

La Sanità cosiddetta integrativa: una minaccia per il SSN ¹

The so-called integrative health care: a threat to the NHS

Alberto Donzelli

Consiglio direttivo della Fondazione Allineare Sanità e Salute

Parole chiave: sanità integrativa, spesa sanitaria pubblica, spesa sanitaria privata intermediata, spesa sanitaria privata diretta, spesa sanitaria privata totale

RIASSUNTO

Obiettivi: valutare la Sanità Integrativa (SI) in termini di: Equità; Coerenza con gli obiettivi dichiarati: alleggerire la spesa sanitaria pubblica, ridurre quella privata, dare sostenibilità al SSN, accesso rapido; Ricadute su consumismo sanitario e tenuta del SSN; Rischi della SI e loro contenimento.

Metodi: presentazione di dati per la valutazione degli specifici obiettivi di valutazione della SI.

Risultati: i 14 milioni di beneficiari, socio-economicamente privilegiati, godono di deduzioni dei contributi per la SI sussidiati con le tasse anche dei ~46 milioni di italiani che non ne usufruiscono, tra i quali sono più rappresentati i gruppi sociali svantaggiati. Iniquità nell'accesso significa anche, a forza lavoro costante, allungare le liste d'attesa per chi non accede alla SI.

I dati OECD mostrano che a maggior spesa intermediata si associa maggior spesa pubblica e maggior accelerazione della stessa, per costi di transazione/amministrativi e consumismo, e persino maggior spesa privata complessiva (out of pocket + intermediata). Le ricadute sul consumismo sanitario sono enormi, perché la SI deve indurre prestazioni per mantenersi/attrarre clienti. I beneficiari di SI, sono forti consumatori, spendono di più in tutto e il Sistema perde costo-opportunità. E' necessario chiarire la SI come operazione commerciale.

Conclusioni: la SI è fonte di: iniquità per i benefici fiscali per chi vi accede a scapito degli altri contribuenti; consumismo sanitario indotto, coprendo anche tante prestazioni di efficacia non provata nè probabile che il SSN ha buon motivo per non offrire; comporta paradossale aumento della spesa sanitaria pubblica e della privata complessiva, oltre che aumento di quella totale; i dati mostrano che rende più precaria la sostenibilità di un SSN, anche perché la crescente offerta di SI prelude a fuoriuscite dal SSN di chi versa più

1. Questo documento riprende e aggiorna anche parte dell'analogo testo della Rete Sostenibilità e Salute, cui aderiscono 25 Associazioni, che l'autore ha contribuito a redigere in modo sostanziale, e gli atti di un suo intervento all'OMCeO di Udine il 12-5-2018.

Autore per corrispondenza: adonzelli@ats-milano.it

contributi e in proporzione costa meno.

La libertà di associarsi per ottenere vantaggi è legittima, ma Stato, Regioni, ASL dovrebbero contrastare iniquità e consumismo; se gestiscono SI, limitarsi a prestazioni solo integrative di cui serie valutazioni di merito confermino l'efficacia almeno probabile, benché non ancora nei LEA; promuovere educazione sanitaria valida e indipendente ed empowerment e supporti/benefit per render facili le scelte salutari.

Keywords: supplementary health care, public health expenditure, voluntary schemes/household out-of-pocket payments, total health expenditure

SUMMARY

Objectives: to evaluate the Integrative Healthcare (IHC) in terms of: Equity; Coherence with the stated objectives: to lighten public health expenditure, reduce private health expenditure, give sustainability to the National Health Service, rapid access; Consequences on health consumerism and on the maintenance of the National Health Service; IHC risks and how to contain them.

Methods: presentation of data for the evaluation of specific IHC objectives.

Results: the 14 million beneficiaries, socio-economically privileged, enjoy deductions of contributions to IHC subsidised with taxes also of ~46 million Italians who do not use it, among whom are more represented disadvantaged social groups. Inequity in access also means, with a constant workforce, lengthening the waiting lists for those who do not access the IHC.

OECD data show that greater intermediate expenditure is associated with greater public expenditure and greater acceleration of the same, for transaction/administrative costs and consumerism. The repercussions on health consumerism are enormous, because the IHC must induce services to maintain/attract customers. The beneficiaries of IHC are heavy consumers, spend more, the System loses opportunity-cost. It is necessary to clarify the IHC as a commercial operation.

Conclusions: IHC is a source of: unfairness for tax benefits for those who access it, to the detriment of other taxpayers; induced health consumerism, also covering many services of neither proven nor probable effectiveness, which the NHS has good reason not to offer; paradoxically, it leads to an increase in public and overall private health expenditure, as well as an increase in the total health expenditure. The data show that it makes the sustainability of an NHS more precarious, also because the growing supply of IHC preludes to leakage from the NHS of those who pay more contributions and in proportion cost less.

The freedom to associate in order to obtain benefits is legitimate, but the State, the Regions and the Local Health Authorities should counteract inequity and consumerism; if they manage IHC, they should limit themselves only to supplementary services, of which a serious assessment confirm an at least probable effectiveness, although not yet included in the LEAs. Moreover they should promote valid and independent health education, empowerment and support/benefit in order to make healthy choices easy.

Premessa. Fattori che minano la sostenibilità dei sistemi sanitari

La comune rappresentazione dei fattori che minano la sostenibilità dei sistemi sanitari propone spesso i tre seguenti:

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

Ciò non dà però il necessario peso a un altro potentissimo fattore:

4°. conflitto di interessi tra gran parte degli attori che operano in Sanità e la Salute.

Ci si riferisce anche e anzitutto al conflitto tra erogatori di prestazioni e salute, non solo a quello tra i produttori di tecnologie sanitarie e salute, sul quale esiste maggiore consapevolezza.

Il conflitto tra erogatori e salute è anch'esso strutturale, dati i modelli correnti di remunerazione dei professionisti sanitari e di finanziamento delle organizzazioni in cui essi operano, e sta alla base anche dell'insostenibile crescita della spesa sanitaria in tutti i paesi, compresi quelli più ricchi.

Questo conflitto è un determinante che si aggiunge ai tre prima citati, e in parte li sottende, soprattutto il 2° (costo delle innovazioni) e il 3° (aumento della domanda). Esso è all'origine della pressione di produttori di tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, diagnostica) e di erogatori di prestazioni, i cui interessi finanziari oggi non coincidono con le soluzioni maggiormente costo-efficaci per il Servizio Sanitario Nazionale/SSN e per la Società, e non sono allineati alla Salute, ma addirittura in parziale conflitto con essa.

