

## Sostenibilità del SSN e fondi sanitari integrativi

2016-10-20 09:10:52 Redazione SI

pubblicato su:  
**SSANI.A**



Alberto Donzelli, Monica Sutti, Vittorio Caimi, Ernesto Mola, Piergiorgio Duca, Adriano Cattaneo, Roberto Romizi, Violetta Plotegher

Riteniamo che i fondi sanitari cosiddetti integrativi non accetteranno passivamente di lasciarsi definire “venditori di prestazioni futili”, che a quel punto non troverebbero molti acquirenti. Invece sono e saranno infaticabili nel proclamare il *value* del più ampio portafoglio della propria offerta (per sopravvivere e prosperare), contrastando mediaticamente e con azioni di lobbying coloro che vorrebbero sminuire il *value* delle prestazioni che offrono.

**Di fronte alle crescenti difficoltà del servizio sanitario nazionale nel soddisfare i bisogni di salute della popolazione sono in molti ad affermare che la sostenibilità del sistema debba passare attraverso la creazione di un robusto “secondo” pilastro del welfare, basato sullo sviluppo dei fondi sanitari integrativi (FSI).** Un assist a favore dei FSI lo troviamo in un [post di Nino Cartabellotta](#) recentemente pubblicato su questo blog, dove si sostiene che le prestazioni a basso *value*, escluse dai LEA, potrebbero espandere il campo d’azione della sanità integrativa.

**Noi invece crediamo che non servano i FSI, e ancor meno le Assicurazioni, per garantire la sostenibilità del SSN.**

Enumeriamo alcuni motivi di dissenso rispetto a ulteriori espansioni dei FSI e di quanto (pensiamo impropriamente) si definisce *secondo* e *terzo pilastro* del Servizio sanitario nazionale.

### 1. Problemi di equità

Oggi usufruiscono dei FSI circa 10 milioni di italiani – imprenditori, professionisti, dirigenti, lavoratori e familiari – beneficiando di deducibilità dei contributi versati al FSI fino a € 3.615/cad. (e detraibilità della quota parte di spese sanitarie a carico). Tali agevolazioni sono sussidiate 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...).

### 2. Problemi di efficienza

La frammentazione in più di 300 FSI ne indebolisce il potere contrattuale verso i fornitori, e i loro apparati devono gestire milioni di transazioni duplicate (oltre a quelle del SSN) con miriadi di organizzazioni e con i sanitari, con costi di transazione connessi, che di per sé non producono salute, anzi sottraggono tempo (costo/opportunità) ai professionisti sanitari. Uno dei sei motivi per cui gli USA spendono in Sanità più di ogni Paese al mondo è la frammentazione del sistema in miriadi di erogatori di prestazioni e di assicurazioni sanitarie, con costi esorbitanti di attività amministrative. Olanda e Inghilterra hanno introdotto logiche mercantili e si stanno avvicinando agli USA, con spese amministrative del 20% e 15,4% del budget ospedaliero. Invece Canada e Scozia

(che non ha seguito la strada Inglese) non usano i DRG per le entrate e finanziano gli ospedali a budget globale. L'amministrazione richiede molto meno personale, competenze meno specialistiche e assorbe il 12,4% dei budget ospedalieri (vedi post [Le spese amministrative degli ospedali: confronto tra usa e altre 7 nazioni](#)).

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

Le prestazioni dei cosiddetti FSI sono per più del 50% sostitutive di analoga offerta SSN: proprio ciò che la legge istitutiva si prefiggeva di evitare.

**4. I Fondi diventano induttori di prestazioni**

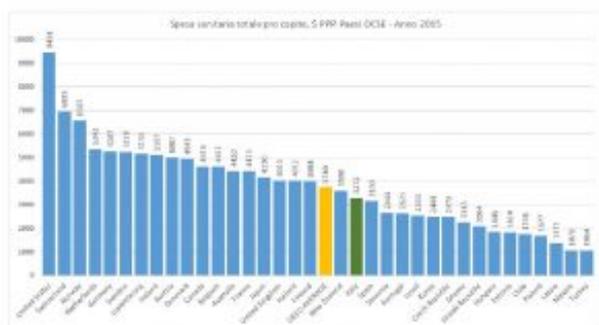
Per sopravvivere/assicurarsi il futuro, i FSI tendono, come gli erogatori pagati a prestazione e come molti produttori di tecnologie mediche, a indurre prestazioni non necessarie, comunque fonte di ricavi/guadagni anche per loro.

Ciò include il business dell'offerta di "prevenzione medica" non validata, fonte di *disease mongering* per eccellenza (check-up, batterie di test che inducono,...). Finiscono di fatto per essere *nuovi induttori*, oltre a quelli *strutturali*: produttori di farmaci, dispositivi/altre tecnologie sanitarie, ed erogatori pagati a prestazione dal SSN o in libera professione.

**Prove indirette del verosimile ruolo d'induzione di prestazioni (e spesa) dei FSI si hanno esaminando la spesa sanitaria pro-capite dei paesi Europei occidentali e Nordamericani.**

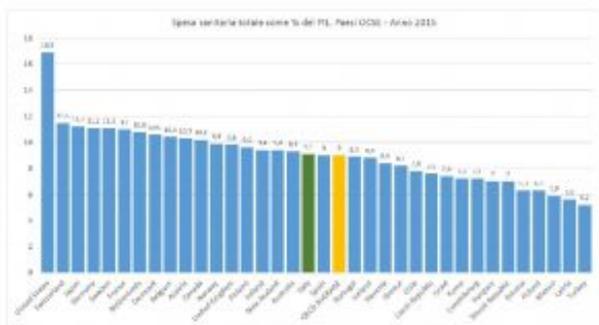
Se infatti mettiamo a confronto i paesi che adottano il servizio sanitario nazionale – come i paesi scandinavi, Canada, Gran Bretagna, Irlanda, Nuova Zelanda, Australia e paesi del sud Europa – e quelli con sistemi assicurativi (non profit, privati profit, e misti, con maggior presenza di FSI) – come USA, Svizzera, Olanda, Germania, Lussemburgo, Austria, Belgio, Francia e Giappone – si nota che questi ultimi presentano livelli di costo mediamente superiori ai primi sia come spesa sanitaria pro-capite totale (**Figura 1**), sia come spesa sanitaria come % del PIL (**Figura 2**), e anche come spesa sanitaria pubblica pro-capite (**Figura 3**).

**Figura 1. Spesa sanitaria totale pro-capite, in \$ PPP (parità di potere d'acquisto). Fonte OECD, 2015.**



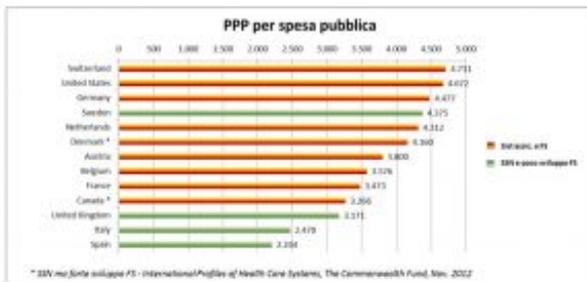
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Figura 2. Spesa sanitaria totale come % del PIL, in \$ PPP. Fonte: OECD, 2015.**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Figura 3. Spesa sanitaria pubblica pro-capite, in \$ PPP. Fonte OECD, 2015.**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Che i sistemi sanitari basati sulle assicurazioni e con forte sviluppo di FSI abbiano spesa sanitaria maggiore, sia in % del PIL, sia totale, non dovrebbe stupire, perché i FSI nascono proprio per attrarre nuovi finanziamenti e aumentare la spesa sanitaria totale, asserendo di dare così "sollevio" alla spesa sanitaria pubblica (NB: ma l'obiettivo vero di produttori ed erogatori pare piuttosto di non fare i conti con la necessità di ridurre propri prodotti/prestazioni di *low value*, in quanto per entrambi ciò significherebbe perdita dei ricavi connessi).

Può sembrare invece paradossale che paesi con sistemi assicurativi e più FSI, in cui oltretutto (salvo che negli USA) prevalgono casse mutue/fondi non profit, abbiano spese sanitarie *pubbliche* in media *maggiore* dei paesi con SSN e *meno* FS.

**Si confronti ad esempio la spesa sanitaria pubblica pro-capite** di paesi europei con sistemi assicurativi come Svizzera, Olanda, Austria, Germania, Francia, Belgio, ricchi di FS (*International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, Nov 2012*): la spesa varia dai 3.473 ai 4.711 PPP\$.

Lo stesso vale per la Danimarca, con SSN ma molti FSI: 4.160 PPP\$ (e, in Nordamerica 4.672 negli USA e 3.266 in Canada, quest'ultimo con sistema pubblico ma molti FS), rispetto a paesi come UK e Spagna con un SSN (almeno prima di recenti controriforme) e come l'Italia, che hanno meno FSI. La spesa pubblica di questi è molto inferiore: rispettivamente 3.171, 2.204 e 2.470 PPP\$.

Fa eccezione la Svezia, con SSN, pochi FS ma alta spesa pubblica: 4.375 PPP\$ (ma ha una spesa sanitaria quasi solo pubblica).

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

L'apparente paradosso si spiega con l'*induzione di prestazioni di low value*, cui i FSI 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. [Un esempio tra 100: un ginecologo cui conviene, per libera professione e contratto con FSI, fare Pap-test, pagato a tariffa, non triennale ma annuale, «si farà piacere» Linee Guida che giustificano Pap-test annuali; per "rispetto di sé", cercherà di tenere/trascinare tale prassi anche nell'Azienda sanitaria da cui dipende].

**Per come sono oggi in genere concepiti, i FSI sono fonte di:**

- iniquità per le agevolazioni fiscali concesse/pretese per chi vi accede, a scapito degli altri contribuenti;
- induzione di consumismo sanitario, poiché non coprono solo servizi alberghieri/trasferte e le (poche) prestazioni integrative efficaci, ma *anche* prestazioni d'efficacia non provata/improbabile, che il SSN ha buoni motivi per non offrire (ma non osa scoraggiare apertamente);
- paradossale aumento della spesa sanitaria pubblica, oltre che di (voluto) aumento di quella totale;
- lungi dall'alleggerire, in base ai dati, rendono ancor più precaria la sostenibilità di un SSN, anche perché, con la crescente offerta di prestazioni *sostitutive*, preparano 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 Stato/Regioni/ASL/USSL/ATS:**

- non dovrebbero incentivare iniquità o consumismo;
- se entrano nella gestione di FSI (soluzione in teoria migliore, rispetto ad alternative), dovrebbero

limitarsi a *prestazioni davvero integrative*, di cui serie valutazioni di merito confermino l'efficacia (almeno *probabile*), ancorché non/non ancora accolte nei LEA;

- dovrebbero promuovere educazione sanitaria valida e indipendente ed *empowerment* + supporti/*benefit* per render facili le scelte salutari.

## **Conclusione**

A parte differenti valutazioni sul ruolo di FSI e Assicurazioni, ci sembra che il post di Cartabellotta sia contraddittorio nel proporre:

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

Riteniamo che i FS cosiddetti *integrativi*, come non si sono accontentati di offrire solo assistenza odontoiatrica e domiciliare (forse le uniche prestazioni davvero *integrative* e potenzialmente efficaci), così non accetteranno passivamente di lasciarsi definire "venditori di prestazioni futili", che a quel punto non troverebbero molti acquirenti. Invece sono e saranno infaticabili nel proclamare il *value* del più ampio portafoglio della propria offerta (per sopravvivere e prosperare), contrastando mediaticamente e con azioni di lobbying coloro che vorrebbero sminuire il *value* delle prestazioni che offrono, dando a intendere che lo facciano "solo per questione di costi".

Così le prestazioni senza valore continueranno a essere praticate, promosse, e a consumare risorse di privati misinformati e della collettività, tramite sgravi fiscali e attraverso l'aumento della stessa spesa sanitaria pubblica, per i meccanismi prima sinteticamente descritti, come mostrano i confronti internazionali. Oltre alla possibile iatrogenesi di interventi futili ma non sempre innocui a lungo termine.

## **Per Consiglio Direttivo e Comitato Scientifico della Fondazione Alineare Sanità e Salute**

**Alberto Donzelli, Monica Sutti**

**Vittorio Caimi**

Presidente CSERMeG, a nome Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale

**Ernesto Mola**

Presidente WONCA Italia, Coordinamento Italiano Società Scientifiche aderenti a WONCA

**Piergiorgio Duca**

Presidente, a nome di Medicina Democratica

**Adriano Cattaneo**

a nome del Gruppo NoGrazie.

**Roberto Romizi**

Presidente di ISDE Italia (Associazione Medici per l'Ambiente)

**Violetta Plotegher**

Assessora Regione Trentino-Alto Adige

---

## 1) Problemi di equità

Oggi usufruiscono dei FS ~10 milioni di italiani, imprenditori/professionisti/dirigenti/lavora-

tori e loro familiari. Gli aderenti beneficiano di deducibilità dei contributi versati al FS fino a € 3.615/cad. (e detraibilità secondo normativa della quota parte di spese sanitarie a proprio carico). Tali agevolazioni sono sussidiate con le tasse anche dei 50 milioni di italiani che **non** ne usufruiscono, tra cui sono molto più rappresentati gruppi sociali svantaggiati (senza lavoro/precari...). Ad es. l'Osservatorio Assidim (2014) mostrava che hanno un'assistenza sanitaria detta *integrativa* il 31% delle grandi aziende vs l'8% delle piccole; il 23% delle aziende del Nord Ovest vs il 6% di quelle del Sud e delle Isole; il 23% dei soggetti di istruzione superiore vs il 9% di quelli di istruzione inferiore.

## 2) Problemi di efficienza

La frammentazione in ~300 Fondi Sanitari ne indebolisce il potere contrattuale verso i fornitori, e i loro apparati 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, che di per sé non producono salute, anzi **sottraggono tempo (costo/opportunità)** ai professionisti sanitari singoli o associati.

Può essere utile ricordare i sei motivi per cui gli USA spendono in Sanità più di ogni Paese al mondo:

1. uso spesso inappropriato di alte tecnologie
2. troppa enfasi sulle specialità e poca sulle cure primarie
3. alte tariffe delle prestazioni
4. alti prezzi dei farmaci
5. eccesso di morbosità nella popolazione (obesità, diabete...)
6. **Frammentazione del sistema in una miriade di Erogatori di prestazioni e di Assicurazioni**

sanitarie e

## 6'. Conseguenti costi esorbitanti delle attività amministrative connesse.

**I costi amministrativi sono alti per la frammentazione del sistema** in una molteplicità di assicurazioni (private e pubbliche), ciascuna con il suo apparato amministrativo, le sue regole, le sue procedure contabili (inoltre le assicurazioni private devono accumulare i profitti).

Gli ospedali USA devono **contrattare** i prezzi delle prestazioni e **rendicontare** le spese (DRG...) per ogni singola Assicurazione. Inoltre le entrate servono per accumulare profitti e aumentare il capitale aziendale: **gli uffici amministrativi degli ospedali devono svolgere anche funzioni di carattere finanziario.**

Si aggiungono altre funzioni lecite, come il **marketing**, e talora meno lecite, come quelle di modificare i codici dei DRG con diagnosi di dimissioni che **esagerano la gravità della diagnosi.**

**Olanda e Inghilterra hanno introdotto logiche della competizione e del mercato e si stanno avvicinando agli USA**, con spese amministrative del **20%** e **15,4%** del budget ospedaliero.

Invece **Canada e Scozia** (che non ha seguito la strada mercantile Inglese) non usano i DRG per le entrate e gli ospedali sono finanziati a **budget globale**. L'amministrazione richiede molto meno personale, competenze meno specialistiche e assorbe il **~12,4%** del budget ospedali.

## 3) Le prestazioni non sono solo *integrative*, ma ormai in maggioranza sostitutive

Le prestazioni offerte dai cosiddetti Fondi Sanitari Integrativi non sono solo *integrative*, ma, per **oltre 50% degli importi, sostitutive** di analoga offerta SSN: dunque si tratta di Fondi sanitari/**FS** più che di FIS. Se il responsabile PD della Sanità, On. Federico Gelli, terrà fede a quanto pubblicamente dichiarato "... integrativi, mai sostitutivi" (Sole 24 Ore Sanità) il discorso sarebbe già chiuso...

## 4) I Fondi diventano induttori di prestazioni

Infine, per sopravvivere e assicurarsi il futuro, i FS possono **tendere, come gli erogatori pagati a prestazione, 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 validata, fonte di *disease mongering* per eccellenza (check-up, batterie di test, ...).

Finiscono di fatto per essere una *nuova* categoria di *induttori*, oltre a quelle *strutturali* dei produttori di farmaci, dispositivi e altre tecnologie sanitarie, e degli erogatori pagati a prestazione dal SSN o in libera professione.

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 2015, Health Expenditure*).

Come spesa sanitaria totale

- i paesi con **SSN** hanno spesa in media minore
- quelli con **Sistemi Assicurativi** (mutualistici no profit; o con forte presenza di assicurazioni for profit, come gli USA) hanno **maggior presenza di FS** e una spesa mediamente 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 stupisce (o almeno non dovrebbe stupire), perché i FS nascono proprio per attrarre nuovi finanziamenti e dunque per **aumentare** 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*, in quanto per entrambe le categorie tale riduzione significherebbe perdita dei ricavi connessi).

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.

Si confronti ad es. la spesa sanitaria **pubblica** pro-capite (*OECD Health data 2015*):

- di paesi europei con sistemi sanitari assicurativi come Svizzera, Olanda, Austria, Germania, Francia, Belgio, **ricchi di FS** (*International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, Nov 2012*):

la **spesa** varia dai **3.247 PPP\$ ai 4.495**.

- lo stesso vale per la Danimarca, con SSN ma **molti FS**: 3.841 PPP\$ (e, nel Nord America 4.197 negli USA e 3.074 in Canada, quest'ultimo con sistema pubblico ma molti FS)
- rispetto a paesi come **UK** e **Spagna** con un SSN (almeno prima di recenti controriforme) e come **l'Italia**, che hanno **meno FS**. La spesa pubblica di questi è molto inferiore: rispettivamente **802, 2.142 e 2.381 PPP\$**.

Fa eccezione la **Svezia**, con SSN, pochi FS ma alta spesa pubblica: 4.126 PPP\$ (ma ha spesa san. quasi solo pubblica)

Dunque i FS falliscono proprio uno dei primi obiettivi dichiarati dai 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.

[ Un esempio tra 100: un ginecologo cui conviene, per libera professione e contratto

con FS, fare alle donne Pap-test, pagato a tariffa, non triennale ma **annuale**

1. «si farà piacere» LG che lo giustificano
2. per questione di rispetto di sé, cercherà di tenere / trascinare tale prassi anche nella

Azienda sanitaria da cui dipende ]

## Conclusioni

Per come oggi in genere concepiti, i FIS/FS sono fonte di:

- iniquità per le agevolazioni fiscali concesse/pretese per chi vi accede, a scapito degli altri contribuenti

2) induzione di consumismo sanitario, poiché non coprono solo servizi alberghieri/tra-sferte 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 apertamente)

3) paradossale aumento della spesa sanitaria pubblica, oltre che di (voluto) aumento della spesa sanitaria totale

4) lungi dal dare sollievo, in base ai dati disponibili rendono ancor più precaria la

sostenibilità di un SSN...

4') ... anche 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:

– non dovrebbero incentivare iniquità o consumismo

- se entrano nella gestione di FIS (soluzione che potrebbe essere migliore, rispetto ad alternative), limitarsi a *prestazioni davvero integrative*, di cui una seria valutazione di merito confermi l'**efficacia** (almeno **probabile**), benché non/non ancora accolte nei LEA.
- dovrebbero promuovere educazione sanitaria valida e indipendente ed *empowerment* + supporti/*benefit* per render facili le scelte salutari.
- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
-