

## CAPITOLO 3

### Determinanti della crisi di sostenibilità

Studi, consultazioni e analisi indipendenti condotti dalla Fondazione GIMBE nell'ambito della campagna #salviamoSSN a partire dal marzo 2013 hanno da subito dimostrato che la crisi di sostenibilità del SSN non è un problema esclusivamente finanziario. Grazie anche ai feedback ricevuti in occasione delle consultazioni pubbliche relative alle precedenti edizioni del Rapporto GIMBE e al Piano di salvataggio del SSN (§ 5), sono stati progressivamente delineati le determinanti della crisi di sostenibilità.

Se identifichiamo il SSN con un paziente, oggi il suo stato di salute è gravemente compromesso da quattro patologie:

- **Definanziamento pubblico** che si identifica con un'ingravescente insufficienza respiratoria cronica restrittiva (§ 3.1): nel periodo 2010-2019 tra tagli e definanze al SSN sono stati sottratti circa € 37 miliardi e il FSN è aumentato di soli € 8,8 miliardi, in media dello 0,9% per anno, percentuale inferiore all'inflazione media annua (+ 1,07%).
- **Ampliamento del "paniere" dei nuovi LEA** che corrisponde ad un ipertiroidismo severo con iperconsumo metabolico (§ 3.2): il grande traguardo dell'aggiornamento degli elenchi delle prestazioni fermi al 2001 si è di fatto trasformato in una illusione collettiva, visto che dopo 30 mesi la maggior parte dei nuovi LEA non sono ancora esigibili in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale.
- **Sprechi e inefficienze** che, annidandosi a tutti i livelli ed erodendo preziose risorse, attaccano il SSN dall'interno come una malattia autoimmune, il lupus eritematoso sistemico che colpisce tutti gli organi e gli apparati del sistema (§ 3.3)
- **Espansione incontrollata del secondo pilastro**, patologia insidiosa assimilabile ad un'infezione cronica da virus del papilloma umano, il cui DNA si integra nel genoma e può causare varie malattie, neoplasie incluse (§ 3.4). Infatti il secondo pilastro, presentato come LA soluzione per salvare il SSN, aumenta la spesa sanitaria e le diseguaglianze sociali, alimenta il consumismo sanitario e rischia di danneggiare la salute in conseguenza dei fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento.

Inoltre, il SSN acciaccato da queste patologie ingravescenti vive in un habitat fortemente influenzato da due fattori ambientali:

- Un clima non particolarmente salubre che contribuisce a generare iniquità e diseguaglianze, conseguenti sia alla (non sempre leale) collaborazione tra Governo e Regioni a cui è affidata la tutela della salute, sia alla modalità di governance Stato-Regioni e Regioni-Aziende sanitarie. Tale clima oggi è ulteriormente perturbato dall'avanzare delle istanze di regionalismo differenziato.
- "Azionisti di maggioranza" inconsapevoli del patrimonio comune e incuranti della sua tutela. Infatti, cittadini e pazienti da un lato ripongono aspettative irrealistiche nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile, condizionando la domanda di servizi e prestazioni (anche se inefficaci, inappropriate o addirittura dannose), dall'altro non accennano a cambiare stili di vita inadeguati che aumentano il rischio di numerose malattie.

### 3.1. Definanziamento pubblico

#### 3.1.1. Il passato: 2010-2018

La crisi di sostenibilità del SSN coincide 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 negli ultimi dieci anni hanno portato ad una rilevante contrazione della spesa sanitaria (box 3.1).

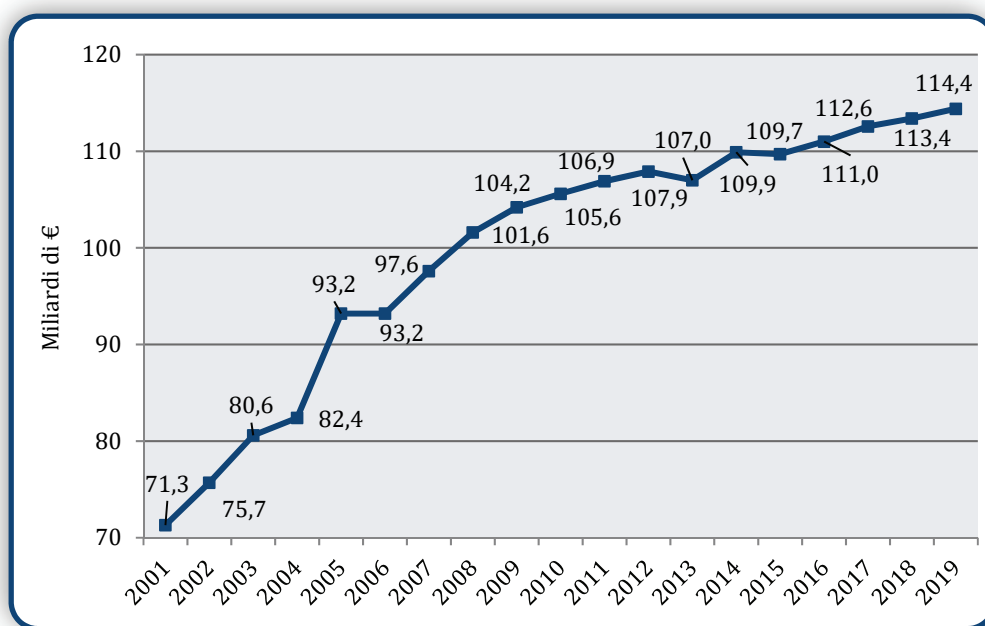


Figura 3.1. Finanziamento pubblico del SSN: trend 2001-2019

#### Box 3.1. Cronistoria del defianziamento del SSN

- **17 dicembre 2012.** Il Ministro Balduzzi dichiara 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>131</sup>, dato corretto al rialzo dalle Regioni che stimano i tagli in circa € 30 miliardi<sup>132</sup>.
- **23 settembre 2013.** La Nota di Aggiornamento del DEF (NADEF) 2013 programma un defianziamento 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 milioni per il 2014, € 112.062 milioni per il 2015 e € 115.444 milioni

<sup>131</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: 7 giugno 2019.

<sup>132</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: 7 giugno 2019.

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.
- **26 febbraio 2015.** Dopo oltre 4 mesi di consultazioni le Regioni, incapaci di formulare una proposta concreta, rinunciano all'incremento del FSN 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 milioni 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 FSN 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 NADEF 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 FSN 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 NADEF 2017.
- **27 settembre 2018.** A fronte di previsioni più che ottimistiche di crescita economica, la NADEF 2018 aumenta solo dello 0,1% annuo il rapporto spesa sanitaria/PIL (6,5% nel 2019 e 6,4% nel 2020 e nel 2021), smentendo di fatto l'attesa inversione di tendenza annunciata dal Premier Conte in occasione del discorso per la fiducia.
- **30 dicembre 2018.** La Legge di Bilancio 2019 conferma € 1 miliardo di incremento del FSN e prevede un aumento di € 2 miliardi per il 2020 e di ulteriori € 1,5 miliardi per il 2021, subordinati alla stipula, entro il 31 marzo 2019, di un'Intesa Stato-Regioni per il Patto per la Salute 2019-2021 che preveda "misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi".
- **9 aprile 2019.** Nel DEF 2019 il rapporto spesa sanitaria/PIL rimane identico al 2018 (6,6%) per gli anni 2019 e 2020, per poi ridursi al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022.

Nel periodo 2010-2019, in cui si susseguono tutte le misure riportate nel box 3.1, il finanziamento pubblico è aumentato in termini assoluti di € 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo in termini nominali, un tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua pari a 1,07% (figura 3.2). In altre parole, l'incremento del finanziamento pubblico nell'ultimo decennio non ha nemmeno mantenuto invariato il potere di acquisto.

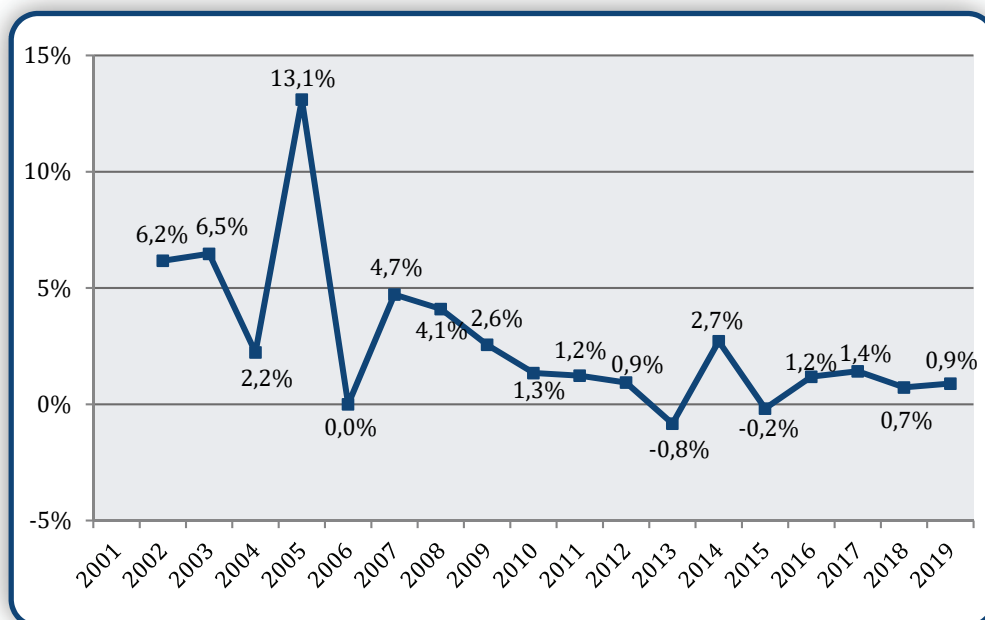


Figura 3.2. Finanziamento pubblico del SSN: variazioni percentuali 2001-2019

### 3.1.2. Il presente e il futuro prossimo: 2019-2022

#### 3.1.2.1. Legge di Bilancio 2019

La Legge di Bilancio 2019 conferma al FSN € 1 miliardo già assegnato per il 2019 dalla precedente legislatura e prevede un aumento di € 2 miliardi nel 2020 e di ulteriori € 1,5 miliardi nel 2021, per un incremento complessivo di € 8,5 miliardi nel triennio 2019-2021. Le risorse assegnate per il 2020 e per il 2021, oltre che ad ardite previsioni di crescita economica, sono subordinate alla stipula, entro il 31 marzo 2019<sup>133</sup>, di una Intesa Stato-Regioni per il Patto per la Salute 2019-2021 che contempli varie “misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi”. Oltre all'incremento del FSN 2019-2021, la Legge di Bilancio ha destinato risorse finalizzate a specifici obiettivi (tabella 3.1):

- **Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie** (comma 550). Per l'attivazione di interventi volti a ridurre i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie mediante implementazione e ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie sono stati stanziati nel triennio € 350 milioni, il cui riparto è subordinato a un

<sup>133</sup> La scadenza del 31 marzo 2019 è stata disattesa, ma alla data di pubblicazione del presente Rapporto Governo e Regioni hanno avviato 11 tavoli di lavoro per la stipula del Patto per la Salute 2019-2021 (§ Box 3.1)

decreto interministeriale previa Intesa Stato-Regioni. Per l'anno 2020 ulteriori € 50 milioni sono stati assegnati per lo stesso obiettivo dal Decreto Fiscale (L. 136/2018). Oltre a precisare che le Regioni non potranno utilizzare tali risorse per assunzione di personale e/o acquisizione di prestazioni sanitarie da soggetti privati, alla data di pubblicazione del presente Rapporto non c'è traccia del decreto interministeriale per il riparto delle risorse assegnate, che doveva essere adottato entro 60 giorni dall'entrata in vigore della Legge di Bilancio 2019.

- **Borse di studio per il corso di formazione specifico in Medicina generale** (comma 518). Dal 2019 vengono stanziati € 10 milioni/anno che garantiscono un incremento annuale di circa 270 borse di studio.
- **Borse di studio per le scuole di specializzazione** (comma 521). Previsto un graduale incremento di risorse: € 22,5 milioni per il 2019, € 45 milioni per il 2020, € 68,4 milioni per il 2021, € 91,8 milioni per il 2022 e € 100 milioni a decorrere dal 2023. Tale modalità di assegnazione delle risorse, tuttavia, permette di garantire nel 2023 solo 900 nuovi specialisti; diversamente, una omogenea ripartizione nel quinquennio 2019-2023 dei € 327,7 milioni stanziati avrebbe assicurato ben 2.600 specialisti nel 2023.
- **Programmi di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico** (commi 555, 556). Viene aumentato di € 4 miliardi l'importo destinato al programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, "a spese" del Fondo investimenti enti territoriali. Le risorse saranno ripartite alle Regioni in un arco temporale di 13 anni a partire dal 2021:
  - € 100 milioni/anno per il 2021 e il 2022
  - € 300 milioni/anno dal 2023 al 2025
  - € 400 milioni/anno dal 2026 al 2031
  - € 300 milioni nel 2032
  - € 200 milioni nel 2033

Misure	2019	2020	2021
Aumento del fabbisogno sanitario nazionale standard	€ 1.000 <sup>1</sup>	€ 2.000 <sup>2</sup>	€ 1.500 <sup>2</sup>
Riduzione tempi di attesa delle prestazioni sanitarie	€ 150	€ 100 <sup>3</sup>	€ 100
Borse di studio Medicina Generale	€ 10	€ 10	€ 10
Borse di studio scuole di specializzazione <sup>4</sup>	€ 22,5	€ 45	€ 68,4
Programmi di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico	4.000 <sup>5</sup>		
<sup>1</sup> Già assegnati dalla Legge di Bilancio 2018			
<sup>2</sup> Fondi subordinati alla stipula, entro il 31 marzo 2019, di un'Intesa Stato-Regioni per il Patto per la Salute 2019-2021.			
<sup>3</sup> A cui si aggiungono ulteriori € 50 milioni previsti dal Decreto Fiscale (L. 136/2018).			
<sup>4</sup> Assegnati € 91,8 milioni per il 2022 e € 100 milioni l'anno a partire dal 2023.			
<sup>5</sup> Ripartiti nel periodo 2021-2033.			

**Tabella 3.1. Legge di Bilancio 2019: principali misure per la sanità pubblica (dati in milioni)**

Il box 3.2 riporta l'elenco delle ulteriori risorse assegnate alla sanità e alla ricerca dalla Legge di Bilancio 2019.

### Box 3.2. Legge di Bilancio 2019: ulteriori misure previste per la sanità pubblica

- € 30 milioni/anno per 10 anni al Consiglio nazionale delle ricerche (comma 404)
- € 25 milioni (€ 5 per il 2019 e € 10 il 2020 e il 2021) per l'adroterapia, terapia innovativa per la cura dei tumori in favore del Centro nazionale di adroterapia oncologica - CNAO (comma 559)
- € 4 milioni dal 2019 per gli screening neonatali (comma 544)
- € 5 milioni per gli IRCCS della Rete oncologica impegnati nello sviluppo delle nuove tecnologie antitumorali CAR-T (comma 523)
- € 5 milioni per gli IRCCS della Rete cardiovascolare impegnati nei programmi di prevenzione primaria cardiovascolare (comma 523)
- € 1 milione quale contributo straordinario per ciascuno degli anni del triennio 2019-2021 in favore dell'*European Brain Research Institute* (commi 407-408)
- € 2 milioni per l'anno 2019 e € 0,5 milioni annui a decorrere dal 2019 per raccogliere i dati provenienti dalle regioni da inserire nell'Anagrafe nazionale Vaccini, oltre a € 50.000 per implementazione e gestione (comma 585)
- € 0,4 milioni a partire dal 2019 per la banca dati relativa alle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) sanitario (comma 573)

In ogni caso, a fronte di alcune conferme e passi avanti, nella Legge di Bilancio 2019 rimangono disattese inderogabili necessità per la tenuta del SSN, in particolare quelle relative al personale:

- **Rinnovi contrattuali:** gli spiragli intravisti dopo lo sciopero dei medici nel novembre 2018 non si sono concretizzati in risorse dedicate. Infatti, secondo il comma 545 a decorrere dal triennio 2019-2021 il trattamento economico aggiuntivo (indennità di esclusività) per la dirigenza concorrerà alla determinazione del monte salari, con oneri a valere sul finanziamento del FSN; inoltre, nella Legge di Bilancio 2019 non c'è alcun riferimento alla retribuzione individuale di anzianità.
- **Sblocco del turnover:** gli emendamenti che proponevano di modificare il tetto di spesa per il personale, fissato all'ammontare del 2004 diminuito dell'1,4% (con una variazione, da intendersi di segno positivo o negativo, dello 0,1% previsto dalla Legge di Bilancio 2018<sup>134</sup>), sono stati respinti. Il tetto è stato successivamente rimosso a maggio 2019 con il "Decreto Calabria"<sup>135</sup> stabilendo che, a decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli Enti del SSN di ciascuna Regione non potrà superare il valore della spesa sostenuta nel 2018. Successivamente, la spesa per il personale potrà essere incrementata per un importo pari al 5% dell'aumento del FSN rispetto all'esercizio precedente.
- **Nuovi LEA:** nessuna proposta è stata avanzata per sbloccare i nomenclatori tariffari "ostaggio" del MEF per mancata copertura finanziaria, che impediscono di fatto l'esigibilità dei nuovi LEA (§ 3.2).
- **Superticket:** non ha visto la luce l'emendamento per rifinanziare il fondo per ridurre il superticket.

<sup>134</sup> Corte Costituzionale 19 febbraio 2019 n. 89. Disponibile a: [www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=89](http://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=89). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>135</sup> DL 30 aprile 2019, n. 35, art. 11. Disponibile a: [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/05/02/19G00041/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/05/02/19G00041/sg). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.



### 3.1.2.2. Documento di Economia e Finanza 2019

Il 9 aprile 2019 il Consiglio dei Ministri ha approvato il DEF 2019, secondo il quale nel triennio 2020-2022 il PIL nominale dovrebbe crescere in media del 2,5% per anno e l'aumento della spesa sanitaria attestarsi sul tasso medio annuo dell'1,4%. In termini finanziari la spesa sanitaria aumenterebbe dai € 119.953 milioni stimati per il 2020 ai € 121.358 nel 2021 ai € 123.052 milioni nel 2022. Per il 2019, invece, a fronte di una crescita del PIL nominale dell'1,2%, il DEF 2019 stima una spesa sanitaria di € 118.061 milioni che corrisponde ad una crescita del 2,3% rispetto ai € 115.410 del 2018 (tabella 3.2).

	2018	2019	2020	2021	2022
Spesa sanitaria (€ milioni)	115.410	118.061	119.953	121.358	123.052
Spesa sanitaria (% PIL)	6,6%	6,60%	6,60%	6,50%	6,40%
Tasso di variazione in %	1,6%	2,30%	1,60%	1,20%	1,40%

Tabella 3.2. DEF 2019: consuntivo 2018 e stime 2019-2022

Le analisi effettuate dall'Osservatorio GIMBE sul DEF 2019<sup>136,137</sup> hanno rilevato che:

- Le previsioni di crescita economica del Paese emergono in tutta la loro evanescenza rilevando che, solo 6 mesi prima, la NADEF 2018 aveva azzardato per il 2019 una crescita del PIL del 3,1%, che sarebbe dovuto aumentare al 3,5% nel 2020 per poi tornare al 3,1% nel 2021: tali previsioni sono precipitate all'1,2% per il 2019 (-1,9%), al 2,6% per il 2020 (-0,9%) ed al 2,5% per il 2021 (-0,6%).
- Anche se le stime su aumento del PIL e spesa sanitaria fossero corrette, la spesa sanitaria non potrà coprire nemmeno l'aumento dei prezzi per tre ragioni: innanzitutto, perché cresce meno del PIL nominale, in secondo luogo, perché l'indice dei prezzi del settore sanitario è superiore all'indice generale dei prezzi al consumo, infine perché l'inflazione media si è attestata negli ultimi anni oltre l'1% (1,2% nel 2017 e 1,1% nel 2018). In altri termini, la crescita media della spesa sanitaria dell'1,4% stimata per il triennio 2020-2021 nella migliore delle ipotesi potrà garantire al SSN lo stesso potere di acquisto solo se la ripresa economica rispetterà previsioni più che ottimistiche, ovvero una crescita media del PIL del 2,5% per il triennio 2020-2021.
- Le previsioni sul rapporto spesa sanitaria/PIL smentiscono l'inversione di tendenza incautamente annunciata dal Premier Conte nel giugno 2018 in occasione del discorso per la fiducia<sup>138</sup> - *“Quanto alla sanità, il Documento di Economia e Finanza [...] prevede una contrazione della spesa sanitaria. Sarà compito di questo Governo invertire questa tendenza per garantire la necessaria equità nell'accesso alle cure”*<sup>139</sup> - e sono identiche a quelle dei

<sup>136</sup> DEF 2019. GIMBE: “Emergono solo incongruenze e incertezze sul futuro del SSN, che si dimostra non essere una priorità per il Governo”. Quotidiano Sanità, 12 aprile 2019. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=73023](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=73023). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>137</sup> Gobbi B. Allarme sanità, nel DEF “buco” da 1,6 miliardi nel 2019. Il Sole 24 Ore, 12 aprile 2019. Disponibile a: [www.ilsole24ore.com/art/notizie/2019-04-12/nel-def-nervo-scoperto-sanita-buco-16-miliardi-2019--161141.shtml](http://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2019-04-12/nel-def-nervo-scoperto-sanita-buco-16-miliardi-2019--161141.shtml). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>138</sup> Comunicazioni del Presidente del Consiglio dei Ministri. Senato della Repubblica. Disponibile a: <http://webtv.senato.it/video/showVideo.html?seduta=9&leg=18&id=00033749>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>139</sup> Comunicazioni del Presidente del Consiglio dei Ministri. Senato della Repubblica. Roma, 5 giugno 2018. Disponibile a: [www.governo.it/sites/governo.it/files/5giugno2018\\_Comunicazioni\\_Conte\\_Senato.pdf](http://www.governo.it/sites/governo.it/files/5giugno2018_Comunicazioni_Conte_Senato.pdf). Ultimo accesso: 17 settembre 2018.

DEF (e dei Governi) precedenti, dove all'incremento atteso della crescita economica corrisponde sempre una riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL.

- Le stime del DEF sulla spesa sanitaria sono illusorie rispetto all'entità del finanziamento pubblico perché i fondi assegnati dalle Leggi di Bilancio sono sempre inferiori. Ad esempio, nel 2019: i € 120,1 miliardi stimati dal DEF 2015 precipitano a € 118,5 già con il DEF 2016 e a € 115 miliardi con la Legge di Bilancio 2016. La cifra viene rialzata dalle previsioni del DEF 2017 a € 116,1 miliardi, e quindi rideterminata a € 114,4 miliardi dal DM 5 giugno 2017, cifra confermata dalla Legge di Bilancio 2018, quindi nuovamente aumentata a € 115,8 miliardi con il DEF 2018, riconfermata a 114,4 dalla Legge di Bilancio 2019 e schizzata a 118,1 con il DEF 2019 (figura 3.3). Peraltro, le stime al rialzo della spesa sanitaria nel DEF non possono nemmeno più contare sulla prudenziale giustificazione tra dato previsionale e consuntivo, visto il sostanziale equilibrio tra finanziamento corrente e spesa sanitaria.

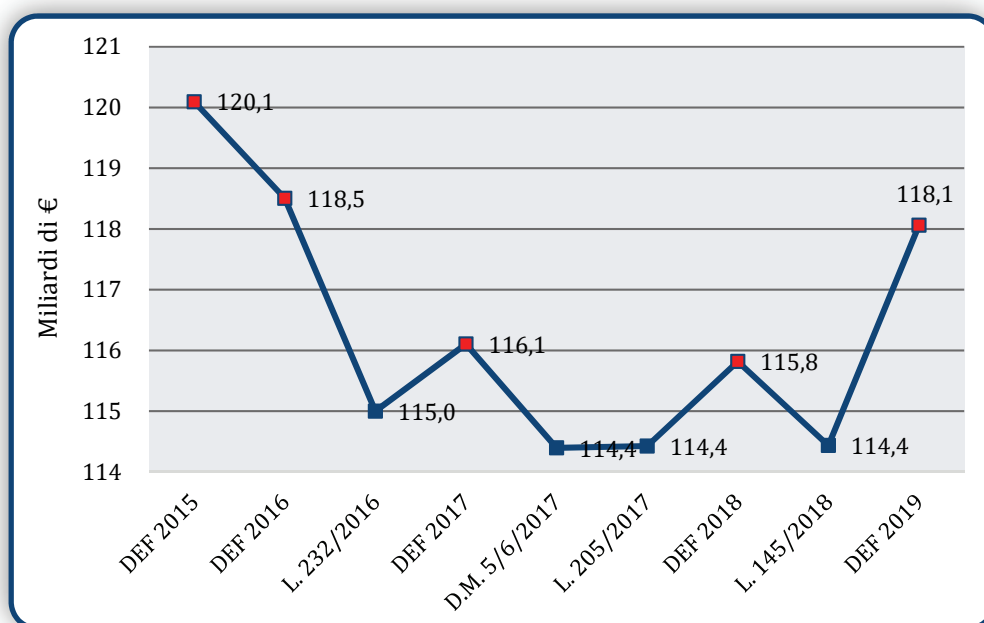


Figura 3.3. 2019: previsioni DEF sulla spesa pubblica vs finanziamento nominale (elaborazione da<sup>140</sup>)

- Analizzando le previsioni per l'anno 2019, emergono alcune incongruenze, visto che il DEF stima una spesa sanitaria di € 118.061 milioni con un aumento rispetto al 2018 di ben € 2.651 milioni (+2,3%), in larga parte da destinare al personale sanitario. Il DEF 2019 precisa infatti che per i redditi da lavoro dipendente si stima un livello di spesa pari a € 36.502 milioni, ovvero quasi € 1 miliardo in più rispetto al 2018, quando la spesa era di € 35.540 milioni. Considerato che, per l'anno in corso, la Legge di Bilancio 2019 ha aumentato il FSN solo di € 1 miliardo senza alcun vincolo sul personale, non è chiaro se tale incremento certifichi per l'anno 2019 un aumento del deficit per la sanità di € 1.651 milioni o includa gli accantonamenti che avrebbero dovuto fare le Regioni per i rinnovi contrattuali.

<sup>140</sup> Corte dei Conti. Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 29 maggio 2019: pag 234-239. Disponibile a: [www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni\\_riunite/sezioni\\_riunite\\_in\\_sede\\_di\\_controllo/2019/rapporto\\_coordinamento\\_fp\\_2019.pdf](http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/rapporto_coordinamento_fp_2019.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.



In ogni caso, il DEF 2019 mantiene il trend dei precedenti, con ottimistiche previsioni sulla spesa sanitaria nel medio termine che si ridimensionano bruscamente a breve termine (tabella 3.3), rendendo illusorio per il 2022 un aumento della spesa sanitaria di oltre € 7,6 miliardi rispetto al 2018 (+6,6%) e confermando le stime dei precedenti Rapporti GIMBE<sup>141,142,143</sup> che per il decennio 2016-2025 avevano previsto un incremento complessivo del finanziamento pubblico di € 15 miliardi.

Spesa sanitaria (milioni di €)	2017	2018	2019	2020	2021	2022
DEF 2017	114.138	115.068	116.105	118.570	-	-
DEF 2018	-	115.818	116.382	118.572	120.894	-
DEF 2019	-	-	118.061	119.953	121.358	123.052
Spesa sanitaria (% PIL)	2017	2018	2019	2020	2021	2022
DEF 2017	6,70%	6,50%	6,40%	6,40%	-	-
DEF 2018	-	6,60%	6,40%	6,30%	6,30%	-
DEF 2019	-	-	6,60%	6,60%	6,50%	6,40%
Tasso di variazione in %	2017	2018	2019	2020	2021	2022
DEF 2017	1,40%	0,80%	0,90%	2,10%	-	-
DEF 2018	-	2,00%	0,50%	1,90%	2,00%	-
DEF 2019	-	-	2,30%	1,60%	1,20%	1,40%

**Tabella 3.3. Analisi comparata della tabella III.3-2 dei DEF 2017, 2018, 2019**

Seppur con i limiti di analisi effettuate post-hoc su documenti previsionali, la loro coerenza attesta intenzioni politiche inequivocabili: se inizialmente il definanziamento della sanità pubblica era imputabile alla crisi economica, oggi si è trasformato in una costante irreversibile. Infatti, a partire dal DEF 2017 si conferma in maniera netta rispetto al passato una scelta allocativa ben precisa, ovvero che l'eventuale 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. Infatti, l'analisi dei DEF 2017, 2018 e 2019 dimostra che il rapporto spesa sanitaria/PIL nel medio termine viene sempre rivisto al ribasso, documentando sia la tendenza a spostare in avanti la crescita economica, sia la mancata intenzione di tornare a investire in sanità (figura 3.4).

<sup>141</sup> Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: [www.rapportogimbe.it/2016](http://www.rapportogimbe.it/2016). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>142</sup> 2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: [www.rapportogimbe.it/2017](http://www.rapportogimbe.it/2017). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>143</sup> 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: [www.rapportogimbe.it/2018](http://www.rapportogimbe.it/2018). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

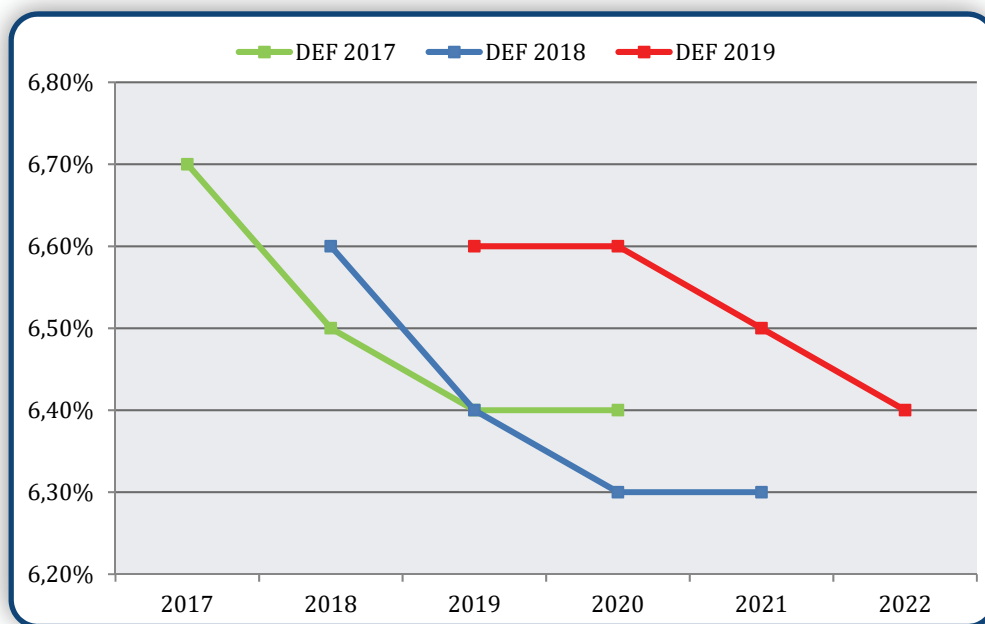


Figura 3.4. Rapporto spesa sanitaria/PIL 2017-2022 secondo le stime dei DEF 2017, 2018, 2019

Questa strategia di finanza pubblica documenta inequivocabilmente che per nessun Governo, compreso quello “del Cambiamento”, la sanità ha mai rappresentato una priorità politica. Infatti, quando l’economia è stagnante la sanità si trasforma inesorabilmente in un “bancomat”, mentre in caso di crescita economica i benefici per il SSN non sono proporzionali, rendendo di fatto impossibile il rilancio del finanziamento pubblico.

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, emerge in tutta la sua imponenza l’entità del definanziamento pubblico del SSN, accanto a certezze poco rassicuranti per il futuro:

- nel periodo 2010-2015 la sommatoria di varie manovre finanziarie relative al periodo 2010-2012 ha sottratto al SSN una cifra prossima ai € 25 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 (figura 3.5);
- nel periodo 2010-2019 il finanziamento pubblico è aumentato di € 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,90% annuo, tasso inferiore a quello dell’inflazione media annua (1,07%);
- il DEF 2019, a fronte di una prevista crescita media annua del PIL nominale del 2,1% nel triennio 2019-2021 e del 2,5% per il triennio 2020-2022, riduce progressivamente il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% nel 2019-2020 al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022.

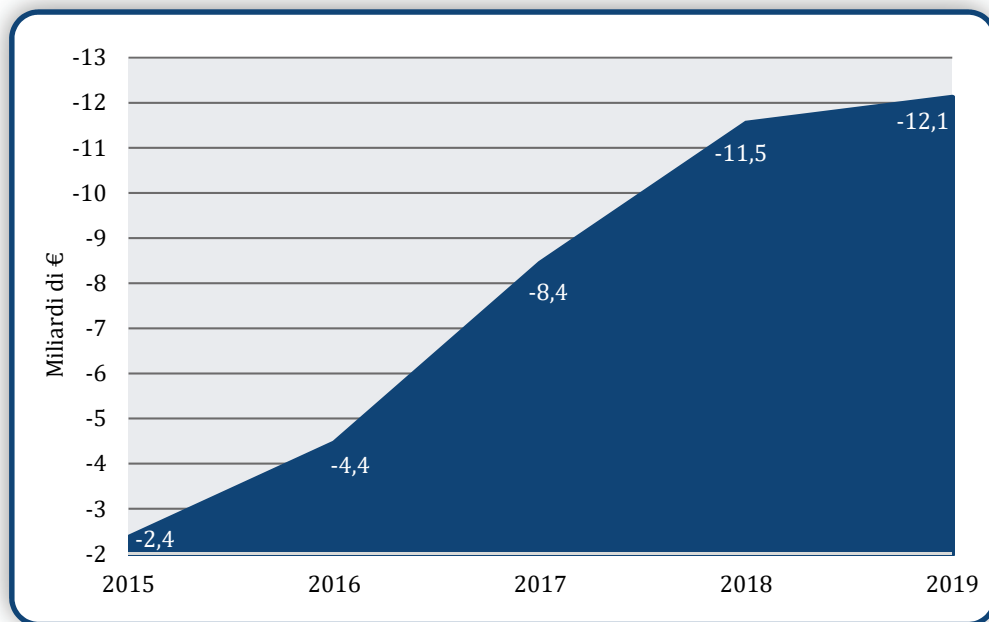


Figura 3.5. Riduzione cumulativa del finanziamento pubblico 2015-2019 (elaborazione da<sup>144</sup>)

### 3.1.2.3. Il Patto per la Salute 2019-2021 e il rischio di nuovi tagli

Il DEF 2019 identifica nel nuovo Patto per la Salute uno strumento di governance per ottimizzare la spesa pubblica, ma nel contempo vincola ad esso l'assegnazione delle risorse, secondo quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2019. Infatti, come già riportato, l'incremento del FSN per il biennio 2020-2021 è subordinato alla stipula di un nuovo Patto per la Salute contenente "misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi". La scadenza per la sottoscrizione del Patto era fissata al 31 marzo, ma la "fase esplorativa" si è dilatata eccessivamente (box 3.3).

#### Box 3.3. Verso il Patto per la Salute 2019-2021

- **13 febbraio 2019.** Le Regioni elaborano un documento<sup>145</sup> fissando alcune "regole di ingaggio" per un primo confronto politico con la Ministra Grillo<sup>146</sup>.
- **27 febbraio 2019.** Nel primo incontro ufficiale riprende il dialogo politico ma il Ministero prende tempo sulle "regole di ingaggio" proposte dalle Regioni per definire la cornice politico-istituzionale prima della stesura del Patto<sup>147</sup>.

<sup>144</sup> Corte dei Conti. Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 29 maggio 2019: pag 234-239. Disponibile a: [www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni\\_riunite/sezioni\\_riunite\\_in\\_sede\\_di\\_controllo/2019/rapp\\_orto\\_coordinamento\\_fp\\_2019.pdf](http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/rapp_orto_coordinamento_fp_2019.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>145</sup> Patto per la Salute. Le Regioni dettano le regole d'ingaggio: "Risorse certe e non condizionate dall'andamento dell'economia, no a modifiche unilaterali, stop a sistema dei piani di rientro e commissariamento e creazione di un Comitato paritetico per monitorare l'accordo". Quotidiano Sanità, 12 febbraio 2019. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo\\_id=70908](http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=70908). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>146</sup> Regioni vs Grillo. Dalla presidenza AIFA al Patto per la Salute la tensione è sempre più alta. Quotidiano Sanità, 13 febbraio 2019. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=70946](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=70946). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>147</sup> Patto per la salute. Riprende il dialogo Grillo-Regioni. Da sciogliere nodo commissariamenti e risorse, su cui dal Mef non arrivano certezze. Ma il Ministro ribadisce: "Non verranno toccate". Quotidiano Sanità, 27 febbraio 2019. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=71422](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=71422). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- **14 marzo 2019.** La Ministra Grillo invia al presidente della Conferenza delle Regioni Stefano Bonaccini una contro-proposta, bocciata senza appello dalle Regioni perché giudicata “invasiva”<sup>148</sup>.
- **16 aprile 2019.** Nel secondo incontro ufficiale Governo e Regioni accantonano la proposta di definire una cornice politico-istituzionale prima della stesura del Patto e danno il via libera ai tavoli tecnici<sup>149</sup>.
- **22 maggio 2019.** La Ministra Grillo convoca presso il Ministero della Salute gli 11 gruppi di lavoro per la stesura del Patto per la Salute: LEA e Piani di rientro, risorse umane, mobilità sanitaria, Enti vigilati, governance farmaceutica e dei dispositivi medici, investimenti, reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria, fondi integrativi, modelli previsionali, ricerca, efficienza e appropriatezza utilizzo fattori produttivi<sup>150</sup>.

Purtroppo, mentre Governo e Regioni bruciavano 4 mesi per “studiarsi” reciprocamente, gli scenari politici, economici e tecnici sono profondamente mutati rendendo la strada per la stipula del Patto per la Salute sempre più in salita, nonostante l’insediamento degli 11 tavoli di lavoro e la determinazione della Ministra nel voler dare una sferzata alla stesura del Patto che definirà le politiche per la salute del triennio 2019-2021.

- **Quadro economico.** Il DEF 2019 ha certificato che gli aumenti del FSN previsti per il 2020 e 2021 sono utopistici sia perché la crescita economica del Paese è stata drammaticamente ridimensionata, sia perché il rapporto spesa sanitaria/PIL rimane stabile sino al 2020 per poi ridursi dal 2021. Inoltre, nonostante il DEF annunci solo “un paziente lavoro di revisione della spesa corrente che porterà a un primo pacchetto di misure nella legge di bilancio per il 2020”, con la clausola di salvaguardia il blocco di € 2 miliardi di spesa pubblica nel 2020 finirà inevitabilmente per pesare sulla sanità pubblica, come già paventato dall’Ufficio Parlamentare di Bilancio, secondo il quale “la spesa residua aggregabile, rappresentata in buona parte dalla spesa sanitaria, sarebbe oggetto di riduzioni consistenti”<sup>151</sup>. In questo scenario, da un lato la Ministra Grillo non può offrire alcuna garanzia sull’aumento delle risorse previste per il 2020-2021, dall’altro per esigenze di finanza pubblica il Governo sarà libero in qualsiasi momento di operare tagli (o mancati aumenti) alla sanità. Peraltro, il Ministro Tria nella lettera inviata alla Commissione europea per rispondere ai rilievi sollevati sul debito, fa riferimento ad un «programma complessivo di revisione della spesa corrente comprimibile».
- **Scenario politico.** Il Governo esce complessivamente indebolito dalle consultazioni europee: dopo il rovente clima di competizione elettorale che ha generato attriti quotidiani sulle tematiche più disparate tra i due partiti di maggioranza, i risultati delle consultazioni europee hanno dato uno scossone agli equilibri politici dell’Esecutivo. D’altro canto, anche

<sup>148</sup> Patto per la Salute. Prosegue lo stallo. Regioni chiedono un incontro a Conte: “Da Ministero atteggiamento invasivo”. Bocciate le controproposte della Grillo. Quotidiano Sanità, 21 marzo 2019. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=72173](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=72173). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>149</sup> Patto per la Salute. Personale, farmaci, medicina del territorio: partono i tavoli operativi Regioni-Ministero. Ma un accordo quadro ancora non c’è. Quotidiano Sanità, 16 aprile 2019. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=73177](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=73177). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>150</sup> Ministero della Salute. Patto della salute 2019-2021, insediati al Ministero gli undici gruppi di lavoro. Disponibile a: [www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3761](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3761). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>151</sup> Rapporto sulla Politica di Bilancio 2019. UPB - Ufficio Parlamentare di Bilancio. Disponibile a: [www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2019/01/Rapporto-politica-di-bilancio-2019-per-sito.pdf](http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2019/01/Rapporto-politica-di-bilancio-2019-per-sito.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

il fronte delle Regioni è altrettanto sfibrato sia dalla minore compattezza conseguente alle istanze di regionalismo differenziato, sia dall'incertezza sulle risorse condizionate, oltre che dal quadro economico, proprio dalla necessità di stipulare il Patto per la Salute.

- **Ostacoli tecnici.** Il tema del regionalismo differenziato rende molto più complesso raggiungere un accordo sulle “misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi” che, di fatto, rientrano tra le maggiori autonomie richieste in sanità da Emilia Romagna, Lombardia e Veneto.

Le preoccupazioni espresse dalla Fondazione GIMBE<sup>152,153</sup> sono state confermate dalle audizioni sul DEF 2019 dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio e della Corte dei Conti. Il primo, snocciolando i drammatici numeri del disavanzo, conferma che esistono pochi margini per una *spending review* e che “ulteriori tagli alla spesa sanitaria rischierebbero di incidere sulla qualità dei servizi offerti oppure sul perimetro dell'intervento pubblico in questo settore”<sup>154</sup>. La Corte dei Conti ha rilevato che “al termine del 2018 [...] non risultano sottoscritti gli accordi relativi alle aree della dirigenza sanitaria” e solleva preoccupazioni per “la forte riduzione di personale, anche in relazione al tempo occorrente per l'assunzione di nuovo personale, con particolare riferimento a settori come la sanità [...] in cui la diminuzione degli addetti rischia di incidere sull'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni e sulla qualità dei servizi”<sup>155</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>156</sup>, aggiornato al 10 novembre 2018, 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 sostanzialmente allineato con la media OCSE (8,9% vs 8,8%), siamo fanalino di coda davanti solo alla Spagna tra i paesi dell'Europa nord-occidentale, dove Svizzera, Francia, Germania, Austria, Svezia, Norvegia, Danimarca, Olanda, Belgio, Regno Unito, Finlandia e Portogallo destinano alla sanità una percentuale del PIL superiore alla nostra. Parallelamente, si osserva il progressivo avvicinamento dei livelli di spesa sanitaria dei paesi dell'Europa Orientale, dove il finanziamento pubblico sta crescendo in maniera rilevante (figura 3.6)<sup>157</sup>.

---

<sup>152</sup> Tra crisi economica e Patto Salute tutto da scrivere, lo spettro di nuovi tagli alla sanità. Quotidiano Sanità, 29 aprile 2019. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=73467](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=73467). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

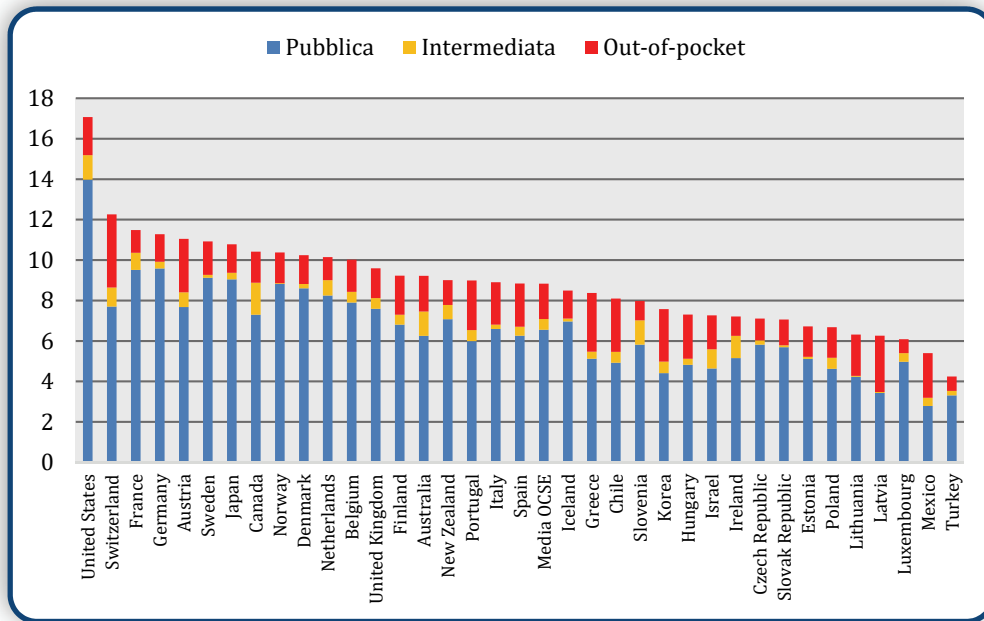
<sup>153</sup> GIMBE: il DEF ridimensiona la crescita, sulla sanità incombe lo spettro di nuovi tagli, Sanità 24, 29 aprile 2019. Disponibile a: [www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2019-04-29/gimbe--def-ridimensiona-crescita-sanita-incombe-spettro-nuovi-tagli-130339.php?uuiid=AB5gVhsB](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2019-04-29/gimbe--def-ridimensiona-crescita-sanita-incombe-spettro-nuovi-tagli-130339.php?uuiid=AB5gVhsB). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>154</sup> Audizione dell'UPB – Ufficio Parlamentare di Bilancio sul Documento di economia e finanza 2019 presso le Commissioni bilancio riunite del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati. Roma, 16 aprile 2019, pag 28. Disponibile a: [www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2019/04/Audizione-DEF-2019\\_Pisauro.pdf](http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2019/04/Audizione-DEF-2019_Pisauro.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>155</sup> Audizione della Corte dei Conti sul Documento di economia e finanza 2019 presso le Commissioni bilancio riunite del Senato della Repubblica e della Camera dei Deputati. Roma, 16 aprile 2019, pagg 24-5. Disponibile a: [www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni\\_riunite/sezioni\\_riunite\\_in\\_sede\\_di\\_controllo/2019/audizione\\_19\\_04\\_2019\\_def.pdf](http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/audizione_19_04_2019_def.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

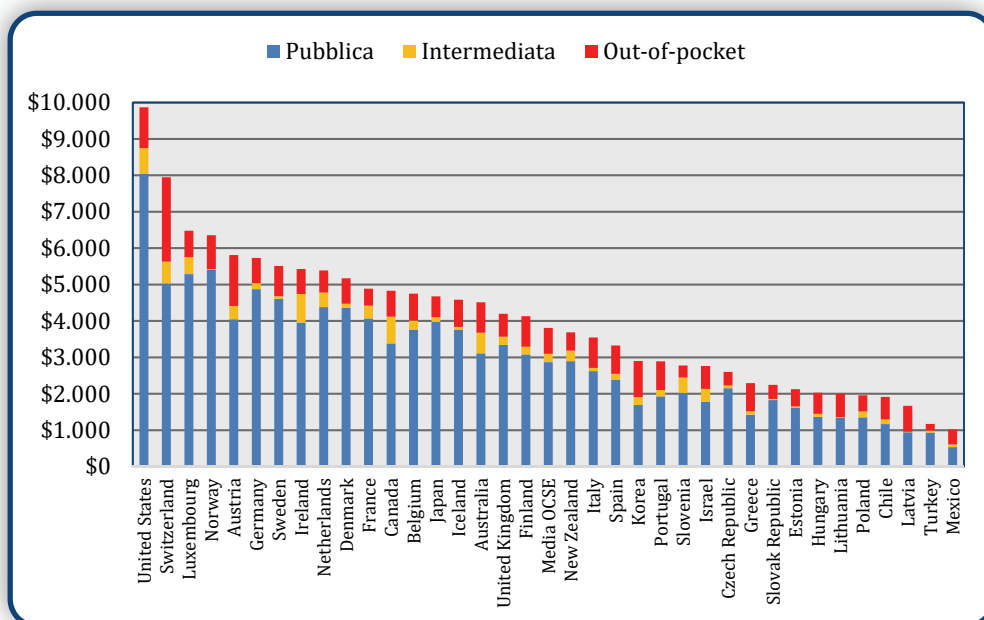
<sup>156</sup> OECD Health Statistics 2018. Last update 10 November 2018. Disponibile a: [www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>157</sup> 13° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2017. Disponibile a: [www.creasanita.it/13volume\\_dwn/dwn\\_flild/Rapporto\\_Sanita\\_2017.pdf](http://www.creasanita.it/13volume_dwn/dwn_flild/Rapporto_Sanita_2017.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.



**Figura 3.6. Spesa sanitaria totale nei paesi OCSE in percentuale del PIL (anno 2017 o più recente disponibile)**

La situazione peggiora ulteriormente prendendo in considerazione la spesa sanitaria pro-capite totale, inferiore alla media OCSE (\$3.542 vs \$ 3.807) che colloca l'Italia in prima posizione tra i paesi poveri dell'Europa: spendono meno di noi solo Spagna, Portogallo, Slovenia, Repubblica Ceca, Grecia, Repubblica Slovacca, Estonia, Ungheria, Lituania, Polonia e Lettonia (figura 3.7).



**Figura 3.7. Spesa sanitaria pro-capite nei paesi OCSE (anno 2017 o più recente disponibile)**

Tuttavia, il definanziamento pubblico del SSN emerge in tutta la sua gravità guardando alla spesa sanitaria pubblica pro-capite: siamo sotto la media OCSE (\$ 2.622 vs \$ 2.868) e in Europa ben 14 Paesi investono più di noi con un gap minimo che va dai \$ 456 della Finlandia ad un gap massimo di \$ 2.777 della Norvegia (figura 3.8).

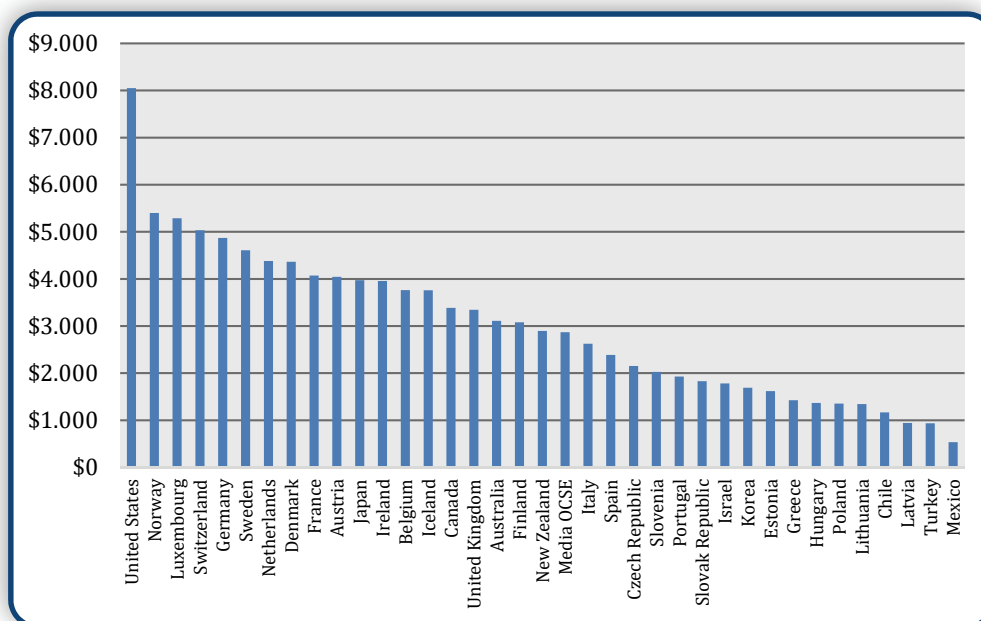


Figura 3.8. Spesa sanitaria pubblica pro-capite paesi OCSE (anno 2017 o più recente disponibile)

Dal 2000 al 2017 la spesa pubblica in Italia è aumentata complessivamente del 71%, crescendo in media del 4,23% per anno, un incremento percentuale che posiziona l'Italia in fondo alla classifica, seguita solo da Islanda, Portogallo, Israele e Grecia (figura 3.9).

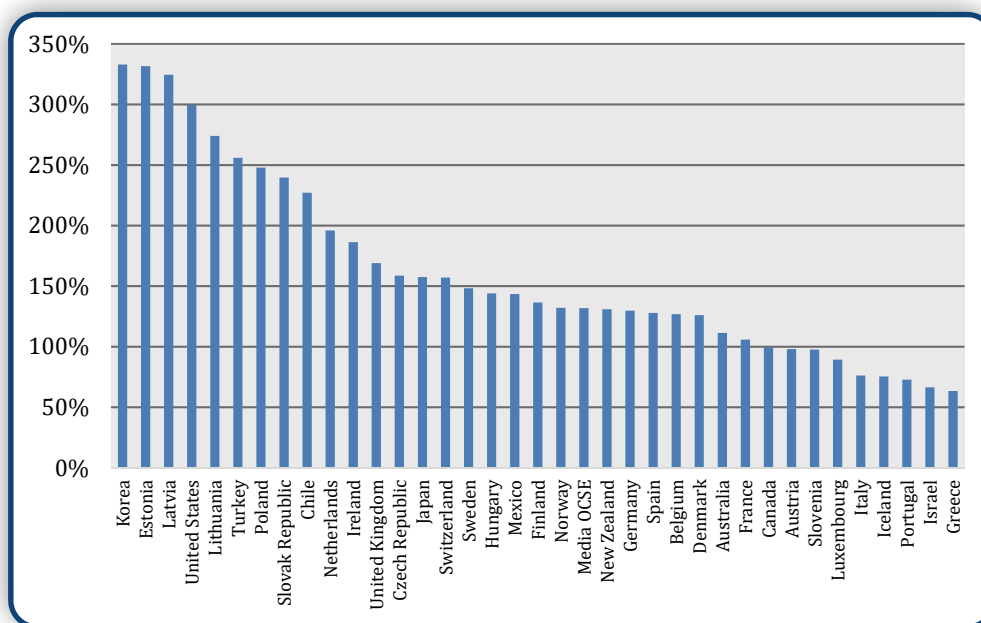


Figura 3.9. Variazione percentuale della spesa pubblica 2000-2017 nei paesi OCSE

L'impatto del definanziamento degli ultimi anni emerge in maniera clamorosa confrontando la crescita percentuale della spesa sanitaria pubblica del 2000-2008 rispetto al 2009-2017 (figura 3.10). Nel primo periodo l'aumento è stato del 58%, rispetto a una media OCSE del 73%. Nel periodo 2009-2017 l'incremento percentuale è stato solo del 8%, rispetto a una media OCSE del 26%: peggio dell'Italia solo Portogallo (+5%), Lussemburgo (-4%) e Grecia (-28%).



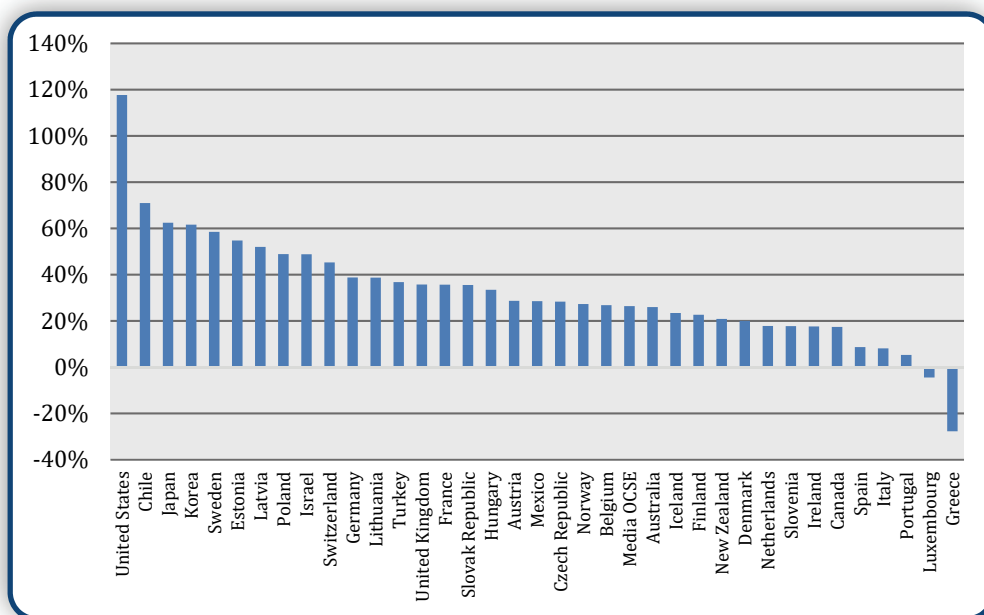


Figura 3.10. Variazione percentuale della spesa pubblica 2009-2017 nei paesi OCSE

Nel confronto con gli altri paesi del G7 il trend della spesa pubblica 2000-2017 documenta due dati particolarmente rilevanti (figura 3.11):

- Negli altri paesi, ad eccezione del Regno Unito, la crisi economica non ha minimamente scalfito la spesa pubblica per la sanità: infatti dopo il 2008 il trend di crescita è stato mantenuto o ha addirittura subito un'impennata. In Italia, invece, a partire dal 2008 il trend si è completamente appiattito.
- Di conseguenza, se nel 2000 le differenze assolute sulla spesa pubblica tra l'Italia e gli altri paesi del G7 erano modeste, con il costante e progressivo definanziamento pubblico sono divenute incolmabili: ad esempio, se nel 2000 la Germania investiva "solo" \$ 632 (+30,8%) in più dell'Italia (\$ 2.118 vs \$ 1.487), nel 2017 la differenza è di \$ 2,248 (+45,8%), ovvero \$ 4.869 vs \$ 2.622 (figura 3.10).

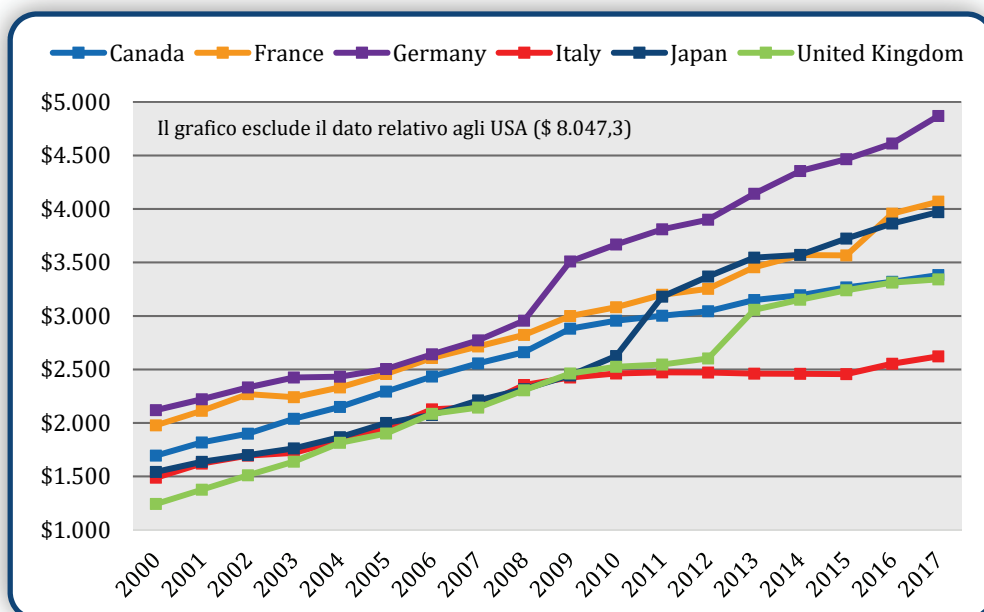


Figura 3.11. Trend spesa pubblica pro-capite 2000-2017 nei paesi del G7

Con il progressivo definanziamento l'Italia tra i paesi del G7 si colloca fanalino di coda per spesa sanitaria totale e per spesa sanitaria pubblica, seconda per spesa out-of-pocket ed ultima per spesa intermediata, testimonianza inequivocabile che la politica si è progressivamente sbarazzata di una consistente quota di spesa pubblica, ha espanso (invece di ridurlo) il “paniere” dei LEA, ma non è stata in grado di attuare una seria riforma della sanità integrativa per consentire alla spesa intermediata di integrare realmente le prestazioni non offerte dal SSN (figura 3.12).

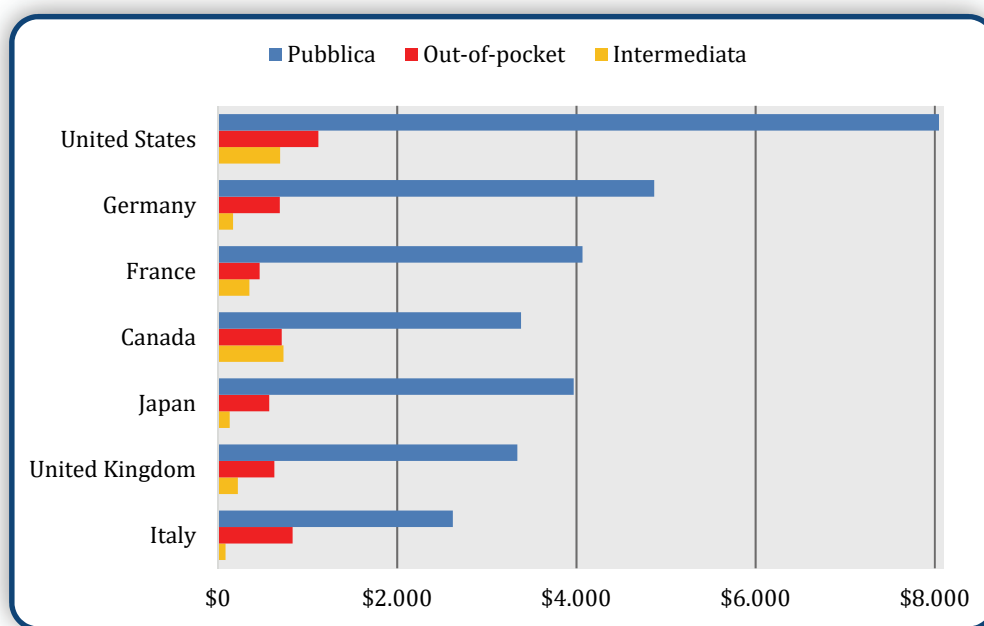


Figura 3.12. Spesa sanitaria pro-capite 2017 nei paesi del G7

Il definanziamento progressivo in Italia è stato peraltro attuato senza tener conto delle raccomandazioni dell'OCSE che nel gennaio 2015 aveva 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>158</sup>.

### 3.2. Nuovi LEA

Dopo la 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 che l'intervento della politica nella complessa normativa dei LEA puntava esclusivamente sulla necessità di aggiornare le prestazioni in relazione al progresso scientifico e tecnologico, senza tenere in debita considerazione le implicazioni economiche (sostenibilità), professionali e sociali (medicalizzazione della

<sup>158</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: 7 giugno 2019.

società)<sup>159</sup>. Per questa ragione i nuovi LEA rappresentano un “sorvegliato speciale” dell’Osservatorio GIMBE a partire dall’audizione in 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato del 30 novembre 2016<sup>160</sup>, dove è stata subito rilevata la non sostenibilità dei nuovi LEA in assenza di una esplicita metodologia per inserire/escludere le prestazioni<sup>161</sup>.

La pubblicazione in Gazzetta Ufficiale dei nuovi LEA nel marzo 2017 è stata accompagnata da un notevole clamore mediatico, che ha celebrato il grande traguardo politico della Ministra Lorenzin enfatizzando 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 rilevando numerose migliorie strutturali<sup>162</sup>: maggior dettaglio nella descrizione delle prestazioni, aggiornamento dei nomenclatori delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica, dettagli su programmi e prestazioni di assistenza socio-sanitaria, ridefinizione dei criteri di appropriatezza per tutti i regimi di ricovero, nuove 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.

Dopo la pubblicazione del DPCM 12 gennaio 2017, senza voler smorzare il legittimo entusiasmo politico, professionale e sociale, l’Osservatorio GIMBE ha avviato un monitoraggio continuo e sistematico delle criticità che ostacolano l’attuazione dei nuovi LEA:

- criticità metodologiche che hanno influenzato i criteri di inclusione delle prestazioni nei LEA e ne condizionano l’aggiornamento, incluso il *delisting*;
- criticità attuative che condizionano l’esigibilità dei nuovi LEA in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale;
- criticità relative al monitoraggio dei LEA.

### 3.2.1. Criticità metodologiche

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

**Criticità metodologica 1.** È costituita dall’inspiegabile stralcio dei 3 fondamentali principi di *evidence-based policy making* contenuti nel DPCM 29 novembre 2001 (box 3.4).

<sup>159</sup> Cartabellotta A. Livelli Essenziali di Assistenza 15 anni dopo. Evidence 2016;8(2): e1000133.

<sup>160</sup> Audizione della Fondazione GIMBE su schema DPCM “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)” in 12ª 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: 7 giugno 2019.

<sup>161</sup> GIMBE: nuovi Lea non sostenibili senza un metodo rigoroso sulle prestazioni sanitarie. Sanità 24, 1 dicembre 2016. Disponibile a: <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2016-12-01/gimbe-nuovi-lea-non-sostenibili-senza-metodo-rigorous-prestazioni-sanitarie-123857.php?uuiid=ADv1cU5B>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>162</sup> Cartabellotta A. Nuovi Lea: grande traguardo politico a rischio di illusione collettiva? Sanità 24, 27 gennaio 2017. Disponibile a: [www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2017-01-27/nuovi-lea-grande-traguardo-politico-rischio-illusione-collettiva-165343.php?uuiid=AEZgiOJ](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2017-01-27/nuovi-lea-grande-traguardo-politico-rischio-illusione-collettiva-165343.php?uuiid=AEZgiOJ). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

### Box 3.4. 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 attuati solo parzialmente, rappresentavano una perentoria dichiarazione di intenti per contribuire alla sostenibilità del SSN, perché 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, ha favorito un approccio liberista, più orientato a soddisfare le richieste di tutte le categorie professionali e specialistiche, di tutti i pazienti e, indirettamente, dell'industria farmaceutica e tecnologica, piuttosto che considerare il *value* dei nuovi LEA e la loro effettiva sostenibilità.

**Criticità metodologica 2.** Il DPCM 12 gennaio 2017 non riporta esplicitamente né il metodo utilizzato per inserire, o meno, le prestazioni nei LEA, né quello per aggiornare gli elenchi delle prestazioni, in termini di inserimento, esclusione e *delisting*. In altre parole, se da un lato ha ampliato a dismisura il "paniere" delle prestazioni, peraltro sottostimando la copertura finanziaria, dall'altro non ha previsto alcuna metodologia per inserire le prestazioni, spesso sdoganate 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 il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella definizione e aggiornamento dei LEA, oggi una quota consistente di denaro pubblico viene sprecata sia per l'erogazione di prestazioni dal *value* basso o addirittura negativo (profilo rischio-beneficio sfavorevole) incluse nei LEA, sia per le conseguenze del mancato utilizzo di prestazioni dal *value* elevato non incluse nei LEA (§ 3.3).

Considerato che la sostenibilità del SSN può essere garantita solo finanziando con il denaro pubblico prevalentemente interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'elevato *value*<sup>163</sup>, la Fondazione GIMBE ha già proposto un framework *evidence- & value-based* per classificare le prestazioni sanitarie in quattro categorie (figura 3.13):

- **Value elevato.** Prestazioni efficaci, appropriate e dai costi adeguati rispetto alle alternative; tali prestazioni devono essere inserite nei LEA (liste positive) e finanziate con il denaro pubblico senza compartecipazione alla spesa.
- **Value basso.** Prestazioni inefficaci, efficaci ma inappropriate, efficaci e appropriate, ma dai costi eccessivi rispetto alle alternative. Queste prestazioni non devono essere rimborsate interamente con il denaro pubblico (compartecipazione inversamente proporzionale al *value*) e/o devono essere finanziate con la spesa privata (intermediata o out-of-pocket);
- **Value incerto.** Prestazioni per le quali le evidenze scientifiche sono assenti e/o di scarsa qualità e/o discordanti e/o il profilo rischio-beneficio non è noto. Tali prestazioni non devono essere rimborsate interamente con il denaro pubblico (compartecipazione inversamente proporzionale al *value*) e/o devono essere finanziate con la spesa privata (intermediata o out-of-pocket). Contemporaneamente deve essere finanziata la ricerca comparativa indipendente sulle aree grigie.
- **Value negativo.** Prestazioni per le quali i rischi superano i benefici. Tali prestazioni devono essere rigorosamente escluse dai LEA (liste negative), impedendo la loro erogazione anche se finanziate dalla spesa privata.

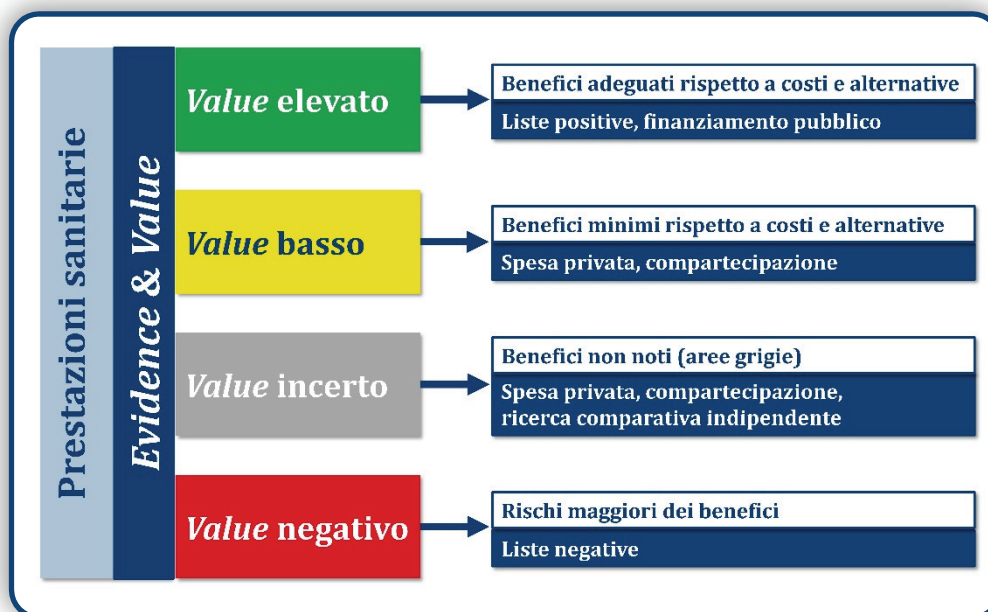


Figura 3.13. Classificazione delle prestazioni sanitarie in relazione al *value*

L'applicazione del framework GIMBE permetterebbe di ottenere una relazione ottimale tra LEA, *value* delle prestazioni e spesa sanitaria (figura 3.14).

<sup>163</sup> Fondazione GIMBE. Carta GIMBE per la tutela della salute. Disponibile a: [www.salviamo-ssn.it/carta-gimbe](http://www.salviamo-ssn.it/carta-gimbe). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

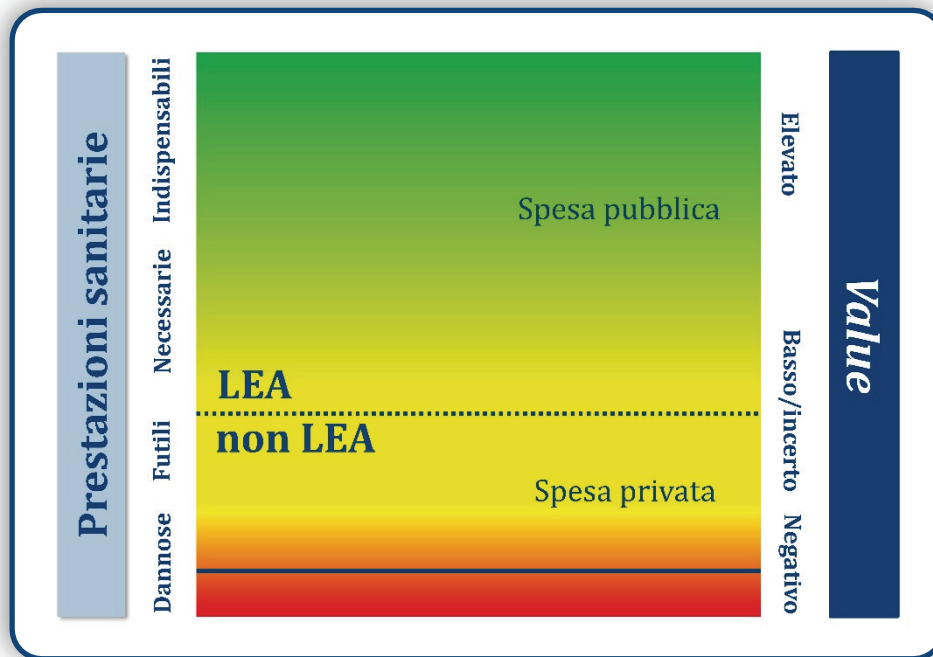


Figura 3.14. Relazione tra LEA, value delle prestazioni e spesa sanitaria

**Criticità metodologica 3.** È rappresentata dalla scarsa integrazione tra LEA e ricerca, in particolare la ricerca comparativa indipendente per la produzione di prove di efficacia in aree di incertezza. 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 il DPCM affida alla Commissione LEA il compito di 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», questa dichiarazione di intenti non tiene conto che:

- Esiste una ricerca comparativa osservazionale, basata fondamentalmente su registri di malattia e database amministrativi (i *big data* sono in Italia ancora un lontano miraggio), tuttavia distorta da bias, condizionata dalla scarsa qualità dei dati e ostacolata da vincoli di privacy. Il gold standard della ricerca comparativa è invece sperimentale<sup>164</sup>: in particolare per la produzione di prove di *effectiveness* il disegno ideale è rappresentato dai trial pragmatici<sup>165</sup>, solo occasionalmente finanziati con fondi pubblici.
- I “canali di finanziamento della ricerca sanitaria” non vengono 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; la ricerca finalizzata (ad eccezione dei programmi di rete) finanzia prevalentemente ricerca di base e in parte ricerca clinica; 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 la ricerca comparativa in grado di fornire evidenze alla definizione dei LEA ammontano a pochi milioni di euro.

<sup>164</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>165</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.

- Non è stata mai definita nessuna metodologia che, una volta individuate le aree grigie, permetta di definire le priorità su cui investire il denaro pubblico destinato alla ricerca.

Le tre criticità metodologiche sopra illustrate dimostrano dunque che la vera sfida della Commissione LEA non consiste nell'aggiornamento dei LEA in quanto tale, bensì nella definizione di un rigoroso metodo *evidence- & value-based*, al fine di utilizzare il denaro pubblico per garantire ai cittadini servizi e prestazioni sanitarie ad elevato *value*, impedire l'erogazione di prestazioni dal *value* negativo, spostare sulla spesa privata (compartecipazione, spesa out-of-pocket, spesa intermediata) quelle dal *value* basso e avviare ricerca comparativa indipendente per le prestazioni dal *value* incerto.

In sintesi, le analisi dell'Osservatorio GIMBE sulle criticità metodologiche documentano che il DPCM sui nuovi LEA:

- ha soppresso 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;
- ha ampliato a dismisura il "paniere" delle prestazioni, indipendentemente dal loro *value*;
- tranne poche eccezioni, non prevede "liste negative" di prestazioni, delegando alla Commissione LEA il compito di effettuare il *delisting* delle prestazioni obsolete;
- non ha delineato una strategia di ricerca e sviluppo finalizzata a produrre evidenze per informare l'inclusione/esclusione delle 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>166</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>167</sup>.

Alla data di pubblicazione del presente Rapporto non è pubblicamente disponibile alcuna metodologia per l'aggiornamento dei LEA.

### 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.

<sup>166</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: 7 giugno 2019.

<sup>167</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: 7 giugno 2019.



**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 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 un elenco transitorio (allegato 8-bis) individua per le 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, a 30 mesi dalla pubblicazione del DPCM sui nuovi LEA, gran parte delle nuove prestazioni ambulatoriali e protesiche non è ancora esigibile perché la loro reale disponibilità sull’intero territorio nazionale è soggetta alla revisione delle tariffe non ancora approvate dal MEF; tali prestazioni al momento possono solo essere erogate dalle Regioni non in Piano di rientro in regime extra-LEA. In altri termini, senza l’approvazione del “decreto tariffe” rimangono in vigore i nomenclatori in vigore ante-DPCM 12 gennaio 2017, che risalgono al 1996 per la specialistica ambulatoriale e al 1999 per l’assistenza protesica.

Al fine di identificare le motivazioni dell’inaccettabile ritardo del “decreto tariffe”, in assenza di documenti ufficiali l’Osservatorio GIMBE ha effettuato un monitoraggio sistematico delle dichiarazioni istituzionali di Ministri della Salute e sottosegretari del Governo Renzi (box 3.5) e del Governo Conte (box 3.6), da cui emerge che il ritardo è esclusivamente imputabile a motivazioni tecniche e non alla mancata copertura finanziaria.

### Box 3.5. Ritardo nella pubblicazione del “Decreto tariffe”: dichiarazioni durante il Governo Renzi

- **26 luglio 2017.** Rispondendo a un’interrogazione parlamentare il Ministro Lorenzin aveva precisato che il 31 marzo 2017 si era conclusa l’attività di riconduzione dei 36.000 codici delle prestazioni sanitarie regionali a quelle presenti nel nuovo nomenclatore adottato dal DPCM sui nuovi LEA. Successivamente è seguita la consultazione con associazioni di categoria e 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 di assistenza protesica. Il completamento degli adempimenti era previsto entro settembre 2017 così da permettere la completa e uniforme fruizione nuovi LEA su tutto il territorio nazionale<sup>168</sup>.

<sup>168</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

- **26 ottobre 2017.** In occasione di un'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>169</sup>.
- **27 dicembre 2017.** La Legge di Bilancio 2018 (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. Il decreto doveva 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>170</sup>.

### Box 3.6. Ritardo nella pubblicazione del "Decreto tariffe": dichiarazioni durante il Governo Conte

- **4 luglio 2018.** La Ministra Grillo, nel corso un question time alla Camera dei Deputati<sup>171</sup>, ha dichiarato che nella riunione del 20 settembre 2017 è stato stabilito l'invio del provvedimento formale al MEF che, tuttavia, ha sollevato riserve sulla metodologia seguita per la valutazione di impatto economico, contestando l'attendibilità dei dati forniti dalle Regioni. Di conseguenza il Ministero della Salute ha promosso l'allineamento dei dati presenti nel sistema tessera sanitaria rispetto a quelli dei flussi regionali, e le risultanze sono state prese a base per la predisposizione della relazione tecnica, secondo la metodologia condivisa dal MEF. La Ministra ha rassicurato che tale relazione sarebbe stata trasmessa in tempi brevi al MEF per l'acquisizione dell'assenso tecnico e, a seguito del parere favorevole del MEF, il decreto trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni<sup>172</sup>.
- **26 ottobre 2018.** A quasi 5 mesi dall'insediamento del nuovo Esecutivo il sottosegretario alla Salute Armando Bartolazzi, rispondendo ad un'interrogazione parlamentare, da un lato ha ribadito che il lavoro avviato dal Ministero della Salute nell'ambito della Commissione permanente tariffe oltre due anni fa si è rivelato molto complesso; dall'altro che è nelle priorità del Ministro della Salute intervenire con ogni possibile iniziativa e misura per sbloccare la situazione di stallo<sup>173</sup>.
- **22 febbraio 2019.** Il sottosegretario Coletto, in un'interrogazione parlamentare, ha precisato che il Ministero della Salute nel novembre 2018 ha elaborato una nuova proposta di tariffe con l'obiettivo di arrivare in tempi brevi alla definizione dei nomenclatori tariffari. Ha inoltre ribadito che la stima di impatto economico risulta compatibile con le risorse finanziarie assegnate alle Regioni, in applicazione dell'articolo 1, comma 555 della legge 208/2015, che prevede la finalizzazione di 800 milioni di euro<sup>174</sup>.

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](http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_3_1_1.jsp?lingua=italiano&id=23&label=parlamento). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>169</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: 7 giugno 2019.

<sup>170</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: 7 giugno 2019.

<sup>171</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: 7 giugno 2019.

<sup>172</sup> Question time n. 3-00050 Ministro Grillo. Camera dei Deputati, 4 luglio 2018. Disponibile a: [www.salute.gov.it/portale/ministro/p4\\_3\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&id=31&label=parlamento](http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_3_1_1.jsp?lingua=italiano&id=31&label=parlamento). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>173</sup> XVIII Legislatura. Camera dei Deputati. Commissione: XII Affari sociali. Allegato 3 in Interrogazioni a risposta immediata, 25 luglio 2018. Disponibile a: <http://documenti.camera.it/leg18/resoconti/commissioni/bollettini/pdf/2018/10/25/leg.18.bol0081.data20181025.com12.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>174</sup> Lea. Coletto: "Impatto economico compatibile con 800 mln stanziati. Ma è necessaria approvazione del 'decreto tariffe'". Carnevali (Pd): "Governo in contraddizione". Quotidiano Sanità, 22 febbraio 2019. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=71250](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=71250). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

In ogni caso, come già anche da altri rilevato<sup>175</sup>, un'insolita convergenza di interessi tra MEF, Ministero della Salute, Regioni e le stesse associazioni di pazienti ha generato un assordante silenzio sui nuovi LEA e sulla necessità di renderli realmente esigibili in tutto il territorio nazionale.

**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>176</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>177</sup>.

**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>178</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, il Ministero

---

<sup>175</sup> Arcà S. Che fine hanno fatto i nuovi Livelli essenziali di assistenza? Sanità 24, 30 maggio 2019. Disponibile a: [www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2019-05-30/che-fine-hanno-fatto-nuovi-livelli-essenziali-assistenza-152450.php?uuid=ACBu5ZK](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2019-05-30/che-fine-hanno-fatto-nuovi-livelli-essenziali-assistenza-152450.php?uuid=ACBu5ZK). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>176</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: 7 giugno 2019.

<sup>177</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). Disponibile a: [www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2018/01/16/12/sg/pdf](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2018/01/16/12/sg/pdf). Ultimo accesso 2019.

<sup>178</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: 7 giugno 2019.

della Salute ha attivato una linea di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità che, su indicazione della Commissione LEA, fornisce pareri tecnico-scientifici sulle richieste di aggiornamento LEA<sup>179</sup>, grazie all'elaborazione e sperimentazione di un framework metodologico per l'inserimento/esclusione delle prestazioni dai LEA<sup>180</sup>. Alla data di pubblicazione del presente rapporto non risulta disponibile alcun aggiornamento/*delisting* delle prestazioni da parte della Commissione LEA.

### 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 inadempienti da rinviare al Piano di rientro. L'Osservatorio GIMBE rileva innanzitutto un ritardo medio di 21 mesi nella pubblicazione degli ultimi 5 report rispetto all'anno di riferimento (tabella 3.4). Tale ritardo è inaccettabile, sia perché rappresenta un ostacolo rilevante per la programmazione sanitaria regionale e per l'allineamento dei sistemi premianti a livello di aziende sanitarie, unità organizzative e professionisti sanitari, sia perché si presta a strumentalizzazioni politiche in occasione dell'avvicinarsi delle amministrazioni regionali.

Anno di rilevazione	Data report	Data di pubblicazione	Mesi di ritardo*
2013	luglio 2015	12 novembre 2015 <sup>181</sup>	22
2014	giugno 2016	13 marzo 2017 <sup>182</sup>	26
2015	luglio 2017	12 ottobre 2017 <sup>183</sup>	21
2016	luglio 2018	29 settembre 2018 <sup>184</sup>	21
2017	febbraio 2019	3 aprile 2019 <sup>185</sup>	15

\*Calcolati dal dicembre dell'anno di rilevazione alla data di pubblicazione

**Tabella 3.4. Ritardi nella pubblicazione del report sull'adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della griglia LEA**

<sup>179</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 2019: pag 28. Marzo 2019. Disponibile a:

[www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2837\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2837_allegato.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>180</sup> Iannone P. Eccellenza clinica, qualità e sicurezza delle cure: il nuovo ruolo dell'ISS. Supporto alla segreteria tecnico scientifica della Commissione nazionale LEA. In: Ricciardi W, Alleva E, De Castro P, Giuliano F, Salinetti S (a cura di). 1978-2018: quaranta anni di scienza e sanità pubblica. La voce dell'Istituto Superiore di Sanità. Pag. 265-8. Disponibile a:

[http://old.iss.it/binary/publ/cont/40anni\\_SSN\\_scienza\\_sanitpubblica.pdf](http://old.iss.it/binary/publ/cont/40anni_SSN_scienza_sanitpubblica.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>181</sup> Ministero della Salute. Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2013. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, luglio 2015. Disponibile a

[www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2397\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2397_allegato.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>182</sup> Ministero della Salute. Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2014. Adempimento “mantenimento dell'erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della Griglia LEA 2014. 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: 7 giugno 2019.

<sup>183</sup> Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2015. 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: 7 giugno 2019.

<sup>184</sup> Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2016. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, settembre 2018. Disponibile a:

[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2783\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2783_allegato.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>185</sup> Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2017. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, aprile 2019. Disponibile a:

[www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2832\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

In secondo luogo, le capacità della griglia LEA di “catturare” gli inadempimenti si sono progressivamente ridotte nel corso degli anni, sia per le modalità di rilevazione (autocertificazione delle Regioni), sia per la relativa stabilità della griglia negli ultimi anni. Infine, tale progressivo “appiattimento” dello strumento di monitoraggio degli adempimenti genera un inaccettabile paradosso. Se nell’ultima rilevazione relativa al 2017<sup>186</sup> solo due Regioni (Calabria e Campania) risultano inadempienti e viene documentato un trend dei punteggi LEA in progressivo aumento dal 2012, altri report nazionali (Cittadinanzattiva<sup>187,188</sup>) e internazionali (Health Consumer Index<sup>189</sup>) dimostrano un peggioramento della qualità dell’assistenza sanitaria, in particolare secondo la prospettiva del paziente.

Gli adempimenti LEA 2017 per la prima volta riportano anche tre Regioni a statuto speciale (Valle D’Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna) e le Province Autonome di Trento e Bolzano, non sottoposte alla verifica degli adempimenti (tabella 3.5):

Regione	Punteggio	Status*
Piemonte	221	Adempiente
Emilia-Romagna	218	Adempiente
Veneto	218	Adempiente
Toscana	216	Adempiente
Lombardia	212	Adempiente
Umbria	208	Adempiente
Abruzzo	201	Adempiente
Marche	201	Adempiente
Liguria	195	Adempiente
Friuli-Venezia Giulia	193	Non sottoposta a verifica
Basilicata	189	Adempiente
Prov. Aut. di Trento	185	Non sottoposta a verifica
Lazio	180	Adempiente
Puglia	179	Adempiente
Molise	167	Adempiente
Sicilia	160	Adempiente
Campania	153	Inadempiente
Valle d’Aosta	149	Non sottoposta a verifica

<sup>186</sup> Ministero della Salute. Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell’anno 2017. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, aprile 2019. Disponibile a:

[www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2832\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>187</sup> Cittadinanzattiva. XXI Rapporto PIT Salute. Roma 2018. Disponibile a:

[www.cittadinanzattiva.it/files/primopiano/salute/rapporto-pit-xxi-sintesi.pdf](http://www.cittadinanzattiva.it/files/primopiano/salute/rapporto-pit-xxi-sintesi.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>188</sup> Cittadinanzattiva. Osservatorio civico sul federalismo in sanità. Rapporto 2017. Disponibile a:

<https://www.cittadinanzattiva.it/files/primopiano/salute/vi-osservatorio-civico-sul-federalismo-in-sanita-ABSTRACT.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>189</sup> Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2018 Report. Health Consumer Powerhouse Ltd, 2019.

Disponibile a: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Sardegna	140	Non sottoposta a verifica
Calabria	136	Inadempiente
Prov. Aut. di Bolzano	120	Non sottoposta a verifica
*Adempiente: punteggio LEA $\geq 160$ , o tra 140-160 e nessun indicatore critico (punteggio $< 3$ )		
*Inadempiente: punteggio $< 140$ o tra 140-160 con almeno un indicatore critico (punteggio $< 3$ )		

**Tabella 3.5. Punteggi regionali griglia LEA, anno 2017**

**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, incluse quelle a statuto speciale e le Province autonome 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>190</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>191</sup>.

Il 13 dicembre 2018 è stata sancita l'Intesa Stato-Regioni sul decreto interministeriale concernente l'adozione del NSG<sup>192</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), tramite 88 indicatori relativi a:

- Macro-livelli di assistenza:
  - 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>193</sup>

<sup>190</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: 7 giugno 2019.

<sup>191</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\\_publicazioni\\_2687\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2687_allegato.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>192</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.regioni.it/download/news/591595](http://www.regioni.it/download/news/591595). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>193</sup> Per questa dimensione, citata nello schema di decreto, non viene individuato alcun indicatore nelle relative tabelle.



Il valore (peso) degli indicatori per la verifica degli adempimenti LEA da parte delle Regioni sarà definito con atti successivi del Ministero della Salute sentito il Comitato LEA. In altre parole, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 4 dell'Intesa, a sostituire la griglia LEA per valutare gli adempimenti regionali non sarà il "set descrittivo esteso" degli indicatori del NSG, ma un "sottoinsieme valutativo" di indicatori per "valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA nelle diverse Regioni attraverso il confronto delle misure degli indicatori con delle misure di riferimento, tenendo conto dell'andamento temporale".

Il 1 marzo 2019 sono stati resi noti<sup>194</sup> gli esiti della prima sperimentazione condotta dal Ministero della Salute utilizzando un sottoinsieme di 21 indicatori del NSG relativi ai tre macro-livelli di assistenza: 6 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, 8 per l'assistenza distrettuale e 7 per quella ospedaliera (box 3.7).

### Box 3.7. Indicatori utilizzati nella sperimentazione del Nuovo Sistema di Garanzia

#### Prevenzione collettiva e sanità pubblica

1. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib).
2. Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR).
3. Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino.
4. Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.
5. Indicatore composito sugli stili di vita.
6. Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto.

#### Assistenza distrettuale

1. Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$  anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco.  
*ad anni alterni*  
Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica ( $< 18$  anni) per asma e gastroenterite.
2. Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso.
3. Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.
4. Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici.
5. Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3).
6. Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.
7. Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore.
8. Numero di anziani (età  $\geq 75$ ) non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 (intensità di cura) in rapporto alla popolazione residente.

#### Assistenza ospedaliera

1. Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.
2. Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.

<sup>194</sup> Anteprema. I dati sui LEA con il nuovo sistema di valutazione per prevenzione, assistenza distrettuale e ospedaliera. Solo 9 Regioni su 21 superano la sufficienza in tutte e tre le aree. Quotidiano Sanità, 1 marzo 2019. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=71386](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=71386). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.



3. Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.
4. Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.
5. Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.
6. Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti.
7. Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con  $\geq$  1.000 parti.

La nuova metodologia non sintetizza in un unico punteggio la valutazione dei tre macro-livelli, ma valuta singolarmente ciascuno di essi, con un valore compreso in un range 0-100% fissando al 60% la soglia minima di adempimento<sup>195</sup>. Dai risultati della sperimentazione emerge che solo 9 Regioni garantiscono i LEA (tabella 3.6).

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Piemonte	76,30	86,19	78,82	Adempiente
Valle d'Aosta	59,16	39,07	60,21	Non adempiente
Lombardia	80,92	69,12	69,12	Adempiente
Prov. Aut. Bolzano	49,57	36,24	70,37	Non adempiente
Prov. Aut. Trento	69,41	88,49	92,40	Adempiente
Veneto	63,63	84,41	82,71	Adempiente
Friuli Venezia Giulia	52,00	71,43	78,96	Non adempiente
Liguria	65,34	86,39	74,50	Adempiente
Emilia Romagna	70,27	83,14	84,83	Adempiente
Toscana	70,73	80,50	89,13	Adempiente
Umbria	73,90	65,56	77,86	Adempiente
Marche	61,74	71,39	64,81	Adempiente
Lazio	65,24	56,32	66,16	Non adempiente
Abruzzo	65,29	57,12	59,75	Non adempiente
Molise	68,08	46,00	33,38	Non adempiente
Campania	50,21	29,05	25,41	Non adempiente
Puglia	55,68	58,75	59,27	Non adempiente
Basilicata	68,71	41,41	68,40	Non adempiente
Calabria	51,39	48,71	53,35	Non adempiente
Sicilia	48,48	73,08	72,39	Non adempiente
Sardegna	65,51	35,48	55,75	Non adempiente

> 80%	70-80%	60-70%	50-60%	40-50%	< 40%
-------	--------	--------	--------	--------	-------

**Tabella 3.6. Risultati della sperimentazione del nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dei LEA**

<sup>195</sup> Corte dei Conti. Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 29 maggio 2019: pag 221-222. Disponibile a: [www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni\\_riunite/sezioni\\_riunite\\_in\\_sede\\_di\\_controllo/2019/rapporto\\_coordinamento\\_fp\\_2019.pdf](http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/rapporto_coordinamento_fp_2019.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Rispetto ai tre macro-livelli di assistenza è l'area distrettuale a vedere il maggior numero di Regioni inadempienti confermando le carenze dell'assistenza territoriale, e in misura minore l'area della prevenzione, in particolare per gli inadempimenti su screening oncologici e coperture vaccinali.

Dalla valutazione preliminare di questa prima sperimentazione del NSG emerge un quadro molto differente da quello rilevato dalla "griglia LEA", che nel 2017 ha identificato come adempienti 16/21 Regioni (di cui 4 non sottoposte a verifica adempimenti). Altro dato di particolare interesse, in tempi di dibattiti sul regionalismo differenziato, è che tutte le Regioni a statuto speciale e una Provincia autonoma risultano inadempienti. Come riportato dalla Corte dei Conti<sup>196</sup> 9 Regioni garantiscono i LEA (Piemonte, Lombardia, Provincia autonoma di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche); Friuli-Venezia Giulia e Lazio non raggiungono la percentuale minima di adempimento in una sola area, rispettivamente prevenzione e distrettuale; quindi Abruzzo (poco appena sotto la soglia per l'attività distrettuale e ospedaliera) e Puglia (appena sotto la soglia in tutte le aree); a seguire Basilicata, Sicilia e Calabria con una valutazione complessiva tra il 40% e il 50%; infine, punteggi più bassi (<40% in almeno un'area) riguardano Valle d'Aosta e Provincia autonoma di Bolzano (sopra soglia solo per l'ospedaliera), Molise e Sardegna (sopra soglia solo per la prevenzione) e fanalino di coda la Campania, che risulta sotto soglia in tutte le tre aree.

Ad un'analisi più approfondita, tuttavia, le differenze con la griglia LEA risultano meno eclatanti in quanto:

- Griglia LEA e NSG mostrano risultati sovrapponibili nelle posizioni estreme delle classifiche, infatti:
  - le 9 Regioni adempienti con il NSG lo sono anche con la griglia LEA;
  - le 6 Regioni inadempienti con la griglia LEA lo sono anche con il NSG.
- Le variazioni si riscontrano nelle posizioni intermedie della classifica dove, in conseguenza dell'innalzamento dell'asticella, il numero di Regioni inadempienti secondo il NSG (n. 12) è oltre il doppio di quelle inadempienti secondo la griglia LEA (n. 5). Tuttavia, va considerato che il NSG prevede una "fascia intermedia" di adempimenti, identificata dal colore arancione, dove peraltro alcune Regioni per 2/3 livelli di assistenza risultano adempienti.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha espresso l'intesa sul NSG con tre richieste al Governo<sup>197</sup>:

- proseguire la sperimentazione con gli ultimi dati disponibili superando la rilevazione 2012-2016;
- prevedere un monitoraggio degli indicatori per testarne la validità prevedendo la possibilità di modifiche prima dell'avvio definitivo del nuovo sistema;

---

<sup>196</sup> Corte dei Conti. Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 29 maggio 2019: pag 221-222. Disponibile a: [www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni\\_riunite/sezioni\\_riunite\\_in\\_sede\\_di\\_controllo/2019/rapp\\_orto\\_coordinamento\\_fp\\_2019.pdf](http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2019/rapp_orto_coordinamento_fp_2019.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>197</sup> Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Posizione 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: <http://www.regioni.it/download/conferenze/591227/>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

- verificare la positiva valutazione delle attività dei due punti precedenti prima dell'avvio dell'applicazione nel 2020.

Il NSG, a seguito di ulteriori sperimentazioni nel 2019<sup>198</sup>, dovrebbe entrare in vigore dal 2020, come ribadito anche dalla Ministra Grillo in audizione davanti alla Commissione per l'attuazione del federalismo fiscale<sup>199</sup>. Tuttavia, la preoccupazione è che il rilevante operato dei tavoli tecnici, composti da rappresentanti istituzionali ed esperti nazionali e regionali, non trovi ancora in alcune Regioni adeguati sistemi informativi in grado di raccogliere tutti gli indicatori del NSG. In altre parole, la definizione del sottoinsieme di indicatori da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA rischia di essere condizionato da aspetti tecnici, generando uno strumento inadeguato a "catturare" analiticamente gli inadempimenti LEA e a valutare in maniera multidimensionale la qualità dell'assistenza. In tal senso, la "positiva valutazione delle attività" richiesta dalle Regioni in sede di intesa lascia intendere che il sottoinsieme valutativo di indicatori che andrà a sostituire la griglia LEA dovrà essere necessariamente il frutto di aggiustamenti tecnici e compromessi politici al fine di un'adeguata "taratura" del nuovo strumento.

### 3.2.4. Conclusioni

Se il DPCM 12 gennaio 2017 rimandava ad ulteriori atti legislativi da concordare con Regioni e Province autonome, l'assenza di una precisa tabella di marcia, la mancata copertura economica e il cambio di Governo hanno condizionato la fruibilità dei nuovi LEA in maniera uniforme sul territorio nazionale. In particolare, se era già prevista un'entrata in vigore dei nuovi LEA progressiva e legata ad una verifica della sostenibilità economica da parte delle Regioni, il considerevole ritardo nella pubblicazione dei nomenclatori tariffari senza alcun pressing da parte degli interlocutori istituzionali (*in primis* le Regioni) concretizza la ragionevole certezza che in assenza di copertura economica, magari si confida in un consistente *delisting* delle prestazioni. Infatti, la sostenibilità economica dei nuovi LEA, oltre ad essere stata sottostimata, è stata subito compromessa dal DM 5 giugno 2017 che ha sottratto al FSN complessivi € 1.630 milioni negli anni 2017-2019.

In uno scenario caratterizzato da un imponente definanziamento pubblico, il grande traguardo politico dei nuovi LEA ha dunque generato, come già predetto dall'Osservatorio GIMBE<sup>200</sup>, una mera illusione collettiva i cui effetti collaterali (allungamento delle liste d'attesa, spostamento della domanda verso il privato, aumento della spesa out-of-pocket, rinuncia alle cure) rappresentano uno straordinario assist per i fautori del "secondo pilastro" e per l'avanzamento dell'intermediazione finanziario-assicurativa che si sta lentamente insinuando nelle crepe del SSN.

