

# *I fondi sanitari integrativi in Italia: dimensioni, vincoli, prospettive*

---

*Venezia 21 Aprile 2017  
Isabella Mastrobuono*

*isabella.mastrobuono@gmail.com*

## Casse, Fondi e Società di mutuo soccorso

*“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”.*

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



## Normativa di riferimento

- ◆ Art. 46 della legge 833/78 (la mutualità volontaria è libera);
- ◆ Art.9 del D.Lgs. 502/92 (forme differenziate per particolari tipologie di prestazioni)
- ◆ Art. 9 del D.Lgs 517/93 (fondi finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle garantite dal SSN)
- ◆ Art.9 della legge 229/99 (fondi doc)
- ◆ D.Lgs 41/2000 (aspetti fiscali)
- ◆ Legge 30 dicembre 2007 (finanziaria 2008, superamento fondi doc)
- ◆ Decreto 31 marzo 2008 (20% sociosanitario e odontoiatria)
- ◆ Decreto ministeriale ottobre 2009 (Anagrafe dei fondi)
- ◆ Finanziarie per il 2016 e 2017 (Welfare aziendale)

**“a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti”**

Art. 9 della 502/92 e s.m.i.

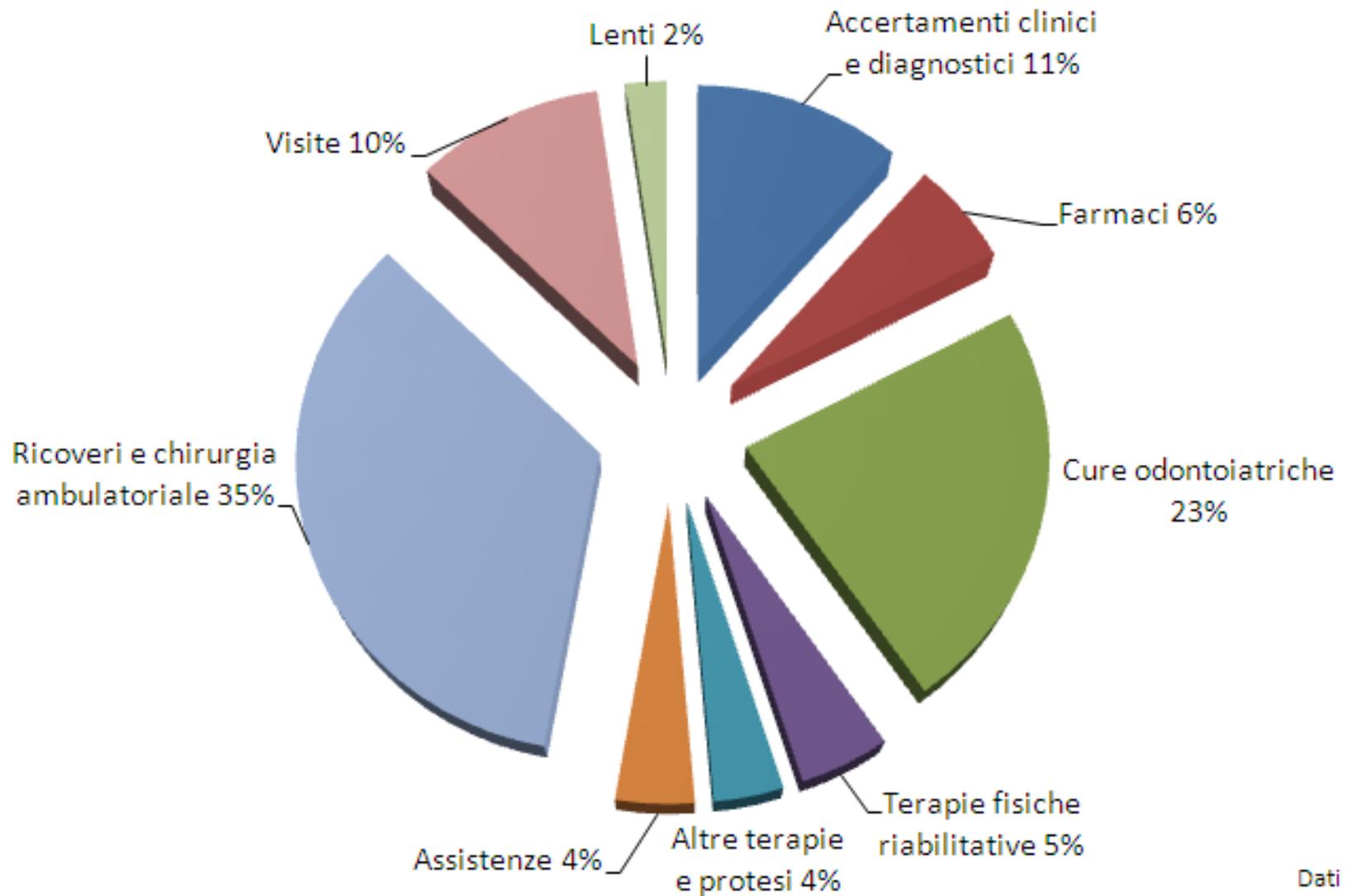
# Stato attuale dei fondi integrativi

- Sono 290 i Fondi Sanitari iscritti, di cui 4 appartenenti alla categoria Fondi Sanitari Integrativi e 286 a quella degli Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso.
- Nell'anno 2014 il numero totale degli assistiti dei Fondi è stato di **6.914.184**, di cui **4.734.681** sono lavoratori dipendenti, **539.864** sono lavoratori autonomi, **1.373.444** sono i familiari dei lavoratori dipendenti e **266.195** familiari dei lavoratori autonomi;
- L'ammontare delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite è stato complessivamente pari a **2 miliardi e 111 milioni di euro**. L'ammontare delle risorse impegnate riferite a prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza sociosanitaria e di prestazioni finalizzate al recupero della salute, in misura non inferiore al **20 per cento dell'ammontare totale, è stato, di circa 691 milioni di euro. Cioè il 32,7% ben oltre il 20%**;
- Circa la metà dei Fondi Sanitari (124 Fondi) gestisce il rischio con una convenzione assicurativa, 121 Fondi sono autoassicurati e solo 44 Fondi utilizzano una forma mista di autoassicurazione e polizza;
- La maggior parte dei Fondi Sanitari è stata costituita tramite CCNL (131 Fondi), seguono gli accordi fra persone fisiche per 98 fondi, gli accordi societari per 31, gli accordi tra società e persone fisiche per 15, gli accordi aziendali per 7, altre tipologie come l'adesione alla lega delle cooperative per 8.
- Nel 2015 gli iscritti sono diventati 9.145.336.
- Secondo il Censis oltre 11 milioni

# Le indagini nel tempo e stato attuale

anni	iscritti	assistiti	fonti
1998	657.962	1.436.208	Mastrobuono
2003	980.865	2.179.363	Pfizer
2004	3.570.000	4.900.000	Università di Padova
2007	5.983.000	10.341.210	Labate- Mastrobuono
2015		9.145.336.	<b>Ministero salute</b> (290 fondi solo 4 DOC)
2015		11.269.000	<b>RBM salute Roma 2016</b>

# Le prestazioni più diffuse



Dati 2009

## Associazione Isnet: le Società di Mutuo Soccorso in Italia.

- 1114 Società di Mutuo Soccorso, ma solo 509 possono dichiararsi attive.
- L'indagine è stata svolta su 200 società: il 54,5% delle organizzazioni svolge già attività di tipo socio-sanitario, ha stipulato convenzioni con strutture sanitarie, prevede rimborsi per ricoveri ospedalieri, assistenza infermieristica domiciliare e ospedaliera, coperture per cure odontoiatriche; per quanto riguarda le altre, una su tre ha intenzione di attivarsi in questa direzione nel prossimo futuro.
- Il 48% delle Società si trova nel Nord-Ovest del Paese, il 13,5 nel Nord-Est, il 20% al Centro e il 18,5% nel Mezzogiorno. Quasi la metà, il 47,5%, è nata prima del 1886. Per il 2017 si prevede un incremento della base associativa del 5,5%.
- Tra le Società che svolgono attività socio-sanitarie, la percentuale arriva al 16,7%. Ad oggi, solo lo 0,5%, ha più di 15.000 soci; la maggioranza (33,5%) ha tra i 100 e i 200 soci, il 21,5% ne ha meno di 100.
- I soci sono prevalentemente uomini (66,6%) e hanno per la maggior parte tra i 40 e i 50 anni.

# Regime Fiscale

	FSI DOC	FSI NON DOC	SMS
<b>CITTADINO</b>	<b>DEDUCIBILITA'</b> <b>3.615,20 EURO</b>	<b>ZERO</b>	<b>DETRAIBILITA'</b> <b>19%</b> <b>TETTO 1.291</b> <b>EURO</b>
<b>LAVORATORE</b> <b>CCNL</b>	<b>DEDUCIBILITA'</b> <b>3.615,20 EURO</b>	<b>DEDUCIBILITA'</b> <b>3.615,20 EURO</b>	<b>DEDUCIBILITA'</b> <b>3.615,20 EURO</b>

Importante se sono le Regioni e le P.A a costituire un fondo integrativo poiché non potrebbe che essere DOC (sono solo 4 a livello nazionale i fondi DOC dell'Anagrafe). Il rischio è anche l'equilibrio economico del fondo stesso regionale. Nel caso della odontoiatria può avere senso se si avviano politiche di rete.

- 1) *Completare il quadro normativo per un assetto definitivo e coerente*
- 2) *Garantire il collegamento dei settori sanitario e sociale/sociosanitario, Attraverso percorsi assistenziali condivisi (PDTA)*
- 3) *Introdurre meccanismi di copertura del rischio distinti sulla base del livello di disabilità/non autosufficienza,*
- 4) *Inserire i fondi nelle politiche di contrattazione sindacale, nazionale, a livello di comparto e a livello di contrattazione integrativa aziendale (Responsabilità sociale di impresa,*
- 5) *Promuovere l'adesione del maggior numero di cittadini*
- 6) *Sviluppare un nuovo concetto di accreditamento, con ruolo partecipativo ed attivo degli erogatori pubblici e privati (garanzia della qualità delle prestazioni)*
- 7) *Favorire l'integrazione e la collaborazione tra i fondi e le realtà istituzionali del territorio, soprattutto i Comuni per la parte sociale*
- 8) *Ridisegnare il ruolo delle assicurazioni, soprattutto di quelle che gestiscono i fondi (decreto sull'affidamento in gestione)*
- 9) *Individuare modalità informative atte a promuovere i fondi integrativi ed a garantire alla collettività conoscenza e trasparenza,*
- 10) *Individuare modalità di collegamento e comunicazione tra i due grandi mondi integrativi/complementari, quello sanitario e quello pensionistico,*
- 11) *Individuare interventi correttivi, per compensare le minori possibilità di sviluppo dei fondi integrativi nelle aree meridionali dell'Italia*
- 12) *Promuovere la formazione e l'aggiornamento di tutti coloro che all'interno dei Fondi e delle SMS hanno la responsabilità di governare la domanda che afferisce: valutazione dei bisogni ad esempio.*

# Welfare aziendale

## (leggi di stabilità per il 2016 e per il 2017)

Il tema regolato dagli artt. 51 e 100 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi è stato rinnovato con l'obiettivo di intercettare i nuovi “bisogni sociali” emergenti ed aggiornare la normativa.

La Legge 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...); permette l'erogazione di premi di risultato in forma di servizi di welfare; introduce nuovi strumenti già sperimentati in altri paesi europei come il voucher dei servizi.

# Welfare aziendale

Dal rapporto 2016 “welfare index PMI” condotto su 2.140 Piccole e Medie Imprese emerge tra le aree principali di intervento quella della salute (erogata dal 39% delle imprese).

Per l'Osservatorio UniSalute risulta che ben oltre la metà degli intervistati (65%) pensa che le aziende debbano prendersi carico delle cure sanitarie dei propri dipendenti, vorrebbe estendere le coperture sanitarie a coniuge e figli e avere polizze integrative create su misura, esigenza riscontrata nel 27% degli intervistati.

# Responsabilità Sociale d'impresa

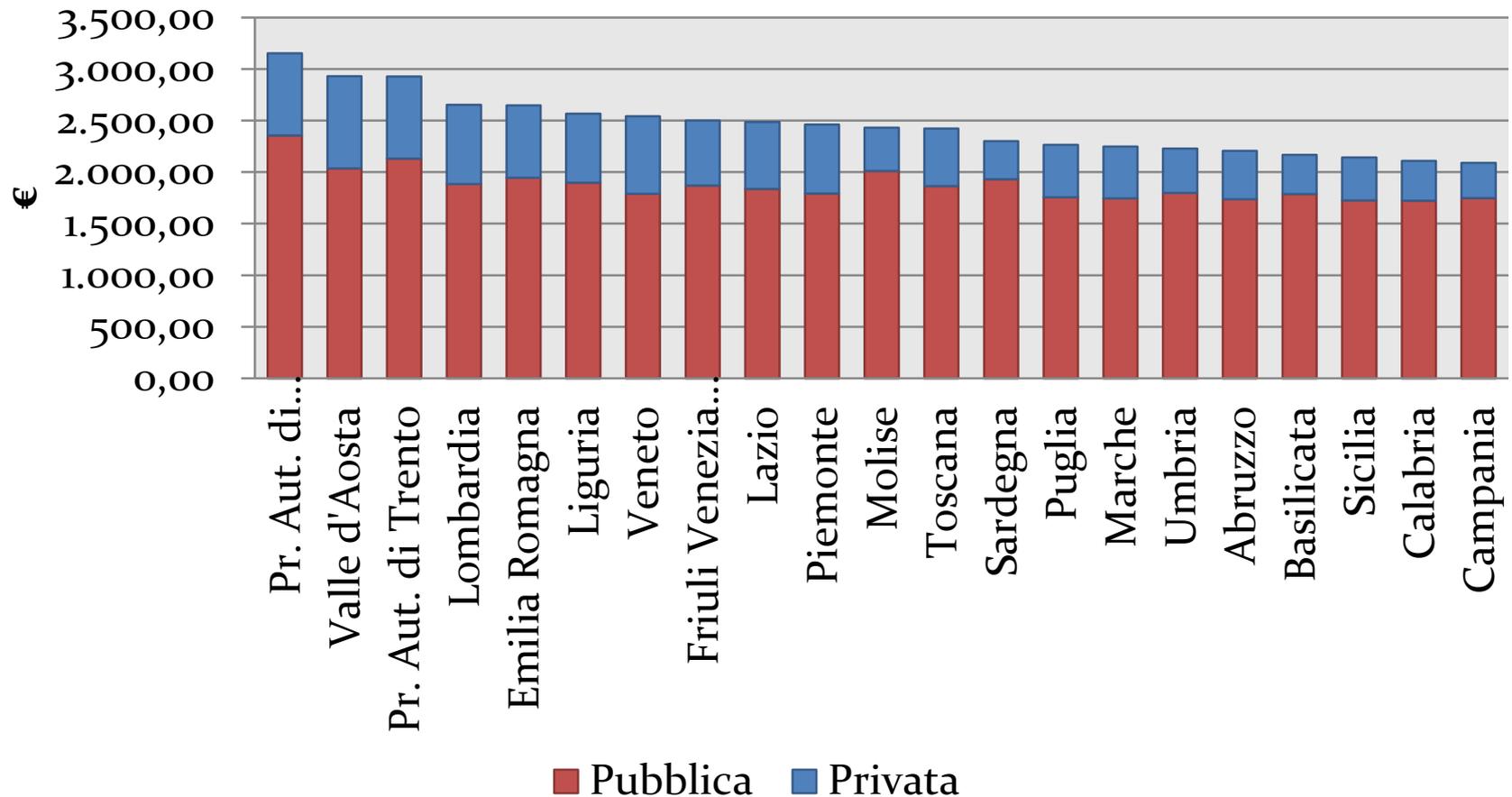
## Welfare contrattuale

CCNL chimico-farmaceutico 18 dicembre 2009

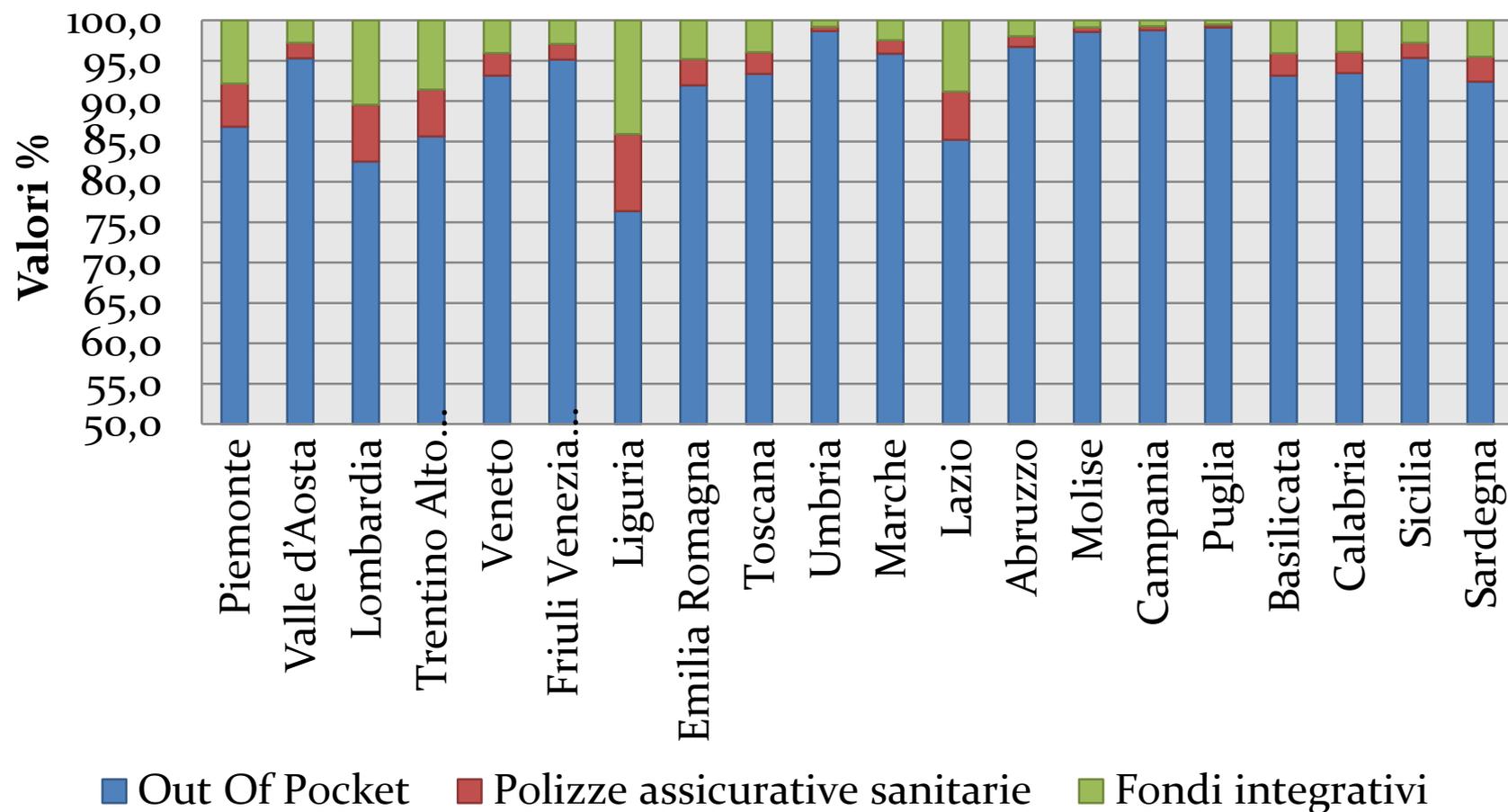
- RS L'impegno di tutti i soggetti coinvolti nell'impresa, ciascuno in relazione al proprio ruolo, ad **integrare** i temi sociali, etici ed ambientali nelle proprie attività e nei rapporti interni ed esterni, operando responsabilmente, con la consapevolezza dei propri diritti e doveri.
- WC E' il risultato di scelte di responsabilità sociale condivise finalizzate a dare risposte a esigenze dei lavoratori e dei loro familiari in ambiti che hanno rilevanza sociale.

# Differenza tra spesa pubblica e privata

Un dato che incide nell'offerta dei servizi è rappresentato dalle diverse quote di finanziamento pro-capite del Ssn che nelle regioni del Sud è più basso e non raggiunge i 1.900 euro

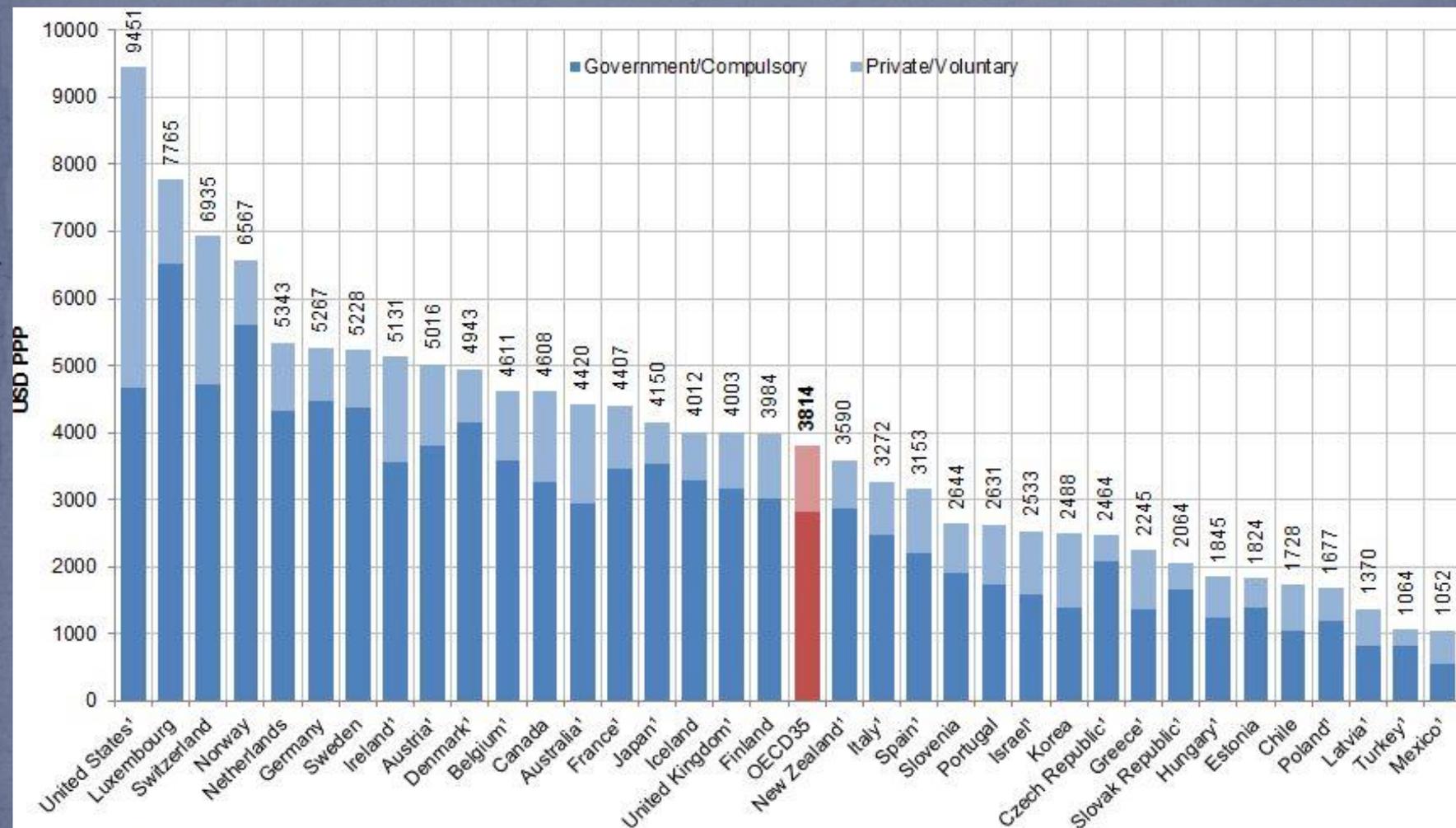


# Come è organizzata la spesa privata



# OCSE 2016

Nel 2014, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia è stata di 1.817€



1. OECD estimate.

Source: OECD Health Statistics 2016.

## Spesa sanitaria – Benchmark



<b>Indicatori *</b>	<b>Germania</b>	<b>Francia</b>	<b>Italia</b>	<b>Spagna</b>	<b>Regno Unito</b>
Popolazione	81.751.602	65.048.412	60.626.442	46.152.926	62.498.612
PIL	2.570.800	1.996.583	1.580.220	1.073.383	1.746.962
PIL pro-capite	31.446	30.694	26.065	23.257	27.952
Anziani over 65 anni (% della popolazione)	20,6%	16,7%	20,3%	17,1%	16,7%
Spesa sanitaria totale (milioni Euro)	298.213	231.604	140.060	103.045	171.202
Spesa sanitaria <i>pro-capite</i> (Dollari PPP)	4.338	3.974	2.964	3.076	3.379
Spesa sanitaria pubblica <i>pro-capite</i> (Dollari PPP)	3.332	3.060	2.342	2.264	2.811
Spesa sanitaria totale (% PIL)	11,6%	11,6%	8,9%	9,6%	9,8%
Spesa sanitaria pubblica (% PIL)	8,9%	8,9%	7,1%	7,1%	8,2%
Spesa sanitaria privata (% PIL)	2,7%	2,7%	1,8%	2,5%	1,6%

\*Dati riferiti al 2011 o all'ultimo anno disponibile (2013).

# ECONOMIA ITALIANA

1994/2014 **-10% PIL**

1939/1945 **-7,5% PIL**

PRODUZIONE INDUSTRIALE 2000/2014 **-25%**

DISOCCUPAZIONE 2014 MASSIMA DAL 1970  
**-1.100.000 POSTI DI LAVORO NEGLI ULTIMI 5 ANNI**

POTERE D'ACQUISTO MEDIO 2014 **< 1994**

POVERTA' ASSOLUTA AUMENTATA DEL 141%  
**(4.6 milioni indigenti)**

# Eurostat 2015

L'Italia è il Paese con la percentuale più alta di bisogni sanitari insoddisfatti perché le cure mediche (Eurostat usa il termine "mediche" anche se il riferimento è più esteso) sono troppo costose.

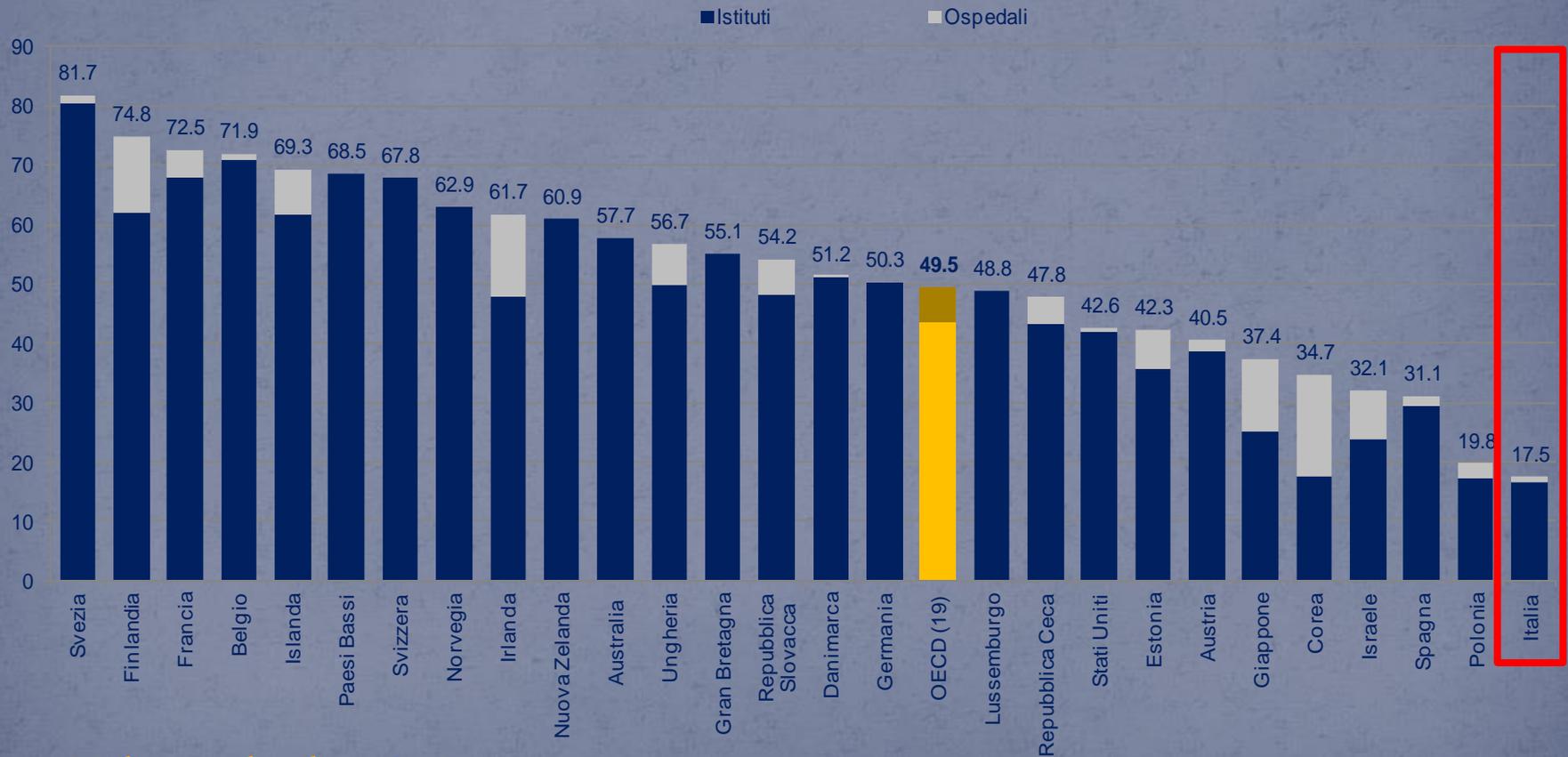
E' al quarto posto per percentuale di insoddisfatti con il 6,5% rispetto al 10,9% della Grecia, 8,3% della Romania e 6,8% della Lituania. In Romania e Lituania tuttavia, negli ultimi cinque anni (dal 2010) sono andati via via migliorando e la percentuale di insoddisfatti è gradualmente calata, mentre in Italia e Grecia il fenomeno è opposto.

Nel 2010 gli insoddisfatti per i costi troppo alti delle cure erano il 13,4% in Lituania e il 9,8% in Romania, mentre in Grecia ci si fermava al 4,2% e in Italia addirittura al 3,6%, poco più della metà di quelli attuali.

# Posti letto in Europa

*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. La Germania il paese con più posti letto (823 per 100mila abitanti).*

## Posti letto dedicati alla Long-Term Care negli istituti e negli ospedali, per 1.000 abitanti con età pari o superiore ai 65 anni, 2010



Nel 2015 il valore è 18,1

## Transizione demografica ed epidemiologica

- L'Italia è il secondo paese europeo più vecchio dopo la Germania.
- Percentuale di popolazione di 65 anni e più: dal 18,7% nel 2001 al 20,8% nel 2011 (corrispondente ad un aumento di quasi due milioni di persone).
- Le persone oltre i 65 anni: dai 6.395.519 del 2013 ai 12.783.847 del 2065 e quelle oltre i 75 saranno quasi un terzo della popolazione (stime ISTAT).
- L'invecchiamento si accompagna ad un aumento delle persone che perdono, per malattia, la loro autonomia e la loro autosufficienza.
- Oltre la metà della popolazione ultrasettantacinquenne soffre di patologie croniche gravi e le persone affette da almeno una patologia grave nel 2012 sono state il 14,8% della popolazione, con un aumento di 1,5 punti percentuali rispetto al 2005.
- Prevalenza attesa di cronici gravi nel 2024 superiore al 20%.

- L'aspettativa di vita in Italia, 82,8 anni nel 2013, è la quarta più alta nell'area OCSE. Tuttavia gli indicatori di salute all'età di 65 anni sono peggiori di quelli in altri Paesi e l'aspettativa di vita in buona salute all'età di 65 anni in Italia è tra le più basse tra i Paesi OCSE, con 7 anni senza disabilità per le donne e circa 8 anni per gli uomini.
- **E il Mezzogiorno resta indietro anche sul fronte della riduzione della mortalità:** negli ultimi quindici anni è diminuita in tutto il Paese, ma la riduzione, soprattutto per gli uomini, non ha interessato tutte le Regioni ed è stata del 27% al Nord, del 22% al Centro e del 20% al Sud e Isole.  
E ancora, la mortalità sotto i 70 anni dal 1995 al 2013 rispetto alla media nazionale nel Nord è in diminuzione, **nelle regioni del Mezzogiorno il trend è in sensibile aumento**, facendo perdere ai cittadini di questa area del Paese i guadagni maturati nell'immediato dopoguerra (Osservasalute 2016).
- Al contempo, l'offerta di assistenza di lungo termine agli anziani è inferiore rispetto alla maggior parte dei paesi OCSE. In particolare sono carenti i servizi di assistenza domiciliare e la residenzialità, che sono i pilastri per rispondere alla non autosufficienza. Negli ultimi due anni l'assistenza residenziale sta diminuendo (anche a seguito dell'introduzione del nuovo ISEE) mentre è al palo l'assistenza domiciliare con 21 ore di assistenza annue.

## La non autosufficienza in Italia e negli altri Paesi

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.

Fonti: Long-Term Care for the elderly Provisions and providers in 33 European countries. European Commission 2012

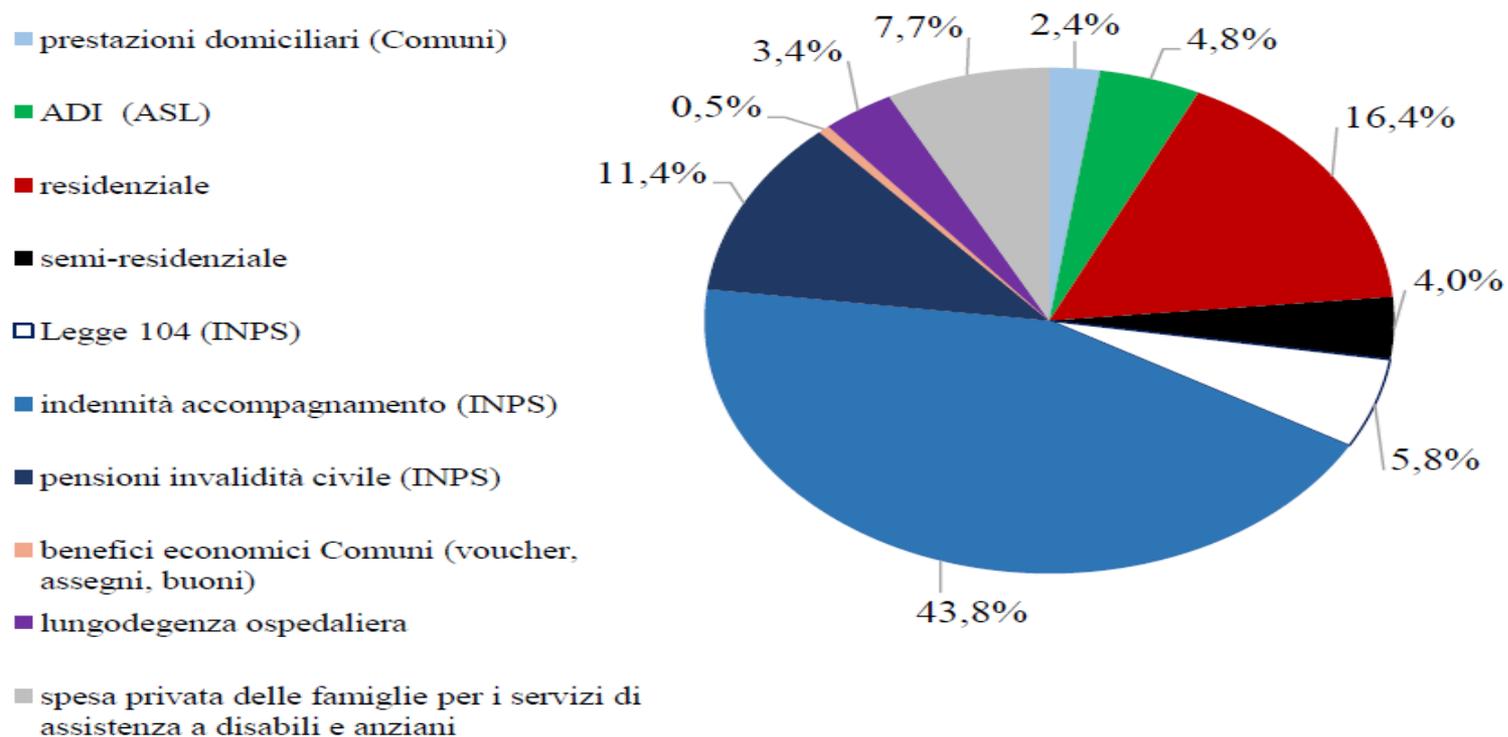
Il welfare e la long term care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi degli utenti. A cura di G.Fosti e E.Notarnicola. Cergas centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale dell'Università Bocconi 2014

# Non autosufficienza Censis 2015 su dati ISTAT

Sono 3.167.000 (il 5,5% della popolazione) i non autosufficienti in Italia. Tra questi, le persone con non autosufficienza grave, in stato di confinamento, cioè costretti in via permanente a letto, su una sedia o nella propria abitazione per impedimenti fisici o psichici, sono 1.436.000.

# La composizione della spesa anno 2014

## Spesa per la non-autosufficienza – Composizione. Valori %, anno 2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero Salute, INPS, Ministero Sviluppo Econ., Istat

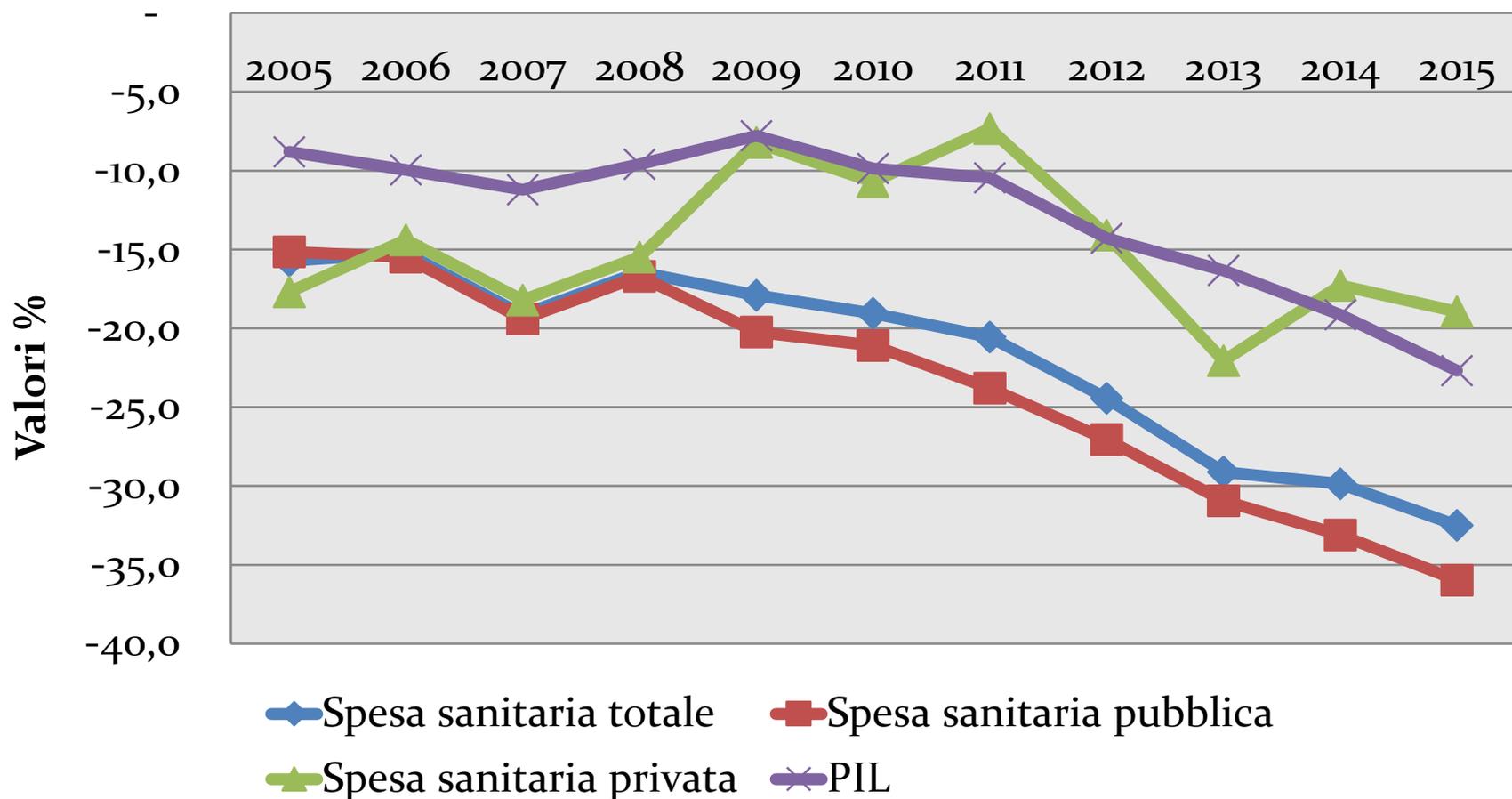
# La spesa sanitaria

La spesa sanitaria è stata pari a 113.457 milioni di euro nel 2010 (7,3% del PIL) cresciuta di oltre 11 miliardi di euro dal 2007, mentre il finanziamento tende proporzionalmente a diminuire, attestandosi per il 2015 a 111 miliardi di euro (6,5% del PIL). **Per il 2017 dai 113 miliardi stanziati sono stati tolti 422 milioni di euro.**

## **Attenzione: dentro**

- **800 milioni nuovi LEA (1.550 milioni per le Regioni)**
  - **1 miliardo farmaci innovativi**
  - **500.000 milioni personale, etc...**

# Gap tra Pil e spesa sanitaria



Fonte: Spandonaro, CREA Università Tor Vergata 2016

# Ticket (Corte dei Conti 2016)

- Nel 2015 gli italiani hanno pagato 2.857,4 milioni di ticket sanitari tra compartecipazione alla spesa farmaceutica, specialistica e per l'accesso al pronto soccorso nei casi non gravi (codici bianco e verde).

**Il report** mette in evidenza una leggera diminuzione (26,1 milioni in meno pari al -0,9%) dell'importo dei ticket rispetto al 2014, quando l'ammontare dei ticket sanitari era stato di 2.883,5 milioni.

La diminuzione si è registrata nonostante la spesa complessiva del Ssn nei due anni sia stata sostanzialmente la stessa. Anzi nel 2015 si è registrato un piccolo aumento (111,289 miliardi contro i 111,028 del 2014).

**La diminuzione dei ticket si è registrata in particolare nella compartecipazione alle prestazioni non farmaceutiche** che ha visto un decremento del 3,1% cui ha fatto riscontro invece un aumento di quella sull'acquisto dei farmaci dell'1,3%.

## Publicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza - LEA (Supplemento ordinario n.15)

- **Prevenzione collettiva** - vaccinazioni garantite: entrano quelle per varicella, pneumococco, meningococco e il vaccino contro l'HPV.
- **Assistenza specialistica e protesica** - Revisionato il nomenclatore della specialistica ambulatoriale: per una maggiore appropriatezza descrittiva sono state introdotte le "indicazioni prioritarie" e le "condizioni di erogabilità" per determinate prestazioni. Rivisto anche il nomenclatore dell'assistenza protesica: sono state inserite forniture tecnologicamente avanzate e snellite le procedure di accesso al servizio.
- **Assistenza domiciliare e residenziale** - Sono stati identificati percorsi diversi per intensità assistenziale: dal livello base all'ospedalizzazione domiciliare per le cure domiciliari; assistenza intensiva, estensiva e lungo-assistenza per il livello residenziale. Sono stati aggiornati il protocollo per la tutela della gravidanza, gli elenchi delle malattie croniche e delle patologie rare e sono state riviste le relative prestazioni erogabili.
- Per le malattie rare sono introdotte oltre 110 nuove malattie o gruppi; sono escluse dall'elenco alcune patologie non rare precedentemente incluse (Celiachia, Sindrome di Down) L'elenco delle malattie croniche tutelate vede l'inserimento di 6 nuove patologie: broncopneumopatia cronica ostruttiva - BPCO (limitatamente agli stadi "moderato", "medio-grave" e "grave"), rene policistico autosomico dominante, osteomielite cronica, l'endometriosi (limitatamente agli stadi III e IV) malattie renali croniche, sindrome da talidomide.
- **Assistenza ospedaliera** - Sono stati aggiornati gli elenchi dei DRG (Diagnosis Related Groups, ovvero raggruppamenti omogenei di diagnosi) inappropriati associati a ricoveri ordinari ed è stata individuata una serie di prestazioni chirurgiche da eseguire in regime ambulatoriale anziché in ricovero diurno. Tra le attività di assistenza ospedaliera sono state inserite le procedure relative alla procreazione medicalmente assistita (PMA) eterologa.

# Il DPCM non è però immediatamente applicabile

- mancano le tariffe (massime) del nuovo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, che saranno adottate con decreto del ministro della Salute di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome,
- 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;**
- 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 di cui si è sopra scritto.

I livelli essenziali di assistenza tra passato e futuro ed il loro finanziamento. Il ruolo delle forme integrative di assistenza: casse, fondi e società di mutuo soccorso. Isabella Mastrobuono in corso di pubblicazione su **Organizzazione sanitaria**

# Concetto di essenzialità ed appropriatezza

- I Livelli di assistenza sono essenziali (prevenzione, ospedale, territorio) ma è impossibile definire essenziale una singola prestazione, o un servizio o una attività. L'appropriatezza, poi, se clinica si dovrebbe basare sul concetto di evidence based medicine ma per molte malattie davvero poco si conosce a riguardo.
- Ecco perché nessun Paese al mondo ha mai elaborato un elenco di prestazioni che si potessero o meno erogare (fatta eccezione forse per la medicina non convenzionale)

# Le priorità

Stabilire le priorità in sanità non si traduce nel razionamento se non si sottraggono prestazioni e beni vitali e se si rispettano i tre i principi che caratterizzano la piattaforma etica: *la dignità umana, il fabbisogno secondo solidarietà, l'efficienza della spesa.*

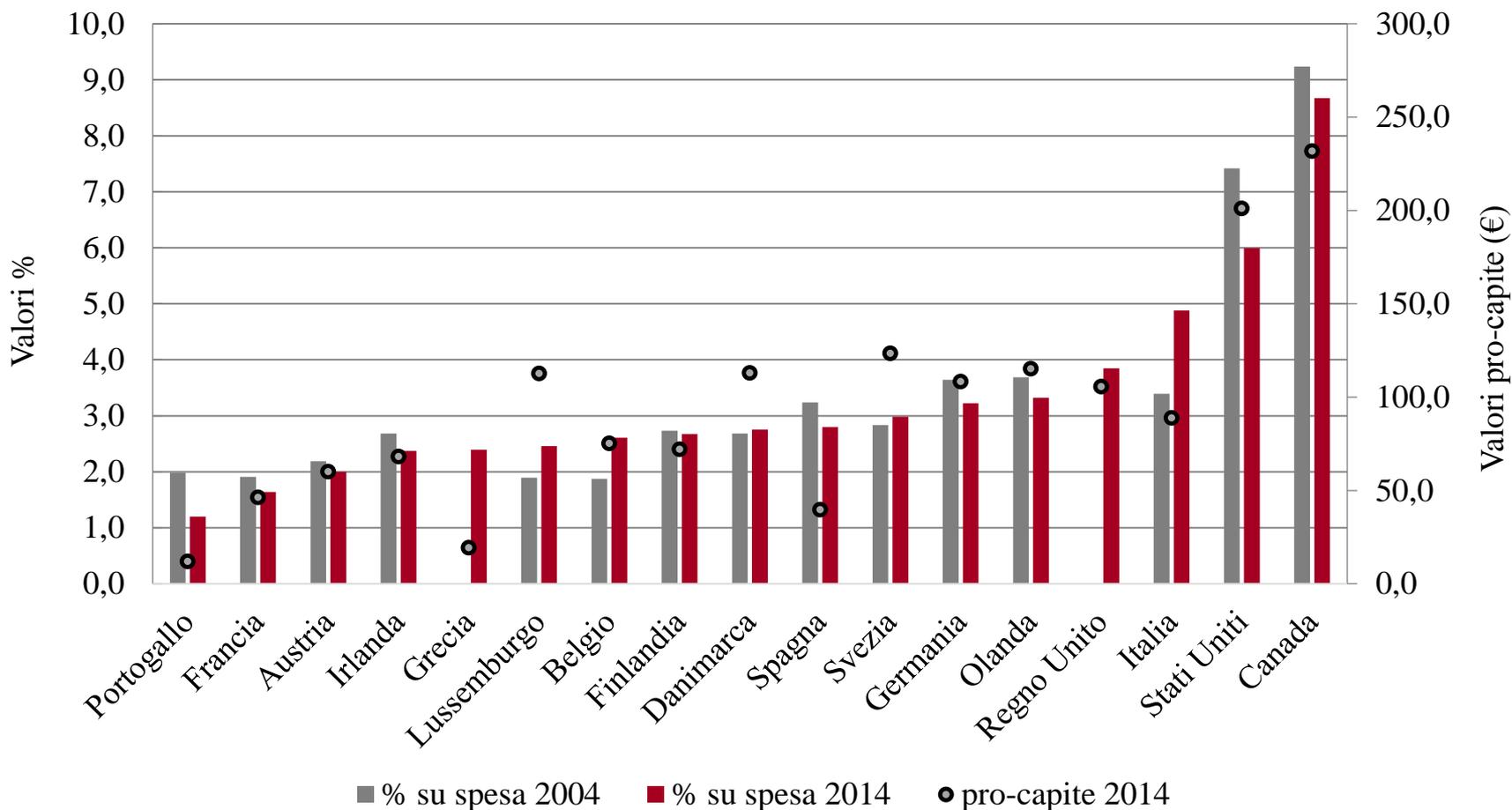
*Come per le liste di attesa!!!*

# La prevenzione

La prevenzione comprende, oltre alle attività rivolte alla persona come, ad esempio, vaccinazioni e screening, la tutela della collettività e dei singoli dai rischi negli ambienti di vita e di lavoro, etc. Comprende prevenzione primaria, secondaria, terziaria. La spesa in questo ambito ammonta in Italia a circa **4,9 miliardi** di euro e rappresenta il 4,2% (dati dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) della spesa sanitaria pubblica. La percentuale di spesa per la prevenzione prevista dal Piano Sanitario Nazionale (livello fissato nel Patto per la Salute 2010-2012) è del 5%. **Da troppo tempo si parla della prevenzione come dell'unica strada percorribile a lungo termine per ridurre le patologie più gravi e soprattutto quelle croniche.**

**Il ruolo dei fondi può essere determinante!**

# Prevenzione



## Documento di consenso

### Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce: un terreno di comune impegno per attori diversi

*Il convergere su un terreno di tale importanza di attori e meccanismi diversi da quelli pubblici è un fenomeno nuovo, in grado di generare opportunità significative per individui e collettività.*

*Affinché il nuovo scenario riesca a realizzare tutte le sue potenzialità è necessario che tutti gli attori, pur nella distinzione dei ruoli e degli obiettivi, costruiscano una visione condivisa in grado di impedire la dispersione di risorse preziose in inutili sovrapposizioni e favorire lo sviluppo di sinergie.*

*Marianna Cavazza, Bocconi*

Sono passati sedici anni da quando nel [World Health Report del 2000](#) [l'Oms](#) collocava l'Italia al secondo posto assoluto dopo la Francia. Il nostro Paese ne ha fatto un vanto per anni anche se l'Oms non ha più pubblicato una statistica del genere e quegli indicatori a posteriori furono molto criticati.

Secondo la classifica redatta dall'[Euro Health Consumer Index EHCI](#)), che combina i dati statistici sanitari ufficiali al livello di soddisfazione dei cittadini, l'Italia è crollata dal 16° posto del 2008 al 22° del 2015.

Il documento della Commissione Europea "[Assessment of the 2012 National Reform Programmes and Stability Programme for the Member States](#)" sottolinea che è necessario:

*“ 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”.*



# Proposte

## A) Garantire 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 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;
- 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).

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



## B) Favorire l'integrazione e la collaborazione tra il Fondo/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).

**Il Fondo come promotore e generatore di nuovo lavoro**

SPERIMENTAZIONE DI MODELLI REGIONALI DI  
COLLABORAZIONE TRA SSR E FONDO/SMS

(Lombardia, Veneto, Liguria)



- 1) Individuare modalità informative atte a promuovere 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.
- 2) Sviluppare forme di controllo della qualità delle prestazioni da avocare al fondo/SMS medesimo attraverso indagini circa la soddisfazione degli iscritti e delle strutture delle reti degli erogatori. 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



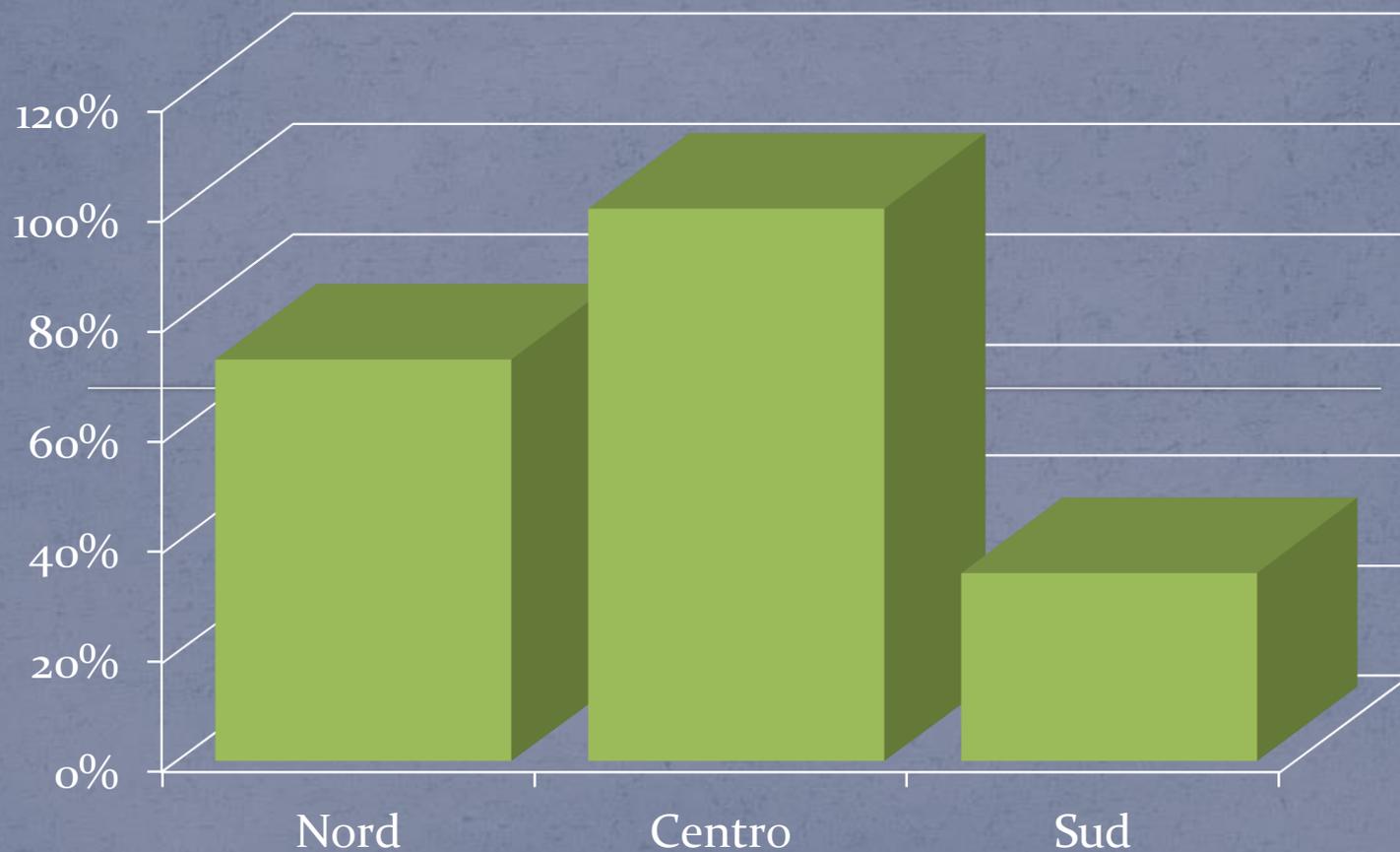
3) Individuare modalità di collegamento e comunicazione tra i due grandi mondi integrativi/complementari, quello sanitario e quello pensionistico, anche al fine di uniformare il quadro regolamentare di riferimento e di rendere coerenti gli strumenti da adottare in un ambito, quello della non autosufficienza, che per evidenti ragioni risulta comune ai due settori.

4) Individuare interventi correttivi, per compensare le minori possibilità di sviluppo del Fondo 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.

# L'integrazione su percorsi assistenziali condivisi...

**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 (che nulla ha a che vedere con le cosiddette "mutue" del periodo precedente l'istituzione del SSN) nella erogazione di pacchetti di prevenzione e di pacchetti per patologie (ipertensione, diabete, etc.) che comprendano soprattutto visite specialistiche e indagini strumentali di primo livello alle quali possano seguire prestazioni più complesse di secondo livello a carico del finanziamento pubblico, da eseguire nelle strutture più specializzate, soprattutto negli ospedali. Le idee ci sono, in alcuni Paesi europei le stanno sperimentando o le hanno addirittura adottate, 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.**

## TASSO DI UTILIZZO DEL FONDO SANITARIO PER AREE GEOGRAFICHE SINISTRI/ISCRITTI



# Art. 32 della Costituzione

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Concetto di responsabilità sociale della collettività  
Solidarietà intergenerazionale

*Grazie per l'attenzione*