Dibattito *Il Servizio Sanitario Nazionale*

Chi si iscrive alla Sanità “Integrativa” (con le norme italiane attuali) danneggia anche gli altri

Anyone subscribing to “Integrative/Supplementary” Healthcare (with the present Italian regulations) is harming also the others

Alberto Donzelli

Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva e in Scienza dell’Alimentazione, Consiglio direttivo e Comitato scientifico Fondazione Allineare Sanità e Salute

Parole chiave: sanità integrativa, assicurazioni sanitarie commerciali, spesa privata di tasca propria, spesa privata intermediata, pacchetti preventivi, consumismo sanitario, sovratrattamenti, iatrogenesi, sostenibilità economica

RIASSUNTO

Introduzione: in Italia si è aperto un acceso dibattito sulla Sanità *integrativa*.

Obiettivi: fornire informazioni basate su dati, che consentano di valutare se il 2° Pilastro sia una soluzione per un diritto alla salute sostenibile nel tempo, o se invece oggi produca effetti netti che minacciano sostenibilità del SSN e salute della comunità.

Metodi: esaminare, con informazioni basate su dati o riferite a fonti accreditate, vantaggi e svantaggi per i diversi attori in gioco: intermediari finanziari-assicurativi, produttori di tecnologie sanitarie, datori di lavoro, iscritti ai Fondi, lavoratori, erogatori, SSN, contribuenti e assistiti.

Risultati: i vantaggi sono oggi preminenti per intermediari assicurativi, produttori di tecnologie sanitarie e datori di lavoro. Invece, equità e solidarietà del SSN sono messe a rischio. Inoltre tutti i macroaggregati di spesa sanitaria: totale, pubblica, privata complessiva (out-of-pocket + intermediata) aumentano con l’espansione della Sanità *Integrativa*. L’orientamento dell’assicurato che anticipa una tariffa annua è in genere più inflattivo di chi acquista solo out-of-pocket, più propenso a riflettere su necessità e priorità di spesa. Per paradosso, le prove mostrano che l’assicurato tende a spendere di più persino out-of-pocket, per incentivi al consumismo e franchigie/compartecipazioni. Anche il rimborso dei ticket toglie responsabilizzazione ai prescrittori e consapevolezza ai consumatori. Contribuenti e assistiti non iscritti a Fondi/Assicurazioni sanitarie hanno ovvi svantaggi, ma persino i lavoratori che accedono alla Sanità *integrativa* hanno vantaggi dubbi, ricevendo meno retribuzione in busta paga e meno Tfr e pensione.

I costi d’iscrizione, poi, si aggiungono a quelli della Sanità pubblica, cui tutti comunque concorrono con le tasse. Anche i sanitari, a fronte di effimeri vantaggi, rischiano di perdere etica e qualità del lavoro e qua

Autore per corrispondenza: adonzelli1@libero.it

lità di vita, e nel medio-lungo periodo vedranno crescer meno le retribuzioni, perché risorse che avrebbero potuto arrivare a loro sono dirottate verso intermediari e azionisti. L'aspetto, sottovalutato ma più esplosivo, è l'induzione di consumismo sanitario e iatrogenesi. I "pacchetti preventivi" di Fondi e Assicurazioni sanitarie ne sono esempi clamorosi, che moltiplicano anche decine di volte l'offerta ritenuta appropriata dal SSN, su cui poi scaricano cascate di accertamenti diagnostici, interventi di *low value* e iatrogenesi indotta. *Conclusioni:* la sintesi presentata dimostra che la Sanità *integrativa* come oggi configurata non risolve i problemi di salute in modo sicuro e sostenibile, anzi aggrava consumismo sanitario e sovratrattamenti. L'aumento dei beneficiari renderà ancor meno sostenibili i costi sanitari e umani della Sanità. Comprenderlo è la premessa per valutare proposte di soluzioni nel breve e medio-lungo periodo.

Key words: supplementary health care, commercial health insurances, out-of-pocket health expenditure, health care voluntary schemes, preventive packages, healthcare consumerism, overtreatment, iatrogenesis, economic sustainability

SUMMARY

Introduction: in Italy a heated debate about the *integrative /supplementary* health care is in progress.

Objectives: to provide data based information, in order to assess whether the so called "2nd Pillar" can represent a solution for the right to sustainable health over time, or if today this Pillar produces net effects that threaten the sustainability of the NHS and the community health.

Methods: to examine, with information based on data or referring to authoritative sources, advantages and disadvantages for the various stakeholders involved: financial-insurance intermediaries, health technology producers, employers, citizens registered with the Health Funds, workers, providers, NHS, tax payers, and patients.

Results: the advantages are now real for insurance intermediaries, manufacturers of health technologies and employers. Instead, fairness and solidarity of the NHS are at risk. In addition, all macro-aggregates of health expenditure: total, public, overall private (out-of-pocket plus voluntary financing schemes) increase with the expansion of the Integrative Healthcare. The attitude of the insured, pre-paying an annual fee for their coverage, is generally more inflationary than the behavior of people who only buy out-of-pocket care, more inclined to question the need and priority of spending. Paradoxically, the evidence show that the insured people tend to spend more even out-of-pocket, because of incentives to consumerism, and insurance deductibles / ticket disposers. Also the reimbursement of the tickets dampens the prescribers' responsibility and the consumers' awareness. Taxpayers and citizens/patients not enrolled in health funds / insurances have obvious disadvantages, but even workers who access supplementary healthcare have doubtful advantages, receiving less salary and less severance pay and pension. The registration costs, then, are added to those of public health, payed with universal taxation, shared by everyone. Even healthcare providers, in exchange for temporary advantages, risk to lose ethics, quality of work and quality of life. In the medium-long term they will see their salaries grow less, because resources that could have reached them are diverted to intermediaries and shareholders. An underestimated, but more explosive, aspect is the induction of healthcare consumerism and iatrogenesis. The "preventive healthcare packages" of Funds and Health Insurances are noteworthy examples, which also multiply many fold the offer deemed appropriate by the NHS, to which they add large amount of diagnostic tests, low-value health interventions and induced iatrogenesis.

