

## CAPITOLO 3

### Le macro-determinanti della crisi di sostenibilità

Studi, consultazioni e analisi indipendenti, realizzati dalla Fondazione GIMBE a partire dal marzo 2013 nell'ambito della campagna #salviamoSSN, hanno da subito concretizzato la certezza che la crisi di sostenibilità del SSN non consegue esclusivamente alla riduzione del finanziamento pubblico (§ 3.1). Grazie anche ai feedback ricevuti in occasione delle consultazioni pubbliche relative alle precedenti edizioni del Rapporto GIMBE e al "piano di salvataggio" del SSN, è stato possibile identificare altre tre macro-determinanti della crisi di sostenibilità del SSN. La prima consiste nella eccessiva estensione delle prestazioni effettuata dal DPCM sui nuovi LEA che, per ottenere il consenso di tutte le categorie professionali e sociali, ha espanso, almeno sulla carta, le tutele oltre ogni limite in un momento storico caratterizzato da un imponente definanziamento pubblico (§ 3.2); la seconda, deriva da robuste evidenze che dimostrano che una consistente quota di denaro pubblico viene erosa da sprechi e inefficienze che si annidano a tutti i livelli (§ 3.3); la terza è stata identificata nell'espansione non governata del "secondo pilastro" (§ 3.4) che, se da più parti viene osannato come "la" soluzione per salvare la sanità pubblica, in realtà sta concretizzando un vero e proprio cortocircuito del SSN, oltre a produrre disuguaglianze sociali e indurre consumismo sanitario.

#### 3.1. Definanziamento pubblico

##### 3.1.1. Il passato: 2010-2017

La crisi di sostenibilità del SSN coincide in Italia con un lungo periodo di grave crisi economica durante il quale la curva del finanziamento pubblico si è progressivamente appiattita (figura 3.1), in conseguenza di scelte politiche che a partire dal 2010 hanno contribuito a contenere in modo significativo la spesa sanitaria (box 3.1).

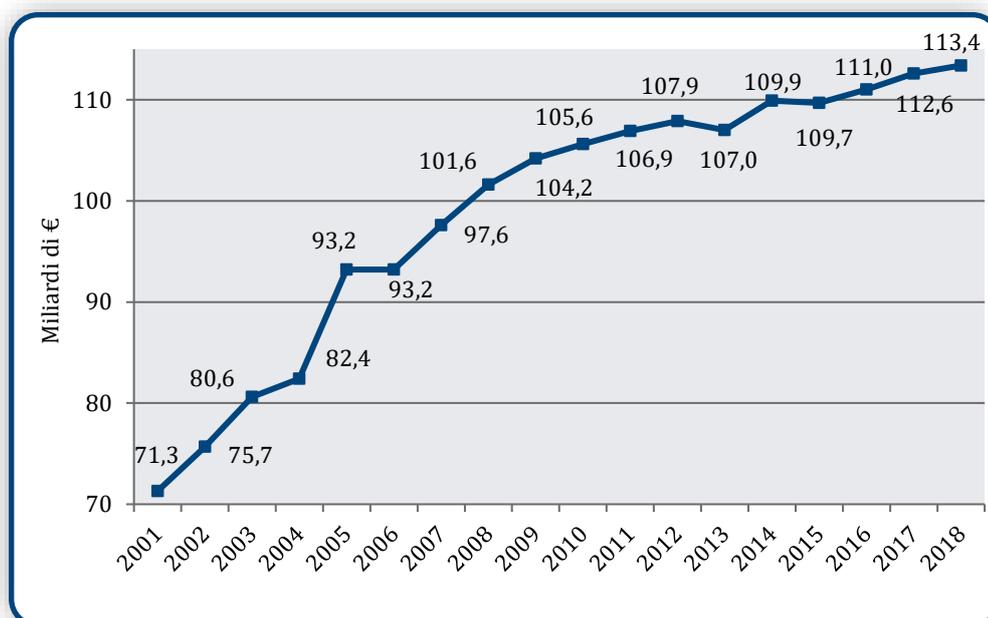


Figura 3.1. Finanziamento pubblico del SSN: trend 2001-2018

In termini percentuali il finanziamento pubblico tra il 2010 e il 2017 è cresciuto in media dell'1% annuo in termini nominali, tasso inferiore all'inflazione media annua pari a 1,19% (figura 3.2).

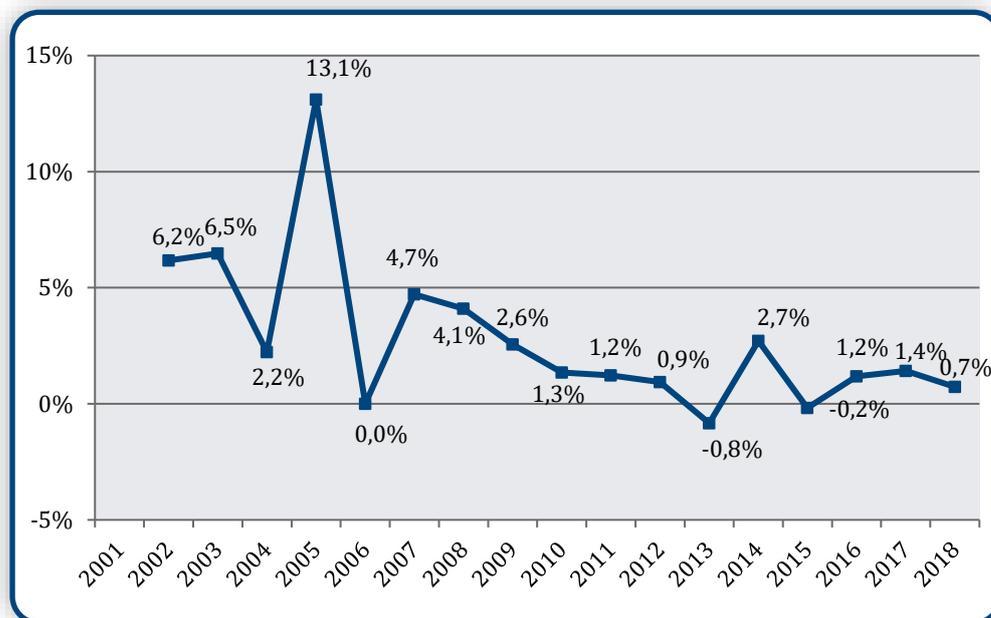


Figura 3.2. Finanziamento pubblico del SSN: variazioni percentuali 2001-2018

### Box 3.1. Cronistoria del definanziamento del SSN

- **17 dicembre 2012.** Il Ministro Balduzzi riporta che nel periodo 2012-2015 la sommatoria di varie manovre finanziarie relative al periodo 2010-2012 sottrarrà al SSN una cifra prossima ai € 25 miliardi<sup>42</sup>, dato corretto al rialzo dalle Regioni che stimano i tagli in circa € 30 miliardi<sup>43</sup>.
- **23 settembre 2013.** La nota di aggiornamento del DEF 2013 programma un definanziamento 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 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 chiede alle Regioni un contributo alla finanza pubblica di € 4 miliardi.

<sup>42</sup> 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](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_487_listaFile_itemName0_file.ppt). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>43</sup> Regioni: preoccupazione per effetti legge di stabilità su sanità e trasporto pubblico locale. Comunicato stampa della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 20 dicembre 2012. Disponibile a: [www.regioni.it/comunicato-stampa/2012/12/20/regioni-preoccupazione-per-effetti-legge-di-stabilita-su-sanita-e-trasporto-pubblico-locale-281275/](http://www.regioni.it/comunicato-stampa/2012/12/20/regioni-preoccupazione-per-effetti-legge-di-stabilita-su-sanita-e-trasporto-pubblico-locale-281275/). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

- **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 per la Salute.
- **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.** Con il DL Enti Locali il finanziamento del SSN per gli anni 2015 e 2016 si riduce complessivamente di € 6,79 miliardi rispetto a quanto previsto dal Patto per la Salute.
- **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) e determina il fabbisogno sanitario nazionale in € 113 miliardi per il 2017 e in € 115 miliardi per il 2018.
- **9 aprile 2016.** Il DEF 2016 stima che nel triennio 2017-2019 il rapporto tra spesa sanitaria e PIL decrescerà annualmente dello 0,1%, attestandosi nel 2019 al 6,5%.
- **27 settembre 2016.** La revisione del DEF 2016 riporta al 6,6% del PIL il rapporto tra spesa sanitaria e PIL.
- **21 dicembre 2016.** La Legge di Bilancio 2017 ridistribuisce sul triennio 2017-2019 le risorse già assegnate dall'intesa 11 febbraio 2016 al biennio 2017-2018: € 113 miliardi per il 2017, € 114 miliardi per il 2018 e € 115 miliardi per il 2019.
- **11 aprile 2017.** Il DEF 2017 prevede che il rapporto spesa sanitaria/PIL diminuirà dal 6,7% del 2017 al 6,4% nel 2019.
- **5 giugno 2017.** Il DM "Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale" riduce il finanziamento pubblico del SSN di € 423 milioni per l'anno 2017 e di € 604 milioni per l'anno 2018 e successivi.
- **23 settembre 2017.** La nota di aggiornamento al DEF 2017 stima un'ulteriore riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% del 2017 al 6,3% nel 2020.
- **27 dicembre 2017.** La Legge di Bilancio 2018 non prevede alcun incremento del fondo sanitario nazionale che rimane fermo a € 114.396 milioni.
- **26 aprile 2018.** Il DEF 2018 conferma la progressiva riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL, estendendo al 2021 il 6,3% già stimato per il 2020 nella precedente nota di aggiornamento.

Tra tutte le date, è indubbiamente l'11 febbraio 2016 che rischia di passare alla storia come quella in cui Stato e Regioni hanno assestato il colpo di grazia al SSN con una intesa strategica in cui il «contributo alla finanza pubblica [...] nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza» previsto dal comma 680 della Legge di Stabilità 2016, si è trasformato 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 2016 rimandava al 31 gennaio di ogni anno la proposta delle Regioni sul contributo alla finanza pubblica, rappresentando una leva strategica per ridurre sprechi e inefficienze, in particolare in ambito sanitario. 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 effimere certezze alle Regioni – poi smentite dalla Legge di Bilancio 2017 – dall'altro ha sancito che il contributo alla finanza pubblica per gli anni 2017-2019 deve gravare 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, inizialmente rinviati a successive intese ma di fatto già attinte per la maggior parte dalla sanità.

### **3.1.2. Il presente e il futuro prossimo: 2018-2021**

#### **3.1.2.1. Legge di Bilancio 2018**

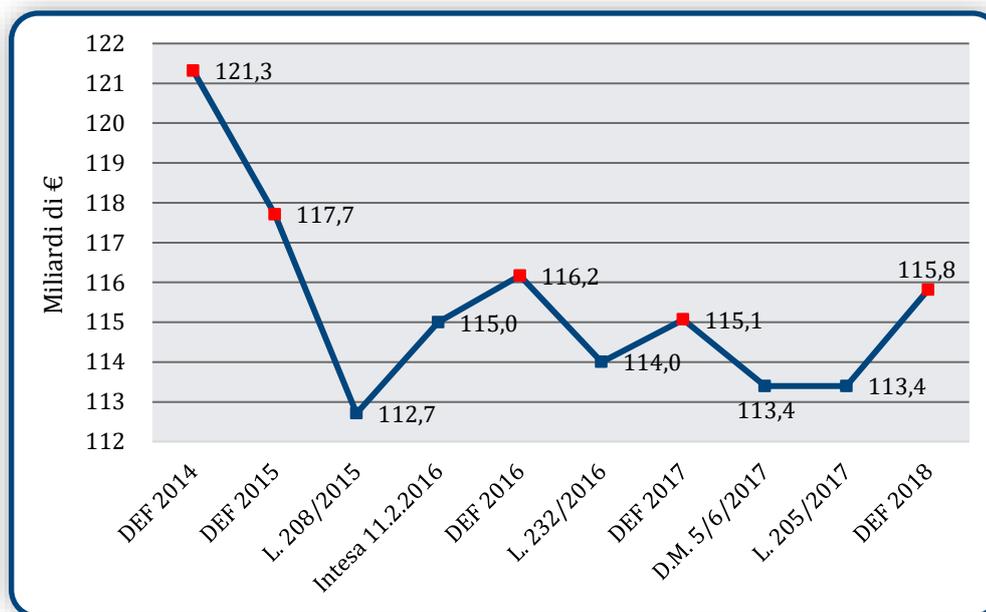
Per il 2018 e per il 2019 la Legge di Bilancio 2018 non ha previsto alcun incremento del fondo sanitario nazionale che rimane fissato a quanto stabilito dalla Legge di Bilancio 2017 poi rideterminato dal Decreto 5 giugno 2017: € 113,396 miliardi per il 2018 e € 114,396 miliardi per il 2019. Non è stato definito il finanziamento per il 2020 ultimo anno di riferimento del triennio. Inoltre, al comma 435 sono stati previsti complessivi € 437 milioni da destinare ai fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria: € 30 mln per il 2019, € 35 mln (2020), € 40 mln (2021), € 43 mln (2022), € 55 mln (2023), € 68 mln (2024), € 80 mln (2025), € 86 mln (2026).

#### **3.1.2.2. Documento di Economia e Finanza 2018**

Il 26 aprile 2018 il Consiglio dei Ministri ha approvato il DEF 2018, secondo il quale nel triennio 2018-2020 il PIL nominale dovrebbe crescere annualmente in media del 3% e l'incremento della spesa sanitaria attestarsi su un tasso medio annuo dell'1,4%. In termini finanziari per la sanità pubblica significherebbe passare dai € 115,818 miliardi stimati per il 2018 a € 116,382 miliardi nel 2019, a € 118,572 nel 2020 e € 120,894 nel 2021.

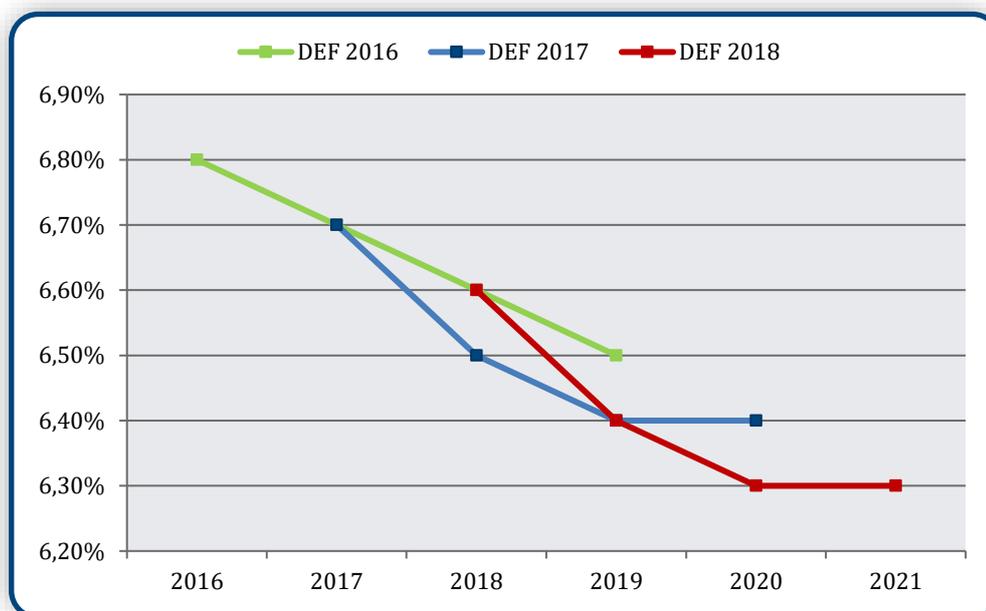
Se le stime del DEF 2018 su aumento del PIL e spesa sanitaria sono corrette, la chiave di lettura è una sola: crescendo meno del PIL nominale, la spesa sanitaria non coprirà nemmeno l'aumento dei prezzi. In altre parole, nel prossimo triennio la sanità pubblica potrà disporre delle stesse risorse in termini di potere di acquisto solo se la ripresa economica del Paese sarà in linea con previsioni più che ottimistiche, visto che la crescita stimata del PIL è del 2,9% nel 2018 e del 3,2% nel 2019 e del 3,1% nel 2020; se così non fosse, ulteriori tagli alla sanità pubblica saranno inevitabili.

In ogni caso, le stime del DEF sulla spesa sanitaria sono estremamente illusorie rispetto all'entità del finanziamento pubblico: infatti da un lato i fondi assegnati dalle Leggi di Bilancio sono sempre inferiori alle previsioni del DEF, dall'altro i dati degli ultimi anni dimostrano un trend in picchiata reso altalenante dalle stime dei DEF puntualmente riviste al ribasso dal finanziamento nominale. L'esempio del 2018 è particolarmente evidente: i € 121,3 miliardi stimati dal DEF 2014 sono precipitati a € 117,7 miliardi già con il DEF 2015 e a € 112,7 miliardi con la Legge di Bilancio 2016. L'Intesa Stato-Regioni del 11 febbraio 2016 ha fissato a € 115 miliardi la cifra, ulteriormente rialzata dalle previsioni del DEF 2016 a € 116,1 miliardi, ridotti a € 114 miliardi con la Legge di Bilancio 2017, quindi nuovamente rivisti al rialzo con il DEF 2017 (€ 115 miliardi), poi rideterminati a € 113,4 miliardi con il DM 5 giugno 2017, cifra confermata dalla Legge di Bilancio 2018, quindi nuovamente aumentati a € 115,8 miliardi con il DEF 2018 (figura 3.3).



**Figura 3.3. 2018: previsioni DEF sulla spesa pubblica vs finanziamento nominale (elaborazione GIMBE da<sup>44</sup>)**

Le previsioni del DEF 2018 non lasciano intravedere l'auspicata ripresa del finanziamento pubblico della sanità, che certo non poteva essere decisa da un Governo dimissionario, che ha comunque ha confermato anche per il 2021 il rapporto spesa sanitaria/PIL del 6,3% già ridotto dalla nota di aggiornamento del DEF 2017. L'analisi dei DEF 2016, 2017 e 2018 relativamente agli anni 2016-2021 dimostra infatti in maniera inequivocabile che il rapporto spesa sanitaria/PIL viene continuamente rivisto al ribasso (figura 3.4).



**Figura 3.4. Percentuale rapporto spesa sanitaria/PIL 2018-2020 secondo le stime dei DEF 2016, 2017, 2018**

<sup>44</sup> Corte dei Conti. Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 5 aprile 2017. Disponibile a: [www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni\\_riunite/sezioni\\_riunite\\_in\\_sede\\_di\\_controllo/2017/volume\\_rapporto\\_coordinamento\\_fp\\_2017\\_2.pdf](http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/volume_rapporto_coordinamento_fp_2017_2.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

In ogni caso, il DEF 2018 mantiene il trend dei precedenti, dove le ottimistiche previsioni sulla spesa sanitaria pubblica nel medio termine si ridimensionano poi bruscamente a breve termine (tabella 3.1), rendendo illusorio nel 2021 un incremento della spesa sanitaria di oltre € 5 miliardi rispetto al 2018 (+4,4%). Peraltro, essendo ormai stato raggiunto un sostanziale equilibrio tra finanziamento corrente e spesa sanitaria pubblica, le stime al rialzo di quest'ultima nel DEF non possono contare nemmeno sulla prudenziale giustificazione di rilevanti scostamenti tra dato previsionale e consuntivo.

Spesa sanitaria (mld €)	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DEF 2016	113,376	114,789	116,170	118,505	-	-
DEF 2017	-	114,138	115,068	116,105	118,570	-
DEF 2018	-	-	115,818	116,382	118,572	120,894
Spesa sanitaria in % di PIL	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DEF 2016	6,80%	6,70%	6,60%	6,50%	-	-
DEF 2017	-	6,70%	6,50%	6,40%	6,40%	-
DEF 2018	-	-	6,60%	6,40%	6,30%	6,30%
Tasso di variazione in %	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DEF 2016	0,90%	1,20%	1,20%	2,00%	-	-
DEF 2017	-	1,40%	0,80%	0,90%	2,10%	-
DEF 2018	-	-	2,00%	0,50%	1,90%	2,00%

**Tabella 3.1. Analisi comparata della tabella III.3-2 dei DEF 2016, 2017, 2018**

Seppur con i limiti di analisi effettuate post-hoc su documenti previsionali, i dati attestano intenzioni politiche inequivocabili: se inizialmente il progressivo definanziamento della sanità pubblica era interpretabile come logica conseguenza della crisi economica, oggi appare ormai come una costante irreversibile. Infatti, a partire dal DEF 2017 si conferma in maniera netta rispetto al passato una scelta allocativa ben precisa, ovvero che la ripresa dell'economia non determinerà alcun rilancio del finanziamento pubblico della sanità. In altri termini, se nel 2010-2015 il SSN si è fatto pesantemente carico della crisi, la ripresa economica del Paese non avrà un corrispondente positivo impatto sulla spesa sanitaria pubblica, perché il DEF 2017 e poi il DEF 2018 ne riducono la percentuale da destinare alla sanità. Questo conferma le stime dei precedenti Rapporti GIMBE<sup>45,46</sup> che prevedevano un incremento complessivo del finanziamento pubblico di € 15 miliardi nel decennio 2016-2025.

<sup>45</sup> Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: [www.rapportogimbe.it/2017](http://www.rapportogimbe.it/2017). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>46</sup> 2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: [www.rapportogimbe.it/2016](http://www.rapportogimbe.it/2016). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

In definitiva, sintetizzando l'enorme quantità di numeri tra finanziamenti programmati dai DEF, fondi assegnati dalle Leggi di Bilancio, tagli e contributi alla finanza pubblica a carico delle Regioni, emergono poche e inquietanti certezze sulle risorse destinate al SSN:

- nel periodo 2013-2018 il finanziamento nominale è aumentato di quasi € 7 mld: dai € 107,01 mld del 2013 ai € 114 mld del 2018, di cui sono "sopravvissuti" nei fatti solo € 5,968 mld;
- nel periodo 2015-2019 l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica ha determinato, rispetto ai livelli programmati, una riduzione cumulativa del finanziamento del SSN di € 12,11 mld (figura 3.5);
- il DEF 2018, a fronte di una prevista crescita annua del PIL nominale del 3% nel triennio 2018-2020, riduce progressivamente il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% del 2018 al 6,4% del 2019, al 6,3% nel 2020 e 2021.

