

A S S O C I A Z I O N E **32**

# Salute

diritto fondamentale

SCHEDA 4

## TERZO INDIZIO:

Concorrenza sleale

#### **SCHEMA 4: TERZO INDIZIO: CONCORRENZA SLEALE**

Nel marzo 2021, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato si è rivolta al Presidente del Consiglio dei ministri con la sua annuale Segnalazione di Proposte di riforma concorrenziale<sup>1</sup>. Gli estensori di tale documento non ritengono che il rafforzamento del sistema sanitario si debba attuare con adeguati finanziamenti opportunamente orientati, con la formazione e assunzione di personale, con un potenziamento della ricerca, con una profonda riforma della sanità territoriale; ipotizzano che ciò sia invece da perseguire con un "efficientamento" tramite "... una maggiore apertura all'accesso delle strutture private all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate grazie a ... una più intensa integrazione fra pubblico e privato volta ad incentivare la libera scelta di medici, assistiti e terzo pagante".

L'Autorità invita inoltre la Presidenza del Consiglio ad eliminare "...il vincolo della verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari... modificando l'artt. 8-ter, comma 3, del d. legs. 30 dicembre 1992 n. 502 prevedendo che l'accesso dei privati all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate con il SSN sia svincolato dalla verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari."

In sostanza, ci troviamo di fronte all'onda lunga di quella ideologia neoliberista ben inserita nella finanza e in alcuni organismi internazionali, quando la Banca Mondiale criticava l'indirizzo dei paesi di considerare l'assistenza sanitaria un diritto di cittadinanza tendendo così di fornirla gratuitamente<sup>2</sup> e il Trade in Service Agreement (TiSA) identificava «un potenziale enorme ancora non sfruttato per la globalizzazione dei servizi sanitari; sino ad ora questo settore di servizi ha giocato solo un ruolo ridotto negli scambi internazionali», e "lamentava" pertanto che «ciò è dovuto al fatto che i sistemi sanitari sono finanziati ed erogati dallo Stato o da enti assistenziali e non sono di nessun interesse da parte degli investitori stranieri a causa dell'assenza di finalità commerciali»<sup>3</sup>.

L'ipotesi di un sistema misto, con un privato sostenuto da un sistema assicurativo parallelo a quello pubblico, pone problemi di efficienza e di equità.

Sotto il profilo dell'**efficienza** e dell'obiettivo, spesso avanzato, di contenere la spesa complessiva – o, quantomeno, la componente pubblica –, vi sono molteplici evidenze contrarie (oltre al dato empirico sulla spesa dei sistemi misti di vari Stati). Infatti, vi sono potenziali criticità connesse alla sovra diagnosi e all'induzione di un consumismo sanitario che non si esaurirebbe nell'ambito della popolazione assicurata, né tanto meno nei percorsi diagnostico-terapeutici coperti da polizze e fondi sanitari.

Svariati studi dimostrano che, nell'ambito dei sistemi misti, la spesa sanitaria complessiva aumenta e il settore pubblico non ne beneficia in termini di riduzione delle liste di attesa, di utilizzo dei servizi, e di riduzione dei costi, come ben evidenzia anche un'ampia rassegna sulla

---

<sup>1</sup> Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato. Segnalazione ai sensi degli artt. 21 e 22 della legge 10 ottobre 1990, n. 287 in merito a: Proposte di riforma concorrenziale, ai fini della Legge Annuale per il Mercato e la Concorrenza, anno 2021. Inviata al Presidente del Consiglio dei Ministri. <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>

<sup>2</sup> Banca mondiale, Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform, Washington DC, 1987, disponibile su [documents.worldbank.org/curated/en/468091468137379607/pdf/multi-page.pdf](https://documents.worldbank.org/curated/en/468091468137379607/pdf/multi-page.pdf).

<sup>3</sup> Secret Trade in Services Agreement (TiSA). A Concept Paper on Health Care Services within TiSA Negotiations, Ginevra, settembre 2014, disponibile su [awp.lu/data/international/18/tisa\\_health.pdf](http://awp.lu/data/international/18/tisa_health.pdf)

complessiva tematica della previdenza sanitaria integrativa<sup>4</sup>.

