

## Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del SSN 2016-25 - Osservazioni

La Fondazione GIMBE ha presentato il 7 giugno 2016 questo corposo Rapporto con il fine alto e condivisibile di “salvare il nostro SSN”. L’ambizioso e organico **Piano di salvataggio** ha riscosso apprezzamento istituzionale.

Partendo dall’analisi dei fattori che minano la sostenibilità di tutti i sistemi sanitari, il Rapporto individua anche cinque criticità da risolvere e propone cinque azioni fondamentali.

Tra i meriti del Rapporto vi è l’apertura a una pubblica consultazione per ricevere il contributo attivo di tutti gli stakeholder della sanità italiana.

La Fondazione *Allineare Sanità e Salute* approfitta dunque di questa importante opportunità, inviando alcuni commenti.

### Fattori che minano la sostenibilità dei sistemi sanitari

Il Rapporto identifica tre fattori principali:

- 1) il progressivo invecchiamento della popolazione
- 2) il costo crescente delle innovazioni, in particolare di quelle farmacologiche
- 3) il costante aumento della domanda di servizi e prestazioni.

Riteniamo però che non identifichi un 4° potentissimo fattore, che in parte sottende anche il 2° e il 3° dei precedenti: la pressione di produttori di tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, diagnostica...) e di erogatori di prestazioni, i cui interessi finanziari oggi non coincidono con le soluzioni più costo-efficaci per il SSN e per la Società, e non sono allineati alla Salute, ma addirittura in parziale conflitto con essa. Tale pressione sta alla base della medicalizzazione di problemi che si potrebbero gestire diversamente, del consumismo sanitario, del *disease mongering*, della continua offerta di screening non raccomandati, di sempre più basse soglie per definire *malattie e rischi di malattia*, di nuove tecnologie più *costose* (quando una funzione di nuove tecnologie potrebbe anche esser quella di *ridurre* i costi...), di un diffuso abuso tecnologico.

La risposta razionale data dal Rapporto GIMBE è di promuovere e utilizzare solo tecnologie e prestazioni di documentata efficacia e con un buon rapporto costo-efficacia, che soddisfino bisogni clinicamente e socialmente rilevanti (tecnologie/prestazioni di *high value*), rimettendo in discussione la pleora di pratiche di scarso o nessun valore (*low value*).

Sottoscriviamo tale formulazione. Il problema, però, sta nell’individuare le leve strategiche per far sì che ciò effettivamente accada, dato che non è sufficiente enunciare qualcosa di (teoricamente) logico e razionale perché ciò venga attuato.

Dato che gli esseri umani non agiscono solo in base all’etica e alle conoscenze disponibili, ma anche in base alle proprie convenienze/interessi (e gli attori in Sanità non fanno eccezione), la scelta di soluzioni di *high value* e la rinuncia a quelle di *low value* avverrà nella misura in cui farà anche l’interesse di chi le deve attuare.

Ciò pone la necessità di **riconsiderare per i diversi attori in sanità il modello di remunerazione** (elemento base del “sistema premiante”), **per allineare i loro interessi con la *mission* del Sistema sanitario: la difesa e promozione della salute dei singoli assistiti e della comunità, a condizioni sostenibili** dalla comunità stessa.

Oggi purtroppo il modo con cui troppi attori sono retribuiti (o con cui sono finanziate le Organizzazioni in cui essi operano) non allinea i loro interessi alla Salute, ma li divarica, quando addirittura per paradosso non li pone in conflitto con la Salute. Infatti una maggior salute diffusa e un maggior empowerment dei cittadini nell’autogestione *evidence based*

(dove possibile) di comuni problemi, con minor richiesta di visite/consultazioni, screening, prestazioni diagnostiche, terapie, ricoveri, ridurrebbe oggi in proporzione i ricavi della maggior parte degli attori in Sanità e danneggerebbe i loro interessi finanziari.

Il Rapporto non considera questo problema - che sarà discusso con concrete proposte di superamento nel Workshop del 3 dicembre 2016, presso l'Università Statale di Milano di via Conservatorio 7 - e ciò rischia di compromettere l'attuazione di quanto di logico e condivisibile il Rapporto propone.

## **I Fondi Sanitari integrativi e sostitutivi e le Assicurazioni Sanitarie**

Non siamo affatto convinti della necessità di ricorrere a Fondi Sanitari/FS, e ancor meno alle Assicurazioni, per garantire la sostenibilità del SSN, pur riconoscendo che il fenomeno ha assunto dimensioni imponenti da cui è difficile prescindere, e che in ogni caso richiederebbe una forte azione di governo, finora mancata.

Il nostro dissenso rispetto a un'ulteriore espansione dei FS e di quanto (a nostro avviso impropriamente) è stato definito *secondo e terzo pilastro* del SSN sarà oggetto di specifiche iniziative di confronto. Ci limitiamo qui a enumerare alcuni motivi di dissenso.

### **1) Problemi di equità**

Oggi usufruiscono dei FS ~10 milioni di italiani, imprenditori/professionisti/dirigenti/lavoratori e loro familiari. Gli aderenti beneficiano di deducibilità dei contributi versati al FS fino a € 3.615/cad. (e detraibilità secondo normativa della quota parte di spese sanitarie a proprio carico). Tali agevolazioni sono sussidiate con le *tasce* anche dei 50 milioni di italiani che non ne usufruiscono, tra cui sono molto più rappresentati gruppi sociali svantaggiati (senza lavoro/precari...).

### **2) Problemi di efficienza**

La frammentazione in ~300 FS ne indebolisce il potere contrattuale verso i fornitori, e i loro apparati devono gestire **milioni di transazioni duplicate e ulteriori** (oltre a quelle del SSN) con una miriade di organizzazioni e con i professionisti sanitari, con i costi di transazione connessi, che di per sé non producono salute, anzi **sottraggono tempo (costo/opportunità)** ai professionisti sanitari singoli o associati.

Uno dei sei motivi per cui gli USA spendono in Sanità più di ogni Paese al mondo è la **frammentazione del sistema in una miriade di Erogatori di prestazioni e di Assicurazioni sanitarie**, con conseguenti costi esorbitanti delle attività amministrative connesse.

**Olanda e Inghilterra hanno introdotto logiche della competizione e del mercato e si stanno avvicinando agli USA**, con spese amministrative del **20%** e **15,4%** del budget ospedaliero. Invece **Canada e Scozia** (che non ha seguito la strada mercantile Inglese) non usano i DRG per le entrate e gli ospedali sono finanziati a **budget globale**. L'amministrazione richiede molto meno personale, competenze meno specialistiche e assorbe il **~12,4%** del budget ospedali.

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

Le prestazioni offerte dai cosiddetti FS Integrativi/FIS non sono solo *integrative*, ma, per **oltre 50% degli importi, sostitutive** di analoga offerta SSN: dunque si tratta di **FS** più che di FIS, ciò che la legge istitutiva si prefiggeva invece di evitare.

### **4) I Fondi diventano induttori di prestazioni**

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

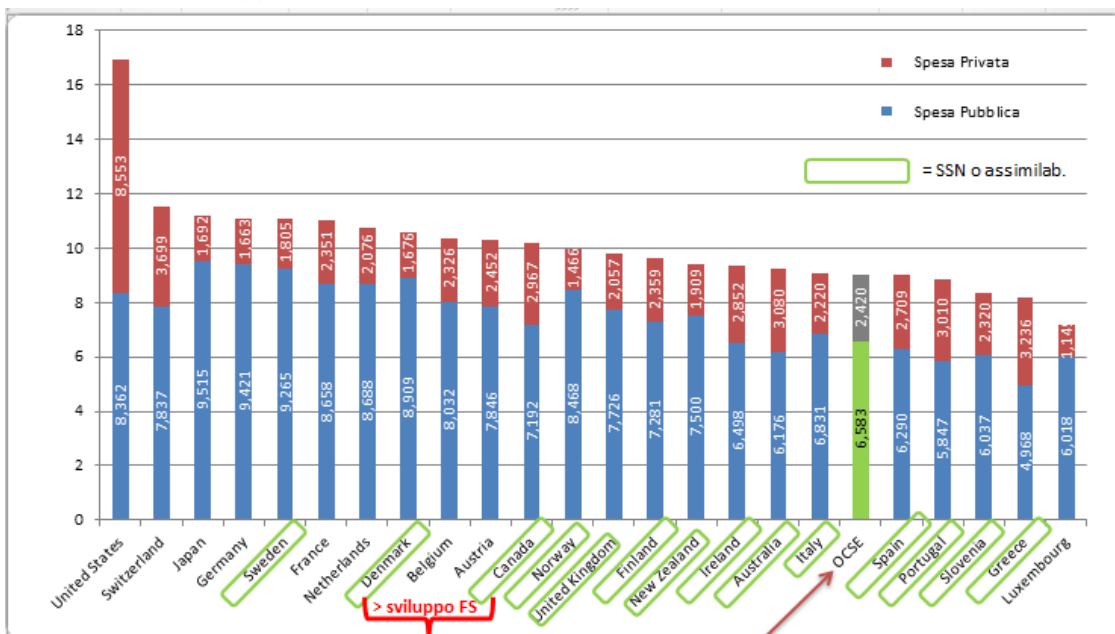
Ciò include il business dell'offerta di "prevenzione medica" non validata, fonte di *disease mongering* per eccellenza (check-up, batterie di test che inducono, ...).

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

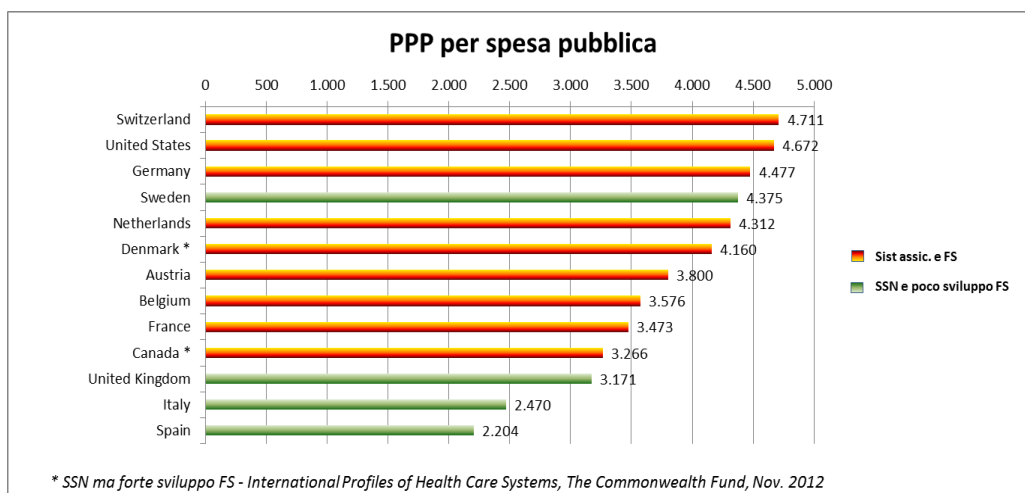
Una prova indiretta del verosimile **ruolo di induzione di prestazioni (e spesa) dei FS** si ha esaminando la spesa sanitaria pro-capite in PPP\$ dei paesi di Europa occidentale e Nord America (*OECD 2015, Health Expenditure*).

Come spesa sanitaria totale

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



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



Che i Paesi ricchi di FS abbiano spesa sanitaria maggiore, sia in % del PIL, sia come spesa **totale**, non stupisce (o almeno non dovrebbe stupire), perché i FS nascono proprio

per attrarre nuovi finanziamenti e dunque per **umentare** la spesa sanitaria totale, asserendo di dare in tal modo “sollevio” alla spesa sanitaria pubblica (NB: in realtà l’obiettivo non esplicitato di produttori ed erogatori pare piuttosto di non fare i conti con la necessità di ridurre propri prodotti/prestazioni di low value, in quanto per entrambe le categorie tale riduzione significherebbe perdita dei ricavi connessi).

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

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

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

lo stesso vale per la Danimarca, con SSN ma **molti FS**: 4.160 PPP\$ (e, nel Nord America 4.672 negli USA e 3.266 in Canada, quest’ultimo con sistema pubblico ma molti FS)

- rispetto a paesi come **UK** e **Spagna** con un SSN (almeno prima di recenti controriforme) e come **Italia**, che hanno **meno FS**. La spesa pubblica di questi è molto inferiore: rispettivamente **3.171, 2.204 e 2.470 PPP\$**.

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

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

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

[ Un esempio tra 100: un ginecologo cui conviene, per libera professione e contratto con FS, fare alle donne Pap-test, pagato a tariffa, non triennale ma **annuale**

- a) «si farà piacere» Linee Guida che giustificano un Pap-test annuale
- b) per questione di rispetto di sé, cercherà di tenere / trascinare tale prassi anche nella Azienda sanitaria da cui dipende ].

## Conclusioni

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

- 1) iniquità per le agevolazioni fiscali concesse/pretese per chi vi accede, a scapito degli altri contribuenti
- 2) induzione di consumismo sanitario, poiché non coprono solo servizi alberghieri/trasferte e le (poche) prestazioni integrative efficaci, ma *anche* prestazioni di efficacia non provata né probabile, che il SSN ha buoni motivi per non offrire (ma non osa scoraggiare apertamente)
- 3) paradossale aumento della spesa sanitaria pubblica, oltre che di (voluto) aumento della spesa sanitaria totale
- 4) lungi dal dare sollevio, in base ai dati disponibili rendono ancor più precaria la sostenibilità di un SSN...
- 4’) ... anche perché, con la crescente offerta di prestazioni *sostitutive*, preludono a fuoriuscite dal SSN di chi versa più contributi e in proporzione costa meno (con più costi / meno risorse e protezione per chi resta).

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

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

### **Considerazione finale**

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

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

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

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

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

*Alberto Donzelli, Alberto Aronica, Alessandro Battaglia, Franco Berrino, Antonio Bonaldi, Gianfranco Domenighetti, Giuseppe Fattori, Paolo Longoni, Andrea Mangiagalli, Giulio Mariani, Luca Mascitelli, Alessandro Nobili, Alberto Nova, Gianfranco Porcile, Luisa Ronchi, Monica Sutti*

#### **Vittorio Caimi**

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

#### **Ernesto Mola**

*Presidente WONCA Italia, Coordinamento Italiano Società Scientifiche aderenti a WONCA*

#### **Piergiorgio Duca**

*Presidente, a nome di Medicina Democratica*

#### **Adriano Cattaneo**

*a nome del Gruppo NoGrazie.*

#### **Roberto Romizi**

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

#### **Violetta Plotegher**

*Assessora Regione Trentino-Alto Adige*