La loro pressione sta alla base della medicalizzazione di problemi che si potrebbero gestire in modo diverso, del consumismo sanitario, del *disease mongering*, della continua forzatura/offerta di screening non raccomandati e check-up (e connessa sovradiagnosi), di soglie sempre più basse per definire malattie e rischi di malattia, di nuove tecnologie più costose (mentre una funzione di una parte delle nuove tecnologie potrebbe anche essere quella di ridurre i costi), di un diffuso abuso tecnologico.

Questo contributo si focalizzerà sull'analisi critica di uno dei temi all'ordine del giorno del dibattito nazionale: la richiesta, da più parti, di potenziare il cosiddetto 2° pilastro del SSN (Sanità cosiddetta integrativa, d'ora in poi espressa in sintesi con la sigla FS, che include: Fondi sanitari, Casse mutue, Società di mutuo soccorso, previdenze sanitarie garantite dai datori di lavoro) e del 3° pilastro (Assicurazioni Sanitarie commerciali).

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

I problemi nell'accesso ad ampi settori di assistenza sanitaria (liste di attesa, ticket elevati, prestazioni non garantite, a partire da quelle odontoiatriche e da cure domiciliari), sono oggettivi e seri, anche se spesso drammatizzati dai media, per fini diversi da quelli dichiarati. Tali problemi hanno contribuito negli ultimi anni a far emergere anche in Italia accanto al SSN un "sistema sanitario privato". Questo comprende un gran numero di portatori di interesse in funzione di terzi paganti di servizi/prestazioni fruite da cittadini "assicurati", in cambio di risorse finanziarie versate dagli stessi o da datori di lavoro.

La crescita di questo "sistema aggiuntivo" è stata favorita da nuove normative e incentivi fiscali, aggiunti a quelli tradizionali degli oneri deducibili e delle detrazioni fiscali. E la

sanità (impropriamente detta) integrativa è stata presentata a lungo come valida risposta strutturale alla crisi di sostenibilità del SSN. Lo hanno sostenuto portatori d'interesse/operatori del settore, ma anche fonti governative, forze politiche, media, organizzazioni sindacali, anche mediche, e di datori di lavoro.

La tendenza in atto è stata finora una progressiva e voluta estensione della sanità integrativa ai lavoratori dipendenti privati e pubblici.

Dal punto di vista delle coperture assicurative, si identificano coperture private (1):

- sostitutive o duplicative, di servizi/prestazioni previsti anche dalla copertura pubblica,
- integrative o complementari, per servizi/prestazioni non previsti dalla copertura pubblica/non inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza o LEA,
- aggiuntive, per quote residuali di costi (ticket) o di spesa (ad esempio prestazioni di contorno, come camere a pagamento) che resterebbero a carico degli utilizzatori. Anche se la diffusa applicazione di tetti, franchigie e altre compartecipazioni mantiene comunque qualche quota di spesa a carico dell'assistito.

Dal punto di vista della natura si distinguono (1):

- imprese (profit/commerciali) di assicurazione, con le prime 5 che nel 2016 hanno incassato quasi l'80% dei premi, su un totale di ~2,35 miliardi di Euro,
- settore "no profit"/non commerciale, dove prevalgono i FS cosiddetti "integrativi", anche se le prestazioni sono soprattutto sostitutive/duplicative di quelle del SSN.

In questi FS i contributi del datore di lavoro o del lavoratore non concorrono a formare il reddito imponibile fino al limite complessivo di 3.615,20 Euro. Nel 2015 erano 305 i FS iscritti all'Anagrafe del Ministero della Salute, dei quali solo 8 sono cosiddetti fondi "doc", cioè tenuti a erogare solo prestazioni non comprese nei LEA.

Anche per il settore non profit le risorse gestite hanno superato nel 2016 i 2,4 miliardi di Euro.

Si noti che una quota dei ricavi di vari FS ("non profit") è a sua volta destinata a "riassicurazioni" con imprese di assicurazione anche internazionali, per garantirsi più ampie coperture.

- welfare aziendale, che include le varie forme in cui i datori di lavoro possono offrire a dipendenti e familiari beni e servizi, che includono anche l'assistenza sanitaria. La Legge ha previsto maggiori benefici fiscali per questo welfare (gli incentivi della Legge di Stabilità 2016, estesi dalla Legge di Bilancio 2017, permettono oggi di trasformare i premi di risultato anche in contribuzione a forme di sanità integrativa senza imposte entro il limite di 3.000 euro/anno, aumentati a 4.000 se c'è coinvolgimento paritetico dei lavoratori, sino a 80.000 euro di reddito lordo). L'insieme delle risorse afferenti al welfare aziendale è meno definibile rispetto ai due settori precedenti.

Nei costi di questo "sistema" privato aggiuntivo al SSN vanno incluse anche altre Società: ad esempio "di gestione", che non offrono contratti o polizze di assistenza, ma contattano

assistiti, erogatori od operano nella promozione, offrendo alle aziende quanto serve per iniziative di welfare, senza che esse si debbano impegnare in ambiti estranei alle proprie competenze.

Si stima che gli assicurati/assistibili di queste variegata offerte di prestazioni/servizi fossero nel 2015 11 milioni: oltre 9 milioni assistiti da FS, quasi 2 milioni con assicurazioni commerciali, per un totale che supera il 15% della popolazione italiana, con una stima che nel 2017 si avvicina a 14 milioni complessivi (1).

Questi sono però concentrati soprattutto al Nord (oltre il 20% della popolazione nel 2015), seguito dal Centro (~16%), meno nelle Isole (~9%) e al Sud (6,5%).

Sono soprattutto soggetti in età lavorativa, 25-64 anni, in particolare occupati, arrivando al 50% tra imprenditori, dirigenti e professionisti, ma solo al 15% tra operai e assimilati. Inoltre le coperture prevalgono negli strati sociali di istruzione più elevata: ~30% tra i laureati, 20% tra diplomati, ma solo 6% tra chi ha licenza elementare o non ha titoli di studio.

Altri indicatori di scarsa equità sono i comportamenti più salutari di chi aderisce a FS/Assicurazioni: sono soggetti che svolgono più frequentemente esercizio/attività sportiva, controllano con regolarità il proprio peso, utilizzano con moderazione sale, consumano quantità minori di alcol, e in maggior percentuale dichiarano uno stato di buona salute². Non si ritiene affatto necessario ricorrere a FS, e ancor meno alle Assicurazioni, per garantire la sostenibilità del SSN, pur riconoscendo che il fenomeno ha già assunto dimensioni imponenti da cui è difficile prescindere. Si conviene sulla necessità di una forte azione di governo, ma in direzione ben diversa da quella che si è a lungo profilata. Il dissenso rispetto a ulteriori espansioni di FS e Assicurazioni (con sussidi statali) e di quanto, in modo improprio, è stato definito 2° e 3° pilastro del SSN, ricalca alcune osservazioni critiche già formulate al 1° Rapporto GIMBE (2-3). Si sintetizzano alcuni motivi di dissenso, per altro ampiamente superati e ricomposti nei contenuti del 3° Rapporto GIMBE (4).

1) Problemi di equità

Oggi usufruiscono di FS e Assicurazioni sanitarie/AS ~14 milioni di italiani, imprenditori/professionisti/dirigenti/lavoratori stabili e loro familiari, con sostanziosi benefici fiscali sussidiati anche con le tasse dei 46 milioni di italiani che non ne usufruiscono, tra cui sono molto più rappresentati gruppi sociali svantaggiati (senza lavoro/lavoratori precari/con minor livello di istruzione, di aziende più piccole, più dislocate al Sud). Così i FS generano una “doppia” disegualianza nei diritti, permettendo ad alcuni non solo di

2. In ampia misura le informazioni sopra riportate sono liberamente tratte dal Rapporto “La previdenza sanitaria integrativa”, elaborato dal Prof. Aldo Piperno su richiesta dell’OMCeO della Provincia di Roma, che si ringrazia e cui si rimanda per approfondimenti.

accedere a più prestazioni, ma anche di scaricarne parte del costo su chi non può accedervi. Anzi, una “tripla” disuguaglianza, in quanto la deduzione, utilizzata in Italia, avvantaggia in modo più consistente i lavoratori più ricchi, perché il suo valore aumenta all’aumentare dell’aliquota marginale (5). L’iniquità accentua anche le differenze regionali nell’accesso alle cure.

“Con le mutue gli interessi dei più forti sono costruiti a discapito dei più deboli (chi le mutue non può farsele e a cui resta una sanità pubblica residuale), esse sono per definizioni ingiuste” (6).

A tutti coloro che si oppongono a ulteriori tagli al finanziamento SSN, si suggerisce (6-7) di chiedere di tagliare invece gli sgravi fiscali ai FS, destinando il gettito corrispondente al rifinanziamento del Fondo Sanitario Nazionale. Non è realistico pensare di poter sostenere l’uno e gli altri.

2) Problemi di efficienza

Gli apparati dei 305 FS censiti devono gestire milioni di transazioni duplicate e ulteriori oltre a quelle del SSN con una miriade di organizzazioni e con i professionisti sanitari, con i costi di transazione connessi, improduttivi in salute, che anzi sottraggono una quantità di tempo (costo/opportunità) ai professionisti sanitari. Si pensi solo alla necessità, con ciascun FS, di negoziare, stipulare e rinnovare contratti, documentare le prestazioni eseguite, tener conto di specifici regolamenti e disposizioni, sottoporsi a specifici controlli...

Uno dei motivi per cui la spesa sanitaria pro-capite USA è di gran lunga la più alta del mondo è la frammentazione di quel sistema in una miriade di Erogatori di prestazioni e di Assicurazioni sanitarie, con conseguenti costi esorbitanti delle attività amministrative connesse (8-9).

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

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

Tra cento esempi concreti, si riporta quello comparso su Quotidiano Sanità (10) sul “Fondo sanitario integrativo metalmeccanici”. La voce “nomenclatore sani-impresa” elenca le prestazioni offerte dal FS, in sintesi:

- ricoveri in istituti di cura per grandi interventi chirurgici
- ricoveri per interventi chirurgici diversi dal grande intervento
- day hospital chirurgico
- parto cesareo
- pancolonscopia ed esofagogastroduodenoscopia

- ospedalizzazione domiciliare
- prestazioni di alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket
- trattamenti fisioterapici riabilitativi
- prestazioni odontoiatriche
- cure oncologiche
- prestazioni diagnostiche particolari
- prestazioni per non autosufficienti
- prestazioni cardiologiche
- genomica: test genetici.

In realtà, nella maggior parte dei casi non si tratta certo di “prestazioni integrative”. Questo è un “pacchetto medio”; le vere prestazioni integrative sono minoritarie (odontoiatria, non autosufficienza) e dunque lo scopo del FS, come si evince, è sostituire la sanità pubblica, tutte le prestazioni chirurgiche, l'intera specialistica, la diagnostica, fino alla genomica” (10).

L'applicazione della normativa e un elementare principio di equità richiederebbero di ridimensionare in modo drastico o meglio di eliminare i privilegi fiscali, anziché pensare di estenderli anche ad altri FS e alle Assicurazioni (come rischiano di comportare proposte di un pilastro unico di sanità, impropriamente chiamato ancora integrativo).

4) I Fondi diventano induttori di prestazioni

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

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

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

La Figura 1 riporta un esempio concreto, tratto dall'offerta di un FS (3). Lo stralcio

ripreso (con chiose comparative) è già eloquente: il FS usa il vocabolo “prevenzione”, ma si riferisce solo alla diagnosi precoce, senza esser sfiorato dal dubbio che si tratti di cose diverse. Nell’ambito degli esami gratuiti si rilevano grossolane forzature delle prove di efficacia e dei rapporti rischi-benefici e costo-efficacia. Inoltre si scotomizza un’equilibrata comunicazione dei rischi, non solo dei pretesi benefici di tali frequenze di screening o delle esecuzioni di esami a prescindere da necessità cliniche stabilite dal curante.

Fig. 1 - Esempio di offerta “preventiva” di un Fondo Sanitario (con chiose)

A chi è rivolta	Quando	Quale esame	n. di esami nel corso di una vita secondo la frequenza proposta dal FS	n. di esami nel corso di una vita con rapporto favorevole rischi-efficacia (o secondo giudizio clinico del curante)
donne \geq 40 anni	ogni anno	Mammografia bilaterale	\geq 45	\geq 13
donne \geq 40 anni	ogni anno	Pap test	\geq 45	\geq 14
donne / uomini \geq 50 anni	ogni anno	Ricerca sangue occulto feci (SOF-FOBT) tre dosaggi	\geq 35X3	\geq 13
uomini \geq 45 anni	ogni anno	PSA	\geq 36	$0 \geq 1$
uomini \geq 45 anni	ogni anno	Ecografia transrettale	\geq 36	$0 \geq 1$
donne / uomini \geq 50 anni	1 volta nel periodo 1/1/16_31/12/17	Visita cardiologica + ECG	\geq 16	$0 - > 1$
donne / uomini \geq 50 anni	1 volta nel periodo 1/1/16_31/12/17	Ecografia dei tronchi sovraortici	\geq 16	$0 - > 1$
donne / uomini \geq 50 anni	1 volta nel periodo 1/1/16_31/12/17	OCT Tomografia coerenza ottica+ Pachimetria corneale computerizzata (VCP) + consegna referto da parte dell’oculista	\geq 16	$0 \geq 1$

Una prova indiretta del verosimile ruolo di induzione di prestazioni (e spesa) dei FS si ha esaminando la spesa sanitaria pro-capite dei paesi di Europa occidentale e Nord America (11), espressa in PPP\$ (parità di potere di acquisto delle monete, che rende i dati subito comparabili). L’esame dei dati ufficiali, cui si rimanda, mostra che, come spesa sanitaria totale

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

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

In effetti, che i Paesi ricchi di FS abbiano spesa sanitaria maggiore, sia come spesa totale, sia in % del PIL, non dovrebbe stupire, perché i FS nascono proprio per attrarre nuovi finanziamenti, dunque per aumentare la spesa sanitaria totale, asserendo di dare in tal

modo “sollievo” alla spesa sanitaria pubblica. In realtà l’obiettivo non esplicitato di produttori ed erogatori pare piuttosto quello di non fare i conti con la necessità di ridurre propri prodotti/prestazioni di low value [o addirittura no-value], poiché per entrambe le categorie tale riduzione significherebbe perdita dei connessi ricavi.

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

Ne danno però conferma i confronti, ad esempio, della spesa sanitaria pubblica pro-capite (2).

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 (e di no-value) cui i FS nel complesso concorrono, che influenza anche l’erogazione nel contesto pubblico (indotta da professionisti con doppia afferenza) e la spesa relativa, almeno nel lungo periodo.

Anche i beneficiari dei FS sono meno portati a selezionare le prestazioni di cui usufruire da privati, non dovendone sopportare il costo di volta in volta (spesso non ne acquistano neppure consapevolezza), poiché il costo è ricompreso nella quota annua che pagano al FS. Anzi, dato che hanno pagato tale quota, possono tendere a sfruttare al massimo l’accesso alle prestazioni cui può dar diritto, anche oltre la necessità percepita delle stesse (un atteggiamento ben diverso da quello che accompagna la spesa out-of-pocket, a diretto carico del cittadino), data la spesso errata ma diffusa convinzione che “più prestazioni sanitarie ricevute = più tutela della salute”.

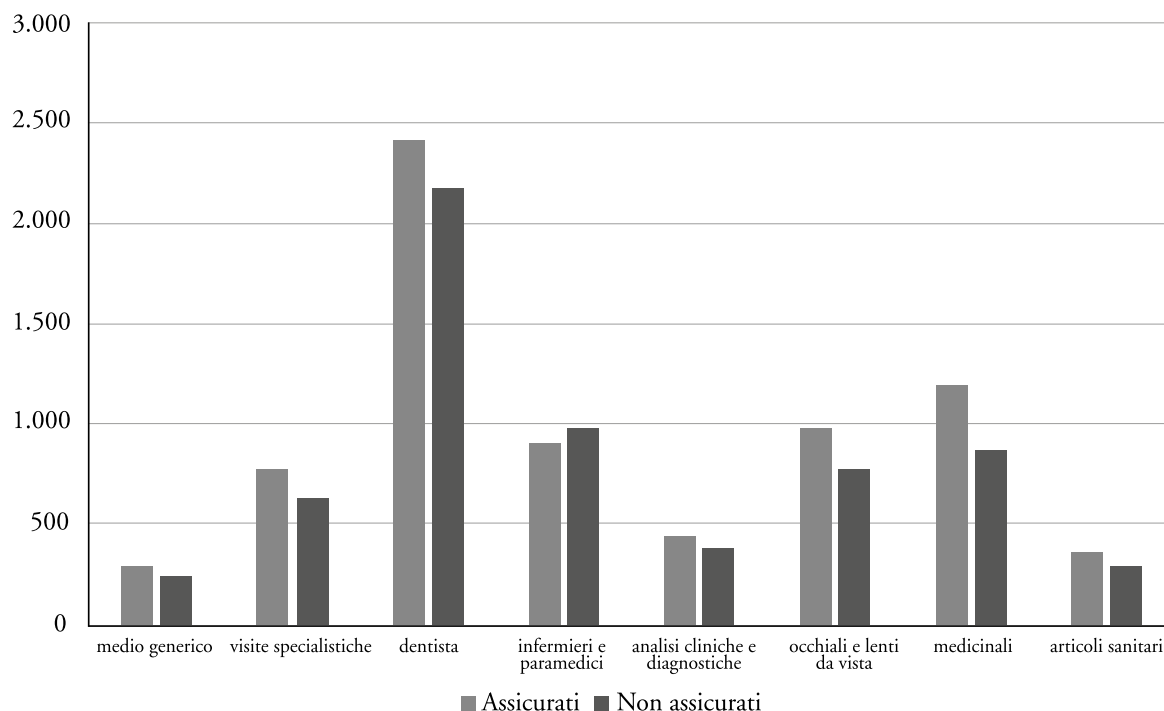
In effetti, anche per l’Italia ci sono prove robuste che la presenza di FS aumenti tutte le componenti della spesa: totale, pubblica, e privata (1).

L’indagine Istat sulle spese delle famiglie (12), in Tab. 1 dimostra (1) che l’effetto assicurazione sul consumo di prestazioni fa aumentare il numero delle famiglie consumatrici per tutte le voci di spesa, peraltro in misura molto più elevata per alcune prestazioni specialistiche (46,6% di visite specialistiche degli assicurati rispetto al 25,9% dei non assicurati). Anche la spesa media per le singole voci di spesa (medico di famiglia, visite specialistiche, dentista, analisi cliniche e diagnostica, occhiali e lenti da vista, medicinali, articoli sanitari) è sempre più alta tra gli assicurati che tra i non assicurati, con un’unica marginale inversione per la voce infermieri/paramedici.

Dunque l’effetto di FS e Assicurazioni è aumentare i consumi e la spesa sanitaria complessiva, il che non dovrebbe stupire, dato che nascono proprio per convogliare più risorse verso la Sanità. Bisogna però rendersi conto del fatto che, se la ricchezza del paese non cresce e di conseguenza non aumenta il totale delle risorse disponibili, lo spostamento di risorse verso la Sanità avviene anche a danno di altri settori di spesa (con meno risorse

per istruzione, politiche per la casa, assistenza sociale, infrastrutture, sicurezza, tutela dell'ambiente, riduzione della povertà, sviluppo comunitario (1).

Tab. 1 - Spesa media degli assicurati e dei non assicurati secondo la voce di spesa, anno 2015 (12)



L'aumento di spesa sanitaria che consegue all'introduzione di FS e Assicurazioni è confermato da una quantità di ricerche (13-19). Di grande interesse è il caso dell'Australia (20), che documenta che ridurre i sussidi (oneri deducibili e detrazioni) di cui beneficiano le forme di assicurazione privata genera risparmi netti di costi, perché il costo delle cure destinate a chi abbandona FS/Assicurazioni private (se vengono meno sussidiate) trasferendosi nell'assistenza pubblica risulta minore del costo dei sussidi stessi.

Quesito cruciale: la spesa privata intermediata (pagata in modo indiretto, tramite intermediari/terzi paganti diversi dal SSN) è **vantaggiosa rispetto alla spesa out-of-pocket** (a diretto carico del cittadino)? E in particolare è vantaggiosa **per chi?**

Non c'è dubbio che la spesa intermediata sia vantaggiosa per gli intermediari, cioè per i gestori (Consigli di Amministrazione e Direttori) e gli apparati di FS e Assicurazioni sanitarie, che in effetti la promuovono con incessanti azioni di marketing.

Invece, per i beneficiari dei FS/Assicurazioni tale spesa potrebbe essere vantaggiosa solo in rare condizioni: quando cioè consentisse l'accesso a prestazioni di alto valore difficili

da ottenere in tempi appropriati dal SSN, offerte dai FS (grazie a economie di scala) a prezzi più abbordabili rispetto all'acquisto privato estemporaneo. Oppure nel caso di prestazioni che fossero al tempo stesso di alto value ma non incluse nei LEA.

Queste condizioni già oggi non sono affatto frequenti, perché la maggior parte delle prestazioni dei FS è di basso value (talora di value negativo, cioè con effetto netto in media sfavorevole). Ciò riguarda anche prestazioni importanti, per le quali però un tempo d'attesa maggiore non ha conseguenze in termini di salute e non ne avrebbe in termini di ansia, se fosse efficace la comunicazione medica sulla specifica irrilevanza del tempo di esecuzione ai fini del risultato in salute^a.

L'attesa potrebbe essere accettata senza grossi problemi dagli assistiti se il medico desse spiegazioni convincenti in tutti i casi in cui l'attesa prevista non comporta differenze in salute, tanto che il curante stesso non ha ritenuto di usare i codici di priorità (U=urgente, che dà diritto alla prestazione entro 72 ore; B=breve, entro 10 gg; D=differibile, entro 30 gg per visite, entro 60 gg per prestazioni strumentali, previsti dal Piano Nazionale di Governo Liste di Attesa/PNGLA 2010-2012).

Vantaggi per gli iscritti a FS, addirittura, non ci sarebbero mai se si arrivasse a riservare al secondo pilastro solo le prestazioni di basso value^b in tal caso, accedere a grandi quantità di tali prestazioni costituirebbe un vantaggio irrilevante per la salute perché si tratta di prestazioni che non fanno differenze in salute, e spesso sono connotate da sostanziale futilità, ma comunque oneroso, non fosse altro che in termini di "tempo di vita consumato" dagli assistiti stessi, per accedere e ricevere prestazioni di valore irrilevante.

Anche i dati sui paesi che ha più senso confrontare all'Italia confermano che la spesa intermediata, oltre ad associarsi con una spesa totale e pubblica sempre maggiori di quella italiana, non si associano neppure a diminuzione della spesa privata complessiva. Anzi, in alcuni paesi questa è ben più alta, in altri è in linea con quella italiana. Ciò è ben diverso da quanto ripete sui media in modo indefesso chi vorrebbe promuovere queste intermediazioni.

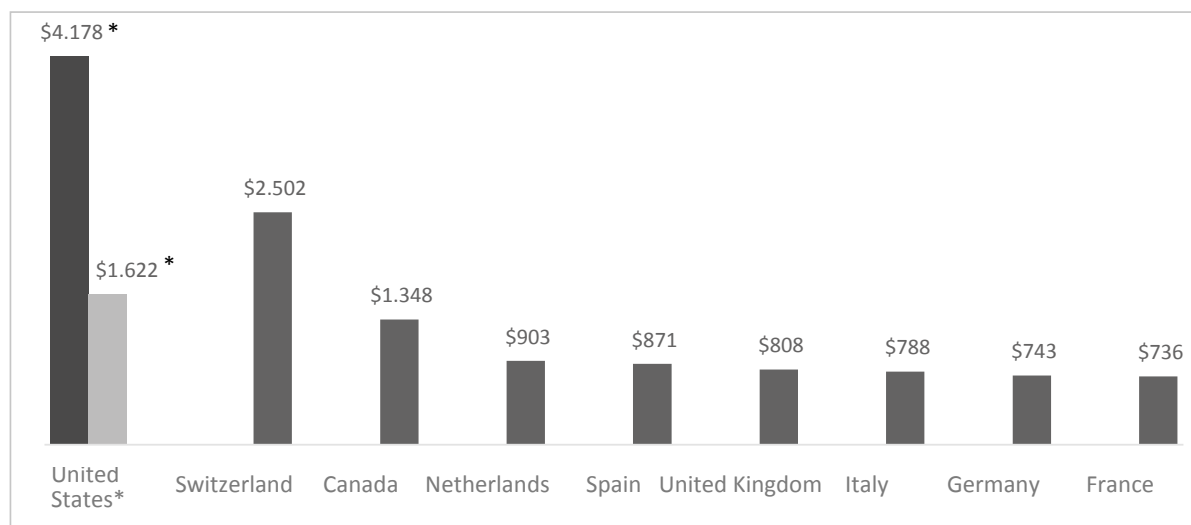
La Tabella 2 (11) correttamente somma le due componenti della spesa privata, e documenta che la spesa privata totale italiana procapite è inferiore o comunque in linea con i maggiori paesi europei e americani.

Si potrebbe persino sostenere che in Italia uno sviluppo relativamente minore della spesa privata intermediata abbia costituito uno dei fattori di contenimento della spesa privata totale.

Di fronte a continue uscite pubbliche di Censis-RBM, non supportate da un'appropriata lettura dei dati (21-23), volte ad accreditare un presunto "Boom della spesa privata italiana", occorre attingere a informazioni basate sui dati ufficiali.

^{a b} vedi note a fondo testo

Tab. 2 - Spesa sanitaria privata pro capite 2017, a prezzi costanti, in \$ PPP



* i dati OECD si riferiscono al 2017, salvo per gli USA, dove le barre riportano i dati 2014 e 2016, rilevati con criteri differenti. Si è riportata anche la Svizzera, per il sistema sanitario più simile a quello USA.

Il messaggio di un forte aumento assoluto della spesa sanitaria privata italiana è infondato, perché non tiene conto del potere d'acquisto delle monete (che varia nel tempo), come invece correttamente fanno le istituzioni nazionali e internazionali che pubblicano dati corretti in PPP\$ (dunque parificati per i diversi poteri d'acquisto) e corretti per l'inflazione, con un anno di riferimento.

I dati ufficiali comparativi della spesa privata complessiva di tutti i paesi OCSE dal 2000 al 2017 mostrano un incremento di spesa privata italiano (+7,4%) di gran lunga inferiore alla media. La situazione è un po' meno favorevole negli ultimi anni, proprio in associazione con l'aumento in Italia della pressione consumistica, che FS e Assicurazioni sono in prima fila ad alimentare.

Si ripete che non è corretto concentrare l'attenzione solo sulla spesa privata out-of-pocket, ma va calcolata la spesa privata pro-capite complessiva, cioè out-of-pocket + spesa privata intermediata, che transita attraverso FS o Assicurazioni commerciali. Ciò è perfettamente razionale: infatti, perché mai i cittadini italiani, se correttamente informati, dovrebbero esser contenti di ridurre la propria spesa out-of-pocket per aumentare (in misura in proporzione maggiore!) la propria spesa privata affidata a intermediari, se alla fine si ritrovano con una spesa privata totale maggiore in assoluto?

Se si esaminano i dati OECD/OCSE, che correttamente standardizza i prezzi, rendendo così subito confrontabile gli anni e i paesi fra loro, si nota che:

- 1) in Italia non c'è stato alcun aumento reale di spesa sanitaria pro-capite privata nel periodo 2000-2008, anzi questa è diminuita;
- 2) l'aumento pro-capite nel successivo periodo dal 2009 al 2017 è stato del 17%, ma in

cifra assoluta la spesa privata complessiva italiana 2017 resta inferiore o in linea con quella dei grandi paesi Europei con cui si usa confrontarla, per non parlare della spesa privata molto più elevata di Canada e USA;

- 3) l'aumento pro-capite della spesa privata italiana complessiva in tutto l'arco temporale 2000-2017 è modesto all'interno dei paesi OCSE;
- 4) solo dal 2014 si registrano modici aumenti annuali.

Dunque, di quale allarme (procurato?), di quale inarrestabile aumento si sta parlando? Certo, la situazione tende un poco a peggiorare, ma non certo perché si starebbe tardando a dare ulteriori (!) benefici fiscali ai FS (che erogano ben poco di integrativo al SSN), al Welfare sanitario aziendale e alle Assicurazioni. È proprio il contrario: la spesa privata complessiva rischia di aumentare davvero anche a causa dei problemi generati dai cosiddetti 2° e 3° Pilastro.

Inoltre, il Rapporto GIMBE (4) ha fatto notare che i dichiarati 40 miliardi di Euro di spesa privata sono sovrastimati, perché includono anche:

- oltre 3 miliardi di detrazioni IRPEF (che alla fine dei conti non sono una spesa),
- 1,3 miliardi di spesa out-of-pocket per farmaci di classe A, cui i cittadini non sarebbero tenuti, in base alle regole SSN, e che sarebbero liberi di non sostenere,
- ~1 miliardo di differenziale pagato da cittadini non informati o mal informati, per avere farmaci di marca anziché scegliere gli equivalenti disponibili.

In tal modo la spesa privata out-of-pocket scende nella sostanza.

Senza contare:

- la spesa per integratori ecc. cioè per prodotti di efficacia non dimostrata, che ciascuno, purché informato in modo completo, resterebbe certo libero di assumere, ma che è giusto paghi di tasca propria
- l'induzione pubblicitaria incontrastata di consumi di farmaci non soggetti a prescrizione. Si potrebbero fare decine di esempi (24): dai prodotti "contro il raffreddore", all'abuso di quelli antitosse o antifebbre (anche quando la febbre è sopportabile e utile come difesa dai germi patogeni), agli inibitori della pompa protonica, anche per disturbi lievi/motivi futili, senza informare dei rischi di dipendenza e di effetti avversi anche gravi che questo uso disinvolto può indurre in consumatori ignari, e tantissimo altro (24).

In effetti, se ci si fermasse a riflettere, senza accettare supinamente quanto molti media continuano a ripetere, non dovrebbe stupire che l'intermediazione di FS e Assicurazioni aumenti anche la spesa privata. Infatti nel ramo malattia le spese che non si traducono in prestazioni sono parte importante di quanto versato dagli assicurati, più dei corrispondenti costi SSN (25). A questi costi va aggiunta l'azione di induzione di consumi non necessari esercitata dagli stessi terzi paganti privati, che può costituire un importante fattore di lievitazione della spesa sanitaria nel medio periodo. Ciò non è immediatamente intuitivo, e meriterebbe una trattazione più ampia, ma intanto va onestamente constatato.

Conclusioni generali

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

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

- 1) iniquità per le agevolazioni fiscali concesse/pretese per chi vi accede, a scapito degli altri contribuenti. E tali agevolazioni, con il connesso minor gettito, contribuiscono di fatto a definanziare il SSN;
- 2) induzione di consumismo sanitario, poiché non coprono solo servizi alberghieri/trasferte;
- 3) e le (poche) prestazioni integrative efficaci, ma anche prestazioni di efficacia non provata né probabile, che il SSN ha buoni motivi per non offrire, ma non osa scoraggiare in modo aperto;
- 4) paradossale aumento della spesa sanitaria pubblica, oltre che di (voluto) aumento della spesa sanitaria totale; e ancor più paradossale aumento della stessa spesa sanitaria privata complessiva (out-of-pocket + intermediata);
- 5) lungi dal dar sollievo, in base ai dati disponibili, i FS rendono ancor più precaria la sostenibilità di un SSN, anche perché, con la crescente offerta di prestazioni sostitutive, preludono a fuoriuscite dal SSN di chi versa più contributi, in proporzione costa meno, e ha anche più strumenti per far valere giusti diritti e stimolare a correggere eventuali disfunzioni (con più costi/meno risorse e protezione per chi resta).

La libertà di associarsi per ottenere vantaggi è legittima, ma Stato, Regioni e ASL:

- non dovrebbero accettare, né tanto meno incentivare iniquità o consumismo,
- se entrano nella gestione di FS (soluzione che potrebbe essere migliore, rispetto ad alternative), dovrebbero limitarsi solo a prestazioni davvero e solo integrative, di cui una valutazione di merito seria e indipendente confermi l'efficacia (almeno probabile), ancorché non/non ancora inserite nei LEA, evitando di offrire servizi e prestazioni futili o di efficacia improbabile,
- dovrebbero reindirizzare le ingenti risorse fiscali consumate già oggi (e ancor più nel prossimo futuro, con i rinnovi contrattuali) per incentivare i FS e le componenti sanitarie del Welfare Aziendale verso un rifinanziamento del SSN, con attenzione particolare ai problemi percepiti come più gravi dai cittadini: garantire più assistenza odontoiatrica e domiciliare, l'attività fisica adattata, eliminare il superticket, incentivare la riduzione delle liste d'attesa per prestazioni efficaci e appropriate. E insieme disincentivare con energia prestazioni di efficacia implausibile, di basso valore o potenzialmente iatrogene, che "gonfiano" in modo improprio molte liste d'attesa,

- per gli interessi di alcuni erogatori e produttori,
- dovrebbero promuovere educazione sanitaria valida e indipendente nonché empowerment,
 - supporti/benefit per render facili comportamenti e scelte salutari, favorendo l'attività fisica, la disassuefazione dal fumo sul luogo di lavoro, la disponibilità di cibi salutari nei distributori automatici e nei bar/ristorazioni aziendali, anziché concepire il Welfare aziendale come accesso facilitato a screening e diagnostica/prestazioni sanitarie di basso value.

Serve comunque ricordare ai lavoratori un aspetto di cui c'è poca consapevolezza: quanto versato ai FS non è solo una minor entrata per le casse pubbliche, ma non conta ai fini della pensione e del TFR di ciascun lavoratore (25).

Conclusioni “specifiche” per i medici

Come fermare questo assalto (mortale) al SSN?

Certo, portando a conoscenza di questi fatti i cittadini, che saranno (e già sono!) le prime vittime di questa operazione. Le leve da utilizzare per i ceti medi, più che appelli all'equità (percepiti come sottrazione di benefici a chi ne ha), dovrebbero far comprendere cosa hanno essi stessi da perdere con i FS, i quali:

- finiscono per aumentare i costi sanitari (e di tempo di vita) anche per loro, oltre a comportare ricadute sul monte dei versamenti contributivi, con riduzioni a carico di pensioni e TFR
- aumentando prestazioni senza rilievo per la salute, ma comunque non prive di rischi come la maggior parte degli atti sanitari, comportano rischi iatrogeni aggiuntivi per la sicurezza.

Evitando al tempo stesso di aver contro i medici, che oggi sembrano piuttosto a favore dei FS, visti come possibilità di recuperare l'erosione del proprio reddito.

Urge un confronto con i medici per evidenziare cosa anche essi hanno in concreto da perdere, con la proliferazione di FS, facendo leva su etica, qualità di vita e lavoro, e retribuzioni nel medio-lungo periodo.

Infatti verrà loro meno:

- integrità professionale, venendo meno alla propria missione, di fare l'interesse di salute degli assistiti che si sono affidati a loro, e quello generale del SSN che dicono di voler difendere e della comunità, in cambio di benefici effimeri,
- qualità di vita e di lavoro, stressati da adempimenti senza valore aggiunto e sommersi da contratti, fatture, rendicontazioni, burocrazia, anche *paperless*,
- alla fine dei giochi perderanno anche entrate e guadagno, perché anche le risorse aggiuntive che l'abbaglio dei FS riuscirà a sottrarre alla Società avranno un limite, e i soli a trarre profitto saranno i «nuovi commensali» dell'intermediazione amministrativa, a spese di risorse che avrebbero potuto arrivare ai sanitari, usate per cure efficaci!

a

Che dire infine dell'allarme "12,2 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a curarsi", tratto dall'indagine 2017 Censis-RBM salute rilanciata dai media (22)?

Qualificati epidemiologi italiani (26), con riferimento a fonti di dati affidabili, hanno dimostrato che quelle stime non sono corrette. Si riporta una sintesi delle loro osservazioni.

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

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

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

I conti del Censis comunque non tornano. Infatti l'indagine afferma che "Più di un italiano su quattro non sa come far fronte alle spese necessarie per curarsi e subisce danni economici per pagare di tasca propria le spese sanitarie". Dunque per il Censis più del 25% degli italiani sarebbe in difficoltà. L'indagine ripresentata nel 2018, sempre con sponsor RBM, arriva persino a sostenere che nell'ultimo anno 7 milioni di italiani "si sarebbero indebitati" per pagare spese per la salute e 2,8 milioni "avrebbero dovuto usare" il ricavato della vendita di una casa o svincolare risparmi.

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

Siamo comunque ben lontani dal 25% del Censis.

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

Rispetto al 2014 i dati ISTAT (12) mostrano un numero minore di rinunce totali, ma più rinunce per motivi economici. La vera differenza si osserva nei disoccupati, con percentuali di rinunce più che doppie rispetto alla popolazione generale, e una situazione che si aggrava negli anni.

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

Riassumendo

1. Il SSN, nonostante i problemi, è stato strumento essenziale di resilienza alla crisi. In media non vi è stato aumento di rinuncia alle prestazioni.
2. Ci sono differenze tra paesi, ma l'Italia non è distante dalla media europea.
3. Rinuncia alle prestazioni non significa rinuncia alle cure; in pratica in Italia nessuno rinuncia

integralmente alle cure.

4. La situazione della sanità del Sud è critica, e riguarda soprattutto poveri e disoccupati che forse non usufruiscono ancora di esenzioni ticket.
5. Favorire lo sviluppo del secondo pilastro avvantaggia i ricchi. Chi sostiene i fondi privati di fatto sostitutivi favorisce il futuro diffondersi di gravi ineguaglianze sociali e di situazioni sanitarie preoccupanti, non solo per i più deprivati.

b

In questa proposta c'è ancora una contraddizione:

- da un lato l'invito condivisibile a disinvestire da interventi sanitari sovrautilizzati di low value (definiti inefficaci, rischiosi, inappropriati) o di value incerto (con benefici non noti), per riallocare risorse in investimenti 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.

Purtroppo i FS cosiddetti integrativi, così come non si sono accontentati di offrire solo le poche prestazioni davvero integrative e potenzialmente efficaci (tipo assistenza odontoiatrica e domiciliare), allo stesso modo non accetterebbero certo passivamente di lasciarsi definire "venditori di prestazioni futili", che etichettate in tal modo non troverebbero molti acquirenti.

Invece FS e Assicurazioni sanitarie sono e saranno infaticabili nel proclamare il "value" del più ampio portafoglio della propria offerta, dato che ne va della loro possibilità di sopravvivere e prosperare. Dunque contrasteranno in ogni modo chi vorrebbe sminuire il value delle prestazioni che offrono, dando a intendere che lo faccia "solo per questione di costi".

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

BIBLIOGRAFIA

1. Piperno A. La previdenza sanitaria integrativa configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy. Rapporto commissionato da OMCeO Roma, Agg. a giugno 2017.
2. Donzelli A, Sutti M, Caimi V et al. Sostenibilità del SSN e fondi sanitari integrativi. *Salute Internazionale* 20, Ottobre 2016.
3. Donzelli A, Caimi V, Mola E et al. Ssn verso mutue e assicurazioni? Non è detto e in ogni caso ecco cosa fare per impedirlo. *Quotidiano Sanità* 30 Marzo 2017.
4. GIMBE. 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Roma, 5 giugno 2018.
5. Granaglia E. Il welfare aziendale e la sanità complementare. Alcuni costi nascosti. *Italian J Social Policy/La Rivista delle Politiche Sociali*, 2017;1.
6. Cavicchi I. Le “nuove” mutue e quella “triste” nostalgia del Parastato. *Quotidiano Sanità* 2 Maggio 2017.
7. Cavicchi I. Rischio mutue. Io e Fassari siamo amici da 40 anni. Questo non vuol dire che siamo sempre d'accordo. *Quotidiano Sanità* 10 Aprile 2017.
8. Himmelstein DU, Jun M, Busse R et al. A Comparison of Hospital Administrative Costs in Eight Nations: U.S. Costs Exceed All Others by Far. *Health Affairs* 2014; 33:1586-94.
9. 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; 166:587-88.
10. Cavicchi I. Ancora sul welfare aziendale. *Quotidiano Sanità* 20 aprile 2017.
11. OECD. Health expenditure and financing. Voluntary schemes/household out-of-pocket payments. *OECD Health Statistics 2018*: Parigi.
12. <http://siqua.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=5000170&refresh=true&language=IT>, 2017.
13. Smith R. Why the NHS shouldn't be given more funds. *BMJ Blogs*, April 18, 2018.
14. Buchmueller TC, Couffinhal A, Grignon M, Perronin M. Access to physician services: does supplemental insurance matter? Evidence from France. *Health Econ* 2004; 13: 669-87.
15. Srivastava P, Zhao X. Impact of private health insurance on the choice of public versus private hospital services. 2008, University of York, HEDG, working paper 08/17.
16. Savage E, Lu M. Do financial incentives for supplementary private health insurance reduce pressure on the public system? Evidence from Australia. *IHEA World Congress 2007: Explorations in health economics paper*.
17. Vargas M, Elhewaihi M. What is the impact of duplicate coverage on the demand for health care in Germany? 2008 working paper.
18. Astrid K. Does employment based health insurance increase the use of covered health care services? A matching estimator approach. *Int J Health Care Finance Econ* 2012; 12:1-38.
19. Cheng TC. Measuring the effects of reducing subsidies for private insurance on public expenditure for health care. *Health Econ* 2014; 33:159-79.
20. Cheng T et al. Hospital utilization in mixed public-private system: evidence from Australian hospital data. *Applied Econ* 2014; 46:859-70.
21. RBM Assicurazione Salute-Censis VIII Rapporto RBM - Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata La Salute è un Diritto. Di Tutti. Roma: RBM Salute S 2018
22. RBM Assicurazione Salute-Censis VII Rapporto RBM - Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata Il futuro del Sistema Sanitario in Italia tra universalismo , nuovi bisogni di cura e sostenibilità Roma: RBM Salute 2017
23. RBM Assicurazione Salute-Censis VI Rapporto RBM - Rapporto annuale RBM Assicurazione Salute-Censis. Servizio sanitario nazionale, sanità privata e forme sanitarie integrative Roma: RBM

- Salute 2016.
24. Donzelli A et al. Pillole di buona pratica clinica (per medici) e Pillole di educazione sanitaria (per assistiti, veicolabili dal curante). Fondazione Allineare Sanità e Salute, 2003-2018. www.fondazioneallinearesanitaesalute.org
 25. Dirindin N. È tutta salute. In difesa della sanità pubblica. Torino: Gruppo Abele, 2018.
 26. Costa G, Cislighi C, Rosano A. Quali italiani rinunciano davvero alle cure? Scienza in Rete, pubbl. 6-9-2017.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno