

Commissione Fondi Sanitari CAO Roma:

Irregolarità , problematiche e prospettive della Sanità Integrativa: una nuova via è possibile?

Il DM del 27 Ottobre 2009 ha ufficialmente istituito l'Anagrafe dei Fondi Sanitari rendendo de facto la **previdenza sanitaria per il lavoro dipendente obbligatoria e deducibile** (secondo il TUIR 91) **per aziende e lavoratori**. Da allora il numero dei Fondi Sanitari è aumentato , oggi sono 324, ed il numero degli iscritti più che triplicato (oggi sono 16,3 milioni di iscritti)

La spesa erogata dal welfare sanitario è arrivata ,dati del 2023, a 3,92 miliardi di euro. Risulta aumentato il cumulo dei premi versati ai Fondi (dati aggregati non disponibili) e di conseguenza è aumentato il costo , sostenuto dalle pubbliche finanze, per la relativa defiscalizzazione degli stessi: il valore di tali mancati introiti si attesterebbe attorno ai 850 milioni di euro.

La sanità integrativa è stata dunque organizzata e supportata economicamente dallo Stato a complemento e supplemento del SSN. Tale integrazione dovrebbe ,secondo il legislatore, privilegiare l'erogazione delle prestazioni extra-LEA (odontoiatria , assistenza domiciliare , riabilitazione fisioterapica etc) ovvero prestazioni non erogate , o erogate non completamente dal SSN. Per tali prestazioni i fondi devono erogare non meno del 20 % delle risorse.

I Fondi Sanitari Integrativi rappresentano pertanto oggi un soggetto significativo nella Sanità del paese.

I Fondi Sanitari tuttavia non si occupano in prima persona dell'erogazione dei servizi né , tranne rare eccezioni, della gestione amministrativa dei servizi stessi, ma incaricano , attraverso gare di appalto, specifiche Compagnie Assicurative Sanitarie (che definiremo nel testo d'ora in avanti CAS) per gestire il delicato rapporto tra le strutture sanitarie ,i pazienti/iscritti e le risorse dei Fondi.

Vale la pena ricordare che la sottoscrizione ad un determinato fondo sanitario non è volontaria ma obbligatoria, per legge.

Negli ultimi anni però, istituti deputati al monitoraggio(Ivass , AGCom , associazioni di consumatori e associazioni delle differenti categorie sanitarie) hanno segnalato **condotte delle Compagnie Assicurative Sanitarie (CAS) che sembrano divergere dagli obiettivi sociali chiaramente indicati nelle normative per la Sanità Integrativa** e dal quadro deontologico che tutela la salute del paziente e la sua libertà di scelta terapeutica.

Ricordiamo in tal senso la grave sanzione operata dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato nei confronti di una ben nota CAS ritenuta responsabile di diverse centinaia di casi di malasanità imputabili ad una condotta volta al pretestuoso ritardo o diniego delle prestazioni sanitarie dovute agli iscritti.

In questo ambito la Commissione Fondi Sanitari ha approfondito ed evidenziato le seguenti condotte:

- 1 In moltissimi contratti una chiara e **deliberata penalizzazione dei rimborsi indiretti** fuori "rete" ,rispetto a quelli diretti, indirizza il flusso degli iscritti verso le strutture convenzionate.
- 2 Quanto evidenziato al punto 1 diventa per le CAS **una leva monopolistica per far accettare alle strutture convenzionate dei tariffari al ribasso imposti unilateralmente.** In tal modo le CAS spingono i rimborsi e le tariffe sul limite della sostenibilità per le strutture sanitarie. I pazienti iscritti infatti privilegeranno le strutture convenzionate non in base alla qualità offerta dalle

strutture stesse, quanto alla possibilità di ottenere, presso i presidi convenzionati , i rimborsi non usufruibili presso le altre strutture in forma indiretta. I tariffari imposti unilateralmente non tengono conto infatti delle specifiche difficoltà diagnostico- terapeutiche dei casi , dei differenziali di spesa riconducibili alla qualità dei materiali caso-specifici, alla complessità delle singole prestazioni , alla localizzazione delle strutture o all'iter terapeutico scelto dal paziente.

- 3 Sempre utilizzando la leva monopolistica evidenziata al punto 1 in alcuni casi alle strutture in rete convenzionata si impone di **erogare trattamenti o visite a titolo gratuito**.
- 4 Alcune CAS indirizzano (in questi casi spesso si notano repentini e sospetti de-convenzionamenti degli altri centri precedentemente convenzionati nella stessa area di interesse!) i propri iscritti verso **strutture la cui proprietà e governance sono riconducibili agli stessi gruppi assicurativi**.
- 5 I contratti imposti dalle CAS hanno sempre più spostato l'onere della verifica delle prestazioni effettuate dai loro organici un tempo preposti a tale attività (spesso mediante visite campione) alle strutture e ai medici/odontoiatri convenzionati. Viene pertanto imposto di **creare e far circolare via rete, attraverso portali e siti gestiti spesso da personale non sanitario , una esuberante quanto non necessaria quantità di documentazioni sanitarie dei pazienti**. Tra quelle più potenzialmente **lesive della privacy** ricordiamo:gli esami radiologici ,referti istologici ,intere cartelle paziente e milioni di foto intraoperatorie (rilevate e trasmesse senza alcuna utilità sanitaria) , referti e certificazioni o dichiarazioni di procedure ; tutto ciò solo per evitare verifiche di congruità che spetterebbero invece, come era precedentemente, proprio al terzo pagante. Questo sistema che impone alla struttura sanitaria o al paziente l'onere della prova permette alla CAS di contestare o ritardare in maniera pretestuale l'erogazione dei pagamenti ed in alcuni casi delle prestazioni sanitarie stesse.
- 6 La CAS in alcuni casi impone alle strutture, pena il de-convenzionamento , speciali contratti con artificiosi **meccanismi di "payback" secondo i quali le strutture sanitarie restituiscono alla stessa CAS una quota parte, fino al 25%+IVA del fatturato**, delle singole prestazioni fatturate. Questa sistematica restituzione occulta di quanto dovuto o corrisposto alle strutture avviene sotto forma di fatture per cosiddetti "servizi " che consistono principalmente nell'indirizzare i pazienti/lavoratori verso la struttura stessa.
- 7 Alcune CAS richiedono alle strutture convenzionate importanti **quote annuali per l'utilizzo di portali o siti** finalizzati all'espletamento delle pratiche di rimborso (dunque di pertinenza dell'assicurazione)

Molte di queste condotte contrastano con la legge sull'equo compenso del 2023, altre sembrano prefigurare abusi di posizione dominante e monopolio, certe altre eludono le norme in tema di trasparenza del mercato, certamente tutte contrastano con il codice deontologico che tutela la salute dei pazienti e l'etica del rapporto medico-paziente dei quali L'Ordine dei Medici si erge da sempre a garante.

Queste posture contrattuali, a prescindere dalla legittimità delle stesse, mostrano una grave deriva del sistema integrativo sanitario.

Vittime di tale china non sono solo la salute dei lavoratori/iscritti , il loro diritto alla equa scelta del medico e l'equilibrio delle amministrazioni sanitarie pubbliche e private , non solo il danno erariale derivato dalle defiscalizzazioni a cui non corrispondono simmetrici vantaggi per la salute pubblica (così come evidenziato da alcuni studi pubblicati dalla Fondazione GIMBE) ma una deviazione complessiva del sistema italiano della sanità.

Ecco alcune gravi problematiche che tale fenomeno sta determinando:

- **La libertà di scelta del medico e della struttura , da parte del paziente/iscritto, viene inficiata.**

I pazienti non sono liberi di scegliere dove e da chi farsi curare: questo perché la quota di rimborso, che spetterebbe loro per una determinata prestazione, varia in base alla scelta della struttura. **In alcuni casi, fuori dalla “rete convenzionata” viene perso ogni diritto al rimborso.** La libertà di scelta è evidentemente inficiata dalla leva finanziaria del rimborso.

- **Il controllo del terzo pagante sul mercato sanitario.**

Quanto descritto poc'anzi , offre ai providers la possibilità di **governare il flusso di pazienti verso una struttura piuttosto che un'altra e di utilizzare questa attività per ostentare, nei confronti delle strutture sanitarie, una evidente posizione dominante sul mercato.** Ciò permette loro di imporre, senza concertazione alcuna , tariffari ribassati in cambio di un flusso , si potrebbe dire quasi coatto, di pazienti.

- **Verso una sanità integrativa “low cost” come scelta obbligata**

Tale logica ribassista finisce per spingere **l'intero settore sanitario privato unicamente verso dinamiche di minor prezzo con prevedibile discapito della qualità e della sicurezza dei servizi offerti:** si privilegia il personale sanitario che effettua il maggior numero di prestazioni a quello con i migliori risultati, il materiale viene scelto per la convenienza dei costi piuttosto che per la sicurezza e la qualità dei prodotti , ed infine anche la scelta dei protocolli verrà indirizzata in tal senso ,massimizzando il numero di procedure. L'intero indotto del settore sanitario italiano viene così spinto verso dinamiche ribassiste difficilmente compatibili con la qualità. Si vedono pertanto precipitare aree di eccellenza produttiva italiana o europea in ambito sanitario a favore dei mercati asiatici.

- **Verso la parcellizzazione delle casistiche sanitarie**

In siffatti contesti bisogna immaginare che **le strutture convenzionate privilegeranno , all'interno dello stesso insieme di servizi, prestazioni di ridotte difficoltà tecniche** piuttosto che quelle complesse. I centri specialistici , con tariffari standardizzati e ribassati, tenderanno dunque a reindirizzare i casi più complessi verso altre strutture:

verso quelle non in rete, dove i compensi vengono contemplati in base alla difficoltà del caso e il paziente iscritto, se ne avrà la disponibilità , pagherà privatamente e riceverà un rimborso ridotto (se tale possibilità è prevista dal contratto)

oppure verso il SSN , che non potendo esimersi , si troverà così sovraccaricato da un flusso di prestazioni con un grado di difficoltà superiore alle statistiche epidemiologiche e dovrà affrontare i relativi aggravii strutturali ed economici che ne conseguono.

- **Il rischio di distorsione delle scelte e degli iter diagnostico-terapeutici**

Dinamiche monopolistiche quali quelle descritte finiscono per interferire anche nella scelta terapeutica stessa: ad esempio alcuni contratti prevederebbero il rimborso in caso di tiroidectomia solamente se la tiroidectomia è totale. Non viene rimborsata la tiroidectomia parziale , perché più suscettibile di recidiva. Questo a prescindere dall'indicazione specifica del caso.

Ovviamente il costo della terapia farmacologica sostitutiva ,che dura tutta la vita, in italia finisce quasi sempre per gravare poi sul sistema sanitario nazionale e non sul provider. In altri paesi come gli USA dove la terapia sostitutiva è a carico del provider invece, le linee guida son molto più specifiche ed includono le tiroidectomie parziali nei casi selezionati. Discrepanze contrattuali sui percentili di rimborso relativi ad alcuni trattamenti rispetto ad altri (ad esempio impianti rimborsati interamente piuttosto che cure dentali) possono alterare le scelte dei rprofessionisti e dei pazienti.

- **“Precariato sanitario” ed incertezza degli investitori**

Proprio in luogo della posizione monopolistica in cui si pone il provider quale “garante del flusso dei pazienti” , la possibilità di revoca unilaterale del contratto da parte del provider determina una grave minaccia per le strutture sanitarie convenzionate. La logica del “tanti pazienti a costi bassi” proposta da molti providers per incoraggiare l’accettazione al ribasso dei tariffari induce i presìdi sanitari a strutturarsi per poter garantire i livelli qualitativi idonei in vista del maggior flusso di pazienti promesso dal provider.

Una revoca contrattuale unilaterale da parte del PA, soprattutto in aree geografiche dove il CCNL e quindi il rispettivo Fondo sanitario servito da un determinato provider è preponderante , **rischia con facilità di portare una struttura sanitaria al dissesto.**

Questa dinamica di continua incertezza , dovuta non alle prevedibili leggi di mercato, come dovrebbe essere in uno stato liberale , ma ad oscure dinamiche interne alla rete delle CAS , finisce per indurre i presidi sanitari convenzionati a tutelarsi nella gestione del personale sanitario in ruolo. Si preferisce pertanto creare “organici elastici” di operatori; si privilegia cioè la **reiterazione di contratti a tempo determinato.**

I dati parlano chiaro soprattutto per quanto riguarda ad esempio il personale infermieristico :

i **contratti a termine nella sanità privata** non convenzionata con il SSN (pertanto spesso convenzionata con le CAS!) sembrano crescere del 15% annuo sebbene non si abbiano dati aggregati pluriennali . L’uso frequente del tempo determinato ostacola gravemente lo sviluppo e la coordinazione nel tempo dei team sanitari, la formazione di operatori motivati e l’instaurarsi di quel rapporto medico-paziente/comunità che caratterizza una medicina deontologicamente auspicabile per il nostro paese. L’eterna incertezza occupazionale invece incentiva la ben nota migrazione all’estero dei sanitari italiani stessi se non addirittura il sempre più frequente abbandono della professione (soprattutto infermieristica).

- **Quale ricerca scientifica ?**

In Italia come in tutto il mondo va ben considerato che la ricerca scientifica si sta sempre più coordinando con le imprese del settore e la sanità privata. Incarcerare le prestazioni sanitarie all’interno di determinati tariffari **può negare al paziente la possibilità di scegliere un trattamento di qualità superiore** , con materiali e metodi più innovativi ,senza dover però rinunciare al contributo del Fondo.I contratti infatti generalmente non ammettono deroghe ai tariffari ed ogni costo addizionale sebbene scelto dal paziente può scaturire in una arbitraria cessazione contrattuale. Ciò ovviamente limita profondamente la ricerca in campo scientifico in collaborazione con il welfare sanitario e di conseguenza gli investimenti delle aziende nella stessa. Ricordiamo che più di un cittadino italiano su 4 può usufruire di tale servizio.

Alla luce di quanto espresso la **Commissione Fondi Sanitari invita la CAO di Roma a**

- Promuovere a tutti i livelli l'approvazione della cosiddetta **“Legge sulla Libera scelta del Medico”**. Questo testo di legge redatta dal giuslavorista Prof. Pietro Ichino con l'appoggio formale di ANDI, AIO e ANOMeC nonché di alcune delle più importanti società scientifiche ha ricevuto l'approvazione ufficiale dalla FNOMCEO e prevede un principio semplice e simmetrico: **l'equiparazione dei rimborsi delle cosiddette forme dirette ed indirette**. In altre parole **il rimborso previsto da un provider assicurativo per una singola prestazione sanitaria deve essere sempre lo stesso; questo a prescindere dal medico o dalla struttura sanitaria scelta**, sia essa convenzionata o non convenzionata con la CAS competente.
- **Sensibilizzare odontoiatri e medici circa le suindicate problematiche del welfare sanitario**, sui rischi per il paziente, per il professionista e non da ultimo le strutture sanitarie. Una corretta conoscenza dei meccanismi utilizzati dai providers assicurativi nella conduzione del mercato può favorire una gestione dei contratti più consapevole.

*“Noi dovremo **vigilare** per mantenere dei requisiti nell'esercizio della professione che non siano **mai abbassati in nome di una malintesa interpretazione della concorrenza**. quindi impedire una sorta di **dumping... di concorrenza impropria** che si può formare in questo senso... dovremo regolare e **creare norme** per far sì che questo mercato, non sia viziato da **logiche ipercompetitive**.”* (Ministro A. Sacconi presentando il suo disegno di legge sui Fondi sanitari)