

TESI CONGRESSUALE

a cura di

DOMENICO ISCARO  
 CLAUDIO AURIGEMMA  
 FABIO FLORIANELLO  
 FILIPPO GIANFELICE  
 MARIO LAVECCHIA  
 SILVERIO SELVETTI

# FONDI INTEGRATIVI E POLIZZE ASSICURATIVE

- **Evoluzione e trasformazione della domanda sanitaria**
- **La spesa sanitaria**
- **Le forme di intermediazione sanitaria: fondi e polizze**
- **I fondi sanitari integrativi: l'evoluzione legislativa**
- **Fondi e polizze: criticità e conclusioni**
- **Appendice - Riflessioni sulla sostenibilità del Ssn e sul futuro della nostra professione**

## EVOLUZIONE E TRASFORMAZIONE DELLA DOMANDA SANITARIA

I sistemi sanitari del cosiddetto "Welfare europeo" attraversano una fase di profondo mutamento in relazione a numerosi fattori.

### SCENARIO DEMOGRAFICO E VARIAZIONE DEL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

Secondo gli ultimi dati Istat gli individui di 65 anni e più superano i 13,5 milioni e rappresentano il 22,3% della popolazione totale; quelli di 80 anni e più sono 4,1 milioni, il 6,8% del totale, mentre gli ultranovantenni sono 727 mila, l'1,2% del totale. Gli ultracentenari ammontano a 17 mila. Per gli uomini l'aspettativa di vita si attesta a 80,6 anni (+0,5 sul 2015, +0,3 sul 2014), per le donne a 85,1 anni (+0,5 sul 2015, +0,1 sul 2014). L'allungamento della vita, già incredibilmente allungatasi e destinata ad allungarsi ulteriormente nei prossimi decenni, sta cambiando profondamente la domanda sanitaria e la cambierà ancora di più in futuro.

Oggi circa tre quarti della spesa sanitaria è destinato alla popolazione oltre i 65 anni e si è realizzato un progressivo spostamento del quadro epidemiologico in prevalenza caratterizzato dalle malattie acute verso le malattie croniche. Ma l'allungamento della vita sta avvenendo in assenza di una elaborazione culturale su come gestire le nuove fasi della vita ed organizzativa su come affrontare le nuove sfide.

La principale criticità è rappresentata da una spesa sanitaria crescente in risposta al crescere della domanda e dei bisogni di salute a fronte di risorse economiche insufficienti, soprattutto in considerazione della grave crisi economica che ha investito i paesi europei nell'ultimo decennio.

## LA SPESA SANITARIA

Nel 2016 la spesa sanitaria corrente è stata di €149,5 mld, con un'incidenza sul Pil dell'8,9% (quella pubblica del 6,9%), per il 75% a carico del settore pubblico e per il 25% a carico del settore privato. La spesa pro capite annua è stata di €2.468 e ha registrato rispetto al 2012 un aumento medio dello 0,7% restando significativamente inferiore a quella degli altri partner UE: Lussemburgo €4.112, Danimarca €4.094, Austria €3.679, Germania €3.624, Regno Unito €3.020 (*Il sistema dei conti della sanità per l'Italia, Anni 2012-2016. Istat 2017, Il monitoraggio della spesa sanitaria - MEF 2017*).

La spesa privata è stata di 37.318 mld, (2,2% del PIL), in costante crescita, nel 2013 ammontava a 27,5 mld. Tale spesa corrisponde a 580 € pro capite/annuo di cui l'89,9% di spesa "out of pocket" pari in media a € 503 (max € 800/Lombardia, min. € 280/Sicilia) e il 10,1% di spesa "Intermediata" pari a € 77. Questi 77 € sono garantiti da Compagnie di As-

sicurazione (68%), da Enti operanti in regime di autoassicurazione (29% di cui 26% Fondi autoassicurati, 3% da Società di Mutuo Soccorso), da Enti operanti in regime misto (3%) ossia autoassicurazione e polizza. In totale ogni cittadino aggiunge al finanziamento per il SSN attuato attraverso la fiscalità generale e pari a € 1888 un contributo aggiuntivo di € 580 (*Fonte Rapporto CREA-Tor Vergata 2017*).

**Gli assicurati da Forme Sanitarie Integrative** sono il 19,6% della popolazione pari a 11 mln. di cui 7 mln. titolari e 4,9 mln. componenti il nucleo familiare. La maggior diffusione è tra lavoratori dipendenti mentre la minor diffusione è tra i lavoratori autonomi (imprenditori e i libero professionisti con 73,5% di adesione).

Dall'ultimo monitoraggio del Ministero delle Attività Produttive emerge che su 12.711 contratti di lavoro "attivi", 3.909 - quindi quasi uno su tre - offrono ai dipendenti la possibilità di scegliere il welfare aziendale "esentasse" in alternativa al bonus monetario in busta paga (tassato al 10 per cento). Nel welfare aziendale è sempre presente una polizza sanitaria "integrativa" oltre a benefit per asili nido, palestra, piano di previdenza complementare, viaggi di formazione, abbonamento a mezzi pubblici (*Lavoro e produttività: welfare aziendale in un contratto su tre - Il Sole24 Ore, 28 agosto 2017*).

La spesa per polizze sanitarie private ammonta a 2,5 mld € di cui un quarto per polizze individuali e tre quarti per polizze collettive. I premi versati come polizza individuale non godono di alcun trattamento agevolato, ma gli assicurati possono beneficiare delle detrazioni al 19%. I premi versati a copertura di polizze collettive sono soggetti, se rispondenti a specifici requisiti, ad un regime fiscale analogo a quello riconosciuto ai Fondi. Il numero totale degli iscritti, compresi i familiari, è pari a 9,2 milioni di persone. I contributi complessivamente versati ai fondi sanitari ammontano a 2,2 miliardi di euro, per la quasi totalità riferiti ai fondi ex art. 51 TUIR, ossia non integrativi (vedi paragrafo IV).

Tuttavia allo stato attuale la conclusione è che il 90,9% della spesa sanitaria privata è sostenuta direttamente dalle famiglie e cresce all'aumentare dell'età e della gravità delle patologie e riguarda per il 70% i malati cronici, i non autosufficienti e i malati gravi.

La spesa sanitaria privata è così ripartita: Out of pocket 51% ai farmaci, 49% odontoiatria, Vs. Specialistiche e Diagnostica Intermediata 40% prestazioni ospedaliere, 30% prestazioni diagnostiche e Vs. Specialistiche, 11% odontoiatria, 10% prevenzione e screening (*Rapporto Censis 2016*).

## LE FORME DI INTERMEDIAZIONE SANITARIA: FONDI E POLIZZE

Si articolano in tre tipologie:

### 1. FONDI INTEGRATIVI SSN (Dlgs 502/92 art 9 e s.m.i. o Fondi doc)

- Collettivi, quando previsti dai CCLN - Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro - o da Albi Professionali. In questo caso i beneficiari sono quasi esclusivamente i lavoratori e a volte i loro familiari.
- Aziendali, quando assumono una valenza di benefit per il lavoratore. Spesso, ma non sempre, sono estesi anche al nucleo familiare.

Entrambi questi Fondi erogano prestazioni di natura assistenziale e socio-sanitaria rientranti tra quelle individuate dal *Dlgs n. 502/1992 e Dlgs229/1999*.

### 2. ENTI, CASSE E SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO (art. 51 comma 2, lettera a) D.P.R. 917/1986 ex Fondi non doc).

- Hanno esclusivamente fine assistenziale, in conformità a disposizioni di contratti o di regolamenti aziendali. Non rientrano nell'ambito di operatività dei fondi sanitari integrativi e riconoscono prestazioni sanitarie e socio-sanitarie anche sostitutive rispetto a quelle del sistema pubblico, secondo i propri statuti e regolamenti.
- I costi di compartecipazione alla spesa sono sostenuti dai cittadini insieme agli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria

**N.B.** Presso il Ministero della Salute è stata istituita l'Anagrafe dei Fondi Sanitari con D.M. 27 ottobre 2009.

Sono iscritti 290 Fondi, integrativi e non, di cui 124 gestiscono il rischio con una convenzione assicurativa, 121 sono autoassicurati e 45 Fondi utilizzano una forma mista di autoassicurazione e polizza.

### 3. ASSICURAZIONI

- Polizze mediche, assicurano dai problemi di salute, permettendo di usufruire di determinate prestazioni a fronte del pagamento di un premio annuale. Si distinguono in:
  - *Polizza sanitaria in forma indennitaria*, consiste nel pagamento al contraente di un indennizzo, che copre il periodo di degenza in ospedale o comunque di interruzione dal lavoro per malattia o infortunio. Questa soluzione è molto utile ai lavoratori autonomi che, a differenza dei lavoratori dipendenti, non godono delle agevolazioni legate alla malattia.
  - *Polizza sanitaria a rimborso*, prevede il rimborso delle spese sostenute per visite mediche, medicinali, interventi chirurgici, trattamenti fisioterapici, odontoiatrici a seconda della copertura offerta. Questa è la tipologia più frequente ed è legata al contratto di lavoro dipendente, in particolare per alcune tipologie di CCNL, per le quali è parte integrante del suo aspetto economico.

**N.B.** Una polizza individuale, ovvero siglata da un lavoratore con una compagnia assicurativa di propria iniziativa, ha un costo molto più elevato rispetto ad un Fondo integrativo collettivo, con una differenza che può arrivare anche a 15/20 volte il costo del premio annuo. Questo perché la polizza collettiva svolge, attraverso la legge dei grandi numeri, una sorta di funzione “sociale”, mediando la buona salute e l’età di alcuni lavoratori con gli altri. Ecco perché i nuovi Contratti di lavoro prevedono con sempre maggiore frequenza la sottoscrizione ad un Fondo Sanitario Integrativo.

## I FONDI SANITARI INTEGRATIVI: L’EVOLUZIONE LEGISLATIVA

**Fin dalla legge n. 833 del 1978**, istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale, il Legislatore faceva espresso riferimento alle eterogenee realtà di assistenza privata e volontaria, riconoscendo al cittadino la possibilità di

integrare le prestazioni erogate dal sistema pubblico non solo attraverso il ricorso diretto al mercato sanitario, ma anche mediante la partecipazione alla mutualità volontaria (art. 46). Tuttavia, per avere una vera e propria norma relativa ai fondi sanitari occorre attendere il d. lgs. n. 502 del 1992 che all’articolo 9 “forme differenziate di assistenza” istituisce per la prima volta i cosiddetti fondi sanitari integrativi con l’obiettivo di porre le basi per un “secondo livello di assistenza sanitaria” in grado di rappresentare una significativa integrazione del sistema sanitario nazionale.

Con il d.lgs. 517/1993, all’art. 10, venivano altresì descritte le prestazioni che potevano essere erogate da un fondo sanitario integrativo. Tali prestazioni, definite come “aggiuntive” rispetto a quelle fornite dal SSN avrebbero dovuto avere ulteriore specificazione in un decreto ministeriale la cui promulgazione era prevista entro 120 giorni dall’entrata in vigore del d.lgs. n. 517 del 1993. La mancata emanazione di tale decreto ha impedito che la normativa trovasse applicazione. Il d.lgs. n. 229 del 1999 all’articolo 9, che modifica l’articolo 9 del d.lgs. n. 502 del 1992 – introduce la tipologia dei fondi integrativi del Sistema sanitario nazionale, i cosiddetti fondi “doc”, il cui fine è quello di preservare le caratteristiche di solidarietà e universalismo della sanità pubblica e allo stesso tempo incoraggiare la copertura di servizi integrativi (prestazioni eccedenti i livelli uniformi ed essenziali di assistenza LEA) attraverso l’assistenza privata.

I fondi integrativi “doc” vengono pensati come complementari alla sanità pubblica, garantiscono quindi una copertura su base collettiva per tutte le prestazioni non garantite dal SSN o che sono anche solo parzialmente a carico delle famiglie.

Tali fondi sono caratterizzati da tre elementi:

1. non selezione dei rischi sanitari;
2. non discriminazione nei premi da pagare;
3. non concorrenza con il Sistema sanitario nazionale (o meglio “concorrenza limitata” in quanto possono offrire prestazioni sostitutive purché svolte nell’ambito della libera professione intramuraria).

Di converso, venivano definiti fondi “non doc” i fondi che non avevano l’obbligo di rispettare i vincoli appena elencati e che quindi potevano offrire anche prestazioni sostitutive rispetto a quelle del sistema pubblico, ovvero ricadenti nei livelli essenziali di assistenza.

**NB:** il comma 2 dell’articolo 9 del d.lgs. n. 229 del 1999 prevede che un fondo di “nuova isti-

tuzione” possa essere definito “doc” soltanto qualora indichi espressamente nella propria denominazione la locuzione “integrativo del Sistema sanitario nazionale”. È fatto quindi divieto di utilizzare tale espressione con riferimento a fondi istituiti per finalità diverse da quelle proprie dei fondi tipizzati dal decreto 229/1999.

Il DM Turco del 31 marzo 2008 rappresenta il primo provvedimento normativo che riconosce espressamente l'esistenza dei fondi diversi da quelli tipizzati all'articolo 9 del Dlgs 229, consente il superamento della locuzione “fondi non doc” definendoli come “enti, casse, società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale” e, al contempo, individua gli ambiti di intervento degli stessi nonché dei Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, l'articolo 1 del suddetto decreto estende gli ambiti di intervento dei fondi ex articolo 9 d.lgs. n. 502 del 1992 (integrativi), nei limiti in cui non siano ricompresi nei livelli essenziali di assistenza:

1. prestazioni sociosanitarie;
2. spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili;
3. prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;
4. prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

Altra novità del 2008 è l'istituzione dell'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della Salute in cui sono censiti tutti i fondi sanitari integrativi del Sistema sanitario nazionale nonché gli enti, casse, società di mutuo soccorso aventi fine esclusivamente assistenziale.

L'ultimo intervento normativo in materia di assistenza sanitaria integrativa è il DM del 27 ottobre 2009 (o anche decreto Sacconi) che modifica e integra il decreto Turco. Tale provvedimento nasce col fine di rilanciare i fondi integrativi.

Attualmente il sistema dei Fondi sanitari è caratterizzato da una netta distinzione tra “fondi ex art. 9” e “enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale”.

Recentemente, il Ministero della Salute ha, infatti, ribadito questa distinzione dal punto di vista civilistico e fiscale e ne ha tracciato una netta linea di demarcazione. La differenza tra i “fondi sanitari integrativi” e gli “enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale” consiste proprio nel fatto che i primi, come detto, sono finalizzati all'erogazione di prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza (*prestazioni integrative*), mentre i secondi possono finanziare anche *prestazioni sostitutive* rispetto a quelle già erogate dal Servizio sanitario nazionale”.

In quest'ottica per chi aderisce a un fondo sanitario integrativo in forma individuale e volontaria (pensionati, lavoratori autonomi, liberi professionisti o inoccupati) il contributo di adesione versato dall'iscritto concorre alla formazione del reddito di lavoro dipendente e quindi solo le spese mediche sono detraibili dalle imposte nella misura del 19% per la parte eccedente 129,11 euro.

Diverso il caso, invece, dei lavoratori dipendenti che aderiscono a un fondo previsto da un contratto, accordo o regolamento aziendale. In questo scenario i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale non concorrono a formare il reddito di lavoro e vanno in deduzione per un importo massimo di 3.615,20 euro.

---

## FONDI E POLIZZE: CRITICITÀ E CONCLUSIONI

### CRITICITÀ

Rispetto all'impostazione del SSN di tipo universalistico, l'attuale funzionamento dei Fondi rischia di riportare il quadro italiano a prima del 1978: aspetti equivoci tra “integrazione” e “sostituzione” della cura, diffusa iperframmentazione (290 Fondi iscritti all'Anagrafe del Ministero) e forte eterogeneità nell'accesso e nelle prestazioni, a seconda delle caratteristiche socio-lavorative e di età degli individui.

Inoltre le manovre finanziarie degli ultimi anni (in particolare 2010, 2011, 2012) hanno colpito duramente la sanità pubblica ed hanno promosso la reintroduzione/innalzamento di

ticket sanitari con una spesa a carico dei cittadini di circa 3 miliardi di euro. In questo contesto i Fondi possono essere letti come una compensazione dei tagli ai servizi pubblici ed una stampella per evitare che questi si trasformino in aumento della spesa out-of-pocket. Tale processo rischia di accentuare fortemente il carattere sostitutivo dei Fondi a scapito della loro natura integrativa. Se una parte consistente di ceto medio e medio-alto, rappresentato da lavoratori di settori “forti” (ma non solo), inizia a rivolgersi fuori dal servizio pubblico a causa delle mancanze dello stesso (liste di attesa troppo lunghe, eccessive partecipazioni ai costi, ecc.), si rischia di scardinare dall’interno una parte dell’universalismo del SSN.

Bisogna anche considerare che lo spostamento dei Fondi da una logica “integrativa” ad una sempre più “sostitutiva” è destinata a porre problemi anche ai Fondi stessi. Questi ultimi, infatti, hanno attualmente impostato un’offerta di prestazioni basata su un calcolo economico che non può prescindere dalla tenuta del welfare pubblico. I Fondi investiti da un aumento di richieste che non sono in grado di controllare da un lato potrebbero aumentare i premi annuali, con il rischio di diventare troppo costosi per molte aziende, categorie e lavoratori, dall’altro possono conservare i livelli di contribuzione attuale, abbassando però le prestazioni offerte (tramite diminuzione dei massimali, aumento delle franchigie, etc.), rischiando l’insoddisfazione dei propri clienti. Un’altra criticità riguarda il fatto che oltre la metà dei Fondi non prevede una funzione di “filtro” delle richieste di cure. Non esiste nella maggior parte dei casi una commissione sanitaria o un medico che valutino l’appropriatezza dell’intervento richiesto ed il singolo iscritto può effettuare una prestazione e poi farsela rimborsare o addebitare la prestazione al Fondo.

Da ultimo è da sottolineare che l’attuale funzionamento dei Fondi non pone attenzione al problema delle cure e dell’assistenza per cronicità e non autosufficienza. Solo un terzo dei Fondi assicurano qualche prestazione in questo campo e praticamente quasi nessuno di essi si occupa di anziani over 70.

### CONCLUSIONI

Il ruolo e la diffusione che la “Sanità Privata” ha assunto nel nostro Paese rappresenta ormai una realtà irreversibile. Soprattutto a fronte della maggiore domanda che la sanità pubblica, sottoposta a tagli recenti e meno recenti, rischia di non poter più sostenere. La prima considerazione da cui partire è l’insostituibilità del S.S.N. per equità, garanzie di accesso, efficacia delle cure e costi, pur con tutte le criticità riconducibili ai problemi di finanziamento ed alle diversità organizzativo-gestionali dovute ai 21 servizi sanitari regionali. Situazione che nel prossimo futuro potrebbe andare incontro ad un peggioramento in vista della maggior autonomia per Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna in una frettolosa applicazione del titolo V della Costituzione.

La seconda considerazione è l’alto livello di spesa raggiunto dalla sanità privata salita ad oltre 37,3 mld e in continuo aumento, il cui ruolo e la cui funzione in relazione al servizio pubblico è, allo stato attuale, lasciata a sé in termini di organizzazione, governo, appropriatezza e sicurezza.

La terza considerazione è l’innegabile “gap in progress” tra quanto garantito a livello di assistenza e cure dal sistema pubblico (offerta) e la domanda di salute reale (o presunte tale), che ha portato negli ultimi anni ad una impennata delle prestazioni da parte privata.

E’ indispensabile chiedersi a questo punto se sia sufficiente procedere ad una revisione del SSN, anche e soprattutto sotto il profilo del finanziamento, oppure se sia più realistico percorrere nuove strade (peraltro già imboccate) attraverso Fondi e Polizze per assicurare assistenza e cure ad ampie parti di popolazione che già oggi, e ancor più in futuro, rischiano di dovervi rinunciare.

Queste nuove strade non possono tuttavia essere lasciate al caso senza un chiarimento definitivo su cosa sia realmente integrativo dei servizi che il SSN, pilastro fondamentale, non è in grado di erogare.

Per conservare il ruolo centrale del SSN la politica di contenimento della spesa che non può essere perseguita con i tagli lineari, ma è necessario una complessiva riforma del sistema basata su: a) riorganizzazione della qualità dell’offerta, c) gestione delle cure in modo da assicurare l’erogazione di servizi effettivamente necessari e l’eliminazione di quelli non necessari o non richiesti, b) appropriatezza delle prestazioni. La domanda che oggi è necessario porci è se, alla luce della evoluzione della domanda sanitaria e delle nuove esigenze, sia possibile un rifinanziamento del SSN reperendo i 20-30 mld necessari a partire da oggi e per

tutto il prossimo decennio (*Le proiezioni della spesa sanitaria SSN – Cerm, Working Paper 2013*). O se valga la pena di aprire ad una riflessione circa un nuovo scenario che permetta un completamento-integrazione dell'offerta sanitaria pubblica con una sanità complementare organizzata e governata, peraltro già presente in molti Paesi UE: Germania al 22,9%, Belgio all'82%, Francia al 95,5%, Paesi Bassi all'84% (*Benchmark Ocse sui sistemi sanitari di 29 Paesi – Quotidianosantità, aprile 2017*).

Il risultato dell'assenza di una strutturazione di questo progetto è l'attuale quadro assistenziale pluriframezzato, in cui l'19% degli italiani è sì beneficiario di una sanità complementare, ma ad elevata dispersione e scarsamente coordinata con il Servizio Sanitario Nazionale, in pratica equivocando tra integrazione e sostituzione. L'integrazione pertanto deve essere regolata da precisi requisiti, governata e organizzata intorno ad un servizio sanitario pubblico come fondamentale pilastro dell'offerta sanitaria in attuazione del principio costituzionale, sbarrando la strada ai tentativi di deriva verso sistemi sanitari a copertura esclusivamente assicurativa.

In conclusione, se l'esperienza dei Fondi va valutata complessivamente in maniera positiva in quanto si tratta di una modalità di raccogliere risorse per la sanità sotto forma collettiva (il cosiddetto secondo pilastro), la sua collocazione in un contesto non governato, non coordinato e di definanziamento del SSN rischia di trasformarsi in un meccanismo di depotenziamento della copertura sanitaria non solo pubblica, ma, paradossalmente, anche dei Fondi stessi.

#### BIBLIOGRAFIA

- Rapporto annuale Istat 2017
- Rapporto annuale Censis 2017
- Lavoro e produttività: welfare aziendale in un contratto su tre – Il Sole24Ore, 28 agosto 2017
- Rapporto CREA-Tor Vergata - 2016
- Fondi sanitari, la necessità di un riordino – ANIA 2015
- Sanità integrativa – GVM Care & Research
- Il monitoraggio della spesa sanitaria – MEF 2017
- State of health in EU – Italia 2017
- VII Rapporto RBM-Censis 2017
- Rapporto Oasi 2016
- Benchmark Ocse sui sistemi sanitari di 29 Paesi – quotidiano sanità aprile 2017
- Rapporto AIOP 2017
- Sostenibilità del sistema e secondo pilastro - Commissione Igiene e sanità del Senato 2017
- Il sistema dei conti della sanità per l'Italia, Anni 2012-2016. Istat 2017.
- La previdenza sanitaria integrativa - Fnomceo ottobre 2017
- Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del SSN - Commissione Igiene e sanità del Senato 2018
- Il servizio sanitario conta-Saluteinternazionale.info 2013
- L'evoluzione della disciplina dei fondi sanitari – Mefop 2017
- I Fondi sanitari – Min. Salute
- Le Polizze assicurative sanitarie Min. Salute
- Luci ed ombre nell'esperienza dei fondi sanitari – Il Mulino 2014
- Le proiezioni della spesa sanitaria SSN – Cerm, Working Paper 2013

#### APPENDICE

### RIFLESSIONI SULLA SOSTENIBILITÀ DEL SSN E SUL FUTURO DELLA NOSTRA PROFESSIONE

a cura di

**DOMENICO  
MONTEMURRO  
MATTEO D'ARIENZO**

La domanda dalla quale si parte è: “**il SSN è sostenibile a lungo?**”. Difficilmente. Se continuiamo a difendere un sistema che, seppur tra i più belli ed efficienti del mondo, è difficilmente migliorabile, tende al peggioramento e, nonostante questo, richiede sempre più risorse, allora forse si sbaglia già in partenza. Sappiamo bene che il nostro servizio pubblico sta “arrancando”, è tenuto su dalle migliaia di ore in eccesso non retribuite che i nostri colleghi regalano tutti i giorni, sudando e faticando come muli.

La qualità delle prestazioni in sanità è legata al finanziamento di cui dispone, all'interno del quale appare fondamentale la promozione di un uso razionale delle risorse disponibili e una buona governance del sistema.

Il FSN probabilmente non aumenterà, la politica è miope e difficilmente, a prescindere dai colori politici, investirà in un settore come quello sanitario. Sarebbe di certo la soluzione di una buona parte dei problemi presenti e futuri, ma ormai non crediamo più alle utopie. Abbiamo allora bisogno di un sistema più efficiente, ma sappiamo anche che ci vogliono soldi freschi che lo Stato non può garantirci.

La successiva domanda è questa: **vale la pena continuare a sostenere il SSN così com'è? Quali sono le prospettive?**

Se osserviamo i colleghi over 50, essi sono demotivati da un sistema che non sa premiare e che distribuisce pochi, pochissimi benefit a pioggia. Otto anni di contratto fermo, lo stesso stipendio, gli stessi ruoli, la stessa frustrazione.

Se guardiamo ai colleghi più giovani, essi accedono al ruolo nel SSN alla soglia dei 40 anni, dopo anni di precariato selvaggio e di remunerazioni al limite dell'oscuro. Al termine della loro carriera percepiranno una pensione, col metodo contributivo, pari al 55-60% rispetto al loro stipendio medio della loro vita lavorativa.

Allora, forse, semplicemente non ne vale più la pena. I recenti licenziamenti volontari di specialisti nella Regione Veneto, che hanno abbandonato il pubblico per andare nel privato, sono un sintomo grave che disegna uno scenario a tinte fosche.

**Se cambio modello organizzativo al SSN, esso può reggere rispettando il principio della sua universalità?** La fusione di aziende, l'accorpamento di reparti, il taglio di strutture semplici e complesse non ha portato, al momento, ad alcun miglioramento sostanziale. Lo avvertiamo tutti sulla nostra pelle, siamo ai limiti della sostenibilità, forse oltre. E allora come si fa?

**Proviamo, ipoteticamente, a immaginare un sistema pubblico-privato.**

Il SSN deve continuare a essere universalistico: il soggetto pubblico affida la gestione di determinati LEA al privato, che deve assicurare che il costo sia calmierato e soprattutto deve garantirne la sostenibilità.

L'integrazione tra pubblico e privato potrebbe dunque avvenire tramite il finanziamento privato delle prestazioni e dei servizi attraverso la mutualità, che in Italia è cresciuta enormemente negli ultimi anni e sta ancora crescendo.

La spesa privata dei cittadini in sanità e per le prestazioni sociali cresce in Italia ed ammonta ad oltre 32,7 miliardi di euro di cui circa 4-5 miliardi sono veicolati da fondi sanitari e sociosanitari. Gli assistiti dei fondi iscritti all'Anagrafe del Ministero sono circa 7 milioni e sono in aumento. Appare giunto il momento di affrontare la questione della sostenibilità del Servizio sanitario nazionale senza voler rinunciare ai principi fondativi dello stesso, ma costruendo un sistema che sia in parte finanziato dalla fiscalità generale ed in parte da finanziamenti privati dei singoli cittadini o meglio mediati dalla mutualità, ampliando così la copertura dei bisogni, riducendo la massa ingente dell'out of pocket a tutto carico dei cittadini. In sostanza bisogna attuare quel secondo pilastro capace di rendere più solide e proattive le politiche pubbliche di tutela e promozione della salute e del benessere dei cittadini.

I fondi sanitari e sociosanitari possono avere un ruolo determinante nella costruzione del nuovo quadro di insieme della tutela della salute nel nostro Paese ma devono essere supportati da una serie di azioni ed interventi quali: opportuni incentivi fiscali, che già in parte esistono, misure volte a favorire lo sviluppo delle organizzazioni no profit e di tutte le realtà esistenti nel settore, la loro promozione/informazione, la predisposizione di progetti regionali per l'individuazione di linee guida e regolamenti, il loro inquadramento nell'ambito dei contratti collettivi di lavoro, nazionali e locali, l'estensione degli ambiti applicativi e delle prestazioni tutelate, la revisione del principio di accreditamento, secondo il quale le strutture accreditate, in possesso di requisiti di qualità certificati, possono operare sia per conto e a carico del SSN sia per conto e a carico di fondi integrativi.

E dal punto di vista del medico? Sarebbe un sistema nel quale chi produce di più, viene premiato di più e guadagna di più. Se guadagna di più, sarà più gratificato e la sua pensione futura sarà più alta. Niente più incentivi stipendiali a pioggia, basati solo sull'età, ma finalmente in base al merito, all'impegno quotidiano di ognuno di noi.

L'ultima domanda che ci poniamo è: perché no? Cosa abbiamo da perdere?