

## Uno sguardo al futuro del Servizio sanitario nazionale; alcune proposte di intervento

*Isabella Mastrobuono, Referente per l'assistenza primaria e la cronicità della Provincia autonoma di Bolzano*

Il recente Rapporto [dell'Ageing Working Group](#) della Comunità europea (2016) ha fissato i principali obiettivi dei sistemi sanitari europei:

- **migliorare la governance dei sistemi sanitari attraverso il rafforzamento della cooperazione tra autorità incaricate della politica fiscale e sanitaria,**
- **sviluppare e potenziare i sistemi informativi e di gestione dei dati che favoriscano il monitoraggio della governance,**
- **valutare formalmente e sistematicamente, ex-ante ed ex-post, le riforme sanitarie, utilizzando strumenti di pianificazione per una gestione efficace e strategica delle risorse umane.**

Il tema è quello della sostenibilità finanziaria e del rapporto costo-efficacia della spesa da raggiungere (o almeno tentare di raggiungere) attraverso la riduzione della prevalenza delle cure ospedaliere e migliorando l'efficienza degli ospedali, aumentando la performance dei sistemi di assistenza primaria (non autosufficienza e cronicità), rafforzando il ruolo di "gatekeeping" dei medici di medicina generale e promuovendo un uso dei farmaci basato sul rapporto costo-efficacia.

**Secondo l'OMS, infatti, l'82-85% dei costi in sanità è assorbito dalla cronicità, il vero grande problema che tutti i Paesi industrializzati debbono affrontare, unitamente alla crescita esponenziale della spesa sociale, legata non solo all'invecchiamento della popolazione ma anche all'andamento del mercato del lavoro ed ai provvedimenti sui sistemi pensionistici.**

L'ISTAT (dati pubblicati nel 2017) ci consegna un quadro dell'Italia che presenta alcune criticità:

- la quota di individui di 65 anni e oltre ha raggiunto il 22 per cento. Anche la struttura per età degli stranieri (5 milioni) mostra segnali di invecchiamento;
- gli anni di vita guadagnati sono scesi di 4,5 anni negli ultimi 10 anni (contro un aumento di 10 anni della Svezia!), nonostante gli sforzi del SSN;
- si è registrato un nuovo minimo delle nascite (474 mila). Il numero medio di figli per donna si attesta a 1,34 (1,95 per le donne straniere e 1,27 per le italiane).
- 3,6 milioni famiglie sono senza redditi da lavoro. Si tratta del 13,9 per cento del totale delle famiglie (con percentuali più alte al sud con il 22,2 per cento).
- numero più elevato di Neet dell'Unione Europea. I Neet (acronimo inglese di Not in Education, Employment or Training) sono i giovani tra i 15 e i 29 anni che non lavorano e non studiano: nel 2016 sono 2,2 milioni e rappresentano la quota «*più elevata tra i paesi dell'Unione Europea*».

**E' ormai tangibile il rischio che il sistema di tutela statale del nostro Paese possa non essere in grado di garantire nel futuro equi scenari di diritti a tutti cittadini potendosi immaginare gravi tensioni generazionali e sociali. Ma ciò investe in realtà tutti i Paesi industrializzati.**

Per questo, in sanità, la tendenza mondiale, ed europea in particolare, è quella di potenziare i servizi extraospedalieri, la cosiddetta "primary care" che la Commissione Europea (febbraio 2014) ha definito come un "sistema accessibile universalmente, centrato sulla Persona, che integri servizi sanitari e sociali, assicurati da team multiprofessionali e multidisciplinari, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra i pazienti e i loro caregiver in un contesto familiare o di comunità, garantendo il coordinamento e la continuità delle cure". La definizione non si limita alla tutela della salute da un punto di vista biomedico ma comprende anche aspetti socio-economici per le forti ripercussioni che questi ultimi hanno sulla vita delle persone.

Eppure questo settore non è così sviluppato come si crede, soprattutto nei Paesi europei che sono dotati di molti posti letto.

Tra il 2008 e il 2014, il numero di posti letto negli ospedali della Ue28 è sceso da 2.81 a 2.65 milioni, una diminuzione del 5,9%. L'Italia è tra i Paesi con il minor numero di letti ospedalieri (331 per 100 mila abitanti), e di posti letto per l'assistenza residenziale (18,1 contro 81,7 della Svezia che in totale ha oltre 500 p.l per 100 mila ab.). La Germania è il paese con più posti letto (823 per 100mila abitanti).<sup>1</sup>

In metà circa dei Paesi europei i medici di medicina generale operano ancora individualmente anche se è aumentata la tendenza a fare squadra e si rafforza la funzione di gatekeeping, la forma di finanziamento più diffusa è ancora la quota capitaria mentre alto è ancora il numero dei ricoveri potenzialmente inappropriati e quello degli accessi presso i servizi di emergenza.

In Italia, l'assistenza primaria affonda le sue radici nella Legge 833 del 1978 e apparentemente, nonostante le profonde differenze tra i modelli organizzativi delle Regioni e Province autonome, è più diffusa ed articolata e recentemente l'AGENAS ha avviato i lavori ai sensi del DM 70 per la predisposizione di un documento nazionale di linee di indirizzo per il potenziamento e l'armonizzazione dei modelli organizzativi di assistenza primaria, con particolare riferimento alla cronicità.

**Il potenziamento di questo settore è legato alle risorse a disposizione che per il nostro Paese sono di gran lunga inferiori al resto dell'Europa e di molti altri Paesi industrializzati (fig.1).**

Il Regno Unito, la Svezia, la Norvegia che hanno un Servizio sanitario nazionale simile a quello italiano possono usufruire di quote capitarie di gran lunga superiori e ciò è da mettere in relazione al progressivo avanzamento dei rispettivi Prodotti interni lordi in questi ultimi anni e dal minore debito pubblico. E così mentre la Germania può contare su 400 miliardi l'anno, la Francia su oltre 270 e così via, l'Italia può contare su appena 114 miliardi di euro. Il fabbisogno del nostro Paese si attesta al 6,34% del PIL nonostante l'aumento registrato a carico di quest'ultimo ed è difficile immaginare un incremento che tenda ai valori degli altri Paesi perché l'Italia è gravata da un debito pubblico tra i più alti al mondo. (Figura 2)

---

<sup>1</sup> Healthcare resource statistics - beds Statistics Explained Source : Statistics Explained (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statisticsexplained/>) - 18/11/2016 1 Data extracted in October 2016

Per mantenere tale livello di finanziamento, **le Regioni e Province autonome hanno fissato una serie di misure restrittive nel tempo**, spesso camuffate sotto il termine di lotta agli sprechi, che hanno ricompreso:

- fissazione di tetti di spesa (farmaceutica, strutture private)
- blocco delle assunzioni ed iscrizioni alla facoltà di medicina
- riconversione di piccoli ospedali ed incentivazione dell'assistenza diurna ed ambulatoriale
- riduzione dei posti letto per acuti e delle unità operative
- forte spinta ai servizi del territorio
- controllo sui prezzi di beni e servizi e centralizzazione degli acquisti
- controllo del comportamento prescrittivo dei medici
- partecipazione alle spese da parte dei cittadini.