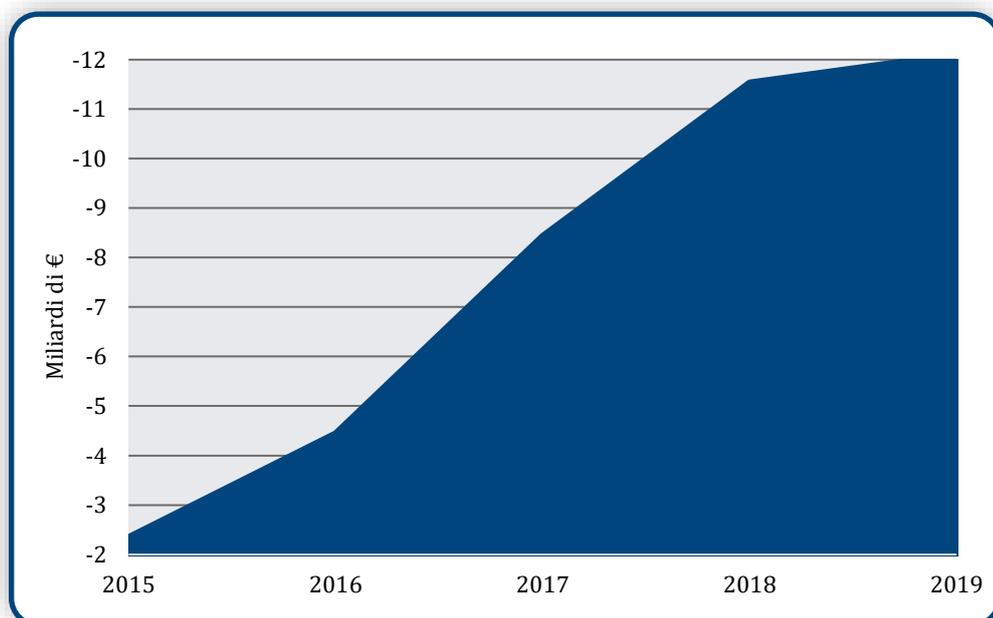


Figura 3.5. Riduzione cumulativa del finanziamento pubblico 2015-2018 (elaborazione GIMBE da<sup>47,48</sup>)

### 3.1.3. Il confronto con l'OCSE, l'Europa e i paesi del G7

A seguito del costante definanziamento, le analisi effettuate sul database *OECD Health Statistics*<sup>49</sup>, aggiornato al 10 novembre 2017, dimostrano che la spesa sanitaria in Italia continua inesorabilmente a perdere terreno. In particolare, se oggi in Italia la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria totale è poco sotto alla media OCSE (8,9% vs 9%), in Europa siamo fanalino di coda insieme al Portogallo tra i paesi dell'Europa occidentale, dove Svizzera, Germania, Svezia, Francia, Olanda, Norvegia, Belgio, Austria, Danimarca, Regno Unito, Finlandia e Spagna destinano

<sup>47</sup> Corte dei Conti. Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 5 aprile 2017. Disponibile a: [www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni\\_riunite/sezioni\\_riunite\\_in\\_sede\\_di\\_controllo/2017/volume\\_rapporto\\_coordinamento\\_fp\\_2017\\_2.pdf](http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/volume_rapporto_coordinamento_fp_2017_2.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>48</sup> Decreto 5 giugno 2017 "Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale".

<sup>49</sup> OECD Health Statistics 2017. Last update 10 November 2017. Disponibile a: [www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

alla sanità una percentuale del PIL superiore alla nostra. Parallelamente, si osserva la tendenza ad un progressivo avvicinamento dei livelli di spesa dell'Italia a quelli dei paesi dell'Europa Orientale, dove il finanziamento pubblico sta crescendo in maniera rilevante (figura 3.6)<sup>50</sup>.

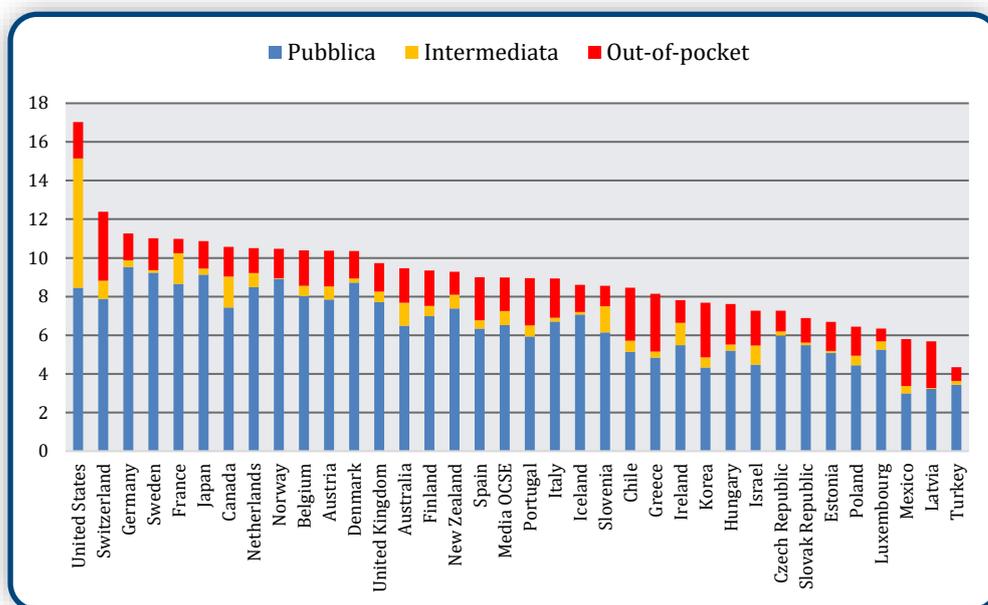


Figura 3.6. Spesa sanitaria in percentuale del PIL nei paesi OCSE (anno 2016 o più recente disponibile)

La situazione peggiora ulteriormente prendendo in considerazione la spesa pro-capite totale, inferiore alla media OCSE (\$ 3.391 vs \$ 3.978) che colloca l'Italia in prima posizione tra i paesi più poveri dell'Europa: Spagna, Slovenia, Portogallo, Repubblica Ceca, Grecia, Slovacchia, Ungheria, Estonia, Polonia e Lettonia (figura 3.7).

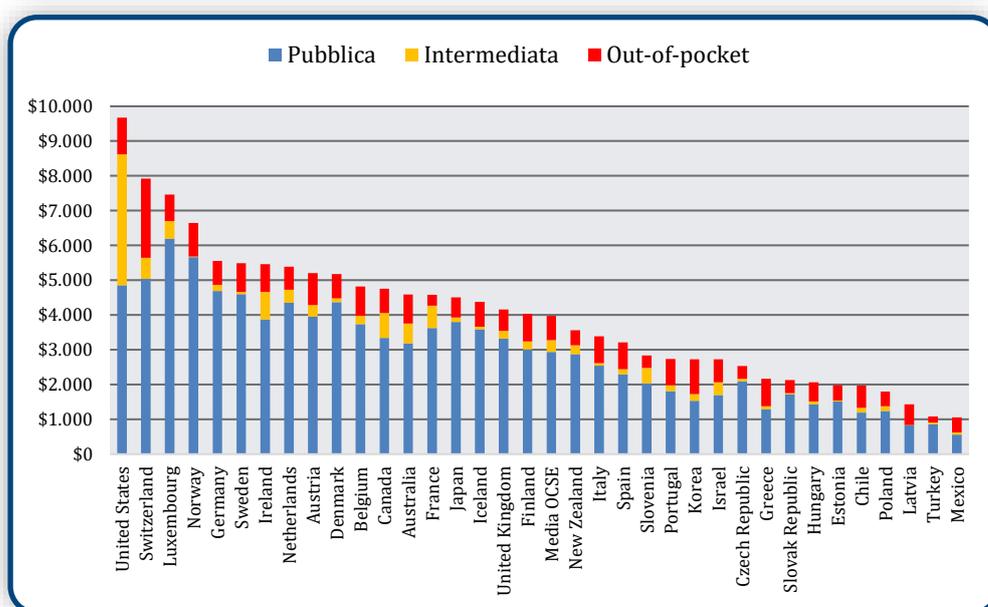


Figura 3.7. Spesa sanitaria pro-capite paesi OCSE (anno 2016 o più recente disponibile)

<sup>50</sup> 13° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2017. Disponibile a: [www.creasanita.it/13volume\\_dwn/dwn\\_fild/Rapporto\\_Sanita\\_2017.pdf](http://www.creasanita.it/13volume_dwn/dwn_fild/Rapporto_Sanita_2017.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Il definanziamento pubblico del SSN emerge in tutta la sua entità guardando alla spesa pubblica pro-capite: siamo sotto la media OCSE (\$ 2.545 vs \$ 2.937), mentre in Europa ben 14 Paesi investono più dell'Italia in sanità con un gap minimo che va dai \$ 472 della Finlandia ad un gap massimo di \$ 3.649 del Lussemburgo (figura 3.8).

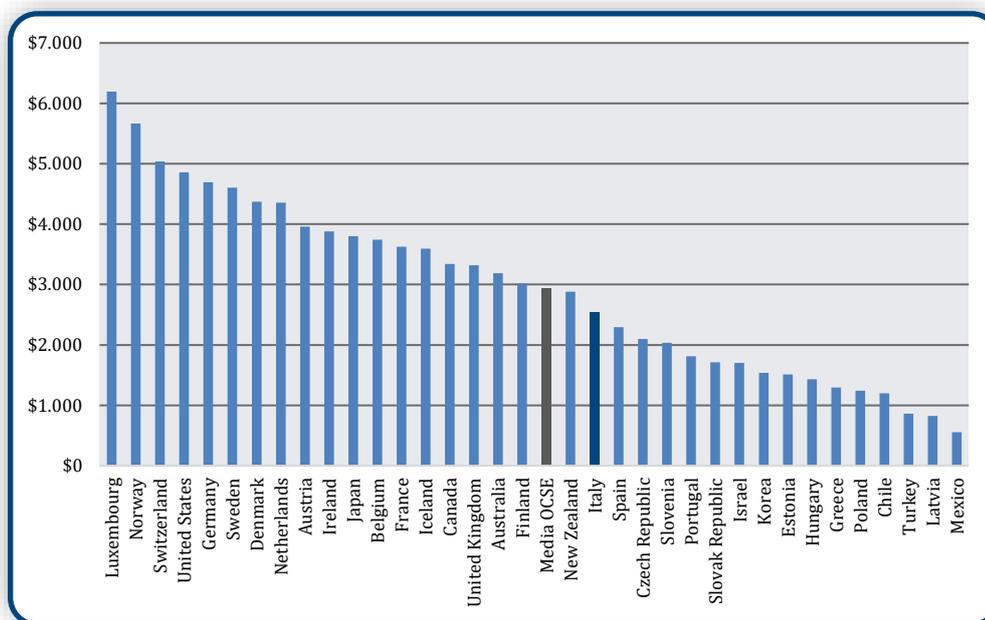


Figura 3.8. Spesa pubblica pro-capite paesi OCSE (anno 2016 o più recente disponibile)

Dal 2000 al 2016 la spesa pubblica in Italia è aumentata complessivamente del 71%, crescendo in media il 4,44% per anno, un incremento percentuale che posiziona l'Italia in fondo alla classifica, seguita solo da Islanda, Portogallo, Israele e Grecia (figura 3.9).

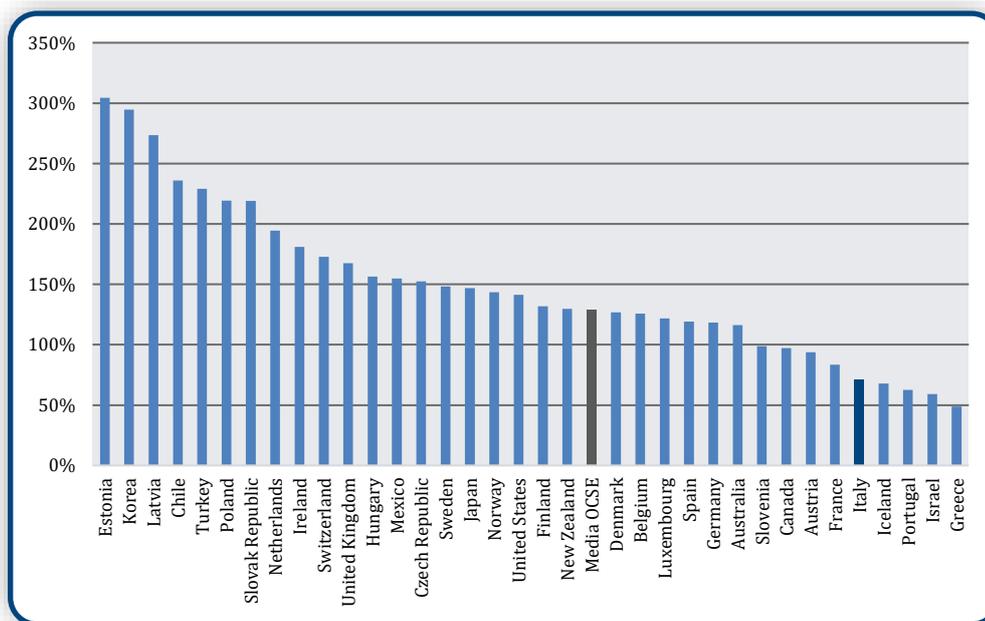


Figura 3.9. Variazione percentuale della spesa pubblica 2000-2016 nei paesi OCSE

L'impatto del definanziamento degli ultimi anni emerge in maniera clamorosa confrontando la crescita percentuale della spesa pubblica del periodo 2000-2007 (figura 3.10) rispetto a quella del 2008-2016 (figura 3.11): nel primo caso l'aumento è del 45%, rispetto a una media OCSE del 59%. Nel periodo 2008-2016 l'incremento percentuale è stato dell'8%, rispetto a una media OCSE del 33%: peggio dell'Italia solo Portogallo (+6%) e Grecia (-23%).

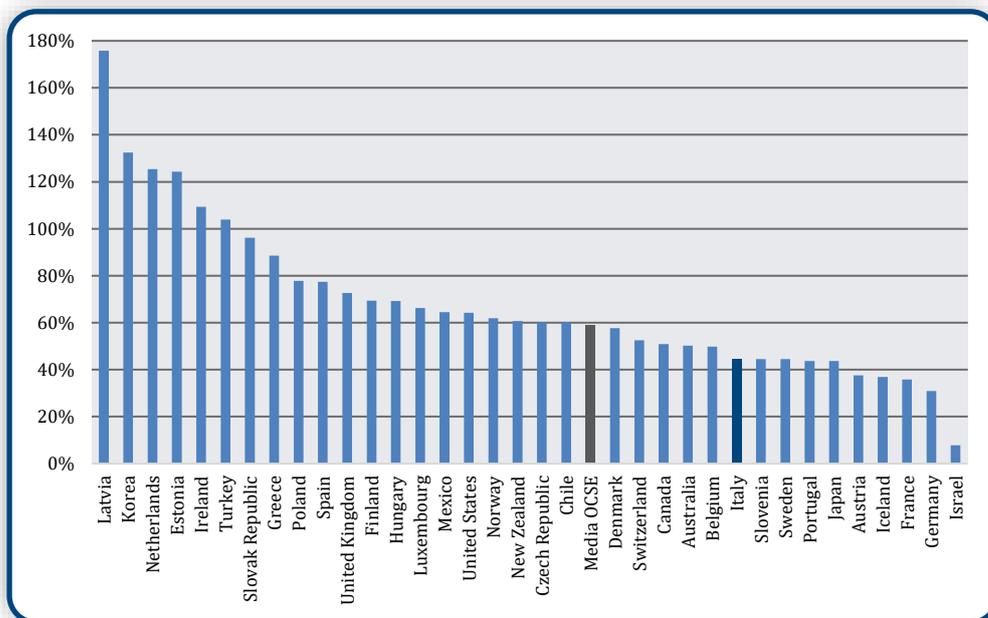


Figura 3.10. Variazione percentuale della spesa pubblica 2000-2007 nei paesi OCSE

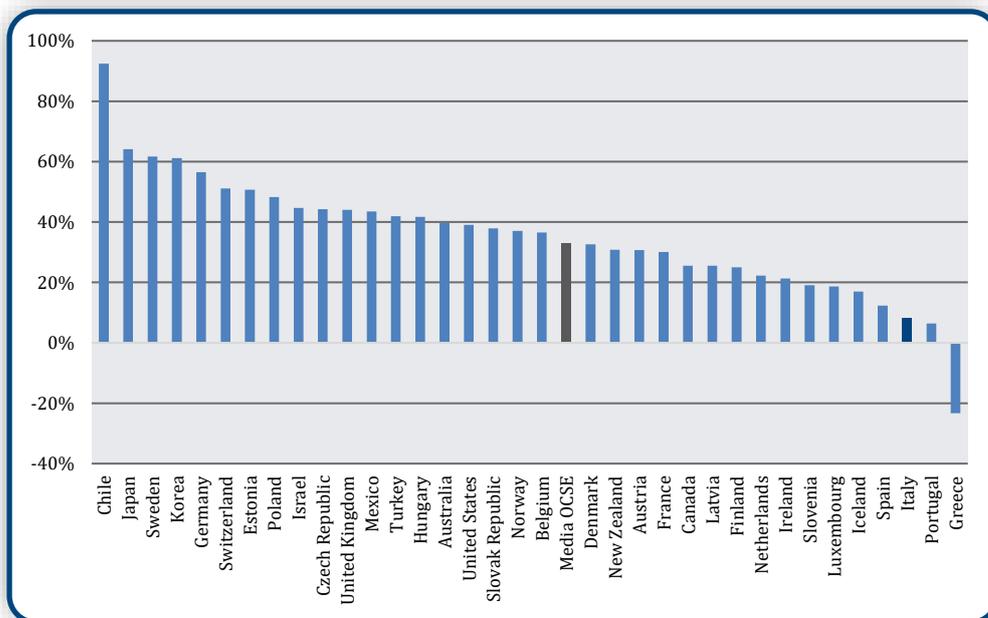


Figura 3.11. Variazione percentuale della spesa pubblica 2008-2016 nei paesi OCSE

Un quadro altrettanto inquietante emerge dal confronto con i paesi del G7 (figura 3.12) dove l'Italia è fanalino di coda per spesa totale e per spesa pubblica, ma seconda per spesa out-of-pocket, testimonianza inequivocabile che la politica si è progressivamente sbarazzata di una

consistente quota di spesa pubblica, espandendo parallelamente il “paniere” dei LEA, ma non è stata in grado di attuare una seria riforma per consentire alla spesa intermediata di essere realmente integrativa su prestazioni non offerte dal SSN.

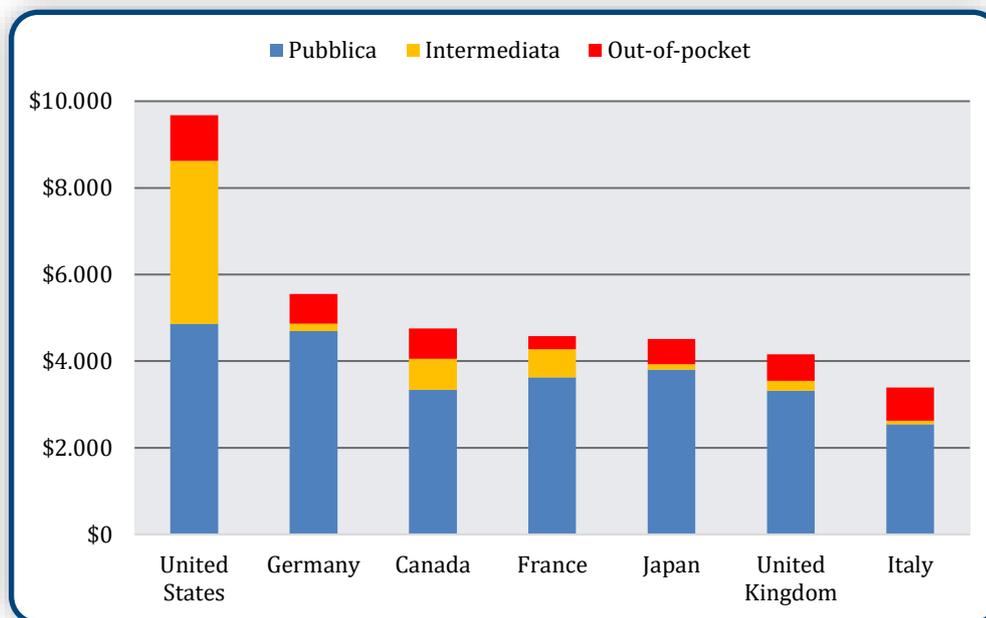


Figura 3.12. Spesa pro-capite 2016 nei paesi del G7

Il trend del finanziamento pubblico 2000-2016 tra i paesi del G7 dimostra infine che se nel 2000 le differenze assolute sulla spesa pubblica erano modeste, con il costante e progressivo definanziamento pubblico sono divenute incolmabili: ad esempio, se nel 2000 la Germania investiva \$ 2.150 vs i \$ 1.487 dell'Italia (+30,8%), nel 2016 la differenza è \$ 4.965 vs \$ 2.545 (+45,8%) (figura 3.13).

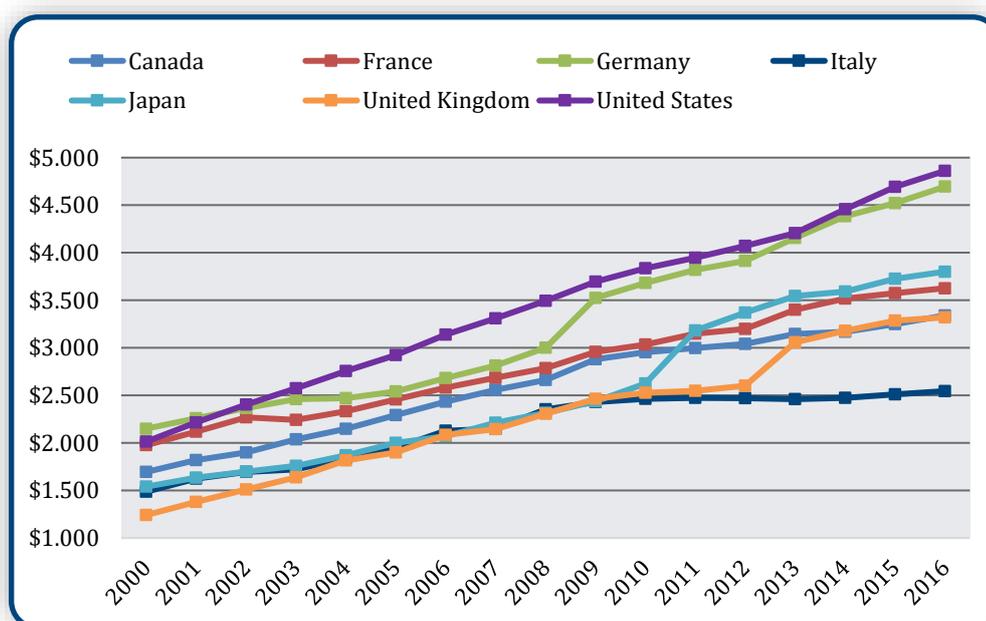


Figura 3.13. Trend finanziamento pubblico pro-capite 2000-2016 nei paesi del G7

Il defianziamento progressivo è stato, in ogni caso, attuato senza tener conto delle raccomandazioni dell'OCSE che nel gennaio 2015 aveva già richiamato il nostro Paese a «garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza»<sup>51</sup>.

### 3.2. Nuovi LEA: sostenibilità ed esigibilità

A seguito della pubblicazione della Legge di Stabilità 2016, che annunciava l'aggiornamento del DPCM "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e istituiva la "Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN" (di seguito denominata Commissione LEA), la Fondazione GIMBE rilevava come per l'ennesima volta la politica intervenisse nella complessa normativa dei LEA limitandosi a mantenere viva l'attenzione sulla necessità di aggiornare le prestazioni, inevitabilmente condizionata dal progresso scientifico e tecnologico, ma anche dal marketing e dalla medicalizzazione della società<sup>52</sup>. Per questa ragione i nuovi LEA sono stati eletti a "sorvegliato speciale" dell'Osservatorio GIMBE già a partire dall'audizione della Fondazione in 12<sup>a</sup> Commissione Igiene e Sanità del Senato del 30 novembre 2016<sup>53</sup>.

La successiva pubblicazione in Gazzetta Ufficiale dei nuovi LEA è stata accompagnata da un notevole clamore mediatico, che ha celebrato il grande traguardo politico centrato dal Ministro Lorenzin puntando l'attenzione su tutte le nuove prestazioni incluse: nuovo piano vaccini, screening neonatali per sordità e cataratta congenita, procreazione medicalmente assistita, prestazioni di genetica, adroterapia, radioterapia stereotassica, enteroscopia con microcamera ingeribile; novità per le protesi (comunicazione e attrezzature domotiche, carrozzine speciali); ingresso di 110 malattie rare e 6 nuove malattie croniche; nuovi percorsi di diagnosi e cura per i disturbi dello spettro autistico e tanto altro ancora.

