

I Fondi Sanitari integrativi e sostitutivi e le Assicurazioni Sanitarie

Premessa. Fattori che minano la sostenibilità dei sistemi sanitari

La più comune rappresentazione dei fattori che minano la sostenibilità dei sistemi sanitari identifica i tre seguenti:

- 1° - il progressivo invecchiamento delle popolazioni con il connesso aumento di patologie croniche
- 2° - il costo crescente delle innovazioni, in particolare farmacologiche
- 3° - le crescenti aspettative e il costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti.

Una parte degli aderenti alla Rete Sostenibilità e Salute, però, ritiene che ciò non dia il necessario peso a un 4° potentissimo fattore: il conflitto di interessi tra la gran parte degli Attori in Sanità e la Salute.

Ci riferiamo anche e anzitutto al conflitto tra erogatori di prestazioni e salute, non solo a quello tra i produttori di tecnologie sanitarie e la salute, di cui c'è un po' più di consapevolezza. Anche il conflitto tra erogatori e salute è strutturale, dati i modelli correnti di remunerazione dei professionisti sanitari e di finanziamento delle organizzazioni in cui operano, e sta alla base anche dell'insostenibile crescita della spesa sanitaria in tutti i paesi, compresi i più ricchi. Questo conflitto costituisce un determinante che si aggiunge ai tre prima citati, e in parte li sottende, soprattutto per quanto riguarda il 2° (costo delle innovazioni) e il 3° (aumento della domanda). Esso sta all'origine della pressione di produttori di tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, diagnostica...) e di erogatori di prestazioni, i cui interessi finanziari oggi non coincidono con le soluzioni più costo-efficaci per il Servizio Sanitario Nazionale/SSN e per la Società, e non sono allineati alla Salute, ma addirittura in parziale conflitto con essa. La loro pressione sta alla base della medicalizzazione di problemi che si potrebbero gestire in modo diverso, del consumismo sanitario, del *disease mongering*, della continua forzatura/offerta di screening non raccomandati e check-up (e connessa sovradiagnosi), di sempre più basse soglie per definire *malattie* e *rischi di malattia*, di nuove tecnologie più costose (quando una funzione di nuove tecnologie potrebbe anche esser quella di *ridurre* i costi...), di un diffuso abuso tecnologico.

In altre occasioni presenteremo e discuteremo nostre proposte per affrontare con successo queste minacce alla sostenibilità dei sistemi sanitari. Qui ci focalizzeremo sull'analisi critica di una delle proposte all'ordine del giorno: il potenziamento del cosiddetto *secondo pilastro* del SSN (Sanità cosiddetta *integrativa*, d'ora in poi espressa in sintesi con la sigla **FS**, che include: Fondi sanitari, Casse mutue e Società di mutuo soccorso, semplici previdenze sanitarie garantite dai datori di lavoro), e del *terzo pilastro* (Assicurazioni sanitarie commerciali).

Fondi Sanitari no profit (FS) integrativi e sostitutivi e Assicurazioni Sanitarie commerciali

I problemi nell'accesso ad ampi settori di assistenza sanitaria (liste di attesa, ticket elevati, prestazioni non garantite, a partire da quelle odontoiatriche), oggettivamente seri e spesso drammatizzati dai media, hanno contribuito negli ultimi anni, a far emergere anche in Italia accanto al SSN un "sistema sanitario privato". Questo "sistema" comprende un gran numero di

portatori di interesse in funzione di *terzi paganti* di servizi/prestazioni fruite da una crescente quota di cittadini “assicurati”, in cambio di risorse finanziarie versate dagli stessi o da datori di lavoro.

La crescita di questo “sistema aggiuntivo” è stata favorita da nuove normative e incentivi fiscali che si sono aggiunti a quelli tradizionali degli oneri deducibili e delle detrazioni fiscali. Ed è presentata da fonti governative, forze politiche, media, portatori d’interesse/operatori del settore, organizzazioni sindacali, anche mediche, e di datori di lavoro come una valida risposta strutturale alla crisi di sostenibilità del SSN.

La tendenza in atto è una progressiva e voluta estensione della sanità cosiddetta “integrativa” ai lavoratori dipendenti privati e pubblici.

Dal punto di vista delle coperture assicurative, si possono identificare coperture private (*Piperno, 2017*):

- **sostitutive** (o **duplicative**, nella definizione OCSE), relative a servizi/prestazioni previsti anche dalla copertura pubblica
- **complementari** (**supplementari** secondo l’OCSE), per servizi/prestazioni non previsti dalla copertura pubblica/non entrati nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA: prestazioni e servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, in modo gratuito o con ticket, con le risorse pubbliche raccolte con la tassazione)
- **aggiuntive**, per quote residuali di costi (ticket) o di spesa (es. prestazioni *di contorno* rispetto a quelle pubbliche, come camere a pagamento) che resterebbero a carico degli utilizzatori. Anche se, in verità, la diffusa applicazione di tetti, franchigie e altre compartecipazioni mantiene di regola comunque qualche quota di spesa a carico dell’assistito.

Dal punto di vista della natura si possono distinguere (*Piperno, 2017*):

- **imprese** (profit/commerciali) **di assicurazione**, con le prime 5 che nel 2016 hanno incassato quasi l’80% dei premi, su un totale di ~2,35 miliardi di Euro
- **settore “no profit”/non commerciale**, dove prevalgono i “fondi sanitari” (ricomprendendo nel termine fondi sanitari, casse mutue, società di mutuo soccorso) cosiddetti “integrativi”, anche se le prestazioni sono soprattutto sostitutive/duplicative di quelle del SSN. In questi “fondi sanitari” i contributi del datore di lavoro o del lavoratore non concorrono a formare il reddito imponibile fino al limite complessivo di 3.615,20 Euro. Nel 2015 si contavano 305 Fondi iscritti all’Anagrafe del Ministero della Salute, dei quali solo 8 sono cosiddetti fondi “doc”, cioè tenuti a erogare solo prestazioni non comprese nei LEA.
Anche per il settore non profit le risorse gestite hanno superato nel 2016 i 2,4 miliardi di Euro. Si noti che una quota dei ricavi di parte dei Fondi (“non profit”) è a sua volta destinata a “**riassicurazioni**” con imprese di assicurazione anche internazionali, per garantirsi più ampie coperture assicurative.
- **welfare aziendale**, che include le diverse forme in cui i datori di lavoro possono offrire a dipendenti e familiari beni e servizi, che comprendono anche l’assistenza sanitaria. La Legge di Bilancio 2017 ha previsto maggiori benefici fiscali per questo welfare.
L’insieme delle risorse che vi afferiscono è meno definibile rispetto ai due settori precedenti.

Si noti che nei costi di questo “sistema” privato aggiuntivo al SSN vanno incluse anche altre Società: ad es. “di gestione”, che non offrono contratti o polizze di assistenza, ma contattano assistiti, erogatori... oppure che operano nella promozione, offrendo alle aziende quanto serve per iniziative di welfare, senza che esse si debbano impegnare in ambiti estranei alle proprie competenze.

Si stima che gli assicurati o assistibili di queste variegata offerte di prestazioni/servizi fossero nel 2015 ~11 milioni: oltre 9 milioni assistiti dai Fondi sanitari, quasi 2 milioni con assicurazioni commerciali, per un totale che supera il 15% della popolazione italiana (*Piperno, 2017*). La

stessa fonte stima che nel 2017 siano già 14 milioni complessivi).

Questi però nel 2015 risultano concentrati soprattutto al Nord (più del 20% della popolazione), seguito dal Centro (~16%), con coperture minori nelle Isole (meno del 9%), e al Sud (6,5%).

Le coperture sono soprattutto riferite a soggetti in età lavorativa, dai 25 ai 64 anni, in particolare tra gli occupati, arrivando quasi al 50% tra imprenditori, dirigenti e professionisti, mentre scendono al 15% tra operai e assimilati.

Le coperture, inoltre, prevalgono negli strati sociali più alti per livello di istruzione, sfiorando il 30% nei laureati, 20% nei diplomati, ma solo 6% nei soggetti con licenza elementare o senza titolo di studio.

Un ulteriore indicatore di scarsa equità è rappresentato dai comportamenti più salutari di chi aderisce a FS/Assicurazioni: fa più attività sportiva, controlla più spesso con regolarità il proprio peso, fa più attenzione all'uso di cibi salati e all'alcol, e in percentuale maggiore dichiara uno stato di buona salute.

(In ampia misura le informazioni sopra riportate sono liberamente tratte dal Rapporto "La previdenza sanitaria integrativa", elaborato dal Prof. Aldo Piperno in collaborazione con il Prof. Marco Centra, su richiesta dell'OMCeO della Provincia di Roma, cui va il nostro ringraziamento e apprezzamento e cui si rimanda per ogni necessario approfondimento)

La posizione della Rete Sostenibilità e Salute

Non riteniamo affatto necessario ricorrere a Fondi Sanitari/FS, e ancor meno alle Assicurazioni, per garantire la sostenibilità del SSN, pur riconoscendo che il fenomeno ha già assunto dimensioni imponenti da cui è difficile prescindere. Conveniamo che richiederebbe una forte azione di governo, ma in direzione ben diversa da quella che si profila.

Il nostro dissenso rispetto a ulteriori espansioni di FS e Assicurazioni (con sussidi statali) e di quanto, a nostro avviso in modo improprio, è stato definito *secondo* e *terzo pilastro* del SSN, ricalca le osservazioni già formulate al 1° Rapporto GIMBE (su Salute Internazionale <http://bit.ly/2xmaLCn> e su Quotidiano Sanità 30 marzo 2017 <http://bit.ly/2iyXns7>). Ri-sintetizziamo alcuni motivi di dissenso.

1) Problemi di equità

Oggi usufruiscono di FS e AS ~11 milioni di italiani, imprenditori/professionisti/dirigenti/lavoratori e loro familiari, con sostanziosi benefici fiscali sussidiati con le *tasce* anche dei 50 milioni di italiani che **non** ne usufruiscono, tra cui sono molto più rappresentati gruppi sociali svantaggiati (senza lavoro/precari/con minor livello di istruzione...). Così i FS generano una "doppia" disuguaglianza nei diritti, permettendo ad alcuni non solo di accedere a più prestazioni, ma anche di scaricarne parte del costo su chi non può accedervi. Anzi, una "tripla" disuguaglianza, in quanto la deduzione, utilizzata in Italia, avvantaggia maggiormente i lavoratori più ricchi, poiché il valore della deduzione aumenta all'aumentare dell'aliquota marginale (*Granaglia, 2017*). L'iniquinà accentua anche le differenze regionali nell'accesso alle cure.

"Con le *mutue* gli interessi dei più forti sono costruiti a discapito dei più deboli (chi le mutue non può farsele e a cui resta una sanità pubblica residuale), esse sono per definizioni ingiuste" (*Cavicchi, 2-5-17*)

A tutti coloro che si oppongono a ulteriori tagli al finanziamento SSN, si suggerisce (*Cavicchi, 2-5 e 10-4-2017*) di chiedere di **tagliare** invece **gli sgravi fiscali ai Fondi sanitari, destinando il gettito corrispondente al rifinanziamento del Fondo Sanitario Nazionale**. Non è realistico pensare di poter sostenere l'uno e gli altri.

2) Problemi di efficienza

Gli apparati dei 305 Fondi devono gestire **milioni di transazioni duplicate e ulteriori** oltre a quelle del SSN con una miriade di organizzazioni e con i professionisti sanitari, con i costi di

transazione connessi, improduttivi in salute, che anzi **sottraggono tempo (costo/opportunità)** ai professionisti sanitari. Si pensi solo alla necessità, con ciascun FS, di negoziare, stipulare e rinnovare contratti, documentare le prestazioni eseguite, tener conto di specifici regolamenti e disposizioni, sottoporsi a specifici controlli...

Uno dei motivi per cui la spesa pro-capite sanitaria USA sia di gran lunga la più alta del mondo è la **frammentazione di quel sistema in una miriade di Erogatori di prestazioni e di Assicurazioni sanitarie**, con conseguenti costi esorbitanti delle attività amministrative connesse (*Himmelstein, 2014; Woolhandler, 2017*).

3) Le prestazioni dei FS non sono solo *integrative*, ma in maggioranza *sostitutive*

Le prestazioni offerte dai cosiddetti FS Integrativi/FIS non sono solo *integrative*, ma in prevalenza **sostitutive** di analoga offerta SSN: dunque si tratta di **FS** più che di FIS, ciò che la legge istitutiva – disapplicata - si prefiggeva invece di evitare.

Tra cento esempi concreti, si riporta quello comparso su QS (*Cavicchi, 20-4-2017*) sul “Fondo sanitario integrativo metalmeccanici”. La voce “*nomenclatore sani-impresa*” elenca le prestazioni offerte dal fondo, in sintesi:

- ricoveri in istituti di cura per grandi interventi chirurgici
- ricoveri in istituti di cura per interventi chirurgici diversi dal grande intervento chirurgico
- day hospital chirurgico
- parto cesareo
- pancoloscopia ed esofagogastroduodenoscopia
- ospedalizzazione domiciliare
- prestazioni di alta specializzazione
- visite specialistiche
- tickets
- trattamenti fisioterapici riabilitativi
- prestazioni odontoiatriche
- cure oncologiche
- prestazioni diagnostiche particolari
- prestazioni per non autosufficienti
- prestazioni cardiologiche
- genomica: test genetici

Nella maggior parte dei casi, non si tratta certo di “*prestazioni integrative*”...

- questo è un “pacchetto medio”
- i Fondi *integrativi* hanno spesso nomenclatori simili
- le prestazioni integrative vere sono minoritarie (odontoiatria, non autosufficienza...)
- lo scopo del Fondo, come si evince dalle prestazioni, è sostituire l’ospedale, tutte le prestazioni chirurgiche, l’intera specialistica, la diagnostica, fino alla genomica”.

(*Cavicchi, 20-4-17*)

L’applicazione della normativa, e un elementare principio di equità, richiederebbero di ridimensionare drasticamente o eliminare i privilegi fiscali, anziché pensare di estenderli anche ad altri FS e alle Assicurazioni (come rischiano di comportare proposte fatte proprie anche dal Rapporto GIMBE, di un ***pilastro unico di sanità***, impropriamente chiamato ancora ***integrativo***).

4) I Fondi diventano *induttori di prestazioni*

Per sopravvivere e assicurarsi il futuro, i FS (e le Assicurazioni) possono **tendere, come gli erogatori pagati a prestazione e come molti produttori di tecnologie mediche, a indurre prestazioni non necessarie**, che sono comunque fonte di ricavi/guadagni anche per loro.

Ciò include il business dell’offerta di “prevenzione medica” non supportata da prove, fonte di *disease mongering* per eccellenza (check-up, batterie di test che inducono accertamenti, ...).

I FS finiscono di fatto per essere una *nuova* categoria di *induttori*, oltre a quelle *strutturali* dei *produttori* di tecnologie sanitarie, degli *erogatori* pagati a prestazione dal SSN o in libera professione, e di *Aziende Ospedaliere* con vertici sanzionati se non raggiungono un equilibrio di bilancio... grazie alle prestazioni/DRG valorizzati alle ASL pagatrici (NB: non si discute il principio, in sé corretto, dell'impegno al mantenimento dell'equilibrio economico. Si discute *il modo* in cui si considera conseguito tale equilibrio con molti degli attuali modelli di finanziamento di tali Strutture, che stressano la produzione di prestazioni ben tariffate, a prescindere dalla loro efficacia e risultati).

Riportiamo un esempio concreto, tratto da offerte di un FS (FASCHIM), del quale un Consigliere d'Amministrazione aveva criticato un precedente contributo sul tema comparso su QS <http://bit.ly/2iyXns7>. Lo stralcio sotto riprodotto è già eloquente: il FS usa il vocabolo "prevenzione", ma si riferisce subito e solo alla diagnosi precoce, senza esser sfiorato dal dubbio che si tratti di cose diverse. Nell'ambito degli esami *gratuiti* si rilevano forzature delle prove di efficacia e dei rapporti rischi-benefici e costo-efficacia, oltre alla scotomizzazione di un'equilibrata comunicazione dei rischi e non solo dei pretesi benefici di tali frequenze di screening; o di esecuzioni di esami a prescindere da necessità cliniche stabilite dal curante.

Esempio di offerta «preventiva» di un Fondo Sanitario abbastanza tipico (accanto a ogni esame abbiamo indicato il n. di ripetizioni cui la frequenza proposta darebbe luogo in una vita, in **colore rosso**)

La prevenzione è rivolta agli associati e ai loro familiari iscritti, che rientrano nelle categorie di età presenti nella tabella.

Le prestazioni possono essere eseguite **solo nelle strutture convenzionate** direttamente con FASCHIM: nell'area Strutture convenzionate è possibile verificare quali strutture partecipano alle campagne di prevenzione FASCHIM e quali esami effettuano.

Ti basta prenotare l'esame presso la Struttura più vicina facendo presente che sei associato a FASCHIM (ricorda di portare la tua FASCHIM card): **l'esame sarà gratuito.**

■ **CAMPAGNA DI PREVENZIONE (1/1/2016-31/12/2017)**

CAMPAGNA DI PREVENZIONE			
A CHI E' RIVOLTA	QUANDO	QUALE ESAME	n.
donne >= 40 anni	ogni anno	Mammografia bilaterale	≥45
donne >= 40 anni	ogni anno	Pap test	≥45
donne/uomini >= 50 anni	ogni anno	Ricerca sangue occulto nelle feci (SOF-FOBT) tre dosaggi	≥35x3
uomini >= 45 anni	ogni anno	PSA	≥36
uomini >= 45 anni	ogni anno	Ecografia transrettale	≥36
donne/uomini >= 50 anni	1 volta nel periodo 1/1/16_31/12/17	Visita cardiologica + E.C.G.	≥16
donne/uomini >= 50 anni	1 volta nel periodo 1/1/16_31/12/17	Ecografia dei tronchi sovraortici	≥16
donne/uomini >= 50 anni	1 volta nel periodo 1/1/16_31/12/17	O.C.T (Tomografia a coerenza ottica) + Pachimetria corneale + Campimetria computerizzata (VCP) + Consegna del referto da parte dell'Oculista	≥16

Cfr con l'offerta validata (con **rapporto favorevole rischi-efficacia**) di screening SSN; o che tenga conto del giudizio clinico del curante

n.
≥13
≥14
≥13
0 - ≥1
0 - ≥1
0 - >1
0 - >1
0 - ≥1

Una prova indiretta del verosimile **ruolo di induzione di prestazioni (e spesa) dei FS** si ha esaminando la spesa sanitaria pro-capite in PPP\$ dei paesi di Europa occidentale e Nord America (*OECD 2016, Health Expenditure*).

Come spesa sanitaria totale

- i paesi con **SSN** (o Modelli assimilabili) hanno spesa in media minore
- quelli con **Sistemi** cosiddetti "**Assicurativi**" (mutualistici no profit; o con forte presenza di assicurazioni for profit, come gli USA), in cui il **peso di FS e Assicurazioni è maggiore**, hanno una spesa in media maggiore.

Lo stesso si può dire per la spesa sanitaria espressa come percentuale del PIL.

Che i Paesi ricchi di FS abbiano spesa sanitaria maggiore, sia in **% del PIL**, sia come spesa **totale**, non dovrebbe stupire, perché i FS nascono proprio per attrarre nuovi finanziamenti e dunque per **umentare** la spesa sanitaria totale, asserendo di dare in tal modo "sollevio" alla

spesa sanitaria pubblica (NB: in realtà l'obiettivo non esplicitato di produttori ed erogatori pare piuttosto di non fare i conti con la necessità di ridurre propri prodotti/prestazioni di low value, poiché per entrambe le categorie tale riduzione significherebbe perdita dei connessi ricavi).

Può sembrare invece paradossale che i paesi con sistemi "assicurativi" e più FS, in cui oltretutto (salvo che negli USA) prevalgono casse mutue/Fondi non profit, abbiano una spesa sanitaria pubblica in media **maggiore** dei paesi con SSN e con *meno* FS.

Ne danno conferma i confronti, ad es., della spesa sanitaria pubblica pro-capite (OECD Health data 2015) <http://www.saluteinternazionale.info/2016/10/sostenibilita-del-ssn-e-fondi-sanitari-integrativi/>.

Dunque i FS falliscono proprio uno dei primi obiettivi dichiarati dai loro sostenitori: contenere la spesa sanitaria pubblica.

L'apparente paradosso si può spiegare con l'**induzione di prestazioni di low value** cui i FS nel complesso concorrono, che influenza anche l'erogazione nel contesto pubblico (indotta da professionisti con doppia afferenza) e la spesa relativa, almeno nel lungo periodo.

Anche i beneficiari dei FS sono meno portati a selezionare le prestazioni di cui usufruire da privati, dato che non ne devono sopportare il costo di volta in volta (e spesso non ne acquistano neppure consapevolezza), poiché il costo è ricompreso nella quota annuale che essi pagano al FS. Anzi, dato che hanno pagato tale quota, possono essere propensi a massimizzare l'accesso a prestazioni cui essa può dar diritto, anche oltre la necessità percepita delle stesse, data la spesso errata ma diffusa convinzione che "più prestazioni sanitarie = più tutela della salute".

In effetti, anche per l'Italia ci sono prove robuste che la presenza di FS aumenti tutte le componenti della spesa: totale, pubblica e privata (Piperno, 2017).

L'indagine Istat sulle spese delle famiglie (2015) dimostra (Piperno, 2017) che l'*effetto assicurazione* sul consumo di prestazioni fa aumentare il numero delle famiglie consumatrici per tutte le voci di spesa, peraltro in misura molto più elevata per alcune prestazioni (46,6% di visite specialistiche degli assicurati rispetto al 25,9% dei non assicurati). Anche la spesa media per le singole voci di spesa (*medico di famiglia, visite specialistiche, dentista, analisi cliniche e diagnostica, occhiali e lenti da vista, medicinali, articoli sanitari*) è sempre più alta tra gli assicurati che tra i non assicurati, con un'unica marginale inversione per la voce *infermierilparamedici*. Dunque l'effetto di FS e Assicurazioni è l'aumento dei consumi sanitari e della spesa sanitaria complessiva, il che non dovrebbe stupire, dato che nascono proprio per convogliare più risorse verso la Sanità. Se le risorse disponibili per le famiglie non crescono, ciò avviene anche a danno di altri settori di spesa.

L'aumento di spesa sanitaria che consegue all'introduzione di FS e Assicurazioni è un dato assodato da una quantità di ricerche, richiamate nel citato Rapporto (Piperno, 2017): Buchmueller, 2004; Shrivastava 2004; Savage, 2007; Vargas, 2008; Astrid, 2012; Cheng, 2014). Di particolare interesse è il caso dell'Australia (Cheng, 2014), che documenta che ridurre i sussidi (oneri deducibili e detrazioni) alle forme di assicurazione privata genera risparmi netti di costi, perché il costo delle cure destinate a chi abbandona FS/Assicurazioni private (meno sussidiate) trasferendosi nell'assistenza pubblica risulta minore del costo dei sussidi stessi.

La spesa privata intermediata (pagata in modo indiretto, tramite intermediari/terzi paganti diversi dal SSN) è **vantaggiosa rispetto alla spesa out-of-pocket** (a diretto carico del cittadino)? **Per chi?**

Non c'è dubbio che sia vantaggiosa per gestori e apparati dei FS. Potrebbe esserlo per i beneficiari dei FS solo in rare condizioni: quando consentisse l'accesso a prestazioni di *alto value* difficili da ottenere in tempi appropriati dal SSN, offerte dai FS (grazie a economie di scala) a prezzi più abbordabili rispetto all'acquisto privato estemporaneo. O nel caso di prestazioni non incluse nei LEA (cosiddette *complementari*, che l'OCSE chiama *supplementari*) e di *alto value*.

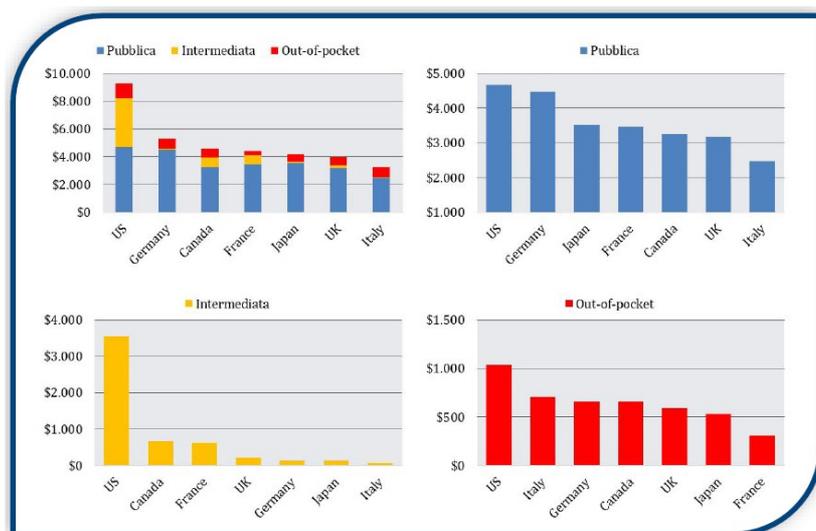
Queste condizioni già oggi non sono frequenti, perché la maggior parte delle prestazioni dei FS

è di *basso value* (talora di *value negativo*). Ciò riguarda anche tante prestazioni importanti, per le quali però un tempo d'attesa un po' maggiore non fa differenze in salute (né in termini di ansia, se fosse efficace la comunicazione medica su una specifica irrilevanza del tempo di esecuzione ai fini del risultato in salute).^a

Tali condizioni, addirittura, non si verificherebbero mai se si arrivasse dove propone il Rapporto GIMBE (*GIMBE, 2017*), che chiede di riservare al *secondo pilastro* solo le prestazioni di *basso value*. In tal caso il vantaggio di accedere a grandi quantità di tali prestazioni sarebbe irrilevante per la salute, e oneroso in termini di tempo consumato dagli assistiti.

Gli stessi dati del Rapporto GIMBE, opportunamente ripresentati, confermano che la spesa intermediata non fa affatto diminuire neppure la spesa privata complessiva, al contrario degli annunci di chi la promuove.

Infatti la Figura (*GIMBE, 2017, fig. 18*) della Spesa pro-capite 2015 nei paesi del G7, che

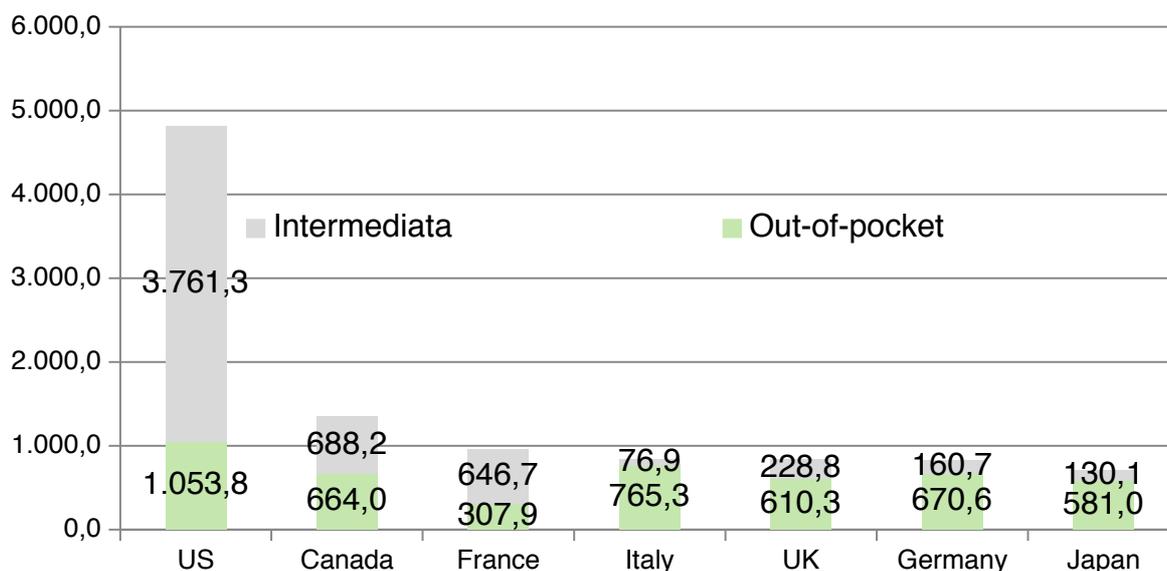


presenta nei due grafici inferiori l'insieme della spesa privata nelle due componenti "intermediata" e "out-of-pocket", dà l'idea sbagliata che l'Italia abbia un eccesso di spesa privata rispetto agli altri paesi confrontati. Ma è un effetto ottico, legato alla differente scala dei valori in \$ riportata sulle ordinate.

Se si corregge la scala e si sommano le due suddette componenti della spesa privata, come abbiamo fatto nel grafico successivo, si vede che la spesa privata italiana 2015 non era alta ma intermedia tra i paesi del G7, molto

simile a quella del Regno Unito e della Germania, e inferiore a quella di Francia, Canada e USA, tre paesi con un forte sviluppo di spesa privata intermediata.

Spesa (\$) pro-capite intermediata e out-of-pocket (OECD 2015)

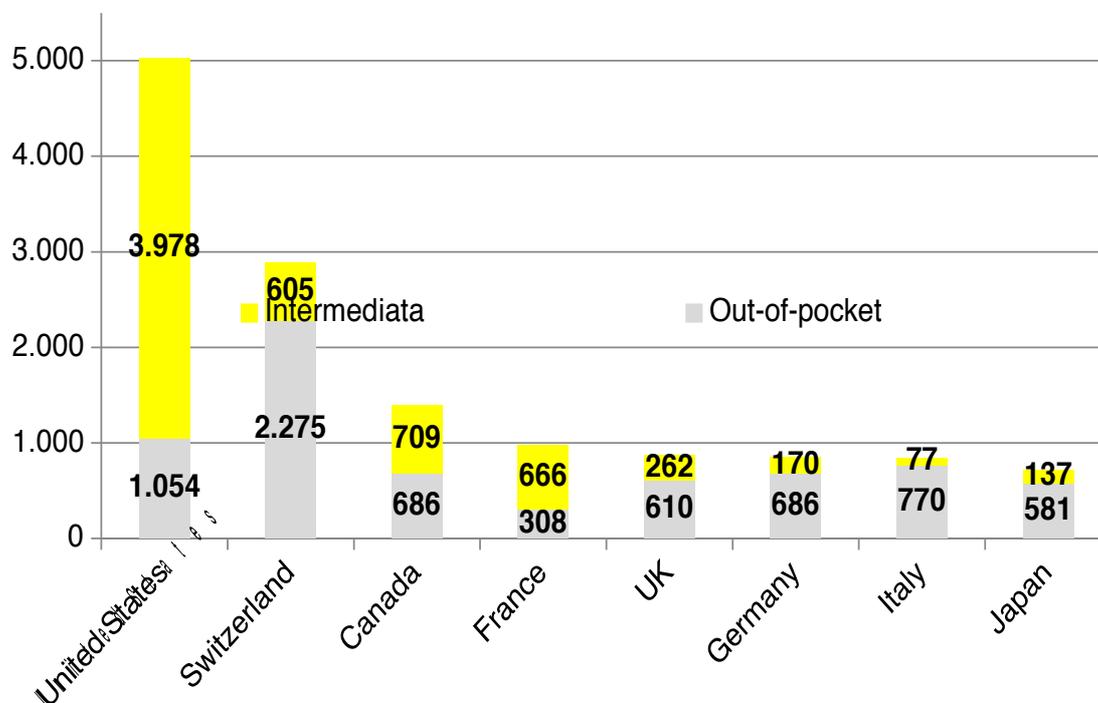


Dunque, in base ai dati, non si può neppure sostenere che l'intermediazione ridurrebbe la

spesa privata complessiva.

La conclusione è ancor più rafforzata dai dati OECD 2016, che mostrano la discesa della spesa privata italiana complessiva sotto anche a quelle di UK e Germania.

Spesa (\$) pro-capite intermediata e out-of-pocket (OECD 2016)



Conclusioni

I motivi di insoddisfazione dei cittadini nei confronti del SSN per: prestazioni ritenute necessarie ma con lunghe liste di attesa, ticket elevati, prestazioni non garantite (assistenza odontoiatrica, cure domiciliari...) sono indubbiamente seri, anche se i media e un'insufficiente informazione agli assistiti da parte dei sanitari hanno spesso contribuito a drammatizzarli.

Tuttavia, per come sono oggi in genere concepiti, i FS sono fonte di:

- 1) iniquità per le agevolazioni fiscali concesse/pretese per chi vi accede, a scapito degli altri contribuenti. E tali agevolazioni, con il connesso minor gettito, si associano e contribuiscono di fatto al definanziamento del SSN
- 2) induzione di consumismo sanitario, poiché non coprono solo servizi alberghieri/trasferte e le (poche) prestazioni integrative efficaci, ma *anche* prestazioni di efficacia non provata né probabile, che il SSN ha buoni motivi per non offrire (ma non osa scoraggiare in modo aperto)
- 3) paradossale aumento della spesa sanitaria pubblica, oltre che di (voluto) aumento della spesa sanitaria totale; e nessuna riduzione della stessa spesa sanitaria privata
- 4) lungi dal dare sollievo, in base ai dati disponibili i FS rendono ancor più precaria la sostenibilità di un SSN...
- 4') ... a maggior ragione perché, con la crescente offerta di prestazioni *sostitutive*, preludono a fuoriuscite dal SSN di chi versa più contributi e in proporzione costa meno (con più costi / meno risorse e protezione per chi resta).

La libertà di associarsi per ottenere vantaggi è legittima, ma si ritiene che Stato, Regioni e ASL/USSL/ATS/ULSS:

- non dovrebbero in alcun modo incentivare iniquità o consumismo
- se entrano nella gestione di FS (soluzione che potrebbe essere migliore, rispetto ad alternative), dovrebbero limitarsi solo a prestazioni davvero e solo integrative, di cui una valutazione di merito seria e indipendente confermi l'efficacia (almeno probabile), ancorché non/non ancora inserite nei LEA, evitando di offrire servizi e prestazioni futili o di efficacia improbabile
- dovrebbero reindirizzare le ingenti risorse fiscali consumate già oggi (e ancor più nel prossimo futuro) per incentivare i FS, verso un rifinanziamento del SSN, con attenzione particolare ai problemi percepiti come più gravi dai cittadini: garantire più assistenza odontoiatrica e domiciliare, l'attività fisica adattata, alleggerire i ticket, incentivare la riduzione delle liste d'attesa per prestazioni efficaci e appropriate, disincentivando al tempo stesso con energia prestazioni di efficacia implausibile, di basso value o potenzialmente iatrogene, che gonfiano in modo improprio molte liste d'attesa
- dovrebbero promuovere educazione sanitaria valida e indipendente ed *empowerment* + supporti/*benefit* per render facili comportamenti e scelte salutari (anziché concepire il welfare aziendale come accesso facilitato a screening e diagnostica di basso value).

Nota sulla proposta contenuta nel 2° Rapporto GIMBE

A parte le differenti valutazioni sul ruolo dei FS e delle Assicurazioni, ci sembra che il Rapporto contenga una contraddizione nel proporre:

- da un lato un molto condivisibile disinvestimento da interventi sanitari sovrautilizzati di *low value* (definiti inefficaci, rischiosi, inappropriati) per riallocare risorse in investimenti di *high value* (efficaci, sicuri, appropriati) che siano sottoutilizzati;
- dall'altro di riservare interventi di *low value* "futili" (ancorché non "negativi") alla spesa privata, campo d'azione della sanità integrativa.

I FS cosiddetti *integrativi*, come non si sono accontentati di offrire solo le poche prestazioni davvero *integrative* e potenzialmente efficaci (tipo assistenza odontoiatrica e domiciliare), così non accetterebbero certo passivamente di lasciarsi definire "venditori di prestazioni futili", che definite in tal modo non troverebbero molti acquirenti. Invece sono e saranno infaticabili nel proclamare il *value* del più ampio portafoglio della propria offerta, dato che ne va della loro possibilità di sopravvivere e prosperare. Dunque contrasteranno nei media e con azioni di lobbying chi vorrebbe sminuire il *value* delle prestazioni che offrono, dando a intendere che lo faccia "solo per questione di costi".

In tal modo le prestazioni senza valore continueranno a essere praticate, promosse, e a consumare risorse di privati misinformati e della collettività, tramite gli sgravi fiscali, ma anche attraverso l'aumento della stessa spesa sanitaria pubblica, per i meccanismi prima sinteticamente descritti e come mostrano i dati dei confronti internazionali e di spese e consumi sanitari italiani delle famiglie. Senza contare la possibile iatrogenesi di interventi futili ma non sempre innocui a lungo termine.

Riferimenti bibliografici

- Astrid K. Does employment based health insurance increase the use of covered health care services? A matching estimator approach. *Int J Health Care Finance Econ* 2012;12:1
- Buchmueller C et al. Access to physician services : does supplemental insurance matter ? Evidence from France. *Health Econ* 2004;13:669
- Cavicchi I. Rischio mutue.... *Quotidiano Sanità* 10 aprile 2017
- Cavicchi I. Ancora sul welfare aziendale. *Quotidiano Sanità* 20 aprile 2017
- Cavicchi I. Le “nuove” mutue e quella “triste” nostalgia del Parastato. *Quotidiano Sanità* 2 maggio 2017
- Cheng T. Measuring the effects of reducing subsidies for private insurance on public expenditure for health care. *Health Econ* 2014; 33:159
- Cheng T et al. Hospital utilization in mixed public-private system: evidence from Australian hospital data. *Applied Econ* 2014;46:859
- Costa Giuseppe et al. Quali italiani rinunciano davvero alle cure? *Scienza in Rete*, pubbl. 6-9-2017
- GIMBE. 2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Roma, 6 giugno 2017
- Granaglia E. Il welfare aziendale e la sanità complementare. Alcuni costi nascosti. *Italian J Social Policy/La Rivista delle Politiche Sociali*, 2017;1
- Himmelstein DU, et al. A Comparison of Hospital Administrative Costs in Eight Nations: U.S. Costs Exceed All Others by Far. *Health Affairs* 2014; 33:1586.
- OECD. OECD Health statistics: definitions, sources and methods, Private health insurance. OECD 2016: Parigi
- Piperno A. La previdenza sanitaria integrativa configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy. Rapporto commissionato da OMCeO Roma, Agg. a giugno 2017
- Savage E, Lu M. Do financial incentives for supplementary private health insurance reduce pressure on the public system? Evidence from Australia. *IHEA World Congress 2007: Explorations in health economics paper*.
- Srivastava P, Zhao X. Impact of private health insurance on the choice of public versus private hospital services. 2008, University of York, HEDG, working paper 08/17.
- Vargas M, Elhewaihi M. What is the impact of duplicate coverage on the demand for health care in Germany? 2008 working paper
- [Woolhandler S](#), [Himmelstein DU](#). Single-Payer Reform: The Only Way to Fulfill the President's Pledge of More Coverage, Better Benefits, and Lower Costs. [Ann Intern Med](#). 2017;166:587

a. Che pensare dell'allarme “12,2 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a curarsi”, tratto dall'indagine CENSIS-RBM salute (grande ed emergente assicurazione sanitaria privata) subito rilanciata dai media? Qualificati epidemiologi italiani (*Costa, 2017*), con riferimento a fonti di dati affidabili italiane ed europee, hanno dimostrato che quelle stime non sono corrette. Si riporta una sintesi delle loro osservazioni.

Gli italiani che hanno rinunciato a una o più prestazioni sanitarie sono **meno di 5 milioni**, il 7,8% della popolazione (dato stabile da molti anni), in linea con la media europea.

Inoltre la frequenza di rinunce è proporzionale al numero di prestazioni ricevute: chi rinuncia a una prestazione ne ha per lo più avute altre, quindi anziché di rinuncia alle cure si dovrebbe parlare di rinuncia a singole prestazioni.

Per altro è vero che la rinuncia è diminuita negli ultimi anni nelle regioni del Centro Nord ed è aumentata in quelle del Sud, interessando dal 2013 in misura maggiore i più poveri.

I conti del Censis comunque non tornano

Infatti l'indagine afferma che “Più di un italiano su quattro non sa come far fronte alle spese necessarie

per curarsi e subisce danni economici per pagare di tasca propria le spese sanitarie". Dunque per il CENSIS più del 25% degli italiani sarebbe in difficoltà.

Nell'indagine ISTAT, invece, alla domanda: "*Negli ultimi 12 mesi, ci sono stati momenti o periodi in cui non aveva i soldi per pagare le spese per malattie?*", solo il 10,5% ha risposto "Sì". Negli ultimi quindici anni la percentuale più elevata si è avuta nel 2013 con l'11,6%, quella più bassa nel 2006 con il 9%. Siamo comunque ben lontani dal 25% del Censis.

Le indagini ISTAT riguardano un gran numero di intervistati, sono condotte con metodologia rigorosa e trasparente, armonizzate a livello europeo. I dati citati, inoltre, sono accessibili da chiunque ne faccia richiesta ed è chiaro chi ha commissionato le indagini e per quale scopo.

Rispetto al 2014 i dati ISTAT mostrano meno rinunce totali, ma più rinunce per motivi economici. La vera differenza si osserva nei disoccupati, che hanno percentuali di rinunce più che doppi rispetto alla popolazione generale, con una situazione che si aggrava negli anni.

Dunque il SSN ha mostrato una sufficiente resilienza alla crisi economica, ma non ha risolto purtroppo sia la disomogeneità territoriale, né la garanzia di parità di accesso alle diverse fasce di popolazione. Due priorità per aumentare l'equità di accesso al SSN sembrano rivedere il sistema contributivo con maggior considerazione per lo stato economico degli assistiti e ridurre le necessità di accedere a servizi a pagamento per risolvere attese eccessive.

Riassumendo

1. Il SSN, nonostante i problemi, è stato strumento essenziale di resilienza alla crisi. In media non vi è stato aumento della rinuncia alle prestazioni.
2. Ci sono differenze tra paesi, ma l'Italia non è distante dalla media europea.
3. Rinuncia alle prestazioni non è rinuncia alle cure; praticamente **in Italia nessuno rinuncia integralmente alle cure.**
4. La situazione della sanità del Sud è critica, e riguarda soprattutto poveri e disoccupati che forse non usufruiscono ancora di esenzioni ticket.
5. Favorire lo sviluppo del *secondo pilastro* avvantaggia i ricchi. Chi sostiene i fondi privati di fatto sostitutivi favorisce il futuro diffondersi di gravi ineguaglianze sociali e di situazioni sanitarie preoccupanti, non solo per i più deprivati.

Bologna, 28 Ottobre 2017

Rete Sostenibilità e Salute

Associazione Dedalo 97
Associazione Frantz Fanon
Associazione Medici per l'Ambiente – ISDE Italia
Associazione per la Decrescita
Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale
Associazione Scientifica Andria
Centro Salute Internazionale-Università di Bologna
GDL Diritti Umani Psicologi del Piemonte
Federspecializzandi
Fondazione Allineare Sanità e Salute
Giù le Mani dai Bambini ONLUS
Italia che Cambia
Medicina Democratica ONLUS
Movimento per la Decrescita Felice
No Grazie Pago Io
Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca
People's Health Movement
Psichiatria Democratica
Rete Arte e Medicina
Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina

Segretariato Italiano Studenti in Medicina, SISM
Società Italiana Medicina Psicosomatica
Slow Food Italia
Slow Medicine
Vivere sostenibile

PRIMI FIRMATARI

- Prof. Ivan Cavicchi - Docente presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Tor Vergata di Roma
- Dr.ssa Nicoletta Dentico - direttrice di Health Innovation in Practice (HIP)
- Aldo Gazzetti – Forum per il Diritto alla Salute Lombardia
- Prof. Elena Granaglia - Professore ordinario di Scienza delle Finanze (SECS/P03) presso la Facoltà/il Dipartimento di Giurisprudenza di Roma3