Tutto ciò documenta sia l'inaccettabile paradosso frutto di una programmazione sanitaria sganciata dalla situazione finanziaria del Paese, sia la miopia e l'incapacità della politica che

<sup>198</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 2019: pag 32. Marzo 2019. Disponibile a: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2837\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2837_allegato.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>199</sup> XVIII Legislatura. Parlamento Italiano. Commissione Federalismo fiscale. Audizione della Ministra della salute, On. Giulia Grillo, su attuazione e prospettive del federalismo fiscale e sulle procedure in atto per la definizione delle intese ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione. Disponibile a: [http://www.camera.it/leg18/1058?idLegislatura=18&tipologia=audiz2&sottotipologia=audizione&anno=2019&mese=04&giorno=10&idCommissione=62&numero=0009&file=indice\\_stenografico#stenograficoCommissione.tit00020.int00020](http://www.camera.it/leg18/1058?idLegislatura=18&tipologia=audiz2&sottotipologia=audizione&anno=2019&mese=04&giorno=10&idCommissione=62&numero=0009&file=indice_stenografico#stenograficoCommissione.tit00020.int00020). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>200</sup> Cartabellotta A. Nuovi Lea: grande traguardo politico a rischio di illusione collettiva? Sanità 24, 27 gennaio 2017. Disponibile a: [www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2017-01-27/nuovi-lea-grande-traguardo-politico-rischio-illusione-collettiva-165343.php?uuid=AEZgiOJ](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2017-01-27/nuovi-lea-grande-traguardo-politico-rischio-illusione-collettiva-165343.php?uuid=AEZgiOJ). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

da un lato ha puntato ad ampliare i consensi offrendo (solo sulla carta) ai cittadini italiani il “paniere LEA” più ricco d’Europa, dall’altro ha ridotto la spesa sanitaria facendo retrocedere l’Italia a “primo tra i paesi poveri”. Di conseguenza, nella realistica impossibilità di rilanciare in maniera consistente il finanziamento pubblico, serve il coraggio politico di avviare una rimodulazione del perimetro dei LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia, ponendo le basi anche per una riforma della sanità integrativa che negli anni è divenuta “sostitutiva” (§ 3.4.), anche per la limitata possibilità di integrare rispetto a quanto già incluso nei LEA. In altre parole, 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 tutte quelle inserite nei LEA, facendo esplicito riferimento a un metodo rigoroso basato sulle evidenze e sul *value* (§ 3.2.1).

Se la legislazione concorrente affida allo Stato il compito di assegnare le risorse e definire i LEA e alle Regioni quello di erogarli previa pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari, l’evidente incongruenza tra entità delle risorse assegnate e LEA da garantire cova come un tizzone sotto la cenere sempre pronto a riaccendersi, trasformando la “leale collaborazione” Governo-Regioni in “conflitto istituzionale” e rendendo evanescente il ruolo della Repubblica nel tutelare la salute delle persone. Infatti, il conflitto Stato-Regioni a cascata, scarica le responsabilità su aziende e professionisti sanitari, e genera inevitabili ripercussioni su cittadini, pazienti e famiglie, in particolare sulle fasce socio-economiche più deboli e nelle Regioni del Centro-Sud.

### 3.3. Sprechi e inefficienze

Se il *value* viene misurato dal rapporto tra outcome di salute rilevanti per il paziente (esiti favorevoli *meno* effetti avversi) e costi sostenuti e il *value for money* rappresenta il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità (§ 2.4), per definire gli sprechi 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>201</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>202</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>203</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

<sup>201</sup> Ohno T. *Toyota Production System: Beyond Large-scale Production*, Productivity Press Inc, 1995.

<sup>202</sup> Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307:1513-6.

<sup>203</sup> OECD. *Tackling Wasteful Spending on Health*. OECD Publishing: Paris, January 2017. Disponibile a: <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

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 meno costose di sovrapponibile efficacia/sicurezza.

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 inefficienze amministrative, mentre frodi e abusi possono di fatto essere considerati trasversali a tutte le categorie.

La tassonomia GIMBE e, in particolare, le relative stime sugli sprechi, sono da anni al centro di un acceso dibattito<sup>204</sup> con posizioni estreme: da chi ha bocciato senza appello presupposti metodologici e stime<sup>205</sup> a chi ha espresso scetticismo sulle cifre<sup>206</sup>; da chi conferma cautamente l'esistenza degli sprechi ma ritiene che non rappresentino una fonte credibile di (ri)finanziamento<sup>207</sup> a chi ritiene che la tassonomia GIMBE sia un riferimento per il salvataggio della sanità pubblica<sup>208</sup> grazie all'identificazione di aree e strategie per recuperare preziose risorse da riallocare<sup>209</sup>. Rispetto alle posizioni di cui sopra, si riportano di seguito alcune precisazioni della Fondazione GIMBE:

- 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 Berwick

<sup>204</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: 7 giugno 2019.

<sup>205</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: 7 giugno 2019.

<sup>206</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: 7 giugno 2019.

<sup>207</sup> 14° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 20-21. Disponibile a:

[www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf](http://www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>208</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>209</sup> Geddes da Filicaia M. Parola chiave. Risparmio. Care 2018 (2): 22-24. Disponibile a: <http://careonline.it/2018/04/risparmio>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

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.

- 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.
- Una delle principali motivazioni per confutare le stime GIMBE sarebbe l'inverosimile coesistenza di oltre € 20 miliardi di sprechi con un servizio sanitario che produce risultati eccellenti in termini di salute con un finanziamento pubblico molto contenuto. Esistono fondamentalmente due spiegazioni: la prima è che gli esiti di salute nei paesi industrializzati solo per il 10% dipendono dalla qualità dell'assistenza sanitaria<sup>210,211</sup>; la seconda è che il defianziamento pubblico degli ultimi anni ha gravato prevalentemente sul personale sanitario dipendente e convenzionato, come attesta il trend 2000-2017 completamente "piatto" riportato dalla Ragioneria Generale dello Stato<sup>212</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.
- Rispetto alle recenti osservazioni riportate nell'introduzione del Rapporto CREA<sup>213</sup>, senza entrare nel merito dei dettagli, si precisa che:
  - La Fondazione GIMBE non ha mai indicato il disinvestimento da sprechi e inefficienze come una strategia sostitutiva del rilancio del finanziamento pubblico, ribadendo che l'etica del razionamento appartiene ai Governi mentre l'etica della riduzione degli sprechi a tutti gli stakeholder del SSN<sup>214</sup>. Peraltro, appare un alibi poco credibile che da 10 anni i Governi non investano in sanità perché *"per alcuni il (ri) finanziamento della Sanità si ottiene non aumentando le risorse, ma riducendo gli "sprechi" e, quindi, liberando risorse"*.
  - Le evidenze sugli sprechi in sanità, come documentato in questo capitolo, non sono affatto "fragili": semmai sono le stime ad essere potenzialmente imprecise, come da sempre riconosciuto.
  - Accettare che nel SSN *"gli sprechi esistono, ma non rappresentano una fonte credibile di (ri) finanziamento"* significherebbe ammettere che esiste una consistente quota "fisiologica" di sprechi nel sistema salute non recuperabile in alcun modo perché le modalità di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, oltre che le attitudini dei professionisti e aspettative dei pazienti non sono modificabili solo perché *"la sanità è un sistema complesso"*.

Mentre in Italia si continua a disquisire su esistenza ed entità degli sprechi, nel novembre 2018 un report congiunto dell'OCSE e della Commissione Europea<sup>215</sup> identifica sprechi e inefficienze tra le determinanti della crisi di sostenibilità dei sistemi sanitari, e include la loro riduzione tra le strategie per aumentarne efficacia e resilienza; inoltre, citando proprio le stime del 3° Rapporto GIMBE, conferma che, indipendentemente dal livello di finanziamento, sino al 20% della spesa sanitaria viene erosa da sprechi e inefficienze e può essere almeno in parte

<sup>210</sup> World Health Organization. Health Impact Assessment (HAI). Determinant of health. Disponibile a: [www.who.int/hia/evidence/doh](http://www.who.int/hia/evidence/doh). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>211</sup> Institute for the future (ITF), Health and Healthcare 2010. The forecast, The challenge. Jossey Bass, Princeton, 2003.

<sup>212</sup> MEF – Ragioneria dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 5, 2018. 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: 7 giugno 2019.

<sup>213</sup> 4° Rapporto Sanità. C.R.E.A. Sanità. Roma, 14 dicembre 2018: pag. 20-21. Disponibile a: [www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf](http://www.creasanita.it/images/rappertosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>214</sup> Brody H. From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. N Engl J Med.2012;366:1949-51.

<sup>215</sup> OECD, European Commission. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing: Paris, November 2018. Disponibile a: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.



recuperata senza ridurre la qualità dell'assistenza; infine, fornisce un approccio pragmatico per l'identificazione e la classificazione degli sprechi (figura 3.15).

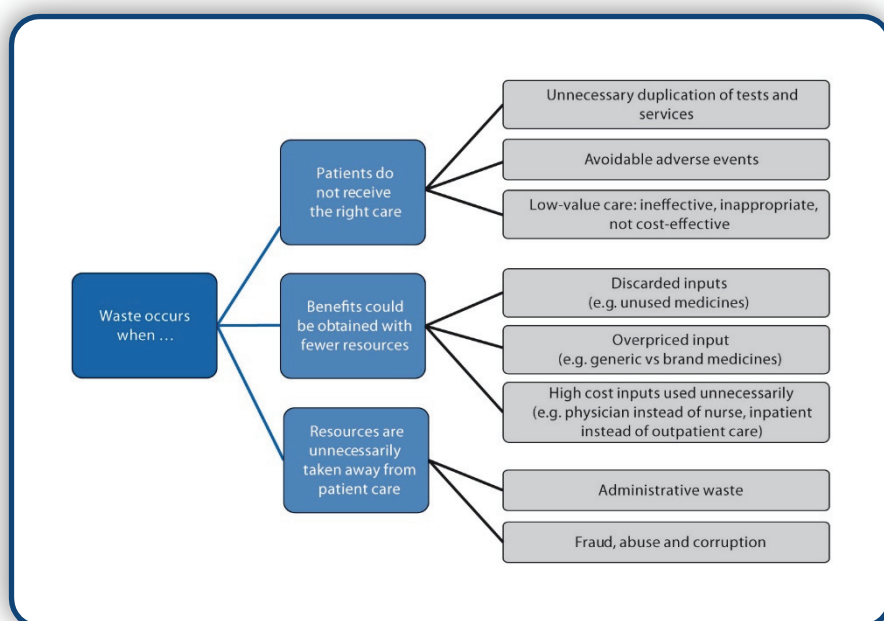


Figura 3.15. L'approccio pragmatico per identificare e classificare gli sprechi in sanità<sup>216</sup>

Per l'anno 2017 la stima di sprechi e inefficienze è di € 21.495 milioni (19% della spesa sanitaria) sul consuntivo di € 113.131 milioni di spesa sanitaria pubblica<sup>217</sup>. Si è ritenuto opportuno riportare il margine di variabilità ( $\pm 20\%$ ) anche per la stima totale: sprechi e inefficienze erodono tra € 17.196 e € 25.794 milioni, ovvero il 17-21% della spesa sanitaria pubblica (tabella 3.7).

Categoria	%	Stima	Range ( $\pm 20\%$ )
1. Sovra-utilizzo	30	€ 6,45	€ 5,16 – € 7,74
2. Frodi e abusi	22	€ 4,73	€ 3,78 – € 5,67
3. Acquisti a costi eccessivi	10	€ 2,15	€ 1,72 – € 2,58
4. Sotto-utilizzo*	15	€ 3,22	€ 2,58 – € 3,87
5. Inefficienze amministrative	11	€ 2,36	€ 1,89 – € 2,84
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	12	€ 2,58	€ 2,06 – € 3,10
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>€ 21,49</b>	<b>€ 17,20 – € 25,79</b>

\* Stima indiretta dei costi generati dal peggioramento degli outcome di salute conseguente al sotto-utilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati (§3.3.4)

Tabella 3.7. Stima di sprechi e inefficienze della spesa sanitaria pubblica 2017 (dati in miliardi)

<sup>216</sup> OECD, European Commission. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing: Paris, November 2018. Disponibile a: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>217</sup> ISTAT. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2018. Disponibile a: [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN\\_SHA](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.



### 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>218</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>219</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>220</sup> da sola possa ridurre in maniera consistente questa categoria di sprechi. Peraltro, il nuovo Sistema Nazionale Linee Guida, nonostante la piena operatività, risente dei tempi necessari per l'elaborazione e pubblicazione di linee guida aggiornate.

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>221</sup> .
<b>Determinanti</b>	Offerta di servizi, comportamenti professionali, aspettative di cittadini e pazienti.
<b>Stima spreco</b>	€ 6,45 miliardi (range € 5,16 - 7,74 miliardi)
<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, o efficaci ma inappropriate, o 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> </ul>

<sup>218</sup> Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet* 2017;390:156-168.

<sup>219</sup> Cartabellotta A. Less is more: un approccio di sistema alla medicina difensiva. *Quaderni di Monitor* 2015, pagg. 18-27.

<sup>220</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.

<sup>221</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.

	<ul style="list-style-type: none"> <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>222</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>• DM 27 febbraio 2018. Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)</li> <li>• Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici – Documento Strategico<sup>223</sup></li> <li>• Piano Nazionale delle Cronicità<sup>224</sup></li> </ul>
<b>Iniziative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choosing Wisely Italy<sup>225</sup>, inserite anche nella sezione “Buone pratiche” del SNLG<sup>226</sup></li> <li>• Choosing Wisely<sup>227</sup></li> </ul>

**Tabella 3.8. Sprechi da sovra-utilizzo**

### 3.3.2. Frodi e abusi

L'Italia occupa posizioni non invidiabili nelle classifiche internazionali relative alla corruzione in ambito economico e produttivo: il *Transparency Corruption Perceptions Index* 2018 con uno score di 52 ci colloca al 53° posto nel mondo su 180 paesi, al 30° posto tra i 35 paesi dell'OCSE e al 22° tra i 28 dell'Unione Europea<sup>228</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, 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

<sup>222</sup> Il DM 70/2015 (sezione volumi ed esiti) e il DM 21 giugno 2016 (allegato B) potrebbero avere come effetto paradossale l'overuse di interventi ospedalieri con il fine di raggiungere i volumi minimi di attività.

<sup>223</sup> Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici – Documento Strategico. Settembre, 2017. Disponibile a: [www.regioni.it/download/news/531285](http://www.regioni.it/download/news/531285). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>224</sup> Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016. 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: 7 giugno 2019.

<sup>225</sup> Choosing Wisely Italy. Le raccomandazioni di 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: 7 giugno 2019.

<sup>226</sup> Sistema Nazionale Linee Guida. Buone Pratiche. Choosing Wisely edizione italiana. Disponibile a: <https://snlg.iss.it/?p=123>. [www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni](http://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>227</sup> Choosing Wisely. Disponibile a: [www.choosingwisely.org](http://www.choosingwisely.org). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>228</sup> Transparency International. Corruption perceptions index 2018. Disponibile a: <https://www.transparency.org/cpi2018>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

determinano varie tipologie di frodi, abusi, 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 in sanità<sup>229</sup>, mentre il secondo rapporto "Curiamo la corruzione" stima un impatto tra € 4,3 miliardi e € 9,2 miliardi<sup>230</sup>. Nonostante le dichiarazioni sull'esistenza e l'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<sup>231</sup>.

<b>FRODI E ABUSI</b>	
<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>	€ 4,73 miliardi (range € 3,78 – 5,67 miliardi)
<b>Tassonomia<sup>232</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>
<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>• Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) Legge 6 novembre 2012 n. 190</li> <li>• Protocollo d'intesa tra ANAC e Agenas del 5 novembre 2014<sup>233</sup></li> <li>• Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015. Aggiornamento 2015 al PNA</li> </ul>

<sup>229</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: 7 giugno 2019.

<sup>230</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: 7 giugno 2019.

<sup>231</sup> Corruzione in sanità. Cantone (Anac): "Il problema esiste ma i numeri che circolano sono bufale e leggende metropolitane". Quotidiano Sanità, 10 maggio 2018. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=61609](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=61609). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>232</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: 7 giugno 2019.

<sup>233</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: 7 giugno 2019.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocollo di intesa tra ANAC e Ministero della Salute del 21 aprile 2016<sup>234</sup></li> <li>• Atto integrativo del protocollo di intesa del 21 aprile 2016 tra ANAC, Agenas e Ministero della Salute del 26 luglio 2016<sup>235</sup></li> <li>• Delibera n. 831 del 3 agosto 2016. Determinazione di approvazione definitiva del PNA 2016</li> <li>• Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN del 20 settembre 2016<sup>236</sup></li> <li>• Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017. Aggiornamento al PNA 2016</li> <li>• Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018. Aggiornamento al PNA 2016</li> </ul>
<b>Iniziative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparency International<sup>237</sup></li> <li>• Illuminiamo la Salute<sup>238</sup></li> <li>• Curiamo la Corruzione<sup>239</sup></li> <li>• ISPE Sanità<sup>240</sup></li> </ul>

**Tabella 3.9. Sprechi da frodi e abusi**

### 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 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, la Ragioneria Generale dello Stato 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>241</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

<sup>234</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: 7 giugno 2019.

<sup>235</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: 7 giugno 2019.

<sup>236</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: 7 giugno 2019.

<sup>237</sup> Transparency International. Disponibile a: [www.transparency.org/topic/detail/health](http://www.transparency.org/topic/detail/health). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>238</sup> Illuminiamo la Salute. Disponibile a: [www.illuminiamolasalute.it](http://www.illuminiamolasalute.it). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>239</sup> Curiamo la Corruzione. Disponibile a: [www.curiamolacorruzione.it](http://www.curiamolacorruzione.it). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>240</sup> ISPE - Istituto per la promozione dell'etica in sanità. Disponibile a: [www.ispe-sanita.it](http://www.ispe-sanita.it). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>241</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: 7 giugno 2019.

fornitore, oneri di immagazzinamento conseguenti a incertezza sui tempi di consegna di materiale e attrezzature per riorganizzazioni e ristrutturazioni in corso, etc.

Il primo studio ufficiale in grado di confermare le stime per questa categoria di sprechi è stato recentemente condotto dall'ANAC sul mercato dei dispositivi medici per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete<sup>242</sup>: applicando i prezzi di riferimento standard, su una spesa complessiva stimata in circa € 500 milioni si potrebbero risparmiare tra € 140 e € 216 milioni.

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>	€ 2,15 miliardi (range € 1,72 - 2,58 miliardi)
<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>243</sup></li> <li>• Dlgs. 50/2016 modificato dal Dlgs. 56/2017</li> <li>• Programma Nazionale HTA dispositivi medici<sup>244</sup></li> <li>• Legge di Bilancio 2018, cc 412-415<sup>245</sup></li> <li>• Legge di Bilancio 2019, c. 558<sup>246</sup></li> </ul>
<b>Iniziative</b>	ND

Tabella 3.10. Sprechi da acquisti a costi eccessivi

### 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

<sup>242</sup> Autorità Nazionale Anticorruzione. Indagine conoscitiva sul mercato dei dispositivi medici per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete. Roma, settembre 2018. Disponibile a:

[www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/Pubblicazioni/RapportiStudi/ContrattiPubblici/Studio.diabete.21.09.2018.pdf](http://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/Pubblicazioni/RapportiStudi/ContrattiPubblici/Studio.diabete.21.09.2018.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>243</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: 7 giugno 2019.

<sup>244</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: 7 giugno 2019.

<sup>245</sup> Trasmissione elettronica dei documenti inerenti gli acquisti di beni e servizi.

<sup>246</sup> Nelle fatture elettroniche di ogni azienda devono essere inseriti in modo separato il costo di ciascun bene o servizio. Il Ministero della Salute accerta l'eventuale superamento del limite di spesa annuo.

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.

Per analizzare il complesso fenomeno del sotto-utilizzo occorre partire 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>247</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, emarginazione sociale, status di immigrazione, etc.
- Intervento sanitario non disponibile: interventi dal *value* elevato non inseriti nei LEA, oppure 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* anche se 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.

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>	€ 3,22 miliardi (range € 2,58 - 3,87 miliardi)
<b>Tassonomia</b>	A. Mancato accesso all'assistenza B. Intervento sanitario non disponibile C. Intervento disponibile, ma non prescritto o non erogato D. Mancata <i>compliance</i> del paziente
<b>Esempi</b>	A. Immigrati clandestini, residenza in aree disagiate, persone senza fissa dimora B. Hospice, assistenza domiciliare, 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 nelle malattie croniche.
<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>

<sup>247</sup> Glasziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet* 2017;390:169-177.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piano Nazionale delle Cronicità<sup>248</sup></li> </ul>
<b>Iniziative</b>	ND

Tabella 3.11. Sprechi da sotto-utilizzo

### 3.3.5. Inefficienze amministrative

In un sistema estremamente articolato 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 anche ai professionisti sanitari in un contesto dove, paradossalmente, i costi del personale amministrativo rappresentano già una consistente voce di spesa del SSN (circa € 2.000 milioni<sup>249</sup>). Per affrontare queste complessità i costi amministrativi possono essere contenuti mettendo in atto investimenti e modalità gestionali ancora non adeguatamente diffusi: semplificazione amministrativa, standardizzazione e informatizzazione di processi e procedure tra cui quello degli acquisti (*e-procurement*), dematerializzazione dei documenti, riduzione del personale amministrativo, formazione alle *digital skills*, utilizzo adeguato di personale amministrativo nell'ambito dei processi assistenziali, rinnovo della dotazione informatica, semplificazione e interconnessione dei sistemi informativi in sanità, applicazione dei principi *lean* al settore amministrativo.

INEFFICIENZE AMMINISTRATIVE	
<b>Definizione</b>	Processi non clinici (burocratici, gestionali, amministrativi) che consumano risorse senza generare <i>value</i> .
<b>Determinanti</b>	Eccesso di burocrazia, limitata standardizzazione e informatizzazione di processi non clinici e relative procedure, limitata dematerializzazione dei documenti, ipertrofia del comparto amministrativo e basso livello di <i>digital skills</i> , dotazione informatica obsoleta e inadeguata al <i>mobile working</i> , sistemi informativi poco interconnessi.
<b>Stima spreco</b>	€ 2,36 miliardi (range € 1,89 – 2,84 miliardi)
<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>250</sup></li> </ul>
<b>Iniziative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità<sup>251</sup></li> </ul>

Tabella 3.12. Sprechi da inefficienze amministrative

<sup>248</sup> Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016. 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: 7 giugno 2019.

<sup>249</sup> MEF. Composizione della retribuzione. Disponibile a: [www.contoannuale.mef.gov.it/spese-e-retribuzioni/composizione-retribuzione](http://www.contoannuale.mef.gov.it/spese-e-retribuzioni/composizione-retribuzione). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>250</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: 7 giugno 2019.

<sup>251</sup> Politecnico di Milano – School of Management. Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità. 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: 7 giugno 2019.

### 3.3.6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza

In tutti i sistemi sanitari sprechi e inefficienze sono generati dall'inadeguato coordinamento dell'assistenza a due livelli:

- Nello 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 differenti approcci clinico-assistenziali tra vari specialisti, aumento della degenza media conseguente a ritardi nell'esecuzione di consulenze specialistiche, indagini strumentali, interventi chirurgici, etc.
- Tra setting differenti: ad esempio, i PDTA nei pazienti con malattie croniche, in particolare quelli con multimorbilità, prevedono continue interazioni 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. Tutto ciò alimenta soprattutto l'inappropriatezza organizzativa, con pazienti che vengono assistiti in setting assistenziali più costosi di quanto necessario.

INADEGUATO COORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA	
<b>Definizione</b>	Inefficienze intraaziendali 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>	€ 2,58 miliardi (range € 2,06 – 3,10 miliardi)
<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>252</sup></li> <li>• DM 70/2015: reti, integrazione ospedale-territorio<sup>253</sup></li> <li>• Piano Nazionale delle Cronicità del 15 settembre 2016<sup>254</sup></li> <li>• DM 21 giugno 2016 (allegato B)<sup>255</sup></li> </ul>
<b>Iniziative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programma Nazionale Esiti<sup>256</sup></li> </ul>

Tabella 3.13. Sprechi da inadeguato coordinamento dell'assistenza

<sup>252</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: 7 giugno 2019.

<sup>253</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>254</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: 7 giugno 2019.

<sup>255</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>256</sup> Ministero della Salute – Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Programma Nazionale Esiti 2017. Disponibile a:

<http://pne2017.agenas.it>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

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 anni abbiamo assistito ad una crescente convergenza d'interessi per fondi sanitari, assicurazioni e varie forme di welfare aziendale. In particolare, convegni e incontri dedicati a tematiche socio-sanitarie, testate giornalistiche e varie pubblicazioni di prestigiose Università e Istituti di ricerca sociale sembrano concordare che per garantire la sostenibilità del SSN e dell'intero sistema di welfare l'unica soluzione sia l'espansione del cosiddetto secondo pilastro. Anche in occasione di eventi organizzati o patrocinati da istituzioni pubbliche, gli esponenti del mondo assicurativo (in evidente, seppur legittima, posizione di conflitto di interessi) promuovono liberamente il secondo pilastro, alimentando un "pensiero unico": ovvero che il secondo pilastro è uno strumento indispensabile per salvare il SSN, efficace e privo di "effetti collaterali"<sup>257</sup>.

In controtendenza a questo clima di contagioso entusiasmo, la Fondazione GIMBE - nel 3° Rapporto sulla sostenibilità del SSN<sup>258</sup> e in successive pubblicazioni<sup>259</sup> - ha incluso l'espansione del secondo pilastro tra le determinanti della crisi di sostenibilità del SSN. A fronte delle critiche da parte di alcuni stakeholder, che hanno tacciato la Fondazione GIMBE di pregiudizio ideologico nei confronti della sanità integrativa, numerose pubblicazioni, documenti istituzionali e position paper concordano nell'identificare la sanità integrativa come una grave criticità per il SSN<sup>260,261,262,263,264,265,266</sup>.