L'Osservatorio GIMBE, senza entrare nel merito del "paniere" delle prestazioni, ha analizzato il DPCM sui nuovi LEA rilevandone notevoli migliorie strutturali: il nuovo testo di legge, infatti, ridefinisce l'articolazione dei LEA con maggior dettaglio nella descrizione delle prestazioni, aggiorna i nomenclatori delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica, definisce in dettaglio programmi e prestazioni di assistenza socio-sanitaria, ridefinisce i criteri di appropriatezza per tutti i regimi di ricovero, introduce misure per migliorare l'appropriatezza professionale sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in particolare l'obbligo per il medico prescrittore di riportare sulla ricetta la diagnosi o il sospetto diagnostico e l'individuazione di criteri di appropriatezza prescrittiva e condizioni di erogabilità per 98 prestazioni.

Lungi dal voler smorzare il legittimo entusiasmo politico, professionale e sociale, sminuire la determinazione del Ministro Lorenzin, o sottovalutare l'impegno della politica e dei tecnici, è

---

<sup>51</sup> 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](http://www.oecd.org/els/oecd-reviews-of-health-care-quality-italy-2014-9789264225428-en.htm). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>52</sup> Cartabellotta A. Livelli Essenziali di Assistenza 15 anni dopo. Evidence 2016;8(2): e1000133.

<sup>53</sup> Audizione della Fondazione GIMBE su schema DPCM "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)" in 12<sup>a</sup> Commissione Igiene e Sanità al Senato. Roma, 30 novembre 2016. Disponibile a: [www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/004/592/GIMBE.pdf](http://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/004/592/GIMBE.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

indispensabile analizzare le criticità metodologiche per definire e aggiornare gli elenchi delle prestazioni, quelle relative al monitoraggio dei LEA e quelle che, a 14 mesi dalla pubblicazione del DPCM 12 gennaio 2017, condizionano l'erogazione e l'esigibilità dei nuovi LEA in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale.

### 3.2.1. Criticità metodologiche

Il DPCM sui nuovi LEA presenta rilevanti criticità metodologiche rispetto alla definizione e aggiornamento degli elenchi delle prestazioni.

Anzitutto nel nuovo testo di legge sono stati inspiegabilmente soppressi i 3 fondamentali principi di *evidence-based policy making* contenuti nel DPCM 29 novembre 2001 (box 3.2).

#### Box 3.2. Cosa includono e cosa escludono i LEA (DPCM 29 novembre 2001)

- I LEA includono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate.
- I LEA escludono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che:
  - non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del SSN;
  - non soddisfano il principio dell'efficacia e della appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
  - non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze.
- Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal SSN, esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione, autorizzati dal Ministero della Salute.

Questi tre principi, anche se solo parzialmente attuati negli ultimi 15 anni, rappresentavano una indispensabile dichiarazione di intenti per contribuire alla sostenibilità del SSN, in quanto attestavano:

- la volontà del legislatore di integrare le migliori evidenze scientifiche nelle decisioni di politica sanitaria e di rimborsare con il denaro pubblico solo servizi e prestazioni sanitarie di documentata efficacia e appropriatezza;
- la decisione di escludere dai LEA servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriati o dalla costo-efficacia limitata (*low value*);
- la necessità, in assenza di evidenze scientifiche definitive, di circoscrivere l'erogazione di interventi sanitari innovativi solo all'interno di specifici programmi di sperimentazione, in linea con una saggia politica di ricerca e sviluppo.

La soppressione di questi tre principi – insieme alla mancanza di un metodo esplicito per inserire/escludere le prestazioni nei LEA come di seguito illustrato – favorisce un approccio estremamente liberista, più orientato a soddisfare le immediate richieste di tutte le categorie professionali e specialistiche, di tutti i malati e, indirettamente, dell'industria farmaceutica e tecnologica, piuttosto che preoccuparsi del reale *value* dei nuovi LEA e conseguentemente della loro sostenibilità.

Se per garantire la sostenibilità del servizio sanitario il denaro pubblico deve finanziare solo interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato *value*<sup>54</sup>, è indispensabile classificare innanzitutto le prestazioni sanitarie in relazione al loro *value* (figura 3.14) e in secondo luogo utilizzare una rigorosa metodologia *evidence- & value-based* per includere/escludere le prestazioni dai LEA.

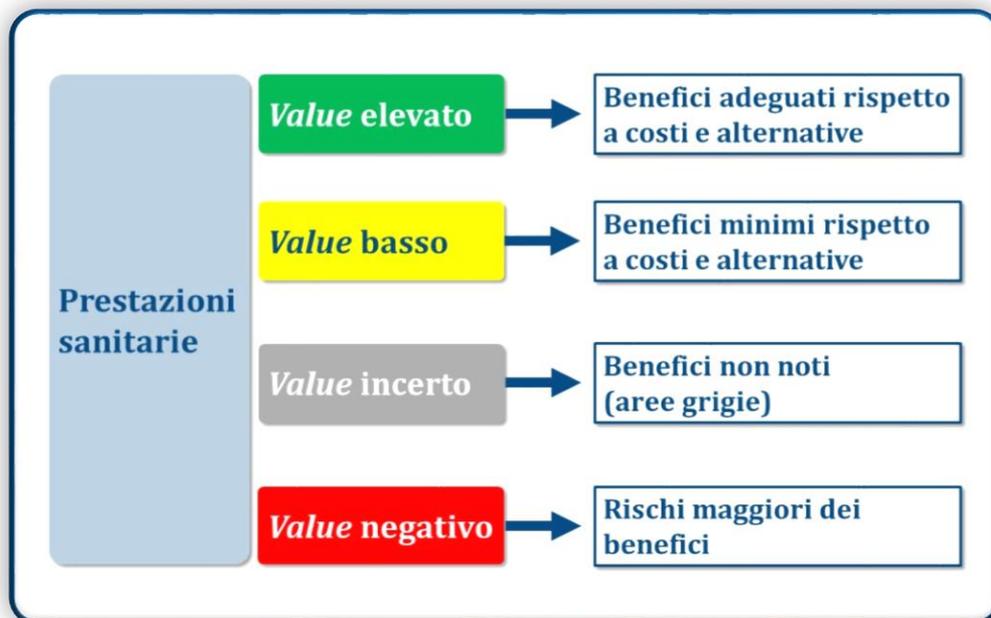


Figura 3.14. Classificazione delle prestazioni sanitarie in relazione al *value*

Purtroppo, se il DPCM sui nuovi LEA da un lato ha espanso oltre ogni limite l'ampiezza del "paniere" delle prestazioni, peraltro senza la ragionevole certezza di un'adeguata copertura finanziaria, dall'altro non ha previsto alcuna metodologia per inserire le prestazioni, spesso sdoganate anche in assenza di prove di efficacia solo in ragione di un'elevata domanda sociale e/o professionale. Di conseguenza, senza un metodo rigoroso per favorire un adeguato trasferimento delle migliori evidenze nella loro definizione e aggiornamento, i LEA includono inevitabilmente prestazioni dal *value* basso o addirittura negativo (profilo rischio-beneficio sfavorevole) e, al tempo stesso, possono escludere prestazioni dall'elevato *value*. Per tali ragioni, la vera sfida che attende la Commissione LEA non consiste nell'aggiornamento dei LEA in quanto tale, bensì nella definizione di un metodo rigoroso *evidence- & value-based*, al fine di garantire ai cittadini servizi e prestazioni sanitarie ad elevato *value*, escludere prestazioni dal *value* basso ed impedire l'erogazione di prestazioni dal *value* negativo (figura 3.15).

<sup>54</sup> Fondazione GIMBE. Carta GIMBE per la tutela della salute e del benessere delle persone. Disponibile a: [www.salviamo-ssn.it/carta-gimbe](http://www.salviamo-ssn.it/carta-gimbe). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

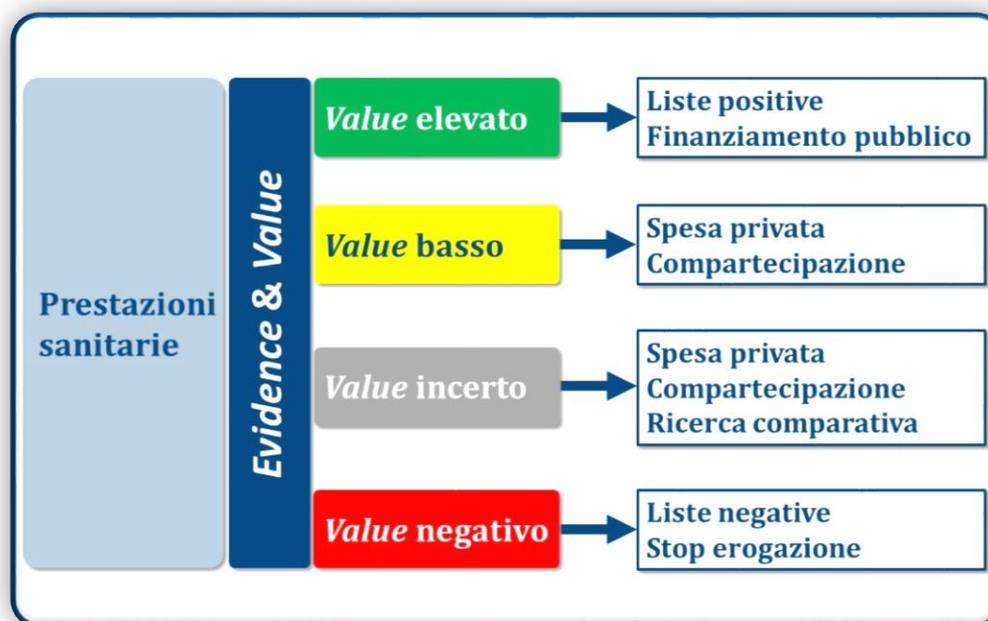


Figura 3.15. Classificazione delle prestazioni sanitarie in relazione al *value*

Inoltre, l'Osservatorio GIMBE ha rilevato una criticità relativa alla scarsa integrazione tra LEA e ricerca sanitaria, in particolare la ricerca comparativa indipendente, strumento indispensabile per la produzione di nuove prove di efficacia. Infatti, a fronte di numerose prestazioni sanitarie per le quali non esistono adeguate evidenze, il SSN preferisce rimanere un “acquirente disinformato” piuttosto che investire in ricerca comparativa. Se dunque spetta alla Commissione LEA individuare «procedure per l'esecuzione di studi osservazionali per la valutazione comparativa di efficacia degli interventi di prevenzione, diagnosi e cura, anche avvalendosi dei canali di finanziamento della ricerca sanitaria» si evidenziano di seguito tre rilevanti criticità:

- Esiste una ricerca comparativa osservazionale, basata fondamentalmente su registri di malattia e database amministrativi (i *big data* sono in Italia ancora un lontano miraggio), ma è condizionata dalla scarsa qualità dei dati e ostacolata da vincoli di privacy. Il gold standard della ricerca comparativa è invece sperimentale<sup>55</sup>: in particolare la produzione di prove di *effectiveness* identifica il disegno ideale nei trial pragmatici<sup>56</sup>, solo occasionalmente finanziati in Italia con fondi pubblici.
- I “canali di finanziamento della ricerca sanitaria” non sono primariamente indirizzati a produrre evidenze scientifiche necessarie a chiarire le aree grigie. In particolare, i fondi della ricerca corrente sono destinati esclusivamente agli IRCCS, poco avvezzi alla ricerca comparativa, e quelli della ricerca finalizzata (ad eccezione dei programmi di rete) finanziano prevalentemente ricerca di base e in parte ricerca clinica, mentre la ricerca indipendente AIFA destina solo una quantità limitata di fondi alla ricerca comparativa, peraltro solo relativa ai farmaci. Di conseguenza, le risorse pubbliche oggi disponibili per

<sup>55</sup> Lauer MS, Collins FS. Using science to improve the nation's health system: NIH's commitment to comparative effectiveness research. *JAMA* 2010;303:2182-3.

<sup>56</sup> Zwarenstein M, Treweek S, Gagnier JJ, et al. Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. *BMJ* 2008;337:a2390.

la ricerca comparativa in grado di fornire evidenze alla definizione dei LEA ammontano al massimo a pochi milioni di euro.

- Non è stato codificato alcun meccanismo che, una volta individuate le aree grigie, permetta di definire le priorità su cui investire il denaro pubblico destinato alla ricerca.

In sintesi, l'analisi dell'Osservatorio GIMBE ha documentato che il DPCM sui nuovi LEA:

- ha soppresso inspiegabilmente i 3 fondamentali principi di *evidence-based policy making* del DPCM 21 novembre 2001;
- non ha previsto alcuna metodologia esplicita per l'inserimento/esclusione delle prestazioni dai LEA;
- tranne poche eccezioni, non prevede "liste negative" di prestazioni, delegando alla Commissione LEA il compito di effettuare il *delisting* delle prestazioni obsolete;
- ha puntato tutto sull'ampliamento delle prestazioni, indipendentemente dal loro *value*;
- non definisce una specifica strategia di finanziamento della ricerca al fine di produrre evidenze per informare l'inclusione/esclusione di prestazioni nei LEA.

La 12<sup>a</sup> Commissione Igiene e Sanità Senato della XVII legislatura, facendo proprie alcune riflessioni sollevate in sede di audizione dalla Fondazione GIMBE, ha sottolineato che «in vista del già prefigurato aggiornamento dei LEA è opportuno che, sul piano metodologico, siano esplicitamente individuati e resi noti i criteri (etici, economici, organizzativi e scientifici) che presiedono alle scelte modificative, di inserimento, *delisting* o esclusione»<sup>57</sup>. Successivamente, anche il Comitato Nazionale di Bioetica, nel raccomandare una revisione periodica e programmata dei LEA, ha evidenziato la necessità che «tale revisione sia fondata sui criteri dell'evidenza e del rapporto costi-efficacia, pena la conseguente non sostenibilità del sistema, e la dissipazione di risorse pubbliche dovuta all'erogazione gratuita di alcune cure non *evidence-based*, a svantaggio di altre necessarie per la cura dei pazienti»<sup>58</sup>.

### 3.2.2. Criticità attuative

L'analisi dei commi 1-5 dell'art. 64 (Norme finali e transitorie) dimostra che il DPCM sui nuovi LEA nasce "orfano" di indispensabili documentazioni tecniche e rimanda ad ulteriori atti legislativi dalle tempistiche in parte ignote e imprevedibili, in parte note ma difficilmente applicabili in tutte le Regioni secondo le scadenze previste.

**Recepimenti regionali.** Ad oggi ben 5 Regioni (Calabria, Sicilia, Puglia, Molise, Trentino-Alto Adige) non hanno ancora formalmente e totalmente recepito il DPCM sui nuovi LEA<sup>59</sup>, un mancato "via libera" ufficiale che può comportare opacità e incertezze nell'offerta di prestazioni.

**Nomenclatori tariffari.** Il cavallo di battaglia dei nuovi LEA risulta visibilmente "azzoppato" perché i nomenclatori per la specialistica ambulatoriale e protesica sono stati pubblicati in

<sup>57</sup> Parere 12<sup>a</sup> Commissione di Igiene e Sanità al Senato sui Nuovi LEA, 14 dicembre 2016. Disponibile a: [www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=SommComm&leg=17&id=999734](http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=SommComm&leg=17&id=999734). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>58</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica. In difesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Roma, 26 gennaio 2017. Disponibile a: [http://presidenza.governo.it/bioetica/pdf/P125\\_2017\\_In%20difesa%20del%20servizio%20sanitario%20nazionale%20\(SSN\)\\_IT.pdf](http://presidenza.governo.it/bioetica/pdf/P125_2017_In%20difesa%20del%20servizio%20sanitario%20nazionale%20(SSN)_IT.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>59</sup> Nuovi Lea, Cittadinanzattiva: «Cinque regioni latitanti». Sanità 24, 27 novembre 2017. Disponibile a: [www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2017-11-27/nuovi-lea-cittadinanzattiva-cinque-regioni-latitanti-105923.php?uuid=AEIospID](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2017-11-27/nuovi-lea-cittadinanzattiva-cinque-regioni-latitanti-105923.php?uuid=AEIospID). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Gazzetta Ufficiale senza le corrispondenti tariffe. Infatti, il DPCM non utilizza mai il termine “nomenclatori tariffari” e i commi 2 e 3 dell’art. 64 precisano che l’entrata in vigore dei nomenclatori dell’assistenza specialistica e protesica è subordinata all’operatività dei provvedimenti che fisseranno le tariffe massime delle prestazioni, ovvero un «decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, sentita l’Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome». La pubblicazione in Gazzetta Ufficiale di nomenclatori “orfani” di tariffe configura un paradosso normativo ratificato dal comma 5 dell’art. 64: infatti, se vero è che il DPCM sui nuovi LEA sostituisce integralmente il precedente DPCM 29 novembre 2001, di fatto i nomenclatori tariffari in vigore saranno abrogati solo quando sarà pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto di cui sopra. Ad esempio, i pazienti affetti da malattie croniche non possono ad oggi fruire di numerose prestazioni di specialistica in regime di esenzione ticket: il nuovo elenco delle malattie croniche (allegato 8) prevede infatti l’esenzione per numerose prestazioni specialistiche incluse nel nuovo nomenclatore, che tuttavia non sono al momento erogabili. Per questa ragione è stato predisposto un elenco transitorio (allegato 8-bis), che individua per queste nuove patologie croniche solo le prestazioni specialistiche già presenti nel nomenclatore vigente delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e che cesserà di operare all’entrata in vigore del nuovo nomenclatore. Pertanto, dopo oltre un anno dalla pubblicazione del DPCM sui nuovi LEA, gran parte delle nuove prestazioni non è ancora esigibile, perché la loro reale disponibilità è soggetta alla revisione delle tariffe non ancora approvate dal MEF e l’esigibilità di tali prestazioni è subordinato alla disponibilità delle singole Regioni di erogare le prestazioni in regime extra-LEA.

Rispetto al clamoroso ritardo della pubblicazione dei nomenclatori tariffari, l’Osservatorio GIMBE ha effettuato un monitoraggio specifico, da cui risulta che la progressiva dilatazione dei tempi di pubblicazione dei nomenclatori tariffari è motivata esclusivamente da ragioni tecniche (box 3.3).

### Box 3.3. Il ritardo nella pubblicazione dei nomenclatori tariffari

- **26 luglio 2017.** Rispondendo a un’interrogazione parlamentare il Ministro Lorenzin aveva precisato che<sup>60</sup>:
  - Nel febbraio 2016 il Ministero della Salute ha avviato la riconduzione dei 36.000 codici delle prestazioni sanitarie regionali a quelle presenti nel nuovo nomenclatore adottato dal DPCM sui nuovi LEA. Questa attività, molto impegnativa anche per la mancanza di una codifica unica in tutte le Regioni, si è resa necessaria per consentire sia l’analisi della variabilità tariffaria delle prestazioni già erogate dalle Regioni o recepite dal nuovo nomenclatore, sia l’analisi dei costi delle prestazioni per le quali sono stati approntati appositi studi tecnici. Tale attività si è conclusa il 31 marzo 2017.

<sup>60</sup> Camera dei Deputati. XVII Legislatura. Seduta n. 842 di mercoledì 26 luglio 2017. Question time n. 3-03186 Ministro Lorenzin. Stato di attuazione degli atti applicativi previsti nell’ambito dei nuovi livelli essenziali di assistenza, con particolare riferimento alla definizione delle tariffe per l’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica. Disponibile a: [www.salute.gov.it/portale/ministro/p4\\_3\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&id=23&label=parlamento&menu=ministro](http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_3_1_1.jsp?lingua=italiano&id=23&label=parlamento&menu=ministro). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

- Successivamente è seguita una fase di consultazione appena conclusa con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale e le società scientifiche, al fine di pervenire all'elaborazione delle prime ipotesi tariffarie sui 2.109 codici di assistenza specialistica ambulatoriale e sui 1.063 codici dell'assistenza protesica. Solo all'esito di un ulteriore confronto con le associazioni di categoria e le società scientifiche sulle modifiche apportate a seguito della consultazione, lo schema di provvedimento sarà trasmesso al MEF per la concertazione tecnica e successivamente alla Conferenza Stato-Regioni e per l'acquisizione dell'intesa.
- Gli adempimenti procedurali saranno completati entro il mese di settembre 2017 e a breve i nuovi LEA potranno essere fruiti in maniera completa e uniforme su tutto il territorio nazionale, anche nella parte relativa alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica.
- **26 ottobre 2017.** In occasione di una ulteriore interrogazione in Commissione Affari Sociali, il sottosegretario Faraone aveva assicurato una “piena fruibilità” dei LEA entro la fine del 2017 visto che, dopo il parere favorevole del 20 ottobre della Commissione Permanente Tariffe, si prevedevano tempi rapidi per gli ultimi passaggi con il Ministero dell'Economia e l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni, anche in virtù del fatto che l'aggiornamento dei LEA era già stato condiviso<sup>61</sup>.
- **27 dicembre 2017.** La Legge di Bilancio 2018 (L. 205, art. 1, comma 420) disponeva che, entro il 28 febbraio 2018, fosse adottato il decreto di fissazione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica. Tale decreto avrebbe dovuto essere emanato dal Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni<sup>62</sup>.

**Malattie rare.** Il DPCM ha ampliato l'elenco delle malattie rare inserendo oltre 110 nuove entità tra singole patologie e gruppi di malattie, precisando al comma 4 dell'art. 64 che le disposizioni in merito sarebbero entrate in vigore 180 giorni dopo la data di pubblicazione del DPCM per consentire alle Regioni di individuare i presidi e i registri regionali e di adeguare le reti. Formalmente, dal 15 settembre 2017 sono in vigore 134 nuovi codici di esenzione relativi ad oltre 200 patologie, ma ancora una volta le prestazioni erogabili sono di fatto limitate a quelle del vecchio nomenclatore<sup>63</sup>. Rispetto all'adempimento delle reti regionali per le malattie rare, con l'individuazione dei relativi presidi e registri regionali, non è disponibile un monitoraggio istituzionale sistematico, né sono note le azioni previste per tutelare i pazienti con malattie rare nelle Regioni inadempienti. In tal senso, sarebbe opportuno definire standard nazionali, così come recentemente realizzato per i tumori rari<sup>64</sup>.

<sup>61</sup> Nuovi Lea. Faraone: “Pienamente fruibili entro la fine dell'anno”. Quotidiano Sanità, 26 ottobre 2017. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=55205](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=55205). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>62</sup> XVII Legislatura. Camera dei Deputati. Commissione: XII Affari sociali. I nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA), gennaio 2018. Disponibile a: [www.camera.it/leg17/522?tema=aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza lea](http://www.camera.it/leg17/522?tema=aggiornamento%20dei%20livelli%20essenziali%20di%20assistenza%20lea). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>63</sup> Osservatorio Malattie Rare in collaborazione con Orphanet-Italia. Malattie rare: guida alle nuove esenzioni. L'aggiornamento dei LEA e l'entrata in vigore del DPCM 12 gennaio 2017. Disponibile a: [www.osservatoriomalattierare.it/documenti/category/7-documenti-vari?download=387:guida-alle-nuove-esenzioni-per-le-malattie-rare-settembre-2017](http://www.osservatoriomalattierare.it/documenti/category/7-documenti-vari?download=387:guida-alle-nuove-esenzioni-per-le-malattie-rare-settembre-2017). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>64</sup> Intesa 21 settembre 2017. Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR).

**Individuazione di limiti e modalità di erogazione delle prestazioni.** La definizione di criteri di erogazione uniformi su tutto il territorio nazionale è rinviata a successivi accordi sanciti dalla Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministro della Salute per dispositivi monouso (art. 12) e assistenza protesica (art. 19). Inoltre, anche le linee di indirizzo finalizzate a garantire percorsi assistenziali integrati domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali afferenti all'area sanitaria e a quella dei servizi sociali (art. 21) dovranno essere definite con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata. Lo stesso Accordo, anche con l'apporto delle autonomie locali, dovrà definire le modalità di utilizzo delle risorse dedicate all'integrazione sociosanitaria, anche con riferimento al fondo per le non autosufficienze. Nessuno di tali accordi è disponibile alla data di pubblicazione del presente Rapporto.

**Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN.** Istituita dalla Legge di Stabilità 2016 (art. 1, comma 556), la Commissione LEA si è insediata l'11 ottobre 2016 presso il Ministero della Salute con l'obiettivo di aggiornare continuamente i LEA, proponendo l'esclusione di prestazioni, servizi o attività divenuti obsoleti e suggerendo l'inclusione di prestazioni innovative ed efficaci, al fine di mantenere allineati i LEA all'evoluzione delle conoscenze scientifiche. I compiti della Commissione sono stati definiti dall'art. 2 dell'Intesa Stato-Regioni di approvazione dello schema di aggiornamento dei LEA. Il 25 gennaio 2017, la Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome aveva puntualizzato che la Commissione LEA aveva già iniziato a lavorare tramite tre gruppi di lavoro: adroterapia, modifica dei 108 DRG potenzialmente inappropriati, *delisting* delle prestazioni<sup>65</sup>. Tuttavia, se l'Intesa impegnava la Commissione a formulare entro il 28 febbraio 2017 la proposta di aggiornamento dei LEA per il 2017, con la conseguente adozione del provvedimento di revisione entro il 15 marzo 2017, entrambe le scadenze non sono state rispettate. Nel frattempo, per la necessità di mettere a punto uno strumento metodologico per guidare l'inserimento/esclusione delle prestazioni dai LEA è stato coinvolto l'Istituto Superiore di Sanità. In ogni caso, la Commissione LEA ha mancato anche la scadenza del 28 febbraio 2018, visto che alla data di pubblicazione del presente Rapporto non è disponibile alcun aggiornamento dei LEA, contrariamente a quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017.

### 3.2.3. Criticità relative al monitoraggio

**Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia LEA.** Il Ministero della Salute pubblica questo report annuale per il monitoraggio e la verifica dell'effettiva erogazione delle prestazioni, utilizzato anche per identificare le Regioni da rinviare al Piano di rientro. L'Osservatorio GIMBE rileva l'inaccettabile ritardo con cui vengono pubblicati gli adempimenti:

- anno 2013: report datato luglio 2015, pubblicato il successivo 12 novembre<sup>66</sup>;
- anno 2014: report datato giugno 2016, pubblicato il 13 marzo 2017<sup>67</sup>;

---

<sup>65</sup> Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Scadenze – Intesa DPCM LEA. Disponibile a: [www.camera.it/temiap/allegati/2017/01/31/OCD177-2714.pdf](http://www.camera.it/temiap/allegati/2017/01/31/OCD177-2714.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>66</sup> Ministero della Salute. Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia LEA 2013. Direzione generale della programmazione sanitaria, luglio 2015. Disponibile a: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2408\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2408_allegato.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>67</sup> Ministero della Salute. Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia LEA 2013. Direzione generale della programmazione sanitaria, giugno 2016. Disponibile a: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2581\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2581_allegato.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

- anno 2015: report datato luglio 2017, pubblicato il 12 ottobre 2017<sup>68</sup>;
- anno 2016: report non ancora disponibile.

**Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.** L'art. 10 del Patto per la Salute 2014-2016 sanciva un'evoluzione degli strumenti di monitoraggio e verifica dell'erogazione omogenea dei LEA: in particolare al comma 7 prevedeva «l'approvazione della metodologia di monitoraggio del sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria», ovvero un sistema descrittivo di indicatori di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati di tutte le Regioni, comprese quelle a statuto speciale e le PA di Trento e Bolzano. Tale intenzione è stata confermata dal Ministero della Salute, sia con l'Atto di indirizzo 2018, dove si legge che «il Ministero porterà a regime il nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, in linea con quanto riportato nel Patto per la Salute 2014-2016, con l'obiettivo di applicare e mantenere un sistema unico di monitoraggio, incentivazione e valutazione della garanzia di erogazione dei LEA rivolto a tutte le Regioni e le Province autonome»<sup>69</sup>, sia con la “Direttiva generale 2018 per l'attività amministrativa e la gestione del Ministero della Salute” che indica come obiettivi il completamento e la messa a regime del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA (NSG)<sup>70</sup>.

Il 18 maggio 2018 il Ministero della Salute ha trasmesso al Dipartimento per gli Affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri la proposta di decreto interministeriale concernente l'adozione del NSG per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria che configura il nuovo sistema di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria erogata dai soggetti pubblici e privati in tutte le Regioni del Paese<sup>71</sup>. La finalità prioritaria è di mettere in relazione i LEA erogati con una valutazione multidimensionale della qualità dell'assistenza (sicurezza, efficacia, appropriatezza clinica e organizzativa, equità, partecipazione di cittadini e pazienti, efficienza), utilizzando 88 indicatori relativi alla valutazione di:

- Macro-livelli di assistenza (n. 73)
  - prevenzione collettiva e sanità pubblica (n. 16)
  - assistenza distrettuale (n.33)
  - assistenza ospedaliera (n.24)
- Monitoraggio di PDTA (n.10)
- Contesto per la stima del bisogno sanitario (n.4)
- Equità sociale (n.1)
- Qualità percepita e umanizzazione delle cure (n. 0)<sup>72</sup>

<sup>68</sup> Ministero della Salute. Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della Griglia LEA 2013. Direzione generale della programmazione sanitaria, luglio 2017. Disponibile a: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2650\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>69</sup> Ministero della Salute. Atto di indirizzo per l'individuazione delle priorità politiche per l'anno 2018. Settembre 2017. Disponibile a: [www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2642](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2642). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>70</sup> Ministero della Salute. Direttiva generale per l'attività amministrativa e la gestione (ai sensi degli articoli 4 e 14 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165). Anno 2018: pag 34. Gennaio 2018. Disponibile a: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2687\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2687_allegato.pdf). Ultimo accesso: 1° giugno 2018.

<sup>71</sup> Intesa, ai sensi dell'articolo 9 del D.lgs. n. 56, n. 2000, sullo schema di decreto interministeriale del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”. Disponibile a: [www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_064856\\_6705.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_064856_6705.pdf). Ultimo accesso: 1° giugno 2018.

<sup>72</sup> Per questa dimensione, riportata nella proposta di decreto, non vengono individuati specifici indicatori nelle relative tabelle.

Una volta approvato, il decreto dovrebbe entrare in vigore dal 1° gennaio 2019: tuttavia, al momento della pubblicazione del presente Rapporto è difficile stimare sia i tempi di approvazione, sia il superamento definitivo dell'attuale griglia LEA. La preoccupazione è che l'eccellente lavoro tecnico non trovi in alcune Regioni adeguati sistemi informativi in grado di raccogliere tutti gli indicatori previsti, che entrano molto nel merito dell'erogazione di percorsi e processi assistenziali al fine di identificare in maniera precisa gli ambiti di miglioramento.

### 3.2.4. Conclusioni

Se il DPCM sui nuovi LEA rimanda ad ulteriori atti legislativi da concordare con Regioni e Province Autonome, l'assenza di una precisa tabella di marcia sta condizionando in maniera rilevante la fruibilità dei nuovi LEA in maniera uniforme sul territorio nazionale e, a 14 mesi dalla pubblicazione del DPCM, l'accessibilità alla maggior parte delle prestazioni incluse nei nuovi LEA resta ancora un lontano miraggio. In particolare, se era già prevista un'entrata in vigore dei nuovi LEA progressiva e legata ad una verifica da parte delle Regioni della loro sostenibilità economica, il considerevole ritardo nella pubblicazione dei nomenclatori tariffari senza alcun pressing da parte degli interlocutori istituzionali (*in primis* le Regioni) alimenta il sospetto che manchi un'adeguata copertura economica e, magari, si attenda un consistente sfoltoimento delle prestazioni da parte della Commissione LEA al fine di assicurare la compatibilità tra risorse disponibili e prestazioni da erogare in maniera omogenea sul territorio nazionale. Infatti, la sostenibilità economica dei nuovi LEA, oltre ad essere stata verosimilmente sottostimata, si è ulteriormente ridotta prima con il DM 5 giugno 2017 che ha rideterminato il finanziamento del SSN e successivamente con le previsioni del DEF 2018, secondo il quale quota consistente del finanziamento pubblico del 2018 (circa € 1 miliardo) "dovrebbe" essere destinato ai rinnovi contrattuali.

In uno scenario caratterizzato da un progressivo definanziamento pubblico che fa scricchiolare anche le performance delle Regioni più virtuose e nella consapevolezza che quelle "dissennate" non adempiono neppure all'erogazione dei "vecchi LEA", il grande traguardo politico dei nuovi LEA rischia di trasformarsi in una illusione collettiva con gravi effetti collaterali: allungamento delle liste d'attesa con spostamento della domanda verso il privato e aumento della spesa out-of-pocket sino alla rinuncia alle cure.

Considerato che il DEF 2018 esclude per i prossimi 3 anni un consistente rilancio del finanziamento pubblico, la Commissione Nazionale LEA non può limitarsi al *delisting* delle prestazioni obsolete (solo una piccola percentuale di quelle dal *value* basso o negativo), ma deve rivalutare complessivamente tutte quelle inserite nei LEA, facendo esplicito riferimento a un metodo rigoroso basato sulle evidenze e sul *value* (§ 3.2.1), al fine di effettuare un "consistente sfoltoimento". Oggi, infatti, la necessità di estendere oltre ogni limite il consenso professionale e sociale ha generato un inaccettabile paradosso che testimonia una programmazione sanitaria sganciata da quella finanziaria: infatti, rispetto agli altri paesi europei, i cittadini italiani dispongono sulla carta del "paniere LEA" più ricco, ma al tempo stesso il finanziamento pubblico è agli ultimi posti. In altre parole, nell'impossibilità di aumentare il finanziamento pubblico, per far fronte alla continua immissione sul mercato di innovazioni, solo escludendo dai LEA prestazioni dal basso *value* potrà esserne garantita sostenibilità e omogeneità. Peraltro, soltanto un consistente sfoltoimento dei LEA permetterebbe di porre le basi per una riforma della

“sanità integrativa”, che negli anni è divenuta “sostitutiva” (§ 3.4.), perché di fatto non rimane molto da integrare rispetto a quanto, solo potenzialmente, già offerto dal SSN.

Definire i LEA a livello centrale senza un’adeguata copertura finanziaria rappresenta una miccia che può riaccendere il conflitto istituzionale Stato-Regioni e ribaltare, a cascata, le responsabilità sulle aziende sanitarie e sui professionisti sanitari, con inevitabili ripercussioni, su cittadini, pazienti e famiglie, in particolare sulle fasce socio-economiche più deboli, rendendo evanescente il ruolo della Repubblica nel tutelare la salute delle persone.

### 3.3. Sprechi e inefficienze

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, in particolare quelli a finanziamento prevalentemente pubblico<sup>73</sup>, impone di riconoscere nel *value* il driver della sanità del XXI secolo<sup>74,75</sup>. Il *value*, definito da Michael Porter come il «ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità»<sup>76</sup>, risulta dal rapporto tra outcome di salute rilevanti per il paziente (esiti favorevoli – effetti avversi) e costi sostenuti e può essere stimato a vari livelli: intero percorso assistenziale, singolo intervento sanitario, tempo/uomo, etc.

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 avversi), oggi il dibattito tra gli stakeholder verte su due posizioni antitetiche<sup>77</sup>: produttori di farmaci e tecnologie mirano ad estendere i “criteri di inclusione” del numeratore, considerando outcome non strettamente correlati alla salute del paziente; finanziatori pubblici e privati sottolineano invece la necessità di espandere i “criteri di inclusione del denominatore”, includendo non solo i costi diretti, ma anche quelli indiretti, inclusi quelli ambientali.

Nonostante ormai in Italia venga comunemente utilizzato il termine “valore”, il Rapporto GIMBE continua ad utilizzare il termine *value*, in quanto la traduzione italiana potrebbe introdurre variabili di giudizio soggettive tra diverse categorie di stakeholder: peraltro valori e preferenze, in particolare di cittadini e pazienti, devono essere presi in considerazione per “modulare” il *value* nella dimensione personale<sup>78</sup>, in linea con l’articolazione del concetto di *value* in tre dimensioni (allocativa, tecnica e personale) secondo quanto proposto da Sir Muir Gray<sup>79</sup>.

<sup>73</sup> Silenzi A, Boccia S. Value-based Healthcare as a solution for the future of publicly funded healthcare systems. *Epidemiology Biostatistics and Public Health* 2017;14: e12702-1. Disponibile a: <https://ebph.it/article/view/12702>. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>74</sup> Gray M. Value based healthcare. *BMJ* 2017;356:j437.

<sup>75</sup> Porter, ME, Lee, TH. From volume to value in health care: the work begins. *JAMA* 2016;316:1047-1048.

<sup>76</sup> Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010;363:2477-81.

<sup>77</sup> Health Technology Assessment International (HTAi). HTA and Value: Assessing value, making value-based decisions, and sustaining innovation. February 2013.

<sup>78</sup> Jones S, Barlow D, Smith D, et al. Personalised and population healthcare for higher value. *J R Soc Med* 2018;111:84-87.

<sup>79</sup> Gray M, Jani A. Promoting Triple Value Healthcare in Countries with Universal Healthcare. *Healthc Pap.* 2016;15:42-8.

Confermando quanto riportato nelle precedenti edizioni il presente Rapporto fa riferimento alla definizione di Taiichi Ohno – padre del sistema di produzione della Toyota – secondo cui «gli sprechi sono generati da attività che consumano risorse senza generare *value*»<sup>80</sup>. In sanità, dunque, tutti i processi (clinici, organizzativi, amministrativi, etc.) che non migliorano la salute delle persone generano sprechi, anche se la loro esistenza è motivata da nobili motivazioni (occupazione, qualità percepita, consenso professionale e sociale, etc.).

Nel 2014, al fine di guidare Governo, Regioni, aziende sanitarie e professionisti nel processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze quale strategia irrinunciabile per contribuire alla sostenibilità del SSN, la Fondazione GIMBE ha adattato al contesto nazionale la tassonomia elaborata da Don Berwick<sup>81</sup>; quindi, facendo riferimento ad alcune stime fornite da Istituzioni e organizzazioni nazionali, ha definito il potenziale impatto delle sei categorie di sprechi sul SSN. Tale stima, riportata nel primo Rapporto GIMBE, è stata confermata nel gennaio 2017 dai dati OCSE del report *Tackling Wasteful Spending on Health*<sup>82</sup> che ha lanciato un monito molto chiaro: le evidenze sugli sprechi in sanità sono inequivocabili e non è più tempo di disquisire sulla loro esistenza, ma bisogna agire senza indugi. Secondo l'OCSE, infatti, circa il 20% della spesa sanitaria apporta un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone: considerato che almeno il 9% del PIL (di cui almeno 3/4 di spesa pubblica) viene investito in sanità e che gli sprechi si annidano a tutti i livelli (politica, management, aziende sanitarie, professionisti sanitari, pazienti), tutti gli stakeholder sono chiamati oggi a trovare soluzioni adeguate per ridurre gli sprechi “con precisione chirurgica”. Il report OCSE, in maniera estremamente pragmatica, considera sprechi sia le risorse erose da servizi e processi dannosi e/o che non determinano alcun beneficio, sia i costi che potrebbero essere evitati utilizzando alternative meno costose che producono gli stessi benefici. Di conseguenza, in maniera altrettanto concreta, identifica due strategie per ridurre gli sprechi:

- smettere di fare cose che non generano *value*;
- utilizzare, se esistono, alternative di efficacia/sicurezza sovrapponibili, ma dal costo inferiore.

Infine, mettendo in relazione errori, responsabilità e decisioni inadeguate degli stakeholder, criticità organizzative, disallineamento dei sistemi premianti e frodi intenzionali, l'OCSE identifica tre macro-categorie di sprechi: *wasteful clinical care*, *operational waste*, *governance-related waste*.

La tassonomia GIMBE è perfettamente sovrapponibile alle categorie di sprechi identificate dall'OCSE, fatta eccezione per la categoria del sotto-utilizzo, verosimilmente non presa in considerazione dall'OCSE perché corrisponde a sprechi indiretti, indotti dal peggioramento degli outcome di salute conseguente all'*underuse* di interventi sanitari dal *value* elevato. In particolare, la *wasteful clinical care* si identifica con il sovra-utilizzo, l'*operational waste* con gli acquisti a costi eccessivi e l'inadeguato coordinamento dell'assistenza, il *governance-related waste* alle complessità amministrative, mentre frodi e abusi possono di fatto essere considerati trasversali a tutte le categorie.

---

<sup>80</sup> Ohno T. Toyota Production System: Beyond Large-scale Production, Productivity Press Inc, 1995.

<sup>81</sup> Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-6.

<sup>82</sup> OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing: Paris 2017.

Nel corso dell'ultimo anno la tassonomia GIMBE e, in particolare, le stime sugli sprechi, sono state al centro di un acceso dibattito<sup>83</sup> con posizioni molto diverse: da chi ha bocciato senza appello presupposti metodologici e stime<sup>84</sup>, a chi ha espresso scetticismo sulle cifre<sup>85</sup>, a chi invece l'ha indicata come riferimento irrinunciabile per il salvataggio della sanità pubblica<sup>86</sup> grazie all'identificazione delle aree e delle strategie da cui recuperare risorse per riallocare<sup>87</sup>.

Considerato che la Fondazione GIMBE non ha mai replicato puntualmente alle critiche, il presente Rapporto rappresenta l'occasione per formulare alcune precisazioni:

- L'obiettivo della tassonomia GIMBE è delineare il perimetro e le macro-categorie di sprechi e inefficienze in sanità, identificare gli strumenti necessari per avviare un virtuoso processo di disinvestimento e riallocazione e monitorare normative e azioni finalizzate a raggiungere questo irrinunciabile obiettivo per la sostenibilità. Viceversa, a catalizzare l'attenzione delle critiche – non sempre scevre da interessi in conflitto – è stata più l'entità delle cifre (che hanno comunque un margine di variabilità del  $\pm 20\%$ ), che le eventuali criticità della tassonomia (definizioni, sovrapposizioni e interazioni, interventi necessari).
- Il presunto errore metodologico secondo cui le stime GIMBE sugli sprechi risulterebbero da un confronto diretto con il sistema sanitario degli USA è facilmente confutabile: il fatto che il titolo dell'articolo di Berwick utilizzato per elaborare la tassonomia GIMBE sia *Eliminating waste in US health care* e che l'autore abbia applicato le categorie di sprechi alla spesa sanitaria USA non pregiudica l'applicabilità ad altri contesti della tassonomia, ormai un riferimento internazionale per molti paesi. Peraltro, a chi fa riferimento all'enorme divario della spesa sanitaria pro-capite tra USA e Italia, va ricordato che mentre le stime di Don Berwick sono applicate alla spesa sanitaria totale, quelle GIMBE solo alla spesa pubblica.
- La stima totale degli sprechi potenzialmente recuperabili (20% della spesa sanitaria) è stata effettuata dall'OCSE che, pur includendo paesi con sistemi sanitari e PIL diversi, non ha mai ritenuto opportuno "aggiustare" la stima percentuale in relazione a tali differenze. In altre parole, l'OCSE invita tutti i paesi a mettere in atto strategie per ridurre gli sprechi perché almeno il 20% della spesa sanitaria, indipendentemente dal suo valore assoluto, può essere riqualificata.
- Una delle principali motivazioni per confutare le stime GIMBE sarebbe l'impossibile coesistenza di oltre € 20 miliardi di sprechi con un servizio sanitario che produce risultati eccellenti in termini di salute e con un finanziamento pubblico molto contenuto. Le spiegazioni sono fondamentalmente due: la prima è che gli esiti di salute nei paesi ricchi solo per il 10% dipendono dalla qualità dell'assistenza sanitaria<sup>88,89</sup>; la seconda è

<sup>83</sup> Marro E. Sanità: 22,5 miliardi di sprechi. Corriere della Sera, 12 giugno 2017. Disponibile a: [www.gimbe.org/rassegna\\_stampa/20170612\\_Corriere\\_della\\_Sera\\_Rapporto\\_GIMBE.pdf](http://www.gimbe.org/rassegna_stampa/20170612_Corriere_della_Sera_Rapporto_GIMBE.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>84</sup> Montemurro D, et al. I 'molti' dubbi sui reali sprechi in sanità. Lo studio Anaao Assomed. Quotidiano Sanità, 18 ottobre 2017. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=54885](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=54885). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>85</sup> Fassari C. Sulla sanità troppi numeri farlocchi sparati ad "alzo zero". Quotidiano Sanità, 14 giugno 2017. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=51722](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=51722). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>86</sup> Geddes da Filicaia M. Strategie per contenere la spesa sanitaria. Ridurre gli sprechi. In: La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, marzo 2018; pag 106-114.

<sup>87</sup> Geddes da Filicaia M. Parola chiave. Risparmio. Care 2018 (2): 22-24. Disponibile a: <http://careonline.it/2018/04/risparmio>. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>88</sup> World Health Organization. Health Impact Assessment (HIA). Determinant of health. Disponibile a: [www.who.int/hia/evidence/doh](http://www.who.int/hia/evidence/doh). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

che il definanziamento pubblico degli ultimi anni è stato prevalentemente scaricato sul personale sanitario dipendente e convenzionato, come attesta il trend 2004-2016 completamente “piatto” riportato dalla Ragioneria Generale dello Stato<sup>90</sup>. Sprechi e inefficienze riguardano, invece, prevalentemente beni e servizi (oltre che processi e procedure non facilmente monetizzabili), per i quali nello stesso periodo la spesa è aumentata.

- Due note sulla reazione istituzionale dell’allora Ministro Lorenzin, che ha etichettato “azzardati” i numeri delle stime GIMBE<sup>91</sup>: una presentazione ufficiale del Ministero della Salute<sup>92</sup> stimava tra 9 e 10 miliardi di euro il costo della medicina difensiva, facendo riferimento a diverse fonti (stime della Commissione parlamentare d’inchiesta sugli errori sanitari, indagine Agenas<sup>93</sup>, indagine dell’OMCeO di Roma<sup>94</sup>). Lo stesso Ministro, preparando il terreno per la legge sulla responsabilità professionale, affermava che «gli esami diagnostici inutili legati alla medicina difensiva costano 13 miliardi di euro l’anno»<sup>95</sup> e dopo la sua approvazione confermava che «la spesa per la medicina difensiva è stata cubata tra i 10 e i 13 miliardi»<sup>96</sup>. A fronte di queste stime, di gran lunga più “azzardate”, il precedente rapporto GIMBE attribuiva solo € 6,75 miliardi alla categoria di sprechi da “sovra-utilizzo”, peraltro solo in parte alimentati dalla medicina difensiva.

Per quanto sopra e anche in ragione dei feedback ricevuti attraverso la consultazione pubblica del precedente Rapporto, la Fondazione GIMBE prende atto di tutte le critiche costruttive e conferma la validità dell’approccio.

Per l’anno 2017 la stima di sprechi e inefficienze è di € 21,59 miliardi (19% della spesa sanitaria) sul consuntivo di € 113,599 miliardi di spesa sanitaria pubblica, riportato nel corso dell’audizione sul DEF 2018 della Corte dei Conti presso le Commissioni speciali della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica<sup>97</sup>. Si è ritenuto opportuno riportare il margine di variabilità ( $\pm 20\%$ ) anche per la stima totale: sprechi e inefficienze possono dunque erodere tra € 17,27 e € 25,91 miliardi, ovvero il 17-21% della spesa sanitaria pubblica (tabella 3.2).

---

<sup>89</sup> Institute for the future (ITF), Health and Healthcare 2010. The forecast, The challenge. Jossey Bass, Princeton, 2003.

<sup>90</sup> MEF – Ragioneria dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 4, 2017. Disponibile a: [www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2017/IMDSS-RS2017.pdf](http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2017/IMDSS-RS2017.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>91</sup> Beatrice Lorenzin: «Vi spiego i numeri della Sanità italiana». Corriere della Sera, 14 giugno 2017. Disponibile a: [www.corriere.it/cronache/17\\_giugno\\_13/beatrice-lorenzin-vi-spiego-numeri-sanita-italiana-b17fd566-5081-11e7-a437-ba458a65274a.shtml](http://www.corriere.it/cronache/17_giugno_13/beatrice-lorenzin-vi-spiego-numeri-sanita-italiana-b17fd566-5081-11e7-a437-ba458a65274a.shtml). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>92</sup> Ministero della Salute. Medicina difensiva. Disponibile a: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_1994\\_listaFile\\_itemName\\_0\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1994_listaFile_itemName_0_file.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>93</sup> Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Medicina difensiva: quanto ci costa? 20 novembre 2014. Disponibile a: [www.agenas.it/medicina-difensiva-quanto-ci-costa](http://www.agenas.it/medicina-difensiva-quanto-ci-costa). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>94</sup> Centro Studi Federico Stella. Il problema della medicina difensiva: una proposta di riforma. Dicembre 2008. Disponibile a: [www.collegiochirurgi.it/public/sceltipervoi/medicina\\_difensiva.pdf](http://www.collegiochirurgi.it/public/sceltipervoi/medicina_difensiva.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>95</sup> Lorenzin: “Esami inutili legati a medicina difensiva ci costano 13 mld di euro l’anno. Al lavoro su norme per evitare gli sprechi”. Quotidiano Sanità, 12 marzo 2015. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=26554](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=26554). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>96</sup> Senato della Repubblica. Presentazione del Rapporto 2017 della Corte dei conti sul coordinamento della finanza pubblica. 5 aprile 2017. Disponibile a: [www.youtube.com/watch?v=Ph1goawogP8&feature=youtu.be&t=1h25m10s](http://www.youtube.com/watch?v=Ph1goawogP8&feature=youtu.be&t=1h25m10s). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>97</sup> Audizione della Corte dei conti sul Documento di economia e finanza 2018 presso le Commissioni bilancio riunite del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati. Roma, 8 maggio 2018, pag 30. Disponibile a: [www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni\\_riunite/sezioni\\_riunite\\_in\\_sede\\_di\\_controllo/2018/audizione\\_08\\_05\\_2018.pdf](http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2018/audizione_08_05_2018.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Categoria	%	Mld €	±20%
1. Sovra-utilizzo	30	6,48	5,18 – 7,77
2. Frodi e abusi	22	4,75	3,80 – 5,70
3. Acquisti a costi eccessivi	10	2,16	1,73 – 2,59
4. Sotto-utilizzo	15	3,24	2,59 – 3,89
5. Complessità amministrative	11	2,37	1,90 – 2,85
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	12	2,59	2,07 – 3,11
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>21,59</b>	<b>17,27 – 25,91</b>

Tabella 3.2. Stima degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica 2017

La rivalutazione delle stime riportate nel presente Rapporto ha tenuto conto dell'impossibilità di stimare puntualmente l'impatto delle varie normative e iniziative messe in campo per ridurre gli sprechi (cfr. tabelle 1, 2, 3, 4, 5, 6), ma anche della ragionevole certezza che alcuni risultati siano già stati raggiunti. L'impatto complessivo degli sprechi è stato pertanto ridotto di un punto percentuale (dal 20% al 19%) con un recupero stimato di oltre € 1,3 miliardi nel 2017, distribuiti in maniera uniforme per ciascuna categoria di sprechi.

### 3.3.1. Sovra-utilizzo

Consistenti evidenze scientifiche documentano oggi l'*overuse* di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal *low value* a tutti i livelli dell'assistenza, da parte di tutte le professioni sanitarie e discipline specialistiche<sup>98</sup>: farmaci, interventi terapeutici, test di screening e diagnostici, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri. È fondamentale rilevare che il sovra-utilizzo di prestazioni inappropriate, in particolare quelle diagnostiche, non è imputabile solo alla medicina difensiva, alla quale si affiancano altre determinanti<sup>99</sup>: l'ipotrofia del ragionamento ipotetico-deduttivo e il prevalere della strategia diagnostica esaustiva, le perverse logiche di finanziamento e incentivazione di aziende e professionisti basate sulla produzione (non sull'appropriatezza) delle prestazioni, la medicalizzazione della società che genera continui atti di fede per la tecnologia, le crescenti aspettative di cittadini e pazienti per una medicina mitica e una sanità infallibile, il continuo turnover delle tecnologie con l'immissione sul mercato di false innovazioni, decisioni e prescrizioni non sempre immuni da conflitti di interesse, sentenze giudiziarie discutibili e avvocati senza scrupoli che contribuiscono a incrementare il contenzioso medico-legale.

Pertanto, considerata la natura multifattoriale del sovra-utilizzo, è utopistico ipotizzare che la legge sulla responsabilità professionale<sup>100</sup> da sola possa ridurre in maniera consistente questa categoria di sprechi.

<sup>98</sup> Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet* 2017;390:156-168.

<sup>99</sup> Cartabellotta A. Less is more: un approccio di sistema alla medicina difensiva. *Quaderni di Monitor* 2015, pagg. 18-27.

<sup>100</sup> Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

SOVRA-UTILIZZO	
<b>Definizione</b>	Prescrizione/erogazione di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) i cui potenziali rischi sono maggiori dei benefici ( <i>value</i> negativo), i benefici sono minimi rispetto ai costi sostenuti ( <i>value</i> basso) oppure i benefici non sono noti ( <i>value</i> sconosciuto) <sup>101</sup> .
<b>Determinanti</b>	Offerta di servizi, comportamenti professionali, aspettative di cittadini e pazienti.
<b>Stima spreco</b>	€ 6,48 miliardi (range € 5,18 - 7,77)
<b>Tassonomia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi sanitari dal <i>value</i> negativo: le evidenze documentano rischi maggiori dei benefici</li> <li>• Interventi sanitari dal <i>value</i> basso: le evidenze li documentano come inefficaci, efficaci ma inappropriati, efficaci e appropriati ma dai costi eccessivi rispetto alle alternative)</li> <li>• Interventi sanitari dal <i>value</i> sconosciuto: evidenze assenti e/o di scarsa qualità e/o discordanti, e/o profilo rischio-beneficio non noto</li> </ul>
<b>Esempi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaci: antibiotici nelle infezioni virali delle vie respiratorie, inibitori della pompa protonica in soggetti con dispepsia non ulcerosa, chemioterapia in pazienti terminali</li> <li>• Screening: carcinoma tiroide</li> <li>• Diagnostici: check-up periodici, esami preoperatori in pazienti classi ASA 1 e 2, TC/RM nella lombalgia senza segni di allarme (<i>red flags</i>) e prima di 4-6 settimane, TC/RM nella cefalea, coronarografia, colonscopie post-polipectomia</li> <li>• Interventi terapeutici: parti cesarei senza indicazione clinica, artroscopia "terapeutica" nell'artrosi del ginocchio, angioplastiche coronariche, protesi d'anca e di ginocchio e isterectomie inappropriate</li> <li>• Organizzativi: ospedalizzazioni e accessi al pronto soccorso inappropriati</li> <li>• Palliativi: gastrostomia endoscopica percutanea</li> </ul>
<b>Normative</b> <sup>102</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPCM 12 gennaio 2017 sui Nuovi LEA: All. 4a, All. 4b, All. 4c. Condizioni di erogabilità/indicazioni appropriatezza prescrittiva, All. 6a. DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria, All. 6b. Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery, trasferibili in regime ambulatoriale</li> <li>• L. 24/2017, art. 5. Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida</li> <li>• Programma Nazionale HTA dispositivi medici<sup>103</sup></li> <li>• DM 27 febbraio 2018. Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)</li> </ul>
<b>Iniziative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choosing Wisely Italy<sup>104</sup></li> <li>• Choosing Wisely<sup>105</sup></li> </ul>

Tabella 3.3. Sprechi da sovra-utilizzo

<sup>101</sup> Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA 1998; 280: 1000-05.

<sup>102</sup> Il DM 70/2015 (sezione volumi ed esiti) e il DM 21 giugno 2016 (allegato B) potrebbero avere come effetto paradosso l'overuse di interventi ospedalieri con il fine di raggiungere i volumi minimi di attività.

<sup>103</sup> Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici. Disponibile a: [www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_060346\\_Rep%20n%20157%20csr%20Punto%203%20odg.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_060346_Rep%20n%20157%20csr%20Punto%203%20odg.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>104</sup> Choosing Wisely Italy. Pratiche a rischio di inappropriatezza raccomandate da società scientifiche e associazioni professionali italiane. Disponibile a: [www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni](http://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>105</sup> Choosing Wisely. Disponibile a: [www.choosingwisely.org](http://www.choosingwisely.org). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

### 3.3.2. Frodi e abusi

L'Italia occupa posizioni non invidiabili relative alla corruzione nell'ambito delle attività economiche e produttive: lo score di 50 conquistato nel *Transparency Corruption Perceptions Index 2017* ci colloca al 58° posto nel mondo su 180 paesi, al 30° posto tra i 35 paesi dell'OCSE e al 25° tra i 31 dell'Europa<sup>106</sup>. Ovviamente, il problema della corruzione interessa ampiamente il settore sanitario, caratterizzato da un inestricabile mix di complessità, incertezze, distorsione delle informazioni scientifiche, qualità poco misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche. Tutti questi fattori rendono il sistema poco controllabile e hanno favorito negli anni il radicarsi di una vasta rete di malaffare: ingenti quantità di denaro vengono esposte a condizionamenti impropri, che determinano varie tipologie di frodi, abusi e illeciti e comportamenti opportunistici, erodendo risorse preziose al SSN. Uno studio effettuato da ISPE sanità nel 2014 ha stimato un'erosione di risorse di circa 6,4 miliardi di euro in sanità<sup>107</sup>, mentre il secondo rapporto "Curiamo la corruzione" stima un impatto tra € 4,3 mld e € 9,2 mld<sup>108</sup>. Nonostante le dichiarazioni sull'esistenza ed estrema gravità dei fenomeni corruttivi in sanità, Raffaele Cantone – Presidente dell'Autorità Nazionale anti-Corruzione (ANAC) – ha sempre messo in dubbio l'affidabilità di qualsiasi stima sui costi della corruzione.

FRODI E ABUSI	
<b>Definizione</b>	Risorse erose direttamente o indirettamente da fenomeni corruttivi e/o da comportamenti opportunistici influenzati da conflitti di interesse, che non necessariamente configurano reato o illecito amministrativo.
<b>Determinanti</b>	Conflitti di interesse, attitudine a comportamenti illeciti, assenza di etica professionale, minimizzazione del fatto illecito.
<b>Stima spreco</b>	€ 4,75 mld (€ 3,80 – 5,70 mld)
<b>Tassonomia<sup>109</sup></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Policy making e governance del sistema sanitario</li> <li>2. Regolamentazione del sistema sanitario</li> <li>3. Ricerca biomedica</li> <li>4. Marketing e promozione di farmaci, dispositivi e altre tecnologie sanitarie</li> <li>5. Acquisto di beni e servizi</li> <li>6. Distribuzione e stoccaggio di prodotti</li> <li>7. Gestione delle risorse finanziarie</li> <li>8. Gestione delle risorse umane</li> <li>9. Erogazione dei servizi sanitari</li> </ol>

<sup>106</sup> Transparency International. Corruption perceptions index 2017. Disponibile a: [www.transparency.org/news/feature/corruption\\_perceptions\\_index\\_2017](http://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2017). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>107</sup> ISPE Sanità. Libro Bianco sulla [Corruption in Sanità. Settembre 2014. Disponibile a: [www.ispe-sanita.it/1/upload/ispe\\_libroweb18settembre.pdf](http://www.ispe-sanita.it/1/upload/ispe_libroweb18settembre.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>108</sup> Transparency International Italia, in collaborazione con Censis, ISPE Sanità e RiSSC. Report 2017. Curiamo la corruzione: percezione rischi e sprechi in sanità. Aprile 2017. Disponibile a: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/transparency-curiamo/pdf-sito-produzione/report-curiamo-la-corruzione-2017.pdf>. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>109</sup> Tassonomia GIMBE di frodi e abusi in sanità. Appendice 1 in: 2° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del SSN. Giugno 2017. Disponibile a: [www.rapportogimbe.it/tassonomia\\_frodi\\_abusi](http://www.rapportogimbe.it/tassonomia_frodi_abusi). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<b>Esempi</b>	Influenze illecite sulle politiche sanitarie, selezione inadeguata di prodotti, utilizzo improprio dei fondi assegnati per la ricerca, modifiche improprie delle soglie di malattia, acquisti non necessari, immissione sul mercato di prodotti contraffatti o con standard inadeguati, evasione dei ticket sanitari per reddito, selezione/rimozione arbitraria di personale, utilizzo a fini privati di strutture, attrezzature, prodotti e ore lavorative pubblici.
<b>Normative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocollo d'intesa tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali del 5 novembre 2014<sup>110</sup></li> <li>• Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) Legge 6 novembre 2012 n. 190</li> <li>• Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015. Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione</li> <li>• Protocollo di intesa tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione e il Ministero della Salute del 21 aprile 2016<sup>111</sup></li> <li>• Atto integrativo del protocollo di intesa del 21 aprile 2016 tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e il Ministero della Salute del 26 luglio 2016<sup>112</sup></li> <li>• Delibera n. 831 del 3 agosto 2016. Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016</li> <li>• Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN del 20 settembre 2016<sup>113</sup></li> <li>• Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017. Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione</li> </ul>
<b>Iniziative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparency International<sup>114</sup></li> <li>• Illuminiamo la Salute<sup>115</sup></li> <li>• Curiamo la Corruzione<sup>116</sup></li> <li>• ISPE Sanità<sup>117</sup></li> </ul>

**Tabella 3.4. Sprechi da frodi e abusi**

<sup>110</sup> Protocollo d'intesa tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Roma, 5 novembre 2014. Disponibile a: [www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/DigitalAssets/pdf/protocolli/ProtoAnac\\_Agenas05.11.14.pdf](http://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/DigitalAssets/pdf/protocolli/ProtoAnac_Agenas05.11.14.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>111</sup> Protocollo di intesa tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione e il Ministero della Salute. Roma, 21 aprile 2016. Disponibile a: [www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/DigitalAssets/anacdocs/Attivita/ProtocolliIntesa/prot.anac.min.salute.21.04.16.pdf](http://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/DigitalAssets/anacdocs/Attivita/ProtocolliIntesa/prot.anac.min.salute.21.04.16.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>112</sup> Atto integrativo del protocollo di intesa del 21 aprile 2016 tra l'Autorità Nazionale Anticorruzione, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e il Ministero della Salute. Roma, 26 luglio 2016. Disponibile a: [www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/ProtocolliIntesa/2016/atto.integrativo.prot.anac.salute.agenas.21.06.2016.pdf](http://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/ProtocolliIntesa/2016/atto.integrativo.prot.anac.salute.agenas.21.06.2016.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>113</sup> Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN. Ministero della Salute, ANAC, AgeNaS, 20 settembre 2016. Disponibile a: [www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/ConsultazioniOnline/20161031/LGCodiciComportamentoSSN.31.10.16.pdf](http://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/ConsultazioniOnline/20161031/LGCodiciComportamentoSSN.31.10.16.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>114</sup> Transparency International. Disponibile a: [www.transparency.org/topic/detail/health](http://www.transparency.org/topic/detail/health). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>115</sup> Illuminiamo la Salute. Disponibile a: [www.illuminiamolasalute.it](http://www.illuminiamolasalute.it). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>116</sup> Curiamo la Corruzione. Disponibile a: [www.curiamolacorruzione.it](http://www.curiamolacorruzione.it). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>117</sup> ISPE - Istituto per la promozione dell'etica in sanità. Disponibile a: [www.ispe-sanita.it](http://www.ispe-sanita.it). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

### 3.3.3. Acquisti a costi eccessivi

La limitata implementazione dei prezzi di riferimento e l'assenza di regole ben definite su scala nazionale hanno fatto lievitare i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, attrezzature, etc.), oltre che di beni e servizi non sanitari (lavanderia, mensa, pulizie, riscaldamento, etc.) molto oltre il loro valore reale, con differenze regionali e aziendali assolutamente non giustificate. Nonostante l'attivazione di centrali di acquisto a più livelli (di area vasta, regionali, nazionali) e l'attività di controllo da parte di vari organismi, il DEF 2018 riporta che «la dinamica della spesa registrata nei consumi intermedi, al netto della componente farmaceutica, risulterebbe non aver beneficiato pienamente delle misure di contenimento della spesa per acquisto di beni e servizi, tra cui lo sviluppo di centralizzazione degli acquisti anche tramite l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione da Consip e dalle centrali regionali»<sup>118</sup>. Verosimilmente le motivazioni risiedono in alcune dinamiche strutturali del sistema di offerta che inducono i fornitori a mettere in atto la "strategia preventiva" del surplus nel prezzo di offerta in relazione a specifici "fattori di rischio" dell'acquirente: tempi di pagamento dilazionati e incerti con esposizione verso il sistema creditizio da parte del fornitore, oneri di immagazzinaggio conseguenti a incertezza sui tempi di consegna di materiale e attrezzature per riorganizzazioni e ristrutturazioni in corso, etc.

ACQUISTI A COSTI ECCESSIVI	
<b>Definizione</b>	Acquisti a costi non standardizzati, oltre il valore di mercato e con differenze regionali e locali.
<b>Determinanti</b>	Ritardi nei pagamenti dei fornitori, processi di gara non trasparenti, scarso monitoraggio, centrali uniche di acquisto che utilizzano procedure differenti.
<b>Stima spreco</b>	€ 2,16 mld (€ 1,73 – 2,59 mld)
<b>Tassonomia</b>	A. Tecnologie sanitarie B. Beni e servizi non sanitari
<b>Esempi</b>	A. Farmaci, vaccini, stent, ausili per incontinenza, protesi d'anca, medicazioni generali, defibrillatori, pacemaker, aghi e siringhe, valvole cardiache, etc. B. Gestione apparecchiature elettromedicali, pulizia, ristorazione, lavanderia, smaltimento rifiuti sanitari, guardiania e vigilanza armata, riscaldamento, utenze telefoniche, servizi informatici, etc.
<b>Normative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPCM 24 dicembre 2015<sup>119</sup></li> <li>• Dlgs. 50/2016 modificato dal Dlgs. 56/2017</li> <li>• Programma Nazionale HTA dispositivi medici<sup>120</sup></li> </ul>
<b>Iniziative</b>	ND

**Tabella 3.5. Sprechi da acquisti a costi eccessivi**

<sup>118</sup> Documento di Economia e Finanza 2018. Sezione II Analisi e tendenze della finanza pubblica, pag. 34. Disponibile a: [www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Contabilit e finanza pubblica/DEF/2018/DEF 2018 -Sez 2 -Analisi e Tendenze della Finanza Pubblica.pdf](http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Contabilit e finanza pubblica/DEF/2018/DEF 2018 -Sez 2 -Analisi e Tendenze della Finanza Pubblica.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>119</sup> DPCM sull'individuazione delle categorie merceologiche ai sensi dell'articolo 9, comma 3 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, unitamente all'elenco concernente gli oneri informativi, 24 dicembre 2015. Disponibile a: [www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2016/02/09/32/sg/pdf](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2016/02/09/32/sg/pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>120</sup> Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici. Disponibile a: [www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_060346\\_Rep%20n%20157%20csr%20Punto%203%20odg.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_060346_Rep%20n%20157%20csr%20Punto%203%20odg.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

### 3.3.4. Sotto-utilizzo

L'inadeguato trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica e all'organizzazione dei servizi sanitari determina l'*underuse* di interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'*high value*. Il sotto-utilizzo ritarda o impedisce la guarigione dei pazienti, aumenta le complicanze, determina ricoveri ospedalieri e interventi sanitari più costosi, genera assenze dal lavoro. Il sotto-utilizzo riguarda anche strategie di prevenzione primaria contro stili di vita e comportamenti individuali che danneggiano la salute. Ovviamente per questa categoria gli sprechi sono da intendersi come una stima indiretta dei costi generati dal peggioramento degli outcome di salute conseguente al sotto-utilizzo.

L'analisi del complesso fenomeno del sotto-utilizzo parte dal presupposto che in un sistema sanitario ideale tutte le persone hanno accesso all'assistenza sanitaria, il sistema offre tutti gli interventi ad elevato *value*, i professionisti sanitari (medici in particolare) prescrivono ed erogano tali interventi in relazione alle migliori evidenze scientifiche, i pazienti condividono le scelte e garantiscono la *compliance*<sup>121</sup>. Secondo questa analisi esistono 4 step differenti attraverso cui si genera il sotto-utilizzo:

- Mancato accesso all'assistenza: il sistema sanitario non offre adeguata copertura e/o i pazienti non riescono ad accedere all'assistenza disponibile e/o a sostenerne i costi per diverse motivazioni: distanza dalle sedi di erogazione dell'assistenza, povertà, status di immigrazione, etc.
- Intervento sanitario non disponibile: includono sia gli interventi dal *value* elevato non inseriti nei LEA, sia quelli inseriti ma non erogati per carenze strutturali, tecnologiche, organizzative, professionali.
- Intervento sanitario disponibile, ma non prescritto o non erogato: i professionisti sanitari, medici in particolare, non prescrivono/erogano interventi dall'elevato *value* supportati dalle migliori evidenze scientifiche.
- Mancata *compliance* del paziente: i pazienti non condividono gli interventi sanitari proposti, non rispettano gli appuntamenti, non garantiscono un'adeguata aderenza terapeutica per diverse ragioni: distanza, costi, fattori culturali, stigma, barriere linguistiche, condizioni socio-economiche.

---

<sup>121</sup> Glasziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet* 2017;390:169-177.

SOTTO-UTILIZZO	
<b>Definizione</b>	Sotto-utilizzo di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) dal <i>value</i> elevato: efficaci, appropriati e dal costo adeguato rispetto alle alternative.
<b>Determinanti</b>	Offerta di servizi, comportamenti professionali, aspettative di cittadini e pazienti.
<b>Stima spreco</b>	€ 3,24 miliardi (range € 2,59 – 3,89 mld)
<b>Tassonomia<sup>122</sup></b>	A. Mancato accesso all'assistenza B. Intervento sanitario non disponibile C. Intervento sanitario non prescritto o non erogato D. Mancata <i>compliance</i> del paziente
<b>Esempi</b>	A. Immigrato clandestino, residenza in aree disagiate B. Hospice, ADI, farmaci ad alto costo, vaccinazione anti-HPV, terapia cognitivo-comportamentale, riabilitazione polmonare C. Anticoagulanti nella fibrillazione atriale, oppiacei nel dolore oncologico D. Non aderenza a stili di vita raccomandati, scarsa <i>compliance</i> farmacologica
<b>Normative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L. 24/2017, art. 5. Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida</li> <li>• DM 27 febbraio 2018. Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)</li> </ul>
<b>Iniziative</b>	ND

Tabella 3.6. Sprechi da sotto-utilizzo

### 3.3.5. Complessità amministrative

In un sistema estremamente complesso come quello sanitario le complessità amministrative sono molto evidenti in tutti i processi non clinici: dalla gestione degli acquisti al controllo dei servizi esternalizzati, dalla gestione del bilancio alla verifica delle attività svolte e dei risultati ottenuti, dalle procedure amministrative sulle diverse prestazioni alla pianificazione e negoziazione del budget. Spesso tuttavia, il sovraccarico di obblighi burocratici sottrae tempo prezioso ai professionisti sanitari in un contesto dove, paradossalmente, i costi del personale amministrativo rappresentano una consistente voce di spesa del SSN. Per affrontare queste complessità i costi amministrativi possono essere contenuti mettendo in atto investimenti e modalità gestionali non adeguatamente diffuse: standardizzazione e informatizzazione di processi e procedure, dematerializzazione dei documenti, utilizzo adeguato di personale amministrativo nell'ambito dei processi assistenziali, applicazione dei principi *lean* al settore amministrativo.