Conclusions: this article demonstrates that *integrative /supplementary* health, as structured today, does not solve healthcare issues in a safe and sustainable way, indeed it exacerbates health care consumerism and overtreatments. The increase in beneficiaries will make healthcare and clinical costs less and less sustainable. Understanding this threats is the necessary premise for evaluating proposals for solutions both in the short and medium-long term.

Introduzione

Alcune Organizzazioni, tra cui la Fondazione *Allineare Sanità e Salute*, hanno sottoscritto una lettera a Quotidiano Sanità relativa al Patto per la Salute, con proposte di modifica all'Art. 11 sulla Sanità *integrativa* (1) “per non buttar via il SSN”.

Altri intervenuti sullo stesso Quotidiano (2) hanno chiesto alle Organizzazioni firmatarie «di portare proposte concrete e alternative all'istituzione del Secondo Pilastro Sanitario» ... in un confronto aperto, costruttivo, con l'obiettivo di garantire a tutti gli italiani il diritto alla salute.

Condividendo l'obiettivo di garantire agli italiani un diritto alla salute sostenibile e sostenuto nel tempo, la Fondazione *Allineare Sanità e Salute* accoglie con favore la richiesta di un ampio confronto. Abbiamo infatti proposte su:

1. che cosa fare nel breve termine
2. possibili percorsi strategici a medio-lungo termine verso l'obiettivo (implementazione della Vision della nostra Fondazione)
3. e persino su un possibile ruolo coerente per la Sanità *integrativa*, nello scenario che andremo a delineare.

Tuttavia, prima di entrare nel merito delle proposte di soluzione in un prossimo articolo, è indispensabile un passaggio preliminare, scopo di questo articolo.

Obiettivi

Fornire a chi intende discutere con consapevolezza di Sanità *integrativa* informazioni basate su dati, che consentano di valutare se il Secondo Pilastro costituisca per gli italiani una possibile “soluzione” per un diritto alla salute sostenibile nel tempo, o se al contrario oggi produca effetti netti di crescente minaccia alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e alla salute stessa della comunità.

Metodi

Questo articolo utilizzerà per quanto possibile informazioni basate su dati ufficiali, o comunque con riferimento a fonti accreditate. Riproporrà anzitutto in sintesi alcuni argomenti validi già sollevati da vari commentatori, ma presenterà anche dati e argomenti pertinenti finora poco utilizzati nel dibattito.

In particolare, dato che molti hanno presentato la Sanità *integrativa* come soluzione in cui vincerebbero tutti, si esamineranno i principali vantaggi e svantaggi per i diversi attori in gioco: intermediari finanziari-assicurativi, produttori di tecnologie sanitarie (comprese tecnologie abusate, non costo-efficaci o futili), datori di lavoro, iscritti ai Fondi, lavoratori, erogatori, SSN, contribuenti e cittadini-assistiti.

Risultati e loro discussione

Intermediari finanziari-assicurativi. Produttori di tecnologie sanitarie

Per queste due categorie i vantaggi del Secondo Pilastro sono preponderanti e chiari, quanto meno finché la "barca Italia" resta a galla.

Per i produttori di tecnologie sanitarie di low-value, in particolare, la Sanità *integrativa* potrebbe essere l'unico sbocco possibile, perché tali prodotti avrebbero meno probabilità di essere ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e/o di essere considerati appropriati nel contesto del SSN.

Datori di lavoro

Anche per questi stakeholder possono prevalere i vantaggi, poiché effettuano versamenti ai Fondi senza prelievi contributivi e non accantonano risorse per il trattamento di fine rapporto (Tfr). Inoltre, finché ci sarà scarsa consapevolezza delle implicazioni complessive, la Sanità *integrativa* può concorrere a migliorare il clima aziendale.

Solidarietà

In un SSN chi è in buona salute concorre a finanziare la spesa dei malati, chi è in migliori condizioni economiche concorre a finanziare chi è meno abbiente, chi è giovane a finanziare le spese dei vecchi: questa solidarietà incrociata è molto efficiente, perché "mette in comune" i rischi di salute (cui per altro gran parte delle persone va incontro in diverse fasi della vita, compresi i più abbienti e fortunati) e fa sì che 60,5 milioni di Italiani "si assicurino" gli uni con gli altri. Ognuno è coperto dal rischio di perdere la salute da quando nasce, qualunque sia il suo patrimonio genetico, il suo contesto socioeconomico, il suo reddito o come invecchierà (3).

Invece, nessuno dei frammentati 322 Fondi iscritti all'anagrafe ministeriale e di quelli non iscritti potrebbe fare lo stesso, anche se lo volesse. Men che meno ciò accade con le assicurazioni private volontarie, in cui il contratto si rinnova ogni anno e, se il rischio individuale peggiora, ad es. per malattie croniche insorte, si pagano quote assicurative via via più alte (3).

Un sistema pubblico solidale non reggerebbe senza l'obbligo di tutti a finanziare il SSN, se cioè a chi vuole uscire dal SSN si desse facoltà di farlo. Nelle loro dichiarazioni, anche importanti fautori del 2°-3° Pilastro escludono l'*opting out* (2), ma è difficile evitare che chi paga per un'assistenza duplicativa abbia alla lunga la tentazione di chiedere di non pagare più anche il SSN (con le gravi conseguenze testimoniate dalla sanità USA).

Equità

I sussidi fiscali comportano benefici per i 13-14 (?) milioni di italiani che li ricevono e perdite per tutti i contribuenti, in particolare per gli altri 46 (?) milioni di italiani che

oggi ne sono esclusi (senza avere consapevolezza di ciò). Le attuali detrazioni favoriscono i più ricchi, istruiti e sani, ampliando le iniquità. Le regioni del Sud, con livelli di reddito e di istruzione inferiori, sussidiano la spesa privata delle regioni del Nord (4). Chi ha reddito fino a 15.000 € riceve benefici fiscali marginali, attingendo a una quota del 4%- dei benefici complessivi; chi ha reddito >100.000 € attinge al 15%- del totale. I benefici fiscali crescono con il reddito, dal 14% fino al 48%- per i fondi più diffusi: dunque sono strumenti a favore dei più ricchi (5). L'immagine di Robin Hood alla rovescia esprime bene il concetto.

Spesa sanitaria

I dati dimostrano che tutti i macroaggregati di spesa sanitaria, sia totale, sia pubblica, sia privata complessiva (out-of-pocket + intermediata) aumentano con l'espansione della Sanità Integrativa (6-8).

Il maggior paradosso, non intuitivo e finora scotomizzato dal dibattito pubblico, è che in media aumenta persino la spesa out-of-pocket (9), come mostra l'indagine Share (10) su 11 paesi, Italia compresa (3): salvo che in Olanda, dove però la copertura integrativa può essere davvero e solo in-te-gra-ti-va, l'intermediazione negli altri paesi aumenta in tendenza anche le spese out-of-pocket! Ciò accade verosimilmente sia perché i rimborsi delle spese anticipate dagli iscritti sono solo parziali, lasciando franchigie e compartecipazioni a loro carico, sia per i continui incentivi e facilitazioni al consumismo e all'acquisto di prestazioni di low-value (o persino futili e dannose). Ciò accade specie in caso di coperture cosiddette *sostitutive*, ma di fatto *duplicative/addizionali*, nonché per l'offerta irresponsabile di rimborsare e persino di pagare direttamente i ticket (cosa diversa dal levare il superticket, che chiediamo anche noi).

Riteniamo che alla Sanità integrativa non andrebbe consentito il rimborso dei ticket. Ciò infatti vanificherebbe almeno due delle funzioni dello strumento: dare al cittadino un po' di consapevolezza di quanto sta consumando, a prevalente carico della comunità; e indurre il medico prescrittore, per non scontentare il proprio assistito-cliente, a meglio selezionare e prescrivere alternative che non dilatino senza buoni motivi clinici i costi che l'assistito dovrà sopportare direttamente. Il rimborso dei ticket da parte della Sanità integrativa toglierebbe consapevolezza e responsabilizzazione a entrambe le figure, favorendo un maggior consumismo sanitario, i cui molteplici incentivi sarebbero gli unici a continuare a operare.

Con la logica di concedere benefici fiscali a Terzi paganti che rimborsano i ticket, perché, stressando l'esempio a scopo didascalico, negarli ad assicurazioni che pagassero in anticipo tutte le multe per eccesso di velocità/sosta vietata? O a chi acquistasse "pacchetti di sigarette con foderò", adatto a nascondere le scritte allarmanti sui drammatici danni da fumo?!

Sostenibilità

Per quanto già espresso in tema di Solidarietà e di Spesa sanitaria, è chiaro che la Sanità *Integrativa* comporta minacce per la sostenibilità del SSN. A maggior ragione se le scelte politiche fossero di continuare a destinare, o persino ampliare, gli attuali benefici fiscali per spese sanitarie, con corrispondente minor gettito fiscale e minori risorse per il SSN. Le spese fiscali destinate alla salute (11) sono state stimate nel 2017 in € 4,1 miliardi. Il fatto che queste si riferiscano soprattutto (per ora) alle detrazioni per spese sanitarie mediche, assistenziali e specialistiche relative a 17-18 milioni di persone, e in parte minoritaria (per ora) anche a deduzioni dei contributi versati ai Fondi sanitari (837 milioni di € nel 2016 (5)) è in realtà poco rilevante ai fini dell'equità, violata in entrambi i casi. Ma, soprattutto, l'entità di queste agevolazioni fiscali è ancora poca cosa rispetto agli effetti dirompenti della Sanità *integrativa* sull'induzione di prestazioni e servizi non necessari, in grado di pregiudicare la sostenibilità di qualsiasi Sistema Sanitario. Si tratta di un problema enorme, di cui c'è però scarsa consapevolezza: lo analizzeremo tra breve.

In ogni caso, il potenziale di induzione di consumismo sanitario della spesa intermediata è ben maggiore rispetto a quello della spesa out-of-pocket, sia pure alleggerita di un 19% di possibili detrazioni. Infatti l'atteggiamento inflattivo dell'assicurato-tipo, che ha pagato in via preventiva una tariffa annua alla Sanità *Integrativa*, sarà spesso di rivendicare "tutto ciò cui quel pagamento dà diritto", a prescindere. Invece chi acquista out-of-pocket è spesso più propenso a riflettere sull'effettiva priorità e necessità della prestazione/servizio che dovrà pagare.

In tal senso, l'Organizzazione per la Sicurezza e la Cooperazione in Europa (OCSE) e l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) dovrebbero rivedere la storica posizione di considerare l'out-of-pocket la più iniqua delle forme di spesa sanitaria. Ciò infatti avrebbe senso solo se l'intermediazione fosse solo un "gruppo d'acquisto" che punta a ottenere dai fornitori economie di scala nei pagamenti da parte degli associati di una quantità comunque fissa di prestazioni/servizi. Invece l'intermediazione va ormai ben oltre, e ha assunto le caratteristiche di un business che esercita forti pressioni consumistiche, da un lato per competere nell'attrazione degli iscritti grazie a offerte sempre più "ricche", di cui enfatizza il *value* anche quando questo non c'è; dall'altro verosimilmente anche mediante accordi con produttori ed erogatori, cui garantisce un alto gettito in prodotti e prestazioni, a fronte di tariffe scontate per unità di output.

Ciò considerato, il suggerimento dell'OMS (12) di contenere l'out-of-pocket entro il 15% della spesa sanitaria ha costituito di fatto un assist all'espansione della spesa intermediata, dato che il Governo italiano non potrebbe certo in alternativa elevare rapidamente all'85% la componente pubblica della spesa sanitaria totale.

Vantaggi per i lavoratori?

A chi riceve Sanità *Integrativa* come parte del Welfare aziendale spesso si presentano solo i benefici, o supposti tali, di questa operazione, senza che vi sia trasparenza sullo scambio che essa comporta, non solo in termini di minor remunerazione in busta paga, ma anche come scambio differito, perché ciascuno pagherà il Welfare sanitario anche con minor trattamento di fine rapporto/Tfr al collocamento a riposo e con minore pensione per il resto dei suoi giorni (13).

L'argomento, poi, che le coperture proposte costino poco, e meno della Sanità pubblica, è del tutto illusorio. Infatti, anche se gli iscritti credono di pagare poco, in parte grazie a sussidi ricevuti dai due terzi/tre quarti degli italiani inconsapevoli di esser tassati anche a beneficio degli iscritti ai Fondi (e alle Assicurazioni sanitarie), in realtà quei lavoratori pagano comunque in più rispetto al contributo obbligatorio per il SSN, cui comunque sono tenuti, come tutti. Inoltre si indebolisce la cultura del ricorrere a cure (solo se) necessarie e appropriate, aumenta l'orientamento al consumismo, si affievolisce il riferimento ai valori di universalismo, uguaglianza e sostenibilità cui si richiama anche il linguaggio di importanti Assicurazioni commerciali (2). E aumentano sia la spesa sanitaria pubblica (e dunque le tasse, anche per gli iscritti a Fondi/Assicurazioni), sia i rischi iatrogeni, come si vedrà.

Vantaggi per i contribuenti e cittadini-assistiti non iscritti a Fondi e Assicurazioni sanitarie?

La domanda è retorica, e la risposta può essere solo: No.

Gli svantaggi non riguardano solo i contributi fiscali cui tutti i contribuenti sono assoggettati in modo inconsapevole a beneficio degli iscritti alla Sanità *integrativa*, e l'aumento di tassazione generale per i maggiori costi della Sanità pubblica che la Sanità *integrativa* concorre a generare nei fatti (benché proclami il contrario!), ma riguardano anche aspetti cui gli assistiti sembrano più sensibili, come l'allungamento delle liste d'attesa.

Perché ciò dovrebbe verificarsi, se le prestazioni di iscritti a Fondi e Assicurazioni non gravano sulle liste d'attesa istituzionali, ma si orientano verso le liste parallele dei solventi? Per almeno tre motivi:

- 1) l'esistenza di un florido mercato di libera professione del personale dipendente dal SSN incoraggia comportamenti opportunistici di alcuni nell'assolvimento degli obblighi istituzionali. Sono illuminanti le intercettazioni (Corriere della Sera, 25-3-17) di un noto primario a colloquio con un collega operoso: "Rallenta... la produzione tienila bassa... intanto cresce la lista d'attesa... se no non farai mai i privati". L'approccio diretto e sfrontato fa pensare che i comportamenti opportunistici rivendicati non costituiscano fenomeni percepiti come marginali, da esternare con imbarazzo o vergogna, ma al contrario siano considerati condizioni piuttosto comuni
- 2) la doppia afferenza e doppio canale retributivo di tanti professionisti (da un lato SSN, dall'altro libera professione / accordi con la Sanità *integrativa*) alimenta la tendenza

all'induzione di prestazioni di *low value* cui la Sanità *integrativa* nel complesso concorre, che influenza anche l'erogazione nel contesto pubblico e la spesa relativa. Un esempio tra mille possibili: un ginecologo cui conviene, per libera professione o contratto con Fondi Sanitari, fare alle donne Pap-test pagato a tariffa, non triennale ma annuale, avrà più probabilità di «farsi piacere» linee guida che giustificano ripetizioni annuali, sponsorizzate da produttori che ne hanno interesse, in contrasto con Linee guida basate sulle prove. Inoltre, per evitare una "frattura interiore", cercherà di tenere/trascinare tale prassi anche nell'Azienda sanitaria da cui dipende. Oltre agli oneri diretti del triplicare i test, tale prassi genera sovradiagnosi di lesioni senza importanza clinica, destinate in gran parte a non progredire/regredire spontaneamente, ma che inducono cascate di accertamenti e interventi anche nell'attività istituzionale del SSN (come successivi esempi chiariranno meglio), oltre ad ampliare profittevoli opportunità per quel professionista.

3) Anche nella migliore delle ipotesi, la settimana lavorativa di un dirigente medico è per contratto di 38 ore, oltre le quali è legittimata (e finanziariamente vantaggiosa) la libera professione. Benché in teoria a nessuno sia impedito di restare più a lungo sul posto di lavoro SSN per far fronte alle liste d'attesa istituzionali, in pratica molti effettueranno ore lavorative settimanali eccedenti dove è più conveniente, come hanno diritto di fare.

Per questi motivi si può dire che la Sanità *integrativa* allunga le liste di attesa in generale (per quanto al punto 2), e agli iscritti consente di tagliarle... a spese di tutti gli altri. Oltretutto gli altri, per quanto espresso ai punti 1 e 3, vengono spinti più indietro (7).

Vantaggi per i medici e gli altri sanitari?

Molti medici, di fronte all'erosione del proprio reddito, hanno salutato con favore le opportunità di recuperarlo offerte dalla Sanità *integrativa*. Tuttavia una più attenta riflessione può indurre ripensamenti, evidenziando cosa hanno in concreto da perdere anche loro, con la proliferazione di questi Fondi e Assicurazioni. La riflessione può riguardare tre domini:

- A) *Etica*, per la cessione di quote di integrità professionale, dato il parziale conflitto con la missione di fare sia l'interesse di salute degli assistiti loro affidati, sia quello generale del SSN che dicono di voler difendere e della comunità, in cambio di benefici effimeri (in effetti, vi sono diversi passaggi del Codice di Deontologia medica (14) riferiti a principi che la Sanità *integrativa* non rispetta: solidarietà, equità sociale, eliminazione di disuguaglianze nella tutela della salute [Art. 5]; contrasto a ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure [Art. 6])
- B) *Qualità di vita e di lavoro*: i professionisti sono stressati da ulteriori adempimenti senza valore aggiunto e sommersi da contratti, fatture, rendicontazioni, burocrazia. Infatti la frammentazione dei Fondi sanitari comporta transazioni ulteriori rispetto a

quelle con il SSN, con i connessi costi amministrativi, che di per sé non producono salute, anzi sottraggono tempo e costo/opportunità ai sanitari.

- C) *Retribuzioni, nel medio-lungo periodo.* Alla fine dei giochi, infatti, i sanitari perderanno anche entrate e guadagno, perché anche le risorse aggiuntive che l'abbaglio della Sanità *integrativa* riuscirà ad attingere dalla Società avranno un limite, e i soli a trarre profitto saranno i «nuovi commensali» dell'intermediazione amministrativa, per mantenere se stessi o dirottare dividendi agli azionisti, a spese di risorse che avrebbero potuto arrivare ai sanitari, usate per cure efficaci.

Sanità integrativa, consumismo sanitario e iatrogenesi

I rischi maggiori per la sostenibilità del SSN e la salute della comunità e degli stessi iscritti a forme di Sanità *integrativa* derivano in realtà dalla spinta al consumismo sanitario e dall'esplosione di sovradiagnosi e sovratrattamenti. Su questo punto il deficit di consapevolezza è enorme.

Analizzando un pacchetto di prevenzione oncologica-tipo (15) avevamo già dimostrato che nessun sistema sanitario al mondo potrebbe reggere se quel tipo di pressione si estendesse a gran parte della popolazione di un paese.

Tra i tanti esempi evidenziati nel pacchetto, si ricorda l'offerta ai maschi assicurati dai 46 agli 80 anni di 34 ricerche di Alfa Feto Proteina e alle donne, dai 31 anni, di 50 ripetizioni di CA 125 e CA 15.3 (quando la frequenza di screening per questi marker ritenuta valida dal SSN e dalle prove disponibili è zero!), con costi esorbitanti, cascate di accertamenti successivi non necessari e drammatico carico iatrogeno (16).

Oppure l'offerta ai maschi da 46 a 80 anni di PSA annuali di screening (34!). In proposito il follow-up a 16 anni del grande trial Europeo ERSPC (17) ha appena confermato una minima riduzione di mortalità da ca. prostatico (del 20% come rischio relativo, ma solo dello 0,18% in rischio assoluto), e che neppure questo screening riduce la mortalità totale (17-18): 0,99, IC 95% 0,98-1,01, ma +0,52% nell'insieme dei gruppi 50-54 e ≥ 70 anni (19). I ≥ 70 enni hanno anche avuto in tendenza aumenti di mortalità da ca. prostatico (+6%). Un forte messaggio dovrebbe essere interrompere il PSA nei ≥ 70 enni, non di farne di più! Men che meno offrendo benefici fiscali per lo screening.

Il caso dell'Italia, infine, è desolante: a 15 anni di follow-up, per evitare una morte da ca. prostatico il n. di maschi da invitare al PSA è stato di 44.232, e di tumori da diagnosticare 673 (senza cambiare prognosi a 672 uomini, ma rovinando la vita a tanti, oltre a far esplodere i costi sanitari). Questi risultati andrebbero resi noti ai maschi italiani, altrimenti di che consenso informato si parla?! (19).

I pacchetti di prevenzione cardiovascolare non sono da meno. Alcune Assicurazioni sostengono che i propri protocolli di diagnosi precoce rispondano ai principali standard internazionali (20), ma l'affermazione non risulta fondata. Basta esaminare alcune offerte

per averne conferma.

Ad esempio (20): "La diagnosi precoce del rischio cardiovascolare(CV) è sviluppata secondo le linee guida del Progetto Cuore approvate dallo stesso Ministero della Salute."

Ciò purtroppo non è vero.

Il Progetto Cuore consente di stimare la probabilità (21) di andare incontro a un primo evento CV maggiore (infarto miocardico o ictus) nei 10 anni successivi, ma premette che il calcolo del punteggio individuale dev'essere effettuato dal medico. Per il calcolo servono i valori di otto fattori di rischio: sesso, età, abitudine al fumo, trattamento antipertensivo in atto, pressione arteriosa sistolica (PAS), diabete, colesterolemia totale, cHDL nella popolazione sana di 35-69 anni. È evidente che i primi fattori sono comunque noti alla persona interessata, e solo per gli ultimi servono misurazioni, in particolare di PAS (in genere nota, perché misurata di routine dal curante e suscettibile di automonitoraggio affidabile con dispositivi automatici domiciliari) e tre esami di laboratorio: glicemia, colesterolemia totale, cHDL.

Però non occorre misurarli tutti gli anni a tutti: il Progetto Cuore istituzionale raccomanda di farlo ogni 5 anni se il rischio calcolato è <3%, com'è in gran parte della popolazione italiana di quella fascia di età. Ad es. un uomo di 50 anni, non fumatore, né diabetico, con PAS 135 senza antipertensivi, colesterolo totale 200 mg/dl e HDL 50 ha ancora un punteggio di rischio a 10 anni <3%, come pure una donna di 63 anni con gli stessi valori. Invece una tipica opzione STANDARD "Prevenzione", Pacchetto Prevenzione CV (22) propone tali esami tutti gli anni, a uomini e donne, e vi aggiunge tutti gli anni (!) emocromo completo, creatinemia, ALT/GPT, AST/GOT, esame urine, trigliceridi, ECG di base e misurazione PA. È chiaro che si tratta di una gran dispersione di risorse, con ricadute ulteriori, perché la continua ripetizione a tappeto di un gran numero di esami, senza preve valutazioni del curante sulla loro necessità, genera alcuni valori anormali anche per solo effetto del caso, che però richiedono ulteriori accertamenti, talora più costosi (a quel punto posti di solito a carico del SSN). Anche quando non diano luogo a inutili terapie, questi producono quanto meno ansia e sprechi di tempo di vita degli assicurati e di tempo di lavoro di chi li assiste a carico del SSN, con allungamento ingiustificato delle liste d'attesa, a scapito di interventi necessari per chi ne ha bisogno.

Il pacchetto Prevenzione CV aggiunge (22): "L'esecuzione di tutte (!) le prestazioni di questa garanzia consente all'Assicurato di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione [Ndr: ma si è visto che ciò non è esatto]), del servizio di valutazione del proprio rischio CV...".

Perché non si pensi a uno specifico pregiudizio verso una particolare Assicurazione, si segnala che non si tratta di un'eccezione, perché tante altre Assicurazioni e Fondi sanitari offrono pacchetti molto simili, in grave contrasto con prove disponibili e indicazioni ufficiali. A titolo di esempio, ecco il pacchetto di un importante Gruppo Bancario (23) (tabella 1).

Esame	a chi è rivolto (per Intesa-San Paolo)	frequenza con Intesa-S. Paolo e n. ripetizioni	Raccomandazioni del SSN	frequenza con SSN e n. ripetizioni
Ecografia addominale	donne-uomini >18	annuale, 51	valuta il curante	da 0 a ...
Profilo lipidico	donne-uomini >18	annuale, 51	ogni 5 anni se RCCV <3%, o valuta curante	se tra 18 a 69 aa 5 (o più se...)
Glicemia a digiuno	donne-uomini >18	annuale, 51	se BMI ≥ 25 + ≥ 1 altro f.d.r., o tutti dai 45 aa; se nella norma ripetere ogni 3 anni	se tra 18 a 69 aa 8 (o più se...)
Sangue occulto feci	donne-uomini >18	annuale, 51	gratuito uomini e donne 50-74 anni	biennale, 13
Mammografia / ecografia mammaria	donne >18	annuale, 51	gratis mammografia donne 50-74 anni	biennale, 13
Pap test	donne >18	annuale, 51	gratis ogni 3aa da 25 a 30-35 (poi test HPV ogni 5 aa. fino a ~64)	~3 Pap-test e ~7 test HPV
Elettrocardiogramma	donne-uomini >18	annuale, 51	valuta il curante	da 0 a ...
TSH	donne-uomini >18	annuale, 51	valuta il curante	da 0 a ...

Tabella 1 - Prestazioni previste da Intesa San Paolo Assicura (pacchetto adulti 18-69 anni), a confronto con raccomandazioni SSN

Abbreviazioni e acronimi:

TSH: Ormone tireostimolante; BMI: Indice di massa corporea; RCCV: Rischio Cardio Cerebro Vascolare; f.d.r.: Fattore di Rischio; HPV: Virus del papilloma umano; SSN: Sistema Sanitario Nazionale
N.: numero

A parte ogni considerazione sugli sprechi e la iatrogenesi (basti pensare a mammografie annuali dai 19 anni!), l'analisi della tabella permette di capire quanto sia inappropriato per un'offerta come questa non solo il termine *integrativa*, ma anche quello *sostitutiva*. Questo in effetti fa pensare a una prestazione che ne sostituisca una corrispondente del SSN, che dunque sarebbe evitata. Questa era l'(ingenua) idea-base sottesa ai benefici fiscali accordati alla Sanità integrativa. Il termine OCSE (24) *duplicativo* è già meno improprio, perché fa pensare a un'addizione di prestazioni, rispetto a quanto continua comunque a esser reso/costare al SSN. In realtà spesso il carattere di queste prestazioni è *moltiplicativo*, nel senso ad es. che per una prestazione-tipo di screening raccomandata/rimborsata dal SSN a un assistito la Sanità *integrativa* ne può proporre cinque-dieci. Per non parlare di screening *non* raccomandati dal SSN, in cui la Sanità *integrativa* ne può proporre anche 50 nella vita di un singolo assicurato! (v. tabella 1).

È fondamentale superare il paradigma che pensa alle prestazioni sanitarie come a insiemi "a numero e perimetro fisso", come accadrebbe in un "gioco chiuso e a vasi comunicanti"

tra SSN e Sanità *integrativa*. Invece in entrambi i comparti gli erogatori, se pensano di averne un vantaggio, sono in grado di aumentare in modo discrezionale la propria offerta/prescrizione/erogazione (7).

Non si pensi, poi, che la situazione descritta riguardi solo le Assicurazioni sanitarie. Precedenti pubblicazioni (6, 25) avevano analizzato a titolo d'esempio l'offerta di un Fondo sanitario. Si propone nel box che segue quello del Fondo per i lavoratori di un altro settore (26) (ma si potrebbe proseguire con molti altri):

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE NELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE (26)

Cosa puoi fare?

- *Esami del sangue: emocromocitometrico, Ves, Glicemia, Azotemia, Creatininemia, Colesterolo totale e HDL, Trigliceridi, Omocisteina*
- *Visita specialistica cardiologica*
- *ECG basale*
- *Spirometria*

Le prestazioni devono essere effettuate una volta l'anno in un'unica soluzione. Nessun limite di età! Presso le strutture sanitarie convenzionate con una nota Compagnia Assicurativa, da lunedì al sabato.

Commento: per glicemia, colesterolo e trigliceridi vale quanto già osservato: per soggetti con valori nella norma il Fondo moltiplica per 5 le ripetizioni ufficiali raccomandate (che si potrebbero già considerare generose, in base alle prove. Si consideri ad es. che per le Linee Guida sulla prevenzione CV della Società Europea di Cardiologia e di altre 9 Società (27) la valutazione sistematica del rischio CV si può considerare in uomini >40 anni e donne >50, ripetendola ogni 5 anni se non sono ad aumentato rischio CV. Invece non è raccomandata in uomini <40 anni e donne <50 senza fattori di rischio CV noti). Per emocromo, Ves, Azotemia, Creatininemia il fattore di moltiplicazione può essere anche maggiore, e in ogni caso l'esecuzione non dovrebbe scavalcare il filtro e la previa valutazione clinica del curante. Per l'Omocisteina ciò vale a maggior ragione. Come pure per la visita specialistica cardiologica (una volta l'anno!) e l'ECG basale. Quanto alla spirometria di screening, si ricorda che l'United States Preventive Services Task Force (USPSTF), Agenzia leader mondiale in tema di prevenzione e cure primarie, ne ha motivato una raccomandazione di grado D (28), cioè *contraria*, anche nei fumatori, a fronte di decine di ripetizioni per gli aderenti a questo Fondo.

Non basta: il Fondo offre la SPECIALE CAMPAGNA di PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE NEI CAMPER DELLA SALUTE, cioè "poliambulatori mobili con medici specialisti per effettuare la prevenzione cardiovascolare vicino a te".

ANCHE PER TITOLARI, SOCI E COLLABORATORI ISCRITTI E NON ISCRITTI

- *Ecg di base con referto*
- *Valutazione del microcircolo arterioso per prevenzione malattie vascolari (MESI)*

- *Esami sangue: colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia*
- *Rilevazione del peso corporeo con BMI massa magra e massa grassa*
- *Misurazione pressione arteriosa e circonferenza addominale*
- *Spirometria*
- *Raccolta e valutazione referti da parte del medico sul camper con indicazioni su eventuale necessità di ulteriori approfondimenti.*

Commento: molte di queste offerte si qualificano come *disease mongering*, e comunque indeboliscono il rapporto e minano il ruolo del medico di famiglia, che dovrebbe coordinare e condividere la scelta di esami. Inoltre, è dimostrato che i benefici complessivi dei check-up sono nulli (29), anche quando abbinati a counselling antifumo e su dieta e attività fisica (30). Nel caso di Inter99 (30) dati e indizi suggeriscono l'ipotesi paradossale che sovradiagnosi e sovratrattamento con connessa iatrogenesi abbiano controbilanciato i benefici su fumo e attività fisica (31).

Nella valutazione di questi “pacchetti” dovrebbe essere fondamentale e dirimente un esplicito riferimento normativo alle prove scientifiche (derivanti da revisioni sistematiche di ricerche valide). Infatti la diatriba con tanti interlocutori e portatori di interessi riguarda il fatto che “l’appropriatezza” ci sarebbe “se c’è la prescrizione del curante”, a maggior ragione se la prestazione “è prevista da (qualche) Linea Guida”. Invece anche nel caso delle “Linee Guida” (di Società professionali, spesso sponsorizzate dai produttori di tecnologie, come dimostra l’indagine sui conflitti d’interesse delle Società italiane (32)), la legittimità di una raccomandazione deriva solo se la stessa è sostenuta da prove valide, ed è a queste ultime che chiunque dovrebbe poter fare riferimento per metterla in discussione (in questo senso, “l’EBM è democratica”, e si distingue dai riferimenti al “principio di autorità”).

Naturalmente ciò richiederebbe anche l’esistenza ai vari livelli di governo del Servizio Sanitario (Centrale, Regionale e di ASL/AUSL/ATS/ULSS) di una rete di qualificati nuclei di valutatori, indipendenti da interessi commerciali, in grado di entrar nel merito di simili valutazioni di efficacia, sicurezza e costo-efficacia, con esplicito riferimento agli interessi del SSN e della salute della comunità dei cittadini. Tali competenze sono oggi molto carenti (data la progressiva abdicazione del SSN a questo ruolo, sempre più delegato a Società professionali e – spesso, di fatto – a produttori che le sponsorizzano). Ricostituire queste competenze a supporto dei livelli di governo del SSN dovrebbe essere considerata una priorità.

Limiti

Non sempre è stato possibile reperire fonti ufficiali a supporto delle informazioni riportate o prove empiriche a sostegno di ragionamenti formulati. Questa condizione per altro

è spesso inevitabile in un dibattito come quello sul Secondo Pilastro, che si può giovare anche di un nuovo modello epistemologico di scienza da affiancare alla scienza normale (33), quando «i fatti sono incerti, i valori in discussione, gli interessi elevati e le decisioni urgenti» (34).

Conclusioni

Questa sintesi ha cercato di dimostrare, sistematizzando argomenti già discussi e altri meno presenti nel dibattito in corso, che la cosiddetta Sanità *integrativa* non può costituire una soluzione ai problemi del SSN e del diritto alla salute della popolazione da sostenere in sicurezza e nel tempo. Al contrario li aggrava e può compromettere le fondamenta stesse del SSN.

In particolare i problemi emergenti del consumismo sanitario, dell'*epidemia* di diagnosi e medicalizzazione della vita e dei conseguenti sovratrattamenti, estesi a una platea via via più vasta di utilizzatori, renderanno presto insostenibili ed esplosivi i costi sanitari e umani della Sanità, se la tendenza in atto non sarà affrontata e invertita con decisione.

La comprensione di quanto sopra costituisce la necessaria premessa per valutare le soluzioni che si proporranno nel breve e nel medio-lungo periodo.

BIBLIOGRAFIA

1. Fondazione Allineare Sanità e Salute, Slow Medicine, ISDE – Medici per l'Ambiente, Gruppo No Grazie, Medicina Democratica Onlus: «Sanità "integrativa" nel Patto per la Salute. Proposte di modifica all'Art. 11, per non buttar via il SSN». Quotidiano Sanità, 26 giugno 2019. Disponibile a: https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=75252. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
2. Vecchietti M: «La sanità integrativa non vuole in alcun modo distruggere il Ssn, anzi punta a rilanciarlo». Quotidiano Sanità, 28 giugno 2019. Disponibile a: http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=75354. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
3. Barigozzi F, Rebba V. Sostenibilità del servizio sanitario nazionale e fondi sanitari integrativi: un contributo al dibattito. *Politiche sanitarie* 2019;20(1):2-13. Disponibile a: http://www.politichesanitarie.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=3167&id=31484.
4. Brenna, Elenka. Rich and well educated: are these requirements necessary to claim healthcare tax credits in italy?. *Appl Health Econ Health Policy* 2017;16. Disponibile a: https://www.researchgate.net/publication/321657421_Rich_and_Well_Educated_Are_These_Requirements_Necessary_to_Claim_Healthcare_Tax_Credits_in_Italy.
5. Marenzi A, Rizzi D, Zanette M. Dimensione ed effetti redistributivi dei benefici fiscali dei fondi sanitari integrativi. *Politiche sanitarie* 2019;20(1):40-54. Disponibile a: http://www.politichesanitarie.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=3167&id=31487
6. Rete Sostenibilità e Salute: «Fondi sanitari integrativi? "Una minaccia per la salute del Ssn (e dei cittadini)»". Appello e analisi della Rete Sostenibilità e Salute». Quotidiano Sanità, 28 novembre 2017. Disponibile a: http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=56403. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
7. Donzelli A: «Audizione in Parlamento sulla Sanità Integrativa del SSN». Fondazione Allineare San-

- ità e Salute, 27 febbraio 2019. Disponibile a: <https://fondazioneallinearesanitaesalute.org/2019/07/audizione-in-parlamento-sulla-sanita-integrativa-del-ssn/>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
8. 4° Rapporto sulla sostenibilità del servizio sanitario nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, 11 giugno 2019. Disponibile a: http://www.rapportogimbe.it/4_Rapporto_GIMBE.pdf. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 9. Piperno A: «La previdenza sanitaria integrativa. Configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy». *Sanità* 24, 7 ottobre 2017. Disponibile a: http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/_Oggetti_Correlati/Documenti/2017/10/07/piperno.pdf?uuid=AE3xgVgC. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 10. Share Project. The survey of health, ageing and retirement in Europe. Disponibile a: <http://www.share-project.org/home0.html>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 11. Le spese fiscali in Italia, il rapporto annuale 2017. Senato della Repubblica: Roma, agosto 2018. Disponibile a: <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01074678.pdf>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 12. European health report 2018. WHO Regional office for Europe: Copenhagen, 2018. Disponibile a: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018/european-health-report-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 13. Dirindin N. Fondi sanitari e nuovi livelli essenziali di assistenza: un intreccio potenzialmente pericoloso. *Politiche sanitarie* 2019;20(1):33-39. Disponibile a: http://www.politichesanitarie.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=3167&id=31486. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 14. Codice di deontologia medica. FNOMCEO: Roma, 2014. Disponibile a: <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 15. Donzelli A, Castelluzzo G: «“In-appropriatezza” di tanta Sanità integrativa». *Quotidiano Sanità*, 12 febbraio 2019. Disponibile a: http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70848. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 16. Battaglia A, Scalisi A: «Prevenzione in sanità. Sì, ma solo quella appropriata». *Quotidiano Sanità*, 13 marzo 2019. Disponibile a: http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=71884. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 17. Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V et al. A 16-yr follow-up of the European randomized study of screening for prostate cancer. *Eur Urol* 2019;76(1):43-51. Disponibile a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0302283819301502>.
 18. Saquib N, Saquib J, Ioannidis JPA. Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? Systematic review of meta-analyses and randomized trials. *Int J Epidemiol* 2015;44(1): 264-77. Disponibile a <http://perirx.com/wp-content/uploads/Int.-J.-Epidemiol.-2015-Saquib-264-77.pdf>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 19. Donzelli A, Castelluzzo G, Giudicatti G. Re: Jonas Hugosson, Monique J. Roobol, Marianne Månsson, et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol* 2019;76:43-51: Mortality in the Age Group ≥ 70 yr and the Case of Italy. *Eur Urol Epub* 2019 Aug 20.
 20. Vecchiotti M: «L'equità della sanità integrativa». *Quotidiano Sanità*, 7 febbraio 2019. Disponibile a: http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=70721. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 21. Il progetto cuore. Istituto Superiore di Sanità, Roma. Disponibile a: <http://www.cuore.iss.it/sopra/>

- calc-rischio.asp. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
22. TuttoSalute! 2.0.: condizioni di assicurazione. RBM Assicurazione Salute S.p.A.: Borgo Verde (TV), 12 giugno 2019. Disponibile a: https://www.rbmsalute.it/salute_fai_da_te.html. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 23. XME Protezione della salute: DIP aggiuntivo. Intesa San Paolo Assicura: Torino, 15 dicembre 2018. Disponibile a: https://www.intesasanpaoloassicura.com/c/document_library/get_file?uuid=9adcad51-d755-43dc-a3f0-c51b0c11f2bd&groupId=96204. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 24. OECD. Private Health Insurance in OECD Countries. The OECD Health Project, Paris, 2004.
 25. Donzelli A. La sanità cosiddetta integrativa: una minaccia per il SSN. *Sistema Salute* 2018;62:476-94. Disponibile a: http://cespes.unipg.it/articolo_mono_3%20vol%2062%20n_4.htm
 26. Campagna di prevenzione e cura per i lavoratori dell'artigianato. San.Arti: Roma, 2019. Disponibile a: <https://www.sanarti.it/Content/Index/San-Arti-%20sa%20ascoltarti>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 27. Sesta Task Force congiunta ESC (e altre Società). Linee guida europee 2016 sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica. *G Ital Cardiol* 2017;18(7-8):547-612.
 28. Final Recommendation Statement. USPSTF: Rockville MD, 30 dicembre 2013. Disponibile a: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd-screening>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 29. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. art. no: CD009009.
 30. Jørgensen T, Jacobsen RK, Toft U, Aadahl M, Glümer C, Pisinger C. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: inter99 randomised trial. *BMJ* 2014;348:g3617. Disponibile a: <https://www.bmj.com/content/bmj/348/bmj.g3617.full.pdf>
 31. Donzelli A. Pillole di buona pratica clinica 115/2014. Fondazione Allineare Sanità e Salute: Milano, 2014
 32. Lisi C, Fabbri A, Rinaldi A: «Società medico-scientifiche e conflitto di interessi. Uno studio italiano». *Salute Internazionale*, 20 giugno 2016. Disponibile a: <http://www.saluteinternazionale.info/2016/06/societa-medico-scientifiche-e-conflitto-di-interessi-uno-studio-italiano/>. Ultimo accesso: 8 luglio 2019.
 33. Kuhn T. Kuhn TS. La struttura delle rivoluzioni scientifiche. Einaudi, Torino, 1969.
 34. Futowicz S, Ravetz JR. Environmental problems, post-normal science, and extended peer communities. *Etud Rech Syst Agraires Dév* 1997; 30: 169-75.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno