

CAPITOLO 1

Finanziamento e sostenibilità del SSN

Considerato che il servizio sanitario è parte integrante di ciascun Paese, la crisi di sostenibilità del SSN coincide in Italia con un lungo e grave periodo di crisi economica, durante il quale tre sono le strategie, non alternative, che possono messe in campo:

- contenere il definanziamento pubblico;
- utilizzare altre fonti di finanziamento: compartecipazione alla spesa, aumento delle addizionali regionali IRPEF, sanità integrativa;
- ridurre gli sprechi ed aumentare il *value* dell'assistenza.

1.1. Contenere il definanziamento pubblico

Sin dal 2010 la scelta politica di disinvestire pesantemente dal SSN per fronteggiare la crisi economica (box 1), ha determinato un sostanziale appiattimento della curva del finanziamento pubblico (figura 2).

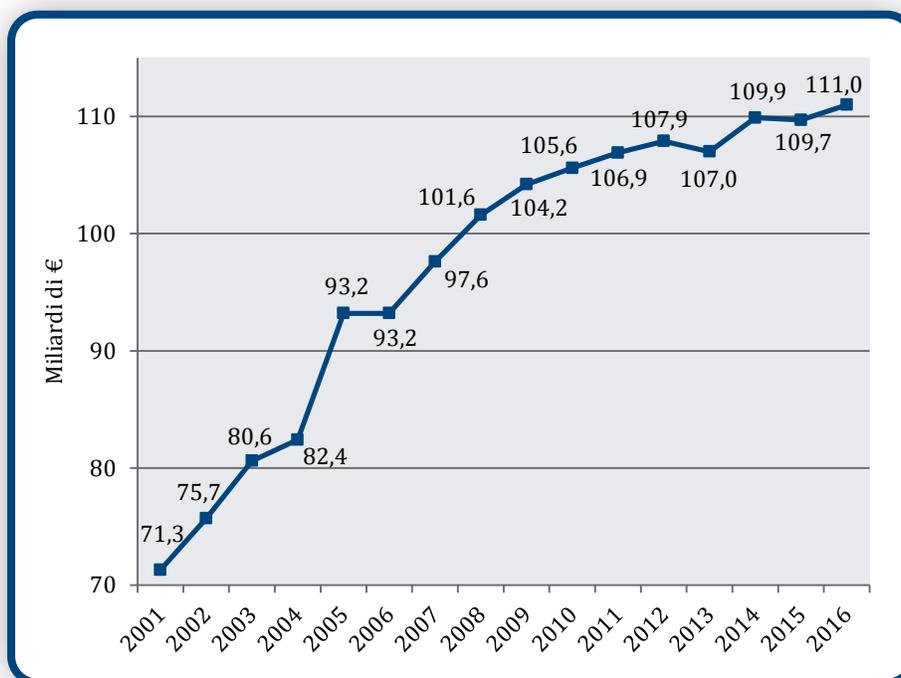


Figura 2. Finanziamento pubblico del SSN: trend 2001-2016

Dopo i 25 miliardi di euro sottratti da varie manovre finanziarie nel periodo 2012-2015, la sanità pubblica ha lasciato per strada altri € 6,79 miliardi, rispetto a quanto definito nel Patto per la Salute. Insistendo su questa linea, il DEF 2016 prevede che il finanziamento del SSN nel 2019 si riduca al 6,5% del PIL, una soglia che non solo mina la qualità dell'assistenza, ma rischia di ridurre l'aspettativa di vita, fenomeno nel frattempo già documentato per la prima volta dal Rapporto OsservaSalute 2015⁸ e dal Rapporto Istat 2016⁹.

Secondo le previsioni del DEF, nel triennio 2017-2019 il PIL crescerà in media del 2,8% per anno, mentre la spesa sanitaria aumenterà annualmente a un tasso medio dell'1,5%: in dettaglio, dai € 113,3 miliardi stimati per il 2016, la spesa sanitaria dovrebbe arrivare rispettivamente a € 114,7 miliardi nel 2017, a € 116,1 nel 2018 e € 118,5 nel 2019. In realtà, rispetto alle previsioni del DEF negli ultimi anni la sanità ha ricevuto sempre meno di quanto previsto. Riprendendo i dati della Corte dei Conti¹⁰, l'esempio del finanziamento previsto per il 2016 è paradigmatico: in 32 mesi dai € 117,6 miliardi stimati dal DEF 2013, siamo scesi a € 116,1 con il DEF 2014, a € 113,4 con il DEF 2015, per arrivare a un finanziamento reale di € 111 miliardi, comprensivi di € 800 milioni da destinare ai nuovi LEA (figura 3).

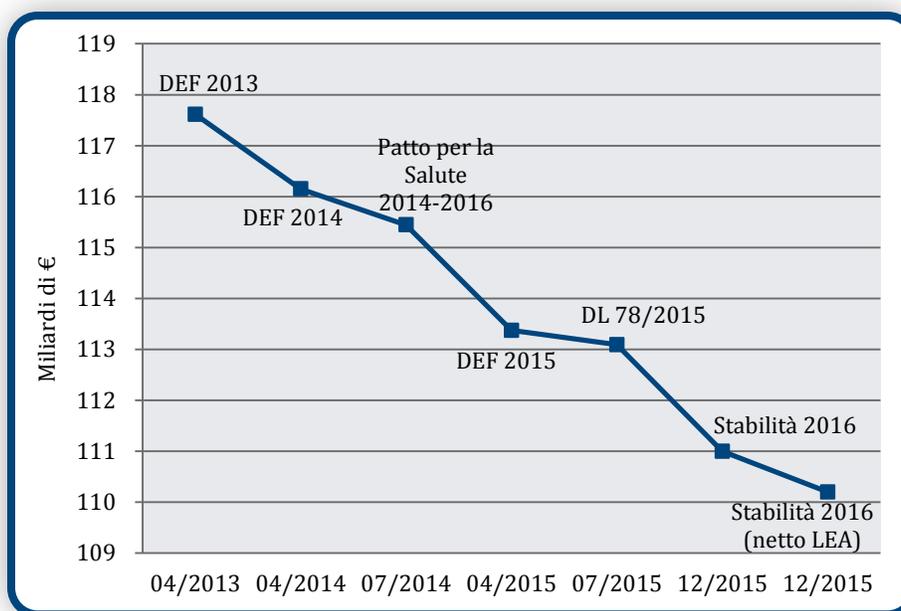


Figura 3. Finanziamento pubblico del SSN: anno 2016 (dati da¹⁰)

⁸ Rapporto OsservaSalute 2015. Disponibile a: www.osservasalute.it/index.php/rapporto/argomenti/2015/15. Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

⁹ Istat. Rapporto annuale 2016 – La situazione del Paese. Disponibile a: www.istat.it/it/archivio/185497. Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

¹⁰ Corte dei Conti. Rapporto 2016 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 22 marzo 2016: p. 293. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2016/rapporto_coordinamento_finanza_pubblica_2016.pdf. Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

In ogni caso, se le stime del DEF sono corrette, considerato che la spesa sanitaria crescerà meno del PIL nominale non coprirà nemmeno l'aumento dei prezzi. Di conseguenza la sanità pubblica, a parità di potere di acquisto, nel triennio 2017-2019 disporrà delle stesse risorse solo se la ripresa economica del Paese raggiungerà previsioni più che ambiziose; in caso contrario, ulteriori tagli alla sanità pubblica saranno inevitabili.

Rispetto ad anni precedenti, il DEF 2016 arriva in un clima di grande sintonia tra Stato e Regioni: infatti le previsioni tengono conto dell'intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio 2016, assolutamente strategica in un'ottica di finanza pubblica, ma che secondo una prospettiva di sanità pubblica potrebbe assestare il colpo di grazia al SSN. Con tale intesa il "contributo alla finanza pubblica [...] nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza" previsto dal comma 680 della Legge di Stabilità, si è trasformato infatti nel DEF 2016 in "contributo del Servizio Sanitario Nazionale alla complessiva manovra a carico delle Regioni definita dalla Legge di Stabilità 2016", concretizzando anche i desiderata delle Regioni.

Infatti, il comma 680 della Legge di Stabilità rimandava al 31 gennaio di ogni anno la proposta delle Regioni sul contributo alla finanza pubblica, lasciando notevoli margini di recupero di risorse per la Sanità, ma soprattutto una leva strategica per ridurre sprechi e inefficienze. L'Intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio, rideterminando il fabbisogno sanitario nazionale in € 113 miliardi per il 2017 e in € 115 miliardi per il 2018, se da un lato ha fornito ragionevoli certezze alle Regioni, dall'altro ha sancito che il contributo alla finanza pubblica per gli anni 2017-2019 graverà quasi del tutto sulle spalle della sanità (€ 3,5 miliardi per il 2017 e € 5 miliardi per il 2018 e 2019), assolvendo le Regioni dal compito di presentare proposte e il Governo da quello di valutarle, fatta eccezione per i residuali € 480 milioni, rinviati a successive intese.

A seguito del continuo definanziamento, oggi in Italia la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria (pubblica + privata) è inferiore alla media dei paesi OCSE; rispetto ai paesi dell'Unione Europea, la spesa pubblica è inferiore a quella di Finlandia, Regno Unito, Francia, Belgio, Austria, Germania, Danimarca, Svezia e Olanda; tra i paesi del G7 siamo ultimi per spesa pubblica e spesa totale, ma secondi solo agli USA per spesa out-of-pocket¹¹. Questi dati testimoniano inequivocabilmente che la politica si è progressivamente sbarazzata di una consistente quota di spesa pubblica, scaricandola sui cittadini, senza alcun riguardo per le raccomandazioni dell'OCSE¹² che nel gennaio 2015 richiamava il nostro Paese a "garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza".

¹¹ OECD Health Statistics 2015. How does health spending in Italy compare? July 2015. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-ITALY-OECD-Health-Statistics-2015.pdf. Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

¹² OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014. Disponibile a: www.oecd.org/els/oecd-reviews-of-health-care-quality-italy-2014-9789264225428-en.htm. Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

Box 1. Cronistoria del definanziamento del SSN

- **17 dicembre 2012.** Il Ministro Balduzzi fa “chiarezza sui numeri della sanità”, riportando che per il periodo 2012-2015 la sommatoria di varie manovre finanziarie (Legge di Stabilità 2013, DL 95/2012, DL 98/2011, DL 78/2010) sottrae al SSN una cifra prossima ai € 25 miliardi¹³. Il dato viene corretto al rialzo dalle Regioni che stimano tagli per oltre € 30 miliardi.
- **23 settembre 2013.** La nota di aggiornamento del DEF 2013 programma un de-finanziamento che riduce progressivamente la quota di PIL destinata alla sanità pubblica dal 7.1% al 6.7%.
- **20 dicembre 2013.** La Legge di Stabilità 2014 riduce ulteriormente il finanziamento per la sanità di oltre 1 miliardo di euro: € 540 milioni nel 2015 e € 610 milioni nel 2016.
- **10 luglio 2014.** L’articolo 1 del Patto per la Salute 2014-2016 fissa le risorse per il triennio 2014-2016: € 109,928 miliardi per il 2014, € 112,062 per il 2015 e € 115,444 per il 2016 «salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico».
- **16 ottobre 2014.** La Legge di Stabilità 2015 non prevede tagli alla sanità, ma chiede alle Regioni di recuperare € 4 miliardi, riaccendendo così il conflitto istituzionale tra Governo e Regioni che congela l’attuazione del Patto per la Salute.
- **26 febbraio 2015.** Dopo oltre 4 mesi di consultazioni le Regioni, incapaci di formulare una proposta concreta, rinunciano all’incremento del fondo sanitario di oltre € 2 miliardi previsto dal Patto; le imminenti elezioni in sette Regioni portano a rimandare continuamente la decisione su “dove tagliare”.
- **2 luglio 2015.** La Conferenza Stato Regioni raggiunge l’accordo sulla proposta di intesa per i tagli alla sanità: € 2,352 miliardi per il 2015 e il 2016.
- **4 agosto 2015.** La Camera vota la fiducia al Decreto Enti Locali che recepisce i tagli che, rispetto a quanto previsto dal Patto per la Salute, riducono di € 6,79 miliardi il finanziamento del SSN per gli anni 2015 e 2016.
- **30 dicembre 2015.** La Legge di Stabilità 2016 fissa in € 111 miliardi il finanziamento per il 2016 (comprensivi di € 800 milioni da destinare ai nuovi LEA) e stabilisce che «Le Regioni e le province autonome [...] assicurano un contributo alla finanza pubblica pari a 3.980 milioni di euro per l’anno 2017 e a 5.480 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018 e 2019, in ambiti di spesa e per importi proposti, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza [...]».
- **11 febbraio 2016.** Un’intesa Stato-Regioni sancisce che il contributo alla finanza pubblica per gli anni 2017-2019 graverà quasi del tutto sulle spalle della sanità (€ 3,5 miliardi per il 2017 e € 5 miliardi per il 2018 e 2019), assolvendo le Regioni dal compito di presentare proposte di disinvestimento e il Governo da quello di valutarle, fatta eccezione per i residuali € 480 milioni. Il fabbisogno sanitario nazionale viene determinato in € 113 miliardi per il 2017 e in € 115 miliardi per il 2018.
- **9 aprile 2016.** Il DEF 2016, oltre a recepire l’intesa del 11 febbraio 2016, stima che nel triennio 2017-2019 il rapporto tra spesa sanitaria e PIL decrescerà dello 0,1% anno, attestandosi nel 2019 al 6,5%.

¹³ Uscire dalla crisi: chiarezza sui numeri della sanità. Conferenza stampa del Ministro della Salute Prof. Renato Balduzzi. Ministero della Salute, 19 dicembre 2012. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_487_listaFile_itemName0_file.ppt. Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

1.2. Utilizzare altri canali di finanziamento

1.2.1. Compartecipazione alla spesa

Nonostante l'impopolarità dei ticket e il costante aumento della spesa out-of-pocket su una popolazione fortemente impoverita, le Regioni mantengono ampia autonomia nella definizione dei sistemi di compartecipazione alla spesa. Infatti, come documentato dal rapporto Agenas del 2015¹⁴, in Italia esiste una vera e propria “giungla dei ticket”, con differenze regionali relative a farmaci vs prestazioni, agli importi che i cittadini sono tenuti a corrispondere e alle regole utilizzate per definire le esenzioni.

Secondo la Corte dei Conti¹⁰, grazie ai ticket sui farmaci e quelli sulle prestazioni sanitarie (ambulatoriale e specialistica, pronto soccorso e altre prestazioni) nel 2015 sono confluiti nelle casse regionali oltre 2,8 miliardi di euro. Rispetto al 2014 i dati documentano un incremento medio della compartecipazione alla spesa per i farmaci del 4,5% e una riduzione media del 2,2% sulle prestazioni che raggiunge il 4,4% nelle Regioni in Piano di rientro, ampliando ulteriormente la forbice tra il contributo pro-capite per la specialistica e il pronto soccorso (figura 4).

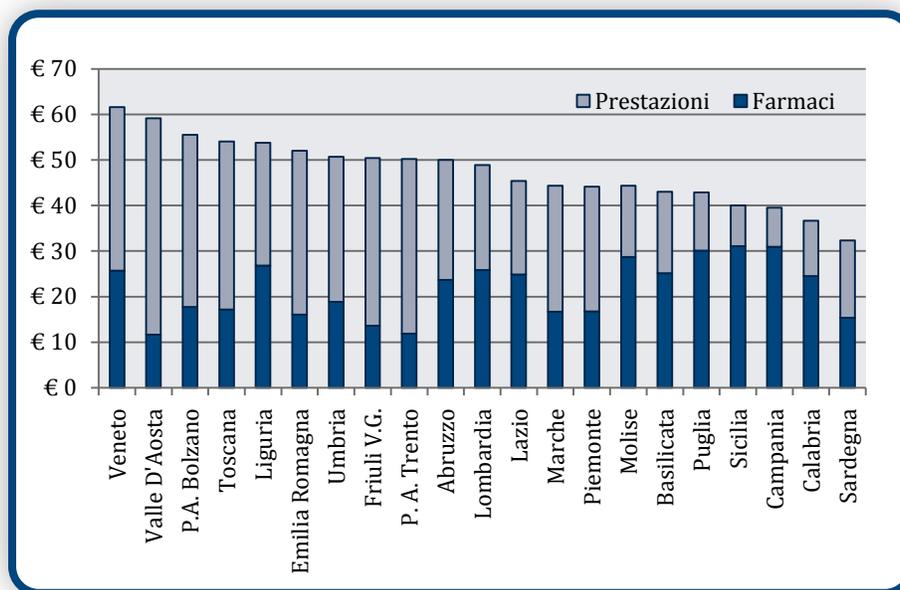


Figura 4. Compartecipazione alla spesa sanitaria: spesa pro-capite 2015 (dati da¹⁰)

Al fine di uniformare le differenze regionali, l'articolo 8 del Patto per la Salute 2014-2016 ha previsto la “Revisione disciplina partecipazione alla spesa sanitaria ed esenzioni”, tenendo conto della condizione economica dell'assistito o del nucleo di appartenenza. L'obiettivo è di

¹⁴ La compartecipazione alla spesa nelle Regioni: sintesi della normativa vigente al 1 maggio 2015. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile a: www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/normativa_ticket_regioni_2015.pdf. Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

evitare che “la compartecipazione rappresenti una barriera per l’accesso ai servizi ed alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità ed universalismo”, garantendo contemporaneamente un gettito finanziario adeguato per le Regioni all’insegna di una unitarietà del sistema, ed evitando che ticket troppo elevati, in particolare per la specialistica, favoriscano lo spostamento verso strutture private.

Nonostante la scadenza fissata al 30 novembre 2014, ad oggi non risulta che il “tavolo politico” si sia mai riunito per dare input al “tavolo tecnico”; di conseguenza, nessun progresso significativo è stato compiuto nella revisione del sistema di compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e delle esenzioni.

1.2.2. Incremento addizionale regionale IRPEF

Per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari, in sede di verifica annuale, il mancato raggiungimento degli obiettivi del Piano, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta “l’incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell’aliquota dell’IRAP e di 0,30 punti percentuali dell’addizionale all’IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti”¹⁵. Come recentemente chiarito dal Ministero dell’Economia e delle Finanze, lo status del Piano di rientro aggrava dunque la pressione fiscale su tutti i cittadini residenti, indipendentemente dallo scaglione di reddito¹⁶.

L’analisi effettuata dalla Fondazione GIMBE sulle addizionali regionali IRPEF¹⁷ dimostra che, dopo la riforma del Titolo V del 2001, la media nazionale si è mantenuta relativamente stabile negli anni 2001-2009, con due evidenti flessioni nel 2005 e nel 2009 (figura 5).

Negli anni 2010-2011 si evidenzia l’impennata parallela sia delle aliquote minime, sia di quelle massime. Negli anni successivi, si assiste a una stabilizzazione delle aliquote minime, mentre quelle massime aumentano ulteriormente con ampliamento della forbice sempre più evidente. Considerato che l’incremento delle aliquote non è limitato alle Regioni in Piano di rientro, il trend attesta inequivocabilmente la necessità delle politiche fiscali regionali di attingere a risorse aggiuntive, in particolare dalle fasce di reddito medio-alte, in un periodo contrassegnato dalla riduzione del finanziamento del SSN.

¹⁵ Art. 2, comma 86, Legge 23 dicembre 2009, n. 191.

¹⁶ Addizionale regionale all’imposta sul reddito delle persone fisiche. Applicazione degli automatismi fiscali. Art. 6, comma 7, del D.lgs. 6 maggio 2011, n. 68. Ministero dell’Economia e delle Finanze: Roma, 15 giugno 2015. Prot. 19932. Disponibile a: www.ipsoa.it/~media/Quotidiano/2015/06/16/Addizionale-regionale-IRPEF--maggiorazione-dello-0-30--per-deficit-sanitario-senza-esenzioni/MEFris5_2015%20pdf. Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

¹⁷ Disponibile a: www.agenziaentrate.gov.it/wps/content/Nsilib/Nsi/Strumenti/Modelli/ModulisticaAP/Modelli+di+dichiarazione. Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

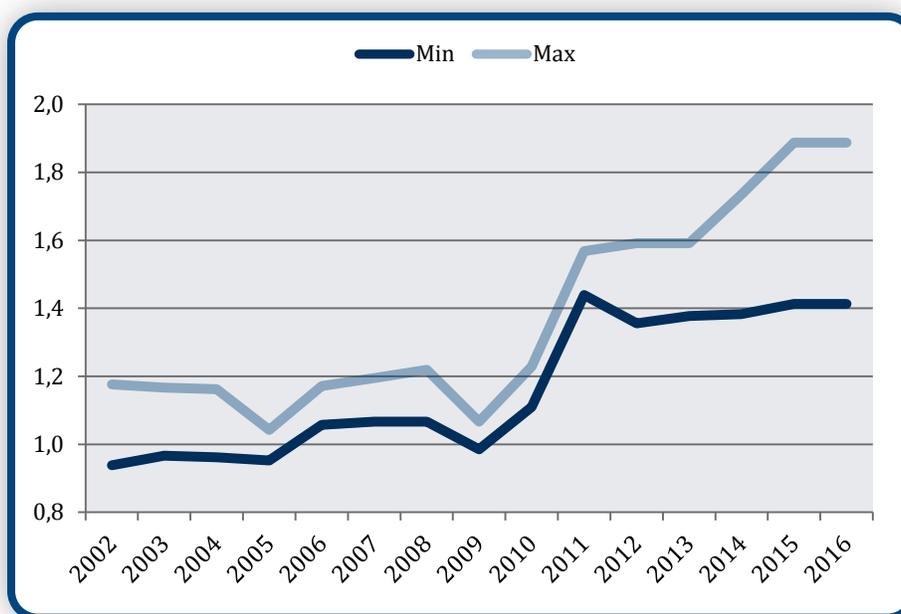


Figura 5. Media nazionale percentuali aggiuntive IRPEF: trend 2002-2016

1.2.3. Sanità integrativa

Secondo i dati OCSE, nel 2014 la spesa privata in Italia ha raggiunto i 33 miliardi di euro¹¹ (+2% rispetto al 2013): tuttavia, la differenza sostanziale rispetto ad altri paesi europei è che l'82% è out-of-pocket, con una spesa pro-capite di oltre € 500/anno. Una recente indagine realizzata dal Censis per il Forum ANIA-Consumatori¹⁸ riporta tre dati inquietanti: il 53,6% degli Italiani paga di tasca propria molte spese che un tempo venivano coperte dal SSN; inoltre, a causa delle lunghe liste di attesa nella sanità pubblica e dei costi della sanità privata, nel 41,7% delle famiglie almeno una persona ha dovuto rinunciare a una prestazione sanitaria; infine, 3 milioni di cittadini non autosufficienti generano una spesa di circa € 10 miliardi/anno.

Nel nostro Paese, le varie forme di sanità integrativa "intermediano" quindi solo il 13% della spesa privata (circa € 4 miliardi/anno), con un gap di oltre il 40% rispetto al resto d'Europa. Inoltre, la sanità integrativa è quasi esclusivamente appannaggio del settore del lavoro dipendente, in particolare nelle Regioni del Nord Ovest e del Centro.

Con il termine di "sanità integrativa" sono intese due forme di intermediazione, ovvero i fondi integrativi ("doc" e "non doc") e le polizze assicurative, in linea con i "pilastri" individuati dal DL 502/92 per "sostenere" la sanità nel nostro Paese: 1. il SSN, basato sui principi di universalità, equità e solidarietà; 2. la sanità collettiva integrativa; 3. la sanità individuale, attraverso polizze assicurative.

¹⁸ Bilancio di sostenibilità del Welfare italiano, CENSIS, 2015.

1.2.3.1. Fondi sanitari integrativi (“doc” e “non doc”)

La disciplina dei fondi integrativi, introdotta dalla L. 833 del 1978, viene definita dal DL 502/92 che assegna loro il ruolo di “secondo pilastro” dell’assistenza sanitaria. Il DL 229/1999 delinea successivamente le caratteristiche di questi fondi, finalizzati a preservare le caratteristiche di solidarietà e universalismo della sanità pubblica ma, al tempo stesso, a incoraggiare la copertura di quei servizi che – in tutto o in parte – non rientrano nei LEA¹⁹.

I fondi sanitari integrativi sono dunque forme mutualistiche che si distinguono dalle polizze assicurative per l’assenza di criteri di “selezione all’entrata”, di discriminazione del contributo in ragione dell’età o di altri fattori, di concorrenza con le prestazioni a carico del SSN. I fondi sanitari godono inoltre di specifiche agevolazioni fiscali: deducibilità dei contributi sino a € 3.615,20 e detrazione della quota parte delle spese sanitarie a proprio carico (tabella 1).

Due decreti ministeriali del 2008²⁰ e del 2009²¹ delincono il quadro attuale dei fondi integrativi, ribadendone la finalità di favorire l’erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal SSN. Nel 2009 è stata istituita presso il Ministero della Salute l’anagrafe dei fondi integrativi, alla quale possono iscriversi:

- fondi sanitari integrativi del SSN (“fondi doc”), istituiti o adeguati ai sensi dell’art. 9 del DL 502/92 e successive modificazioni;
- enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale (“fondi non doc”), di cui all’art. 51 comma 2, lettera a) del DPR 917/1986.

Nell’impossibilità di una consultazione pubblica dell’anagrafe dei fondi integrativi, le uniche informazioni disponibili sono quelle rilasciate dal Ministero della Salute in occasione di convegni e audizioni parlamentari, che per l’anno 2015 attestano 300 fondi sanitari per un numero complessivo di oltre 7,4 milioni di persone assistite da queste forme di sanità integrativa. I “fondi doc” oggi rappresentano una esiguità (7 con poco più di 600 iscritti) rispetto a quelli “non doc” (293 con oltre 7.400.000 iscritti) ed entrambi rappresentano di fatto un “pilastro” specifico per l’assistenza odontoiatrica (95% fondi “doc” vs 71% “non doc”); infine, il 55% dei fondi sanitari integrativi eroga le sue prestazioni attraverso una convenzione con una compagnia d’assicurazione privata.

1.2.3.2. Polizze assicurative

Secondo un recente position paper dell’Associazione Nazionale per le Imprese Assicuratrici (ANIA)²², circa 1.5 milioni di famiglie italiane sono coperte da una polizza malattia (rami

¹⁹ Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Art. 9 del Dlgs 502 del 1992 integrato con le successive modifiche del Dlgs 517 del 1993 e del Dlgs 229 del 1999.

²⁰ Decreto 31 marzo 2008 “Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali”.

²¹ Decreto 27 ottobre 2009 “Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale”.

²² Fondi sanitari, la necessità di un riordino. Associazione Nazionale per le Imprese Assicuratrici (ANIA). Maggio 2015. Disponibile a: www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier-e-position-paper/Fondi-sanitari-La-necessita-di-un-riordino-Position-Paper-23.06.2015.pdf. Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

danni), che rimborsa le spese sanitarie sostenute dall'assicurato e/o dai suoi familiari o sostiene direttamente i costi legati all'erogazione di una prestazione medica presso strutture convenzionate con la società. A questo numero vanno aggiunti circa 3 milioni di soggetti aderenti a fondi integrativi convenzionati con un'assicurazione privata. Secondo ANIA nel 2014 sono stati raccolti premi assicurativi relativi al ramo malattie per circa € 2 miliardi, una cifra stabile rispetto al 2013. A questi si aggiungono premi per circa € 70 milioni, classificati nel comparto del ramo vita che copre i rischi di perdita di autosufficienza.

Le polizze assicurative non godono degli stessi benefici fiscali dei fondi integrativi: in particolare, non soltanto i premi non sono detraibili dal reddito imponibile, ma sono anche assoggettati all'imposta del 2,5%. Solo i premi dei contratti di copertura della *Long Term Care* (LTC) beneficiano della detrazione d'imposta del 19% fino a un importo annuo di € 1.291,14.

Tabella 1. Differenze tra polizze assicurative e fondi integrativi

| | Polizze Assicurative | Fondi integrativi ("doc" e "non doc") |
|-------------------------------------|---|---|
| Scopo di lucro | Sì | NO |
| Rapporto con l'assistito | Contratto | Statuto/Regolamento |
| Costi | Premio variabile in relazione a vari elementi | Contributo fisso |
| Selezione dei rischi | Sì | NO |
| Copertura malattie pregresse | NO | Sì |
| Possibilità di recesso | Sì | NO |
| Agevolazioni fiscali | Detrazione delle spese sanitarie rimborsate per effetto di polizze il cui premio non dà diritto a detrazione. | Deducibilità contributi sino a € 3.615,20 Detrazione della quota parte delle spese sanitarie a proprio carico. |

Se nelle intenzioni del legislatore i fondi integrativi erano destinati a coprire esclusivamente prestazioni non essenziali (non incluse dunque nei LEA), al fine di non entrare in "concorrenza" con il SSN, un recente studio CENSIS-RBM Salute²³ conclude che "la sanità pubblica è ritenuta in difficoltà rispetto ad un mercato privato più dinamico e vario nell'offerta, risultando anche molte volte concorrenziale rispetto a tariffe e tempi di

²³ Il ruolo della sanità integrativa nel servizio sanitario nazionale. Censis-RBM Salute, 9 giugno 2015. Disponibile a: www.censis.it/?shadow_comunicato_stampa=121019. Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

accesso”. In questo scenario, è realistico aspettarsi che interi settori della sanità pubblica saranno gradualmente smantellati perché il privato risulta più concorrenziale, sia in termini di tempi di attesa, sia di costi. Peraltro, non mancano esempi dove la programmazione sanitaria regionale è stata particolarmente sensibile alle proposte delle assicurazioni private, iniziando a “sperimentare” la copertura di prestazioni essenziali previste dai LEA.

Se oggi il modello universalistico del SSN vive una profonda crisi di sostenibilità per una variabile combinazioni di determinanti, più o meno prevedibili e il finanziamento pubblico rimarrà relativamente stabile nei prossimi anni, sarà indispensabile reperire risorse dal secondo e terzo pilastro, senza compromettere il modello di un SSN pubblico, anche al fine di “alleggerire” la spesa out-of-pocket e ridurre la percentuale di cittadini italiani che oggi rinunciano alle cure.

Rispetto a questo irrinunciabile strumento per contribuire alla sostenibilità del SSN, l’immobilismo legislativo genera oggi un inaccettabile paradosso: dal momento che i riferimenti normativi non permettono al secondo pilastro (“fondi doc” e “non doc”) di coprire prestazioni essenziali, molte di queste oggi vengono sostenute dal “terzo pilastro” (assicurazioni private), che si sta insinuando tra incertezze delle Istituzioni e minori tutele della sanità pubblica, rischiando di trasformare silenziosamente, ma inesorabilmente, il modello di un SSN pubblico, equo e universalistico in un sistema misto. A fronte di questa minaccia il riordino normativo della sanità integrativa e soprattutto la governance su scala nazionale dell’intermediazione assicurativa – “patchwork multicolore” secondo una recente indagine di Altroconsumo²⁴ – continuano attualmente a non rappresentare una priorità politica, lasciando trasparire una sana dose di opportunismo.

Se è certo che fondi integrativi e assicurazioni private oggi contribuiscono potenzialmente alla sostenibilità del SSN indipendentemente dalla tipologia di prestazioni erogate, è dunque indispensabile ripensare interamente il sistema della sanità integrativa per evitare che l’attuale *deregulation*, favorita da una legislazione obsoleta, contribuisca a minare le basi del servizio sanitario pubblico.

1.3. Ridurre gli sprechi e aumentare il *value* dell’assistenza

Il principio generale di questa strategia, più nota al mondo economico come “riqualificazione della spesa sanitaria” e a quello politico come “efficientamento”, è sotteso al Patto per la Salute 2014-2016, dove si legge che “I risparmi derivanti dall’applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie”. In altre parole, il Patto da un lato invita le Regioni ad attuare un virtuoso processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze e riallocazione delle risorse in servizi

²⁴ Polizze sanitarie: come scegliere quella giusta. Altroconsumo, 14 settembre 2015. Disponibile a: www.altroconsumo.it/salute/assicurazioni-sanitarie/news/polizze-sanitarie-come-scegliere-quella-giusta. Ultimo accesso: 3 giugno 2016.

essenziali e innovazioni, dall'altro garantisce – almeno in linea teorica – che eventuali risparmi in ambito sanitario non vengano dirottati verso altri settori.

1.3.1. *Value*

Dopo i riferimenti culturali che hanno caratterizzato la sanità degli scorsi decenni (efficacia negli anni '70-'80, EBM e costo-efficacia negli anni '90, qualità e sicurezza negli anni 2000), oggi la crisi di sostenibilità dei sistemi sanitari impone di riconoscere nel *value* il driver della sanità del XXI secolo. Definito da Michael Porter come il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità²⁵, il *value* risulta dal rapporto tra rilevanti outcome di salute per il paziente (esiti favorevoli – effetti avversi) e costi sostenuti dal sistema (figura 6) e può essere stimato sia a livello di intero percorso assistenziale, sia a livello di singolo intervento sanitario (farmaco, intervento chirurgico, etc.), sia a livello di tempo/uomo.

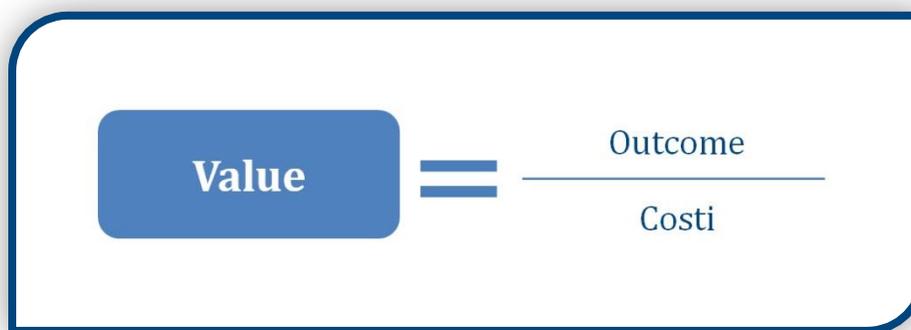


Figura 6. La formula del *value*

Se nella sua originale formulazione il concetto di outcome includeva esclusivamente esiti rilevanti per il paziente (riduzione della mortalità e delle complicanze, miglioramento della prognosi di malattia, riduzione dei sintomi e del dolore, miglioramento della qualità di vita e della funzionalità, riduzione degli effetti avvertiti), oggi il dibattito tra varie categorie di stakeholder verte su due posizioni estreme²⁶: da parte dei produttori di farmaci e tecnologie la necessità di estendere i "criteri di inclusione" del numeratore, considerando outcome non strettamente correlati alla salute del paziente; da parte dei finanziatori (pubblici e privati), la necessità di espandere i "criteri di inclusione del denominatore", includendo non solo i costi diretti, ma anche quelli indiretti, inclusi quelli ambientali.

Sir Muir Gray ha assegnato al concetto di *value* un significato più estensivo, articolandolo nelle tre dimensioni (allocativa, tecnica e personale) in cui può essere utilizzato per contribuire alla sostenibilità dei servizi sanitari²⁷.

²⁵ Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010 Dec 23;363:2477-81.

²⁶ Health Technology Assessment International (HTAi). HTA and Value: Assessing value, making value-based decisions, and sustaining innovation. February 2013.

²⁷ Gray M, Jani A. Promoting Triple Value Healthcare in Countries with Universal Healthcare. Healthc Pap. 2016;15:42-8.

Dimensione allocativa. Identifica le modalità di allocazione delle risorse in sanità, considerando il loro impatto sulla salute di vari sottogruppi della popolazione, aspetto di estrema rilevanza vista l'esigenza di soddisfare i bisogni di salute con una quantità di risorse sempre più limitata. Una volta definite le risorse per la sanità, la dimensione allocativa del *value* può essere aumentata spostando le risorse tra differenti programmi (es. tra oncologia e salute mentale o viceversa), oppure all'interno di ciascun programma tra percorsi differenti (es. tra scompenso cardiaco, infarto del miocardio e stroke nell'area cardiovascolare). L'implementazione di questa dimensione del *value* nel SSN è ostacolata da numerosi fattori: innanzitutto l'allocazione delle risorse avviene per fattori produttivi (personale, farmaceutica, beni e servizi, etc.) e non per programmi o percorsi; in secondo luogo, il monitoraggio delle performance regionali da parte dello Stato non entra nel merito dell'allocazione delle risorse, gestita in totale autonomia da ciascuna Regione; infine, la scarsa implementazione di reti e percorsi interaziendali ostacola la condivisione di strutture, tecnologie e professionisti, riducendo il *value* del denaro investito.

Dimensione tecnica. Coincide con la definizione originale di Porter, secondo cui il *value* misura il ritorno in termini di salute dalle risorse investite in sanità: definita anche efficienza tecnica, può essere incrementata disinvestendo da servizi e prestazioni sanitarie dal basso *value* che consumano risorse senza migliorare gli outcome (o addirittura li peggiorano, se il *value* è negativo) e riallocando le risorse in quelli ad elevato *value*. Gli ostacoli nazionali all'implementazione di questa dimensione sono numerosi: innanzitutto non esiste nel nostro Paese un'organizzazione indipendente (es. NICE nel Regno Unito) preposta sia a sintetizzare le migliori evidenze sotto forma di linee guida ed HTA reports, sia a definire il *value* delle differenti opzioni diagnostico-terapeutiche, oggi spesso in balia di autoreferenzialità professionali non scevre da conflitti di interesse; in secondo luogo, i sistemi informativi disponibili sono inadeguati per una rilevazione sistematica degli outcome, in particolare quelli a medio e lungo termine; infine, il processo di disinvestimento e riallocazione è ancora parziale e distribuito a macchia di leopardo.

Dimensione individuale. Già la definizione di *evidence-based medicine* sottolineava la necessità di integrare le migliori evidenze con le preferenze, i valori e le aspettative del paziente individuale, per erogare una assistenza realmente centrata sulla persona. Di fatto, la dimensione individuale del *value* utilizza i benefici della "produzione su larga scala" delle evidenze scientifiche, prevedendo poi una personalizzazione dei "prodotti". Al fine di aumentare la dimensione individuale del *value* dei servizi erogati, le decisioni cliniche non solo devono essere basate sulle migliori evidenze disponibili, ma anche condivise e personalizzate tenendo conto delle condizioni cliniche e sociali, oltre che delle preferenze e aspettative dei pazienti. Nel nostro SSN questa dimensione non è di facile attuazione: innanzitutto il medico fatica ad abbandonare il modello paternalistico per lasciare il posto al processo decisionale condiviso; in secondo luogo, la mancanza di alfabetizzazione sanitaria delle persone viene alimentata dall'assenza di una strategia nazionale di *evidence-based patient information*; infine, le irrealistiche aspettative dei cittadini nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile alimentano a dismisura consumismo sanitario e contenzioso medico-legale.

1.3.2. Sprechi

Rispetto alla percezione comune del concetto di spreco, spesso interpretato in senso assoluto e non messo in relazione ai mancati risultati, nel presente Rapporto “gli sprechi sono generati da attività che consumano risorse senza generare *value*²⁸”, secondo la definizione dell’ingegnere Taiichi Ohno, padre del sistema di produzione della Toyota. Di conseguenza, se in sanità il *value* risulta dal rapporto tra outcome clinici per il paziente e i costi sostenuti, tutte le attività che non migliorano lo stato di salute delle persone generano sprechi, anche se la loro esistenza è motivata da nobili motivazioni (occupazione, qualità percepita, etc.).

1.3.3. Disinvestimento e riallocazione

Negli ultimi anni numerosi termini hanno fatto la loro comparsa nella letteratura internazionale per identificare il concetto di sospendere l’erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati, dal basso *value*²⁹. Tra tutti, il più diffuso è quello di disinvestimento, definito come il “recupero (parziale o completo) di risorse in ambito sanitario da qualunque pratica, procedura, tecnologia o farmaco che rispetto al costo determina un guadagno di salute minimo o nullo, consumando risorse che possono essere riallocate³⁰”.

²⁸ Ohno T. Toyota Production System: Beyond Large-scale Production, Productivity Press Inc, 1995.

²⁹ Gnjidic D, Elshaug AG. De-adoption and its 43 related terms: harmonizing low-value care terminology. BMC Med 2015;13:273.

³⁰ Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices. Aust New Zealand Health Policy 2007;4:23.