Nel frattempo, il dibattito pubblico sul tema della sanità integrativa è finalmente sbarcato in Parlamento: infatti, nel gennaio 2019 la Commissione Affari Sociali della Camera ha avviato un'indagine conoscitiva<sup>267</sup> «per attuare una ricognizione complessiva della sanità integrativa, alla luce dei 40 anni dall'istituzione del SSN. I fondi sanitari integrativi, sono stati previsti dalla legge per potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non compresi nei LEA. Pertanto non dovrebbero sostituirsi al primo pilastro del nostro sistema pubblico di salute che è il SSN,

---

<sup>257</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: 7 giugno 2019.

<sup>258</sup> 3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: [www.rapportogimbe.it/2018](http://www.rapportogimbe.it/2018). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>259</sup> Cartabellotta A. Il Servizio Sanitario Nazionale compie 40 anni: lunga vita al Servizio Sanitario Nazionale! Fondazione GIMBE. 23 dicembre 2018. Disponibile a: [www.gimbe.org/SSN40](http://www.gimbe.org/SSN40). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>260</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. Pag. 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: 7 giugno 2019.

<sup>261</sup> Piperno A. La previdenza sanitaria integrativa: configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy. Giugno 2017. Disponibile a: [www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>262</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>263</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: 7 giugno 2019.

<sup>264</sup> Campedelli M. La governance dei fondi sanitari integrativi. Un ruolo per le Regioni? Franco Angeli Edizioni, 2018.

<sup>265</sup> Barbato A, Dirindin N, Frateschi M, et al. Via le agevolazioni fiscali per la spesa privata sostitutiva dei Lea. Quotidiano Sanità, 27 novembre. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=6840](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=6840). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>266</sup> Dirindin N. È tutta salute: In difesa della sanità pubblica. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 2018.

<sup>267</sup> Camera dei Deputati. Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Disponibile a: [www.camera.it/leg18/203?idLegislatura=18&idCommissione=&tipoElenco=indaginiConoscitiveCronologico&annoMese=&breve=c12\\_integrativi&calendario=false&soloSten=false](http://www.camera.it/leg18/203?idLegislatura=18&idCommissione=&tipoElenco=indaginiConoscitiveCronologico&annoMese=&breve=c12_integrativi&calendario=false&soloSten=false). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

basato sui principi di universalità, equità e solidarietà, come diretta attuazione dell'articolo 32 della Costituzione»<sup>268</sup>.

Il 16 gennaio 2019, in occasione dell'avvio di tale indagine, l'Osservatorio GIMBE ha pubblicato un report sulla sanità integrativa<sup>269</sup> che ha rappresentato la base per la successiva audizione parlamentare della Fondazione GIMBE<sup>270</sup>. Obiettivo del report era diffondere la consapevolezza politica, professionale e sociale che, in ragione di una normativa frammentata e incompleta, la sanità integrativa è progressivamente diventata sostitutiva, permettendo all'intermediazione finanziaria e assicurativa di utilizzare detrazioni fiscali per incrementare i profitti, accrescendo iniquità e diseguaglianze, oltre che di alimentare il consumismo sanitario e la medicalizzazione della società, aumentando i rischi per la salute delle persone. Il report GIMBE e la successiva audizione - ampliamenti ripresi dagli organi di stampa<sup>271,272,273,274,275</sup> - hanno generato una vigorosa e scomposta reazione degli operatori del settore<sup>276,277</sup> che hanno addirittura lanciato un appello, invertendo l'ordine dei fattori: *“È necessario mettere in guardia i cittadini dal tentativo di smantellamento della sanità integrativa, una delle conquiste sociali più importanti conseguite dalla contrattazione collettiva in questi anni. Sono in troppi che vorrebbero mettere le mani nelle buste paga dei lavoratori per difendere rendite di posizione e clientelismi con la scusa del salvataggio del SSN”*<sup>278</sup>.

Nel dibattito pubblico che ne è seguito tali reazioni sono state da più parti contestate<sup>279,280</sup>, e sono state segnalate criticità e ritardi nel rimborso delle prestazioni agli iscritti<sup>281</sup>.

<sup>268</sup> Fondi integrativi. Loreface (M5S): “Da gennaio indagine parlamentare. Non devono diventare sostitutivi”. Quotidiano Sanità, 19 dicembre. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=69283](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=69283). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>269</sup> Fondazione GIMBE. La sanità integrativa. Bologna, gennaio 2019. Disponibile a: [www.gimbe.org/sanita-integrativa](http://www.gimbe.org/sanita-integrativa). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>270</sup> XVIII Legislatura. XII Commissione. Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del servizio sanitario nazionale Audizione di rappresentanti della Federazione italiana della mutualità integrativa volontaria (FIMIV), della Fondazione GIMBE e del Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (CeRGAS), nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Resoconto stenografico Seduta n. 1 di martedì 22 gennaio 2019. Disponibile a: [www.camera.it/leg18/1079?idLegislatura=18&tipologia=indag&sottotipologia=c12\\_integrativi&anno=2019&mese=01&giorno=22&idCommissione=12&numero=0001&file=indice\\_stenografico](http://www.camera.it/leg18/1079?idLegislatura=18&tipologia=indag&sottotipologia=c12_integrativi&anno=2019&mese=01&giorno=22&idCommissione=12&numero=0001&file=indice_stenografico). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>271</sup> Magnano R. Fondi sanitari, Fondazione GIMBE: «Incasano sempre più, rimborsano sempre meno». Il Sole 24 Ore, 16 gennaio 2019. Disponibile a: [www.ilsole24ore.com/art/notizie/2019-01-16/fondi-sanitari-fondazione-gimbe-incassano-sempre-piu-rimborsano-sempre-meno-090058.shtml?uuid=AEtknKGH](http://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2019-01-16/fondi-sanitari-fondazione-gimbe-incassano-sempre-piu-rimborsano-sempre-meno-090058.shtml?uuid=AEtknKGH). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>272</sup> Sanità integrativa. Per GIMBE: “È sempre più ‘sostitutiva’ e alimenta il consumismo sanitario. Servono riforme urgenti e trasparenza”. Quotidiano Sanità, 16 gennaio 2019. Disponibile a [www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=69945](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=69945). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>273</sup> Fondi integrativi. GIMBE: “Sistema vive una totale deregulation. Stop a detrazioni fiscali”. Quotidiano Sanità, 23 gennaio 2019. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=70196](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=70196). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>274</sup> La Sanità integrativa diventa sostitutiva del SSN. GIMBE, deregulation mina sostenibilità Sistema pubblico. ANSA, 16 gennaio 2019. Disponibile a: [www.ansa.it/canale\\_salutebenessere/notizie/sanita/2019/01/16/la-sanita-integrativa-diventa-sostitutiva-del-ssn\\_c43abfac-c190-4555-8856-79b4a432aa8d.html](http://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2019/01/16/la-sanita-integrativa-diventa-sostitutiva-del-ssn_c43abfac-c190-4555-8856-79b4a432aa8d.html). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>275</sup> Daina C. Sanità, fondi integrativi? No, sostitutivi: coprono servizi già garantiti dal sistema sanitario. La Camera avvia indagine. Il Fatto Quotidiano, 15 febbraio 2019. Disponibile a: [www.ilfattoquotidiano.it/2019/02/15/sanita-fondi-integrativi-no-sostitutivi-coprono-servizi-gia-garantiti-dal-sistema-sanitario-la-camera-avvia-indagine/4949743](http://www.ilfattoquotidiano.it/2019/02/15/sanita-fondi-integrativi-no-sostitutivi-coprono-servizi-gia-garantiti-dal-sistema-sanitario-la-camera-avvia-indagine/4949743). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>276</sup> Vecchiotti M. Sanità integrativa. Nel Rapporto GIMBE molte inesattezze. Quotidiano Sanità, 28 gennaio 2019. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=70377](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70377). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>277</sup> Vecchiotti M. L'equità della sanità integrativa. Quotidiano Sanità, 7 febbraio 2019. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=70721](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70721). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>278</sup> RBM Assicurazione Salute: le risorse per la sanità integrativa non si toccano. ADN Kronos Salute, 30 gennaio 2019. Disponibile a: [www.adnkronos.com/immediapress/salute-e-benessere/2019/01/30/rbm-assicurazione-salute-risorse-per-sanita-integrativa-non-toccano\\_tR0Mgkbf1MSwbeLwu5Z3eM.html](http://www.adnkronos.com/immediapress/salute-e-benessere/2019/01/30/rbm-assicurazione-salute-risorse-per-sanita-integrativa-non-toccano_tR0Mgkbf1MSwbeLwu5Z3eM.html). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>279</sup> Geddes Da Filicaia M. Ancora sulla sanità integrativa. Il vero nodo resta comunque l'appropriatezza delle prestazioni. Quotidiano Sanità, 4 febbraio 2019. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=70607](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70607). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>280</sup> Donzelli A. Castelluzzo G. “In-appropriatezza” di tanta Sanità integrativa. Quotidiano Sanità, 12 febbraio. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=70848](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70848). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>281</sup> Renzo G. Il caso Previmedical, la botte piena e la moglie ubriaca. Quotidiano Sanità, 1 febbraio 2019. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=70553](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70553). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

### 3.4.1. Determinanti dell'espansione del secondo pilastro

Le restrizioni finanziarie imposte alla sanità pubblica negli ultimi 10 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, aumentando le difficoltà di accesso alle cure e amplificando le diseguglianze. In questo contesto, l'aumento della spesa out-of-pocket e il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie sono stati opportunisticamente utilizzati per promuovere forme alternative di copertura sanitaria. La necessità di affidarsi al secondo pilastro per garantire la sostenibilità del SSN si è così progressivamente affermata per l'interazione di vari fattori:

- **Complessità della terminologia.** Attorno al semplice concetto di sanità integrativa oggi ruota una terminologia articolata e complessa (box 3.8), che da un lato rende sempre più difficile la comprensione di un tema già ostico, 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, "imbeccati" da catastrofici dati su rinunce alle cure e indebitamenti, sono in grado di valutare oggettivamente vantaggi e svantaggi della sanità integrativa.

#### Box 3.8. Glossario

- **Assicurazioni.** Identificano la componente profit dei terzi paganti.
  - **Fondi sanitari.** Identificano la componente no-profit dei terzi paganti: oltre ai fondi sanitari propriamente detti, includono società di mutuo soccorso, casse, enti.
  - **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, ai sensi del D.lgs 502/1992, tramite i fondi sanitari; oggi nel linguaggio comune il termine viene utilizzato per indicare qualsiasi forma di copertura da terzi paganti.
  - **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, oltre all'offerta pubblica garantita dal SSN.
  - **Terzo pilastro.** Sanità individuale erogata, ai sensi del D.lgs 502/1992, tramite polizze assicurative.
  - **Welfare aziendale.** Include varie 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 determinando una totale *deregulation* del settore (box 3.9). Tale *deregulation* ha generato alcune situazioni paradossali. Innanzitutto, per godere delle agevolazioni fiscali, i fondi sanitari integrativi sono tenuti a destinare solo il 20% delle risorse impegnate a prestazioni integrative, rispetto a quelle già incluse nei LEA; in altre parole la normativa garantisce agevolazioni fiscali ai fondi che impegnano sino all'80% delle risorse in prestazioni sostitutive. In secondo luogo, i fondi sanitari integrativi,



formalmente enti no-profit, per problemi di solvibilità possono “ri-assicurarsi” con una o più compagnie assicurative che spesso rivestono anche il ruolo di gestori dei fondi; infatti le relazioni tra fondi sanitari e compagnie assicurative sono in continuo aumento: se nel 2013, secondo l’ANIA, il 55% dei fondi erogava le sue prestazioni attraverso una convenzione con una compagnia d’assicurazione e il 45% risultava auto-assicurato<sup>282</sup>, secondo l’VIII Rapporto RBM-Salute-Censis<sup>283</sup> nel 2017 quasi l’85% dei fondi sanitari risulta gestito tramite il settore assicurativo. Infine, con la diffusione del welfare aziendale le imprese beneficiano di agevolazioni fiscali che contribuiscono indirettamente ad alimentare il business delle compagnie assicurative che assicurano e gestiscono i fondi sanitari. In altri termini nell’attuale quadro normativo i fondi sanitari integrativi, divenendo prevalentemente sostitutivi, da un lato hanno progressivamente perduto quella caratteristica di complementarità al SSN che attribuiva loro una meritorietà in termini di agevolazioni fiscali, dall’altro hanno permesso alle compagnie assicurative di operare, in qualità di “assicuratori” e gestori dei fondi sanitari, in un contesto creato per enti no-profit.

### Box 3.9. 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 SSN:
  - la sanità pubblica basata sul principio dell’universalità, dell’eguaglianza e della solidarietà;
  - la sanità collettiva integrativa, tramite i fondi sanitari integrativi;
  - 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/anno, aumentato a € 2.500 euro/anno in caso di coinvolgimento paritetico dei lavoratori, per i dipendenti con reddito lordo annuo sino a € 50.000.
- **Legge di Bilancio 2017.** Aumenta i limiti dei premi fissati dalla Legge di Stabilità 2016 da €

<sup>282</sup> Fondi sanitari, la necessità di un riordino. Associazione Nazionale per le Imprese Assicuratrici (ANIA). Maggio 2015: pag. 2. Disponibile a: [www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier-e-position-paper/Fondi-sanitari-La-necessita-di-un-riordino-Position-Paper-23.06.2015.pdf](http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier-e-position-paper/Fondi-sanitari-La-necessita-di-un-riordino-Position-Paper-23.06.2015.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>283</sup> VIII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata. Giugno 2018, pag. 43. Disponibile a: [www.welfareday.it/pdf/VIII\\_Rapporto\\_RBM-Censis\\_SANITA\\_def.pdf](http://www.welfareday.it/pdf/VIII_Rapporto_RBM-Censis_SANITA_def.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.



2000/anno a € 3.000/anno e da € 2.500/anno a € 4.000/anno ed estende la platea dei beneficiari elevando la soglia di reddito lordo annuo a € 80.000.

- **Decreto crescita (DL 34/2019).** Riconosce la natura non commerciale dei fondi sanitari integrativi, garantendo loro la possibilità di godere delle agevolazioni fiscali.

- **Scarsa trasparenza.** Le dinamiche sui fondi sanitari e le modalità con cui operano rimangono di fatto sconosciute perché l'anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi istituita presso il Ministero della Salute non è pubblicamente accessibile.
- **Carenza di sistemi di controllo.** Come rilevato nel dicembre 2015 dalla senatrice Donella Mattesini in Commissione Igiene e Sanità al Senato<sup>284</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 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, al di là di semplici attività amministrative (richiesta d'iscrizione all'anagrafe, variazioni di organigramma, dati di bilancio), il Ministero della Salute non esercita alcuna verifica né certificazione istituzionale sui dati periodicamente trasmessi dai fondi.
- **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 nuove forme di agevolazione fiscale. In particolare, il nuovo impianto normativo del welfare aziendale ha fatto leva su rilevanti incentivi fiscali per promuovere gli investimenti delle imprese finalizzati al benessere dei lavoratori e delle loro famiglie: in questo contesto, la sanità integrativa è una delle aree che ha maggiormente catalizzato l'interesse di imprese e sindacati offrendo beni e servizi sanitari sostitutivi, aggiuntivi o complementari rispetto a quanto già garantito dal SSN.
- **Strategie di marketing.** Gli operatori dell'intermediazione finanziaria e assicurativa portano avanti una martellante campagna mediatica basata su alcune 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 questa strategia di marketing la relazione tra queste criticità, in realtà assolutamente non 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>285</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>14</sup> (figura 3.16).

<sup>284</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: 7 giugno 2019.

<sup>285</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/?shadow\\_comunicato\\_stampato=121116](http://www.censis.it/?shadow_comunicato_stampato=121116). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

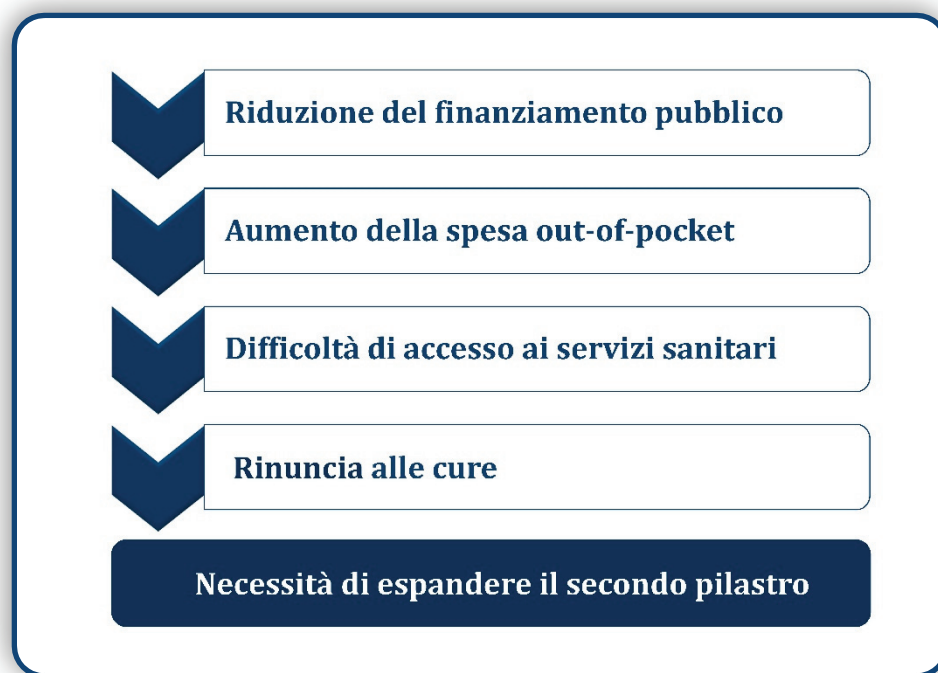


Figura 3.16. Assioma della strategia di marketing del secondo pilastro

Ecco che allora, per confutare la tesi dei proponenti, è necessario intraprendere il percorso inverso, analizzando 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.** Nel periodo 2012-2015 varie manovre finanziarie hanno sottratto al SSN circa € 25 miliardi e 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 2019, analogamente ai precedenti, conferma la progressiva riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% nel 2019-2020 al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022.
- **Aumento della spesa out-of-pocket.** Secondo le stime riportate per l'anno 2017 (§ 2.1.2) la spesa sanitaria privata ammonta a € 41.789 milioni di cui oltre l'86% è out-of-pocket, ovvero € 35.989 milioni sono a carico delle famiglie con una spesa pro-capite di € 595,02, superiore alla media OCSE. A fronte di questo inconfutabile dato, è fondamentale precisare alcuni aspetti. Innanzitutto, non esiste alcun allarme sull'incremento della spesa out-of-pocket (§ 2.1.2.1); in secondo luogo, nel 2017 € 3.864 milioni sono stati "restituiti" ai cittadini dallo Stato sotto forma di detrazioni fiscali. Infine, lo "spacchettamento" della spesa delle famiglie confuta l'ipotesi che sia impiegata esclusivamente a fronteggiare le minori tutele pubbliche: il 40-50% della spesa out-of-pocket, infatti, non è destinata a beni e servizi indispensabili a migliorare lo stato di salute, bensì soddisfa bisogni indotti dalla medicalizzazione della società e condizionati da consumismo, pseudo-diagnosi e preferenze individuali.
- **Difficoltà di accesso ai servizi sanitari e rinuncia alle cure.** I persuasivi slogan sulla difficoltà di accesso alle cure fanno leva sui dati allarmistici del rapporto RBM-Censis, basato su studi metodologicamente inadeguati<sup>286</sup> e influenzati da conflitti di interesse. Gli

inquietanti dati pubblicati dal Censis proiettano infatti su oltre 60 milioni di persone i risultati di indagini commissionate da RBM Salute e realizzate tramite questionari strutturati (di cui non si conoscono le domande) su un campione di 1.000 adulti maggiorenni residenti in Italia. Nel 2017 la roboante notizia dei 12,2 milioni di italiani che rinunciano alle cure è in contraddizione con l'indagine europea sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie (EU-SILC)<sup>287</sup>, secondo la quale gli italiani che hanno rinunciato a una o più prestazioni sanitarie sono meno di 5 milioni: il dato è stato infatti immediatamente smentito da autorevoli ricercatori<sup>288</sup> e successivamente dallo stesso Ministero della Salute<sup>289</sup>. Il rapporto RBM Salute-Censis 2018 sostiene che nel 2017 per pagare le spese per la salute 7 milioni di italiani si sarebbero indebitati e 2,8 milioni avrebbero dovuto usare il ricavato della vendita di una casa o svincolare risparmi<sup>290,291</sup>. A seguito della pubblicazione è esploso un coro unanime di critiche dal mondo scientifico e sanitario sul collaudato sodalizio RBM Salute-Censis<sup>292,293,294,295,296</sup>, in cui il prestigioso istituto di ricerca produce ogni anno dati tanto allarmanti quanto discutibili e la compagnia assicurativa li utilizza per alimentare il "pensiero unico"<sup>297</sup>. In tal senso l'imminente Welfare Day 2019 punta addirittura su uno slogan tanto efficace quanto anacronistico: "Raddoppiare il Diritto alla Salute con la Sanità Integrativa"<sup>298</sup>.

Questa analisi dimostra che l'assioma portante della inderogabile necessità del 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 studi metodologicamente inadeguati e finanziati da una compagnia assicurativa, ma talmente legittimati dalla divulgazione pubblica da prendere il sopravvento anche sui dati ufficiali dell'ISTAT, che al contrario derivano da ricerche rigorose e trasparenti, oltre che armonizzate a livello europeo.

---

<sup>287</sup> Istituto Nazionale di Statistica. Indagine sul reddito e le condizioni di vita (EU-SILC). Disponibile a: [www.istat.it/it/archivio/5663](http://www.istat.it/it/archivio/5663). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>288</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: 7 giugno 2019.

<sup>289</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: 7 giugno 2019.

<sup>290</sup> Censis. Cresce il rancore per la sanità, prova d'esame per il governo del cambiamento. Roma, 6 giugno 2018. Disponibile a: [www.censis.it/?shadow\\_comunicato\\_stampa=121161](http://www.censis.it/?shadow_comunicato_stampa=121161). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>291</sup> VIII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata. Giugno 2018. Disponibile a: [www.welfareday.it/pdf/VIII\\_Rapporto\\_RBM-Censis\\_SANITA\\_def.pdf](http://www.welfareday.it/pdf/VIII_Rapporto_RBM-Censis_SANITA_def.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>292</sup> Geddes da Filicaia M. L'immagine del Censis. Quotidiano Sanità, 8 luglio 2018. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=63684](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=63684). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>293</sup> Geddes da Filicaia M. Welfare Day. Ma dai... SaluteInternazionale, 15 gennaio 2019. Disponibile a: [www.saluteinternazionale.info/2018/06/welfare-day-ma-dai](http://www.saluteinternazionale.info/2018/06/welfare-day-ma-dai). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>294</sup> Bocci M. Quando il Censis gioca sui numeri della sanità. La Repubblica, 7 giugno 2018. <http://bocci.blogautore.repubblica.it/2018/06/07/quando-il-censis-gioca-sui-numeri-della-sanita> Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>295</sup> Aceti T. Spesa sanitaria privata a 40 mld: «Non si strumentalizzino i dati per mandare in soffitta il Ssn». Sanità 24, 8 giugno 2018. Disponibile a: [www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2018-06-08/spesa-sanitaria-privata-40-mld-aceti-ttm-non-si-strumentalizzino-dati-mandare-soffitta-ssn-131253.php?uuiid=AEZyGn2E](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2018-06-08/spesa-sanitaria-privata-40-mld-aceti-ttm-non-si-strumentalizzino-dati-mandare-soffitta-ssn-131253.php?uuiid=AEZyGn2E). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>296</sup> Sanità, mentre è boom della spesa privata (e si taglia la spesa pubblica) arriva la stravagante (e pericolosa) ricetta da Censis e RBM Salute: più spazio alle assicurazioni e ai fondi privati. SOS Sanità, 8 giugno 2018. Disponibile a: [www.sossanita.org/archives/2636](http://www.sossanita.org/archives/2636). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>297</sup> Vecchietti M. La salute è un diritto di tutti. Riflessioni e pensieri sul futuro del Ssn. Egea, maggio 2019.

<sup>298</sup> Welfare Day 2019. IX Rapporto RBM-CENSIS sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata. 13 giugno 2019. Disponibile a: [www.welfareday.it/welfareday-2019.php](http://www.welfareday.it/welfareday-2019.php). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Sulla scia del Contratto per il Governo del Cambiamento, RBM Salute ha addirittura formulato la proposta del “reddito di salute”, ovvero un sostegno economico mirato per le spese sanitarie pagate di tasca propria dagli italiani<sup>299</sup>, visto che «sulla base delle simulazioni condotte, la scelta di sottoscrivere una polizza sanitaria o di aderire ad un fondo integrativo risulta decisamente più conveniente per il cittadino rispetto al pagamento di tasca propria delle cure private». Tale proposta, ovvero di sostituire in maniera efficace ed efficiente la spesa out-of-pocket con polizze e fondi sanitari, è basata su tre presupposti totalmente falsi<sup>300</sup>:

- fondi sanitari integrativi e polizze assicurative includono in larga misura prestazioni che il cittadino paga di tasca propria;
- la popolazione generale, che consuma farmaci, presidi e prestazioni in out-of-pocket, coincide con quella coperta da fondi sanitari integrativi e polizze assicurative, e quindi i consumi della popolazione generale sono rappresentativi di quelli dell'altra;
- l'iscrizione ai fondi sanitari o la copertura assicurativa riducono quei consumi prima sostenuti dalla spesa out-of-pocket.

### 3.4.2 L'ecosistema dei terzi paganti

Il termine terzi paganti è l'unico che, in maniera omnicomprensiva, include tutti i soggetti (pubblici o privati, profit o no-profit, fondi o assicurazioni) che offrono coperture e garanzie di beni e servizi sanitari, affiancando le tutele pubbliche garantite dal SSN a tutte le persone 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 descritto da Piperno<sup>301</sup>, la complessità del sistema è tale che i 60 milioni di cittadini italiani “assicurati” con il pilastro pubblico, possono essere suddivisi in almeno 16 categorie in relazione a tre variabili che condizionano la spesa privata:

- avere/non avere una “seconda assicurazione” privata sotto qualsiasi forma: fondo sanitario, polizza assicurativa individuale, benefit da welfare aziendale;
- effettuare, o meno, spesa out-of-pocket;
- godere, o meno, di detrazione fiscali sulla spesa sanitaria (escludendo il caso degli oneri deducibili per semplificare il quadro).

Accanto alla varietà dei soggetti, esistono differenze relative a regole, incentivi fiscali, modelli gestionali e operativi (box 3.10), ma il denominatore comune dei terzi paganti è l'identità della loro funzione, sostenuta da risorse private o da risorse pubbliche sotto forma di agevolazioni fiscali.

<sup>299</sup> “Reddito di Salute”. Da Fare Futuro e RBM Salute la proposta di una sanità integrativa come per le pensioni. Quotidiano Sanità, 7 dicembre 2018. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=68839](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=68839). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>300</sup> Geddes Da Filicaia M. Reddito di salute! Una proposta “indecente”? SaluteInternazionale, 19 settembre 2018. Disponibile a: [www.saluteinternazionale.info/2018/09/reddito-di-salute-una-proposta-indecete](http://www.saluteinternazionale.info/2018/09/reddito-di-salute-una-proposta-indecete). Ultimo accesso: 15 gennaio 2018.

<sup>301</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: 7 giugno 2019.

### Box 3.10. L'ecosistema dei "terzi paganti"

#### Tipologia di soggetti

- Fondi sanitari
  - Tipo A (*doc*)
  - Tipo B (*non doc*)
    - Autoassicurati
    - Assicurati tramite una polizza collettiva
- Polizze assicurative (rami danni e vita)
  - Individuali
  - Collettive

#### Modalità 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 è disponibile per tutti e 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 offerte rispetto a quelle già previste dal SSN.

#### 3.4.2.1 Coperture offerte dai terzi paganti

Rispetto alla tipologia di beni e servizi che possono essere coperti dai terzi paganti, il presente Rapporto fa riferimento alla classificazione di Piperno, elaborata nel 1997<sup>302</sup> e ripresa integralmente nel 2017<sup>303</sup>, che identifica tre tipologie di coperture:

- **Sostitutiva:** copre servizi e prestazioni già incluse nei LEA, spesso a condizioni migliorative per il cittadino (es. tempi di attesa inferiori); anche se in linea teorica potrebbe sostituirsi interamente all'offerta pubblica, tale copertura riguarda solo alcuni servizi, generalmente molto vantaggiosi per l'erogatore (es. diagnostica e specialistica ambulatoriale).

<sup>302</sup> Piperno A. Mercati assicurativi e istituzioni: la previdenza sanitaria integrativa. Bologna: Il Mulino, 1997.

<sup>303</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: 7 giugno 2019.

- **Aggiuntiva:** integra la copertura pubblica colmando il gap “differenziale” tra le prestazioni garantite dal SSN e la quota a carico del cittadino, come la compartecipazione alla spesa (ticket) o le integrazioni relative ad aspetti accessori (es. camere a pagamento).
- **Complementare:** copre prestazioni escluse dai LEA (es. odontoiatria, LTC).

Pur con qualche differenza terminologica, tale classificazione è allineata a quella dell’OCSE (tabella 3.14) che prevede anche una quarta tipologia non applicabile nel nostro Paese<sup>304</sup>: ovvero la copertura sanitaria privata nei paesi in cui 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 e utilizzando esclusivamente la copertura di un terzo pagante.

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

\*Ticket, integrazioni su aspetti accessori

**Tabella 3.14. 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>305</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.

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 anacronistico e fuorviante nell’ambito del dibattito sul ruolo del secondo pilastro. Infatti, secondo i dati forniti dagli stessi operatori di settore<sup>306</sup>, nel 2016 il 60,5% delle prestazioni erogate dai fondi sanitari sono state sostitutive, usufruendo tuttavia 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 (§ 3.4.3).

<sup>304</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>305</sup> RBM Salute, Munich Health, in collaborazione con CENSIS. I Fondi Sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà. Dicembre 2015.

<sup>306</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: 7 giugno 2019.



### 3.4.2.2. 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 organizzazioni profit (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 3.15).

	Fondi sanitari integrativi	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducibilità contributi sino a € 3.615,20</li> <li>• Detrazione della quota parte delle spese sanitarie a proprio carico</li> <li>• Detraibilità del 19% delle quote versate a società di mutuo soccorso sino a € 1.300,00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detrazione al 19% delle spese sanitarie rimborsate per effetto di polizze il cui premio non dà diritto a detrazione</li> </ul>

Tabella 3.15. Principali differenze tra fondi sanitari integrativi e polizze assicurative

### 3.4.2.3 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 3.9), la normativa stratificatasi negli anni ha delineato una funzione dei fondi prevalentemente sostitutiva, piuttosto che integrativa, a parità di riconoscimento e agevolazioni fiscali. Infatti, all'Anagrafe del Ministero della Salute 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 alcuna concorrenza, di fatto a tutti i fondi sanitari è concesso di esercitare una funzione sostitutiva sino all'80% delle coperture mantenendo i benefici fiscali.

Considerato che l'unica fonte ufficiale è l'anagrafe dei fondi sanitari integrativi istituita presso il Ministero della Salute, non consultabile pubblicamente dal sito web<sup>307</sup>, negli ultimi anni le informazioni disponibili sui fondi sanitari provenivano da una pluralità di fonti, parziali o settoriali, quali presentazioni in convegni, audizioni parlamentari o elaborazioni di altri enti.

Nel novembre 2018, il Ministero della Salute per la prima volta ha pubblicato un report ufficiale<sup>308</sup> che per l'anno 2017 attesta 322 fondi sanitari, di cui 9 di tipo A (*doc*) e 313 di tipo B (*non doc*) per un totale di 10.616.847 iscritti che includono anche pensionati e loro familiari (tabella 3.16).

Categoria	Iscritti (%)
Lavoratori dipendenti	6.692.110 (63,0%)
Lavoratori non dipendenti	1.062.239 (10,0%)
Familiari lavoratori dipendenti	1.944.634 (18,3%)
Familiari lavoratori non dipendenti	216.070 (2,0%)
Pensionati	500.966 (4,7%)
Familiari pensionati	200.386 (1,9%)
<b>TOTALE</b>	<b>10.616.847</b>

**Tabella 3.16. Iscritti ai fondi sanitari per categoria (anno 2017)**

Complessivamente, il 73% degli iscritti sono lavoratori, il 4,7% pensionati e il 22,3% familiari di lavoratori o pensionati (figura 3.17). Le risorse "impegnate" dai fondi sanitari, ovvero destinate ai rimborsi delle prestazioni, relative all'anno fiscale 2016, ammontano a € 2.329 milioni, per la quasi totalità riferiti ai fondi *non doc*.

<sup>307</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: 7 giugno 2019.

<sup>308</sup> Ministero della Salute. Reporting System. Anagrafe dei Fondi Sanitari. Fondi attestati anno 2017. Roma, novembre 2018. Disponibile a: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2822\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2822_allegato.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

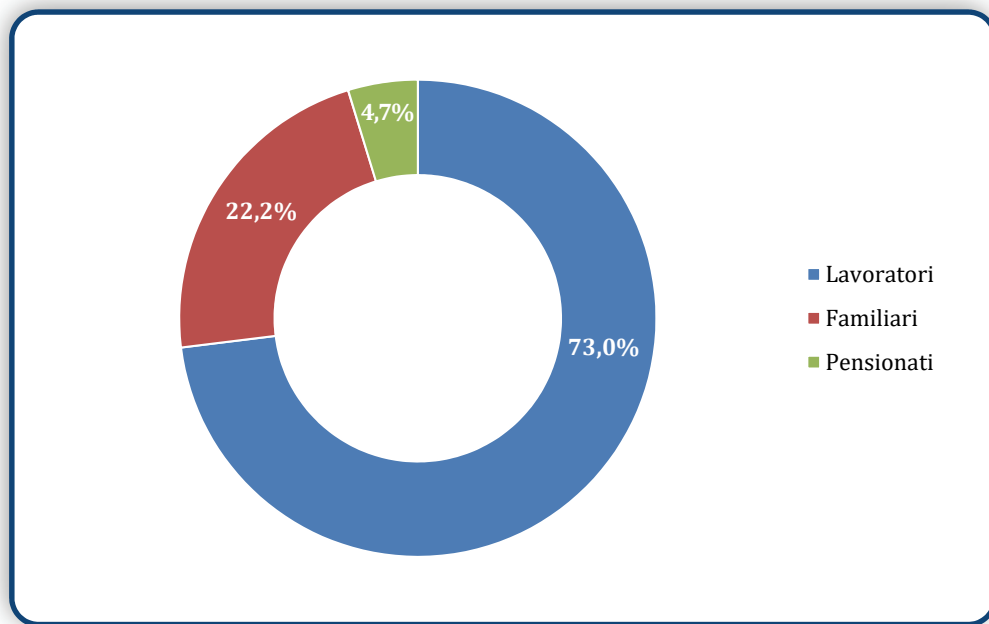


Figura 3.17. Iscritti ai fondi sanitari per categoria (anno 2017)

I dati documentano un trend 2011-2017 in progressivo aumento del numero di fondi prevalentemente del tipo B (da 208 a 313), visto che quelli di tipo A si sono progressivamente ridotti da 47 a 9 (figura 3.18).

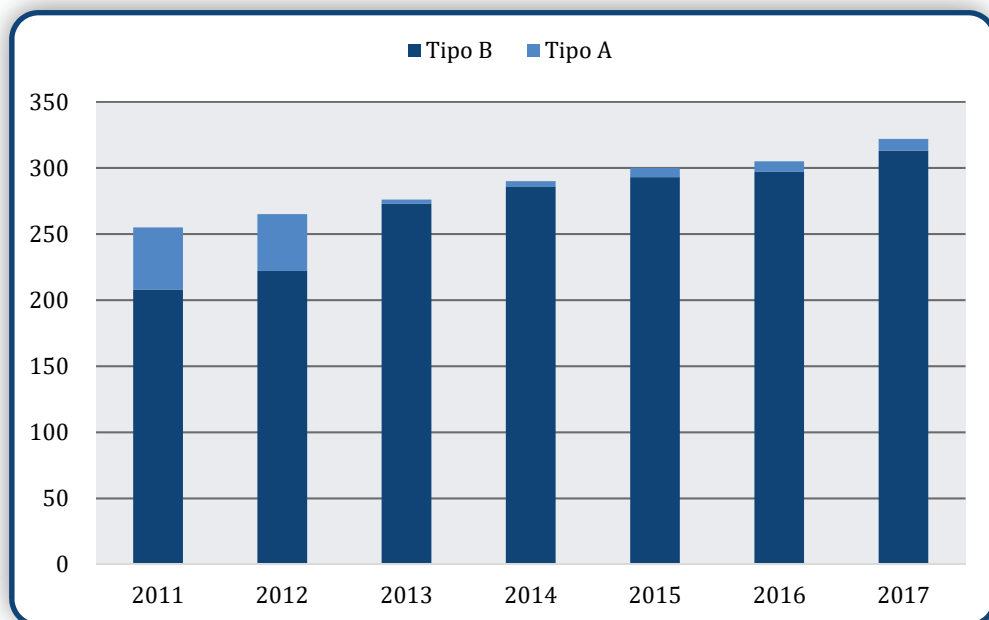


Figura 3.18. Numero fondi sanitari (2011-2017)

All'aumento del numero dei fondi nel periodo 2011-2017 corrisponde un incremento sia del numero di iscritti (da 3.312.474 a 10.616.405) sia dell'ammontare generale delle risorse impegnate (da € 1.614 a 2.330 milioni) (figura 3.19).

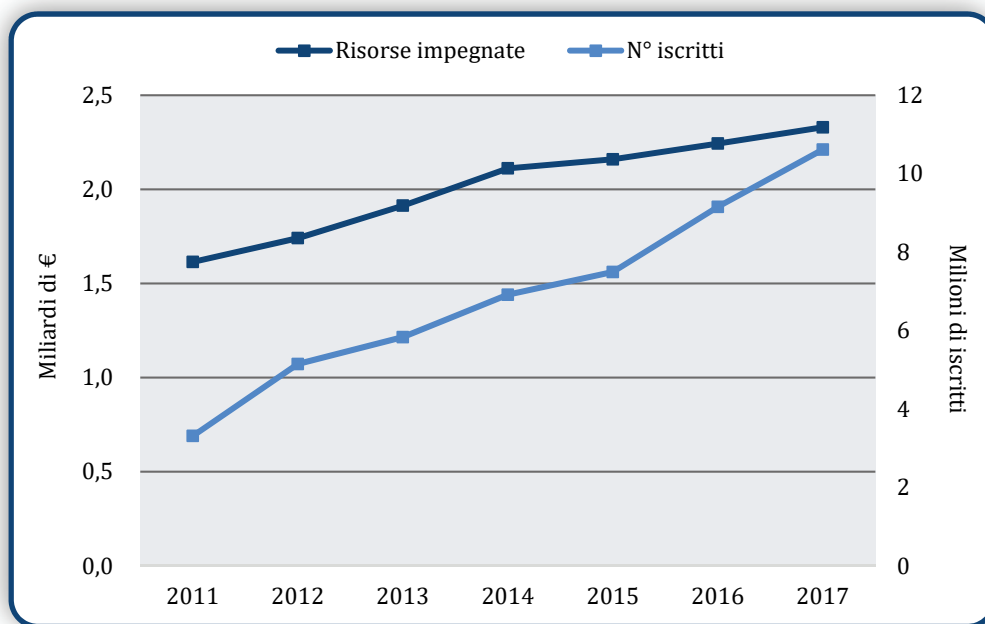


Figura 3.19. Numero iscritti ai fondi sanitari e risorse impegnate (2011-2017)

Se per usufruire dei vantaggi fiscali i fondi sanitari devono destinare per legge almeno il 20% del totale delle risorse a prestazioni vincolate (extra-LEA), la figura 3.20 dimostra che nel periodo 2011-2017 a fronte di un consistente incremento dell'ammontare delle risorse totali impegnate dai fondi, la percentuale di quelle destinate a prestazioni extra-LEA rimane stabile intorno al 30%, in particolare nel 2017 si attesta al 32,4%.

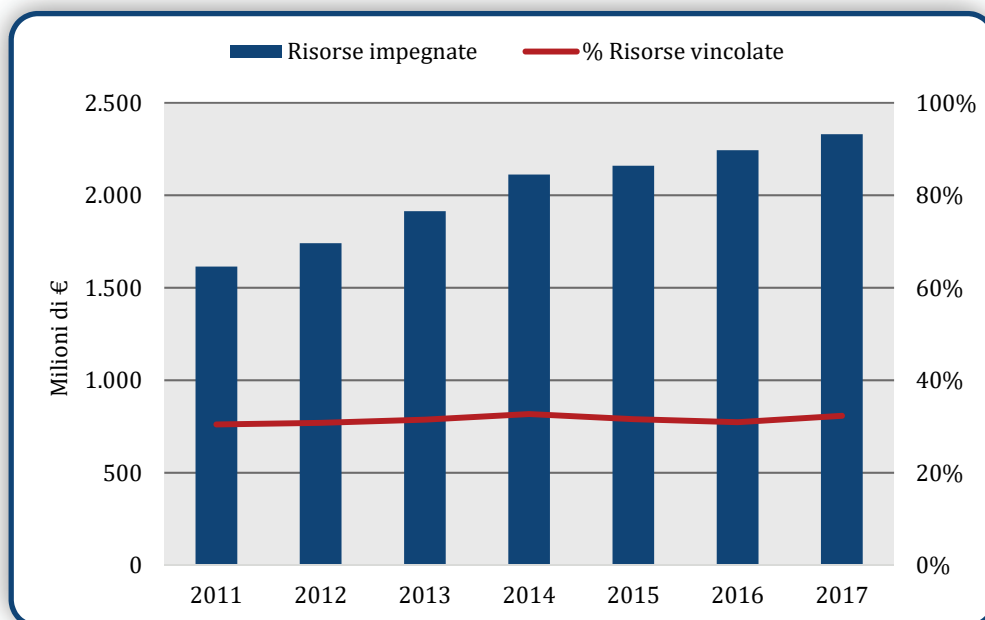


Figura 3.20. Risorse impegnate dai fondi sanitari e percentuale destinata a prestazioni extra LEA

Un altro dato di particolare rilievo documenta che l'aumento percentuale annuo delle risorse impegnate dai fondi non cresce parallelamente a quello degli iscritti (figura 3.21). In particolare, se nel periodo 2011-2017 l'incremento percentuale medio degli iscritti ai fondi è stato del 22,3% annuo, le risorse impegnate sono aumentate in media del 6,4% per anno.

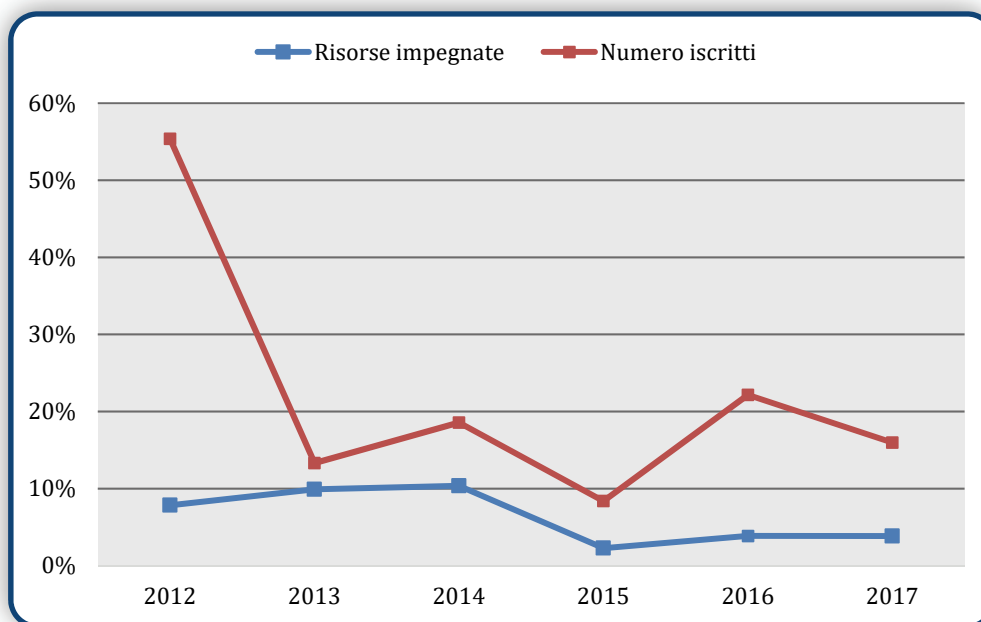


Figura 3.21. Fondi sanitari: variazione annua delle risorse impegnate e del numero degli iscritti

Di conseguenza nello stesso periodo l'ammontare generale e quello parziale delle risorse vincolate a prestazioni extra-LEA che i fondi destinano a ciascun iscritto sono in progressiva riduzione (figura 3.22).

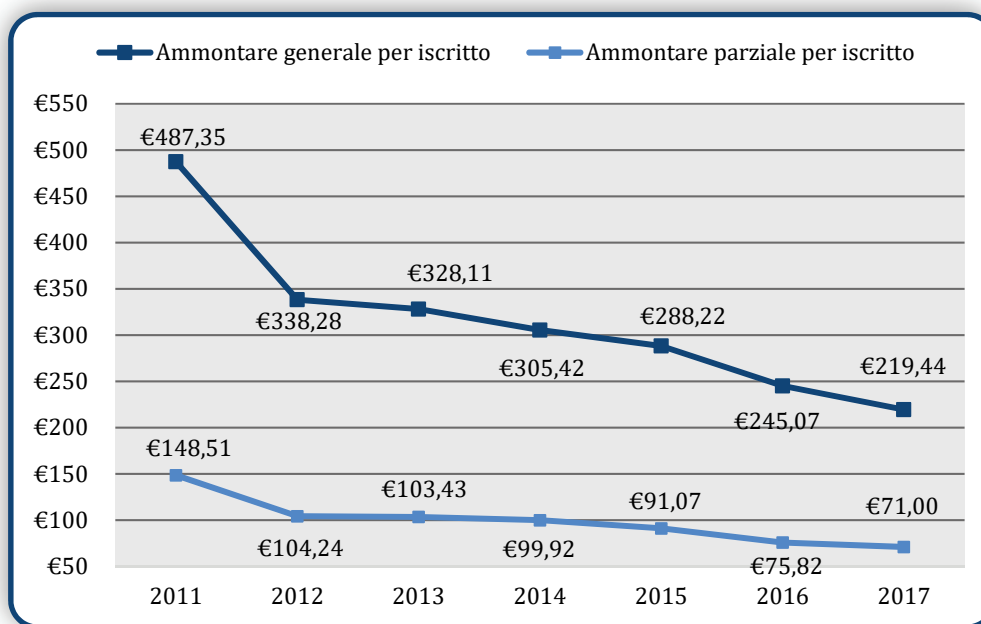
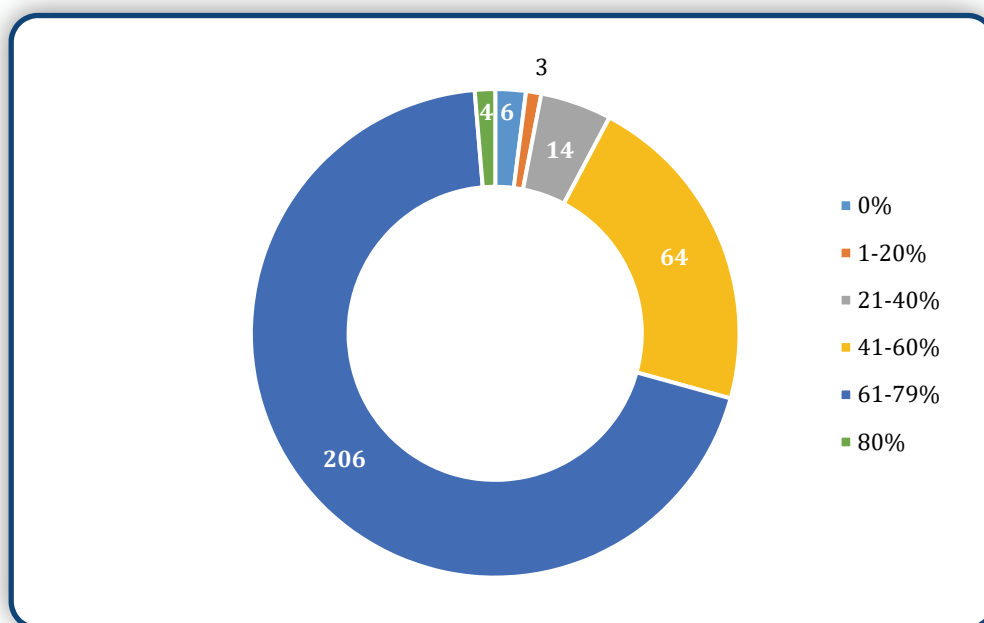


Figura 3.22. Fondi sanitari: trend delle risorse impegnate per iscritto

Infine, altri dati presentati dal Ministero della Salute<sup>309</sup> hanno permesso ulteriori elaborazioni sulla destinazione delle risorse da parte dei fondi sanitari integrativi. Nel 2016 (anno fiscale 2015), i 297 fondi di tipo B hanno destinato la maggior parte di risorse a prestazioni incluse nei LEA, svolgendo così una funzione prevalentemente sostitutiva, piuttosto che integrativa (figura 3.23). Tre dati di particolare rilevanza: innanzitutto, i fondi con funzione esclusivamente integrativa sono 6 (2%); in secondo luogo, solo 10 fondi (3%) hanno destinato una percentuale  $\leq 80\%$  a prestazioni extra-LEA; infine, quasi il 70% dei fondi ha destinato a prestazioni sostitutive il 61-79% delle risorse impegnate.



**Figura 3.23. Numero di fondi sanitari integrativi di tipo B per percentuale di risorse destinate a prestazioni non vincolate (extra-LEA) sul totale delle risorse impegnate (anno 2016)**

Nonostante i dati relativi alle agevolazioni fiscali per gli iscritti ai fondi sanitari integrativi (§ 2.3.2) che comportano una spesa fiscale di € 3.361,2 milioni, rimangono insoluti tre quesiti fondamentali ai quali il presente Rapporto non è in grado di rispondere:

- Qual è l'entità complessiva dei contributi versati dagli iscritti ai fondi sanitari?
- Qual è l'impatto sulla spesa fiscale delle agevolazioni concesse ai datori di lavoro per le spese relative ai fondi sanitari e al welfare aziendale?
- A quanto ammonta complessivamente il fondo di garanzia dei fondi sanitari integrativi?

#### 3.4.2.4. Polizze assicurative

Le compagnie assicurative sono soggetti commerciali che operano tramite la vendita di prodotti riconducibili a polizze malattia, individuali o collettive e a polizze di LTC, 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 prevalentemente beni e servizi di natura sostitutiva, ovvero prestazioni

<sup>309</sup> Bellentani MD. In: Diritto alla salute ed equità di accesso alle cure: il ruolo dei fondi integrativi e delle mutue. Forum Risk Management, Firenze: 29 novembre 2018



già incluse nelle coperture 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 si estendono alle prestazioni odontoiatriche, a fronte di un incremento del premio.

Sotto il profilo operativo, le compagnie assicurative generalmente rimborsano il costo sostenuto dal soggetto assicurato, in misura parziale o totale secondo 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 i casi di copertura/rimborso totale, rimane a carico dell'assicurato una franchigia che si configura come un out-of-pocket residuo.

Le imprese di assicurazione tendono 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 il mercato delle polizze individuali in Italia non è mai decollato per varie ragioni:

- scarsa propensione all'acquisto di una polizza individuale da parte degli italiani, 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, eccetto la detrazione al 19% per le spese rimborsate dalla compagnia.

Per tali ragioni, le compagnie assicurative hanno spostato il proprio business verso la "ri-assicurazione" dei fondi sanitari tramite le polizze collettive, visto che quelle individuali 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 LTC beneficiano della detrazione d'imposta del 19% fino a un importo annuo di € 1.291,14. Per le polizze assicurative non si dispone di alcuna stima attendibile del mancato gettito per l'erario connesso alle agevolazioni fiscali.

#### 3.4.2.5. 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 per sostenere il benessere dei lavoratori e delle loro famiglie. La nuova normativa ha delineato nel welfare aziendale un sistema premiante con tre caratteristiche fondamentali<sup>310</sup>:

- opportunità di convertire i premi aziendali di risultato in servizi di welfare, rafforzando gli incentivi già previsti per la componente variabile delle retribuzioni;

---

<sup>310</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: 7 giugno 2019.

- totale esenzione da imposizione fiscale e contributiva dei premi aziendali erogati sotto forma di servizi di welfare;
- 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 3.11).

### Box 3.11. 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

Nell'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 e assicurativa.

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 no-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, propone 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 sono trasformati (in)consapevolmente in "compagni di viaggio" dei fautori della privatizzazione<sup>311</sup>. In particolare, i sindacati hanno accettato l'offerta di convertire un aumento salariale in prestazioni di welfare contrattuale, senza considerare

<sup>311</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: 7 giugno 2019.

che i vantaggi più consistenti sono per i datori di lavoro che possono azzerare il cuneo fiscale sulle somme erogate ai lavoratori e dedurre le spese dal reddito d'impresa. Per il lavoratore, invece, l'agevolazione è solo apparente per tre ragioni: innanzitutto con un aumento salariale, oltre a disporre di una maggiore liquidità, godrebbe di maggiori oneri riflessi tramite liquidazione e pensione contribuendo parallelamente ad un maggior gettito fiscale per la finanza pubblica; in secondo luogo, aderendo ad un fondo sanitario (al prezzo di un mancato aumento salariale) il lavoratore finisce per pagare due volte, perché continuerà a sostenere con la fiscalità generale il diritto a ricevere l'assistenza sanitaria pubblica; infine, della somma versata al fondo il 40-50% non può tradursi in servizi perché variamente assorbito da gestione amministrativa, fondo di garanzia o oneri di ri-assicurazione e da eventuali utili della compagnia assicurativa.

Vero è che qualche sindacato si è già posto il problema, sostenendo 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 diseguaglianze all'interno del mondo del lavoro, fuori di esso e tra aree forti e deboli del paese»<sup>312</sup>. Tuttavia, i maggiori sindacati continuano a firmare contratti che prevedono il welfare aziendale già stato etichettato come “welfare contrattuale a partecipazione statale”<sup>313</sup>, visto che questi strumenti godono dal 2008 di una detassazione e dal 2016 di una decontribuzione, con un risultato finale che è sotto gli occhi di tutti: meno tutele pubbliche e più risposte private.

### 3.4.3. Gli 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 vengono di seguito analizzati i possibili “effetti collaterali”, che rischiano di assegnare al secondo pilastro una funzione di affondamento del SSN, piuttosto che di salvataggio<sup>314,315,316</sup>.

**Rischi di privatizzazione.** Affondano le origini nell'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>317</sup>, incrociando la tipologia di spesa con quella dell'offerta si generano 4 circuiti di finanziamento/erogazione dell'assistenza sanitaria (figura 3.24).

<sup>312</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: 7 giugno 2019.

<sup>313</sup> Martini F. In: Leonardi F. Il business nascosto della sanità integrativa. Left, 28 maggio 2018. Disponibile a: [www.left.it/2018/05/20/il-business-nascosto-della-sanita-integrativa](http://www.left.it/2018/05/20/il-business-nascosto-della-sanita-integrativa). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>314</sup> Cartabellotta A. Secondo pilastro: il “bugiardino” degli effetti collaterali. Sanità 24, 29 giugno 2018. Disponibile a: [www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2018-06-29/secondo-pilastro-bugiardino-effetti-collaterali-115057.php?uuid=AE58HXEF](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2018-06-29/secondo-pilastro-bugiardino-effetti-collaterali-115057.php?uuid=AE58HXEF). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>315</sup> Cartabellotta A. Secondo pilastro: salvataggio o naufragio del Servizio sanitario nazionale? Sanità 24, 27 aprile 2018. Disponibile a: [www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-04-27/secondo-pilastro-salvataggio-o-naufragio-servizio-sanitario-nazionale-102543.php?uuid=AEeYSdfe](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-04-27/secondo-pilastro-salvataggio-o-naufragio-servizio-sanitario-nazionale-102543.php?uuid=AEeYSdfe). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>316</sup> Oliveti A. Secondo Pilastro. Siamo sicuri che sia effettivamente necessario? Quotidiano Sanità, 9 maggio 2018. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=61577](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=61577). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>317</sup> Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2018. EGEA, novembre 2018.

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

Figura 3.24. I circuiti di finanziamento/erogazione dell'assistenza sanitaria (modificata da<sup>318</sup>)

Tali circuiti sono inevitabilmente molto 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. Inoltre, ciascuno dei 4 circuiti è influenzato da una molteplicità di stakeholder con interessi non sempre convergenti, tali da rendere particolarmente complessa l'analisi di dinamiche ed outcome clinici, economici e sociali. Mettendo da parte tali complessità, è assolutamente certo che il circuito 4 concretizza un vero e proprio "cortocircuito" del SSN, indirettamente finanziato anche da risorse pubbliche tramite agevolazioni fiscali. Pertanto il rischio di privatizzazione del SSN non rappresenta 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, 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: infatti l'entità del beneficio fiscale pro-capite previsto per i fondi sanitari (€ 3.615,20) sfiora il doppio della spesa sanitaria pubblica pro-capite nel 2017 (€ 1.870,43). 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 e dispone di un'opzione privata che gli offre tutto quanto già incluso nei LEA non ha alcun motivo per rivendicare un diritto anche a nome degli altri.

**Rischi per l'equità.** Le agevolazioni fiscali previste dalla normativa esistente (*tax expenditure*) sono 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,

<sup>318</sup> Del Vecchio M, Fenech L, Rappini V. I consumi privati in sanità. In: Cergas-SDA Bocconi. Rapporto OASI 2018: pag. 238. EGEA, novembre 2018.

segmentando il diritto alla tutela della salute e generando iniquità e disuguaglianze. Infatti a beneficiare maggiormente dei fondi sanitari integrativi sono<sup>319,320,321</sup>:

- le persone che hanno un lavoro stabile;
- i lavoratori dipendenti, rispetto a quelli autonomi;
- 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, in quanto il valore della deduzione aumenta proporzionalmente all'aliquota marginale;
- i residenti in alcune aree del Paese, come dimostra il fatto che gli iscritti ai fondi sanitari vivono prevalentemente al Nord, in misura minore al Centro, e in minima parte al Sud.

Per tali ragioni, le agevolazioni fiscali concesse ai fondi sanitari e al welfare aziendale non sono affatto una *win-win solution*, ma concretizzano un'illusione di defiscalizzazione che genera disuguaglianze. Infatti, vero è che la copertura sanitaria costa all'impresa meno di 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 elevati).

In questo contesto, un ulteriore elemento di disuguaglianze rischia di essere introdotto con il regionalismo differenziato<sup>322</sup>, grazie al quale alcune Regioni aspirano ad una maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi<sup>323</sup>, creando "gabbie contrattuali territoriali"<sup>324</sup> per un sistema di welfare aziendale già estremamente complesso.

**Rischio di aumento della spesa sanitaria.** I promotori del secondo pilastro fanno leva sulla loro presunta capacità di determinare una maggiore efficienza della spesa intermediata rispetto a quella out-of-pocket. In particolare, questo risultato conseguirebbe alla loro maggiore capacità, rispetto ai singoli soggetti, di aggregare la domanda di prestazioni sanitarie aumentando l'efficienza nella loro acquisizione. In realtà, a fronte di questo presunto vantaggio, i fondi sanitari devono gestire innumerevoli transazioni con organizzazioni e professionisti sanitari, aumentando l'impatto dei costi amministrativi e riducendo il *value for*

---

<sup>319</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: 7 giugno 2019.

<sup>320</sup> Documento conclusivo 12<sup>a</sup> 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: 7 giugno 2019.

<sup>321</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%20%202017\\_Il%20welfare%20aziendale%20e%20la%20sanit%C3%A0%20complementare%20Granaglia\\_free%20text.pdf](http://www.ediesseonline.it/files/Rps%20%202017_Il%20welfare%20aziendale%20e%20la%20sanit%C3%A0%20complementare%20Granaglia_free%20text.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>322</sup> Cartabellotta A. Così il «regionalismo differenziato» mette a rischio l'universalismo del Ssn. Sanità 24, 28 settembre 2018. Disponibile a: [www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-09-28/riforme-regionalismo-differenziato-mina-l-universalismo-servizio-sanitario-143908.php?uuid=AEmVezAG](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-09-28/riforme-regionalismo-differenziato-mina-l-universalismo-servizio-sanitario-143908.php?uuid=AEmVezAG). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>323</sup> Florianello F. Regionalismo differenziato e Fondi Sanitari. Relazioni pericolose? Quotidiano Sanità, 16 novembre 2018. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=67985](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=67985). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>324</sup> Geddes da Filicaia M. Regionalismo differenziato. Manca un vero dibattito. Quotidiano Sanità, 6 novembre 2018. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=67548](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=67548). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

*money*. Infatti, 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 l'esempio più illuminante 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 prestazioni e assicurazioni superano il 25% della spesa totale<sup>325</sup> e i sostenitori di una riforma *single payer* stimano un risparmio di oltre 500 miliardi di dollari<sup>326</sup>. Anche un recente confronto tra 11 sistemi sanitari<sup>327</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 devono dedicare molto più tempo ad attività amministrative. L'ANIA, in riferimento al ramo danni, riporta che in Italia le spese di gestione (*expense ratio*) risultano pari al 27% circa dei premi contabilizzati<sup>328</sup>, confermando gli elevati costi di gestione delle coperture assicurative che nel nostro Paese sono anche 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 (non dimostrata, né quantificata) è ulteriormente ridotta dalla necessità di mantenere un fondo di garanzia, pari a circa 1/3 della raccolta che, per i problemi di solvibilità già descritti, porta i fondi a "ri-assicurarsi" con solide compagnie assicurative previa cessione di una percentuale dei premi. Di conseguenza, una percentuale del 40-50% dei premi versati non può tradursi in servizi per gli iscritti perché viene eroso dalla sommatoria di costi amministrativi, mantenimento del fondo di garanzia (o oneri di riassicurazione) e da eventuali utili delle compagnie assicurative.

In definitiva, evidenze e dati dimostrano che i terzi paganti, sotto qualsiasi forma, aumentano la spesa privata totale, non riducendo la spesa out-of-pocket e determinando complessivamente un saldo negativo sui bilanci delle famiglie. Infine, in quanto induttori di prestazioni inappropriate finiscono per aumentare la spesa sanitaria pubblica necessaria per gestire fenomeni di sovra-diagnosi e di sovra-trattamento. In altre parole, a dispetto dei martellanti slogan<sup>329</sup>, il secondo pilastro non fa risparmiare né lo Stato, né le famiglie<sup>330</sup>.

**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. I cosiddetti "piani di prevenzione" messi a punto dal secondo pilastro, ad esempio, sono ampiamente sostitutivi, spesso accessibili senza prescrizione medica e caratterizzati da un tale livello di

---

<sup>325</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>326</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>327</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>328</sup> Secondo i dati ANIA nel 2017 l'*expense ratio* per i rami danni è del 27,7%. L'assicurazione italiana 2017-2018. ANIA. Roma, luglio 2018. Disponibile a: [www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/rapporti-annuali/Assicurazione-Italiana/2017-2018/LASSICURAZIONE-ITALIANA-2017-2018.pdf](http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/rapporti-annuali/Assicurazione-Italiana/2017-2018/LASSICURAZIONE-ITALIANA-2017-2018.pdf). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>329</sup> Vecchietti M. Con la sanità integrativa lo Stato risparmia. *Quotidiano Sanità*, 23 novembre 2018. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=68295](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=68295). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>330</sup> Geddes da Filicaia M. Lo Stato risparmia con la sanità integrativa? Non è detto, certo è che il cittadino pagherebbe di più. *Quotidiano Sanità*, 25 novembre 2018. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=68326](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=68326). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.



inappropriatezza che sfocia nel puro consumismo sanitario<sup>331</sup>. La tabella 3.17 dimostra in maniera inequivocabile che la tipologia di indagini diagnostiche e, soprattutto la loro frequenza, non sono affatto basate sulle evidenze scientifiche, ma hanno il solo obiettivo di aumentare il numero di prestazioni che gli iscritti possono eseguire, peraltro quasi esclusivamente presso strutture private convenzionate (figura 3.24, circuito 4).

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 3.17. Frequenza di indagini diagnostiche a scopo preventivo nel corso della vita. “Piano prevenzione” dei fondi sanitari vs offerta SSN (da<sup>332</sup>)**

Ma ancor più preoccupante in termini di medicalizzazione della società, oltre che di conseguenze per la salute pubblica, risulta il “pacchetto di prevenzione oncologica” di RBM salute (tabella 3.18). Come documentato da Donzelli A et al.<sup>333</sup>, include test di screening, in particolare markers tumorali assolutamente inappropriati in base alle linee guida istituzionali dell’Agenas<sup>334</sup>, incluse tra le “buone pratiche” dell’Istituto Superiore di Sanità, ai sensi dell’articolo 5 della L. 24/2017<sup>335</sup>.

<sup>331</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: 7 giugno 2019.

<sup>332</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.

<sup>333</sup> Donzelli A. Castelluzzo G. “In-appropriatezza” di tanta Sanità integrativa. Quotidiano Sanità, 12 febbraio. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=70848](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70848). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>334</sup> Age.Na.S. Marcatori circolanti in oncologia. Guida all'uso clinico appropriato (a cura di: Gion M, et al). Quaderno di Monitor, 2016. Disponibile a: [www.agenas.it/la-giuria-dei-cittadini-in-sanita/marcatori-circolanti-oncologia-guida-uso-clinico-appropriato](http://www.agenas.it/la-giuria-dei-cittadini-in-sanita/marcatori-circolanti-oncologia-guida-uso-clinico-appropriato). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>335</sup> Istituto Superiore di Sanità. Sistema Nazionale Linee Guida. Buone Pratiche. Documenti Agenas. Disponibile a: <https://snlg.iss.it/?p=187>. Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

Test si screening	RBM		SSN	
	Indicazioni	Frequenza	Indicazioni	Frequenza
Sangue occulto nelle feci	M > 45 anni	Annuale	M e F 50-74 anni	Ogni 2 anni
PSA	M > 45 anni	Annuale	> 50 anni, previa decisione condivisa	0 oppure ogni anno
fPSA	M > 45 anni	Annuale		
Alfa-feto-proteina	M > 45 anni	Annuale	No	0
Pap-test	F > 30 anni	Annuale	F 25-35 anni*	Ogni 3 anni
CA 125	F > 30 anni	Annuale	No	0
CA 15.3	F > 30 anni	Annuale	No	0
*Dopo i 35 anni e sino a 64 anni sostituito da HPV test ogni 5 anni				

**Tabella 3.18. Prestazioni offerte dal Pacchetto B di “prevenzione oncologica” di RBM salute (modificata da<sup>336</sup>)**

Questi “pacchetti preventivi” presentano dunque numerosi effetti collaterali per i cittadini e per il SSN:

- espansione incontrollata di test diagnostici inappropriati, peraltro già ampiamente sovra-utilizzati nel sistema pubblico<sup>337</sup>;
- aumento dei fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento, proporzionali alla frequenza dei test e alla loro inappropriatazza, che aumentano i costi per il SSN e i rischi per i pazienti, senza alcun beneficio clinico;
- aumento della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e della medicalizzazione della società<sup>338</sup>;
- 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;
- violazione di numerosi articoli del codice deontologico<sup>339</sup>.

Ecco perché i “pacchetti preventivi”, formidabile strumento di marketing e fonte di business per il mercato della salute, contribuiscono a minare la sostenibilità della sanità pubblica e presentano un profilo rischi/benefici sfavorevole per la salute delle persone.

<sup>336</sup> Donzelli A. Castelluzzo G. “In-appropriatezza” di tanta Sanità integrativa. Quotidiano Sanità, 12 febbraio. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=70848](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70848). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>337</sup> Satolli R. Dagli amici del SSN mi guardi Iddio. Scienza in Rete, 5 aprile 2018. Disponibile a: [www.scienzainrete.it/articolo/dagli-amici-del-ssn-mi-guardi-iddio/roberto-satolli/2018-04-05](http://www.scienzainrete.it/articolo/dagli-amici-del-ssn-mi-guardi-iddio/roberto-satolli/2018-04-05). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>338</sup> Miranda NS. Fondi integrativi e “diritto al consumismo sanitario”. Quotidiano Sanità, 8 aprile 2019. Disponibile a: [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=72817](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=72817). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>339</sup> Miranda NS. Sanità cosiddetta “integrativa” e codice deontologico. Quotidiano Sanità, 25 giugno 2018. Disponibile a: [www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=63201](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=63201). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

**Rischio di frammentazione dei percorsi assistenziali.** I tentativi che faticosamente si stanno mettendo in atto per uniformare i PDTA e 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 ha previsto 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 alla duplicazione degli interventi sanitari, una frammentazione della continuità assistenziale. Infatti, mentre le iniziative istituzionali mirano a integrare le reti attraverso una responsabilizzazione dei vari attori del sistema (Regioni, Aziende sanitarie, professionisti sanitari, pazienti), i servizi offerti dai fondi sanitari rimangono confinati nella relazione tra gestore e cliente che, arrivando ad escludere 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.

**Rischio di compromettere una sana competizione tra i fondi sanitari.** La normativa vigente attualmente offre gli stessi benefici fiscali a fondi sanitari che si collocano ai due estremi della gaussiana in termini di probabilità di effetti avversi. Da un lato quelli autogestiti e non ri-assicurati che erogano quasi esclusivamente prestazioni integrative, dall’altro quelli ri-assicurati e gestiti da solide compagnie assicurative che erogano prevalentemente prestazioni sostitutive. In un sistema sostanzialmente privo di controlli, questo appiattimento normativo e fiscale impedisce una sana competizione tra i fondi sanitari e compromette la credibilità dell’intera categoria, visto che di fatto il ruolo sociale dei fondi sanitari si basa oggi esclusivamente sull’onestà intellettuale e operativa di chi li gestisce.

In conclusione, i fondi sanitari offrono solo vantaggi marginali ai lavoratori dipendenti con il rimborso di alcune spese, peraltro ampiamente ripagate dalla rinuncia ad una quota di pensione e di TFR. A legislazione vigente chi beneficia sicuramente dei fondi sanitari sono le imprese (che risparmiano sul costo del lavoro), l’intermediazione finanziaria e assicurativa (che aumenta i propri profitti) e gli erogatori privati di prestazioni sanitarie (che possono contare su un notevole incremento della domanda di prestazioni). Per il SSN sul piano del finanziamento, del potenziamento e dell’equità i fondi sanitari non determinano alcun beneficio, ma solo effetti avversi. Cittadini e pazienti, ingenuamente soddisfatti di “saltare la fila” ottenendo in tempi brevi innumerevoli prestazioni inappropriate in ambienti confortevoli, devono ancora prendere consapevolezza, insieme ai medici, dei rischi che i fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento determinano sulla propria salute.

#### **3.4.4. La necessità di un riordino normativo**

Le analisi effettuate dimostrano che oggi la sanità integrativa è un sistema caratterizzato da un’estrema *deregulation* che contribuisce a minare la sostenibilità del SSN. Infatti, mentre il dibattito si avvita spesso su singole criticità, nel contesto di un imponente definanziamento del SSN l’intermediazione finanziaria e assicurativa si è abilmente insinuata tra le crepe di una normativa frammentata e incompleta e, cavalcando l’onda del welfare aziendale, genera profitti

utilizzando anche il denaro pubblico sotto forma di detrazioni fiscali<sup>340</sup> per fornire, tramite i fondi sanitari integrativi, prestazioni prevalentemente sostitutive che alimentano il consumismo sanitario<sup>341</sup> e rischiano di danneggiare la salute delle persone.

L'assalto all'universalismo<sup>342</sup> in Italia si sta dunque concretizzando attraverso un meccanismo molto insidioso: da un lato il mix tra interminabili tempi di attesa e ticket esosi sposta una percentuale sempre più elevata di persone verso il privato, in particolare per le prestazioni specialistiche e diagnostiche, la cui domanda è facilmente manipolabile e misurabile in termini quantitativi, molto meno in termini di qualità e appropriatezza<sup>343</sup>. Dall'altro, si sta facendo largo la percezione sociale che il ruolo del SSN è quello di produrre prestazioni sanitarie e, quando non sarà in grado garantirle, la produzione sarà assicurata tempestivamente da qualche altra "macchina"<sup>75</sup>. In questo contesto, gli erogatori privati hanno già intercettato i bisogni del cittadino-consumatore e i finanziatori privati (assicurazioni) promuovono il secondo pilastro puntando soprattutto sui "pacchetti prevenzione" che da un lato alimentano consumismo sanitario e medicalizzano la società e dall'altro aumentano la soddisfazione di cittadini inconsapevoli di costi e rischi. Dal canto loro, le agevolazioni fiscali di cui godono i fondi sanitari integrativi, in costante aumento per il loro inserimento nei contratti di lavoro, sottraggono denaro pubblico alla fiscalità generale e indirettamente al SSN.

Ecco perché, nell'ambito della campagna #salviamoSSN, la Fondazione GIMBE ormai da anni invoca la necessità di un riordino normativo della sanità integrativa, idealmente un Testo Unico, in grado di:

- restituire alla sanità integrativa il suo ruolo originale, ovvero quello di coprire prevalentemente/esclusivamente prestazioni non incluse nei LEA;
- evitare che il denaro pubblico, sotto forma di incentivi fiscali, venga utilizzato per alimentare i profitti dell'intermediazione finanziaria e assicurativa;
- tutelare cittadini e pazienti da derive consumistiche;
- garantire a tutti gli operatori del settore le condizioni per una sana competizione;
- assicurare la governance nazionale dei fondi sanitari, tra le maggiori autonomie richieste in sanità dal regionalismo differenziato.

<sup>340</sup> Leonardi F. Il business nascosto della sanità integrativa. Left, 28 maggio 2018. Disponibile a: [www.left.it/2018/05/20/il-business-nascosto-della-sanita-integrativa](http://www.left.it/2018/05/20/il-business-nascosto-della-sanita-integrativa). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>341</sup> Satolli R. Dagli amici del SSN mi guardi Iddio. Scienza in Rete, 5 aprile 2018. Disponibile a: [www.scienzainrete.it/articolo/dagli-amici-del-ssn-mi-guardi-iddio/roberto-satolli/2018-04-05](http://www.scienzainrete.it/articolo/dagli-amici-del-ssn-mi-guardi-iddio/roberto-satolli/2018-04-05). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.

<sup>342</sup> McKee M, Stuckler D. The assault on universalism. BMJ 2011; 343:1314-17.

<sup>343</sup> Maciocco G. Lettera aperta al Ministro della salute Giulia Grillo. SaluteInternazionale, 19 dicembre 2018. Disponibile a: [www.saluteinternazionale.info/2018/12/lettera-aperta-al-ministro-della-salute-giulia-grillo](http://www.saluteinternazionale.info/2018/12/lettera-aperta-al-ministro-della-salute-giulia-grillo). Ultimo accesso: 7 giugno 2019.