



# **LA SANITÀ INTEGRATIVA E LE PROSPETTIVE DELLE COPERTURE SOCIO-SANITARIE**

---

Un salto di paradigma: dalla prestazione LTC alla definizione di un piano socio-sanitario integrativo e innovativo.

# Partiamo da alcune evidenze

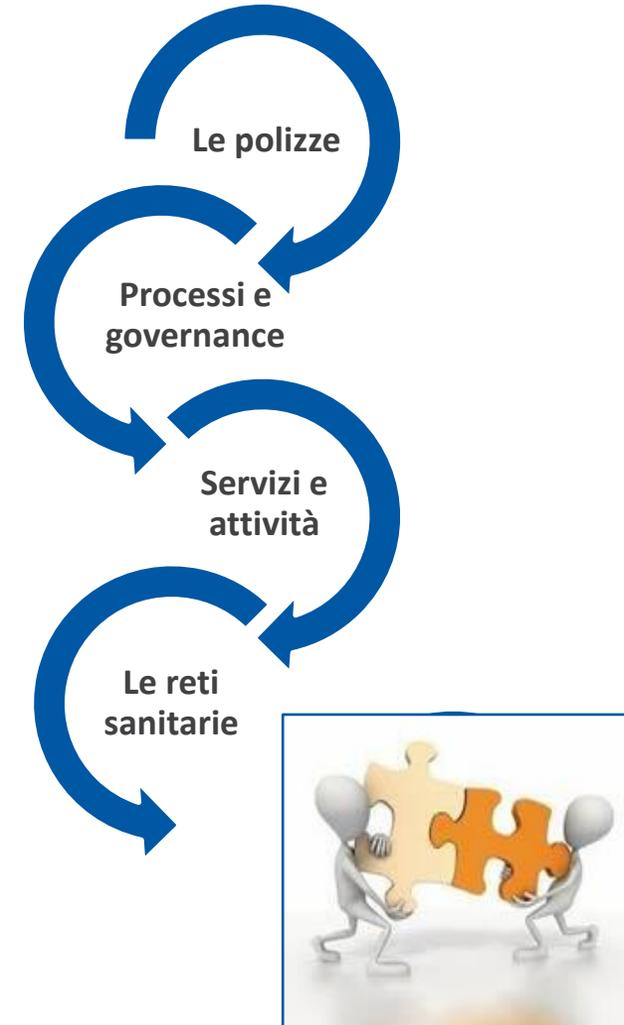
- Il tema della non autosufficienza è ampio, riguarda sia il welfare «sociale» che «sanitario». In questo senso il ruolo della copertura sussidiaria può essere svolto da più soggetti/strumenti
  - Ruolo della bilateralità
  - Ruolo del privato e del terzo settore (dalle reti di impresa alla cooperazione)
- L'attenzione dell'Europa, l'evoluzione della policy in materia di LTC, il dinamismo del mercato suggeriscono che il tema diventa sempre più «centrale»
- In questo momento il punto di partenza per ragionare non può che essere il segmento sanitario: il ruolo preponderante dei fondi sanitari sulla LTC.

# L'attività di Mefop



Mefop

- LTC: tema di policy; la terza branca del welfare; un driver per l'integrazione tra strumenti del welfare integrato
- LTC: lo studio dello stato dell'arte: le coperture in essere presso i Fondi e le veloci evoluzioni del mercato (non solo assicurativo)
- Studio giuridico; fiscale; assicurativo della copertura assicurativa e dei processi
- **Strategia di definizione di un piano socio sanitario «integrato» con il sistema sanitario nazionale e aperto alle veloci innovazioni del mercato**



# La sanità integrativa è pronta a raccogliere la sfida



## Sanità integrativa

### IL PATTO PER LA SALUTE 2019 – 2021

- promozione del sistema quale pilastro che convive in stretta correlazione con un Servizio pubblico
- potenziamento del ruolo di integrazione del sistema sanitario in diversi ambiti, quali: la prevenzione, soprattutto per le malattie croniche degenerative, l'implementazione della Long term care...
- la necessità di lavorare sui livelli di servizio della sanità integrativa e sulla appropriatezza delle prestazioni.

## SSN

### PIANO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E RIPARTO FNA 2019-2021

- I livelli essenziali socio sanitari
- Il fondo strutturale dal 2016
- Le linee guida per la programmazione regionale
- Un rovesciamento di impostazione che facilità l'integrazione
- Cfr. Piani sociosanitari regionali che internalizzano il concetto di integrazione con il privato
- Attenzione alla definizione di non autosufficienza dall'art. 3 del D.M.6 settembre 2016 ai piano regionale
- Il concetto di disabilità gravissima e sostegno intensivo

# La pandemia Sars-Cov2 detta i tempi di un processo necessario

## Sanità integrativa

- Crescita esponenziale del fenomeno
- Interesse crescente dei cittadini
- Evoluzione dei processi
- Innovazione dei servizi e dei prodotti
- Nuovi investimenti

## SSN

- Finanziamenti straordinari che si aggiungono a quelli ordinari già messi in cantiere
- Attivismo delle Associazioni e del legislatore (da quello europeo a quello nazionale)
- Il ruolo di indirizzo del Ministero e la raccolta di informazioni avviata dall'Anagrafe dei Fondi sanitari con il Cruscotto delle prestazioni integrativo del SIAF

# Un rischio condizionato da variabili sociali, reddituali



Questa prospettiva è quella corretta quando si vuole discutere del  
RUOLO e delle Prospettive del WELFARE CONTRATTUALE

# Aspetto sociale / sanitario/ reddituale / di relazione



« 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 »

E' con questa prospettiva che interessa tutto il sistema del Secondo welfare e non soltanto i FS e in modo limitato i FP!

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.

# Quale sussidiarietà: previdenziale, sanitaria e sociale?

Prestazione	Interventi	Erogatori
Prestazioni cash	IDA	INPS
	Assegni di cura Prestazioni cash per assistenza	COMUNI REGIONI ASL <b>WELFARE PRIVATO ?</b>
Servizi reali	Servizi reali Sevizi domiciliari (ADI E SAD) Servizi residenziali Sevizi semiresidenziali Caregiving privato	ASL COMUNI REGIONI <b>WELFARE PRIVATO</b>

RUOLO  
AGGIUNTIVO FS



Questo discorso riguarda anche le Casse di previdenza per i liberi professionisti

# Non solo prestazioni aggiuntive ma anche integrative ed innovative purché «integrate»

Prestazione	Interventi
Care Management	Call center
	Campagne
	Centri unici di accesso
	Misure sostegno psicologico ai care giver
Servizi innovativi	Centri diurni Telemedicina Assistenza all'adeguamento ambientale/abitazioni App...Caregiving privato Soggiorni di prevenzione (influenzale/pandemica)



Servizi su cui pubblico e privato possono crescere insieme

Bisogna fare ordine – anzi «regia» e strategia

# Quale è la vera sfida per il Fondo sanitario?

- Pianificare strategicamente la copertura socio sanitaria sulla base di quella sanitaria avente ad oggetto la cronicità; la prevenzione terziaria e le malattie critiche
- Alzare lo sguardo dalla ristrettezza della copertura per il rischio LTC da perdita permanente delle ADL
- Programmare in modo integrato, evitando sovrapposizioni e dispersione
- Scegliere i prodotti/strumenti/provider dopo aver programmato

# Il salto di paradigma



Attività di «scelta» delle  
migliori polizze o  
coperture sul mercato



Pianificazione socio sanitaria  
in collaborazione con i  
partner assicurativi e di  
servizio

**Il piano socio sanitario e i «mandati» di gestione socio sanitaria**

- Analisi della copertura socio sanitaria del **SSN**

L'importante ruolo svolto dall'anagrafe dei Fondi sanitari con il Cruscotto delle prestazioni: la tassonomia delle prestazioni socio sanitarie

- Analisi del **fabbisogno** socio sanitario della popolazione di riferimento (rischi specifici; caratteristiche degli iscritti e dimensione geografica del fenomeno)

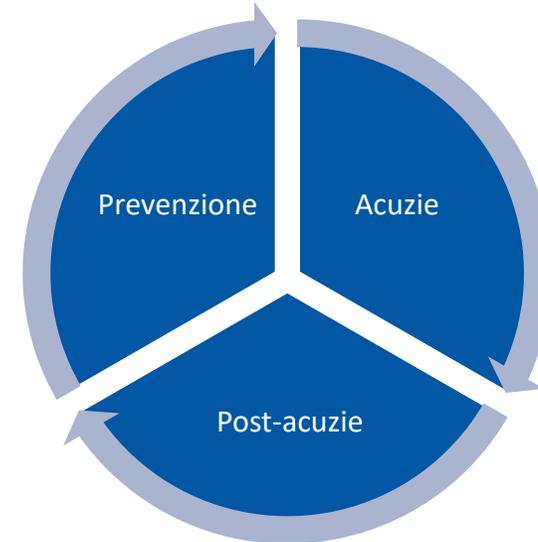
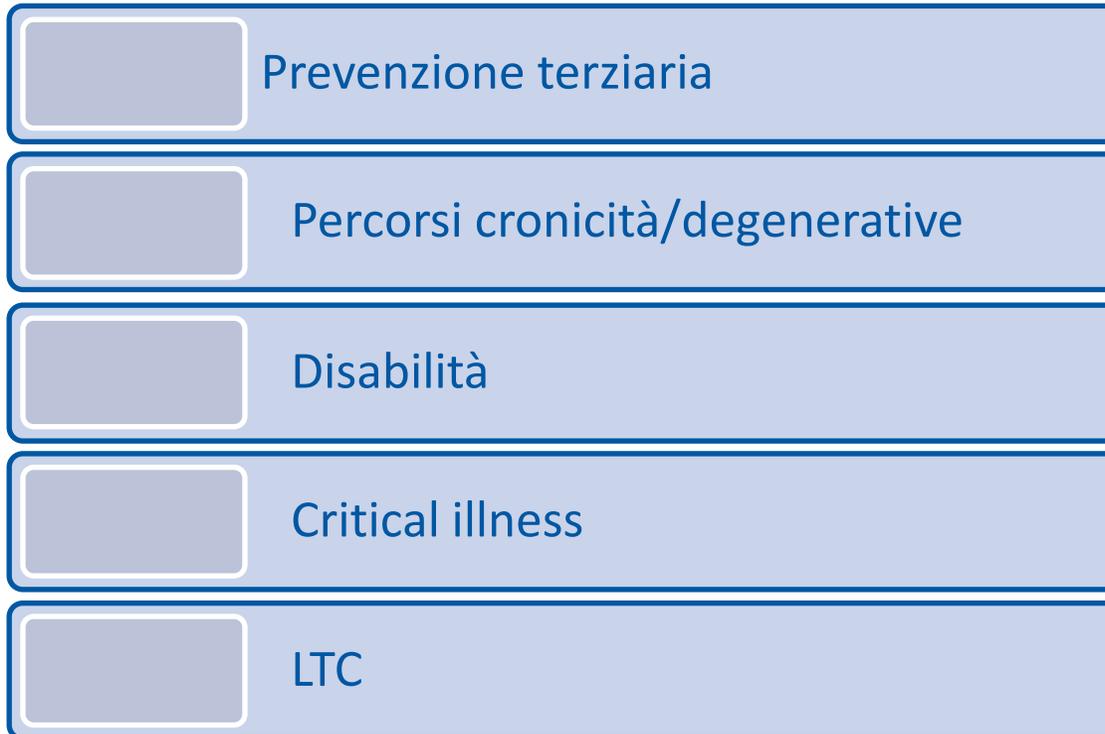
- Le **prestazioni in essere** rispetto al segmento socio sanitario e le dinamiche del piano sanitario (cfr. slides successive)

Attenzione allo stretto collegamento con il piano cronicità; con la prevenzione terziaria e le misure per la disabilità

# Il piano socio-sanitario per non autosufficienza



# Il piano socio-sanitario e il ruolo dell'integrazione delle coperture



# Dai dati Anagrafe Fondi



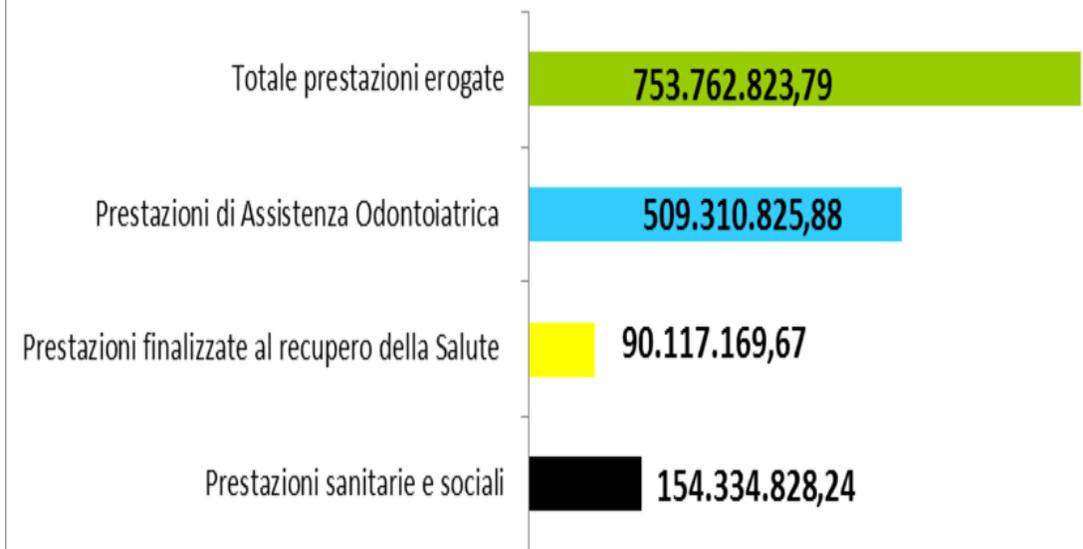
**Dati dichiarati dagli enti, casse e società di mutuo soccorso, aventi esclusivamente fini assistenziali, attestati per gli anni 2017, 2016, 2015 e 2014**

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 prestaizioni 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



*Ministero della Salute*

## Elenco delle Prestazioni extra LEA Fondi sanitari tipologia B (DM 27/10/2009 art.2, comma 2, lettera d)



- I dati comunicati ex DM 27/19/2009 potrebbero non rappresentare il complessivo impegno del segmento della sanità integrativa verso il fenomeno della non autosufficienza.
- Il piano per la non autosufficienza merita di essere «riletto» anche alla luce della elencazione «macro» delle prestazioni effettuata nel Progetto «Cruscotto delle prestazioni» 2020.
- A titolo esemplificativo si elencano solo le prestazioni extra Lea, cfr. slides successive

# Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale



Mefop

Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale	Assistenza specialistica ambulatoriale	densitometria ossea, ad intervalli di tempo non inferiori a diciotto mesi, limitatamente ai soggetti che presentino i fattori di rischio
Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale	Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa	Medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.), fatto salvo quanto previsto all'allegato 2A, punto f).
Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale	Assistenza specialistica ambulatoriale	Prestazioni di chirurgia refrattiva, limitatamente ai soggetti che presentino determinate e condizioni

# Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria



Mefop

<b>Prestazioni parzialmente escluse dai LEA</b>	Lungodegenza, recupero e mantenimento funzionale (RSA a lungo assistenza)
<b>Prestazioni parzialmente escluse dai LEA</b>	Lungodegenza, recupero e mantenimento funzionale, compresi interventi di sollievo (centri diurni)
<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc. (es. centri risveglio e centri per stati vegetativi)
<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Nuclei Alzheimer) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico"
<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Prestazioni socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, insieme a prestazioni assistenziali - Persone disabili non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate
<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Trattamenti socio-riabilitativi (di bassa intensità). Pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale
<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Prestazioni di "assistenza e terapie di mantenimento"
<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento)

# Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale



Mefop

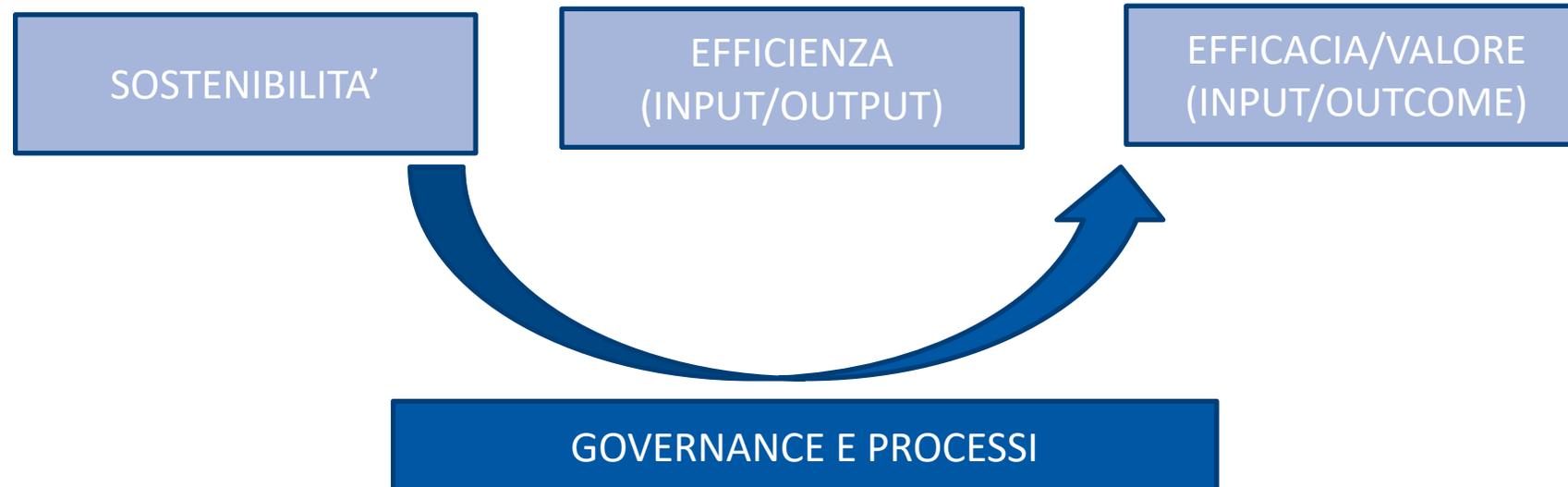
<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento)
<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Trasporto sanitario
<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Vaccinazioni non obbligatorie
<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite, circoncisione rituale maschile, agopuntura, fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia nonché tutte le altre non espressamente citate
<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Certificazioni mediche, comprese le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio, non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge
<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale:



<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Farmaceutica	Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali	Fornitura di farmaci di classe C (farmacia a carico del cittadino)
<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Cure riabilitative	Assistenza termale	Cicli di cure idrotermali non ricomprese nei LEA
<b>Prestazioni totalmente escluse dai LEA</b>	Assistenza Ospedaliera	Degenza ordinaria	Degenza ordinaria in struttura privata

Se così strutturato il Piano sanitario è il più **appropriato** possibile

Il piano è **integrato** nel SSN. Ma il piano deve anche essere **governato efficacemente**



# Il ruolo della governance e dei processi

- Trasparenza
- Competenza e professionalità
- Processi organizzativi
- Strumenti di controllo e monitoraggio



La cultura del dato  
La prospettiva aperta dalla innovazione digitale

# Lo sviluppo e lo scambio Fondi-mercato

- Definizione del piano
- Gestione del Piano
- Controllo del piano
- **Miglioramento continuo**

- **Rapporto fondi/erogatori**
- Ruolo centrale delle politiche di gestione e controllo delle reti/providers

- Coperture assicurative innovative – **Telemedicina**
- Mandati di gestione sanitaria costruiti sui **processi**
- Scambio di informazione/**partenariato**

- **Processi-** Strumenti di **data management**
- **Flussi e piattaforme**
- Ampliamento dei servizi. Il **Network** sociosanitario come «progetto»

# Il gestore della rete sanitaria

La gestione della rete/ erogazione servizi e attività è spesso considerata una «partita ancillare» alla gestione assicurativa del rischio. Non è così soprattutto nel caso della LTC e del segmento socio-sanitario.

- Il responsabile del processo è il Fondo sanitario
- Nel caso della non autosufficienza la rete sanitaria è di primaria importanza:
  - Solidità; efficienza; valore
  - Dimensione totale e distribuzione territoriale
- Laddove si esternalizzi occorre concentrarsi su selezione/controllo/valutazione esiti