

CAMERA DEI DEPUTATI - XII COMMISSIONE AFFARI SOCIALI

AUDIZIONE DOTT. ALBERTO DONZELLI

SULLA SANITÀ INTEGRATIVA DEL SSN

27-2-2019

Dichiarazione

Già Direttore del Servizio Educazione all'Appropriatezza ed EBM dell'ex **ASL di Milano**, esperto in valutazioni comparative di efficacia, sicurezza e costo-efficacia di interventi sanitari.

In pensione, lavoro gratuitamente per il SSN e non ho conflitti di interesse da dichiarare.

Come membro della Fondazione **Allineare Sanità e Salute** dichiaro che la Fondazione si regge sul lavoro volontario e gratuito di Consiglio Direttivo, Comitato scientifico e autori delle pubblicazioni. E che



non presenta conflitto, ma **allineamento** con gli interessi del SSN e della Salute della comunità dei cittadini.



Mission

fornire ai Sistemi Sanitari un supporto di ricerca, conoscenze e strategie per superare il **conflitto di interessi con la Salute** che coinvolge un numero crescente di attori in Sanità.

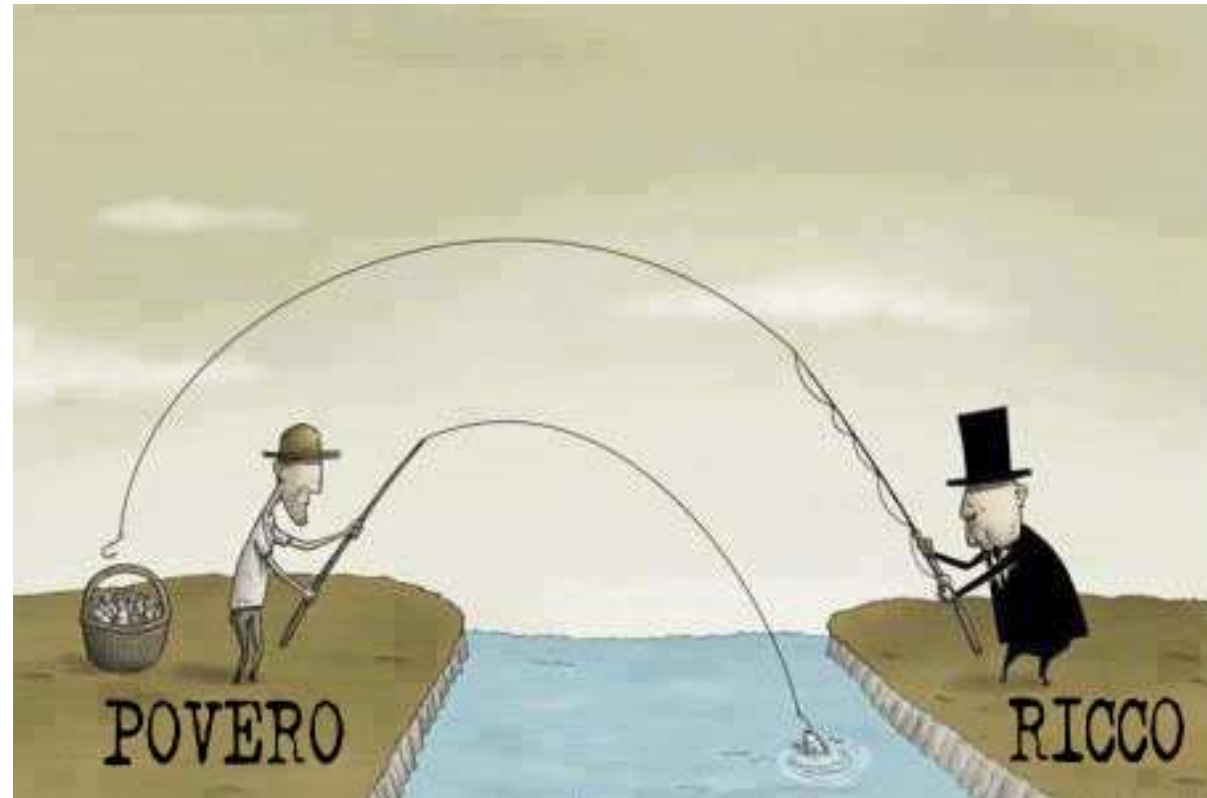
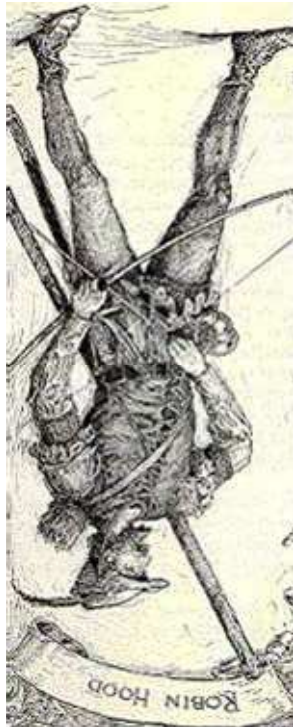
In questa audizione parlerò di:

la Sanità cosiddetta Integrativa (S.I.) compromette la sostenibilità del SSN per i motivi che seguono.

- Palese iniquità
- Aumento di costi amministrativi/di transazione
- Il caso di un'Assicurazione sanitaria, a partire da affermazioni fatte in audizione, che possono comportare conclusioni sbagliate
- Paradossale aumento della spesa sanitaria pro-capite pubblica e privata complessiva (intermediata + out-of-pocket), oltre che della spesa sanitaria totale
- I costi di gestione amministrativa di un'Assicurazione sanitaria sono ~il 5-10% dei premi?
- Perché la S.I. aumenta la spesa sanitaria totale, pubblica e privata complessiva? Soprattutto per **induzione di prestazioni non necessarie e in potenza iatrogene.**

Gli aderenti beneficiano di deduzioni dei contributi versati al Fondi Sanitari (FS) fino a € 3.615/cad. (e detraibilità secondo normativa) sussidiate con le tasse anche dei 46-47 milioni di italiani che non ne usufruiscono, tra cui sono molto più rappresentati gruppi sociali svantaggiati (residenti al Sud, senza lavoro/precari...).

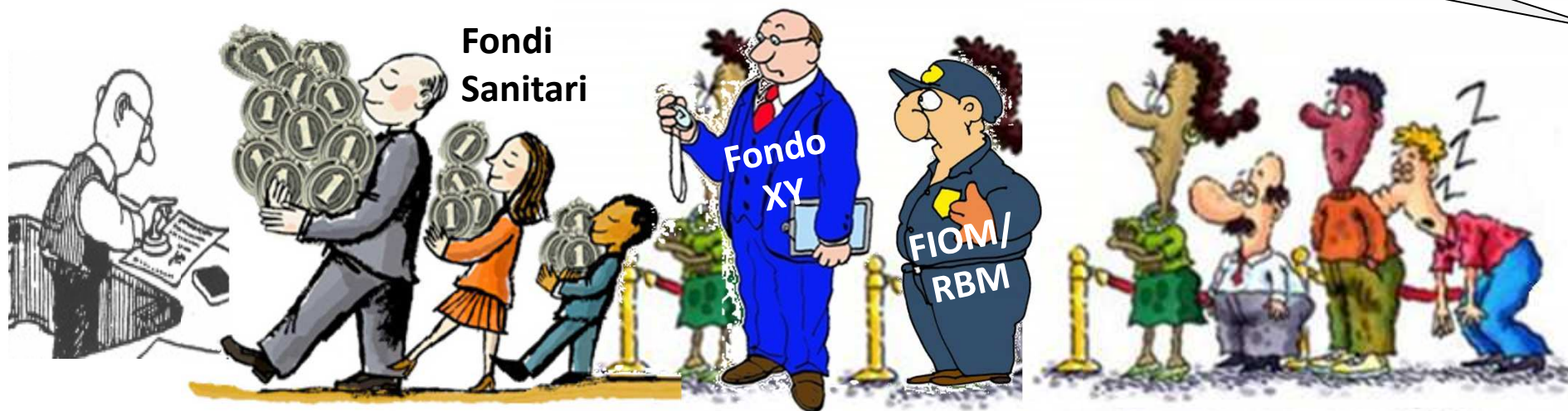
È una sorprendente iniquità, di cui c'è poca consapevolezza.



Gli iscritti ai Fondi Sanitari tagliano le liste di attesa ...

...a spese di tutti gli altri!

E noi?! **Precipitiamo
sempre più indietro...!**



Inoltre la frammentazione in oltre 300 «FS» indebolisce il loro 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 amministrativi** connessi, che di per sé non producono salute,

anzi **sottraggono tempo (costo/opportunità)**

ai professionisti sanitari singoli o associati.

Con i carichi di lavoro che ho con **tutta questa burocrazia** ...

... non mi parlate di **counseling antifumo o alimentare**, di **prescrivere esercizio**, di **ascoltare i pazienti**..



Negli USA i costi amministrativi sono alti per la **frammentazione del sistema** in una molteplicità di assicurazioni private e pubbliche)

ciascuna con il suo apparato amministrativo, le sue regole, le sue procedure contabili (inoltre le assicurazioni private devono accumulare i profitti).

Gli ospedali USA devono **contrattare** i prezzi delle prestazioni e **rendicontare** le spese (DRG...) per ogni singola Assicurazione.

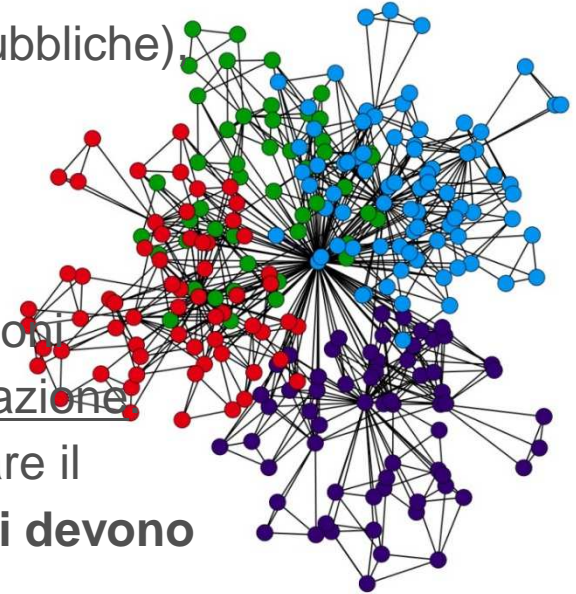
Inoltre le entrate servono per accumulare profitti e aumentare il capitale aziendale: **gli uffici amministrativi degli ospedali devono svolgere anche funzioni di carattere finanziario.**

Si aggiungono altre funzioni lecite, come il **marketing**, e talora **meno lecite**, come quelle di **upcoding bill**: modificare i codici dei DRG con diagnosi di dimissioni che **esagerano la gravità della diagnosi.**

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.

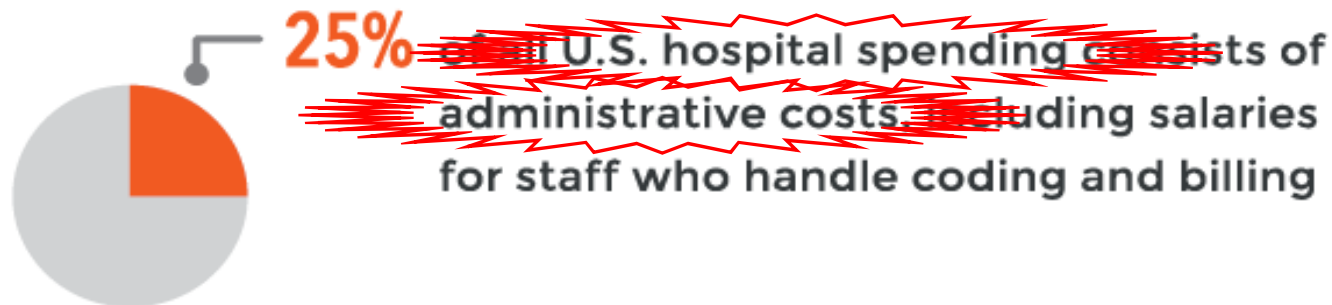
Invece **Canada** e **Scozia** (che non ha seguito la strada mercantile Inglese) non usano i DRG per le entrate e gli ospedali sono finanziati a **budget globale.**

L'amministrazione richiede molto meno personale, competenze meno specialistiche e assorbe il **~12,4%** del budget degli ospedali.

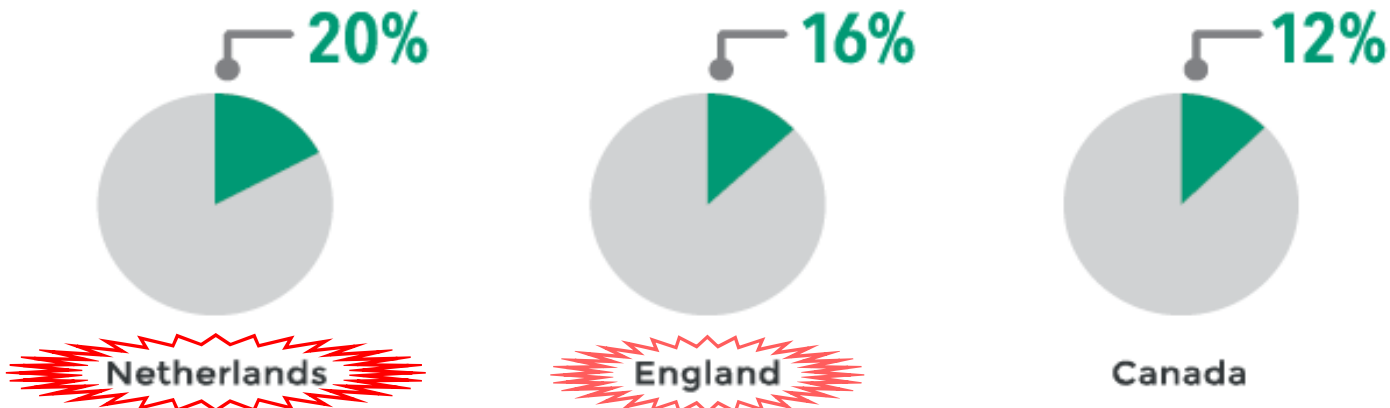


U.S. HOSPITALS HAVE THE HIGHEST ADMINISTRATIVE COSTS

According to a study of 8 countries



This compares with hospital administrative spending of



Source: D. U. Himmelstein, M. Jun, R. Busse et al., "A Comparison of Hospital Administrative Costs in Eight Nations: U.S. Costs Exceed All Others by Far," *Health Affairs*, Sept. 2014 33(9):1586-94.

Una precedente audizione ha registrato la seguente affermazione:

Il **costo ... per la gestione di questi fondi, è mediamente del 5%**, ... può essere controllato direttamente **nei nostri bilanci**, è pubblico ...

Il **nostro dato è del 5%**, quello **del nostro competitor diretto è del 10%**.

L'esame dei suddetti bilanci, però, mostra dati che possono portare a conclusioni diverse rispetto a quanto si potrebbe intendere da questa dichiarazione

	dic-17			dic-16		
	lordo	riass	netto	lordo	riass	netto
Risultato tecnico	24.500	(3.075)	21.426	26.330	(2.338)	23.992
<i>Risultato tecnico, al netto dei costi complessivi di struttura</i>	40.569	(3.075)	37.495	40.632	(2.338)	38.294
Premi di competenza	427.256	(115.285)	311.970	352.749	(109.229)	243.520
Provvigioni di competenza	(19.105)	4.684	(14.421)	(17.214)	4.033	(13.182)
Sovrapprovvigione sul ceduto		6.867	6.867		6.466	6.466
Sinistri dell'esercizio corrente, al netto dei costi liquidativi	(332.149)	95.967	(236.181)	(272.801)	90.891	(181.911)
Evoluzione sinistri precedenti, al netto dei costi liquidativi	(20.180)	5.427	(14.754)	(10.845)	5.681	(5.164)
Altri oneri e proventi tecnici	(15.252)	(734)	(15.986)	(11.256)	(179)	(11.435)
Costi di struttura e proventi finanziari allocati	(16.069)		(16.069)	(14.302)		(14.302)
Spese complessive, amministrative, assuntive e liquidative	(16.069)		(16.069)	(14.302)		(14.302)
Riallocazione quota parte dei proventi finanziari						
Risultato non tecnico			125			146
proventi finanziari netti			(29)			(125)
altri elementi dell'attività ordinaria e straordinaria			154			271
Risultato prima delle imposte			21.551			24.138
Imposte sul reddito dell'esercizio			(6.408)			(8.747)
Imposte correnti			(12.140)			4.557
Imposte differite			5.732			(13.304)
Utile / (perdita) di esercizio			15.143			15.391

2017: sinistri (332.149+20.180), premi 427.256. Dunque 352.329 : **100** = 427.256 : **(121,3)** → **120,1**

2016: sinistri (272.801+10.845), premi 352.749. Dunque 283.646 : **100** = 352.749 : **(124,4)** → **123,1**

Nella citata audizione si è anche affermato:

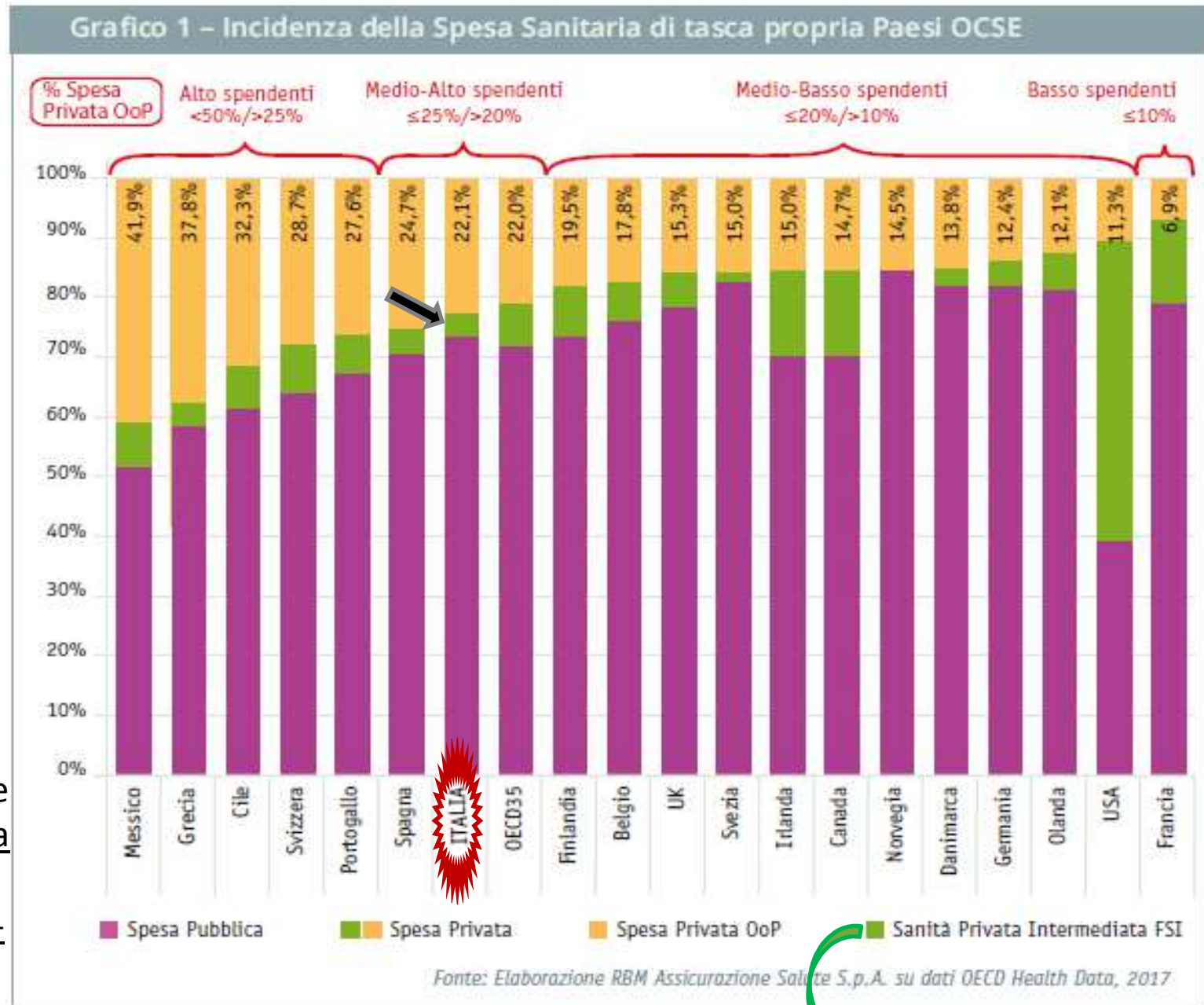
Ricordiamo che **l'Italia**, ... nel panorama europeo, è il paese che, **se escludiamo Grecia, Portogallo e Spagna**, presenta il **più elevato ricorso del cittadino al pagamento di tasca propria in sanità**.

Tuttavia, i dati stessi del rapporto CENSIS citato (benché discutibilmente standardizzati in percentuali, che oscurano le rilevanti differenze assolute tra paesi), mostrano una sostanza differente...

Questo grafico nel *Rapporto RBM-CENSIS su Sanità Integrativa 2017-'18* fa pensare che l'Italia sia messa male...

Ma alla gente cosa interessa: avere una spesa sanitaria totale pro-capite maggiore o minore?

E avere maggiore o minore la spesa sanitaria privata complessiva pro-capite?



l'Italia è ai minimi!

Grafico 1 – Incidenza della Spesa Sanitaria di tasca propria Paesi OCSE



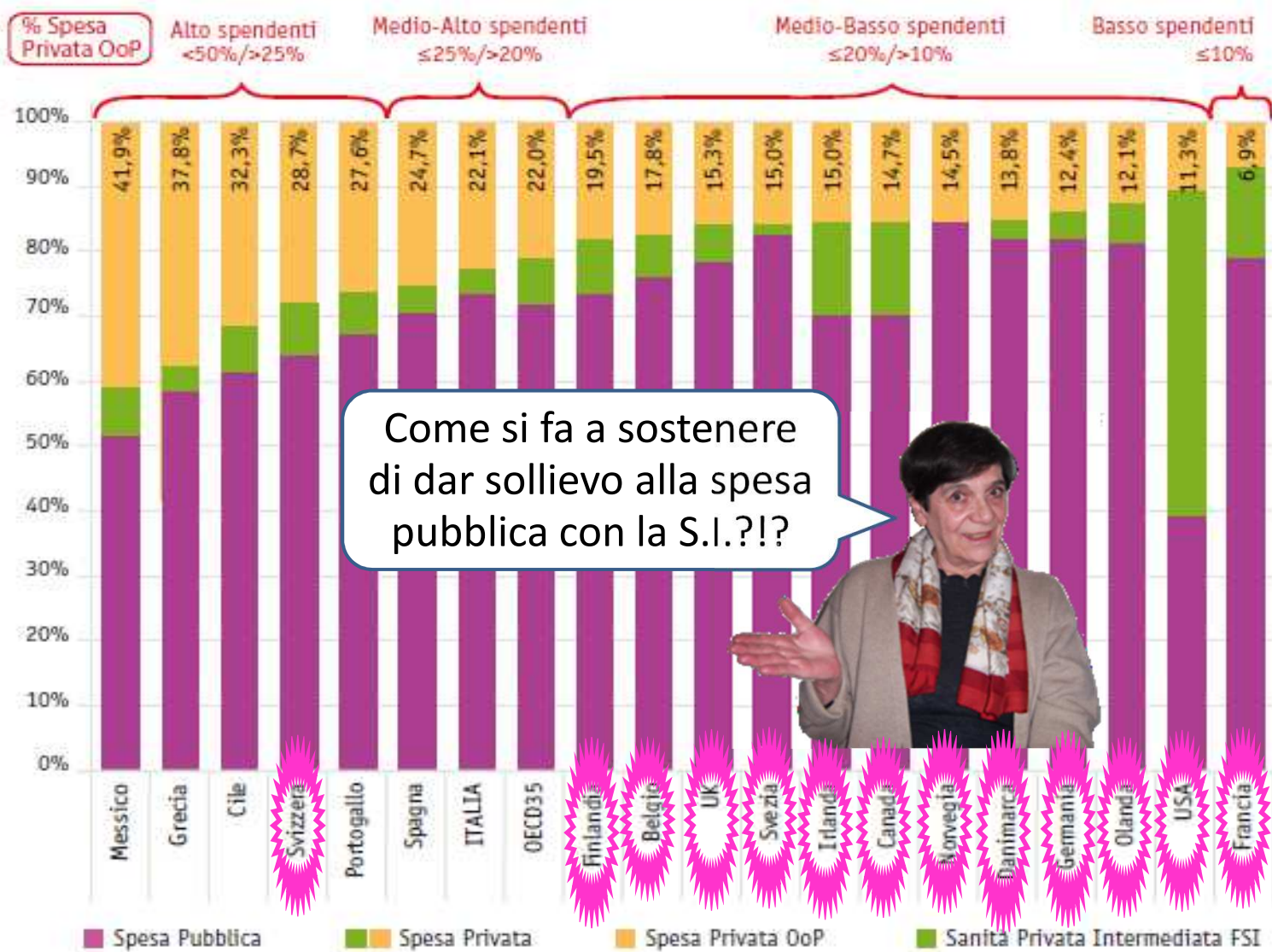
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati OECD Health Data, 2017

Proviamo nel grafico di prima a cerchiare in **rosso** i paesi con spesa sanitaria **totale** pro-capite assoluta maggiore della Italia ...

Sorpresa! Quasi tutti i Paesi con maggiori % di spesa intermedia hanno spesa sanitaria totale maggiore della nostra...!

E viceversa!!

Grafico 1 – Incidenza della Spesa Sanitaria di tasca propria Paesi OCSE



Come si fa a sostenere di dar sollievo alla spesa pubblica con la S.I.?!?



Proviamo ora nello stesso grafico a cerchiare in **viola** i paesi con spesa sanitaria **pubblica** pro-capite **maggiore dell' Italia** ...

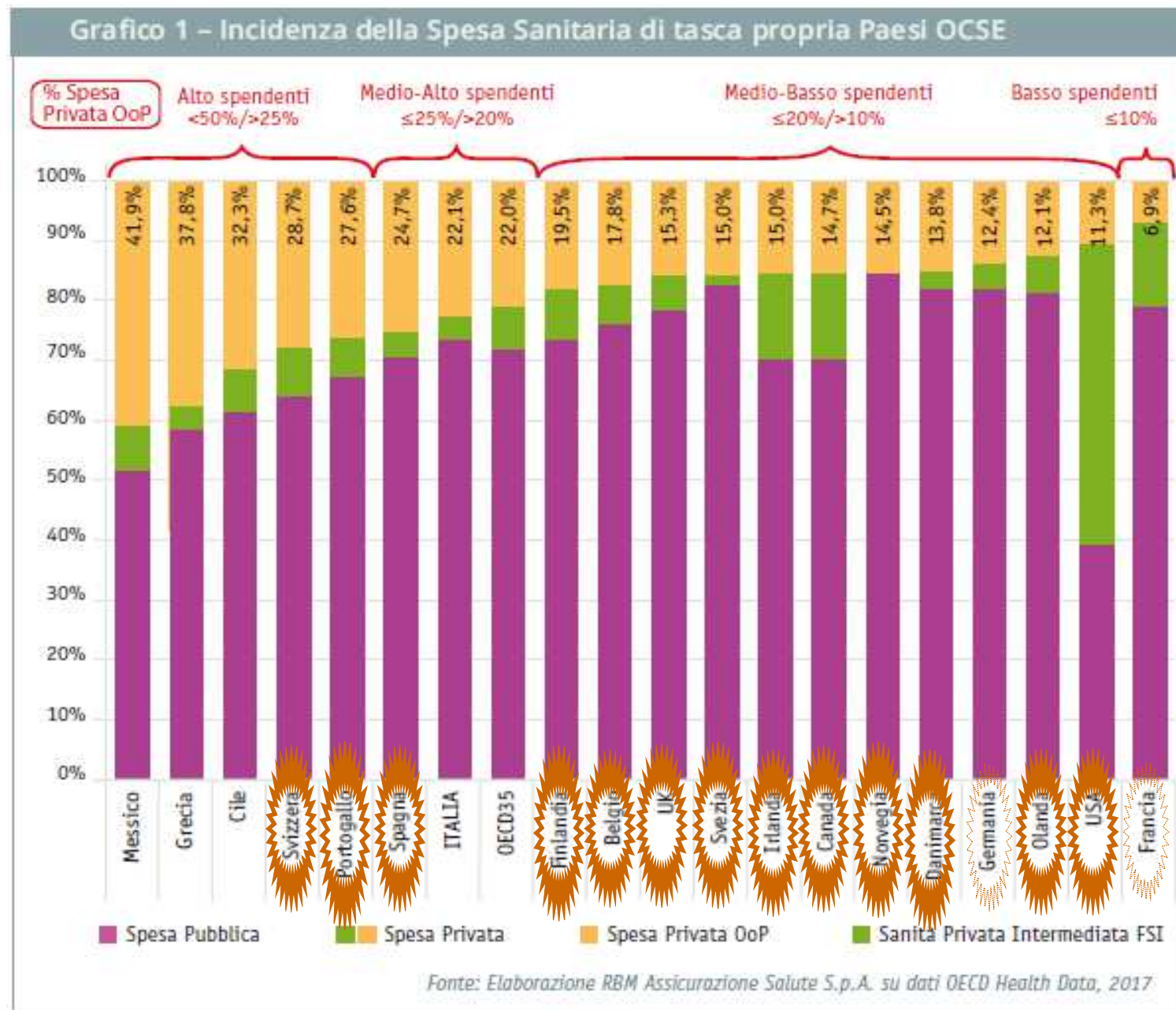
Altra sorpresa! Quasi tutti i Paesi con % maggiori di spesa intermedia hanno **spesa sanitaria pubblica** più alta della nostra...!
E viceversa!!

Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati OECD Health Data, 2017

Proviamo infine nello stesso grafico a cerchiare in **marrone** i paesi con spesa sanitaria privata procapite **totale** (cioè out-of-pocket + intermedia) **maggiore dell'Italia**...

Ultima sorpresa! Quasi tutti i Paesi con % maggiori di spesa intermedia hanno **spesa sanitaria privata totale più alta** della nostra!

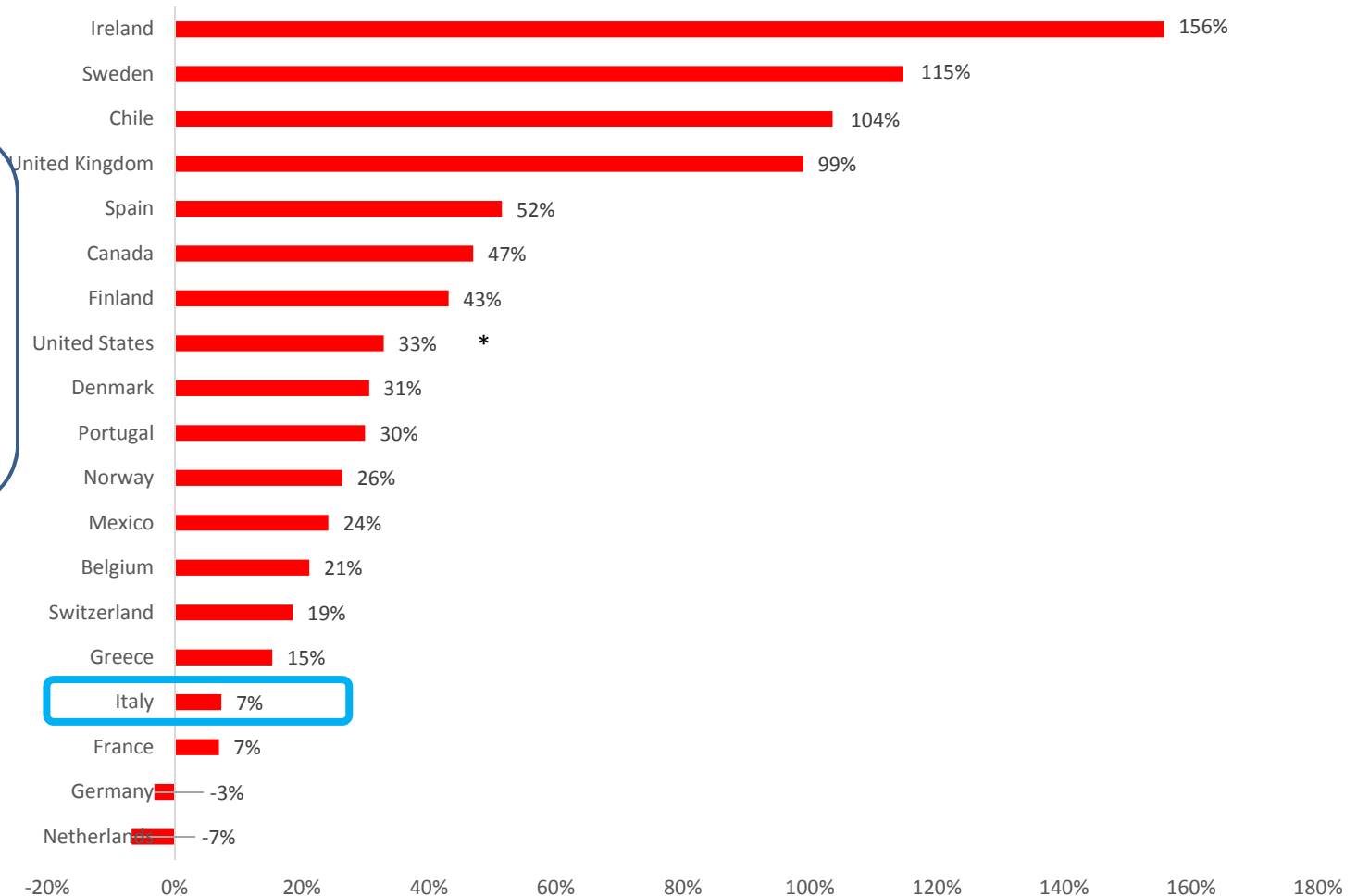
E viceversa!!



Quelle descritte sono «fotografie» dell'oggi, o esprimono una tendenza che si è consolidata nel tempo?

Guardiamo negli anni dal 2000 al 2017 com'è cresciuta la spesa sanitaria pro capite **privata complessiva** (OECD, constant prices, - PPP\$, - base year):

Spesa privata 2000/2017

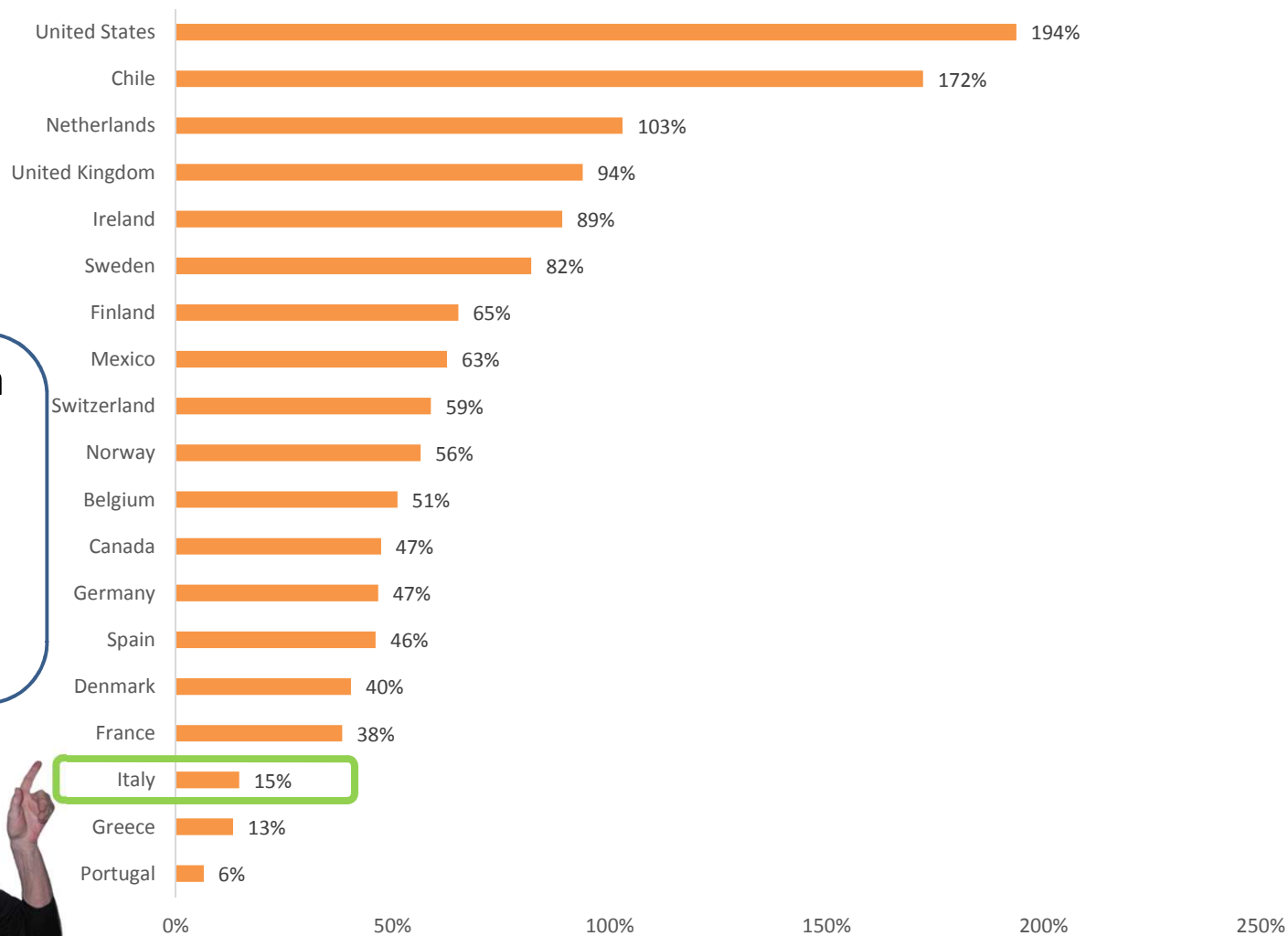


L'Italia è andata molto meglio della media! Di che *aumento inarrestabile* si parla?!?



Guardiamo ora dal 2000 al 2017 com'è cresciuta la spesa sanitaria pro capite **pubblica** (OECD, constant prices, - PPP\$, - base year):

Spesa pubblica 2017/2000



Di nuovo, l'Italia ha governato gli aumenti molto più degli altri paesi. Basta ora non tirar troppo la corda...!



E infine, com'è cresciuta dal 2000 al 2017 la spesa sanitaria pro capite **totale** (OECD, constant prices, - PPP\$, - base year) :

Spesa totale 2000/2017



Nella citata audizione un'ulteriore affermazione non risulta supportata dai dati:

«La spesa sanitaria privata di anno in anno continua a crescere, in questo modo testimoniando quello che è un mancato assorbimento dei bisogni di cura dei cittadini.»

Le tabelle OCSE mostrano una realtà diversa →

- **Voluntary schemes / household out-of-pocket payments**
- **Current expenditure on health (all functions)**
- **All providers**
- **Per capita, constant prices, constant PPPs, OECD base year**

Country	Unit	2000	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Italy	US \$, 2010	733,5	714,5	728,9	710,0	721,2	758,0	765,4	787,5
		Ref.	-2,6%	-0,6%	-3,2%	-1,7%	+3,3%	+4,3%	+7,4%
		Variazioni %, ciascuna sempre rispetto all'anno 2000							

La **spesa sanitaria privata italiana** sarebbe in aumento? **No**, i dati OCSE (OECD) mostrano che è **rimasta stabile** o persino in lieve flessione **per ~15 anni**, e ha teso ad umentare un poco solo negli ultimi 3-4 anni, proprio in associazione con lo sviluppo della Sanità Integrativa! (che in Italia è recente)

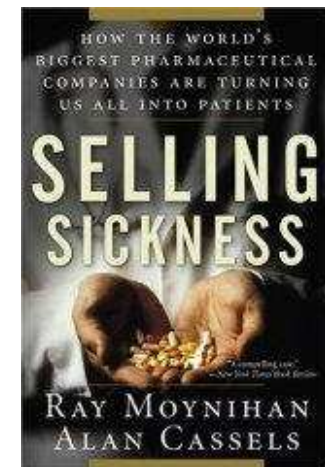
Se questa non sarà contrastata, è plausibile che la spesa sanitaria privata aumenterà davvero !

Le prestazioni dei FIS non sono solo *integrative*, ma, per **~70% degli importi, sostitutive (doppioni)** di analoga offerta SSN: dunque si tratta di Fondi sanitari/**FS** più che FIS.

Infine, per sopravvivere e assicurarsi il futuro, i FS spesso **tendono, come gli erogatori pagati a prestazione, a indurre prestazioni non necessarie** (es. specialistica, diagnostica) 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, ...).

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**.





«Il SSN non riesce più a far fronte alle prestazioni per 60 milioni di italiani...»

La narrazione: «spostandone parte sulla Sanità Integrativa, incentivata con benefici fiscali, il SSN sarà alleggerito, e si potrà concentrare su chi ha più bisogno...»



... **invece nella pratica**: le prestazioni non sono un «gioco a somma invariante», ma i sanitari le possono indurre all'infinito, quando hanno interesse a farlo.

Più si spostano prestazioni sulla **Sanità Integrativa**, incentivata con benefici fiscali, più questa induce **nuove prestazioni**, sia per i propri iscritti, sia per chi resta nel SSN.

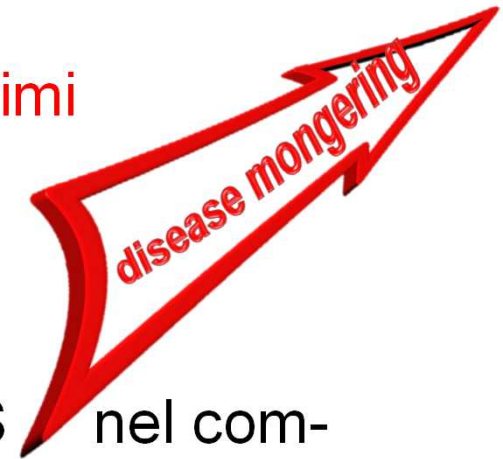
Le risorse diventano sempre più insufficienti **a causa di tutti i bisogni indotti**, ma prima che scoppi anche la Sanità integrativa, questa farà crollare il SSN

È provato che i FS falliscono proprio uno dei primi obiettivi dichiarati dai sostenitori: contenere la spesa sanitaria pubblica.

L'apparente paradosso si può spiegare con la **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**

- 1) «si farà piacere» LG che lo giustificano
- 2) per questione di rispetto di sé, cercherà di tenere / trascinare tale prassi anche nella Azienda sanitaria da cui dipende



Esempio di offerta «preventiva» di un Fondo Sanitario abbastanza tipico (accanto a ogni esame si è indicato il n. di ripetizioni cui la frequenza proposta darebbe luogo in una vita, in **colore rosso**)

La prevenzione è rivolta agli associati e ai loro familiari iscritti, che rientrano **nelle categorie di età presenti nella tabella.**

Le prestazioni possono essere eseguite **solo nelle strutture convenzionate** direttamente con FASCHIM: nell'area Strutture convenzionate è possibile verificare quali strutture partecipano alle campagne di prevenzione FASCHIM e quali esami effettuano.

Ti basta prenotare l'esame presso la Struttura più vicina facendo presente che sei associato a FASCHIM (ricorda di portare la tua FASCHIM card): **l'esame sarà gratuito.**

■ **CAMPAGNA DI PREVENZIONE (1/1/2016-31/12/2017)**

CAMPAGNA DI PREVENZIONE			
A CHI E' RIVOLTA	QUANDO	QUALE ESAME	n.
donne >= 40 anni	ogni anno	Mammografia bilaterale	≥45
donne >= 40 anni	ogni anno	Pap test	≥45
donne/uomini >= 50 anni	ogni anno	Ricerca sangue occulto nelle feci (SOF-FOBT) tre dosaggi	≥35x3
uomini >= 45 anni	ogni anno	PSA	≥36
uomini >= 45 anni	ogni anno	Ecografia transrettale	≥36
donne/uomini >= 50 anni	1 volta nel periodo 1/1/16_31/12/17	Visita cardiologica + E.C.G.	≥16
donne/uomini >= 50 anni	1 volta nel periodo 1/1/16_31/12/17	Ecografia dei tronchi sovraortici	≥16
donne/uomini >= 50 anni	1 volta nel periodo 1/1/16_31/12/17	O.C.T (Tomografia a coerenza ottica) + Pachimetria corneale + Campimetria computerizzata (VCP) + Consegna del referto da parte dell'Oculista	≥16

Cfr con l'offerta validata (con **rapporto favorevole rischi-efficacia**) di screening SSN; o che tenga conto del giudizio clinico del curante

n.
 ≥13
 ≥14
 ≥13
 0 - ≥1
 0 - ≥1
 0 - >1
 0 - >1
 0 - ≥1

Un altro esempio: tra i pacchetti preventivi di RBM Salute si può scegliere ad es. il **pacchetto B) Prevenzione oncologica** (prestazioni pagate da RBM se rese in Strutture con lei convenzionate. Ecco sintetici confronti con offerte di screening validate SSN (con rapporto rischi-efficacia considerato favorevole); o in base a giudizio del curante.

Tab. 1 - Prestazioni previste da RBM (Salute fai da te - Tutto salute! 2.0), o dal SSN

Esame	A chi è rivolto secondo RBM	Frequenza RBM e n. ripetizioni	Raccomandazioni SSN	Frequenza SSN e n. ripetizioni
Sangue occulto feci	uomini >45	annuale, 34	gratuito uomini e donne 50-74 anni	biennale, 13
PSA	uomini >45	annuale, 34	solo in base a giudizio del curante *	0 - ≥1
fPSA	uomini >45	annuale, 34		0 - ≥1
Alfa Feto Prot.	uomini >45	annuale, 34	<u>no</u> in screen. asintom.°	0
Pap-test	donne >30	annuale, ~ 50	gratuito ogni 3 aa da 25 a 30-35 (poi test HPV ogni 5 aa. fino a ~64)	~ 3 Pap-test e ~ 7 test HPV
CA 125	donne >30	annuale, ~ 50	<u>no</u> in screen. asintom.°	0
CA 15.3	donne >30	annuale, ~ 50	<u>no</u> in screen. asintom.°	0

* La [raccomandazione Ministeriale resta contraria al PSA di screening](#), perché allo stato delle conoscenze i rischi legati alla sua periodica esecuzione si ritengono maggiori dei benefici. Ulteriori argomenti si trovano nelle schede allegate.

PER TUTTE LE ASSICURATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE

CONTROLLO GRATUITO PER LA PREVENZIONE DELL'OSTEOPOROSI



DOPO I **50 ANNI**
1 DONNA SU 3
SOFFRE DI OSTEOPOROSI
LE ASSICURATE RBM, NO!

Prima del visitare consulta | www.tuttosalute.it

A MARZO PRENOTA LA TUA VISITA PRESSO I CENTRI AUTORIZZATI ADERENTI ALL'INIZIATIVA

RBM Assicurazione Salute, la Compagnia n. 1 nel ramo Salute, offre alle proprie assicurate il **Pacchetto Prevenzione Osteoporosi** (MOC e Accertamenti di laboratorio per il controllo del metabolismo del calcio) per proteggere la loro Salute.

Sei già Assicurata RBM? Per tutto il mese di marzo, **prenota gratuitamente** il **Pacchetto Prevenzione contro l'Osteoporosi**, presso uno dei nostri Centri Autorizzati (elenco disponibile su www.tuttosalute.it).

Se ancora **NON** sei una nostra Assicurata per tutto il mese di marzo puoi attivare una polizza sanitaria RBM con il **15% di sconto** sul premio per il primo anno ed avrai in omaggio il nostro **Pacchetto di Prevenzione** contro l'Osteoporosi.

PER IL MESE DI MARZO TUTTE LE DONNE AVRANNO IL **15% DI SCONTO**
SUL PREMIO DEL PRIMO ANNO DI POLIZZA

Offerta valida per tutte le Polizze vendute online o tramite intermediari.

www.tuttosalute.it

Per info contatta il numero verde della tua Polizza Sanitaria attiva.



Altro esempio (testo dell'invito)

Cara Assistita,

abbiamo il piacere di comunicarti che anche quest'anno RBM Assicurazione Salute ha deciso di rinnovare il proprio impegno nella diffusione della cultura della prevenzione e nella promozione della salute dei propri Assicurati.

In particolare, la Compagnia ha deciso di riservare a tutte le proprie Assicurate la campagna "RBM Donna in Salute" attraverso la quale sarà possibile fruire **GRATUITAMENTE** del pacchetto prevenzione Osteoporosi (MOC e Accertamenti di laboratorio per il controllo del metabolismo del calcio)

presso le Strutture Sanitarie Autorizzate aderenti all'iniziativa, al fine di intervenire preventivamente su un problema che coinvolge 1 donna su 3 oltre i 50 anni.

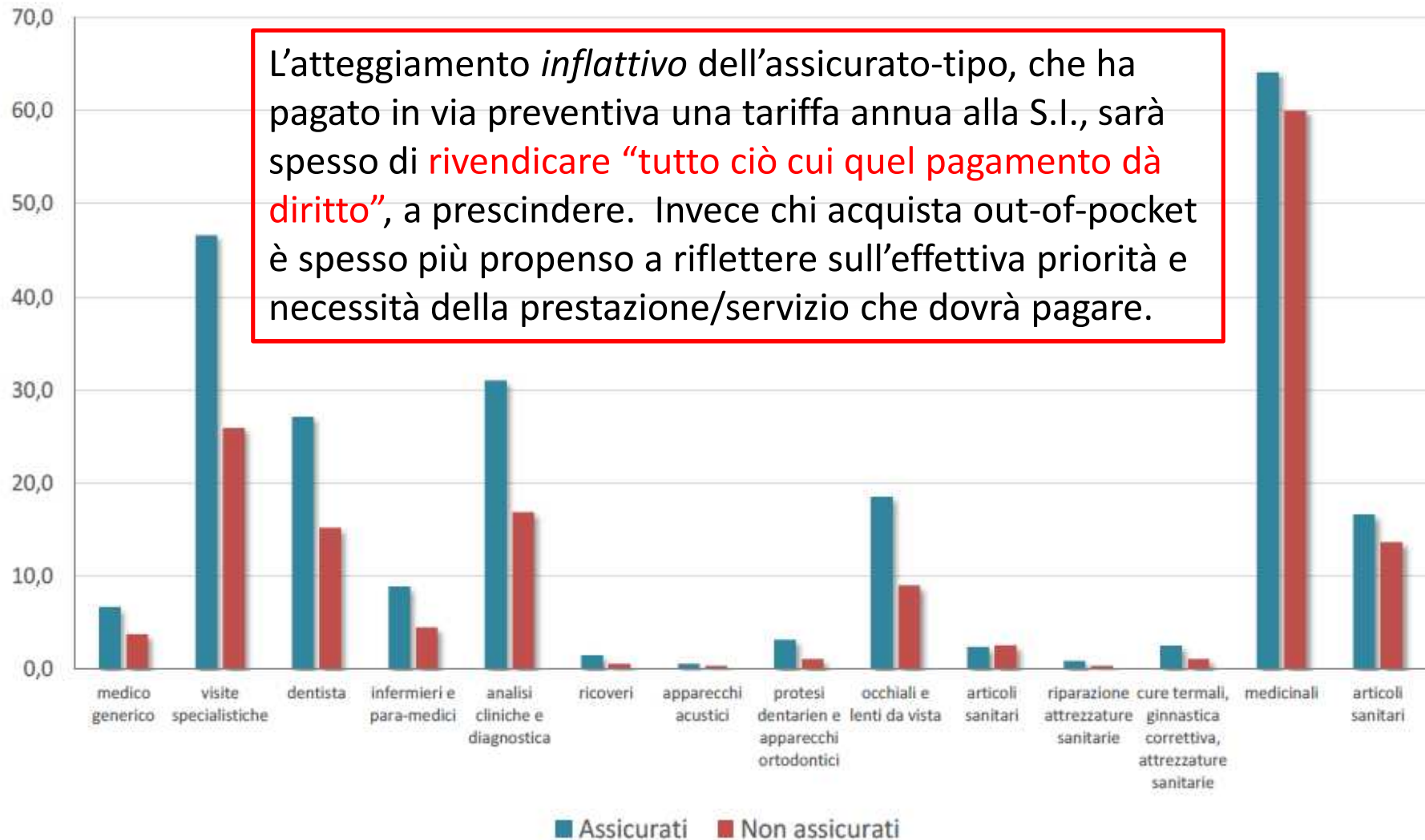
.....

RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Chi ha un FS/Assicurazione consuma di più ... di tutto! (anche da privato)

(Indagine Istat sulla spesa delle famiglie, 2015 – da Piperno, 2017)

Percentuale di famiglie consumatrici secondo la voce di spesa e lo stato assicurativo, anno 2015



Conclusioni

Per come 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 tante prestazioni di efficacia non provata né probabile, che il SSN ha buon motivo per non offrire (ma non osa scoraggiare apertamente)

3) paradossale aumento della spesa sanitaria pubblica, e persino della privata complessiva! oltre che di (voluto) aumento della spesa sanitaria totale



4) lungi dal dare sollievo, 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 FS (forse meglio delle alternative), limitarsi a *prestazioni davvero integrative*, di cui una seria valutazione di merito confermi l'**efficacia** (almeno **probabile**), benché non/non ancora accolte nei LEA.
- dovrebbero **promuovere educazione sanitaria valida e indipendente** ed **empowerment** + supporti/*benefit* per **render facili le scelte salutari**

Se pago i FS
non voglio pagare il SSN!



solo integrative vs
LEA, e solo efficaci!

Come fermare questo assalto (finale!) al SSN?

Certo, spiegando queste cose ai cittadini, che saranno (e già sono!) le prime vittime di questa operazione.

[leve per ceti medi: con F(I)S costi↑↑ , sicurezza↓↓]

Ma senza avere contro i medici e i sanitari, che oggi sembrano a favore dei FS, visti come possibilità di recuperare l'erosione del proprio reddito.

Va spiegato ai medici cos'hanno da perdere, se proliferano i FS [leve per medici: etica, qualità di vita e lavoro, e retribuzioni finali]:

1. l'integrità, rischiando di venir 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

per un piatto di lenticchie ...!



... Cos'hanno da perdere medici e sanitari?

2. Qualità di vita e di lavoro, stressati da adempimenti senza valore aggiunto e sommersi da contratti, fatture, rendicontazioni, burocrazia, anche



3. Ma alla fine dei giochi perderanno anche **entrate** e **guadagno**, perché anche le risorse aggiuntive che l'equivoco dei FS potrà prelevare dalla Società avranno un limite, e i soli a trar profitto da questo «prelievo extra» saranno i «nuovi commensali» della intermediazione amministrativa, a spese di risorse che avrebbero potuto arrivare ai sanitari, usate per cure efficaci!

Stato, Regioni e ASL/USSL/ATS/ULSS:

dovrebbero **spostare le ingenti risorse fiscali consumate** già oggi (e ancor più nel prossimo futuro, con i rinnovi contrattuali) **per i FS e le componenti sanitarie del Welfare Aziendale, verso un rifinanziamento del SSN,**

con attenzione particolare ai problemi percepiti come più gravi:

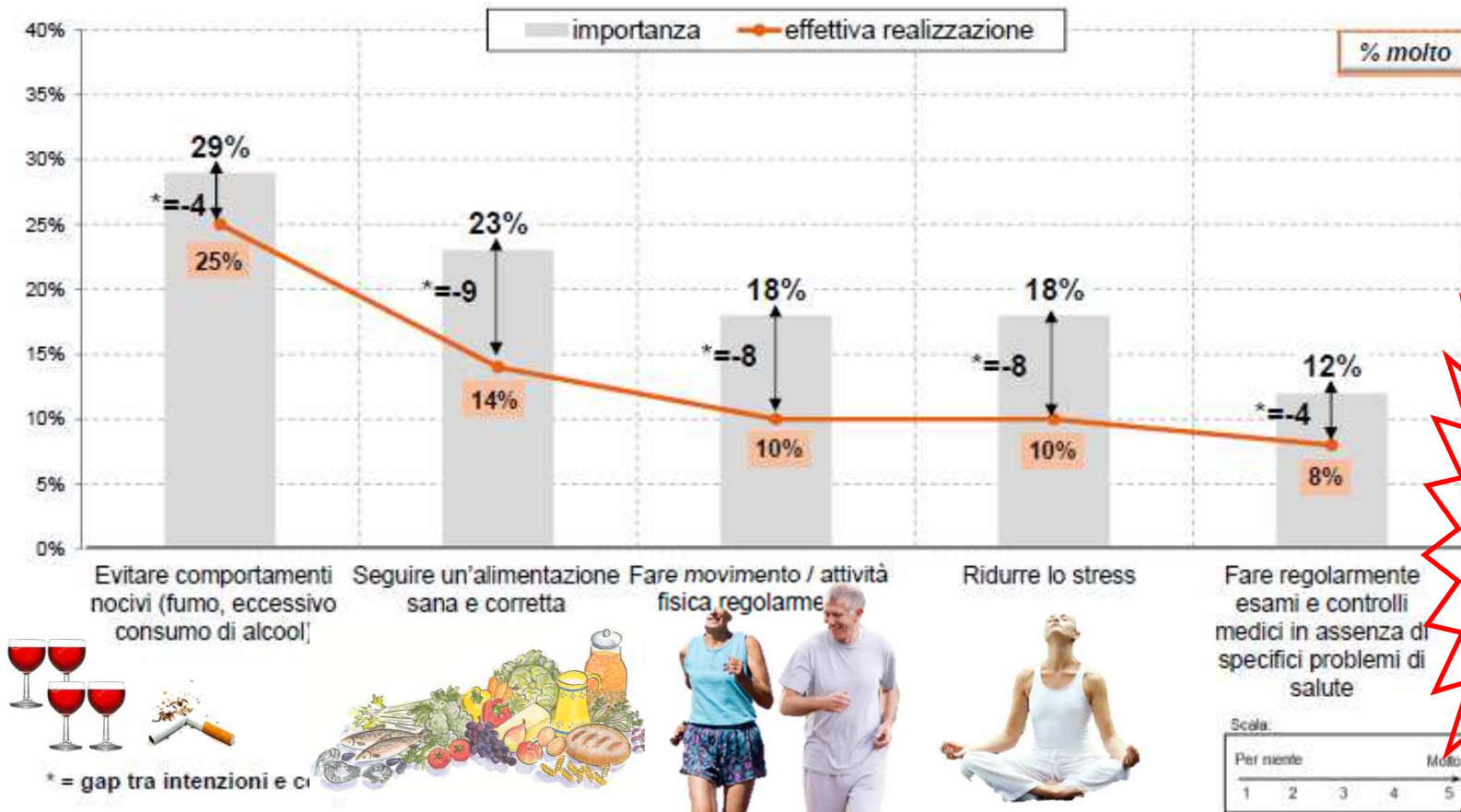
- garantire **più assistenza odontoiatrica e domiciliare**
- **l'attività fisica adattata (AFA)**
- **eliminare il superticket**
- incentivare la **riduzione delle liste di attesa**, purché **solo per prestazioni efficaci e appropriate.**

E al tempo stesso dovrebbero **disincentivare con energia prestazioni di efficacia implausibile, di basso *value* o potenzialmente iatrogene,** che gonfiano in modo improprio molte liste d'attesa, per gli interessi di alcuni erogatori e produttori.

Buone le intenzioni ... difficoltà nel mettere in atto comportamenti preventivi



Quanto considera importante ciascuno dei seguenti aspetti per fare prevenzione/mantenere una buona salute?
 E quanto lei riesce a raggiungere/realizzare ciascuno dei seguenti aspetti?



* = gap tra intenzioni e ci



Ultimo in peso percepito, **ma 1° nella offerta!**
 Certo, se si dà solo quello...

Nel Welfare aziendale Stato, Regioni e ASL/USSL/ATS/ULSS:

dovrebbero promuovere **educazione sanitaria valida e indipendente** ed **empowerment + supporti/benefit** per render facili **comportamenti e scelte salutari**, favorendo

- l'attività fisica e
- 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 **value basso o negativo**.



Infine, può essere etico **riservare benefici fiscali solo** a ciò che è **meritorio/offre vantaggi in salute estesi alla comunità**, e a **ciò che abbassa i costi per il SSN**.

Ciò che invece li alza non andrebbe incentivato, e se nel complesso inutile/dannoso → apertamente contrastato.