INTEGRAZIONE E SOLIDARIETÀ A SUPPORTO DEL SSN: IL RUOLO DI FONDI, SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO E ASSICURAZIONI

Isabella Mastrobuono isabella.mastrobuono@gmail.com

Le Raccomandazioni europee in sanità

- <u>Migliorare la governance dei sistemi sanitari</u> attraverso il rafforzamento della cooperazione tra autorità incaricate della politica fiscale e sanitaria, <u>sviluppando e</u> <u>potenziando i sistemi informativi e di gestione dei dati</u> che favoriscano il monitoraggio e la governance, valutando formalmente e sistematicamente, ex-ante ed ex-post, le riforme sanitarie e <u>utilizzando strumenti di pianificazione per una gestione efficace e strategica delle risorse umane</u>.
- Migliorare la <u>sostenibilità finanziaria</u> e il rapporto costo-efficacia della spesa <u>riducendo la prevalenza delle cure ospedaliere e migliorando l'efficienza degli ospedali, migliorando la performance dei sistemi di assistenza primaria (non autosufficienza e cronicità) rafforzando il ruolo di "gatekeeping" e promuovendo un uso dei farmaci basato sul rapporto costi-efficacia. Secondo OMS, l'82-85% dei costi in sanità è assorbito dalla cronicità.</u>

Fonte: Joint Report on Health Care and Long-term Care systems & Fiscal Sustainability" (JRHC, EU Directorate-General for Economic and Financial Affairs and Economic Policy Committee (Ageing Working Group), 2016

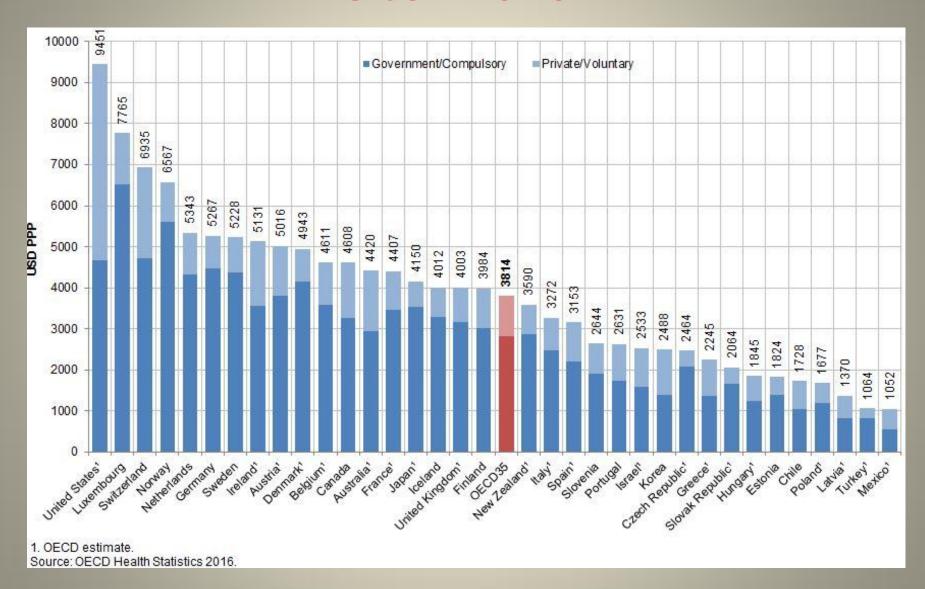
Posti letto e assistenza primaria in Europa

"L'assistenza primaria deve essere intesa come il complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica".

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

- 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 per la medicina generale è la quota capitaria anche se stanno crescendo modalità legate alla performance.
- Alto ancora il numero dei ricoveri potenzialmente inappropriati in tutti i Paesi e quello degli accessi presso i servizi di emergenza.
- In Italia, 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

OCSE 2016



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%

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
risorse a disposizione anno 2018	105,9

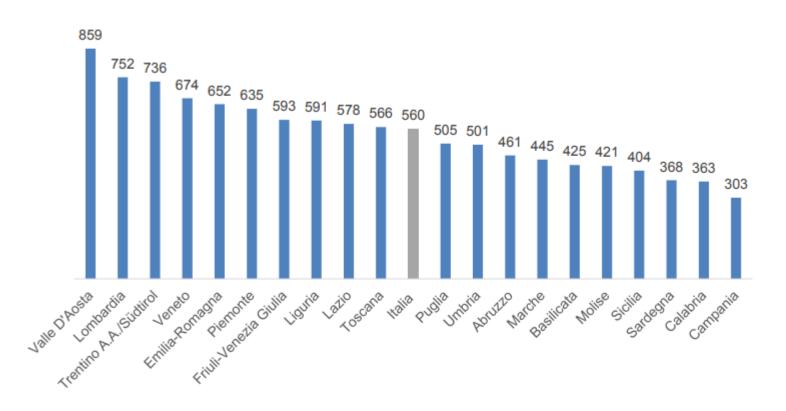


Spesa privata 2016

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.)	5.1	53	13,1	ISTAT (SHA) Corte dei Conti e Minister o della salute		
Servizi da dentista	8.700			Agenzia		
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	16.2 00	41,1	delle Entrate, Corte dei Conti, ISTAT (Indagin e sulla Spesa e SHA)		
Farmaci in senso stretto (fascia A, C, OTC, con ticket)	8.400			Agenzia delle		
Altri medicinali (prodotti omeopatici, erboristici, integratori, ecc.) *	5.200			Entrate, Federfar		
Altri prodotti medicali (cerotti, siringhe, termometri, Kit da pronto soccorso, bendaggi, fasce elastiche)	1.100	18.1 00	45,9	ma, AIFA, ISTAT		
Attrezzature e apparecchi terapeutici (occhiali e lenti a contatto correttivi, protesi uditive, riparazione e noleggio attrezzature)	3.400			(Indagin e sulla Spesa)		
Spesa sanitaria totale delle famiglie	39.4	153	100	-		

Spesa privata procapite 2014-2016





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

Libera professione intramoenia in crisi: meno prestazioni, meno guadagni e meno medici che la esercitano. Emerge una estrema variabilità tra le Regioni, anche se "migliora" l'attuazione della legge. 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.

Le risposte europee per contenere i costi in Sanità

- Misure restrittive sul lato dell'offerta;
 - Fissazione tetti di spesa (farmaceutica, strutture private)
 - Blocco assunzioni ed iscrizioni alla facoltà di medicina
 - Riconversione piccoli ospedali ed incentivazione day care e assistenza domiciliare.
 Potenziamento dell'assistenza primaria.
 - Controllo prezzi farmaci
 - Controllo comportamento prescrittivo dei medici (appropriatezza prescrittiva)
- Razionamento dei servizi sanitari, trasferendo all'utenza in tutto o in parte il costo delle prestazioni;
 - Esclusione di alcune fasce di popolazione dalla copertura pubblica (Germania)
 - Maggiore partecipazione da parte del cittadino (ticket alti in Svezia)
 - Individuazione di un pacchetto di prestazioni essenziali o di base (Olanda)
 - Liste di attesa (implicito, Italia, Regno Unito)
- Aumento dell'efficienza complessiva e ridefinizione delle responsabilità;
 - Centralizzazione degli acquisti
 - Concorrenza/cooperazione amministrata tra strutture pubbliche e private
 - Responsabilità di Regioni e Comuni
- Definizione di priorità secondo linee guida condivise e partecipate dalla popolazione.

Il documento della Commissione Europea "<u>Assessment of the 2012 National Reform Programmes and Stability Programme for the Member States</u>" 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".

Spesa per protezione sociale (sanità, previdenza e assistenza) in Italia (2012) pari a 454 miliardi di euro, il 29% del PIL (media UE 28,3%).

Spesa sociale dei comuni

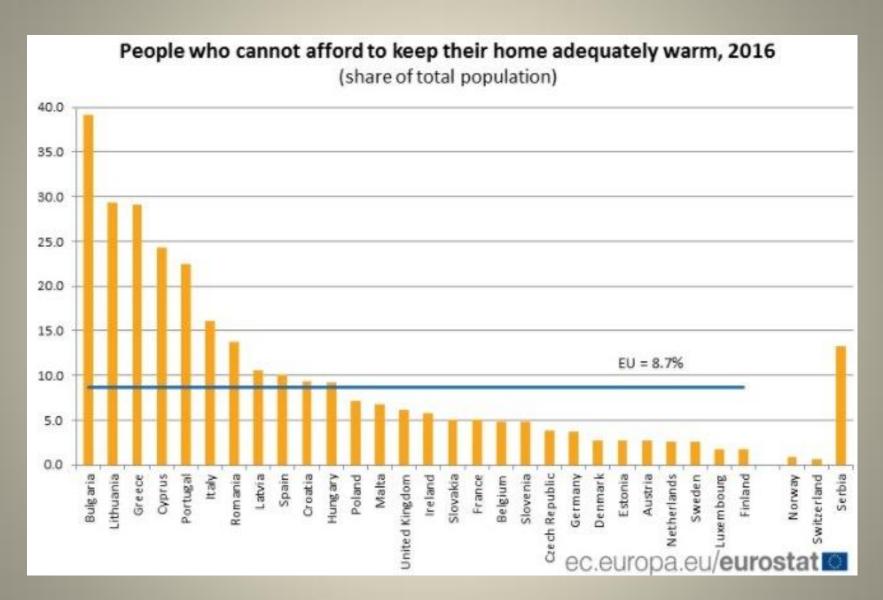
	2010	2011	2012	Diff.2010-2012
Spesa comuni	7.126.891.416	7.027.039.614	6.982.391.861	- 2%
Compartecipazioni utenti	966.862.361	965.170.740	993.490.531	+ 2,8%
Compartecipazione SSN	1.220.840.949	1.179.962.175	1.171.498.752	- 4%
totale	9.314.594.726	9.172.172.529	9.147.381.144	- 1,8%

Si passa dai 277,1 euro per abitante della Valle d'Aosta ai 24,6 euro della Calabria

Rapporto ISTAT 2017

- 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!)
- 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. Non ci sono occupati o pensionati 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».



http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/print.do 1/

Pubblicato 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 nuove vaccinazioni
- Assistenza specialistica e protesica Revisione dei nomenclatori
- Assistenza domiciliare e residenziale Nuovi percorsi assistenziali.
 Sono stati aggiornati il protocollo per la tutela della gravidanza, gli elenchi delle malattie croniche e sono state riviste le relative prestazioni erogabili.
- Per le malattie rare sono introdotte oltre 110 nuove malattie o gruppi
- Assistenza ospedaliera Sono stati aggiornati gli elenchi dei DRG 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 <u>le tariffe (massime)</u> del nuovo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale,
- l' elenco delle <u>nuove patologie rare</u> entrerà in vigore 180 giorni dopo la pubblicazione del DPCM, per consentire alla 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
- Nessun finanziamento è stato previsto per il sociosanitario.

Non autosufficienza

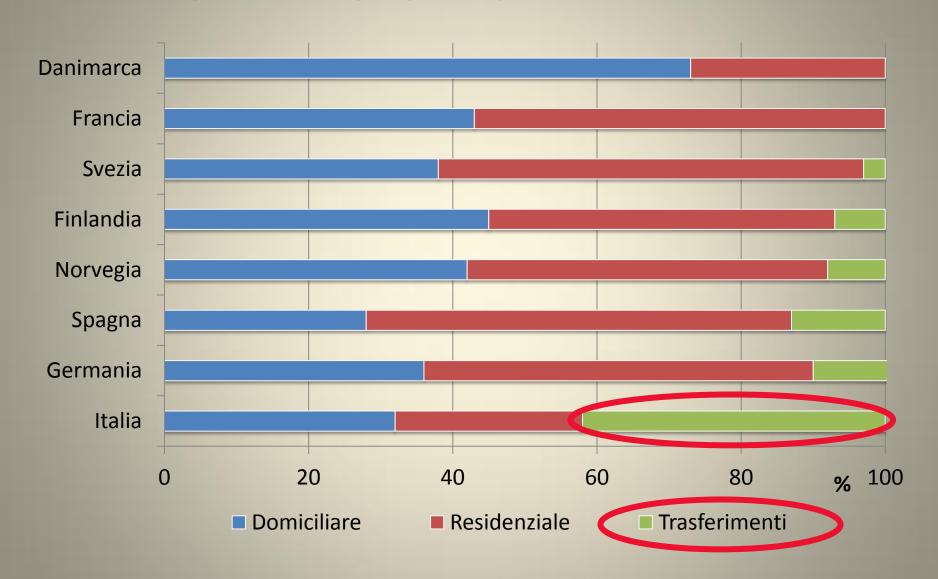
La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le "normali azioni della vita quotidiana" ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e 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.

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*)

In Italia sono 3.167.000 (il 5,5% della popolazione), di cui almeno 1,5 milioni gravi.

L.Beltrametti, I. Mastrobuono, R. Paladini: *L'assistenza ai non autosufficienti: aspetti di politica economica e fiscale.* Relazione per il Gruppo di lavoro intercommissione sulla riforma fiscale del CNEL, anno 2000. La definizione esprime un concetto ampio di non autosufficienza che ingloba anche gli aspetti di natura sociale e di relazione e si ispira alle definizioni adottate in molti Paesi industrializzati dove vigono Fondi ad hoc come la Germania ed i Paesi Bassi.

Composizione della spesa pubblica per l'assistenza continuativa



Anziani. Solo il 2,7% 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. Oltre alla tipologia di assistenza erogata, forti differenze anche sul numero di ore dedicate a ciascun paziente: si va dalle oltre 40 ore 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 18, numero di ore mensili per alcuni Paesi!

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 4,5% degli anziani.

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.

Proposta per 60 milioni alle famiglie con disabile grave nella recente legge di Bilancio

RSA

- 197.000 posti letto di RSA attuali (18,1 p.l per 100.000 ab. a livello europeo contro gli 81 della Svezia)
- Almeno 87.000 in più (su gli oltre 240.000 necessari)
- 1000 strutture, a 90.000 euro a posto letto
- Servono 7,8 miliardi di euro in conto capitale e 1,6 miliardi di euro di spesa sociosanitaria da aggiungere agli attuali 3,5 spesi nel settore.

Dove trovare i finanziamenti per le strutture?

Disabilità in cifre

 Le stime sulla prevalenza nella popolazione della disabilità segnalano che questa condizione interessa circa 4 milioni e 360 mila persone, la maggior parte delle quali ha una età superiore a 65 anni e vive nelle regioni del Mezzogiorno (fonte ISTAT: www.disabilitaincifre.it).

Disabilità in cifre

Analizzando le risorse che il nostro Paese impegna, nell'ambito del Sistema di protezione sociale, per la funzione di spesa destinata alla disabilità, si può osservare che, nel 2015, sono stati spesi 27,7 miliardi di euro, il 5,8% del totale della spesa per la protezione sociale, pari all'1,7% del Pil. L'impegno economico per questa funzione in Europa è fissato a circa il 7,3% della spesa per la protezione sociale, pari a circa il 2% del Pil dei Paesi UE28. La spesa pro-capite, a parità di potere d'acquisto, nel nostro Paese è di 461 euro annui, che ci colloca a metà della graduatoria dei Paesi UE28, dopo quelli del Nord-Europa. In Italia, la maggior parte dei trasferimenti economici del sistema di protezione sociale è erogato sotto forma di pensioni, in particolare vengono spesi 65 miliardi per le prestazioni pensionistiche legate alla presenza di una disabilità . Ne beneficiano 1 milione e 883 mila persone nelle regioni del Mezzogiorno, 1 milione 559 mila in quelle del Nord e 918 mila nelle regioni del Centro, dati che testimoniano la maggiore prevalenza della disabilità nelle regioni del Mezzogiorno.

I fabbisogni delle professioni sanitar	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			
Ostetriche	743	- 71	672	50	722			
Infermieri pediatrici	198	2	198	124	322			
Podologi	80		80	76	156			
Fisioterpisti	2.000	- 73	1.927	80	2.007			
Logpedisti	787	- 90	697	30	727			
Ortattisti	230	- 20	210	- 21	189			
Terapisti della neuro e psicomotricità età evolutiva	420	- 140	280		280			
Teacnici riabilitazione psichiatrica	400	- 124	276	5	281			
Terapisti occupazionali	462	- 251	211	-	211			
Educatori profesionali	800		800	42	842			
Tecnici audiomestristi	60	47	107	-	107			
Tecnici sanitari di laboratorio biomedico	690	20	710	- 33	677			
l ecnici sanitari di radiologia medica	/22	28	/50	53	803			
Tecnici di neurofis opatologia	95	15	110	5	115			
Tecnici orlopedici	155	- 15	140	- 10	130			
Tecnici audioprotesisti	530	- 211	319	1	320			
Tecnici della fisiologia cardiocircolatoria e perfusione vascolare	191	- 41	150		150			
Igiensiti dentali	675	- 115	560	- 84	476			
Dictioti	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	8	362			
Ch mici	258	2	258	220	478			
Fisici	80	ā	80	70	150			
Psocologi	-	-	-	784	784			
Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità		0			1,05150.			

Le priorità

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.

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.

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

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. II finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1999



Fondi integrativi

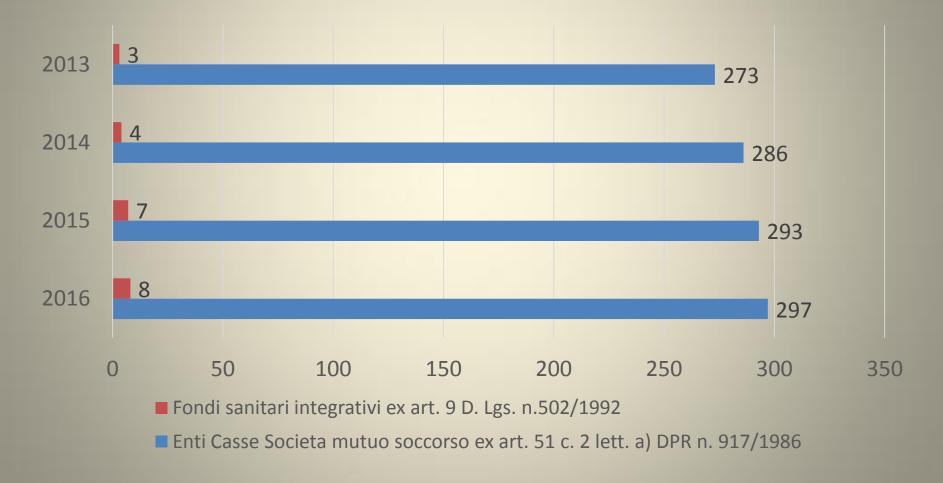
Normativa di riferimento

- 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
- Decreto ministeriale ottobre 2009
- Proposto emendamento da On. Sacconi per equiparare le due tipologie di fondi DOC e non DOC nella Legge di bilancio

"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.

	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



DATI ANAGRAFE SUI FONDI SANITARI, DISTINTI PER TIPOLOGIA

Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso

Enti, Casse, Società di Mutuo Soccorso ATTESTATI	Anno di attestazione	Anno fiscale di riferimento	Totale ammontare prestazioni vincolate in €	Totale risorse impegnate per tutte le prestazioni garantite agli iscritti in €	%	Totale iscri tti
297	2016	2015	694.092.843	2.242.215.085	31	9.145.336
293	2015	2014	682.448.936	2.159.808.946	32	7.493.179
286	2014	2013	690.892.884	2.111.730.229	33	6.913.373

Dati dichiarati per l'anno fiscale 2015, 2014, 2013



Fondi sanitari integrativi del SSN Fondi istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del dl 20 dicembre 1992, n. 502

Fondi Sanitari integrativi del SSN ATTESTATI	Anno di attestazione	Anno fiscale di riferimento	Totale risorse in €	Totale iscritti
8	2016	2015	1.243.485	9.156
7	2015	2014	77.051	645
4	2014	2013	51.013	811

Dati dichiarati per l'anno fiscale 2015, 2014, 2013



Poco più di 240 euro per iscritto, spesa più bassa di quella out of pocket. Iscriversi conviene al singolo cittadino!

Firmato il 23 dicembre 2018 il nuovo accordo nazionale per i dipendenti di ministeri, agenzie fiscali ed enti pubblici non economici. In tutto circa 247 mila persone. Art. 80

- 1. Le amministrazioni disciplinano, in sede di contrattazione integrativa di cui all'art.
- 7 comma 6, la concessione di benefici di natura assistenziale e sociale in favore dei
- propri dipendenti, tra i quali:
- a) iniziative di sostegno al reddito della famiglia (sussidi e rimborsi);
- b) supporto all'istruzione e promozione del merito dei figli;
- c) contributi a favore di attività culturali, ricreative e con finalità sociale;
- d) prestiti a favore di dipendenti in difficoltà ad accedere ai canali ordinari del credito
- bancario o che si trovino nella necessità di affrontare spese non differibili;
- e) <u>polizze sanitarie integrative delle prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale.</u>

Regime fiscale

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

Parere del Professor Cassese 2017

- Appare... surrettizia la distinzione operata in sede amministrativa tra due specie di fondi. 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.

Completare il quadro normativo per dare ai fondi un assetto definitivo e coerente

- A) In attuazione i D.M. 2008/2010 risulta indispensabile emanare il/i decreti che regolamentino contestualmente <u>la disciplina dei fondi</u> e l'affidamento in gestione, ivi compresi organismi e modalità di vigilanza e le prestazioni afferenti al 20%.
- B) Monitorare il fenomeno oltre il mero aspetto della consistenza numerica dei Fondi, promuovendo ricerche su caratteristiche degli iscritti, bisogni espressi, metodi di governance e gestione (Osservatorio).
- C) 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.
- D) Superare per l'odontoiatria il problema discriminatorio tra i Fondi DOC e NON DOC (strutture accreditate versus autorizzate)
- E) (Nel decreto concorrenza si vuole rivedere l'assetto dei fondi pensioni, perché non anche quelli sanitari?)

La costruzione di un secondo pilastro sanitario e sociosanitario

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.

Commissione sanità del Senato 11 gennaio 2018

2. la sostenibilità della spesa privata: la sostenibilità della spesa sanitaria pubblica non può essere approfondita senza affrontare in modo esplicito il suo aspetto speculare, la sostenibilità della spesa privata per la salute, di dimensioni rilevanti, in particolare in alcune settori di assistenza e per molte famiglie già pesantemente colpite dalla crisi economica. Particolare attenzione deve essere riservata alla spesa per le varie forme di protezione integrativa, analizzandone i costi e i benefici (per il singolo cittadino, per la collettività e per le finanze pubbliche), il ruolo nella tutela della salute nonché l'adeguatezza della relativa disciplina a tutela del consumatore di prestazioni sanitarie; è inoltre irrinunciabile un riordino complessivo degli aspetti regolatori e legislativi della sanità integrativa finalizzandola a un concreto sostegno al servizio sanitario.

Welfare aziendale

(art.1, comma 190 della legge di stabilità per il 2016)

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...); 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.

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.

È previsto infatti il rilancio delle agevolazioni sulle retribuzioni corrisposte per i premi di risultato ai lavoratori.

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.



Proposte

<u>favorire l'integrazione e la collaborazione tra Fondi /SMS e le realtà istituzionali del territorio</u>

(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).

sperimentazione di modelli regionali di collaborazione tra SSR e Fondi/SMS

(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

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;
- ➤ 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).

Esempio pragmatico di solidarietà generazionale e di responsabilizzazione della collettività.

La specialistica

Visite specialistiche 209.023.435

Diagnostica radiologica 58.419.945

Laboratorio 1.016.245.728

<u>individuare modalità informative atte a promuovere il</u> <u>fondo ed a garantire alla collettività conoscenza e</u> <u>trasparenza.</u>

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 qualita' 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 <u>managerialità diffusa</u> 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 da adottare in un ambito, quello della non autosufficienza, che per evidenti ragioni risulta comune ai due settori.

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.



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 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.

(Guzzanti, Mastrobuono 1996)

Grazie per l'attenzione