

***INVECCHIAMENTO E FRAGILITA': IL RUOLO DELLA
SANITA' INTEGRATIVA***

***L'invecchiamento in Europa: quanto e come si
invecchia. Le analisi, le sfide e la scommessa
dell'intermediazione***

Roma 5 marzo 2019

Isabella Mastrobuono
isabella.mastrobuono@gmail.com

Le Raccomandazioni europee in sanità

- Migliorare la governance dei sistemi sanitari attraverso il rafforzamento della cooperazione tra autorità incaricate della politica fiscale e sanitaria, sviluppando e potenziando i sistemi informativi e di gestione dei dati che favoriscano il monitoraggio e la governance, valutando formalmente e sistematicamente, ex-ante ed ex-post, le riforme sanitarie e utilizzando strumenti di pianificazione per una gestione efficace e strategica delle risorse umane.
- Migliorare la sostenibilità finanziaria e il rapporto costo-efficacia della spesa **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.**

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

Profilazione della popolazione. PA Bolzano, 2017

Tecniche di Population Health Management

PROFILO	Popolazione	%	Età media	Spesa complessiva (Mio €)	Spesa media (€)	Carico assistenziale
Non utente	106,475	20.3%	35.3	-	-	-
Occasionale	229,758	43.7%	33.5	28.9	€ 126	0.11
Cronico s/ricovero	128,013	24.4%	61.2	115.6	€ 903	0.81
Materno-infantile	10,647	2.0%	32.2*	27.9	€ 2,620	2.35
Acuto c/ricovero	16,714	3.2%	37.0	65.7	€ 3,931	3.52
Cronico c/ricovero	30,687	5.8%	65.7	304.6	€ 9,920	8.89
Cronico termine vita	2,875	0.5%	79.7	43.7	€ 15,231	13.64
TOTALE	525,169	100.0%	42.5	586.4	€ 1,117	1

* adulti

Osservatorio per la salute PA Bolzano: Direttore dott.ssa Carla Melani

Le malattie croniche l'anno scorso hanno interessato 24 milioni di cittadini (dei quali 12,5 milioni con multi-cronicità), quasi il 40% della popolazione italiana.

Le proiezioni della cronicità indicano che tra 10 anni, nel 2028, il numero di malati cronici salirà a 25 milioni, mentre i multi-cronici saranno 14 milioni.

La percentuale di cronici è influenzata da fattori socio-economici. Il diabete è più frequente tra coloro che hanno un basso titolo di studio e tra i disoccupati.

Centralità dell'assistenza primaria in Europa

La Commissione Europea (Commission Decision 2012/C198/06 del 27 febbraio 2014) ha definito l'assistenza primaria 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”***.

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 contro il valore medio di 500), e di posti letto per l'assistenza residenziale (18,1 per mille cittadini over 65 contro 81,7 della Svezia). 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 concluso 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**

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 sociosanitaria** – 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 sociosanitarie erogabili (assistenza domiciliare e residenzialità)
- **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.

Definizione di integrazione sociosanitaria

L'assistenza sociosanitaria rientra tra le forme di erogazione di assistenza primaria, e configura quindi un **livello assistenziale** in cui ci si riferisce non a singole prestazioni ma a pacchetti di prestazioni multidisciplinari e multiprofessionali.

Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite (vaccinazioni, screening);
- **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.
- **le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria** sono caratterizzate da particolari rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.
- **le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e quelle ad elevata integrazione sanitaria** sono assicurate dalle **aziende sanitarie (ASL)** e **comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria**, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionale e regionale.
- **le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** sono di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

Frau Helen

- Scompenso cardiaco
- Diabete di lunga data
- Malattia reumatica cronica
- Ha un buon sostegno familiare (due figlie) che controllano che prenda i farmaci e l'accompagnano alle visite specialistiche e dal medico
- Ha una pensione discreta (impiegata)
- E' sposata ed il marito è in buone condizioni di salute
- Socializza con le altre persone

Frau Margareth

- Scompenso cardiaco
- Diabete di lunga data
- Malattia reumatica cronica
- E' sola, un figlio lavora in un'altra città. La visita qualche volta
- Nessuno controlla che prenda i farmaci e spesso dimentica di rispettare gli appuntamenti con il medico
- Ha una pensione sociale e socializza con difficoltà
- E' vedova

L'integrazione tra i servizi sociali e sanitari

Le sperimentazioni di Bolzano e Lana presso gli attuali Sportelli Unici di Assistenza e Cura (SUAC)

Gli attuali 26 Sportelli si rivolgono prioritariamente a tutte le persone che necessitano di assistenza e cura, alle loro famiglie in tutte le fasi della non autosufficienza.

Al fine di consentire una integrazione maggiore **attraverso l'utilizzo condiviso di strumenti di valutazione e decisionali** sono avviate due sperimentazioni che prevedono, per la prima volta, **nei casi più complessi**, la istituzione di una Unità multidisciplinare (UPCP) con personale del sociale, medici ospedalieri, medici di medicina generale, infermieri con il compito di predisporre un Piano assistenziale individuale (PAI) al quale partecipa il paziente e la sua famiglia.

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.

Nel 2016 + 2%

Per ciascun residente i Comuni hanno speso in media 116 euro nel **2016**, contro i 114 del 2015. A livello territoriale le disparità sono sempre elevatissime: si passa dai 22 euro della Calabria ai 517 della Provincia Autonoma di Bolzano.

Al Sud, in cui risiede il 23% della popolazione, si spende solo il 10% delle risorse destinate ai servizi socio-assistenziali.

La principale fonte finanziaria dei servizi sociali proviene da risorse proprie dei Comuni e dalle varie forme associative tra comuni limitrofi (61,8%). Al secondo posto vi sono i fondi regionali per le politiche sociali, che coprono un ulteriore 17,8% della spesa complessiva.

Il 16,4% della spesa è finanziata da fondi statali o dell'Unione europea. Tra questi il fondo indistinto per le politiche sociali, la cui incidenza è in progressiva flessione sulla copertura della spesa (dal 13% del 2006 al 9% nel 2016).

Le principali voci di spesa per l'area anziani sono le strutture residenziali, comunali o private convenzionate, che assorbono circa il 38% delle risorse.

I Comuni destinano il 37% della spesa sociale per gli anziani all'assistenza domiciliare, soprattutto socio-assistenziale, che consiste nella cura e igiene della persona e nel supporto nella gestione dell'abitazione. Dal 2010 al 2016 per questa assistenza si registra un calo del 25% sia per la spesa che per il numero degli anziani assistiti, che passano da quasi 176mila nel 2010 a meno di 132mila nel 2016 (dall'1,4% all'1% degli anziani residenti).

Non autosufficienza

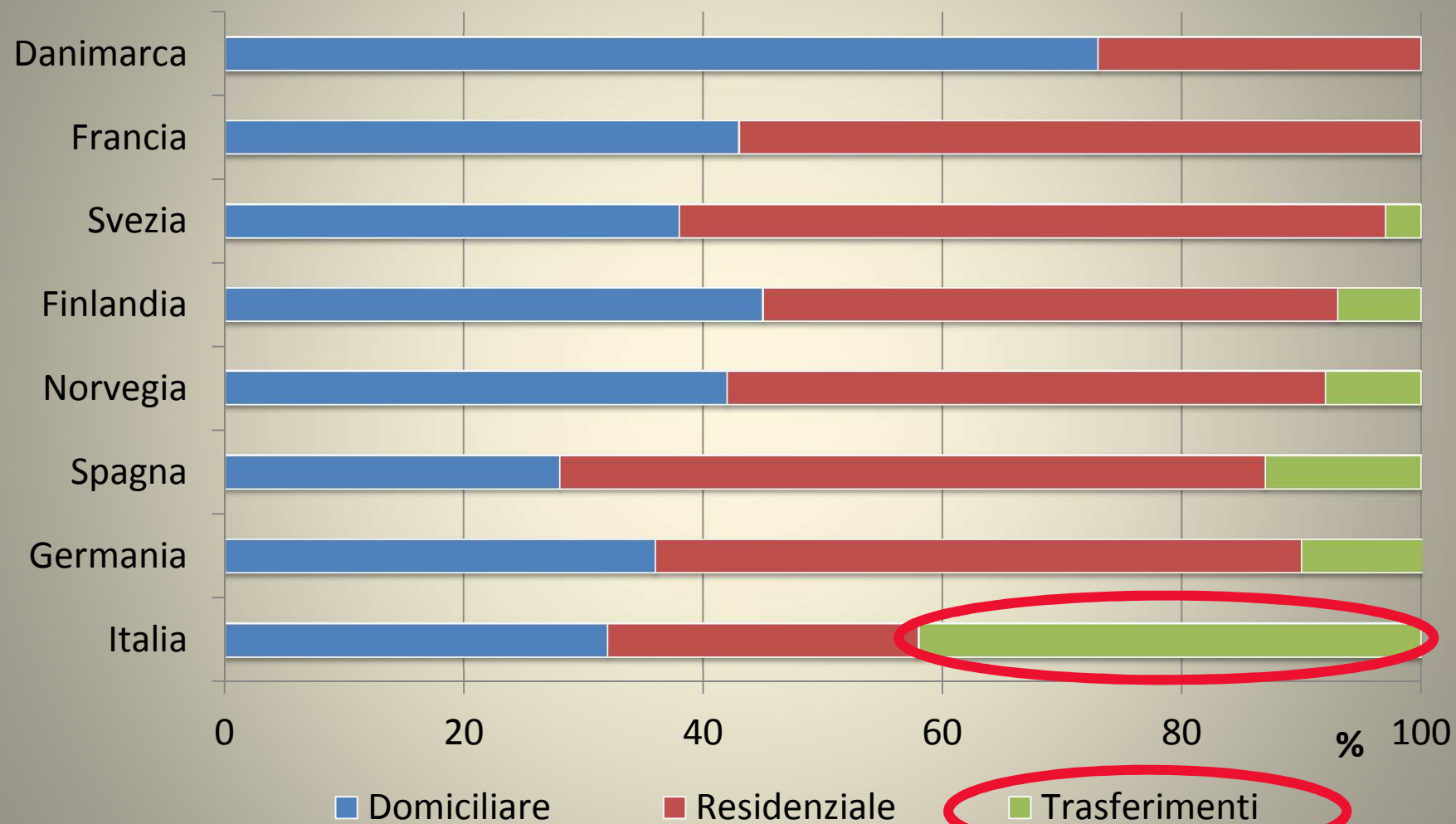
La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le “normali azioni della vita quotidiana” ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e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

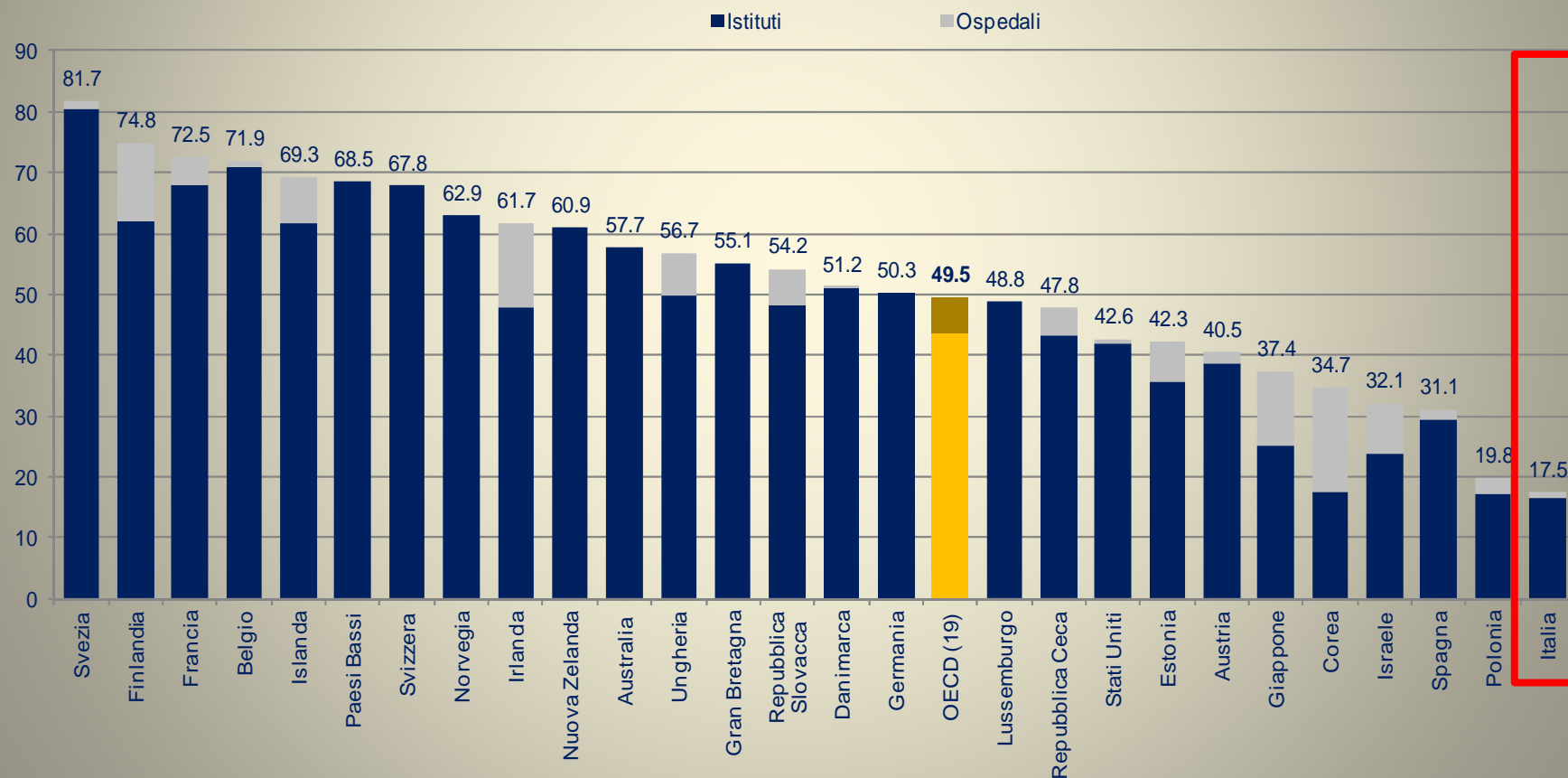
In Italia sono 3.167.000 (il 5,5% della popolazione), di cui almeno 1,5 milioni gravi. ***E ce ne sono 6,3 milioni circa con “gravi difficoltà nelle attività domestiche” come preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche.***

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

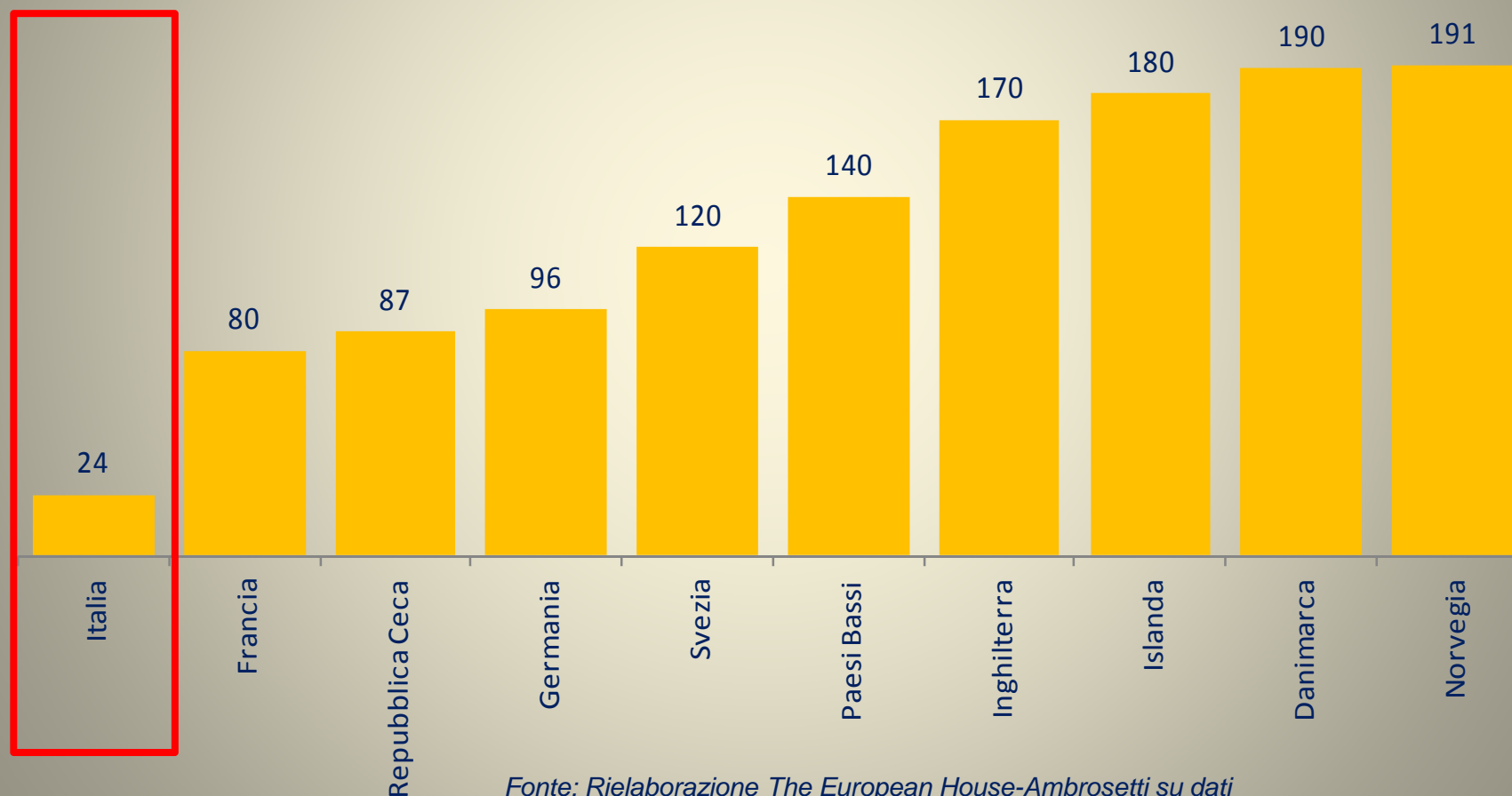


Posti letto dedicati alla Long-Term Care negli istituti e negli ospedali, per 1.000 abitanti con età pari o superiore ai 65 anni, 2012



Assistenza domiciliare in Europa

(assistiti a domicilio su 1.000 pazienti di età superiore ai 65 anni), 2012



Fonte: Rielaborazione The European House-Ambrosetti su dati Ministero della Salute e Società Italiana gerontologia e geriatria, 2012

**Nel 2018 sono state assistite a domicilio
800.000 persone per una media di **18 ore**
annue e una spesa intorno ai 2,3 miliardi
(2,2% del FSN)**

**Sono attivi 197.000 posti letto di RSA contro
gli oltre 460.000 necessari per essere in
linea con l'Europa.**

[Italia Longeva su 32 aziende sanitarie che assistono oltre 22 milioni di cittadini](#)

A titolo di esempio, come primo obiettivo si è ipotizzato di **assistere il 50% degli anziani non autosufficienti** (ossia 1,25 milioni di anziani pari al 2% della popolazione generale o al 18,5% degli over 74).

Per portare tutte le Regioni alla media nazionale di offerta residenziale e integrare l'indice di copertura del target di 1,2 milioni assistibili:

- si dovrebbero **realizzare almeno 87.000 nuovi posti letto in RSA accreditati e contrattualizzati con il SSN**, fino ad una dotazione di oltre 280.000;
- prevedere un **potenziamento dei servizi ADI per circa 350.000 nuovi assistibili**, per arrivare a una capacità di presa in carico domiciliare per 960.000 anziani.

L'incremento di spesa annuale sarebbe pari a circa il +40%, (+3.900 mln di euro). A tale importo dovrebbero essere aggiunti i costi di investimento necessari per l'adeguamento dell'offerta di servizi. (7,2 miliardi per 87.000 posti a 90.000 euro ciascuno)

Il tasso di copertura del bisogno

Dettaglio per tipologia di servizio, anno 2015

Servizio	Stima del bisogno potenziale	Utenti in carico al servizio in oggetto	Tasso di copertura servizi sociosanitari	Tasso di copertura servizi sociali
Residenziale	2.847.814	287.328	9,6%	0,5%
Semiresidenziale		380.397	0,8%	12,5%
Domiciliare (ADI e SAD)		753.647	21,4%	5,0%
Totale	2.847.814	1.421.372	31,8%	18,0%

E gli altri 68,2%?

Esistono modalità alternative per rispondere al bisogno di LTC.....



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

Il mondo della cura informale

Quante sono le badanti in Italia e dove vivono?

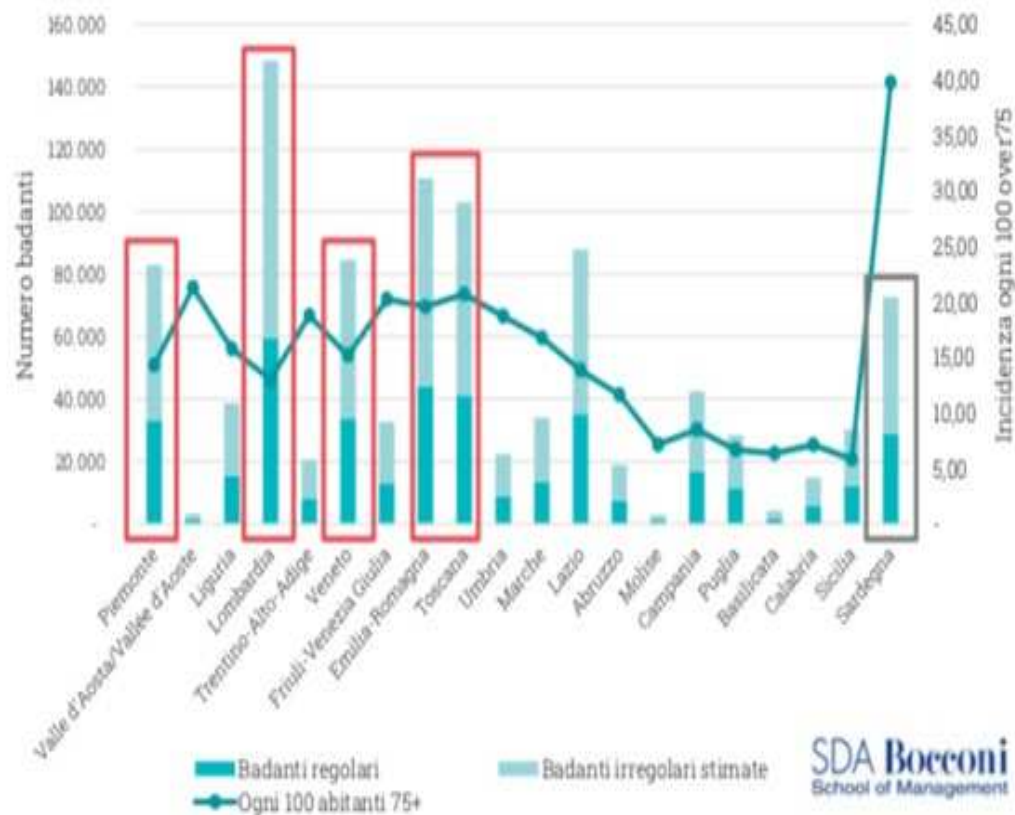
Numero delle badanti
regolari ed irregolari
presenti in Italia (2017)

983.695

Diffusione
capillare sul
territorio
nazionale: 14,2
badanti ogni 100
over75

Fonte: Elaborazione degli
autori basata su Pasquinelli e
Rusmini (2013)

Numero di badanti nelle Regioni italiane e incidenza ogni 100
abitanti over75, anno 2017



Università
Bocconi

CERGAS

Centro di Ricerca sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

Punti critici del sistema attuale

- mancata condivisione a livello nazionale della definizione di non autosufficienza (da anni si attende una Legge nazionale a riguardo)
- gli strumenti di valutazione della non autosufficienza sono differenti tra le Regioni e insufficienti, soprattutto per la rilevazione della componente sociale
- non è garantito il finanziamento a lungo termine
- il finanziamento dei costi generali di cura deve essere rinegoziato ogni anno
- non si conoscono gli effetti del nuovo ISEE
- la connessione tra prestazioni in denaro e servizi non é sufficientemente chiara

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

Modificata maggio 2012



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*
- *DM 27 ottobre 2017 (funzionamento Anagrafe)*

In Europa

Dei 120 milioni di persone che sono coperte da una forma integrativa di assistenza ben 38 milioni (quasi il 30%) sono francesi. Secondo i dati della Mutualité Française, inoltre, risulta che sono 85mila i soggetti che, a vario titolo, risultano impiegate nel comparto delle mutue (circa il 13% della forza lavoro nazionale ed il 6% del totale lavoratori nell'economia sociale e solidale) , di cui 15 mila nel settore della salute.

DECRETI MINISTERIALI 2008 E 2010

Art. 1 “Modifica del decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008”

Ridefinizione
della quota del
20% di risorse
vincolate

È stabilito che le prestazioni rientranti nella quota del 20% di risorse vincolate prevista dal D.M. 31 marzo 2008, siano esclusivamente:

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

Art. 2 Definizione delle prestazioni vincolate

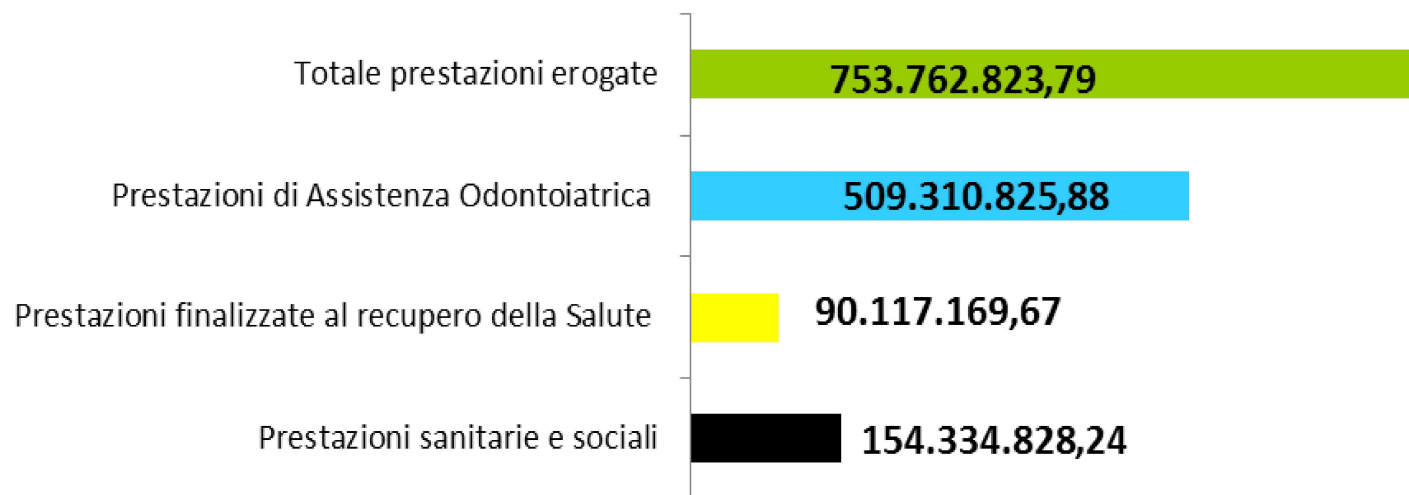
- ✓ Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio;
- ✓ Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semiresidenziale e residenziale ;
- ✓ Prestazioni finalizzate al recupero della salute dei soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio;
- ✓ Assistenza odontoiatrica compresa fornitura di protesi dentarie.

enti casse società di mutuo soccorso	anno di attestazione	anno fiscale di riferimento	totale dell'ammontare delle prestazioni sanitarie vincolate in €	totale delle risorse erogate agli iscritti per tutte le prestazioni in €	%	totale iscritti
313	2017	2016	753.762.824	2.328.328.385	38	10.605.308
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

Solo 9 Fondi DOC: poco più di 11.000 iscritti, Euro 1.300.000

Elenco delle Prestazioni extra LEA **Fondi sanitari tipologia B**

(DM 27/10/2009 art.2, comma 2, lettera d)



Si tratta di prestazioni vincolate non tutte extra LEA

Tabella 1 Iscritti per tipologia di aderente e di gestione al 31/12/2017

	Iscritti						
	Gestione attivi			Gestione quiescenti			Totale
	Titolari	Familiari a carico	Familiari non a carico	Titolari	Familiari a carico	Familiari non a carico	
Cassa Mutua Nazionale per il personale delle banche di Credito Operativo	27.539	30.837	7.683	2.772	1.485	1.493	71.809
Uni.C.A.	51.538	53.659	10.856	7.324	2.814	3.554	129.745
Fondo sanitario integrativo del Gruppo Intesa San Paolo	64.675	66.677	29.404	21.665	7.742	11.075	201.238

Tabella 4 Iscritti per classi di età al 31/12/2017 (valori %)

Classi di età	Iscritti		
	Cassa Mutua Nazionale per il personale delle banche di Credito Operativo	Uni.C.A.**	Fondo sanitario integrativo del Gruppo Intesa San Paolo*
Fino a 14	22,05%	nd	15,00%
Da 15 a 64	72,29%	nd	70,90%
Superiore 65	5,67%	nd	14,10%
Fino a 40	nd	50,74%	nd
Da 41 a 50	nd	16,14%	nd
Superiore 50	nd	33,12%	nd

*Il 14% della popolazione è Over 65.

**Il 18% della popolazione è Over 60.

Completare il quadro normativo

- A) In attuazione dei D.M. 2008/2010 risulta indispensabile emanare il/i decreti che regolamentino contestualmente la disciplina dei fondi e l'affidamento in gestione, ivi compresi organismi e modalità di vigilanza e le prestazioni afferenti al 20% (oggi 38).**
- 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) Rivedere il Decreto legislativo n.117 del 2017 di Riforma del terzo settore, che ha creato un cortocircuito normativo, determinando, tra l'altro, un problema di inquadramento fiscale circa il regime di ente non commerciale applicabile ai FSI e alle Casse di assistenza (art. 148 TUIR)**

Regime fiscale

	FSI DOC	FSI NON DOC	STRUTTURE ODONTOIATRICHE	SOCIETA' MUTUO SOCCORSO	STRUTTURE ODONTOIATRICHE
CITTADINO/LAVORATORE 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.**

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.

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.**

PDTA



I percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali (PDTA) rappresentano il fulcro intorno al quale ruotano i servizi sanitari e sociali, divenendo così il PDTA integrato un **Piano di presa in carico globale del paziente** che si concretizza in un **Piano assistenziale individuale (PAI)**. È da questo momento che inizia la reale presa in carico dei pazienti ai quali devono essere garantiti **percorsi programmati, senza attese** che possano vanificare i risultati in termini di soddisfacimento dei bisogni, coordinando gli interventi di altre istituzioni e coinvolgendo nelle scelte gli stessi pazienti e le loro famiglie.

Sono definiti ad oggi 4 PDTA dal Ministero della salute:

- **Diabete**
- BPCO
- Tumore colon
- Tumore mammella

PDTA – il cuore del Chronic Care



Piano Sanitario Provinciale 2016 – 2020 PA Bolzano:

Le persone affette da malattie croniche vanno **inserite** quanto più precocemente possibile in un **percorso assistenziale terapeutico e diagnostico ottimale**, ritagliato sul rischio individuale



L'approccio ai pazienti cronici deve essere **multidisciplinare**, integrando prestazioni sanitarie e sociali in reti locali di assistenza che coinvolgano Cure Primarie e Specialistiche, **ospedale e territorio**

4 percorsi di follow up



Nel PDTA, per ciascun percorso, vengono indicate:

Quali PRESTAZIONI

Con che FREQUENZA

CHI le fa

CHI	COME	DESCRIZIONE	FREQUENZA	NOTE
MMG	Prescrive e valuta	Glicemia, HbA1c	2/aa ogni 6 mesi salvo visita SD (0, 6, 12), 4/aa ogni 4 mesi se cambio terapia/HbA1c > 7,5	Livello prova I Raccomandazione B
	Esegue	Visita generale, Pressione arteriosa, FC, rivalutazione terapia e richiamo educativo	2/aa ogni 4 mesi salvo visita SD (4, 8)	
	Esegue	BMI, circonferenza vita	1/aa ogni 12 mesi se non eseguito da SD	
	Prescrive	Fundus oculi	1/2 aa ogni 24 mesi se non prescritto da SD (0, 24)	Livello prova VI Raccomandazione A
	Prescrive	Ecodoppler AI se Winsor <0,9	1/aa ogni 12 mesi se non prescritto da SD (0,12)	Livello prova III Raccomandazione B
	Prescrive	ECG	1/aa ogni 12 mesi se non prescritto da SD (0,12)	Livello prova III Raccomandazione B
INFERMIERE (se presente in studio, Distretto Socio-sanitario, Casa della Salute, SD.)	Esegue	richiama il paziente, rileva e registra i dati in cartella, verifica l'adesione terapeutica; rileva: PAO, FC, calcola e registra il Rischio C-V (ISS e/o ESC Score), verifica adesione prescrizioni dietetiche ed attività fisica, applica e verifica l'educazione strutturata per l'autocontrollo glicemico.	2/aa ogni 4 mesi salvo visita SD (4, 8) Negli studi privi di infermiere viene eseguito dal MMG	
SERVIZIO DIABETOLOGICO	Esegue	visita generale, pressione arteriosa, BMI, circonferenza vita, Ispezione piedi + valutazione polsi, VALUTAZIONE: glicemia, HbA1c, Emocromo, es. urine, colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, creatinina, ACR, GPT, GOT, Gamma-GT	1/aa ogni 12 mesi (0, 12)	III A
		ECG	1/aa ogni 12 mesi (0, 12)	III B
		Indice di Winsor	1/2aa ogni 24 mesi (0, 24), se normale rivalutazione ogni 2 anni	III B
		Ecodoppler AI se Winsor <0,9	1/aa ogni 12 mesi (0, 12)	III B
		Screening neuropatia (ROT e diapason)	1/aa ogni 12 mesi (0,12)	
		Rivalutazione terapia		
DIETISTA	Esegue	Fundus oculi	1/2 aa ogni 24 mesi (0, 24)	
		BMI, Circonferenza vita, verifica adesione prescrizioni dietetiche	Solo se ritenuto necessario: 1/aa ogni 12 mesi (0, 12), più frequentemente se non to	

**Esempio P1 –
percorso «Base»**



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.

In questo contesto si inserisce anche la proposta di convertire le attuali quote delle prestazioni sociali in moneta, o parti di esse, (prevalentemente indennità di accompagnamento) in servizi, per avviare un sistema in grado di offrire in breve tempo una risposta ai maggiori bisogni della popolazione e delle famiglie (non più sole ad affrontare i problemi). A titolo indicativo se si trasformassero in servizi solo 100 euro dei 510 mensili delle indennità di accompagnamento, si disporrebbe di una cifra considerevole pari a oltre 2 miliardi di euro.

Le risorse a disposizione potrebbero essere finalizzate ad una crescita di sistema indirizzandole verso fondi integrativi sanitari e sociosanitari (costituiti a livello comunale e regionale), consentendo investimenti nel settore dell'edilizia sanitaria (senza ricorrere a finanziamenti pubblici) e generando nuova occupazione (nel settore privato no profit e for profit senza gravare sul sistema pubblico sottoposto a blocco del turn-over).

Senza contare i risparmi che deriverebbero dalla riduzione della spesa sanitaria inappropriata legata all'utilizzo dell'ospedale quale principale, se non unica, forma di risposta ai bisogni.

Ricorrere a forme integrative di assistenza fiscalmente agevolate non significa rinunciare alla tutela universalistica della salute né tantomeno privatizzare la sanità, significa chiamare ad una responsabilità collettiva di protezione e socializzazione dei rischi, cittadini, imprese, istituzioni regionali e locali affinché un grande bene collettivo possa essere tutelato con l'apporto responsabile dell'intera comunità.

L'ostilità nei confronti dei fondi sanitari integrativi e delle società di mutuo soccorso è ingiustificata e irricognoscente

(espressione in parte ripresa da un discorso del Prof. Zamagni sulle società di mutuo soccorso 2017)



Grazie per l'attenzione