In uno studio francese sono stati valutati i soggetti che avevano un'assicurazione supplementare privata (oltre a quella obbligatoria), rivelando che facevano registrare un numero più elevato di visite specialistiche.<sup>5</sup> Anche in Germania, la diffusione in alcuni settori occupazionali di una assicurazione privata in aggiunta a quella obbligatoria portava a un incremento dei servizi consumati e ad un effetto *feedback* fra le due componenti<sup>6</sup>. Un più recente studio effettuato in Danimarca ha evidenziato che l'effetto di un'assicurazione privata su base occupazionale incrementava gli accessi ambulatoriali dal 17,9% al 23,3% e la probabilità di ospedalizzazione dal 5,1% all'8,5%<sup>7</sup>. Sul tema è stato predisposto un Rapporto dell'Oecd<sup>8</sup> che mette in luce come il controllo dei costi sia assai più problematico in sistemi con multipli competitori e come il mercato delle assicurazioni private risulti in un incremento dei costi sanitari complessivi nella gran maggioranza dei Paesi dell'Oecd.

Sotto il profilo dell'**equità**, un tale sistema va a danno delle persone meno dotate economicamente e culturalmente. Inoltre, il sistema privato si fonda, per un suo potenziale sviluppo, sul sistema assicurativo sostenuto da forme di welfare aziendale fortemente incrementate dai benefici fiscali. Un onere per la collettività (tax free) che inevitabilmente privilegia alcuni settori professionali: le occupazioni stabili, i territori in cui i livelli occupazionali sono più alti, le aziende di maggiore dimensione.

Inoltre, sotto il profilo della concorrenza, si tratta di una "concorrenza sleale". Infatti, restano a carico del servizio pubblico (in parte inevitabilmente) le attività di maggiore impegno e tutta l'area dell'emergenza: centrale 118, trasporti, elisoccorso, ecc. Basta confrontare l'impegno pubblico e quello privato in fase pre-Covid: gli ospedali pubblici con Pronto soccorso sono 414, quelli privati 28; i Pronto soccorso pediatrici pubblici sono 28, i privati 3. Sono solo pubblici anche i reparti definiti "critici", con i seguenti posti letto: Centri ustioni, 133 posti letto; Oncoematologie pediatriche, 319 posti letto; Malattie infettive, 2.738 posti letto. Altri servizi sono prevalentemente pubblici, e fra questi le Terapie intensive: 4.694 posti letti pubblici e 396 privati<sup>9</sup>.

A ciò si aggiunga che, mentre il privato non ha vincoli, al settore pubblico sono state poste molteplici restrizioni nell'assunzione di personale, che impediscono un pieno utilizzo delle disponibilità diagnostiche e terapeutiche e una riduzione delle liste di attesa.

---

<sup>4</sup> Piperno A. La previdenza sanitaria integrativa: configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy. Rapporto elaborato su richiesta dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di Roma. Giugno 2017

<sup>5</sup> Buchmueller TC, Couffinhal A, Grignon M, et al. Access to physician services: does supplemental insurance matter? Evidence from France. *Health Econ* 2004; 13(7): 669-87.

<sup>6</sup> Vargas MH, Elhewaihi M. What is the impact of duplicate coverage on the demand for health care in Germany? Institute for Advanced Development Studies, Development Research Working Paper Series No. 10/2008, December 2008.

<sup>7</sup> Kiil A. Does employment-based private health insurance increase the use of covered health care services? A matching estimator approach. *Int J Health Care Finance Econ* 2012; 12(1): 1-38.

<sup>8</sup> Colombo F, Tapay N. Private health insurance in oecd countries: the benefits and costs for individuals and health systems. *Oecd Health Working Papers* no. 15, 2004.

<sup>9</sup> Ministero della salute, Direzione generale della digitalizzazione del Sistema informativo sanitario e della statistica, Ufficio di statistica. *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN Anno 2017*. Roma, luglio 2019.

Di fatto, la richiesta avanzata dal Garante della Concorrenza, qualora accolta, eliminerebbe ogni possibilità programmatica da parte della Regione, rendendo inutilizzabile, per bilanciare l'offerta di servizi alla domanda, la verifica del fabbisogno di servizi sanitari.

Dietro a tale "pretesa" vi è una idealizzazione della concorrenza come strumento *sempre* in grado di tutelare gli interessi della collettività, proponendola come "divinità pervasiva" che deve regnare su ogni aspetto della vita: oggi i servizi sanitari; domani le carceri, la giustizia, le forze armate...



## **Per contattarci:**

[salutedirittofondamentale.it](http://salutedirittofondamentale.it)

[salutedirittofondamentale@gmail.com](mailto:salutedirittofondamentale@gmail.com)

[Facebook](#)