

*Le forme integrative di assistenza sanitaria  
e sociosanitaria:  
programma di interventi per lo sviluppo*

*Milano, 6 luglio 2010*

Isabella Mastrobuono



## Finanziamento del SSN

La manovra 2010 stabilisce un minore aumento per il 2010: da 584 milioni (previsto dalla Finanziaria) a 250 milioni

- Art. 2 comma 57 della Legge 23 dicembre 2009, n. 191

*"Per gli anni 2010 e 2011 si dispone un incremento rispettivamente di 584 milioni di euro e di 419 milioni di euro rispetto al livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a 104.564 milioni di euro per l'anno 2010 e a 106.884 milioni di euro per l'anno 2011..."*

- Manovra 2010, art. 11 comma 5 *"...il finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato ... è rideterminato in aumento di 250 milioni per l'anno 2010..."*

# La non autosufficienza in Italia

Si è cercato di ovviare alla mancanza di un fondo obbligatorio, destinando alla non autosufficienza parte del "Fondo nazionale per le politiche sociali".

La sua dotazione è però diminuita negli anni, secondo quanto stabilito dalla legge n. 448 del 28 dicembre 2001 (*legge finanziaria 2002*).

- La finanziaria per il 2008 stanziava per il Fondo per la non autosufficienza solo 700 milioni di euro per il biennio 2008-2009;
- ❖ Otto regioni hanno attivato fondi ad hoc per un totale di 558,6 milioni di euro, sostenendo una spesa complessiva nell'anno 2007 per tutti gli interventi pari a 2,7 miliardi di euro.

## **Art. 2 comma 92 della Legge 23 dicembre 2009, n. 191**

"Il Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, è incrementato di euro 400 milioni per l'anno 2010", con corrispondente riduzione del Fondo nazionale per le politiche sociali, di cui all'articolo 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328.

## Confronto previsioni sul numero di non autosufficienti in Italia

Fonte	2010	2020	2030	2040	2050	Var.% 2010-2050
Isvap [2001]	2.731.419	3.267.421	3.870.998	4.493.114	4.932.164	80.6%
Beltrametti [2006]	1.740.000	2.150.000	2.540.000	2.920.000	3.200.000	83.9%

*Fonte: AXA, "Protezione della persona e cambiamenti demografici: nuove frontiere e prospettive"*

## *Composizione spesa per Long Term Care (LTC) in Italia*

	Milioni di euro	% del totale
Spesa pubblica	3.883	34,7
Spesa privata out of pocket	2.457	22,0
Valore economico aiuti familiari	4.841	43,3
Totale	11.181	100,0

*Fonte:* Agenzia per i servizi sanitari regionali, 2005

## *Fabbisogno di spesa per LTC in miliardi di euro (Beltrametti, 2006)*

Scenario	2004	2010	2020	2030	2040	2050
Solo 3° livello*	1,9	2,1	2,6	3,2	3,7	4,0
Tutti i livelli*	9,2	10,4	13,0	15,4	17,7	19,5

\*Beltrametti ipotizza una copertura di tutti i livelli di non autosufficienza sulla base dei seguenti criteri: € 300 per il 1° livello di disabilità, € 600 per il 2° livello e, infine, € 1000 per il 3° livello

*Fonte:* AXA, "Protezione della persona e cambiamenti demografici: nuove frontiere e prospettive". Anno 2008



LEX

# Proposte

## 1) Completare il quadro normativo per dare ai fondi un assetto definitivo e coerente con gli obiettivi prefissati

- A) in attuazione del D.M. 31 marzo 2008 risulta indispensabile emanare il decreto che regolamenti contestualmente l'affidamento in gestione e la disciplina dei fondi, ivi compresi organismi e modalità di vigilanza .
- B) 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.



# Proposte

## 2) Garantire, attraverso i fondi, il collegamento dei settori sanitario e sociale/sociosanitario

### Il settore della specialistica ambulatoriale "volano"

- costruire pacchetti prestazionali per nucleo familiare esteso (che includa anche il familiare più anziano), garantendo agevolazioni fiscali per i sottoscrittori più giovani che in caso di adesione possano beneficiare per loro delle prestazioni sanitarie (per esempio le prestazioni specialistiche ambulatoriali) e per i loro familiari più anziani della copertura per la non autosufficienza e le prestazioni sociali e sociosanitarie;
- costituire un "paniere dinamico" delle prestazioni, attività e servizi erogabili con i fondi, che sia in grado di raccogliere quelle stesse prestazioni che in base ai vari indicatori/parametri definiti dal legislatore dovessero risultare esclusi dal SSN.

**Esempio pragmatico di solidarietà generazionale e di responsabilizzazione della collettività.**

## Proposte (segue)

3 Introdurre, almeno in una prima fase, meccanismi di copertura del rischio distinti sulla base del livello di disabilità/non

autosufficienza, destinando per esempio i fondi/mutue/polizze assicurative alla tutela contro il rischio di non autosufficienza di grado lieve/moderato e le risorse pubbliche a vario titolo erogate (Fondo nazionale, fondi regionali e/o comunali etc) per sostenere i cittadini in condizioni di non autosufficienza grave, che secondo quanto riportato in una recente ricerca (AXA, 2008), sarebbero 1.098.000 (persone affette da non autosufficienza grave ovvero con incapacità di compiere almeno due abituali funzioni quotidiane).



## Proposte (segue)

4) Inserire i fondi nelle politiche di contrattazione sindacale, nazionale, a livello di comparto e a livello di contrattazione integrativa aziendale, ricercando strumenti che sostengano la dimensione collettiva e prevedendo, per esempio, polizze di gruppo che consentano la “socializzazione dei rischi” e la riduzione dei problemi di selezione sfavorevole per le compagnie assicurative con conseguenti costi minori per gli assicurati.

5) Sviluppare un nuovo concetto di accreditamento, intendendo con esso l’insieme dei requisiti di qualità necessari affinché sia data garanzia ai cittadini dei più elevati livelli qualitativi delle prestazioni da parte degli erogatori, permettendo loro di attrarre sia le risorse provenienti dal SSN sia quelle dei fondi/mutue/assicurazioni.



## Proposte (segue)

6) Favorire l'integrazione e la collaborazione tra i fondi e le realtà istituzionali del territorio (Regioni, Comuni, ASL ed altri enti territoriali ed i soggetti che operano nel mondo del no profit), anche attraverso la costituzione di Osservatori Regionali e l'introduzione di modelli sperimentali differenziati per aree geografiche .



SPERIMENTAZIONE DI MODELLI REGIONALI DI  
COLLABORAZIONE TRA SSR E FONDI



## Proposte (segue)

7) Fronteggiare le condizioni di povertà e di disagio sociale, anche attraverso l'istituzione di un tavolo congiunto tra istituzioni afferenti al settore sanitario e tutte le realtà che operano nel sociale.

- ❖ Individuazione di misure atte a fronteggiare condizioni di povertà e di bisogno e lo sviluppo di modelli assistenziali più equi e solidali, anche attraverso la promozione di fondi integrativi su base regionale o comunale.
- ❖ Proposta di aggiornamento/modifiche degli indicatori ISE, in considerazione delle reali condizioni socioeconomiche del nucleo familiare (anche allargato).



## Proposte (segue)

8) Favorire e potenziare il ruolo delle assicurazioni,  
garantendo il coordinamento delle politiche a sostegno dei fondi  
con quelle inerenti il mondo assicurativo e cercando di favorire e  
non ostacolare il dialogo tra questi due settori.

9) Individuare modalità informative atte a  
promuovere i fondi integrativi 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 i cittadini quanto le istituzioni.



## Proposte (segue)

10) 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 da adottare in un ambito, quello della non autosufficienza, che per evidenti ragioni risulta comune ai due settori.



## Proposte (segue)

11) Individuare interventi correttivi, per compensare le minori possibilità di sviluppo dei fondi integrativi nelle aree meridionali dell'Italia, caratterizzate da minore sviluppo economico e da minori livelli di impiego nei vari comparti che possono essere coinvolti nella contrattazione anche in materia di forme integrative di assistenza.

# Commissione permanente per il coordinamento dei fondi integrativi (COFIP)

- Condivisione degli obiettivi e della strategia
- Predisposizione di uno Statuto
- Definizione di attività, funzioni e compiti istituzionali

# COFIP

- **Garantisce il coordinamento di Casse, Fondi e Società di mutuo soccorso,**
- **Garantisce ed assicura la trasparenza e la correttezza nella gestione e nell'amministrazione dei fondi sanitari integrativi**
- **E' il rappresentante istituzionale dei fondi.**
- **A tal fine:**
  - autorizza i fondi ad esercitare la propria attività e approva i loro statuti e regolamenti;
  - tiene l'albo dei fondi autorizzati ad esercitare l'attività di assistenza integrativa;
  - vigila sulla corretta gestione tecnica, finanziaria, patrimoniale e contabile dei fondi e sull'adeguatezza del loro assetto organizzativo;
  - assicura il rispetto dei principi di trasparenza nei rapporti tra i fondi ed i propri aderenti;
  - cura la raccolta e la diffusione delle informazioni utili alla conoscenza dei problemi sanitari e del settore dell'assistenza integrativa
  - formula proposte di modifica legislativa in materia di fondi sanitari integrativi.

***Potrebbe essere costituita nell'ambito del COVIP***

# Modello sperimentale di collaborazione SSR/Fondi

Quota vincolata  
Riserva 20%

A

## Ambito delle prestazioni sociosanitarie rivolte ai non autosufficienti

I non autosufficienti assistiti dai Fondi (iscritti o familiari) accedono alle prestazioni medico-infermieristiche ed alla protesica garantite da erogatori accreditati. Tali prestazioni vengono definite in funzione dei livelli di disabilità dell'assistito. A livello di sistema le risorse immesse dai Fondi contribuiscono alla spesa complessiva per la non autosufficienza.

B

## Ambito delle prestazioni odontoiatriche

Gli assistiti dai Fondi accedono a prestazioni odontoiatriche erogate in strutture accreditate, che garantiscono condizioni meno onerose rispetto ad alcuni competitori privati.

C

## Ambito delle prestazioni ambulatoriali

Gli assistiti dai Fondi accedono a prestazioni ambulatoriali erogate in strutture accreditate, le quali riservano ai Fondi una quota della propria capacità operativa disponibile per le prestazioni specialistiche e diagnostiche, sulla base di tariffe concordate.

### Funzioni della Regione:

- Garantire il rispetto degli standard qualitativi prestazionali;
- Garantire un sistema di tariffe remunerative per il SSR ma competitive per i fondi;
- Individuare le strutture e gli operatori accreditati per l'erogazione delle prestazioni.

- I tre ambiti di applicazione della partnership vanno concepiti in una visione integrata
- La Regione supporta i Fondi nell'individuare prestazioni ed erogatori accreditati, negli ambiti interessati dalla riserva del 20% e nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali.
- La Regione, inoltre, supporta i Fondi nel processo di definizione delle tariffe inerenti le prestazioni in oggetto.

## Proposta per il modello sperimentale SSR/Fondi:

- Utilizzazione da parte dei fondi del 20% previsto dal D.M. 31 marzo 2008 e dal Decreto Sacconi delle medesime prestazioni sanitarie e sociali previste dal sistema sanitario regionale secondo modelli economici equivalenti (per es. stessi livelli erogativi dei voucher sociosanitari per le regioni che li prevedono – cfr Lombardia), rivolgendosi agli stessi enti/organizzazioni già accreditati dal SSR:
  - In questo modo si applica il principio della Integrazione (e non cumulabilità) dei benefici al modello integrato SSR/Fondi (le prestazioni erogate dai fondi non vengono più garantite dal SSR, che invece integra l'assistenza garantita dai fondi con altre prestazioni da condividere).
- Attivare/sviluppare flussi informativi integrati che consentano di disporre con cadenza regolare di tutti i dati necessari, a supporto del modello assistenziale integrato ASL/enti locali/fondi.

## Riserva del 20%

“Prestazioni di assistenza odontoiatrica comprese protesi dentarie”

“Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale per persone NA in ambito domiciliare, residenziale e semiresidenziale rivolte a NA”

“Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria per persone NA al fine di favorire autonomia e permanenza a domicilio rivolte a NA

“Prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortuni (es: dispositivi per disabilità temporanee)”

Rif:  
nomenclatore  
SSN

Rif: Voucher  
socio-sanitario  
– normativa  
regionale

Progetto  
Mattoni  
(Mattone 12-  
13)

nomenclatore  
SSN

Rif.:  
allegato  
D.M. 27  
agosto 1999  
n. 332

## Esempi di prestazioni

Estrazione e ricostruzione di denti - Applicazione corona  
Inserzione ponte – Protesi – Impianti – Terapie canalari e otturazioni –  
Trattamenti ortodontici

### 1) QUOTA RSA – RSD

#### 2) A.D.I. e cure domiciliari

- prestazioni infermieristiche (es.: medicazione di piaghe da decubito, somministrazione dei medicinali, iniezioni, bendaggi, prelievi, medicazioni e bagni terapeutici)
- prestazioni riabilitative (es. fisioterapia, terapia della riabilitazione, recupero funzionalità motorie degli arti, terapia occupazionale, logoterapia)
- prestazioni medico specialistiche

#### Prestazioni di aiuto infermieristico, supporto della persona e assistenza tutelare

Aiuto per l'igiene e la cura della persona (alzata dal letto, pulizia della persona, aiuto per il bagno, vestizione) - aiuto nell'assunzione e somministrazione dei pasti - assistenza nella deambulazione/aiuto per una corretta deambulazione e nel movimento degli arti invalidanti - mobilitazione del soggetto allettato - gestione delle altre attività quotidiane - aiuto o controllo nell'espletamento delle normali attività quotidiane - Promozione di attività di socializzazione che favoriscano stili di vita attivi

#### Fornitura di ausili o dispositivi per disabilità temporanee (Ortesi e protesi

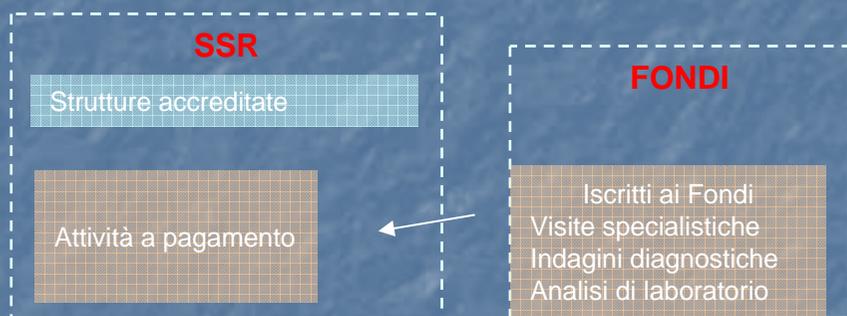
- Ausili per terapia ed addestramento - Ausili per la cura e la protezione personale - Ausili per la mobilità personale - Ausili per la cura della casa - Mobilia ed adattamenti per la casa o per altri edifici - Ausili per comunicazione, informazione e segnalazione - Ausili per manovrare oggetti e dispositivi - Adattamenti dell'ambiente, utensili e macchine )

- Cure termali

- Prestazioni riabilitative non comprese nei LEA

# PROPOSTA DI MODELLI REGIONALI DI COLLABORAZIONE TRA SSR E FONDI

**Processo 1: PRESTAZIONI COMPRESSE NEI LEA - Descrizione del processo:** accordo tra Regione e Fondi per l'erogazione di x volumi di attività LEA (garantiti dai fondi ai loro iscritti) presso strutture accreditate secondo protocolli definiti e tariffe calmierate. La Regione può stabilire tetti alle stesse prestazioni erogabili nell'ambito del SSR, se già erogate dai Fondi.

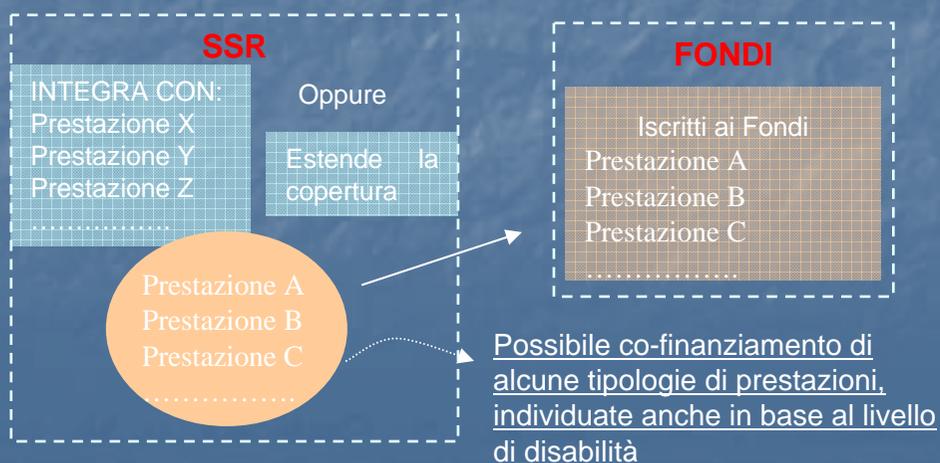


## Impatti:

- Per la Regione:  
Controllo/razionalizzazione della spesa; Incremento entrate per il SSR; Controllo sugli erogatori
- Per i fondi:  
Tariffe competitive; Garanzia di qualità degli erogatori (accreditati) sicurezza e percorsi differenziati.
- Per gli utenti:  
Garanzia di qualità e sicurezza

**Processo 2: PRESTAZIONI VINCOLATE – QUOTA DEL 20% PREVISTA DAL D.M. 31 MARZO 2008 E DAL DECRETO SACCONI - Ambiti:** assistenza odontoiatrica; assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti o temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio.

**Descrizione del processo:** accordo tra Regione e Fondi per la scelta delle prestazioni da far rientrare nella quota vincolata del 20% che, se erogate dai fondi, non vengono più garantite dal SSR. Il SSR integra le prestazioni erogate dai fondi con altre prestazioni da condividere o estende la copertura a nuovi utenti ad oggi non assistiti.



## Impatti:

- Per la Regione:  
Migliore risposta al fabbisogno assistenziale; Controllo/razionalizzazione della spesa; Controllo sugli erogatori.
- Per i fondi:  
Rispetto del vincolo normativo a tariffe competitive; Garanzia di qualità degli erogatori (accreditati) sicurezza e percorsi differenziati.
- Per gli utenti:  
Garanzia di qualità e sicurezza; possibile estensione del numero dei beneficiari e della tipologia di prestazioni

# Attività ambulatoriale

## Processo 1: PRESTAZIONI COMPRESSE NEI LEA –

**CONVENZIONE** tra Regione e Fondi per l'erogazione di x volumi di attività LEA (garantiti dai fondi ai loro iscritti) presso strutture accreditate secondo protocolli definiti e tariffe calmierate. La Regione può stabilire tetti alle stesse prestazioni erogabili nell'ambito del SSR, se già erogate dai Fondi.



## Impatti

Per la Regione:

- Controllo/razionalizzazione della spesa (possono essere stabiliti tetti alle stesse prestazioni erogabili nell'ambito del SSR, se già erogate dai Fondi);
- Incremento entrate per il SSR;
- Controllo sugli erogatori

Per i fondi:

- Tariffe competitive; -
- Garanzia di qualità degli erogatori (accreditati) sicurezza;
- percorsi differenziati.

Per gli utenti:

- Garanzia di qualità e sicurezza;
- Percorsi differenziati

# Attività ambulatoriale

Forma giuridica:  
Convenzione tra SSR e  
fondi



Erogazione delle prestazioni attraverso Attività aziendali a pagamento: APA

Tariffe estremamente competitive, in funzione dei volumi di domanda espressi dai Fondi, e grazie alla contestuale possibilità dell'erogatore di garantire servizio e volumi nel rispetto di elevati standard di qualità.

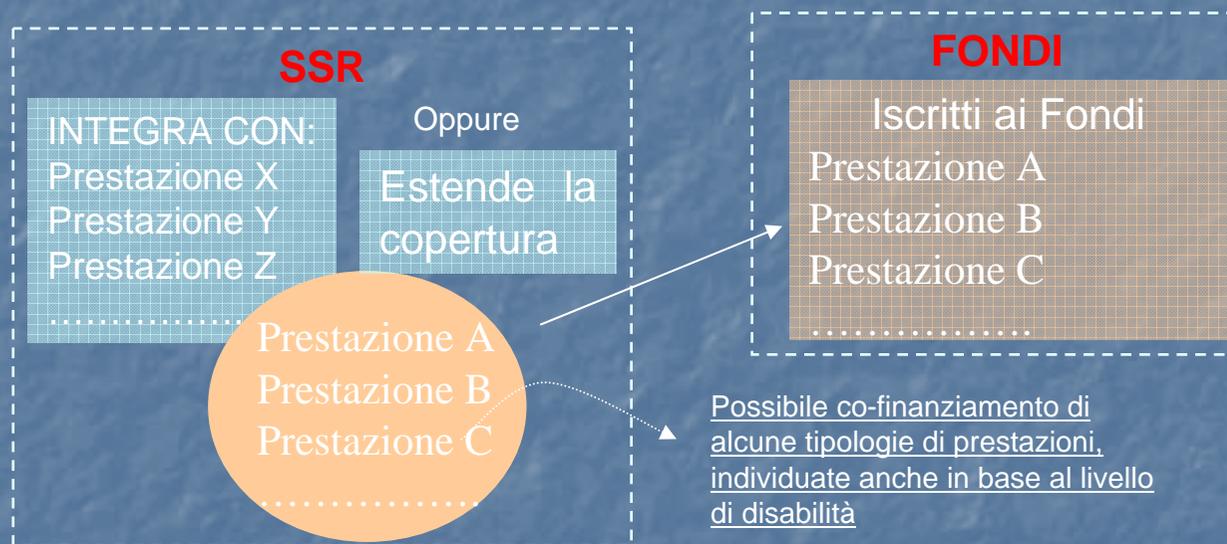
Step:

- Verifica capacità produttiva erogatori SSR in regime a pagamento
- Individuazione delle prestazioni e dei possibili volumi di domanda
- Accordo sulle tariffe
- Sottoscrizione di convenzione
- Verifica e monitoraggio su volumi di attività, sulla qualità delle prestazioni e sulla remuneratività delle tariffe.

# PRESTAZIONI VINCOLATE – QUOTA DEL 20% PREVISTA DAL D.M. 31 MARZO 2008 E DAL DECRETO SACCONI

Ambiti: assistenza odontoiatrica; assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti o temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio.

CONVENZIONE tra Regione e Fondi per individuare le prestazioni da far rientrare nella quota vincolata del 20% che, se erogate dai fondi, non vengono più garantite dal SSR. Il SSR integra le prestazioni erogate dai fondi con altre prestazioni da condividere o estende la copertura a nuovi utenti ad oggi non assistiti.



## IMPATTI

Per la Regione:

- Migliore risposta al fabbisogno assistenziale;
- Controllo/razionalizzazione della spesa; Controllo sugli erogatori.

## Impatti

Per i fondi: Rispetto del vincolo normativo a tariffe competitive; Garanzia di qualità degli erogatori (accreditati) sicurezza e percorsi differenziati.

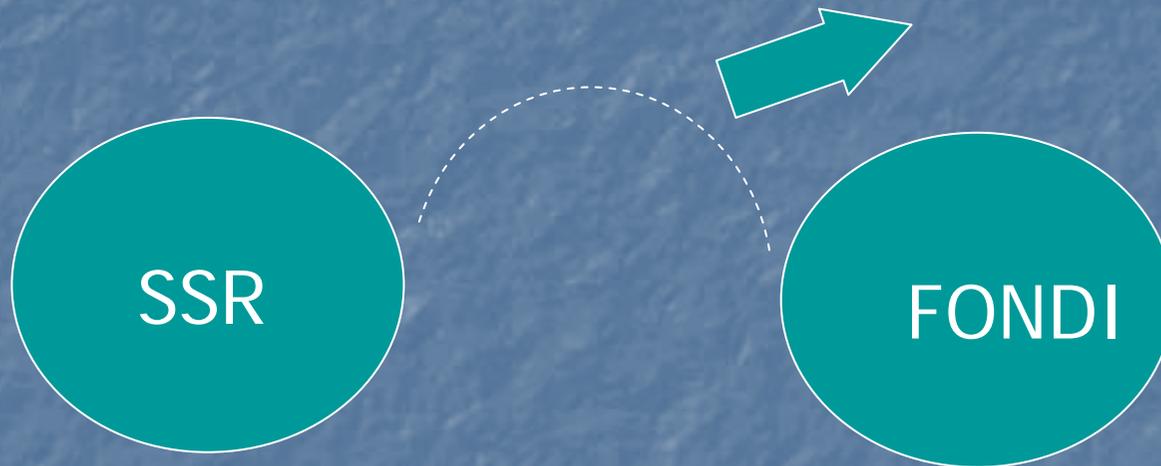
## Impatti

Per gli utenti:

Garanzia di qualità e sicurezza; possibile estensione del numero dei beneficiari e della tipologia di prestazioni

# Non autosufficienza

Forma giuridica: Convenzione tra SSR e fondi, Joint Venture



3 modelli di collaborazione

*Segue*

Step:

- Scelta del modello
- Individuazione delle prestazioni che i fondi possono garantire ai loro iscritti/familiari
- Individuazione degli erogatori e delle tariffe
- Individuazione della forma giuridica
- Destinazione delle risorse liberate (Integrazione delle prestazioni o estensione della copertura)

# Il modello 1 Estensione della copertura

“Estensione ADI e di prestazioni a N.A. a cittadini attualmente non coperti”

- ✓ I Fondi garantiscono le prestazioni ai loro iscritti/familiari relativamente ai livelli meno gravi di disabilità
- ✓ La Regione continua ad erogare le prestazioni residue per i livelli meno gravi per i cittadini di cui al punto 1 e tutte le prestazioni per il livello più grave di disabilità
- ✓ Il risparmio prodotto per la Regione viene destinato ad estendere la copertura ad una quota di cittadini oggi non coperta

# Il modello 2 Integrazione

- ✓ I Fondi garantiscono le prestazioni ai loro iscritti/familiari relativamente ai livelli meno gravi di disabilità
- ✓ La Regione continua ad erogare le prestazioni residue per i livelli meno gravi per i cittadini di cui al punto 1 e tutte le prestazioni per il livello più grave di disabilità
- ✓ Il risparmio prodotto per la Regione viene destinato ad integrare l'offerta prestazionale (La Regione aumenta il numero e la tipologia di prestazioni da garantire alle persone in condizioni di non autosufficienza/disabilità).

# Il modello 3 "Co-Finanziamento per i disabili gravi"

- ✓ I Fondi partecipano all'attuale costo del SSR per le disabilità gravi, cofinanziando le prestazioni "aggiuntive" (per es: protesica e tecnologie)
- ✓ Il SSR garantisce lo stesso livello di prestazioni indipendentemente dal livello di disabilità. In questo caso l'integrazione è garantita dai fondi che forniscono prestazioni aggiuntive.

## Disabilità grave

Cittadini non iscritti ai fondi

Prestazioni SSR

Prestazioni sociosanitarie e sociali (comuni, distretti etc)

Cittadini iscritti ai fondi (e familiari)

Prestazioni SSR

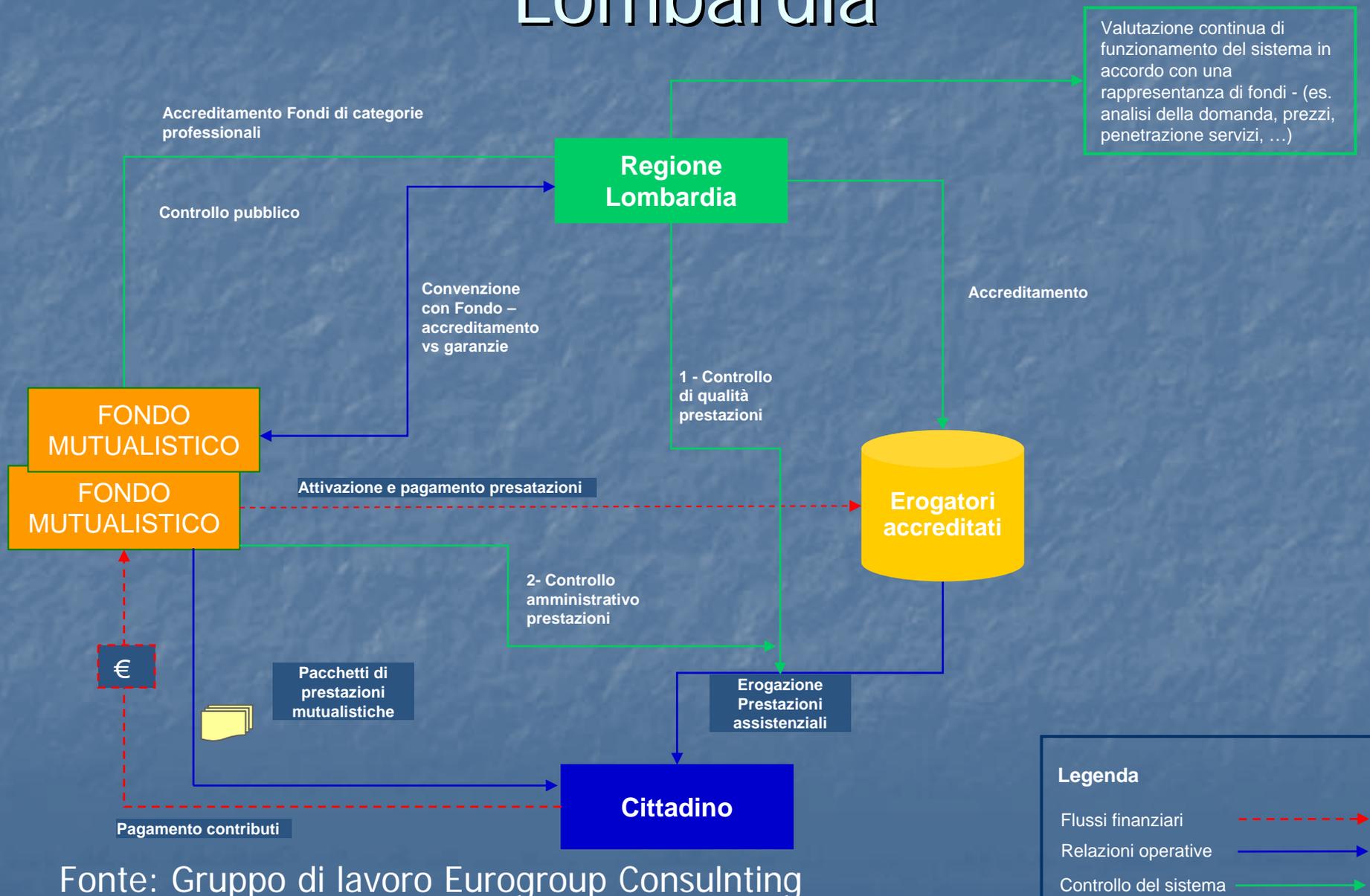
Prestazioni sociosanitarie e sociali (comuni, distretti etc)

**Prestazioni aggiuntive garantite dai fondi**

## Esempi di Prestazioni aggiuntive per il livello più grave:

- ✓ Carrozine ed altri ausili per la deambulazione
- ✓ Apparecchi ed ortesi per l'arto
- ✓ Apparecchi per la funzione respiratoria
- ✓ Ausili per la cura e protezione personale
- ✓ Sistemi posturali
- ✓ Ortesi per il tronco
- ✓ Ausili e protesi ottiche ed acustiche
- ✓ Ausili per la comunicazione, informazione e segnalazione
- ✓ Ausili addominali

# Modello in via di sperimentazione in Lombardia



Fonte: Gruppo di lavoro Eurogroup Consulting



# Conclusioni

L'auspicio è che il Governo, in sintonia con le Regioni, insista lungo la strada volta alla valorizzazione del mondo delle forme integrative che, nell'indurre risparmio al SSN, possa favorire altresì la solidarietà, in particolare verso le persone meno abbienti e con maggiori disagi, una strada italiana che tenga conto da una parte dei punti di forza del nostro sistema universalistico e, dall'altra, della necessità di adeguare strategie, obiettivi e mezzi alle mutate condizioni di bisogno della collettività.

Grazie per l'attenzione