Ma questi interventi appaiono oggi non più sostenibili sul lungo periodo come anche il documento della Commissione Europea "Assessment of the 2012 National Reform Programmes and Stability Programme for the Member States" sottolinea esortando a :**“ Trovare efficaci mix di partnership pubblico privato, per far fronte, nonostante tutte le razionalizzazioni ed efficientamenti possibili di sistema ai costi della cronicità e delle cure di lunga durata che rappresentano la vera sfida per il vecchio continente”**.

Le misure restrittive sono state certamente tra le cause dell'aumento della spesa privata pari a circa 40 miliardi di euro, prevalentemente out of pocket e orientata verso alcuni settori come l'odontoiatria ( da sempre non ricompresa nei Livelli essenziali di assistenza fatta eccezione per alcune fasce di popolazione), le visite specialistiche e le indagini diagnostiche radiologiche e di laboratorio, i farmaci, le rette per strutture di ricovero per acuti e di riabilitazione ed infine per apparecchiature generalmente non garantite dal SSN.(Fig. 3) Profonde sono le differenze tra le Regioni e province autonome del Paese, con il Nord (dove come è noto il PIL individuale è più alto) in testa in termini di spesa procapite rispetto al Sud. Si passa dagli 859 euro procapite di spesa privata della Valle D'Aosta ai 303 della Campania. (Fig. 4)

Non è la libera professione intramoenia a aumentare in questo scenario, sfatandosi così il "leitmotiv" che la vedeva protagonista delle lunghe liste di attesa e causa dell'inefficienza del SSN: meno prestazioni, meno guadagni e meno medici che la esercitano. I ricavi per i medici scendono da 926,5 milioni del 2014 a 890 nel 2015, mentre salgono quelli delle aziende da 216,8 milioni del 2014 a 228 milioni nel 2015. <sup>2</sup>

La spesa per la protezione sociale (sanità, previdenza e assistenza) in Italia (2012) era pari a 454 miliardi di euro, il 29% del PIL (media UE 28,3%), ma la spesa dei Comuni si sta abbassando quale conseguenza della necessità di controllo della spesa, mentre aumenta la quota a carico dei cittadini. La differenza tra le Regioni italiane è sconcertante: **si passa dai 277,1 euro per abitante della Valle d'Aosta ai 24,6 euro della Calabria**. Sono ricompresi nei servizi anche quelli sociali legati alla sanità (prestazioni sociosanitarie) ed è ormai tendenza mondiale quella di un aumento della spesa sociale più che sanitaria. L'invecchiamento della popolazione e la non autosufficienza sono tra le cause più importanti . (Fig. 5)

---

<sup>2</sup> Relazione al Parlamento (dati riferiti al 2015).

In questo scenario sono stati emanati i nuovi LEA (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri- DPCM- del 12 gennaio 2017 ,Supplemento ordinario n.15) che prevedono, in sintesi, nuove vaccinazioni, la revisione dei nomenclatori della specialistica e della protesica, 110 nuove patologie rare, l'aggiornamento degli elenchi dei DRG e l'inserimento della procreazione medicalmente assistita (PMA) eterologa, l'aggiornamento dell'elenco delle patologie croniche, mentre per l'assistenza domiciliare sono stati inseriti nuovi e più complessi percorsi assistenziali.

Ad oggi non sono ancora state emanate le tariffe (massime) del nuovo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, l'elenco delle nuove patologie rare entrerà in vigore 180 giorni dopo la pubblicazione del DPCM, per consentire alle reti regionali già funzionanti di adeguarle alle nuove patologie (vedi la predisposizione dei registri, ad esempio) ,la definizione dei criteri uniformi per la erogazione di tutte le prestazioni e per la standardizzazione a livello nazionale è rimandata ad accordi con la conferenza Stato-Regioni, la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza avrebbe dovuto aggiornare già a febbraio 2017 i nuovi LEA proponendo una metodologia per l'inserimento o l'esclusione delle prestazioni dagli stessi , ma ancora nulla è stato prodotto, anche se giova ricordare che la precedente Commissione aveva in tal senso già scritto un pregevole documento. Nessun finanziamento è stato previsto per il sociosanitario, mentre per i LEA nuovi sono stati stanziati 800 milioni (almeno 1.300 secondo le Regioni quelli necessari) comunque ricompresi nella quota del FSN.

La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le "normali azioni della vita quotidiana" ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale che si concretizzano in un adeguato reddito, un'abitazione con caratteristiche microclimatiche, strutturali e di accesso compatibili con l'igiene e la sicurezza dell'ambiente e dell'individuo e una rete sociale protettiva.<sup>3</sup>

La Germania per 81 milioni di abitanti impegna per la long term care 75 miliardi di euro, il Regno Unito per 60 milioni di abitanti impegna 60 miliardi di euro, la Francia per 64 milioni di abitanti impegna 55 miliardi e l'Italia per 61 milioni di abitanti 33 miliardi (spesa pubblica). Se a questi valori aggiungiamo la spesa privata la Germania sale ad 81 miliardi di euro, la Francia a 78, il Regno Unito a 73 e l'Italia a 36. (Bocconi, 2014)

**L'Italia presenta i valori più bassi in assoluto di assistenza domiciliare offerta per circa 20 ore l'anno per singolo assistito contro valori superiori alle 100 ore nel resto dell'Europa; bassissimi anche i valori della residenzialità con appena 18,1 posti letto per 100.000 abitanti. In Italia le persone non autosufficienti sono 3.167.000 (il 5,5% della popolazione), di cui almeno 1,5 milioni gravi e degli anziani, solo il 2,7% viene assistito a domicilio.** E in qualche parte d'Italia l'Adi non esiste affatto.

I dati presentati alla II Edizione degli Stati Generali dell'assistenza a lungo termine, organizzati da Italia Longeva al ministero della Salute l'11 e 12 luglio 2017, mostrano un quadro assai preoccupante, troppo spesso sottaciuto con forti differenze anche sul numero di ore dedicate a ciascun paziente: si va dalle 40 ore

---

<sup>3</sup> Beltrametti L., Mastrobuono I., Paladini R. (2000) : L'assistenza ai non autosufficienti: aspetti di politica economica e fiscale (relazione del Gruppo di lavoro intercommissione sulla riforma fiscale del CNEL)

annuali di Potenza alle 9 ore di Torino. Per gli oltre 700.000 assistiti secondo i dati ministeriali la media di ore annue è pari a circa 20 e la spesa si aggira intorno ai 2,6 miliardi (2,2% del FSN).

**Servirebbero almeno 7 miliardi per una assistenza del doppio delle ore per almeno il doppio degli anziani.**

La non autosufficienza nel nostro Paese è finanziata soprattutto attraverso il trasferimento in denaro alle persone (13 miliardi di assegno di accompagnamento) e da altre voci come la Legge 104 ed indennità varie. Esattamente il contrario di quello che avviene negli altri Paesi dove sono prevalenti i servizi e stanno riducendosi i sussidi in denaro. (Fig.6)

Il decreto interministeriale Lavoro, Salute, Economia e Affari regionali su cui l'Unificata deve esprimere l'intesa, prevede che 448,6 milioni siano ripartiti alle Regioni per la realizzazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi assistenziali previsti dal decreto ministeriale 26 settembre 2016, di riparto del Fondo per le non autosufficienze 2016: incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza personale; supporto alla persona non autosufficiente e alla sua Famiglia eventualmente anche con trasferimenti in denaro; previsione di interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie. Recentemente nella Legge di Bilancio sono stati stanziati 60 milioni di euro alle famiglie che assistono disabili gravi.

La situazione appare grave anche dal punto di vista della residenzialità. Sono presenti per gli anziani non autosufficienti 197.000 posti letto di RSA (18,1 p.l per 100.000 ab. a livello europeo contro gli 81 della Svezia). Ne servirebbero almeno 87.000 in più (su gli oltre 240.000 necessari) pari a 1000 strutture, con una spesa aggiuntiva di almeno 7,8 miliardi di euro in conto capitale e 1,6 miliardi di euro di spesa sociosanitaria da aggiungere agli attuali 3,5.

Dove trovare i finanziamenti per le strutture se la situazione dell'edilizia sanitaria assegna alle Regioni poco più di 100 milioni per il 2018? (Fig. 7)

**Le richieste di risorse sanitarie e sociali superano le risorse disponibili. Di conseguenza, i servizi da finanziare vengono individuati a scapito di altri. Il dilemma della scarsità esiste in ogni Paese, anche nei più ricchi. Indipendentemente dal mix di spesa privata e spesa pubblica o dall'«organizzazione» del sistema, ogni giorno i decisori razionano i servizi sanitari. Per questo motivo appare fondamentale stabilire le priorità, il che non si traduce nel razionamento se non si sottraggono prestazioni e beni vitali e se si rispettano i tre principi che caratterizzano la piattaforma etica: la dignità umana, il fabbisogno secondo solidarietà, l'efficienza della spesa. Queste le priorità più importanti: non autosufficienza (assistenza domiciliare), Oncologia, Diabete/patologie croniche, Patologie psichiatriche e demenze, Malattie cardiovascolari. Le ultime 4 valgono 87 miliardi di euro dei 115 del FSN.**

**In questo scenario si inseriscono i Fondi sanitari integrativi e più in generale le forme integrative di assistenza sia non profit che profit.**

La definizione risale agli anni '90: *“Organizzazioni prevalentemente private, variamente denominate, che raccolgono, su base volontaria, risparmio dei singoli cittadini o di gruppi di cittadini o risparmio di tipo contrattuale a livello nazionale, regionale o locale, per fornire prestazioni sanitarie e sociosanitarie che integrano quelle assicurate dal Servizio sanitario Nazionale e dal Sistema di protezione sociale, per finalità non orientate al profitto”*<sup>4</sup>.

I Fondi sanitari integrativi, le Casse e le Società di mutuo soccorso sono una realtà da anni nel nostro scenario nazionale. Dei 40 miliardi di spesa privata esse assorbono appena il 14% ma le recenti iniziative del Governo di potenziamento del welfare aziendale hanno determinato la crescita di molte di esse nella contrattazione nazionale e locale di lavoro. La Legge di Stabilità per il 2016 (art.1, comma 190) ha potenziato le agevolazioni fiscali per le aziende che concedono servizi e prestazioni di welfare aziendale ai dipendenti (asili nido, buoni pasto, assistenza sanitaria integrativa...), consentendo l'erogazione di premi di risultato in forma di servizi e introducendo nuovi strumenti già sperimentati in altri Paesi europei come il voucher dei servizi.

Anche nella legge di Bilancio 2017 un capitolo rilevante è rappresentato dalla produttività del lavoro e dal welfare aziendale con misure atte a sviluppare queste aree. Sono state ampliate le ipotesi di somme e valori che non concorrono alla determinazione del reddito di lavoro dipendente, attraverso la modifica del comma 2 dell'articolo 51 del TUIR che consente la corresponsione di benefit mediante titoli di legittimazione o voucher. Le modifiche hanno riguardato, oltre a opere e servizi aventi finalità di istruzione, assistenza sanitaria e sociale, anche: *“somme e prestazioni per servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti (art.51, comma2, lettera f-ter del TUIR”*.

La disposizione consente di detassare le prestazioni di assistenza per i familiari anziani o non autosufficienti erogate anche sotto forma di somme a titolo di rimborso spese ovvero sotto forma di prestazione di servizi.

I Fondi integrativi sono stati introdotti nella D.Lgs 502 del 1992, sotto forma di forme differenziate di assistenza in una prima versione, poi trasformati in fondi DOC (ovvero fondi che erogano prestazioni non garantite dal SSN come l'odontoiatria, i ticket, le rette a carico dei cittadini per ricoveri, la libera professione e la medicina non convenzionale). Sono stati di nuovo disciplinati con due importanti decreti del 2008 e del 2010, che hanno garantito agli stessi (anche a quelli di fatto sostitutivi, ovvero che erogano le medesime prestazioni del SSN) le agevolazioni fiscali (3.615,20/anno) se almeno il 20% delle risorse fosse stato destinato all'odontoiatria ed alle prestazioni sociosanitarie legate alla non autosufficienza.

**Tutti i fondi hanno l'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.**

Oggi sono 297 i Fondi iscritti all'Anagrafe presso il Ministero della salute e sono sia sostitutivi (erogano soprattutto visite specialistiche, indagini di laboratorio e radiologiche), che integrativi (odontoiatria ad esempio) e complementari (ticket e rette a carico del cittadino) . Solo 8 sono integrativi puri, a dimostrazione del fatto che non sono decollati nel tempo (Fig.8)

---

<sup>4</sup> Mastrobuono I, Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C. Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza. Roma:Il Pensiero Scientifico Editore, 1999 Modificata maggio 2012

Essi interessano quasi 10 milioni di lavoratori per circa 2 miliardi e 300 milioni con una spesa procapite di 240 euro (ben più bassa di quella out of pocket) (Fig. 9)

Verrebbe da affermare che iscriversi ad un Fondo o Società di mutuo soccorso convenga!

L'attuale normativa non premia certamente i cittadini libero professionisti e coloro che lavorano con contratti a tempo determinato, ai quali è concesso iscriversi a Società di mutuo soccorso (con agevolazioni fiscali inferiori) o a Fondi DOC, assolutamente integrativi, tanto che su questo tema si è espresso con un parere il Professor Sabino Cassese:

*“ Appare... surrettizia la distinzione operata in sede amministrativa tra due specie di fondi (DOC e non DOC). Questi sono ambedue considerati fondi (come... il Ministero li include nella categoria). Sarebbero però diversi. E questa diversità viene singolarmente fondata su norme di cui una è precedente e ha carattere esclusivamente tributario. Invece, si deve ritenere che la norma del 1992, modificata nel 1999, regga tutta la materia, assorbendo quindi quella tributaria, per quanto attiene alla categoria dei soggetti. Infatti, la norma del 1992, modificata nel 1999, è norma successiva ed è la norma sostanziale alla luce della quale va interpretata quella del 1986. Quindi, si deve concludere che esiste una sola categoria di fondi e che tutti i fondi appartenenti a tale categoria possono usufruire del trattamento tributario previsto nel 1986. (Fig. 10)*

Sulla base della premessa si elencano di seguito i punti di forza e di debolezza del SSN e si avanza una proposta di intervento per i prossimi anni.

#### **PUNTI DI FORZA DEL SSN:**

- **SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE BASATO SULLA FISCALITA' GENERALE CHE GARANTISCE L'UNIVERSALITA' DEI SERVIZI, DELLE ATTIVITA' E DELLE PRESTAZIONI SUL TERRITORIO NAZIONALE**
- **STILI DI VITA SANI E DETERMINANTI DELLA SALUTE FAVOREVOLI: ALIMENTAZIONE, AMBIENTE, FATTORI GENETICI**
- **BUONA APPLICAZIONE DEI PRINCIPI DI APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI ATTRAVERSO LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE CONSOLIDATE**
- **PROFESSIONISTI PREPARATI**
- **RUOLO STRATEGICO DELL'UNIVERSITA' COME PRODUTTRICE DI CULTURA E PERCORSI DIDATTICI EFFICACI**
- **ASSISTENZA PRIMARIA ATTENZIONATA, BUON RAPPORTO TRA MDMG E PAZIENTI**
- **PREVENZIONE DIFFUSA**
- **SISTEMI DI MONITORAGGIO SIGNIFICATIVI (PNE)**
- **WELFARE AZIENDALE IN CRESCITA**
- **VOLONTARIATO E ASSOCIAZIONISMO AUTENTICO VALORE**

#### **PUNTI DI DEBOLEZZA:**

- **INSUFFICIENZA DELLE RISORSE UMANE E FINANZIARIE CON DIFFICOLTA' OGGETTIVA DI AUMENTARE SENSIBILMENTE IL FSN ATTRAVERSO INCREMENTI DI TASSE O RECUPERI DI EFFICIENZA**

- GRAVI DISPARITA' FRA NORD E SUD DEL PAESE NELLE'ROGAZIONE ANCHE DI SERVIZI ESSENZIALI
- GRAVE SITUAZIONE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA CON SCARSI SERVIZI IN ADI E RSA
- SPINTE AUTONOMISTE CHE POSSONO COMPROMETTERE I RAPPORTI NORD-SUD DEL PAESE
- FORMAZIONE MONOPROFESSIONALE E SCARSA ATTENZIONE ALLA RICERCA SUI SERVIZI SANITARI
- SPESA PRIVATA NON MEDIATA ALTA

## PROPOSTE

- PROGRAMMAZIONE NAZIONALE CON IL COINVOLGIMENTO DI TUTTE LE ISTITUZIONI (UNIVERSITA' COMPRESA) PER LA DETERMINAZIONE DI STRATEGIE A MEDIO E LUNGO TERMINE, REALISTICAMENTE RAGGIUNGIBILI, PER TUTTE LE REGIONI E PROVINCE AUTONOME.
- GOVERNANCE PIU' ATTENTA ALLA LOTTA ALLE DISPARITA' TRA IL NORD ED IL SUD DEL PAESE (RAFFORZAMENTO DELLE AZIONI DI ALCUNE ISTITUZIONI COME AD ESEMPIO L'AGENAS CON SQUADRE TECNICHE DEDICATE ALLA RISOLUZIONE DEI PROBLEMI LOCALI); REVISIONE DEI PIANI DI RIENTRO RIDUCENDO LA QUOTA DI ADEMPIMENTI BUROCRATICI E SVILUPPANDO MAGGIORMENTE L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI (TROPPO TRASCURATA E SPESSO SULLA CARTA).
- POTENZIARE IL RUOLO PARTECIPATIVO DEI CITTADINI NELLE SCELTE ANCHE AVVIANDO INDAGINI CONOSCITIVE MIRATE SU ALCUNI TEMI
- DIRETTORI GENERALI SVINCOLATI DALLA POLITICA E RITORNO AL VALORE DELL'AZIENDALIZZAZIONE
- STABILIRE LE PRIORITA' E ASSOCIARE AD ESSE LE RISORSE DEL SSN SIA IN TERMINI DI RISORSE UMANE CHE FINANZIARIE (PRIVILEGIARE NON AUTOSUFFICIENZA, ONCOLOGIA E FARMACI DI ULTIMA GENERAZIONE, PATOLOGIE CRONICHE COMPRESSE LE DEMENZE E LE MALATTIE PSICHIATRICHE ANCHE DESTINANDO ALLA MEDICINA GENERALE PIU' RISORSE RISPETTO ALL'ATTUALE 6% DEL FSN)
- ARMONIZZARE E POTENZIARE REALMENTE L'ASSISTENZA PRIMARIA E LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI (INDICATORI STRINGENTI PER TUTTI)
- STABILIRE IN MODO UNIFORME L'ELENCO MINIMO DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE DA GARANTIRE NEL PAESE PUNTANDO SULL'ASSISTENZA DOMICILIARE E LA RESIDENZIALITA'. FONDAMENTALE L'OBIETTIVO DI ASSISTERE I PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI.
- PUNTARE SU UNA FORMAZIONE SUL CAMPO PIU' INCISIVA E MULTIPROFESSIONALE RIMODULANDO L'ECM, TROPPO SPESSO MONOTEMATICA E MONOPROFESSIONALE. POTENZIARE IL RUOLO DELL'UNIVERSITA', NON SOLO DELLA FACOLTA' DI MEDICINA. RIQUALIFICARE I Percorsi DIDATTICI UNIVERSITARI SULLA BASE DELLE NUOVE ESIGENZE.
- RIDETERMINARE SULLA BASE DI UNO STUDIO REALISTICO IL FABBISOGNO DI PERSONALE DELLE DIVERSE FIGURE PROFESSIONALI CONSIDERANDO NEL SUO COMPLESSO IL SISTEMA SANITARIO ANCHE PRIVATO: COLMARE LE CARENZE DI ALCUNE FIGURE PROFESSIONALI MEDICHE E NON MEDICHE.
- COMPLETARE IL QUADRO NORMATIVO DEI FONDI SANITARI INTEGRATIVI STABILENDO FORME DI INTEGRAZIONE TRA IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO PUBBLICO E QUELLO PRIVATO SENZA RICORRERE A FORME DI OPTING OUT MA FAVORENDO LA PARTECIPAZIONE DI FORME DI FINANZIAMENTO PRIVATO A Percorsi ASSISTENZIALI DEFINITI (POSSIBILITA' CHE LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DEI Percorsi SIANO EROGATE ATTRAVERSO I FONDI INTEGRATIVI PER GLI ISCRITTI) (Allegato 1)



## Allegato 1

La costruzione di un “secondo pilastro” non deve essere interpretata come antagonista rispetto al servizio pubblico ma come un modo per orientare la spesa privata a sostegno dello stesso, responsabilizzando i cittadini aderenti (la ricerca dell’appropriatezza delle prestazioni non è appannaggio solo del pubblico), favorendo la condivisione ai più alti livelli di governo di strategie di integrazione, contrastando l’elusione fiscale, riducendo la rinuncia alle cure per i costi elevati delle prestazioni, aumentando l’occupazione (visto che il blocco del turn-over del personale impedisce da un decennio ormai, l’inserimento di nuovo personale nel SSN). La vera integrazione sarà nel futuro la condivisione di percorsi assistenziali per fasce di età e l’inserimento dei relativi finanziamenti per tipologie di prestazioni.

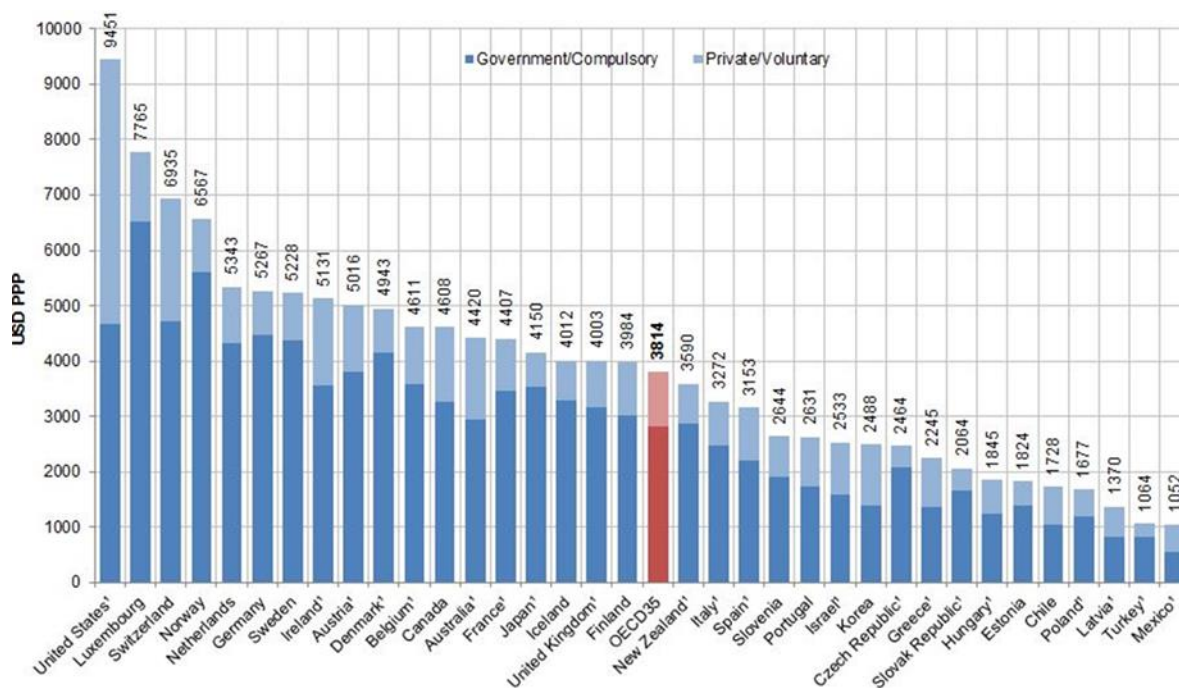
Non è difficile immaginare un ruolo più determinante dei fondi integrativi e della mutualità nella erogazione di pacchetti di prevenzione e di pacchetti per patologie (ipertensione, diabete, non autosufficienza, odontoiatria.), in attesa che tutto il mondo del finanziamento mediato sia finalmente normato e che sia esteso a tutti i cittadini la possibilità di aderire ad un secondo pilastro della sanità pubblica, ispirato al principio della solidarietà, soprattutto tra generazioni, problema che tra qualche anno investirà la nostra Società in modo imponente. Per questo appare importante:

- favorire l’integrazione e la collaborazione tra Fondi /SMS e le realtà istituzionali del territorio (Regioni, Comuni, ASL, reti certificate di Professionisti ed altri enti territoriali ed i soggetti che operano nel mondo del no profit, anche attraverso la stipula di Accordi e convenzioni) come avviene già per F.V.Giulia, Veneto, Trentino Alto Adige, Lombardia, Emilia Romagna, Liguria, Piemonte, Abruzzo, Toscana, Lazio, Sardegna.
- garantire il collegamento dei settori sanitario e sociale/sociosanitario utilizzando il settore della specialistica ambulatoriale come “volano” per costruire pacchetti prestazionali per nucleo familiare esteso (che includa anche il familiare più anziano), garantendo ai sottoscrittori lavoratori soprattutto prestazioni sanitarie (per esempio le prestazioni specialistiche ambulatoriali anche con scopo preventivo) e per i loro familiari più anziani prestazioni sociali e sociosanitarie preventivamente determinate;
- individuare percorsi assistenziali condivisi tra SSR e Fondi/Mutue stabilendo quali prestazioni sono a carico dei Fondi/Mutue, riconosciute dal SSR che interviene per un secondo livello di maggiore complessità;
- costituire un “paniere dinamico” delle prestazioni, attività e servizi erogabili da Fondo, che sia in grado di raccogliere quelle stesse prestazioni che in base ai vari indicatori/parametri definiti dal legislatore dovessero risultare esclusi dal SSN (totalmente, parzialmente)
- individuare modalità informative atte a promuovere il fondo ed a garantire alla collettività conoscenza e trasparenza. L’obiettivo deve essere quello di favorire la crescita di una “cultura” dei fondi, attraverso iniziative atte a sensibilizzare ed a responsabilizzare sul tema tanto gli iscritti quanto il Fondo stesso.
- sviluppare forme di controllo della qualità delle prestazioni da avocare al fondo medesimo attraverso indagini circa la soddisfazione degli iscritti e delle strutture delle reti degli erogatori. (indicatori ) L’obiettivo deve essere quello di sviluppare forme interne di managerialità diffusa in grado di ricevere informazioni ed elaborarle per le strategie future. Ideale la costruzione di Piani sanitari ad hoc su base triennale o quinquennale corredati di Piani attuativi annuali
- Individuare modalità di collegamento e comunicazione tra i due grandi mondi integrativi/complementari, quello sanitario e quello pensionistico, anche al fine di uniformare il quadro regolamentare di riferimento e di rendere coerenti gli strumenti di governo
- Armonizzare sotto il profilo fiscale la materia dei fondi, ancora oggi frammentata ed eterogenea, e favorire l’introduzione e lo sviluppo di meccanismi di deducibilità e detraibilità fiscale, considerando

che la defiscalizzazione, pur rappresentando un costo per i conti pubblici, può, soprattutto a medio-lungo termine, garantire un significativo recupero del sommerso. In particolare bisognerà chiarire i punti degli articoli 10 e 51 del TUIR, sulla non autosufficienza, che per evidenti ragioni risulta comune ai due settori.

- Stabilire regole precise per la gestione dei fondi sia essa autogestione che affidata a Enti terzi comprese le Assicurazioni, intervenendo sulle Convenzioni /Accordi di quest'ultime con gli erogatori pubblici (attraverso la libera professione) e privati per garantire la qualità delle prestazioni ed una omogenea applicazione delle tariffe.
- Individuare interventi correttivi, per compensare le minori possibilità di sviluppo del Fondo/SMS nelle aree meridionali dell'Italia, caratterizzate da minore sviluppo economico e da minori livelli di impiego nel comparto, che possono essere coinvolti nella contrattazione anche in materia di forme integrative di assistenza.

**Fig. 1**



1. OECD estimate.  
Source: OECD Health Statistics 2016.

Fig.2

## Evoluzione del fabbisogno Sanitario Nazionale

dal Patto Salute 2014 alla legge di bilancio 2018

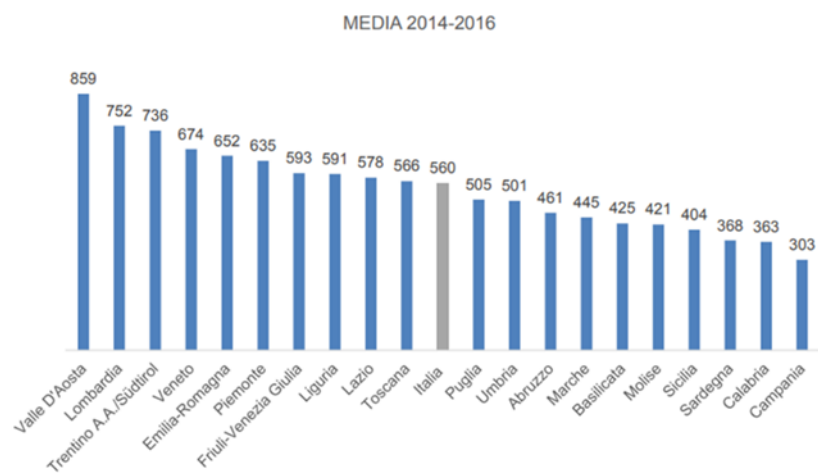
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
incremento FSN		2,73%	-0,19%	1,2%	1,42%	0,73%	0,88%
PIL nominale tendenziale (consuntivo) NADEF	1.560.024	1.616.048	1.642.444	1.672.226	1.703.023	1.751.639	1.803.746
FSN/PIL tendenziale	6,86%	6,80%	6,68%	6,64%	6,61%	6,47%	6,34%
incremento PIL		3,6%	1,6%	1,8%	1,8%	2,9%	3,0%

Fabbisogno Sanitario Nazionale	2017	2018	2019
a legislazione vigente	112.577	113.396	114.396
rinnovo contratto dipendenti Sanità		- 1.300	- 1.300
rideterminazione delle risorse FSN		112.096	113.096
PIL nominale tendenziale (consuntivo) NADEF	1.703.023	1.751.639	1.803.746
FSN/PIL tendenziale	6,61%	6,40%	6,27%
incremento PIL	1,8%	2,9%	3,0%

Fig. 3

STIME OCPS SDA Bocconi su varie fonti			
Micro voci di spesa	Euro (mln)	% del totale	Fonti
Assistenza ospedaliera in regime ordinario e day hospital per cura e riabilitazione e assistenza a lungo termine (RSA, ecc.)	5.153	13,1	ISTAT (SHA) Corte dei Conti e Ministero della salute
Servizi da dentista	8.700	16,2 00	41,1
Servizi medici (visite specialistiche), servizi di laboratori di analisi ed esami radiografici (incluso ticket) e altri servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, podologi, logopedisti, agopunturisti, ecc.)	7.500		
Farmaci in senso stretto (fascia A, C, OTC, con ticket)	8.400	18,1 00	45,9
Altri medicinali (prodotti omeopatici, erboristici, integratori, ecc.) *	5.200		
Altri prodotti medicali (cerotti, siringhe, termometri, Kit da pronto soccorso, bendaggi, fasce elastiche)	1.100		
Attrezzature e apparecchi terapeutici (occhiali e lenti a contatto correttivi, protesi uditive, riparazione e noleggio attrezzature)	3.400		
Spesa sanitaria totale delle famiglie	39.453	100	-

Fig.4



Fonte: Elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati ISTAT (Indagine sulla Spesa delle Famiglie, 2016).

Fig. 5

	2010	2011	2012	Diff.2010-2012
Spesa comuni	7.126.891.416	7.027.039.614	6.982.391.861	- 2%
Compartecipazioni utenti	966.862.361	965.170.740	993.490.531	+ 2,8%
Compartecipazione SSN	1.220.840.949	1.179.962.175	1.171.498.752	- 4%
totale	9.314.594.726	9.172.172.529	9.147.381.144	- 1,8%

Fig. 6

### Composizione della spesa pubblica per l'assistenza continuativa

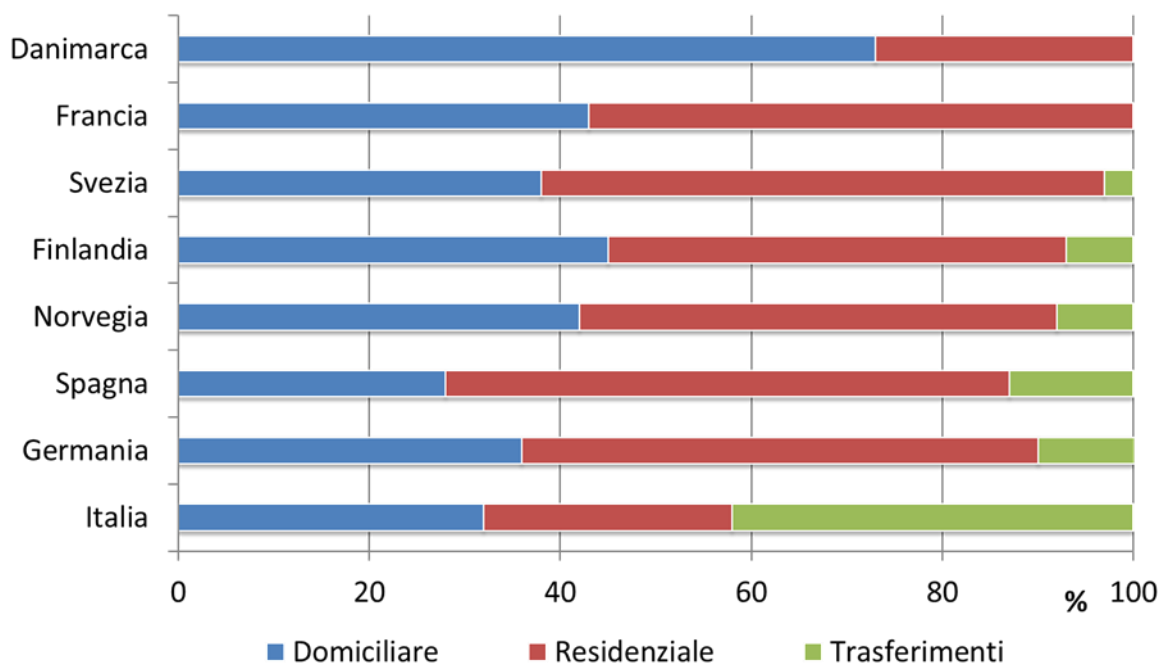


Fig. 7

## Evoluzione del fabbisogno Sanitario Nazionale

### Edilizia sanitaria

(milioni)	2018
stanziamento a legislazione vigente	800
ddl bilancio 2018 - rimodulazione	-600
stanziamento post manovra ddl Bilancio	200
ddl bilancio 2018 - rimodulazione per copertura taglio regioni	-94,1
<b>risorse a disposizione anno 2018</b>	<b>105,9</b>



Fig.8

	2016	2015	2014	2013
Enti Casse Societa mutuo soccorso ex art. 51 c. 2 lett. a) DPR n. 917/1986	297	293	286	273
Fondi sanitari integrativi ex art. 9 D. Lgs. n.502/1992 (Art.10 del TUIR)	8	7	4	3

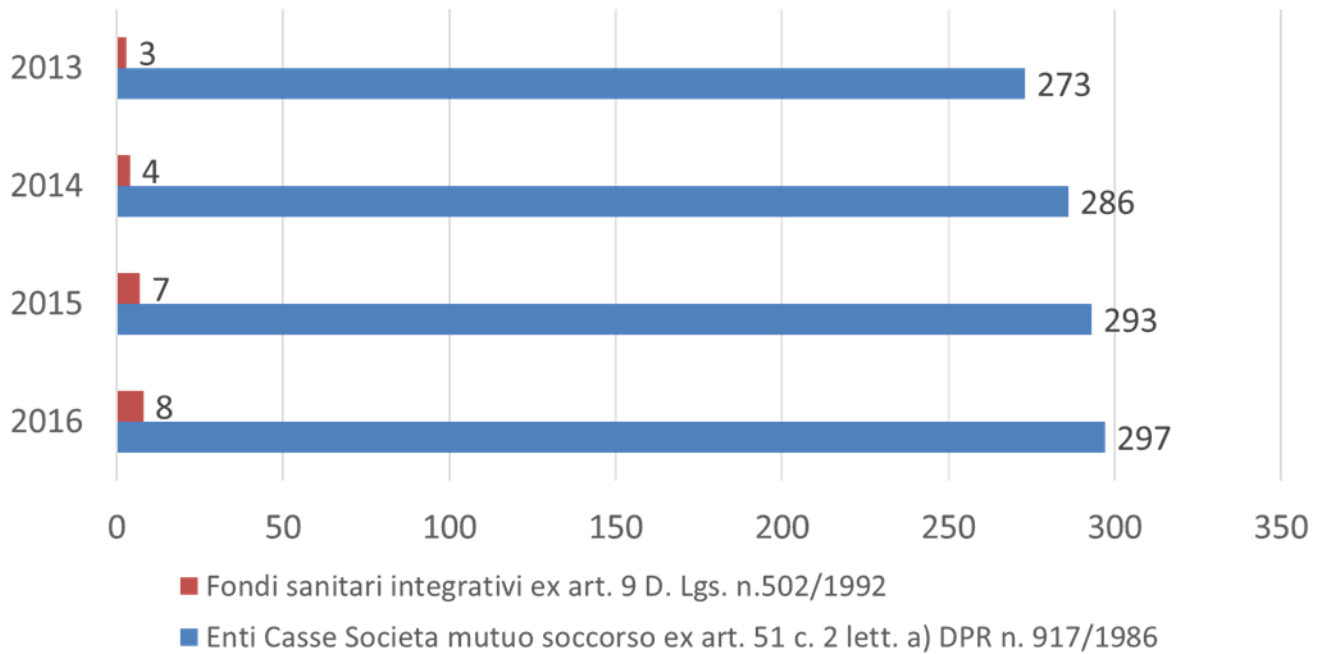


Fig. 9

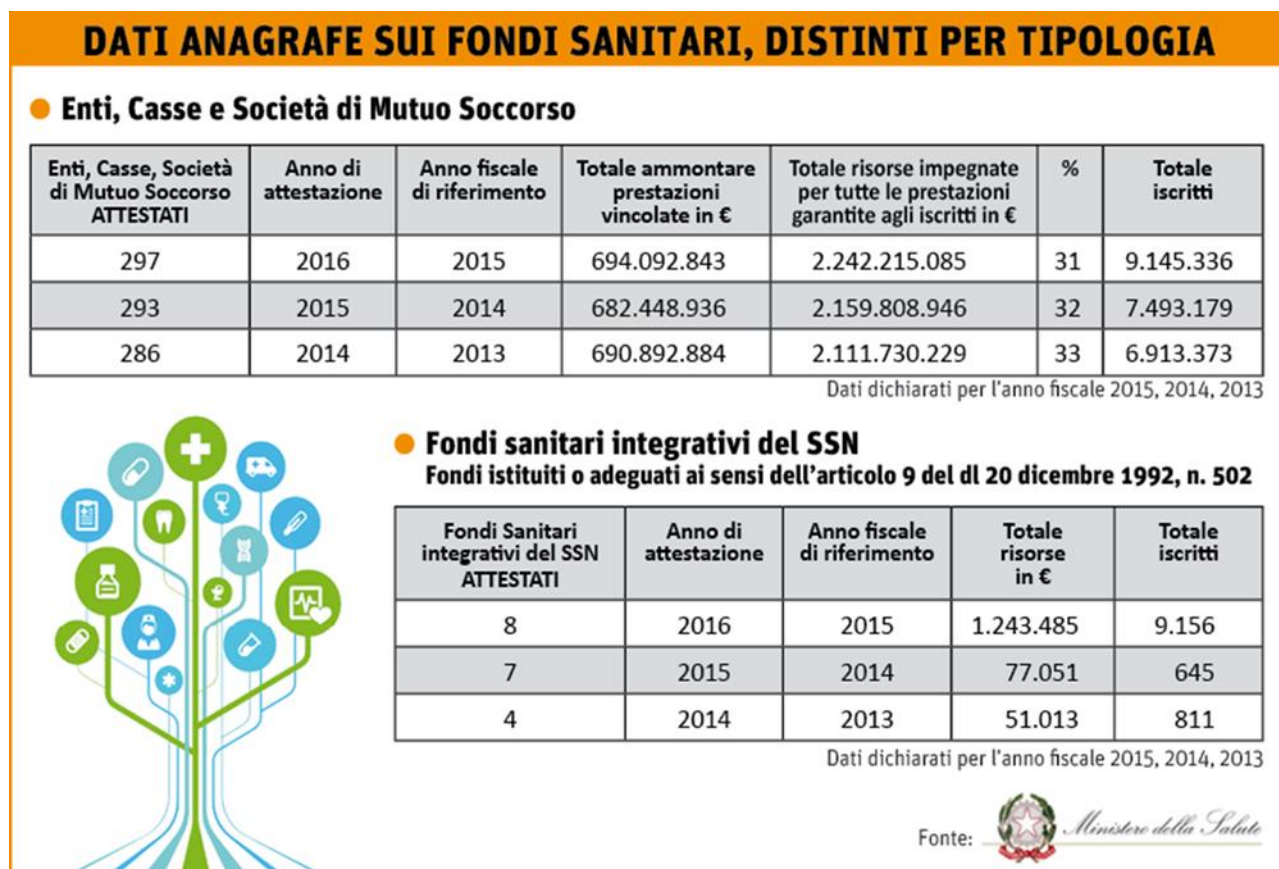


Fig. 10

	FSI DOC	FSI NON DOC	STRUTTURE ODONTOIATRICHE	SOCIETA' MUTUO SOCCORSO	STRUTTURE ODONTOIATRICHE
CITTADINO/ LAVORATORE E AUTONOMO	<b>DEDUCIBILITA' 3.615,20 EURO</b>	<b>ZERO</b>	<b>ACCREDITATE (229)</b>	<b>DETRAIBILITA' 19% TETTO 1.291 EURO</b>	<b>AUTORIZZATE</b>
LAVORATORE E CCNL	<b>DEDUCIBILITA' 3.615,20 EURO</b>	<b>DEDUCIBILITA' 3.615,20 EURO</b>	<b>AUTORIZZATE</b>	<b>DEDUCIBILITA' 3.615,20 EURO</b>	<b>AUTORIZZATE</b>

**I fabbisogni delle professioni sanitarie per l'anno accademico 2017-2018**

Professioni	Professioni	Diff ministero/ professioni	Ministero	Diff Regioni/ ministero	Regioni
Infermieri	18.318	- 4.253	14.065	- 910	13.155
Osstetriche	743	- 71	672	50	722
Infermieri pediatrici	198	-	198	124	322
Podologi	80	-	80	76	156
Fisioterapisti	2.000	- 73	1.927	80	2.007
Logopedisti	787	- 90	697	30	727
Ortottisti	230	- 20	210	- 21	189
Terapisti della neuro e psicomotricità età evolutiva	420	- 140	280	-	280
Tecnici riabilitazione psichiatrica	400	- 124	276	5	281
Terapisti occupazionali	462	- 251	211	-	211
Educatori professionali	800	-	800	42	842
Tecnici audiometristi	60	47	107	-	107
Tecnici sanitari di laboratorio biomedico	690	20	710	- 33	677
Tecnici sanitari di radiologia medica	722	28	750	53	803
Tecnici di neurofisiopatologia	95	15	110	5	115
Tecnici ortopedici	155	- 15	140	- 10	130
Tecnici audioprotesisti	530	- 211	319	1	320
Tecnici della fisiologia cardiocircolatoria e perfusione vascolare	191	- 41	150	-	150
Igienisti dentali	675	- 115	560	- 84	476
Dietisti	426	86	340	70	410
Tecnici della prevenzione ambiente e luoghi di lavoro	512	88	600	40	640
Assistenti sanitari	468	- 108	360	- 29	331
Medici	8.400	300	8.700	1.868	10.568
Veterinari	560	- 40	520	- 7	513
Odontoiatri	800	50	850	204	1.054
Farmacisti	-	448	448	358	806
Biologi	900	- 538	362	-	362
Chimici	258	-	258	220	478
Fisici	80	-	80	70	150
Psicologi	-	-	-	784	784

Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità