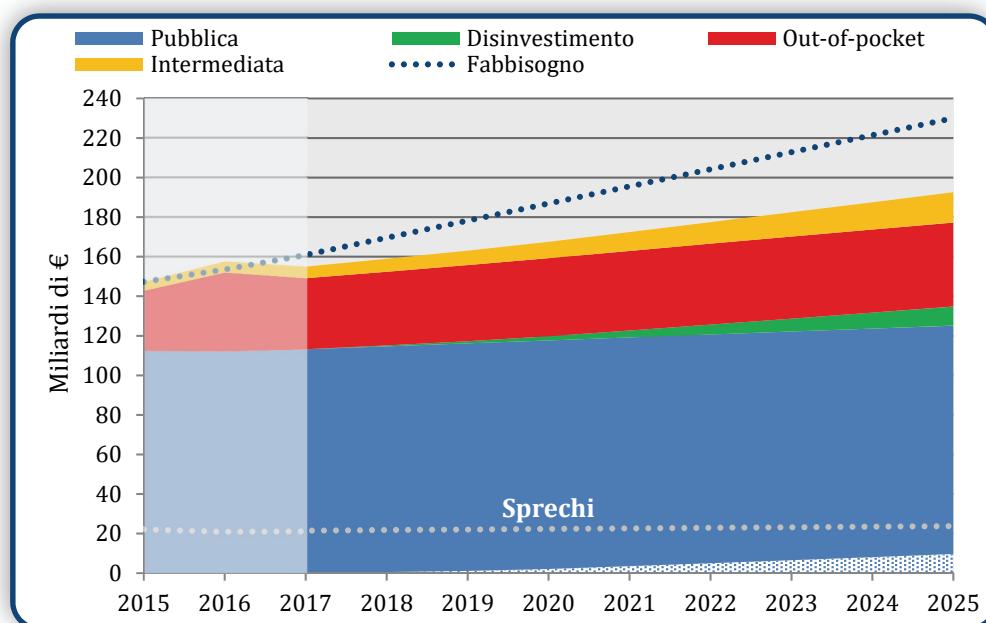


Figura 4.3. Fabbisogno e “cunei di stabilizzazione”: consuntivo 2015-2017 e trend stimato 2018-2025

#### 4.4. Conclusioni

Nonostante la stima prudenziale di un fabbisogno pari a € 230 miliardi al 2025 e la limitata probabilità di riqualificare oltre € 36 miliardi di spesa pubblica nei prossimi anni, l’entità delle risorse necessarie a colmare il gap richiedono scelte politiche ben precise per preservare un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico (§ 5):

- consistente rilancio del finanziamento pubblico;
- contestuale ridefinizione del perimetro dei LEA;
- rivalutazione delle agevolazioni fiscali sia relative alle spese mediche, sia in particolare ai fondi sanitari integrativi;
- ripensamento, nell’ottica di un fondo socio-sanitario nazionale, delle modalità con le quali viene oggi erogata la spesa sociale di interesse sanitario.

In ogni caso, si ribadisce che la soluzione, come ampiamente dimostrato nel presente Rapporto, non può essere rappresentata dall’espansione del “secondo pilastro”.