<sup>122</sup> Glasziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet* 2017;390:169-177.

COMPLESSITÀ AMMINISTRATIVE	
<b>Definizione</b>	Processi non clinici (burocratici, gestionali, amministrativi) che consumano risorse senza generare <i>value</i> .
<b>Determinanti</b>	Eccesso di burocrazia, scarsa informatizzazione, ipertrofia del comparto amministrativo, mancata standardizzazione di processi non clinici e relative procedure.
<b>Stima spreco</b>	€ 2,37 mld (€ 1,90 – 2,85 mld)
<b>Tassonomia</b>	ND
<b>Esempi</b>	Gestione non informatizzata delle sale operatorie, ritardo nella consegna di referti e cartelle cliniche, difficoltà a tracciare e reperire documentazione cartacea.
<b>Normative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patto per la Sanità Digitale del 7 luglio 2016<sup>123</sup></li> </ul>
<b>Iniziative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità<sup>124</sup></li> </ul>

Tabella 3.7. Sprechi da complessità amministrative

### 3.3.6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza

Una delle criticità rilevate in tutti i sistemi sanitari riguarda l'inadeguato coordinamento dell'assistenza a due livelli che genera sprechi e inefficienze:

- All'interno dello stesso setting: ad esempio, in ospedale l'inadeguato coordinamento tra pronto soccorso e unità operative di degenza o tra queste e i servizi diagnostici per mancata standardizzazione di percorsi assistenziali e procedure determina ripetizione di test diagnostici, limitata comunicazione e collaborazione e differente approccio clinico-assistenziale tra vari specialisti, aumento della degenza media conseguente a ritardi nell'esecuzione di consulenze specialistiche, indagini strumentali, interventi chirurgici, etc.
- Tra setting differenti: i percorsi assistenziali nei pazienti con malattie croniche, in particolare quelli con multimorbilità, prevedono continue interazioni all'interfaccia tra ospedale e cure primarie. A questo livello entrano in gioco logiche e regole diversificate tra le strutture coinvolte (es. orari e giorni disponibili per la presa in carico), carenza di collegamenti, anche informatici, competizione tra aziende sanitarie per risparmiare risorse. Da qui derivano soprattutto inapproprietezze di setting, con pazienti che vengono assistiti in setting assistenziali più costosi di quanto necessario.

<sup>123</sup> Patto per la sanità digitale. Disponibile a: [www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_054271\\_REP%20123%20CSR%20%20PUNTO%207%20ODG.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_054271_REP%20123%20CSR%20%20PUNTO%207%20ODG.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>124</sup> Politecnico di Milano – School of Management. Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità. 11ª edizione. Milano, 8 maggio 2018. Disponibile a: [www.osservatori.net/it\\_it/osservatori/innovazione-digitale-in-sanita](http://www.osservatori.net/it_it/osservatori/innovazione-digitale-in-sanita). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<b>INADEGUATO COORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA</b>	
<b>Definizione</b>	Inefficienze intraziendali e interaziendali e/o scarsa integrazione tra diversi setting assistenziali o tra vari servizi dello stesso setting.
<b>Determinanti</b>	Mancata standardizzazione di percorsi, processi e procedure, assenza di reti integrate.
<b>Stima spreco</b>	€ 2,59 mld (€ 2,07 – 3,11 mld)
<b>Tassonomia</b>	A. Inadeguato coordinamento tra strutture dello stesso setting assistenziale B. Inadeguato coordinamento tra strutture appartenenti a setting differenti
<b>Esempi</b>	Duplicazione di test diagnostici, aumento tempi di attesa, aumento degenza media, inadeguata presa in carico post-dimissione, prenotazione prestazioni e ritiro referti, etc.
<b>Normative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patto per la Salute 2014-2016 (art. 3, art. 5)</li> <li>• Patto per la sanità digitale del 7 luglio 2016<sup>125</sup></li> <li>• DM 70/2015: reti, integrazione ospedale-territorio<sup>126</sup></li> <li>• Piano Nazionale delle Cronicità del 15 settembre 2016<sup>127</sup></li> <li>• DM 21 giugno 2016 (allegato B)<sup>128</sup></li> </ul>
<b>Iniziative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programma Nazionale Esiti<sup>129</sup></li> </ul>

**Tabella 3.8. Sprechi da inadeguato coordinamento dell'assistenza**

Ovviamente, ciascuna delle categorie di sprechi presenta variabili interazioni con le altre e/o gradi di sovrapposizione dai contorni sfumati e difficilmente quantificabili.

### 3.4. Espansione del secondo pilastro

Negli ultimi tempi si assiste ad un'inedita convergenza d'interesse sul finanziamento dei servizi sanitari da parte di fondi, assicurazioni e varie forme di welfare aziendale. In una fase storica caratterizzata da definanziamento pubblico e aumento della spesa out-of-pocket, convegni e incontri dedicati a tematiche socio-sanitarie, testate giornalistiche, pubblicazioni che riportano il logo di prestigiose Università e Istituti di ricerca sociale concordano

<sup>125</sup> Patto per la sanità digitale. Disponibile a: [www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_054271\\_REP%20123%20CSR%20%20PUNTO%207%20ODG.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_054271_REP%20123%20CSR%20%20PUNTO%207%20ODG.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>126</sup> Ministero della Salute. Decreto 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

<sup>127</sup> Piano Nazionale delle Cronicità. Disponibile a: [www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56361&parte=1%20&serie=null](http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56361&parte=1%20&serie=null). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>128</sup> Ministero della Salute. Decreto 21 giugno 2016. Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici.

<sup>129</sup> Ministero della Salute – Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Programma Nazionale Esiti 2017. Disponibile a: <http://pne2017.agenas.it>. Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

nell'indicare l'espansione del secondo pilastro come unica soluzione per garantire la sostenibilità della sanità pubblica e dell'intero sistema di welfare. Anche negli eventi organizzati o patrocinati da istituzioni pubbliche, il secondo pilastro viene liberamente promosso dagli esponenti del mondo assicurativo, in evidente posizione di legittimo conflitto di interessi, contribuendo ad alimentare tra gli interlocutori, decisori inclusi, un "pensiero unico": il secondo pilastro è uno strumento indispensabile per salvare il SSN privo di "effetti collaterali"<sup>130</sup>.

In questo contesto di (inconsapevole) entusiasmo, annoverare l'espansione del secondo pilastro tra le macro-determinanti della crisi di sostenibilità del SSN potrebbe apparire in prima battuta come una posizione anacronistica ovvero portatrice di un pregiudizio ideologico rispetto alla sanità integrativa. In realtà, l'espansione incontrollata del secondo pilastro, favorita da una normativa frammentata e incoerente che ha permesso alla sanità "integrativa" di diventare di fatto gradualmente "sostitutiva", è stata identificata come elemento critico sia nei commenti pervenuti attraverso la consultazione pubblica del 2° Rapporto GIMBE sia in varie pubblicazioni, documenti istituzionali e position paper pubblicati nel corso dell'ultimo anno<sup>131,132,133,134,135</sup>.

### 3.4.1. Secondo pilastro: le determinanti di un'apparente "necessità"

Le restrizioni finanziarie imposte alla sanità pubblica negli ultimi anni, se da un lato hanno contribuito al risanamento della finanza pubblica e all'aumento dell'efficienza nel SSN, dall'altro hanno indebolito il sistema di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, aggravato le difficoltà di accesso alle cure e ampliato le diseguaglianze. In questo contesto, l'aumento della spesa out-of-pocket e la rinuncia a prestazioni sanitarie si sono accompagnati alla crescita di forme alternative di copertura sanitaria e l'idea di affidarsi al secondo pilastro per garantire la sostenibilità del SSN si è progressivamente affermata per l'interazione di alcuni fattori:

- **Complessità della terminologia.** Attorno al semplice concetto di "sanità integrativa" oggi ruota una terminologia articolata e complessa (box 3.4), che da un lato rende sempre più difficile la comprensione di un tema già ostico per gli stakeholder della sanità, dall'altro ne facilita inevitabilmente l'espansione agevolando le strategie di comunicazione degli operatori di settore perché non tutti i decisori (politici, organizzazioni sindacali e di categoria, datori di lavoro), né tantomeno i media, spesso

---

<sup>130</sup> Geddes M. Tutti pazzi per il Secondo Pilastro. Salute Internazionale, 6 dicembre 2017. Disponibile a: [www.saluteinternazionale.info/2017/12/tutti-pazzi-per-il-secondo-pilastro](http://www.saluteinternazionale.info/2017/12/tutti-pazzi-per-il-secondo-pilastro). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>131</sup> Documento approvato dalla 12ª Commissione permanente, nella seduta del 10 gennaio 2018, a conclusione dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità. Pagg 86-95. Disponibile a: [www.senato.it/leg/17/BGT/Schede/docnonleg/35564.htm](http://www.senato.it/leg/17/BGT/Schede/docnonleg/35564.htm). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>132</sup> Piperno A. La previdenza sanitaria integrativa: configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy. Giugno 2017. Disponibile a: [www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO\\_SANITA/Online/Oggetti\\_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuiid=AE3xgVgC](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuiid=AE3xgVgC). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>133</sup> Geddes da Filicaia M. La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, marzo 2018.

<sup>134</sup> Rete Sostenibilità e Salute. Appello della Rete Sostenibilità e Salute. I Fondi Sanitari "integrativi" e sostitutivi minacciano la salute del Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile a: [www.sostenibilitaesalute.org/appello-della-rete-sostenibilita-e-salute-i-fondi-sanitari-integrativi-e-sostitutivi-minacciano-la-salute-del-servizio-sanitario-nazionale](http://www.sostenibilitaesalute.org/appello-della-rete-sostenibilita-e-salute-i-fondi-sanitari-integrativi-e-sostitutivi-minacciano-la-salute-del-servizio-sanitario-nazionale). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>135</sup> Rete Sostenibilità e Salute. I Fondi Sanitari integrativi e sostitutivi e le Assicurazioni Sanitarie. Disponibile a: [www.medicinademocratica.org/wp/wp-content/uploads/2017/11/Documento.-I-Fondi-Sanitari-integrativi-e-sostitutivi-e-le-Assicurazioni-Sanitarie-5.pdf](http://www.medicinademocratica.org/wp/wp-content/uploads/2017/11/Documento.-I-Fondi-Sanitari-integrativi-e-sostitutivi-e-le-Assicurazioni-Sanitarie-5.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

“imbeccati” sul tema da catastrofiche previsioni di rinunce alle cure, sono in grado di valutare le numerose sfumature che condizionano vantaggi e svantaggi della “sanità integrativa”.

#### Box. 3.4. Glossario

- **Assicurazioni.** Identificano la componente profit dei “terzi paganti”.
  - **Fondi sanitari.** Identificano la componente no-profit dei “terzi paganti”: includono fondi sanitari propriamente detti, società di mutuo soccorso, casse, enti. Dal punto di vista fiscale vengono distinti in fondi *doc* (tipo A) e fondi *non doc* (tipo B).
  - **Sanità integrativa.** Nel linguaggio comune l’espressione viene spesso utilizzata in maniera impropria come sinonimo di spesa intermediata, nonostante le differenze che esistono tra fondi sanitari e polizze assicurative, rispettivamente secondo e terzo pilastro secondo il D.lgs 502/1992.
  - **Secondo pilastro.** Identifica formalmente la sanità collettiva integrativa erogata tramite i fondi sanitari ai sensi del D.lgs 502/1992, anche se oggi il termine viene spesso utilizzato per identificare qualsiasi forma di copertura da “terzo pagante”.
  - **Spesa intermediata.** Spesa sanitaria privata non sostenuta direttamente dai cittadini, ma intermediata da un “terzo pagante” (fondo, assicurazione, etc.).
  - **Terzi paganti.** Soggetti pubblici e privati (no-profit e commerciali) che offrono coperture di beni e servizi sanitari accanto a quella pubblica del SSN.
  - **Terzo pilastro.** Sanità individuale erogata tramite polizze assicurative individuali ai sensi del D.lgs 502/1992.
  - **Welfare aziendale.** Include svariate iniziative con cui i datori di lavoro offrono benefit economici e/o prestazioni a dipendenti e loro familiari, tra cui beni e servizi sanitari sostitutivi, aggiuntivi o complementari rispetto a quanto già offerto dal SSN.
- **Frammentazione della normativa.** Nel corso di oltre 25 anni la stratificazione di leggi e decreti sulla sanità integrativa ha generato un impianto legislativo incompleto e frammentato (box 3.5), producendo un sistema non controllato dove:
    - i fondi sanitari, formalmente enti no-profit, per problemi di solvibilità possono “riassicurarsi” con una o più compagnie assicurative che spesso rivestono anche il ruolo di gestori dei fondi;
    - i fondi sanitari erogano prevalentemente prestazioni sostitutive rispetto a quelle già incluse nei LEA;
    - le imprese beneficiano di agevolazioni fiscali che indirettamente alimentano il business delle compagnie assicurative che assicurano e gestiscono i fondi sanitari.

In altri termini, la normativa frammentata e incompleta ha configurato un sistema dove i fondi sanitari integrativi, divenendo prevalentemente sostitutivi, hanno progressivamente perduto quella caratteristica di complementarietà al SSN che attribuiva loro una meritorietà in termini di agevolazioni fiscali.

### Box. 3.5. Sanità integrativa: riferimenti normativi

- **L. 833/1978.** Prevede la possibilità di integrare le prestazioni erogate dal servizio pubblico tramite il ricorso ad assicurazioni private o a forme di mutualità volontaria.
  - **D.lgs 502/1992.** Introduce la categoria dei fondi sanitari integrativi, individuando 3 pilastri per il futuro della sanità italiana:
    - a) la sanità pubblica basata sul principio dell'universalità, dell'eguaglianza e della solidarietà;
    - b) la sanità collettiva integrativa (fondi sanitari integrativi);
    - c) la sanità individuale, attraverso polizze assicurative individuali.
  - **DL 229/1999.** Delinea in maniera più netta le caratteristiche dei fondi integrativi il cui fine viene indicato come quello di preservare le caratteristiche di solidarietà ed universalismo della sanità pubblica e, al tempo stesso, di incoraggiare la copertura di quei servizi che non rientrano nei LEA in tutto o in parte (ticket). Rilevando in modo chiaro il concetto di "integratività", che pone i fondi come "subordinati al SSN", il decreto concede esclusivamente a tali fondi le agevolazioni fiscali poi sancite dal **DL n. 41 del 2000** che modifica il testo unico delle imposte sui redditi di cui al **DPR n. 917 del 1986**.
  - **DM 31 marzo 2008** (cd. decreto Turco). Supera l'iniziale distinzione tra fondi *doc* (rispondenti ai requisiti di cui all'art. 9 del DL 502/1992) e fondi *non doc* (tutti gli altri fondi sanitari) introdotta dal DL 41/2000 che prevedeva che i fondi *non doc*, ovvero casse e fondi che offrono coperture sanitarie di tipo sostitutivo, subissero una graduale riduzione del beneficio fiscale in caso di mancato adeguamento ai requisiti previsti dal D.lgs 502/1992. Istituisce inoltre l'anagrafe dei fondi sanitari integrativi presso il Ministero della Salute.
  - **DM 27 ottobre 2009** (cd. decreto Sacconi). Modifica il DM 31 marzo 2008 e definisce procedure e modalità del funzionamento dell'anagrafe dei fondi integrativi.
  - **Legge di Stabilità 2016.** Consente di trasformare i premi di risultato anche in contribuzione a forme di sanità integrativa senza l'applicazione di alcuna imposta entro limite di 2.000 euro/anno, aumentato a € 2.500 euro/anno in caso di coinvolgimento paritetico dei lavoratori, sino a € 50.000 di reddito lordo.
  - **Legge di Bilancio 2017.** Aumenta i limiti dei premi fissati dalla Legge di Stabilità 2016 da € 2000/anno a € 3.000/anno e da € 2.500/anno a € 4.000/anno ed estende la platea di beneficiari aumentando la soglia di reddito lordo a € 80.000.
- 
- **Scarsa trasparenza.** Le dinamiche sui fondi sanitari e le modalità con cui operano rimangono di fatto sconosciute, sia perché l'anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi mantenuta dal Ministero della Salute non è pubblicamente accessibile, sia perché sui dati periodicamente trasmessi dai fondi non avviene alcuna verifica/certificazione istituzionale.
  - **Carenza di sistemi di controllo.** Come rilevato dalla senatrice Donella Mattesini in Commissione Igiene e Sanità al Senato nel dicembre 2015<sup>136</sup>, la causa della sovrapposizione tra prestazioni coperte dai fondi e incluse nei LEA risiede nel fatto che non esiste controllo, né regime sanzionatorio, per la mancanza di alcuni decreti attuativi. In particolare, il comma 8. dell'art. 9 della L. 502/1992 prevedeva un regolamento per

<sup>136</sup> Legislatura 17 Atto di Sindacato Ispettivo n° 3-02420. Pubblicato il 3 dicembre 2015, nella seduta n. 548. Disponibile a: [www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=Sindisp&leg=17&id=00952093&parse=si&toc=no](http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=Sindisp&leg=17&id=00952093&parse=si&toc=no). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

disciplinare l'ordinamento dei fondi integrativi rispetto a: modalità di costituzione e di scioglimento, composizione degli organi di amministrazione e controllo, forme e modalità di contribuzione, soggetti destinatari dell'assistenza, trattamento e garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare, cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del SSN. Inoltre, non esiste una vera authority di vigilanza dei fondi sanitari, visto che accanto a semplici attività amministrative (richiesta d'iscrizione all'anagrafe, variazioni di organigramma, dati di bilancio) non risultano azioni di analisi e verifica dei dati da parte delle Ministero della Salute.

- **Evoluzione delle relazioni sindacali e industriali.** Nel corso degli ultimi anni sono intervenuti numerosi cambiamenti: dalla moderazione salariale ai mutamenti nelle modalità di contrattazione, alle varie forme di agevolazioni fiscali (es. contributi versati da datori di lavoro e lavoratori, *fringe benefit*, welfare aziendale).
- **Strategie di marketing.** Lo sviluppo dell'intermediazione finanziaria-assicurativa, spinta dalle necessità di un mercato delle prestazioni sanitarie messo in crisi dalla riduzione del finanziamento pubblico, ha progressivamente elaborato una martellante campagna mediatica basata su un assioma correlato a criticità consequenziali solo in apparenza: riduzione del finanziamento pubblico, aumento della spesa out-of-pocket, difficoltà di accesso ai servizi sanitari e rinuncia alle cure. Secondo i sostenitori di tale assioma la relazione tra queste criticità, che in realtà non è affatto lineare, ha una chiave interpretativa che porta verso una soluzione univoca: potenziare il secondo pilastro per salvare il SSN facendo leva su slogan allarmistici molto efficaci, quali «12,2 milioni di italiani hanno rinunciato o rinviato prestazioni sanitarie»<sup>137</sup> e «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»<sup>137</sup>.

Ecco che allora diventa indispensabile fare il percorso inverso, ovvero analizzare la veridicità dei singoli fattori per valutare se davvero il prodotto di questa equazione è solo uno, ovvero che il SSN può essere messo in sicurezza esclusivamente potenziando il secondo pilastro.

- **Riduzione del finanziamento pubblico.** I dati riportati al capitolo § 3.1 sono molto eloquenti: dal 2013 al 2018 il finanziamento pubblico formalmente è aumentato di quasi € 7 miliardi, ma quelli sopravvissuti sono € 5,968 miliardi; nel periodo 2015-2019 l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica ha determinato, rispetto ai livelli programmati, una riduzione cumulativa del finanziamento del SSN di € 12,11 miliardi; il DEF 2018 ha ridotto il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% del 2018 al 6,4% del 2019, al 6,3% nel 2020 e nel 2021.
- **Aumento della spesa out-of-pocket.** Secondo le stime riportate al capitolo § 2, per l'anno 2016 la spesa sanitaria privata ammonta a € 45,431 miliardi di cui oltre l'87% è out-of-pocket, ovvero quasi € 40 miliardi sono a carico delle famiglie con una spesa pro-capite di € 657,38, superiore alla media OCSE. Se tale incremento è un dato incontestabile, le analisi sui consumi privati in sanità confermano che la spesa out-of-pocket solo in parte serve a fronteggiare le minori tutele pubbliche: molto spesso infatti rappresenta un indicatore di benessere che porta ad acquistare beni e servizi

<sup>137</sup> In Italia ormai la sanità non è più per tutti. Comunicato stampa Censis-RBM Assicurazione Salute, 7 giugno 2017. Disponibile a: [www.censis.it/7?shadow\\_comunicato\\_stampa=121116](http://www.censis.it/7?shadow_comunicato_stampa=121116). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

assolutamente futili, non sostenuti da alcuna base scientifica, sulla scia di consumismo, pseudo-diagnosi e preferenze individuali. Peraltro, non esiste alcuna evidenza che potenziare il secondo pilastro, ovvero aumentare la spesa intermediata, determini una riduzione della spesa out-of-pocket, che di fatto segue altre dinamiche.

- **Difficoltà di accesso ai servizi sanitari e rinuncia alle cure.** Gli slogan persuasivi sopra menzionati derivano da una mera proiezione in valori assoluti dei risultati di un'indagine campionaria su 1.000 cittadini ai quali è stato chiesto se, nel corso dell'anno, avessero rinunciato o rinviato ad almeno una prestazione sanitaria senza però specificarne tipologia ed effettiva urgenza. In realtà, secondo l'indagine europea sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie (EU-SILC), gli Italiani che hanno rinunciato a una o più prestazioni sanitarie sono meno di 5 milioni, un dato in linea con altri paesi europei. Inoltre, dall'indagine multiscopo ISTAT sulla salute risulta che la frequenza delle rinunce è proporzionale al numero di prestazioni, ovvero chi rinuncia a una prestazione ha già fruito di altre. Ecco che allora il roboante «12,2 milioni di italiani rinunciano alle cure» si trasforma in un meno sensazionalistico «meno di 5 milioni di Italiani hanno rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria». Peraltro, non conoscendo la reale necessità o l'urgenza né tantomeno l'appropriatezza delle prestazioni non fruito, il potenziale impatto di queste rinunce sulla salute è assolutamente ignoto. Analogamente, nell'indagine ISTAT EU-SILC alla domanda «Negli ultimi 12 mesi, ci sono stati periodi in cui non aveva i soldi per pagare le spese per malattie?» hanno risposto positivamente solo il 10,5% degli italiani, una percentuale certamente rilevante, ma meno preoccupante di «più di un italiano su quattro».

Questa analisi dimostra che l'assioma portante che punta sull'inderogabile rafforzamento del secondo pilastro nasce da una sapiente combinazione di dati reali (definanziamento), interpretazione opportunistica di un fenomeno di mercato (aumento della spesa out-of-pocket) e dati ottenuti da uno studio metodologicamente inadeguato e finanziato da una compagnia assicurativa, ma talmente legittimato dalla divulgazione pubblica da oscurare e prendere il sopravvento sui dati ufficiali dell'ISTAT, che invece provengono da ricerche rigorose e trasparenti, oltre che armonizzate a livello europeo. Infatti, i catastrofici dati del VII Rapporto RBM-Censis sono stati immediatamente smentiti da autorevoli ricercatori<sup>138</sup> e successivamente dallo stesso Ministero della Salute, nonostante il patrocinio concesso, con la nota del 31 luglio 2017<sup>139</sup> (box 3.6).

---

<sup>138</sup> Costa G, Cislighi C, Rosano A. Quanti italiani rinunciano davvero alle cure? Scienza in Rete, 9 giugno 2017. Disponibile a: [www.scienzainrete.it/articolo/quanti-italiani-rinunciano-davvero-alle-cure/giuseppe-costa-cesare-cislighi-aldo-rosano](http://www.scienzainrete.it/articolo/quanti-italiani-rinunciano-davvero-alle-cure/giuseppe-costa-cesare-cislighi-aldo-rosano). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>139</sup> Ministero della Salute. Comunicato n. 75 del 31 luglio 2017. I dati Istat contraddicono il Censis. Disponibile a: [www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_4\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=salastampa&p=comunicatistampa&id=4921](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=salastampa&p=comunicatistampa&id=4921). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

### Box. 3.6. Ministero della Salute. Comunicato n. 75 del 31 luglio 2017: i dati ISTAT contraddicono il Censis

- Oggi numerosi organi di informazione rilanciano i dati di uno studio Censis-RBM Assicurazione Salute, già ampiamente diffusi a giugno, dove si afferma che 12,2 milioni d'italiani avrebbero rinunciato a prestazioni sanitarie (almeno una volta l'anno) per motivi economici.
- Il Ministero della Salute sottolinea come il dato di 12,2 milioni sia una mera proiezione in valori assoluti dei risultati di un'indagine campionaria su 1.000 cittadini ai quali è stato chiesto se, nel corso dell'anno, avessero rinunciato o rinviato ad almeno una prestazione sanitaria senza però specificarne tipologia ed effettiva urgenza.
- Per questo riteniamo improprio parlare genericamente di 12,2 milioni di italiani che rinunciano alle cure per motivi economici anche perché il dato è in evidente contrasto con due precedenti indagini ISTAT effettuate su vastissima scala.
- In primis il Rapporto annuale ISTAT 2017 (fonte ISTAT-EU-SILC che si basa su un campione di circa 29.000 famiglie, per un totale di quasi 70.000 individui) riporta come la quota di persone che ha rinunciato a una visita specialistica negli ultimi 12 mesi perché troppo costosa è stata pari al 6,5% della popolazione (3,9 mln di persone).
- Un'ulteriore discrepanza si rileva poi confrontando il dato Censis-RBM con l'indagine Istat-EU\_SILC secondo cui sono meno di 5 milioni, cioè meno della metà delle stime dichiarate dal Censis-RBM, gli Italiani che hanno rinunciato a una o più prestazioni sanitarie.
- Tra l'altro il confronto internazionale evidenzia che la percentuale italiana della popolazione che ha dichiarato di aver rinunciato a una prestazione sanitaria per motivi economici è in linea con la realtà europea: Italia 7,8%, Svezia 9,2%, Francia 6,3%, Danimarca 6,9%, Germania 5,4% (i valori sono riferiti al 2014 e alla popolazione dai 16 anni in su aggiustata per età e genere sulla media europea).

### 3.4.2. L'ecosistema dei "terzi paganti" in sanità

Il termine "terzi paganti" è l'unico che, in maniera omnicomprensiva, permette di includere tutti i soggetti (pubblici o privati, profit o no-profit, fondi o assicurazioni) che offrono coperture e garanzie di beni e servizi sanitari, accanto all'assicurazione pubblica offerta dal SSN di cui tutti i cittadini italiani godono dopo l'istituzione della L. 833/1978. Dal punto di vista giuridico-istituzionale l'ecosistema dei "terzi paganti" in sanità è variamente popolato: fondi sanitari, casse mutue, società di mutuo soccorso, assicurazioni sanitarie individuali e collettive ai quali si aggiungono i rimborsi diretti erogati dai datori di lavoro.

Come recentemente descritto da Piperno<sup>140</sup> la complessità del sistema è tale che i 60 milioni di cittadini italiani, accomunati dall'essere "assicurati" con il primo pilastro pubblico, possono essere suddivisi in almeno 16 categorie in relazione a tre variabili che condizionano la spesa privata:

- avere, o meno, una "seconda assicurazione" privata sotto qualsiasi forma: impresa commerciale, fondo sanitario, benefit fiscale da welfare aziendale, assicurazione;
- effettuare, o meno, spesa sanitaria out-of pocket;

<sup>140</sup> Piperno A. La previdenza sanitaria integrativa: configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy. Giugno 2017. Disponibile a: [www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO\\_SANITA/Online/Oggetti\\_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

- godere, o meno, della detrazione fiscale totale o parziale sulla spesa effettuata (escludendo il caso degli oneri deducibili per semplificare il quadro).

Accanto alla varietà dei soggetti, esistono differenze relative a regole, incentivi fiscali, modelli di gestione e operativi (box 3.7), ma il denominatore comune dei “terzi paganti” è l’identità della loro funzione, alimentata sia da risorse private, sia da risorse pubbliche sotto forma di agevolazioni fiscali.

### Box. 3.7. L’ecosistema dei “terzi paganti”

#### Tipologia di soggetti

- Fondi sanitari
  - Tipo A (*doc*)
  - Tipo B (*non doc*)
    - Autoassicurati
    - Assicurati da una compagnia esterna
- Polizze assicurative (rami danni e vita)
  - Individuali
  - Collettive

#### Modelli di rimborso

- Diretto: il “terzo pagante” paga direttamente l’erogatore della prestazione e nulla è dovuto dall’iscritto/assicurato
- Indiretta: l’iscritto/assicurato paga l’erogatore e richiede al “terzo pagante” il rimborso (totale o parziale) secondo quanto previsto dal regolamento, statuto o contratto

#### Modelli di gestione (fondi sanitari)

- Fondo autogestito
- Fondo autogestito con servizi amministrativi esterni
- Fondo affidato in gestione ad una o più compagnie assicurative

Se consistenti evidenze dimostrano che la presenza di “terzi paganti” si associa ad un aumento dei consumi e della spesa sanitaria, è indispensabile valutarne benefici e rischi in relazione al loro posizionamento rispetto alle tutele già esistenti. In particolare, nei paesi che, come l’Italia, prevedono un SSN pubblico, l’impatto del “secondo pilastro” deve essere valutato nell’alveo del primo che, oltre ad esistere per tutti, non permette l’*opting out*, ovvero la possibilità di “tirarsi fuori” dalla copertura sanitaria pubblica. Ecco perché, prima di entrare nel merito della classificazione dei “terzi paganti” è fondamentale analizzare le coperture da loro offerte rispetto a quelle già previste dal SSN.

### 3.4.3. Tipologia di coperture

Rispetto alla tipologia di beni e servizi che possono essere coperti dai “terzi paganti”, il presente Rapporto fa riferimento alla classificazione elaborata da Piperno già nel 1997<sup>141</sup>,

<sup>141</sup> Piperno A. Mercati assicurativi e istituzioni: la previdenza sanitaria integrativa. Bologna: Il Mulino, 1997.

poi ripresa integralmente nel suo recente rapporto<sup>142</sup>, che identifica tre tipologie di coperture:

- **Sostitutiva:** copre servizi e prestazioni già incluse nei LEA, spesso a condizioni migliori per il cittadino (es. tempi di attesa inferiori). Anche se in linea puramente teorica può sostituirsi interamente all’offerta pubblica, tale copertura riguarda solo alcuni servizi, in genere particolarmente vantaggiosi per l’erogatore.
- **Aggiuntiva:** integra la copertura pubblica colmando il gap “differenziale” tra le prestazioni garantite dal SSN e la quota a carico del cittadino: ad es. la compartecipazione alla spesa (ticket) o le integrazioni relative ad aspetti accessori (es. camere a pagamento).
- **Complementare:** copre prestazioni escluse dai LEA.

Tale classificazione è perfettamente allineata a quella dell’OCSE che ne prevede una quarta, non applicabile nel nostro Paese<sup>143</sup>, ovvero la copertura sanitaria privata nei paesi in cui o non esiste un servizio sanitario pubblico, oppure esiste ma i cittadini hanno il diritto di esercitarne l’*opting out* (es. Germania), evitando di pagare le imposte per il sistema sanitario pubblico ed usufruendo solo di un’assicurazione privata.

Oggetto della copertura	OCSE	Piperno
Prestazioni incluse nei LEA	Duplicativa	Sostitutiva
Quote differenziali*	Complementare	Aggiuntiva
Prestazioni escluse dai LEA	Supplementare	Complementare

\*Ticket, integrazioni su aspetti accessori

**Tabella 3.9. Classificazione delle coperture offerte dai “terzi paganti”**

Anche le compagnie assicurative hanno elaborato una classificazione delle prestazioni coperte: il *Joint Actuarial Team* di RBM Salute e Munich Health in collaborazione con il Censis hanno recentemente analizzato le prestazioni contenute nella Classificazione delle Garanzie previste dai Nomenclatori dei Fondi Campione e dettaglio Sinistri, classificandole in tre categorie<sup>144</sup>:

- **Integrative:** rientrano nella soglia delle risorse vincolate ex DM 27 ottobre 2009.
- **Complementari:** non rientrano nella soglia delle risorse vincolate ex DM 27 ottobre 2009 o non sono state individuate dallo stesso DM.
- **Sostitutive:** vengono fornite in alternativa a quelle già erogate dal SSN nell’ambito dei LEA.

<sup>142</sup> Piperno A. La previdenza sanitaria integrativa: configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy. Giugno 2017. Disponibile a: [www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editorice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO\\_SANITA/Online/Oggetti\\_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuiid=AE3xgVgC](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editorice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuiid=AE3xgVgC). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>143</sup> Colombo F, Tapay N. Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health Working Papers n. 15: Paris, 2004.

<sup>144</sup> RBM Salute, Munich Health, in collaborazione con CENSIS. I Fondi Sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà. Dicembre 2015.

Senza entrare nel dettaglio delle differenze tra le due classificazioni, il termine “prestazione sostitutiva” identifica per entrambe una prestazione già inclusa nei LEA, confermando che oggi il termine di “sanità integrativa” è divenuto anacronistico e fuorviante nell’ambito del dibattito pubblico sul ruolo del “secondo pilastro”. Infatti, secondo i dati forniti dagli stessi operatori di settore<sup>145</sup>, nel 2016 il 60,5% delle prestazioni erogate dai fondi sanitari sono sostitutive e usufruiscono anche dei benefici fiscali previsti dalla normativa. In altri termini, non solo il “secondo pilastro” può coprire prestazioni già incluse nei LEA sino all’80% delle risorse impiegate dai fondi sanitari, ma beneficia di agevolazioni fiscali che dirottano risorse pubbliche verso erogatori privati, concretizzando un vero e proprio cortocircuito del SSN (§ 3.4.5).

### 3.4.4. Classificazione dei “terzi paganti”

Una prima, generica, classificazione dei “terzi paganti” è quella che distingue enti no profit (fondi sanitari, società di mutuo soccorso, casse mutue) ed enti profit rappresentati dalle compagnie assicurative. Rispetto alla tipologia di prodotto, i fondi sanitari sono 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 e, sulla carta, di non concorrenza con le prestazioni a carico del SSN. Inoltre, i fondi sanitari godono di specifiche agevolazioni fiscali: deducibilità dei contributi sino a € 3.615,20 e detrazione della quota parte delle spese sanitarie a proprio carico (tabella 3.10).

	Fondi sanitari	Polizze assicurative
Scopo di lucro	NO	Sì
Rapporto con l’assistito	Statuto/Regolamento	Contratto
Costi	Contributo fisso	Premio variabile in relazione a diversi elementi
Selezione dei rischi	NO	Sì
Copertura malattie pregresse	Sì	NO
Possibilità di recesso	NO	Sì
Agevolazioni fiscali	Deducibilità contributi sino a € 3.615,20 Detrazione della quota parte delle spese sanitarie a proprio carico	Detrazione al 19% delle spese sanitarie rimborsate per effetto di polizze il cui premio non dà diritto a detrazione

Tabella 3.10. Principali differenze tra fondi sanitari e polizze assicurative

<sup>145</sup> VII Rapporto RBM Censis. Il futuro del Sistema Sanitario in Italia tra universalismo, nuovi bisogni di cura e sostenibilità. Roma, luglio 2017. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2421529.pdf](http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2421529.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

### 3.4.4.1. Fondi sanitari

I fondi sanitari sono una realtà molto complessa, composta da centinaia di soggetti (fondi, casse, enti) molto eterogenei quanto a coperture, premi, modalità di gestione delle attività, erogazione delle prestazioni, etc., e spesso variamente collegati fra loro.

Come già riportato (box 3.5), la normativa stratificatasi negli anni ha delineato un quadro prevalentemente sostitutivo, piuttosto che integrativo, perché ha preso atto che accanto ai fondi integrativi operano fondi non integrativi con pari riconoscimento e agevolazioni. Infatti, all'Anagrafe del Ministero della Salute – anacronisticamente ancora denominata “dei fondi sanitari integrativi” – possono iscriversi:

- **Fondi sanitari integrativi del SSN** (fondi *doc* o di tipo A), istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del DL 502/92 e successive modificazioni, così denominati perché deputati a potenziare le prestazioni non coperte dal SSN.
- **Enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale** (fondi *non doc* o di tipo B), di cui all'art. 51 comma 2, lettera a) del DPR 917/1986, che hanno una maggiore libertà d'azione in termini di prestazioni e servizi coperti.

Con i decreti Turco e Sacconi tali differenze sono state sostanzialmente annullate perché, al fine di usufruire dei benefici fiscali, tutti i soggetti iscritti all'Anagrafe sono tenuti ad erogare prestazioni integrative (di assistenza odontoiatrica e per la non autosufficienza) in misura non inferiore al 20% delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni. Pertanto, se la terminologia continua a fare riferimento alla natura “integrativa” dei fondi sanitari, legittimando la percezione pubblica che il loro obiettivo sia quello di integrare le coperture del SSN senza entrare con esso in concorrenza, di fatto a tutti i fondi sanitari è concesso di esercitare una funzione sostitutiva sino all'80% delle coperture mantenendo i benefici fiscali.

Le informazioni disponibili sui fondi sanitari provengono da una pluralità di fonti, spesso parziali o settoriali e non sempre facilmente accessibili. L'unica fonte ufficiale è l'anagrafe dei fondi sanitari integrativi istituita presso il Ministero della Salute, ad oggi non consultabile pubblicamente dal sito web<sup>146</sup>: di conseguenza, le informazioni disponibili provengono da presentazioni in convegni, audizioni parlamentari o da elaborazioni di altri enti. In particolare, per l'anno 2016 i dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF) fanno riferimento all'elaborazione del Centro Studi di Itinerari Previdenziali<sup>147</sup> che documenta l'esistenza di 323 fondi sanitari registrati, di cui 9 di tipo A (*doc*) e 314 di tipo B (*non doc*) per un totale di 10.616.847 iscritti che per la prima volta includono anche pensionati e loro familiari (tabella 3.11).

<sup>146</sup> Ministero della Salute. Anagrafe fondi sanitari integrativi. Disponibile a: [www.salute.gov.it/portale/ministro/p4\\_8\\_0.jsp?label=servizionline&idMat=FS&idAmb=AFSI&idSrv=01&flag=P](http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_8_0.jsp?label=servizionline&idMat=FS&idAmb=AFSI&idSrv=01&flag=P). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>147</sup> Centro Studi e Ricerche di Itinerari Previdenziali (a cura di). Rapporto n.5 anno 2018. Il bilancio del sistema previdenziale italiano. Andamenti finanziari e demografici delle pensioni e dell'assistenza per l'anno 2016. Disponibile a: [www.itinerariprevidenziali.it/site/home/biblioteca/pubblicazioni/quinto-rapporto-bilancio-del-sistema-previdenziale-italiano.html](http://www.itinerariprevidenziali.it/site/home/biblioteca/pubblicazioni/quinto-rapporto-bilancio-del-sistema-previdenziale-italiano.html). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Categoria	Iscritti (%)
Lavoratori dipendenti	6.680.504 (62,9%)
Lavoratori non dipendenti	1.074.038 (10,8%)
Familiari lavoratori dipendenti	1.908.962 (18,0%)
Familiari lavoratori non dipendenti	251.955 (2,4%)
Pensionati	527.716 (5,0%)
Familiari pensionati	173.672 (1,6%)
<b>TOTALE</b>	<b>10.616.847</b>

Tabella 3.11. Iscritti ai fondi sanitari per categoria (anno 2016)

Complessivamente, il 73% degli iscritti sono lavoratori, il 5% pensionati e il 22% familiari di lavoratori o pensionati (figura 3.16). Nel 2016 le risorse impegnate dai fondi sanitari per i rimborsi ammontano a € 2,33 miliardi, per la quasi totalità riferiti ai fondi *non doc*.

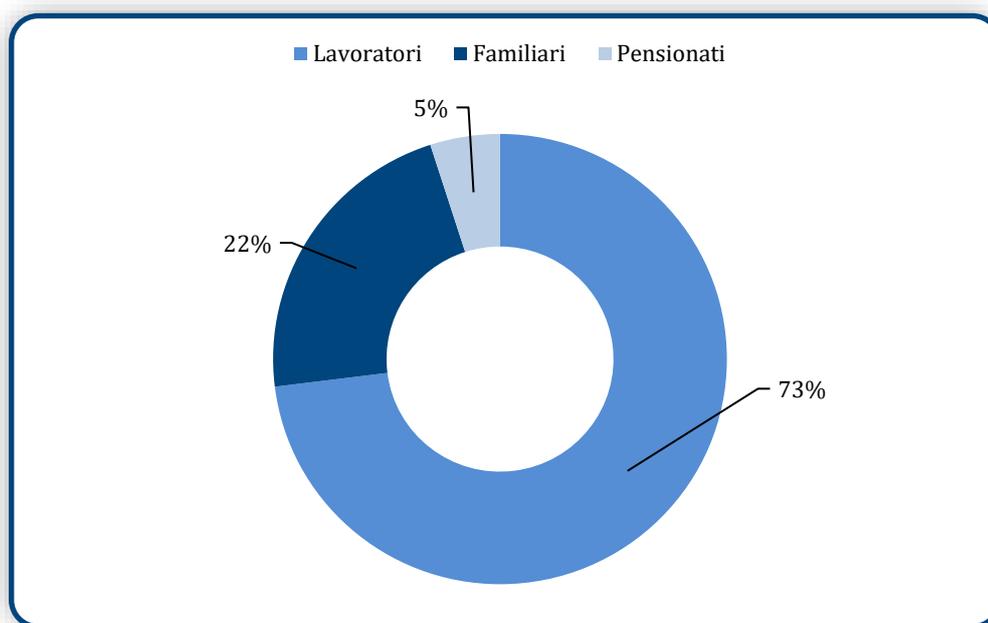


Figura 3.16. Iscritti ai fondi sanitari per categoria (anno 2016)

I dati documentano un trend 2010-2016 in progressivo aumento del numero di fondi relativo prevalentemente a carico del tipo B (da 208 a 314), visto che quelli di tipo A si sono progressivamente ridotti da 47 a 9 (figura 3.17).

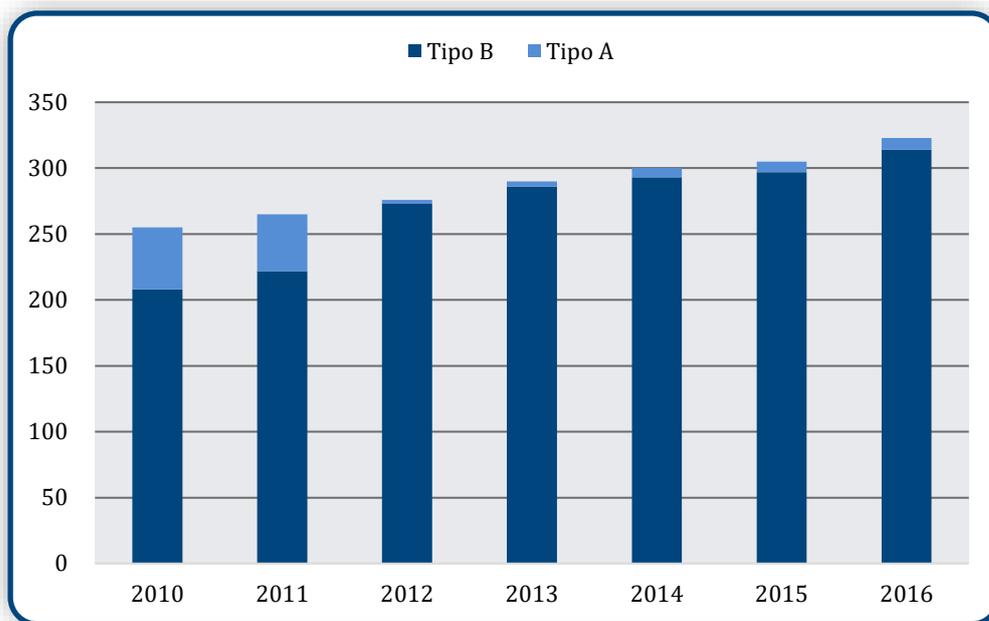


Figura 3.17. Numero fondi sanitari (2010-2016)

All'aumento del numero dei fondi nel periodo 2010-2016 corrisponde un incremento sia del numero di iscritti (da 3.312.474 a 10.616.847) sia dell'ammontare generale delle risorse impegnate (da € 1,61 a 2,33 miliardi) (figura 3.18).

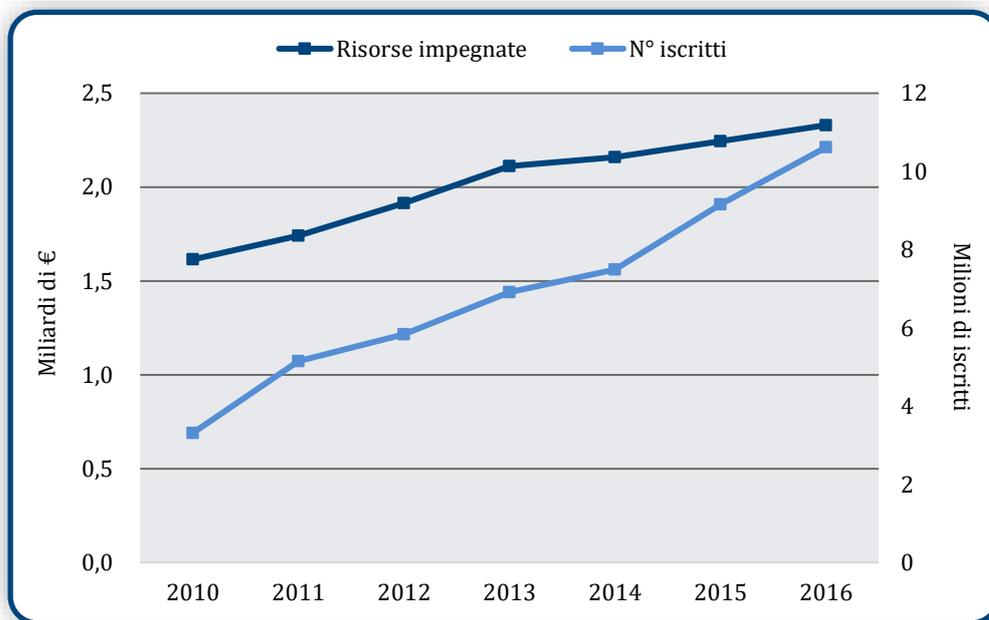


Figura 3.18. Numero iscritti ai fondi sanitari e risorse impegnate (2010-2016)

A oggi, non si dispone di alcuna stima attendibile del mancato gettito per l'erario connesso alle agevolazioni fiscali riconosciute ai fondi sanitari.

### 3.4.4.2. Assicurazioni

Le compagnie assicurative sono soggetti commerciali che operano tramite la vendita di prodotti riconducibili a polizze malattia, individuali o collettive e a polizze di “long-term care”, dove l’assicurazione può assumere la forma di un’assicurazione vita, che in caso di non autosufficienza garantisce all’assicurato una rendita. La copertura prevalente del mercato assicurativo riguarda beni e servizi di natura sostitutiva, ovvero prestazioni già incluse nella copertura del SSN. Le imprese, infatti, vendono polizze a copertura completa che riguardano i ricoveri ospedalieri e tutte le altre prestazioni non residenziali connesse al ricovero. Talvolta le coperture si specializzano per patologia e in alcuni casi coprono anche le prestazioni odontoiatriche, con un impatto sulla crescita del premio.

Sotto il profilo operativo, le compagnie assicurative adottano prevalentemente il sistema a rimborso del costo sostenuto dal soggetto assicurato: tale rimborso può essere totale o parziale, in relazione al tipo di contratto e di premio pagato. Tuttavia, non mancano i casi di assistenza diretta, in cui la compagnia assicurativa veicola l’assicurato in strutture sanitarie convenzionate per l’erogazione delle prestazioni. Tranne casi in cui copertura e livello di rimborso sono completi e totali, rimane comunque a carico dell’assicurato una franchigia che si configura come un out-of-pocket residuo.

Le imprese di assicurazione intraprendono comportamenti volti da un lato a facilitare il rapporto con l’utente e dall’altro a contenere i rischi economici conseguenti a squilibri tra sinistri e premi. Il principio generale è quello di assicurare rischi di malattia relativi ad accadimenti incerti: più raro è l’accadimento, minore è di norma il rischio e viceversa. Ecco perché le polizze escludono le malattie pregresse alla stipula del contratto e sono assai limitative rispetto alla copertura di prestazioni con rischio di accadimento elevato. In questi casi, le coperture sanitarie, se offerte, si collocano nell’alveo dell’assicurazione vita e vengono attuate con rendite monetarie, piuttosto che tramite rimborsi delle spese sostenute.

In generale finora il mercato delle polizze individuali in Italia non è pienamente decollato per varie ragioni:

- scarsa propensione degli Italiani ad acquistare una polizza individuale, anche perché consapevoli che la maggior parte dei rischi sono ancora tutelati dal sistema pubblico;
- onerosità delle polizze a fronte delle tutele offerte, anche per la selezione dei rischi;
- possibilità di iscrizione ai fondi sanitari;
- possibilità di detrazione fiscale delle spese sanitarie out-of-pocket;
- nessuna ulteriore agevolazione fiscale per gli assicurati, a parte la detrazione al 19% anche per le spese rimborsate dalla compagnia.

Per tale ragione, recentemente le compagnie assicurative hanno spostato il proprio business verso la “riassicurazione” dei fondi sanitari e verso polizze collettive in cui i premi versati beneficiano, se rispondenti a specifici requisiti, a un regime fiscale analogo a quello dei fondi sanitari.

Le polizze assicurative non godono degli stessi benefici fiscali dei fondi integrativi: in particolare, oltre al fatto che i premi non sono detraibili dal reddito imponibile, 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.

Ad oggi non si dispone di alcuna stima attendibile del mancato gettito per l'erario connesso alle agevolazioni fiscali riconosciute alle polizze malattia.

#### 3.4.4.3. Welfare aziendale

Negli ultimi anni il welfare aziendale è stato regolato da un nuovo impianto normativo, modellato dalla Legge di Stabilità 2016 e successivamente rafforzato dalle Leggi di Bilancio 2017 e 2018 che, grazie a rilevanti incentivi fiscali, hanno promosso gli investimenti delle imprese a sostegno del benessere dei lavoratori e delle loro famiglie. La nuova normativa ha delineato nel welfare aziendale un sistema premiante con tre caratteristiche fondamentali<sup>148</sup>:

- possibilità di fare leva sia sull'azzeramento del cuneo fiscale sulle somme erogate ai lavoratori sia sulla deducibilità delle spese dal reddito d'impresa;
- opportunità di convertire i premi aziendali di risultato in servizi di welfare, rafforzando gli incentivi già previsti per la componente variabile delle retribuzioni (i premi aziendali erogati in forma di welfare sono totalmente esenti da imposizione fiscale e contributiva);
- abolizione delle barriere tra welfare volontario delle imprese e welfare negoziale, considerato che la legge ha equiparato le fonti istitutive: contrattazione collettiva nazionale, contratti integrativi aziendali e territoriali, regolamenti aziendali, iniziativa unilaterale delle imprese.

Dal punto di vista delle opportunità, il welfare aziendale include diverse iniziative che il Welfare Index PMI classifica in 12 aree (box 3.8).

#### Box 3.8. Aree del welfare aziendale

1. Previdenza integrativa
2. Servizi di assistenza
3. Conciliazione vita e lavoro, sostegno ai genitori
4. Formazione per i dipendenti
5. Cultura e tempo libero
6. Sicurezza e prevenzione degli incidenti
7. Sanità integrativa
8. Polizze assicurative
9. Sostegno economico ai dipendenti
10. Sostegno all'istruzione di figli e familiari
11. Sostegno ai soggetti deboli e integrazione sociale
12. Welfare allargato alla comunità

Nonostante l'ampio range delle iniziative incentivate, la sanità integrativa è una delle aree che ha maggiormente catalizzato l'interesse di imprese e sindacati, anche in virtù di una straordinaria convergenza tra le nuove agevolazioni fiscali, il fertile terreno già predisposto dalla normativa frammentata sulla sanità integrativa e le ambizioni di espansione dell'intermediazione finanziaria-assicurativa.

<sup>148</sup> Generali Italia (in collaborazione con Confindustria, Confagricoltura, Confartigianato, Confprofessioni). Welfare Index PMI-Rapporto 2018. Disponibile a: [www.welfareindexpmi.it/rapporto-welfare-index-pmi-2018](http://www.welfareindexpmi.it/rapporto-welfare-index-pmi-2018). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Il datore di lavoro può utilizzare diverse modalità per attuare il welfare aziendale: pagare direttamente o rimborsare le spese sanitarie a lavoratori e familiari, iscrivere a sue spese il dipendente/familiare ad un “terzo pagante” profit o non profit, creare ex novo un fondo o una cassa, autogestiti oppure affidati ad una gestione esterna. Il welfare aziendale rappresenta dunque un contenitore che, utilizzando le varie opportunità offerte dai “terzi paganti”, offre ai dipendenti e ai loro familiari beni e servizi sanitari che possono essere sostitutivi, aggiuntivi o complementari rispetto a quanto già offerto dal SSN.

Tuttavia, secondo una prospettiva di tutela del SSN, se l’obiettivo del welfare aziendale è quello di affiancare l’offerta pubblica, le tipologie di servizi e prestazioni sanitarie finiscono spesso per duplicare quanto già incluso nei LEA, con il benessere delle organizzazioni sindacali che da difensori delle tutele pubbliche si trasformano (in)consapevolmente in “compagni di viaggio” dei fautori della privatizzazione<sup>149</sup>. Fortunatamente, qualche sindacato sta già ponendosi il problema che «è decisivo affrontare e governare il fenomeno del welfare contrattuale, nello specifico dei fondi sanitari, andando a definire, in questo mutato contesto, una idea di sussidiarietà con l’obiettivo di consolidare il sistema universalistico; nella consapevolezza che questo risulta un terreno dove più facilmente si possono realizzare ingiustizie ed un possibile aumento delle diseguglianze all’interno del mondo del lavoro, fuori di esso e tra aree forti e deboli del paese»<sup>150</sup>.

### 3.4.5. “Effetti collaterali” del secondo pilastro

A fronte di una disarmante e acritica accettazione dell’espansione del secondo pilastro quale irrinunciabile “integrazione” del finanziamento pubblico per garantire la sostenibilità del SSN il presente Rapporto riporta un’analisi dettagliata dei possibili “effetti collaterali”, troppo spesso sottovalutati sull’onda di un entusiasmo collettivo, non sempre scevro da interessi in conflitto.

**Rischi di privatizzazione.** Affondano le origini nella estrema semplificazione del dibattito “pubblico vs privato” in sanità, troppo spesso affrontato in maniera unidimensionale. In particolare, se economisti e policy-maker prestano particolare attenzione alla provenienza delle risorse (spesa pubblica vs spesa privata), management, professionisti e cittadini fanno più spesso riferimento alla natura dell’erogatore (pubblico vs privato). In realtà, come già documentato da Del Vecchio et coll.<sup>151</sup>, la dimensione della spesa si incrocia con quella dell’offerta, generando 4 circuiti di finanziamento/erogazione dell’assistenza sanitaria (figura 3.19). Tali circuiti sono poi resi più complessi perché beni e servizi della spesa privata possono essere sostenuti direttamente dai cittadini (out-of-pocket), oppure intermediati da una pluralità di “terzi paganti” i cui ambiti di azione, modalità operative e impatto fiscale sono molto eterogenei.

---

<sup>149</sup> Benci L. Sanità, lo studio “interessato” sui milioni di persone che rinunciano alle cure. Il fatto Quotidiano, 15 settembre 2017. Disponibile a: [www.ilfattoquotidiano.it/2017/09/15/sanita-lo-studio-interessato-sui-milioni-di-persone-che-rinunciano-alle-cure/3858101](http://www.ilfattoquotidiano.it/2017/09/15/sanita-lo-studio-interessato-sui-milioni-di-persone-che-rinunciano-alle-cure/3858101). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>150</sup> Cecconi S. Nardone D. Sui Fondi Sanitari (di origine contrattuale). 30 giugno 2017. Disponibile a: [www.cgil.it/admin\\_nv47t8g34/wp-content/uploads/2017/07/SUI-FONDI-SANITARI-05\\_07\\_2017.pdf](http://www.cgil.it/admin_nv47t8g34/wp-content/uploads/2017/07/SUI-FONDI-SANITARI-05_07_2017.pdf). Ultimo accesso 1 giugno 2018.

<sup>151</sup> Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: CERGAS-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2017: pagg 323-360.

		OFFERTA	
		Pubblica	Privata
SPESA	Pubblica	Circuito 1	Circuito 2
	Privata	Circuito 3	Circuito 4

Figura 3.19. I circuiti di finanziamento/erogazione dell'assistenza sanitaria (modificata da<sup>151</sup>)

Ciascuno dei 4 circuiti è influenzato da una pluralità di stakeholder con interessi non sempre convergenti, tali da rendere particolarmente complesso analizzare dinamiche ed outcome clinici, economici e sociali. Quello che risulta evidente è che il circuito 4 concretizza un vero e proprio “cortocircuito” del SSN, indirettamente finanziato anche da risorse pubbliche tramite agevolazioni fiscali.

Il rischio di privatizzazione del SSN non rappresenta dunque l'esito inevitabile di un “piano occulto” di smantellamento della sanità pubblica, ma consegue all'interazione di vari fenomeni concomitanti: (inevitabile) riduzione del finanziamento pubblico, (legittimo) ingresso di capitali privati in sanità, standard di accreditamento degli erogatori privati gestiti dalle Regioni e di conseguenza troppo eterogenei, normativa eccessivamente frammentata e “flessibile” sul ruolo dei “terzi paganti” in sanità, sistemi di rimborso a prestazione, appiattimento di carriera e della remunerazione dei professionisti sanitari che tendono a spostarsi nel privato, modalità di gestione della libera professione, etc.

**Rischi per la sostenibilità del SSN.** Innanzitutto, è paradossale che in un periodo segnato dal progressivo definanziamento del SSN si preferisca destinare risorse pubbliche alle agevolazioni fiscali dei fondi sanitari, invece che aumentare le risorse per la sanità pubblica: in tal senso è anacronistico che l'entità del beneficio fiscale pro-capite previsto per i fondi sanitari (€ 3.615,20) arrivi a sfiorare il doppio della spesa sanitaria pubblica pro-capite nel 2016 (€ 1.925,00). In secondo luogo, la diffusione dei fondi integrativi indebolisce progressivamente la difesa civica del diritto alla tutela della salute, perché oggi chi non è soddisfatto del sistema pubblico, piuttosto che rivendicare un diritto anche a nome degli altri, dispone di un'opzione che gli offre, in maniera sostitutiva, tutto quanto incluso nei LEA.

**Rischi per l'equità.** Le agevolazioni fiscali previste dalla normativa esistente (*tax expenditure*) sono di fatto una spesa fiscale sostenuta da tutti i contribuenti. Di conseguenza gli iscritti ai fondi sanitari, oltre a fruire di maggiori prestazioni, scaricano parte dei costi sui non iscritti, segmentando di fatto il diritto alla tutela della salute.

I fondi sanitari creano dunque iniquità in quanto a beneficiarne maggiormente sono<sup>152,153,154</sup>:

- coloro che hanno un lavoro stabile;
- i lavoratori dipendenti rispetto ai liberi professionisti;
- le categorie di lavoratori con maggiori capacità negoziali e interessati a contrattare integrazioni salariali sotto forma di *fringe benefit*, rispetto ai lavoratori privi di tali requisiti;
- i lavoratori con redditi più elevati, perché il valore della deduzione aumenta all'aumentare dell'aliquota marginale;
- i residenti in alcune aree del Paese, perché gli iscritti ai fondi sanitari non sono uniformemente distribuiti sul territorio nazionale: 38,9% nel Nord-Ovest, 14,9% nel Nord-Est, 33,4% nel Centro, 12,8% nel Sud e isole<sup>155</sup>.

Per tali ragioni, le agevolazioni fiscali concesse ai fondi sanitari e al welfare aziendale non sono affatto una *win-win solution*, ma concretizzano una illusione di defiscalizzazione che genera diseguaglianze. Infatti, vero è che la copertura sanitaria costa all'impresa meno rispetto ad un aumento in busta paga, ed è altrettanto vero che così si riduce la quota di imposte a carico del lavoratore; tuttavia, le agevolazioni fiscali rappresentano un costo per la finanza pubblica, generando un effetto di redistribuzione negativa su chi non è iscritto ai fondi sanitari. In altre parole, tali agevolazioni oltre a non espandere le tutele, non permettono ai gruppi più svantaggiati della popolazione di superare le reali difficoltà di accesso alle cure, conseguenti alle inefficienze del pubblico (es. lunghezza delle liste di attesa, ticket troppo elevati), con conseguenti gravi "effetti collaterali" sull'equità di accesso alle cure.

**Rischio di aumento della spesa sanitaria.** I promotori del "secondo pilastro" fanno leva sulla loro presunta capacità di aumentare l'efficienza nell'acquisizione di prestazioni sanitarie, rispetto ai singoli soggetti. In altre parole, uno degli argomenti portati a sostegno di una maggiore intermediazione finanziario-assicurativa sarebbe connessa ai vantaggi dell'aggregazione della domanda di prestazioni sanitarie e, di conseguenza, ad una maggiore efficienza della spesa intermediata, rispetto a quella out-of-pocket.

In realtà, i fondi sanitari devono gestire innumerevoli transazioni con organizzazioni e professionisti sanitari, aumentando l'impatto dei costi amministrativi e riducendo il *value for money*. Ciascun fondo deve negoziare, stipulare e rinnovare contratti, documentare le prestazioni coperte, tener conto di regolamenti e disposizioni, sottoporsi a specifici controlli, etc. In tal senso il peggior esempio è quello degli USA dove la spesa sanitaria è di gran lunga la più elevata al mondo: i costi amministrativi generati dagli innumerevoli erogatori di

---

<sup>152</sup> Rete Sostenibilità e Salute. I Fondi Sanitari integrativi e sostitutivi e le Assicurazioni Sanitarie. Bologna, 28 ottobre 2017. Disponibile a: [www.medicinademocratica.org/wp/wp-content/uploads/2017/11/Documento-I-Fondi-Sanitari-integrativi-e-sostitutivi-e-le-Assicurazioni-Sanitarie-5.pdf](http://www.medicinademocratica.org/wp/wp-content/uploads/2017/11/Documento-I-Fondi-Sanitari-integrativi-e-sostitutivi-e-le-Assicurazioni-Sanitarie-5.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>153</sup> Documento conclusivo 12a Commissione permanente "Indagine conoscitiva su sostenibilità SSN". Roma, 10 gennaio 2018. Disponibile a: [www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1066489.pdf](http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1066489.pdf). Ultimo accesso: 1 gennaio 2018.

<sup>154</sup> Granaglia E. Il welfare aziendale e la sanità complementare. Alcuni costi nascosti. Rivista delle Politiche Sociali 2017 (2):37-46. Disponibile a: [www.ediesseonline.it/files/Rps%2020202017\\_II%20welfare%20aziendale%20e%20la%20sanit%C3%A0%20complementar\\_e\\_Granaglia\\_free%20text.pdf](http://www.ediesseonline.it/files/Rps%2020202017_II%20welfare%20aziendale%20e%20la%20sanit%C3%A0%20complementar_e_Granaglia_free%20text.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

<sup>155</sup> 13° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2017: pag. 115. Disponibile a: [www.creasanita.it/13volume\\_dwn/dwn\\_fliid/Rapporto\\_Sanita\\_2017.pdf](http://www.creasanita.it/13volume_dwn/dwn_fliid/Rapporto_Sanita_2017.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

prestazioni e assicurazioni superano il 25% della spesa totale<sup>156</sup> e chi sostiene una riforma *single payer* stima un risparmio di oltre 500 miliardi di dollari<sup>157</sup>. Anche un recente confronto tra 11 sistemi sanitari<sup>158</sup> dimostra che nei paesi dove vigono sistemi assicurativi (USA, Svizzera), rispetto a quelli che dispongono di sistemi sanitari pubblici, i costi amministrativi sono molto più elevati e i medici dedicano molto più tempo ad attività amministrative. In Italia, l'ANIA, in riferimento al ramo malattia, riporta che le spese di gestione risultano pari al 25% circa dei premi contabilizzati (*expense ratio*), confermando gli elevati costi di gestione delle coperture assicurative. In generale, l'Italia è fra i paesi con i più alti valori dell'*expense ratio*, peraltro in lieve aumento.

La tesi dei proponenti è, pertanto, facilmente confutabile sia perché i costi amministrativi dell'intermediazione sono molto elevati, sia perché la presunta maggiore efficienza è ulteriormente ridotta dalla necessità di mantenere un fondo di garanzia, pari a circa 1/3 della raccolta. Per i problemi di solvibilità già descritti, questo porta i fondi a "ri-assicurarsi" con solide compagnie assicurative previa cessione di una percentuale dei premi. Di conseguenza, la sommatoria dei costi amministrativi e degli utili dell'intermediazione assicurativa (sino al 40-50% del premio) non può tradursi in servizi per gli iscritti.

In definitiva, evidenze e dati dimostrano che i "terzi paganti", sotto qualsiasi forma, aumentano la spesa privata totale in quanto non riducono affatto la spesa out-of-pocket, determinando complessivamente un saldo negativo sui bilanci delle famiglie. Infine, in quanto induttori di prestazioni inappropriate aumentano la spesa sanitaria pubblica necessaria per gestire fenomeni di sovra-diagnosi e di sovra-trattamento.

**Rischio di sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie.** Nel mercato della salute l'aumento dell'offerta induce un aumento della domanda per tre ragioni fondamentali: pagamento a prestazione (dell'erogatore e/o del professionista), medicalizzazione della società e limitata presenza di meccanismi di verifica e miglioramento dell'appropriatezza. Ad esempio i cosiddetti "piani di prevenzione" messi a punto dal secondo pilastro sono ampiamente sostitutivi, accessibili senza prescrizione medica e caratterizzati da un estremo livello di inappropriatezza<sup>159</sup>: la tabella 3.12 dimostra in maniera inequivocabile che la tipologia di indagini diagnostiche e, soprattutto la loro frequenza, non sono affatto basati sulle evidenze scientifiche, ma mirano ad aumentare il numero di prestazioni che gli iscritti possono eseguire, quasi esclusivamente, presso strutture private convenzionate (figura 3.19, circuito 4).

---

<sup>156</sup> Himmelstein DU, Jun M, Busse R, et al. A comparison of hospital administrative costs in eight nations: US costs exceed all others by far. *Health Aff (Millwood)* 2014;33:1586-94.

<sup>157</sup> 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;166:587-588.

<sup>158</sup> Papanicolaos I, Woskie LR, Jha AK. Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. *JAMA* 2018; 319:1024-1039.

<sup>159</sup> Rete Sostenibilità e Salute. I Fondi Sanitari integrativi e sostitutivi e le Assicurazioni Sanitarie. Disponibile a: [www.medicinademocratica.org/wp/wp-content/uploads/2017/11/Documento.-I-Fondi-Sanitari-integrativi-e-sostitutivi-e-le-Assicurazioni-Sanitarie-5.pdf](http://www.medicinademocratica.org/wp/wp-content/uploads/2017/11/Documento.-I-Fondi-Sanitari-integrativi-e-sostitutivi-e-le-Assicurazioni-Sanitarie-5.pdf). Ultimo accesso: 1 giugno 2018.

Prestazione	“Piano prevenzione” fondi sanitari	Screening LEA e giudizio clinico
Mammografia	45	13
Pap-test	45	14
Sangue occulto nelle feci	35	13
PSA	36	0-1
Ecografia transrettale	36	0-1
Doppler tronchi-sovra-aortici	16	0-1
Visita cardiologica	16	0-1

**Tabella 3.12. Frequenza di indagini diagnostiche a scopo preventivo nel corso della vita: “piano prevenzione” dei fondi sanitari vs SSN (da<sup>160</sup>)**

A dispetto del nome con cui vengono proposti, tali “pacchetti preventivi” presentano numerosi effetti collaterali per i cittadini e per il SSN:

- espansione incontrollata di test diagnostici inappropriati, peraltro già ampiamente sovra-utilizzati nel sistema pubblico, contribuendo agli sprechi da sovra-utilizzo;
- aumento della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e della medicalizzazione della società;
- interferenza con le policy di appropriatezza prescrittiva incluse nel DPCM sui LEA e implementate dalle Regioni, con iniziative culturali finalizzate a contenere l’eccesso di prestazioni inappropriate e con la relazione medico-paziente;
- contraddizione con le raccomandazioni di linee guida elaborate ai sensi dell’art. 5 della L. 24/2017 e potenziale incremento dei contenziosi medico-legali;
- aumento della probabilità di sovra-diagnosi e sovra-trattamento, proporzionali alla frequenza dei test e alla loro inappropriatezza, con avvio di ulteriori percorsi diagnostico-terapeutici i cui costi possono ricadere sul SSN.

**Rischio di frammentazione dei percorsi assistenziali.** I tentativi che faticosamente si stanno mettendo in atto nel SSN per uniformare i PDTA, garantire la continuità clinico-assistenziale tra setting differenti – secondo criteri di appropriatezza clinica e organizzativa – rischiano di essere compromessi dall’espansione del secondo pilastro. In particolare, se inizia a farsi largo il concetto di *value-based healthcare* per rimborsare l’esito del percorso e non la singola prestazione, se la Legge di Bilancio 2018 prevede il monitoraggio integrato dei PDTA con l’obiettivo di superare logiche di finanziamento a silos, se il Piano nazionale per la cronicità ha posto le basi per una presa in carico univoca dei pazienti con malattie croniche grazie a PDTA regionali, l’inserimento di erogatori di prestazioni esclusi dalle reti clinico-assistenziali rischia di determinare, oltre a duplicazione degli interventi sanitari, una frammentazione della continuità assistenziale. Infatti, se le iniziative istituzionali mirano a integrare le reti attraverso una responsabilizzazione dei vari attori del sistema (Regioni,

<sup>160</sup> Geddes da Filicaia M. La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, marzo 2018: pag 72.

Aziende sanitarie, medici, professionisti sanitari, pazienti), i servizi offerti dai fondi sanitari rimangono confinati nella relazione tra gestore e cliente che, escludendo anche la figura del medico prescrittore, concretizzano il già citato cortocircuito del SSN. Per tali ragioni, l'introduzione di un ulteriore soggetto – sganciato dai PDTA, con obiettivi di profitto legati alla quantità e non all'appropriatezza delle prestazioni – non può che aumentare le difficoltà già esistenti per integrare setting diversi nell'implementazione dei PDTA.