



**Un anno di
Osservatorio Nazionale
Welfare & Salute**

Dicembre 2023 - Dicembre 2024

Le nostre analisi, le nostre proposte, i nostri studi su:

Esigenza di riforma e prospettive della Sanità Integrativa •1

Sanità Integrativa e LTC: il ruolo del Governo e quello delle Regioni •2

La Sanità Integrativa come strumento per ridurre le Liste di Attesa •3

Sanità Integrativa, Welfare contrattuale e Pubblico Impiego: lo sviluppo possibile •4

Sanità Integrativa e Welfare contrattuale come asset strategici di una moderna gestione delle risorse umane •5

Esigenza di riforma e prospettive della Sanità Integrativa

Ansa

13 Dicembre 2023

Fortune

13 Dicembre 2023

Dire

18 Dicembre 2023

Il Secolo XIX

18 Dicembre 2023

Italia Informa

Gennaio-Febbraio 2024

Panorama della Sanità

Febbraio 2024

Panorama della Sanità - Metronews - Il Secolo XIX

1 Marzo 2024

Ansa - Adnkronos Salute - Huffington Post - Italia Oggi - Affari Italiani

26 Marzo 2024

Milano Finanza

27 Marzo 2024

Rai Radio 1

8 Ottobre 2024

TG3

17 Novembre 2024

ANSA

Osservatorio Welfare, puntare alla sanità integrativa

Settore poco conosciuto, nonostante assista 16 milioni di persone

Stimolare il dialogo e il confronto con i decision maker, portando avanti un modello di sistema che lavori per lo sviluppo di una sanità integrativa.

Sono questi alcuni dei temi dibattuti oggi a Roma, nel corso dell'incontro organizzato dall'Osservatorio Nazionale Welfare & Salute "Sanità integrativa: funzione, prospettive, ipotesi di riforma".

Dati alla mano, in valori assoluti, la spesa sanitaria privata nel 2022 ha superato i livelli pre-COVID 19, circa 41 miliardi di euro, senza contare i circa 25 miliardi di euro annui di spesa destinati a prestazioni socio assistenziali non erogati dagli enti pubblici.

In Italia, gran parte dei beneficiari dei Fondi sanitari integrativi si riuniscono nelle regioni del Centro-Nord. Laddove è più bassa la capacità di reddito, i dati di spesa della sanità integrativa risultano essere più bassi, evidenziando il fenomeno della rinuncia alle cure, diffuso soprattutto nelle regioni centro meridionali. La regione con la spesa sanitaria privata più alta è la Val D'Aosta (919 euro pro capite), mentre quella con la spesa più bassa è la Puglia (412 euro pro capite).

"E' nostro interesse aprire un dibattito sulle prospettive della sanità integrativa che vadano a sanare il gap esistente e garantire il traguardo di uniformità ed omogeneità delle prestazioni sociali sull'intero territorio nazionale", osserva Ivano Russo, presidente di Onws. "E' un settore ancora poco conosciuto, nonostante assista 16 milioni di persone. "Una buona sanità integrativa - prosegue - dovrebbe ridurre le liste d'attesa definendo gli ambiti operativi delle prestazioni integrative e favorendo l'accesso a quante più persone possibili alle prestazioni garantite dai fondi sanitari, contrastando il fenomeno della rinuncia alle cure, trasferendo quote di spesa ad un modello fondato su criteri collettivistici e di mutualità".

Per Ivano Russo, il Servizio sanitario nazionale e la sanità integrativa vanno resi più sinergici: "espandere la sanità integrativa a tutti i lavoratori dipendenti fornirebbe uno strumento valido per l'abbattimento liste di attesa. La nostra indagine - osserva - ha rilevato che l'ostacolo maggiore alla sua diffusione è la mancanza di un quadro regolatorio più omogeneo".

https://www.ansa.it/sito/notizie/economia/pmi/2023/12/13/osservatorio-welfare-puntare-alla-sanita-integrativa_68b00a92-10e5-4a98-822c-1cd97c0c5d67.html

FORTUNE | HEALTH ITALIA

Gli italiani spendono 45 mld l'anno per le cure, riformare la sanità integrativa

C'è confusione nella mente degli italiani quando si parla di **sanità integrativa**: “Molti cittadini la confondono con la sanità privata”, spiega **Ivano Russo**, presidente dell'Osservatorio nazionale Welfare e Salute. Ma ad essere chiari sono i numeri, a partire da quelli che misurano la **spesa per le cure a carico dei cittadini stessi**.

“Nel 2026 il Fondo sanitario sarà di 128 mld di euro, mentre la **spesa out of pocket** – quella che i cittadini pagano di tasca loro – arriverà a **45 miliardi**, se a questo valore aggiungiamo i circa **25 mld** l'anno destinati a prestazioni socio assistenziali non erogate da enti pubblici, vediamo come in proporzione questa cifra sia troppo alta”, sottolinea **Francesco Zaffini**, presidente della Commissione Affari sociali, sanità e lavoro del Senato. Zaffini è fermamente convinto che “sia arrivato il momento di agire sulle regole, attraverso una **riforma della sanità integrativa**”.

Il confronto con l'estero

Nel 2022 la spesa complessiva per le cure si aggirava attorno ai 197 mld di euro, di cui solo il 2,4% di spesa intermediata. Nel 2026 arriveremmo al 4%, dice Zaffini. “Troppo poco rispetto ai valori di Paesi come **Francia e Germania**. In Commissione Sanità vogliamo tentare di mettere mano al groviglio di operatori e regole”, aggiunge Zaffini.

In che modo? “Abbiamo deliberato all'unanimità **un'indagine conoscitiva, le audizioni sono quasi esaurite** e la mia intenzione è di istituire un comitato di redazione per elaborare un **testo di legge delega** con l'obiettivo di rendere l'Italia un Paese più civile”.

Una costellazione di attori

Il secondo pilastro del Sistema sanitario si ‘sostiene’ su **350 fondi di sanità integrativa**, più una cinquantina di fondi contrattuali. I beneficiari, aggiunge Ivano Russo, sono poco più di **13 mln di cittadini in età lavorativa**. Gran parte dei beneficiari dei fondi sanitari integrativi si concentrano nelle Regioni del Centro-Nord, dove si trova anche il maggior numero di imprese e il reddito è mediamente più alto.

Le parole chiave

La priorità è “semplificare e ottimizzare la struttura del secondo pilastro, in modo che resti tendenzialmente universalistico”, scandisce Zaffini, che guarda con interesse alle esperienze di Germania e Francia. Ma anche alla necessità di un intervento sull'**intramoenia**. “Trovo incredibile – riflette – che un esame si possa prenotare a 6 mesi di distanza, che diventano una settimana se lo facciamo in intramoenia. Ma anche che una gastroscopia nel sistema pubblico costi 80 euro e nel privato arrivi a 500 euro”, dice.

“Vogliamo squarciare il velo di ipocrisia: c’è una forbice inquietante tra Paese reale e legale”, insiste Russo.

Tappe serrate

L’attesa non sarà lunga, per un intervento che promette di essere interessante anche per assicurazioni e banche. “Vorrei chiudere l’indagine entro gennaio e, per **fine febbraio, avere un testo a disposizione**”. Un documento che ha l’ambizione di mettere ordine nel settore, che può contribuire a ridurre due mali della sanità italiana: le liste d’attesa e la rinuncia alle cure.

<https://www.fortuneita.com/2023/12/13/gli-italiani-spendono-45-mln-l'anno-per-le-cure-riforma-re-la-sanita-integrativa/#:~:text=cure%2C%20sanit%C3%A0%20integrativa-.Gli%20italiani%20spendono%2045%20mln%20l'anno%20per.cure%2C%20riformare%20la%20sanit%C3%A0%20integrativa&text=C'%C3%A8%20confusione%20nella%20mente.Osservatorio%20nazionale%20Welfare%20e%20Salute.>



Tg Sanità, edizione del 18 dicembre 2023

Si parla di fondi Ssn, Covid e diabete

ZAFFINI: CITTADINI SPENDONO 45 MLD PER CURARSI, SERVE RIFORMA INTEGRATIVA

“Nel 2026 il Fondo sanitario sarà di 128 miliardi di euro, mentre la spesa out of pocket, cioè quella che i cittadini pagano di tasca loro, arriverà a 45 miliardi di ‘spesa bianca’. E se a questa cifra aggiungiamo i circa 25 miliardi l’anno destinati a prestazioni socio-assistenziali non erogate da enti pubblici, vediamo come in proporzione questa cifra sia troppo alta. Per questo penso sia arrivato il momento di agire sulle regole attraverso una riforma della sanità integrativa”. A dirlo il senatore Francesco Zaffini, presidente della Commissione Affari Sociali, Sanità e Lavoro, nel corso della presentazione a Roma del nuovo Osservatorio Nazionale Welfare & Salute.

<https://www.dire.it/18-12-2023/993769-tg-sanita-edizione-del-18-dicembre-2023/>



IL SECOLO XIX

Sanità integrativa, l'Osservatorio nazionale nasce a Genova. Russo: "Lavoriamo per sostenere il sistema pubblico e abbattere le liste d'attesa"

A partecipare alla presentazione a Roma, oltre al presidente dell'Osservatorio Ivano Russo, anche l'amministratore delegato del gruppo genovese Onhc (On Health Care Group Spa), Filippo Ceppellini

Genova - La sanità integrativa, che garantisce prestazioni aggiuntive a quelle fornite da servizio pubblico attraverso fondi di categoria, è poco conosciuta dagli italiani: l'87% la confonde con la sanità privata.

Un quadro delineato durante la presentazione, a Roma, dell'Osservatorio Nazionale Welfare e Salute (Onws), nato per promuovere ricerca, dibattito, divulgazione sul ruolo del cosiddetto "secondo pilastro" del sistema sanitario e favorire un processo condiviso di riforma di un settore che oggi assiste 13 milioni e mezzo di italiani. Un'iniziativa nata a Genova, grazie alla società leader del settore On Health Care Group (Onhc).

"La nostra intenzione - ha spiegato [il presidente Ivano Russo](#) - è quella di contribuire all'apertura di un dibattito, non solo tra gli addetti ai lavori, sulle prospettive di questa forma di assistenza". Si tratta di "un settore - aggiunge Russo - poco conosciuto, poco dibattuto, poco raccontato, nonostante abbia una storia nobile perché è legato ai contratti di lavoro nazionali e affonda le proprie radici nell'articolo 32 della Costituzione. E' chiaro che chi ha la possibilità di avere strumenti di welfare contrattuale e partecipare ai costi sanitari può farlo anche per consentire allo Stato di concentrare le risorse a chi ne ha più bisogno".

Per Russo ([qui la sua intervista al Secolo XIX](#)), il Servizio sanitario nazionale e il sistema integrativo "vanno resi più sinergici. La sanità integrativa dovrebbe andare in soccorso al Ssn laddove non sono coperte alcune prestazioni (come odontoiatria, fisioterapia)". Ma può anche "aiutare ad avere un abbattimento vero delle liste d'attesa. Abbiamo 19 milioni di persone che aspettano una prestazione con tempi medi tra i 9 e gli 11 mesi. Liberare il Ssn dalla pressione di chi può utilizzare prestazioni integrative è sicuramente un concreto vantaggio", conclude.

Zaffini (Commissione Affari Sociali): "Bisogna semplificare il settore"

"Nel 2026 il Fondo sanitario sarà di 128 miliardi di euro, mentre la spesa out of pocket, cioè quella che i cittadini pagano di tasca loro, arriverà a 45 miliardi di 'spesa bianca'. E se a questa cifra aggiungiamo i circa 25 miliardi l'anno destinati a prestazioni socio-assistenziali non erogate da enti pubblici, vediamo come in proporzione questa cifra sia troppo alta. Una mole di denaro, che rappresenta quasi la metà del Fondo sanitario nazionale, intermediata da un sistema di regole solo nel 4-5%. Per questo penso sia arrivato il momento di agire sulle regole attraverso una riforma della sanità integrativa". Lo ha detto il senatore



Francesco Zaffini, presidente della Commissione Affari Sociali, Sanità e Lavoro, nel corso della presentazione a Roma del nuovo Osservatorio.

"La priorità è semplificare e ottimizzare la struttura del secondo pilastro, in modo che resti tendenzialmente universalistico - ha aggiunto Zaffini - attraverso regole chiare e provando a sbrogliare il groviglio di operatori, che sono troppi, presenti nel settore". L'obiettivo è quindi quello di "elaborare un disegno di legge delega" sul tema, dopo la conclusione (prevista entro il mese di febbraio 2024) dell'indagine conoscitiva in corso al Senato sul sistema di sanità integrativa e di previdenza complementare dello Stato: "Abbiamo fatto una serie enorme di audizioni, che sono quasi concluse, e abbiamo un copioso materiale da ordinare - ha fatto sapere Zaffini all'agenzia Dire - lo faremo anche grazie all'aiuto del professor Alfonso Celotto, ordinario di Diritto Costituzionale all'Università Roma Tre, perché abbiamo bisogno di un importante supporto costituzionale. Il lavoro che produrremo alla fine, infatti, inciderà anche sui diritti costituzionali, cioè sul diritto alla salute".

A partecipare all'incontro, oltre al presidente Russo, anche l'amministratore delegato di Onhc ([On Health Care Group Spa](#)), [Filippo Ceppellini](#). "L'Osservatorio Nazionale Welfare & Salute intende far emergere l'importante contributo che la sanità integrativa apporta al soddisfacimento del diritto alla salute dei cittadini - ha spiegato Russo - mettendo in luce potenzialità e vantaggi di un approccio realmente integrato tra Servizio sanitario nazionale e welfare contrattuale sanitario. Il principio fondamentale che ispira il nostro progetto è la reale e piena attuazione del dettato costituzionale che, negli articoli 1, 32 e 38, disegna un modello fondato sulla centralità del lavoro, anche come sorgente di welfare ed assistenza e sulla collaborazione tra pubblico e privato, per garantire il diritto alla salute a tutti, indigenti e occupati, in una logica di sostenibilità anche finanziaria".

L'Osservatorio, dunque, nasce per favorire l'apertura di un dibattito e di una riflessione sulle prospettive della sanità integrativa in Italia, un settore "particolarmente importante che dà assistenza a circa 14 milioni di persone - ha fatto sapere Russo alla Dire - un sistema a costo zero per lo Stato, che rappresenta un supporto importante rispetto al primo pilastro, cioè il Servizio sanitario nazionale". Ma c'è ancora "tanto da fare" per rendere questo settore "più competitivo, più diffuso e più omogeneo" sia nell'erogazione delle prestazioni sia nel soddisfacimento dei diritti. "Abbiamo calcolato che la platea complessiva che potrebbe ambire ad avere strumenti di supporto di sanità integrativa si aggira intorno ai 35-40 milioni - ha aggiunto Russo - rispetto ai 15 milioni di oggi c'è tanta strada da fare, ci sono larghe parti del mondo del lavoro ancora non coperte, alcune perché non previsti nei rispettivi contratti, altri perché previsti ma con fenomeni robusti di elusione ed evasione contributiva da parte delle imprese. Si dovrebbe quindi fare un ragionamento serio per irrobustire il secondo pilastro e per renderlo realmente integrativo al primo".

"Chiediamo per questo alle istituzioni di attenzionare il tema - ha concluso - perché è stato normato poco e in maniera random".

https://www.ilsecoloxix.it/italia/2023/12/18/news/sanita_integrativa_osservatorio_nazionale_vano_russo_filippo_cepellini-13941574/

LE INTERVISTE



FILIPPO CEPPELLINI - A.D.

ON HEALTH CARE GROUP

LA SANITÀ INTEGRATIVA PUÒ DARE UNA FORTE SPINTA
AI BISOGNI DELLE PERSONE

SENZA AGGRAVI NÉ A CHI VI RICORRE,
NÉ AL BILANCIO PUBBLICO

Intervista all'Amministratore Delegato Filippo Ceppellini

Filippo Ceppellini, Amministratore Delegato di On Health Care Group (Onhc) S.p.A., ci spiega come la Sanità integrativa non vada confusa con la Sanità privata.

On Health Care Group aggrega tutte le competenze necessarie per offrire le più efficaci soluzioni nella gestione ed erogazione di prestazioni sanitarie integrative al Servizio Sanitario Nazionale.

Dottor Ceppellini, quali sono i tratti distintivi della vostra azienda?

On Health Care Group è un gruppo fondato nel 2007 che aggrega tutte le competenze necessarie - ramo sanitario, assicurativo, attuariale, di risk management e giuridico fiscale - per offrire le più efficaci soluzioni nella gestione ed erogazione di prestazioni sanitarie integrative al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Gestiamo un network capillarmente distribuito su tutto il territorio nazionale con oltre 3mila strutture odontoiatriche e circa 6mila convenzionamenti tra medici specialisti, cliniche, case di cura, centri polispecialistici, istituti di radiologia e laboratori di analisi.

Ma cos'è esattamente la Sanità Integrativa? Spesso viene confusa con la Sanità privata, quali sono le differenze?

La Sanità Integrativa è un formidabile strumento di supporto al Servizio Sanitario Nazionale, assiste 16 milioni di lavoratori - cittadini e rispettivi nuclei familiari e non comporta oneri per lo Stato. Si tratta infatti di risorse investite dalle aziende e gestite da fondi di derivazione contrattuale discendenti dai Contratti nazionali di lavoro (CCNL).

È un sistema presente in tutti i paesi europei, seppur in forme diverse, ed è il cosiddetto Secondo pilastro, cioè uno strumento di integrazione e complementarietà rispetto al Servizio Sanitario Nazionale.

Il Primo e il Secondo pilastro, lavorando insieme, possono rivita-

lizzare il sistema sanitario del nostro Paese. Si tratta quindi di uno strumento importante che consente di alleviare la pressione sulla Sanità pubblica. Non si tratta di sanità privata, perché i fornitori possono essere sia pubblici che privati, ed è ispirata da principi mutualistici e solidaristici: una grande collettività che è assicurata con lo stesso piano sanitario della rispettiva categoria. Questo significa che ogni individuo, all'interno dello stesso piano sanitario, ha le stesse prestazioni sanitarie indifferentemente dall'età, dal sesso e dalle patologie pregresse.

La Sanità Integrativa, quindi, è ispirata a principi molto affini a quelli ispiratori della Sanità pubblica.

Lei fa riferimento alla Sanità integrativa come un supporto alla Sanità pubblica, un sistema davvero integrativo. Però, allo stato attuale, la Sanità integrativa è spesso sostitutiva del SSN. Quale, quindi, dovrebbe essere quindi il modello?

Da sempre sostengo che non abbia molto senso ingabbiarsi in griglie rigide e anche terminologicamente inappropriate. C'è questa disputa storica tra integrativa e sostitutiva. Io preferisco ragionare in termini di complementarietà.

Oggi le norme consentono ai fondi di Sanità integrativa di destinare fino all'80% del proprio budget a prestazioni sostitutive e di vincolare il 20% a quelle integrative. Quelle integrative sono quelle che il SSN non offre - come l'odontoiatria, la fisioterapia e le prestazioni legate alla non autosufficienza - mentre le sostitutive sono quelle che il SSN dovrebbe offrire, ovvero previste anche dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Tuttavia, se le norme permettono ai fondi di erogare fino all'80% del budget per prestazioni sostitutive, vuol dire che c'è una consapevolezza da parte del decisore pubblico che il SSN queste prestazioni non riesce a garantirle sempre. Prendiamo ad esempio il tema drammatico delle liste d'attesa che è sotto gli occhi di tutti,

LE INTERVISTE

19 milioni di italiani con tempi di attesa che vanno dai 5-6 fino ai 12-14 mesi a seconda della tipologia di prestazione. È evidente che l'unica alternativa possibile sarebbe non curarsi per tutte quelle persone che non hanno i soldi, oppure ricorrere ai privati puri, ma solo per chi può permetterselo. Non dimentichiamo che in Italia abbiamo circa sette milioni di persone che vivono in condizione di povertà assoluta, secondo i dati Istat, e se sommiamo quelli in povertà assoluta a quelli in povertà relativa arriviamo a undici milioni di cittadini. Inoltre, l'anno scorso, 6 milioni di italiani hanno dichiarato di aver rinunciato alle cure per incapacità di reddito.

Per questa ragione preferisco parlare di complementarietà. E come si costruisce un sistema complementare? Facendo in modo che ci sia una razionalizzazione delle funzioni, dei compiti e della spesa, in modo tale che sia chiaro cosa possa fare il primo pilastro e cosa il secondo e quando scatta il meccanismo di integrazione del secondo pilastro sul primo. Io auspicherei che il SSN concentrasse le sue risorse sugli indigenti, su chi non ha nessun'altra opportunità di curarsi e che finisse per aumentare quel dato già molto preoccupante e ingiusto di persone che hanno rinunciato alle cure sanitarie.

Inoltre, stiamo avanzando anche delle proposte ai decisori istituzionali perché siamo convinti che, così come in tanti altri paesi europei, vada individuato un equilibrio che metta al centro il diritto del cittadino ad avere la cura, lasciando da parte il conflitto (a volte inutilmente ideologico) su chi debba fornire la prestazione tra il pubblico, l'integrativo o il privato. Insomma, non è importante chi la eroga, l'importante è che ci sia una governance pubblica su tutte le forme di assistenze sanitarie, private, private in convenzione, private pure, pubbliche e integrative. La governance pubblica è molto importante, ma più importante è che il cittadino possa disporre della sua prestazione.

È nato da pochi mesi ONWS, l'Osservatorio Nazionale Welfare e Salute, promosso proprio da ONHC. È stata la rinnovata attenzione delle istituzioni verso il tema della sanità integrativa a spingervi a fondare questo nuovo soggetto? Quali sono gli obiettivi dell'Osservatorio?

A spingerci è stata la volontà di creare le condizioni necessarie affinché si possa sviluppare un dibattito - o una riflessione - ben più ampia rispetto ai soliti addetti ai lavori sul tema del secondo Pilastro. Se pensiamo che sedici milioni di Italiani sono assistiti dalla Sanità Integrativa - di cui 8 milioni e mezzo di lavoratori dipendenti del settore privato con i rispettivi nuclei familiari, un milione e mezzo di professionisti e circa 700mila pensionati - il settore raggiunge numeri molto importanti, che, tra l'altro, nel corso degli ultimi dieci anni sono cresciuti in maniera esponenziale.

Inoltre, va considerato che stiamo andando incontro a un serio fenomeno di invecchiamento della popolazione, l'Italia è il secondo paese al mondo, dopo il Giappone, età media della cittadinanza e questo comporta un fortissimo incremento della domanda di salute. Basti pensare che dopo i 55 anni abbiamo circa il 60% degli italiani che ha una situazione di multicronicità.

Alla luce di tutto questo, se si rispettano i vincoli di finanza pubblica che impediscono anche alla politica più lungimirante di investire tutte le risorse di cui il Servizio Sanitario Naziona-

le avrebbe bisogno, non c'è altra strada se non rafforzare la Sanità Integrativa. Ma, ovviamente, le questioni che sorgono sono tante. Insomma, abbiamo voluto fare un investimento importante non per egemonizzare un campo, ma per costruire le condizioni affinché tutti i vari attori coinvolti in questo settore possano avere un luogo di confronto, di incontri, di studio e di ricerca.

Avete già attivato una serie di iniziative per aprire un confronto con le istituzioni. Il primo di questi appuntamenti è stato qualche settimana fa con il Ministro Zangrillo. Ma quali sono esattamente le attività portate avanti dall'Osservatorio?

ONWS sta svolgendo attività di studio e di ricerca e pubblicherà annualmente un quaderno che raccoglierà vari Discussion Paper tematici che l'Osservatorio sta predisponendo per i singoli tavoli di lavoro. Il primo si è svolto proprio sul tema della Sanità Integrativa e del welfare contrattuale per il pubblico impiego, insieme al Ministro Zangrillo. Stiamo anche lavorando, insieme alla Fondazione Gimbe, alla redazione di un Annual Report che quest'anno vogliamo dedicare alla questione della spesa Out of pocket, cioè la spesa privata dei cittadini. L'obiettivo è capire quanto di questa spesa possa essere invece intermediata, e quindi inserita in una logica mutualistica, senza gravare sulle tasche dei cittadini, portandola all'interno del sistema della Sanità integrativa.

Svolgeremo, poi, un Annual Meeting, un appuntamento nel quale saranno condive e messe a fattor comune tutte queste storie.

Il prossimo appuntamento in agenda è quello con Francesco Zaffini, Presidente della Commissione Affari sociali, sanità,



lavoro pubblico e privato e previdenza sociale del Senato. Quali temi affronterete?

Oltre al Presidente Zaffini abbiamo deciso di invitare a questo secondo appuntamento anche il consigliere economico del Presidente del Consiglio, il consigliere Renato Loiero, perché abbiamo l'aspirazione di confrontarci con le istituzioni ad un livello significativo di rappresentanza sui temi della riforma della Sanità Integrativa. Sarà un tavolo un po' trasversale a tutto quello che abbiamo detto fino ad ora. Questo settore, per essere ancora più parte integrante del Sistema Salute Nazionale ha bisogno non solo di maggiore attenzione, di maggior cura, e di maggior consapevolezza da parte dei fruitori e dell'opinione pubblica, ma ha anche bisogno di essere maggiormente integrato nelle politiche nazionali per la salute. Questo significa ragionare su tutta una serie di interventi normativi di carattere regolatorio. È importante chiarirlo: non servono risorse. Agli operatori della Sanità integrativa

servono regole più chiare, a partire dal tema del superamento del binomio integrazione-sostituzione fino all'allargamento della platea dei beneficiari, con il coinvolgimento anche di segmenti di lavoratori e di popolazione che oggi non sono coperti dalla Sanità integrativa. Serve poi una maggiore regolazione della relazione tra gli stakeholder all'interno del meccanismo che poi porta all'erogazione dei servizi e delle prestazioni e servono, ancora, una serie di iniziative di carattere anche più generale, in termini di governance e di vigilanza.

Ci sono tuttora una serie di temi che noi crediamo sia importante mettere sul tavolo e poi capire insieme come affrontarli, provando a fare sintesi. Diversi gli interessi in campo, tutti devono però confluire nell'interesse generale del Paese, per costruire un Sistema Sanitario Nazionale che sia più performante, più inclusivo e veramente rispondente al principio dell'articolo 32 della Costituzione, non solo sulla carta ma anche nei fatti.





INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE

ANNO XXXVII - N. 2 FEB 2024



SANITÀ INTEGRATIVA

Un nodo da sciogliere

8,00 euro - ISSN 1827-8140

COVER
STORY

Componente fondamentale

Importante è il contributo che la sanità integrativa apporta al soddisfacimento del diritto alla salute dei cittadini.

Potenzialità e vantaggi di un approccio realmente integrato tra Ssn e welfare contrattuale sanitario

di IVANO RUSSO

L'Osservatorio Nazionale Welfare e Salute nasce con l'obiettivo di contribuire

allo sviluppo di un dibattito ben più vasto - rispetto a quello attuale - sui temi della Sanità Integrativa.

Crediamo nella assoluta centralità del Servizio Sanitario Nazionale, declinazione concreta di un diritto costituzionalmente protetto, quello alla Salute, descritto nell'Articolo 32 della Carta con particolare riguardo agli indigenti ed ai bisognosi.

Siamo altresì consapevoli del fatto oggettivo che appare ragionevolmente impossibile garantire gratuitamente tutte le prestazioni sanitarie per tutti i cittadini, e che quindi tale diritto "universalistico" vada interpretato come obiettivo verso cui tendere, esigibile pur sempre nel quadro di sostenibilità economica generale del Paese e nel rispetto dei vincoli - anche comunitari - di finanza pubblica.

Ecco perché sosteniamo con forza il "secondo pilastro" e la sua insostituibile funzione di supporto ed integrazione al Servizio Sanitario Nazionale: un welfare contrattuale che, a partire dal lavoro e dalla concertazione tra parti sociali, sia capace attraverso un approccio mutualistico e non selettivo di garantire tutele e prestazioni ai lavoratori senza gravare inutilmente sul Ssn, resta un valore assoluto del nostro modello comples-

sivo di welfare state.

Da valorizzare, certamente, la stretta correlazione insinuata tra diritto alla salute e lavoro: quest'ultimo annoverato come il primo dei principi fondamentali esaltati dalla nostra Costituzione. Si potrebbe quasi sostenere che, il combinato disposto degli Articoli 1 e 32 della Carta, generi la sorgente di legittimità costituzionale della Sanità Integrativa, ulteriormente rafforzata dal generalmente meno citato Articolo 38: "I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita ed in caso di infortunio, malattia, invalidità, vecchiaia... Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi e istituti dello Stato o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera".

La Sanità Integrativa, inoltre, è anche funzione ed attività "chiamata dal Legislatore" essendo stata esplicitamente prevista ed istituita con apposita Legge dello Stato, successivamente incentivata sempre per volontà dello Stato, proprio a supporto del Ssn e dentro la più generale necessità di garantire il diritto alla salute dei cittadini.

Io credo che questa fortissima caratura istituzionale e pubblicistica del nostro

Settore non sia mai stata sufficientemente né praticata né rivendicata dalla galassia di stakeholders coinvolti. **Una constituency tanto “impegnativa” – dal punto di vista anche giuridico ed economico sociale – avrebbe dovuto rappresentare ben altra spinta allo sviluppo di un settore che dovrebbe avere l’ambizione di rappresentare una componente fondamentale dell’attuazione di un quadro complessivo di diritti fondamentali e di cittadinanza.**

Al pari, la rilevanza dei temi strettamente sanitari e socio assistenziali – ubi consistam della Sanità Integrativa – è stata pressoché travolta nel tempo da un approccio eccessivamente assicurativo – centrico, laddove, dinamiche legate ai “premi”, agli “andamenti tecnici delle polizze”, ai massimali ed alle franchigie dei Piani Sanitari, all’analisi delle platee, ai calcoli attuariali e alla gestione del rischio, hanno finito per derubricare e marginalizzare i risvolti strettamente medico scientifici legati alle esigenze reali di salute dei cittadini lavoratori, alle prestazioni sia di prevenzione che di cura, alla loro appropriatezza ed



L'Osservatorio Nazionale Welfare e Salute (Onws) è nato per promuovere ricerca, dibattito, divulgazione sul ruolo del cosiddetto “secondo pilastro” del sistema sanitario e favorire un processo condiviso di riforma di un settore che oggi assiste 13 milioni e mezzo di italiani. Un’iniziativa lanciata recentemente a Genova, grazie alla società On Health Care Group (Onhc).

al loro accesso.

Mettere mano ad una riforma organica del Settore certamente potrà essere utile, considerati i numeri raggiunti: circa 16 milioni di assistiti per oltre 340 tra Fondi, Mutue, Casse che gestiscono e movimentano una cifra che si aggira attorno ai 4 miliardi di euro.

Ma per ripartire con il piede giusto, a mio avviso occorre prendere a riferimento le premesse iniziali di questo mio contributo alla discussione: riflettere profondamente cioè su ruolo, genesi storica, legittimazione giuspubblicistica, mission della Sanità Integrativa, secondo pilastro – con risorse private ma funzione pubblica – di un Sistema Sanitario Nazionale che punti

alla vera integrazione tra questo ed il Servizio Sanitario Nazionale.

Come realizzare tale integrazione? Rivedendo gli ambiti di operatività del secondo pilastro verso una maggiore quota da destinare a prestazioni integrative e complementari al Ssn? E, conseguentemente, avrebbe ancora senso la distinzione tra Fondi Doc e Non Doc? Come ridurre la frammentazione di governance e rendere più omogeneo, invece, il quadro invece delle regole? La dicotomia integrativo vs sostitutivo è utile agli obiettivi finali o sarebbe meglio ragionare ex novo di forme virtuose e strutturali di complementarietà che prescindano dal nomenclatore e si articoli-

Ivano Russo e Filippo Cappellini durante la presentazione del progetto Onws

no, invece, sugli obiettivi? **Molte di queste domande potranno trovare risposte una volta che saranno davvero fissati gli obiettivi di policy che il Legislatore vorrà perseguire.**

Abbatte le liste d’attesa liberando il Ssn dalla pressione di chi usufruisce di sistemi sanitari integrativi e complementari, mi parrebbe un primo sensato obiettivo. Al pari della assoluta necessità di contrastare il fenomeno inquietante della “rinuncia alle cure” per incapacità reddituale, che poi altro non è che l’altra faccia della medaglia di una spesa sanitaria privata pura – quella cosiddetta Out of Pocket – che ha sfondato il tetto dei 40 miliardi di euro ed a cui vanno aggiunti altri 25, circa, per le spese socioassistenziali. Chi non può non si cura più, chi può lo fa privatamente.

Il nostro Osservatorio si propone, nelle prossime settimane e nei prossimi mesi, di alimentare tale dibattito, anche con l’ambizione che si possa finalmente uscire dal ristretto cerchio degli addetti ai lavori per fare finalmente della Sanità Integrativa un tema di rilevanza ed attenzione generale.

“SOSTENIAMO CON FORZA IL “SECONDO PILASTRO” E LA SUA INSOSTITUIBILE FUNZIONE DI SUPPORTO AL SSN”

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE

Onws, spazio aperto per discutere il futuro della sanità integrativa

Mar 1, 2024

Insediato il comitato scientifico dell'Osservatorio. Collaborazione con Gimbe e Associazione Lavoro&Welfare

L'Osservatorio Nazionale Welfare e Salute (Onws), nel corso della riunione di insediamento che si è svolta ieri a Roma presso la sede di Via Po, ha presentato iniziative, progetti ed eventi per i prossimi mesi. *“Siamo partiti quattro mesi fa dall'amara considerazione di quanto un segmento così importante per il pieno conseguimento del diritto alla salute, con 16 milioni di cittadini e lavoratori assistiti, vivesse la fuorviante condizione di un perenne cono d'ombra strangolato nel binomio semplicistico e liquidatorio Sanità Pubblica vs Sanità Privata – ha spiegato il Presidente dell'Osservatorio Ivano Russo nel corso della prima riunione del Comitato Scientifico – ma la Sanità Integrativa non è né l'una né l'altra: è frutto di risorse private di aziende e lavoratori, non comporta oneri per lo Stato, può avere come erogatori di prestazioni e servizi tanto strutture pubbliche quanto strutture private, discende dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro in Italia tutelati dal rango Costituzionale, e dentro le singole collettività assistite è ispirata agli stessi principi mutualistici che sottendono al servizio pubblico”* ha continuato Ivano Russo *“certo non mancano criticità regolatorie, necessari interventi normativi riformatori ed innovativi, gap da colmare, ad esempio, in relazione alla diffusione nelle diverse aree geografiche o alle asimmetrie contributive tra le singole platee assistite, ma proprio per questo abbiamo l'ambizione anche di avanzare proposte ai decisori istituzionali che puntino ad ampliare e rafforzare un Settore che, in tutti i grandi Paesi europei, vale dalle due alle tre volte il peso specifico che la spesa intermediata ricopre invece in Italia”*.

Numerose le adesioni all'Osservatorio – nato con l'obiettivo di promuovere ricerca, dibattito e divulgazione sul ruolo della Sanità Integrativa e di favorire un processo condiviso di riforma normativa – di tante personalità del mondo medico, scientifico, accademico, delle rappresentanze associative e di categoria, degli operatori del Settore e di esponenti delle principali parti sociali datoriali e sindacali.

All'incontro ha partecipato anche l'Ad di Onhc, Filippo Ceppellini, che con forza ha voluto la costituzione di un luogo plurale e articolato dove i grandi temi relativi alle prospettive ed al futuro del Secondo Pilastro possano vivere e divenire oggetto di dibattito e confronto.

“La Sanità Integrativa – ha evidenziato Matteo Bassetti, membro del comitato scientifico Onws, Professore ordinario di Malattie infettive all'Università di Genova e Direttore della scuola di specializzazione in Malattie infettive dell'Università di Genova – può e deve sempre più rappresentare un supporto anche per il Servizio Sanitario Nazionale. Integrazione e complementarità sono i due capisaldi sui quali va costruito un rapporto virtuoso tra Primo e Secondo Pilastro dell'assistenza, mettendo al centro il diritto alle prestazioni ed alle cure del cittadino. Parliamo oggi della spesa intermediata: una risorsa da valorizzare all'interno delle più ampie ed articolate politiche di tutela della Salute”.

Ampio spazio nel dibattito del Comitato Scientifico alle prossime iniziative di ricerca, convegnistiche e divulgative: l'Osservatorio promuoverà, insieme all'Associazione



Lavoro&Welfare, una serie di Discussion Paper tematici, di cui il primo già presentato al Ministro Paolo Zangrillo lo scorso 30 gennaio ha riguardato l'estensione del Welfare Contrattuale e della Sanità Integrativa nel Pubblico Impiego.

Per fine anno invece è prevista la pubblicazione di un Rapporto in partnership con la Fondazione Gimbe *“che avrà l'obiettivo – ha spiegato il Presidente Nino Cartabellotta – di definire entità, composizione analitica e value for money della spesa out-of pocket (Oop) e della spesa intermediata dai diversi strumenti di sanità integrativa. Ciò al fine di identificare con maggior strategicità e coerenza le aree di azione dei fondi sanitari e quelle della spesa privata sostenuta dai cittadini, perché non intermediabile o per il suo low value. Altrimenti, sarà sempre più complesso definire la funzione di supporto della sanità integrativa al Servizio Sanitario Nazionale e garantire a tutti gli operatori del settore le condizioni per una sana competizione”*.

Il prossimo 26 marzo, inoltre, si terrà un seminario con il Presidente della Commissione Sanità del Senato, Franco Zaffini, ed il Consigliere Economico del Presidente del Consiglio, Renato Loiero, dal titolo *“Verso la riforma della Sanità Integrativa”*.

Membri del comitato scientifico Onws

- Matteo Bassetti – Infettivologo, Direttore Clinica Malattie Infettive dell'Ospedale Policlinico San Martino di Genova
- Laura Bernini – Responsabile Settore Welfare Confcommercio Imprese per l'Italia
- Francesco Berti Riboli – Coordinatore della commissione nazionale AIOP Sanità integrativa
- Rossella Buccarello – Responsabile Sanità, Terzo settore e Fondi sanitari integrativi di UIL
- Andrea Caraffini – Advisor Strategic Affair Gruppo Bracco
- Alfonso Celotto – Professore di Diritto Costituzionale alla Facoltà di Giurisprudenza Università degli Studi Roma Tre
- Maurizio Dal Maso – Direttore Sanitario dell'Istituto Ricerche Cliniche Fanfani – Diagnostica e Salute
- Paolo De Angelis – Professore di Tecnica e Finanza delle Assicurazioni dell'Università La Sapienza
- Claudio Di Giovanni – Amministratore Delegato e co-founder della società Fleexi Health Tech
- Loreto Gesualdo – Nefrologo, Presidente della Federazione delle Società Medico Scientifiche Italiane- FISM
- Fabio Marrocco – Codirettore Confetra
- Damiana Mastrantuono – Dirigente Area Welfare e Sanità Mefop
- Giuseppe Milanese – Presidente nazionale Confcooperative Sanità



- Mario Poti – Direttore della Comunicazione Fondazione ENEA Tech & Biomedical
- Federica Rambaldi – Avvocato, Partner dello studio RBTLEGAL
- Jorge Torre – Responsabile contrattazione sociale, rapporto con il welfare aziendale, fondi sanitari integrativi CGIL
- Annamaria Trovò – Dirigente CISL con responsabilità alla promozione e gestione bilateralità
- Andrea Urbani – Direttore regionale della Sanità Regione Lazio

<https://panoramadellasanita.it/site/insediato-il-comitato-scientifico-dellonws-sara-spazio-aperto-per-discutere-futuro-della-sanita-integrativa/>

Hanno parlato di noi anche:

Metronews
Il Secolo XIX



Zaffini, iniziativa per il riordino della sanità integrativa
'Intendo promuoverla entro l'estate'

(ANSA) - ROMA, 26 MAR - Per il riordino normativo del settore della sanità vi è l'obiettivo di promuovere entro l'estate un'iniziativa legislativa. Questo l'indirizzo dettato dal presidente della Commissione Sanità Welfare e Lavoro del Senato, Franco Zaffini, nel suo intervento a "Colazione Con", il secondo appuntamento organizzato dall'Osservatorio Nazionale Welfare e Salute a Roma. "Dalle audizioni è emerso un indirizzo pressoché univoco rispetto a tre grandi direttrici - ha spiegato Zaffini - : il modello di governance va reso più strutturato ed omogeneo. Troppe diverse specificità - Fondi di tipo A, di tipo B, autogestiti, con l'esternalizzazione del rischio al mercato assicurativo, mutue, casse, polizze integrative collettive per singole categorie o enti - costituiscono un problema. Chi eroga prestazioni e servizi sanitari e comunque attinenti alla salute, deve avere una normativa omogenea di riferimento. È tema di buon funzionamento ed è anche tema di trasparenza e rendicontazione". "Infine -ha aggiunto - esiste un grande tema di estensione della platea dei beneficiari: contrastare l'elusione contributiva che oggi esclude circa 6 milioni di lavoratori dal sistema di Sanità Integrativa nazionale, includere in esso anche i dipendenti pubblici in maniera organica e strutturata, offrire una risposta ai quiescenti; attorno a questi tre obiettivi è indispensabile costruire una proposta che porti anche l'Italia ad avere un livello di welfare integrativo per 45/50 milioni di italiani, e tendenzialmente per tutti rispetto ai 15 di oggi. Su questi tre ambiti intenderei promuovere un'iniziativa legislativa, entro l'estate, di riordino normativo del settore". "Occorre prendere atto che il principio universalistico che giustamente ispira il nostro SSN non può essere concretamente declinato nella insostenibile modalità di offrire - a carico della sola fiscalità generale - tutto a tutti e sempre - ha proseguito il presidente dell'Osservatorio Nazionale Welfare e Salute Ivano Russo -. Un Paese che tra SSN, Sanità Integrativa, spesa privata dei cittadini e spesa per prestazioni socioassistenziali consuma oltre 200 miliardi l'anno, se non costruisce meccanismi virtuosi di integrazione e mutualismo tra spesa pubblica e intermediata rischia di portare al collasso il Sistema Salute".

Hanno parlato di noi anche:

Adnkronos Salute
Huffington Post
Italia Oggi
Affari Italiani



IL REPORT DI SWISS RE: PERDITE RECORD PER LE ASSICURAZIONI ATTIVE IN ITALIA NEL 2023

Compagnie, 5,7 mld di catastrofi

Solo le grandinate pesano per 5 miliardi con i risarcimenti lievitati per i pannelli solari su abitazioni e fabbricati. Ora i prezzi delle polizze saliranno ma serve un'azione di governo

DI ANNA MESSIA

È di 6,2 miliardi di dollari, pari a 5,7 miliardi di euro, il conto pagato nel 2023 per le catastrofi dalle assicurazioni che operano in Italia. A fare i calcoli è stata Swiss Re che nel suo report annuale rileva come quello trascorso sia stato un annus horribilis a livello mondiale per uragani, terremoti e alluvioni, con 142 catastrofi naturali, 76 mila vittime e 280 miliardi di dollari di danni complessivi (258 miliardi di euro), di cui 108 miliardi di assicurati (99,7 miliardi di euro).

In questo scenario l'Italia è stato uno dei Paesi più colpiti a causa in particolare delle grandinate estive nel Nord Italia che hanno interessato aree densamente popolate facendo lievitare i danni e costi dei risarcimenti assicurativi. Del resto la sola Generali, presentando i conti 2023 chiusi comunque con un utile record a 3,5 miliardi aveva però segnalato che

il peso di grandinate e alluvioni sul bilancio dello scorso anno è stato complessivamente di 1,127 miliardi. Se nel 2022 i danni da catastrofi nella Penisola erano stati di 3 miliardi di dollari, ovvero 2,77



miliardi di euro, di cui 200 milioni assicurati (184 milioni di euro), con una percentuale di copertura del 6,6% l'anno scorso sono lievitati a 20 miliardi di dollari, (18,4 miliardi di euro) con una perdita record anche per le assicurazioni pari appunto a 6,2 miliardi di dollari

(5,7 miliardi di euro), e un tasso di copertura di circa il 30%. Di questi ben 5,5 miliardi di dollari di perdite (circa 5 miliardi di euro) sono stati provocati dalle grandinate record, osservano dal riassicuratore elvetico Swiss re: «Ci sono stati chichi di grandine di 16 centimetri e in un caso di 19 centimetri, il più grande mai segnalato in Europa», spiegano gli esperti. A far lievitare i danni è stato pure il crescente numero di installazioni di pannelli solari sui tetti, «spesso la parte più vulnerabile di un edificio».

A far salire il conto per le compagnie italiane è stata anche la maggiore penetrazione assicurativa per i rischi property aumentata dallo 0,3% del pil nel 2002 a quasi lo 0,4% nel 2023. Da Swiss Re spiegano che un aumento dei premi sarà inevitabile ma anche che i «governi dovranno sempre più favorire gli investimenti in infrastrutture resilienti, incentivando l'adozione di misure di adattamento». (riproduzione riservata)

Entro l'anno la nuova sanità integrativa

di Silvia Valente



L'Italia è ancora lontana da avere una sanità integrativa realmente complementare e a supporto del Servizio Sanitario Nazionale. Si contano troppo pochi beneficiari circa il 25% della popolazione rispetto al 75-80% di Francia e Germania. Per giunta in un Paese come l'Italia con un debito pubblico elevatissimo e con spese per le prestazioni socioassistenziali di 200 miliardi l'anno nonché con 10 milioni di persone al limite o sotto la soglia di povertà e 7 milioni di individui fragili costretti a rinunciare alle cure. Questi i dati con cui Ivano Russo, presidente dell'Osservatorio Nazionale Welfare e Salute ha aperto i lavori del secondo appuntamento «Colazione con» organizzato dall'Onwr. Sicuramente le politiche di agevolazione fiscale esistenti hanno contribuito alla crescita della sanità integrativa, con gli assistiti aumentati di quasi sei volte (da 3 a 16 milioni) dal 2010. Per compiere il vero salto serve però un «intervento normativo di riordino del Secondo Pilastro per un modello di governance più strutturato e omogeneo, e un monitoraggio sulle prestazioni sanitarie offerte». L'obiettivo è realizzare tutto entro l'anno «ma promuovere l'iniziativa legislativa già prima della pausa estiva del Parlamento» ha anticipato a MF Milano Finanza, Franco Zaffini, il presidente della Commissione Sanità Welfare e Lavoro del Senato, a margine dell'evento. La riforma in cantiere può essere considerata di «sinistra perché tutela i fragili, gli svantaggiati e punta a rendere la sanità integrativa universale, a immagine del Ssn, ossia rivolto a tutte le fasce della popolazione e le fasi della vita, dalla culla alla tomba, non più soltanto al periodo lavorativo». (riproduzione riservata)

NEL 2023 I VISIONARI D'IMPRESA HANNO PRESENTATO

7000

PROGETTI PER LA COMPETITIVITÀ DEL MADE IN ITALY NEL MONDO.

SIMEST. PER I VISIONARI D'IMPRESA NEL MONDO.

€4 MILIARDI. 90% PER PMI, 70% PER INVESTIMENTI, DIGITALIZZAZIONE, SOSTENIBILITÀ. IL 25% CIRCA CON SEDI AL SUD. Con le loro domande nel 2023 oltre 7 mila imprese italiane hanno scelto i finanziamenti agevolati SIMEST, gestiti per conto del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, per diventare più sostenibili, digitali e competitive a livello internazionale. Un successo che ci rende orgogliosi e ci vede a fianco degli imprenditori che vogliono crescere e valorizzare il Made in Italy nel mondo. Dai anche tu forma alla tua visione d'impresa con il nuovo Fondo 394: presenta la tua richiesta di finanziamento.

Scopri di più su [simest.it](https://www.simest.it)

gruppo cdp

WV55AFK0Y32WNYZAO0VNVN00032LW.B0T0C00M.Y0D8.Y2Z0Z0H.M0C02gM0wMDEM2P0M00YF0LW.F0z00M.Y0Z0W0W0Z0Z0Y2Y0M0A.Y0C0w0Y0N10w0z0w0M0M0H2F0g==



Sportello Italia del 08/10/2024

A cura della redazione economia. Regia di Francesco Galluzzo. Il punto sull'Economia - In diretta : prof. Fabio Fortuna. Sanità integrativa. in diretta - Ivano Russo, presidente Osservatorio Nazionale Welfare e Salute - La generazione Alpha e il mondo delle carte digitali. in diretta: Matilde Bille, country manager Italia di Pixpay - Professione Architetto. Tra edilizia sostenibile e nuove frontiere del design. In diretta: Pasquale Piroso, architetto, Direttore Artistico della manifestazione romana con Francesco Ventimiglia - Sportello Italia - Focus con gli ascoltatori - In diretta: Barbara Venuti, Vicepresidente di Consumatori Attivi. Conduce: Paola Bonanni

<https://www.raiplaysound.it/audio/2024/10/Sportello-Italia-del-08102024-799e3e89-be10-4df3-b0f8-9fb6653645cb.html>



Servizio con intervista a Ivano Russo (dal minuto 11.30 circa)

Puntata del 17/11/2024

Di Dario Carella Coordinamento organizzativo Paolo Venturini

<https://www.rainews.it/tgr/rubriche/regioneuropa>

Sanità Integrativa ed LTC: il ruolo del Governato e quello delle Regioni

La Repubblica - Ansa - Askanews - Panorama della Sanità
21 Giugno 2024

La Repubblica Genova - Primocanale
21 Giugno 2024

Il Sole 24 Ore
10 Luglio 2024

la Repubblica

Assistenza domiciliare: nel 2023 il Lazio ha coperto il 6,86% degli over 65, per il 2024 previste 30.000 persone in più

Si parla di oltre 90.000 persone prese in carico. L'impatto negativo dell'invecchiamento sul Servizio Sanitario

ROMA - Con la copertura del 6,86% della popolazione over 65 il Lazio ha raggiunto gli obiettivi 2023 fissati dal PNNR per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Lo ha annunciato oggi Andrea Urbani, a capo della Direzione Regionale 'Salute e Integrazione Sociosanitaria', intervenuto a "Colazione con", l'appuntamento organizzato da ONWS - Osservatorio Nazionale Welfare e Salute, dedicato all'impatto dell'invecchiamento della popolazione sul Sistema Sanitario. "Parliamo di oltre 90.000 persone prese in carico - ha aggiunto il direttore - e oltre 30.000 in più previste per il 2024, in tutte le province del Lazio".

L'impatto negativo dell'invecchiamento sul Servizio Sanitario. "L'invecchiamento della popolazione ha un impatto significativo sul Servizio Sanitario della Regione Lazio, così come in generale in tutti i sistemi regionali nel nostro Paese" ha aggiunto Urbani "Questo fenomeno comporta una serie di sfide che richiedono interventi mirati volti a garantire la sostenibilità del sistema e la qualità delle cure. In regione Lazio, negli ultimi dieci anni, la percentuale di residenti con età maggiore o uguale di 65 anni è passata infatti dal 20,4% (gennaio 2013) al 23,1% (gennaio 2023) con una stima previsionale al 2040 di over 65 nella Regione di oltre il 25 % della popolazione complessiva. L'invecchiamento della popolazione ha portato ad un conseguente incremento della prevalenza di patologie croniche, molto spesso coesistenti tra loro".

Percorsi assistenziali multidisciplinari. E proprio il tema della multicronicità riveste un ruolo determinante nell'attuale organizzazione dei servizi sociosanitari. Emerge, quindi, secondo Urbani "la necessità di implementare percorsi assistenziali multiprofessionali e multidisciplinari,



capaci di garantire alla persona interventi terapeutici diversificati e coordinati”.

Hanno parlato di noi anche:

ANSA

Askaneews

Panorama della Sanità

la Repubblica Genova

Sanità, l'assessore Gratarola: “In Liguria 41mila anziani presi in carico entro il 2025”

I numeri di settore della Regione a “Colazione con”, l'evento promosso da Onws, l'Osservatorio Nazionale Welfare e Salute

Sono oltre 41mila, gli over 65 che entro il prossimo anno la Regione Liguria prenderà a carico con l'assistenza domiciliare integrata. Il bilancio preventivo l'ha fatto ieri l'assessore alla Sanità della Regione Angelo Gratarola durante “Colazione con”, l'evento promosso da Onws, l'Osservatorio Nazionale Welfare e Salute, per stimolare il dibattito attorno al tema del welfare e della qualità dell'invecchiamento.

“La Liguria è la regione più anziana d'Europa, con un'età mediana di 52,1 anni, e sul tema si è mossa con determinazione puntando sulla fragilità e la cronicità. Un esempio concreto è l'Adi-Assistenza domiciliare integrata – spiega Gratarola – Grazie ai fondi Pnrr è stata incrementata l'attività dei servizi territoriali che porterà all'obiettivo finale del 2025 di presa in carico domiciliare di oltre 41mila over 65, che rappresentano il 10% della popolazione attesa in quella fascia d'età”.

“In virtù di questa progettualità, Regione Liguria, completamente in linea con gli obiettivi, incasserà complessivamente 80,2 milioni – è il quadro emerso dall'incontro di Onws, che ha visto tra gli altri la presenza anche di Giuseppe Catalano, Capo Gabinetto Regione Puglia; Andrea Urbani, Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio; Francesco Saverio Mennini, Capo Dipartimento della Programmazione Ministero della Salute e Ivano Russo, Presidente Osservatorio Nazionale Welfare & Salute – Ma già ora, tra le poche regioni in Italia ad aver esplicitato la progettualità, possiamo dire che al momento 34mila liguri over 65 sono presi in carico, e quindi seguiti attraverso 25 percorsi assistenziali diversi, monitorati nelle Cot-Centrali Operative Territoriali. Tutto questo significa che per ogni persona presa in carico si conosce la diagnosi ma soprattutto tutti i singoli interventi erogati sia dal territorio sia dall'ospedale in caso di ricovero”.

[Sanità, l'assessore Gratarola: “In Liguria 41mila anziani presi in carico entro il 2025” - la Repubblica](#)

Hanno parlato di noi anche:

Primocanale

Il Sole **24 ORE**

Long Term Care: adeguare i sistemi ai cambiamenti sociali e all'aumento delle persone fragili

L'Italia è in Europa il Paese con l'indice di vecchiaia più alto e al tempo stesso il Paese in cui non ci sono sufficienti interventi di welfare. La speranza di vita alla nascita della popolazione residente italiana, secondo l'Istat, è di 81,1 anni per i maschi e di 85,2 per le femmine, mentre il tasso medio di speranza di vita in buona salute nel 2021 era di 60,5 anni. Sul totale della popolazione, sono 14,36 milioni gli ultrasessantacinquenni, pari al 24,3% della popolazione, e secondo le ultime previsioni dell'Istituto tale percentuale è destinata a crescere fino al 35,1% della popolazione nel 2080. Questo vuol dire che dai 65 anni in poi, una serie di patologie tenderanno a presentarsi, altre tenderanno a cronicizzarsi e colpisce molto il dato che il passaggio da cronicità a fragilità e da fragilità a non autosufficienza arrivi rapidamente, nella maggior parte dei casi nel giro di appena 2-3 anni. L'Istat stima che sono 3,8 milioni le persone non autosufficienti in Italia, la maggior parte delle quali sono anziani. A fronte di questi dati, è chiaro che con una popolazione che invecchia e con un rapporto tra pensionati over 65 e fascia 0-18 che arriverà addirittura a 3 ad 1 in prospettiva, il tema della tenuta del sistema, della capacità di erogare prestazioni e di soddisfare questi bisogni deve essere assolutamente affrontato.

Diventa quindi centrale discutere di Long Term Care (cioè gli interventi socio-assistenziali pagati dallo Stato che comprendono quelli sanitari, l'indennità di accompagnamento e altre prestazioni) per il futuro del SSN e per il futuro della spesa socio assistenziale, tanto di quella pubblica, in capo agli enti di previdenza e assistenza - soprattutto per quanto riguarda la parte degli assegni di accompagnamento e di invalidità - tanto per i sistemi sanitari regionali e per la spesa locale di regioni e comuni. Si tratta di un tema davvero enorme che riguarda tra l'altro questo Paese in maniera particolarmente forte.

La spesa pubblica complessiva per il Long Term Care è di 38 miliardi di euro. La più importante è sicuramente l'indennità di accompagnamento che, nel 2024, è pari a 531,76 euro mensili, erogata a 1,57 milioni di anziani over 65 anni non autosufficienti, l'11,5% della popolazione over 65 (Osservatorio statistico Inps, anno 2023), per una spesa annua complessiva di 9,3 miliardi (0,65% del PIL). Intanto, la Ragioneria Generale dello Stato ha stimato che, nel 2026, la spesa pubblica per Ltc sarà pari al 1,6% del PIL, mentre le previsioni per il futuro mostrano una crescita progressiva: è stato stimato che nel 2070 la spesa sarà pari al 2,3% - 2,4% del PIL.

Sostenere una spesa per il Long Term Care significa integrare ancora una volta spesa pubblica e spesa privata. Non è possibile che ciò possa essere caricato solo sulla fiscalità generale. Occorre, come negli altri Paesi europei, coinvolgere tanto il sistema assicurativo quanto quello aziendale dei datori di lavoro, probabilmente sarà necessario renderlo obbligatorio e bisogna tener conto che occorrerà anche un tempo di accumulo per poter



considerare questa spesa utile quando le persone ne avranno bisogno, quindi in media dopo i 65 anni.

Sebbene non sia facile un paragone, è opportuno notare che, nei Paesi presi in esame, i sistemi di Ltc sono stati oggetto di riforme recenti per adeguarli ai mutamenti sociali e al crescere delle persone fragili. In Germania, dal 1995, esiste la copertura obbligatoria Ltc per tutti i lavoratori dipendenti. Il sistema è retto dai contributi versati dai lavoratori, che sono pari al 3,4-3,5% dello stipendio annuo. Il costo dell'assistenza a lungo termine per gli anziani over 65 anni ha raggiunto gli 89,5 miliardi di euro nel 2021, il 2,5% del PIL. La Francia punta molto sull'assistenza domiciliare: 7 su 10 anziani ricevono assistenza a casa. Le risorse economiche impiegate sono pari a 64,2 miliardi di euro, il 2,6% del PIL. In Svezia il servizio Ltc è quasi interamente a carico dello Stato. Le risorse economiche impiegate sono di 4 miliardi di euro, il 2,8% del PIL, coperte al 94% dall'intervento pubblico, mentre il restante 6% è coperto dall'out-of-pocket.

*Presidente di ONWS - Osservatorio Nazionale Welfare e Salute

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-07-09/long-term-care-adequare-sistemi-mutamenti-sociali-e-crescere-persone-fragili-175018.php?uuid=AFsY2VgC>

La Sanità Integrativa come strumento per ridurre le Liste di Attesa

La Stampa - Il Secolo XIX
2 Aprile 2024

Open
2 Aprile 2024

LaPresse - Askanews
25 Giugno 2024

Milano Finanza
24 Luglio 2024

Il Sole 24 Ore
25 Luglio 2024

La Repubblica
25 Luglio 2024

L'INCHIESTA DELLA STAMPA. IL BUCO NERO DELLE LISTE D'ATTESA: TEMPI RISPETTATI IN 5 CASI SU 66. IL FLOP DEGLI AIUTI

Un miliardo di debiti per curarsi

Nove milioni di italiani in difficoltà per le spese mediche. Uno su tre costretto a rivolgersi al privato

PAOLO RUSSO

La cura anti liste di attesa del governo non sta funzionando. Nonostante sui soldi elargiti al privato per far aumentare l'offerta di prestazioni - 520 milioni nell'ultima Finanziaria-

i tempi per ottenere una visita specialistica o un esame diagnostico continuano ad andare nella maggior parte dei casi oltre i tempi massimi previsti per legge. Intanto gli italiani si indebitano sempre più per curarsi: oltre un miliardo di euro di prestiti personali nel 2023. - PAGINE 8 E 9

Sanità le cure sospese

Nonostante i 520 milioni stanziati dal governo le Regioni sono in affanno
In Piemonte garantita nei tempi una visita cardiologica su due
in Liguria soltanto il 19%
E il 50% si rivolge al privato

Solo in 5 casi su 66 i tempi sono rispettati
L'intramontabile vale oltre 1 miliardo di euro

L'INCHIESTA

PAOLO RUSSO
ROMA

La cura anti liste di attesa del governo non sta funzionando. Nonostante sui soldi elargiti al privato per far aumentare l'offerta di prestazioni - 520 milioni nell'ultima Finanziaria - i tempi per ottenere una visita specialistica o un esame diagnostico continuano ad andare nella maggior parte dei casi oltre i tempi massimi previsti per legge. E si potrà anche dire che non esiste una correla-

zione diretta con l'attività libero professionale dei medici, ma resta il fatto che mentre gli assistiti aspettano come e più di prima, gli incassi per le visite in modalità solvente aumentano.

Ma partiamo dalla coda, quella che si sorbiscono la metà degli italiani per ottenere una prestazione mutuabile. «Il 51,6% di loro - informa Barbara Cittadini, presidente dell'Aiop, l'Associazione delle cliniche private - di fronte alla barriera delle liste di attesa è costretta per curarsi a intaccare il proprio patrimonio. E questo vale anche per le classi di reddito più basse».

Di questa succulenta fetta l'11,9% va nelle tasche dei medici con il doppio lavoro,

«mentre meno del 5% è coperto dalla mutualità integrativa che mette al riparo dal dover affrontare spese catastrofiche o dal trovarsi in difficoltà economiche, come è stato per 9 milioni di italiani», afferma Ivano Russo, presidente di Onws, l'Osservatorio Nazionale Welfare & Salute, che per noi ha realizzato un censimento reale dei tempi, calcolato sulle rispese dei Cup e non sulle se-





LA STAMPA

02-APR-2024
pagina 1-8 /
foglio 2 / 3

gnalazioni da parte dei cittadini dei casi limite. E i dati dicono che le cose non vanno affatto meglio. Il monitoraggio è stato effettuato su tre viste specialistiche e quattro accertamenti diagnostici tra i più gettonati. Le Regioni passate al setaccio sono: Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Puglia, Piemonte e la Asl 1 di Napoli, mentre la Lombardia non ha voluto fornire i tempi. L'analisi è stata svolta sulle prescrizioni di priorità B, ossia non differibili da erogare entro 10 giorni, e D differibili, erogabili entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici, 30 in caso di visite (per il dettaglio si vedano le tabelle affianco). I tempi per una visita cardiologica di priorità B sono rispettati appena nel 19,3% dei casi in Liguria, nel 29,4% in Puglia, mentre in Piemonte per la priorità D solo il 17,9% degli assistiti ottiene la visita in tempi ragionevoli. Percentuali simili le ritroviamo anche per la visita ginecologica mentre le cose vanno ancora peggio quando serve un urologo. Alla Asl 1 di Napoli si arriva appena a un 6,5% che rispetta il termine massimo di 30 giorni, ma sotto il 50% sono per entrambe le classi di priorità anche Liguria e Puglia, mentre il Piemonte è al 33% per le prestazioni differibili e al 51,5% per quelle non differibili.

I tempi si allungano ancora per gli accertamenti diagnostici. Per la risonanza

magnetica non differibile in Liguria appena il 29,4% eroga entro il mese. Percentuale che sale al 42,5% nel Lazio e risiede al 38,3% in Piemonte, tanto per fare qualche esempio. Vanno meglio i tempi per la Tac al torace, che non vengono rispettati in meno del 50% dei casi solo in Piemonte per la priorità D che è al 33%. Un'impresa invece prenotare una gastroscopia. Qui solo per la classe D a Napoli si sta sopra il 50% del rispetto dei tempi (66,7%), altrove è tutta una *débâcle*, con la stessa Napoli 1 che per la classe B eroga nei tempi dovuti appena al 16,7% degli assistiti. Migliorano un poco i tempi per l'ecografia all'addome, dove oltre il 50% del mancato rispetto dei tempi sono solo Lazio e Piemonte tra le regioni esaminate.

C'è comunque da dire che solo in 5 casi su 66 (visita ginecologica e tac di classe D a Napoli, ecografia all'addome per entrambe le classi sempre a Napoli e la tac differibile in Liguria) i tempi vengono sempre rispettati, ossia in meno di un caso su 10.

Dietro queste percentuali già di per sé disarmanti c'è poi la conta ancor più estenuante dei giorni di attesa. A Torino ottenere una visita cardiologica è come un parto, perché si devono aspettare 9 mesi, mentre ne servono 5 per una risonanza al cranio e 3 per una gastroscopia. A Roma si aspettano 8 mesi per una Rmn, 5 per fa-

re una gastroscopia, che a Genova si ottiene in 2 mesi mentre ne occorrono 5 per una risonanza.

Numeri ben diversi di quelli ritoccati - e non di povero l'alto che le Regioni comunicano all'Agenas. Tra i trucchi c'è quello di considerare pari a zero attesa la pratica illegale ma ancora diffusa di chiudere del tutto le agende di prenotazione. Poi c'è chi non specifica l'indice di priorità rendendo così impossibile capire se il tempo indicato è entro i limiti di legge o no. Friuli e Campania pubblicano invece solo i dati di alcune Asl, probabilmente le più efficienti.

Resta il fatto che se i cittadini aspettano, il 42% dei medici che fa il doppio lavoro si frega le mani. L'ultima relazione al Parlamento dice che gli incassi da intramoenia, l'attività libero professionale svolta negli ospedali, sono saliti dagli 816 milioni del 2020 a un miliardo e 86 milioni dell'anno successivo. Mentre le indagini svolte dai Carabinieri dei Nas nei mesi scorsi rivelano un Far West fatto di camici bianchi che incassano l'indennità di esclusività con il pubblico per poi lavorare privatamente. Per non parlare di chi intasca mazzette o chiude le agende di prenotazione per poi dirottare i pazienti nel privato. Un business costruito sulle spalle degli incagliati nelle liste di attesa. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

BARBARA CITTADINI
PRESIDENTE
AIOIP



Di fronte alla barriera delle liste d'attesa il 51,6% degli italiani è costretta a intaccare il proprio patrimonio

IVANO RUSSO
PRESIDENTE
ONWS



Meno del 5% è coperto da mutualità integrativa che mette al riparo da spese e difficoltà economiche

ARTICOLO NON CEDIBILE AD ALTRI AD USO ESCLUSIVO DEL CLIENTE CHE LO RICEVE - S.21206 - L.1956 - T.1619

LA STAMPA

02-APR-2024
pagina 1-8 /
foglio 3 / 3

LO STUDIO SUI TEMPI D'ATTESA

DS3374

DS3374

Percentuale di visite ed esami effettuati nei tempi previsti dalla di legge

B = Priorità entro 10 giorni

Bocciato

Rimandato

Promosso

D = Differibile (30 giorni per le visite, 60 giorni per gli esami)

	AUSL ROMAGNA	LAZIO		LIGURIA		ASL 1 NAPOLI		PUGLIA		PIEMONTE	
		B	D	B	D	B	D	B	D	B	D
VISITA CARDIOLOGICA	100%	79,5%	80,3%	19,3%	25,1%	61,5%	91,7%	29,47%	25,99%	51,18%	17,89%
VISITA GINECOLOGICA	82%	96,1%	94,2%	49,3%	23,6%	60%	100%	54,37%	41,74%	48,8%	20,48%
VISITA UROLOGICA	84%	80,6%	71,4%	44,9%	27,2%	6,5%	33,3%	34,57%	39,58%	53,27%	14,97%
TAC TORACE	92%	64,5%	77,7%	60%	100%	n.d	100%	64,1%	83,94%	51,55%	33,54%
RISONANZA MAGNETICA	87%	42,5%	67,2%	29,4%	59,7%	61,5%	91,7%	47,44%	80,23%	38,37%	33,04%
ESOFAGOGASTRO-DUODENOSCOPIA	83%	41,2%	50%	37,3%	35,5%	16,7%	66,7%	34,65%	36,89%	46,22%	23,22%
ECOGRAFIA ADDOME	93%	44,4%	46,5%	65,9%	86,5%	100%	100%	57,18%	74,89%	40,22%	35,79%

Fonte: Onws, Osservatorio nazionale Welfare&Salute

WITHUB

Hanno parlato di noi anche:

Il Secolo XIX

ARTICOLO NON CEDIBILE AD ALTRI AD USO ESCLUSIVO DEL CLIENTE CHE LO RICEVE - S.21206 - L.1956 - T.1619

OPEN

Sanità, i tempi per le visite in aumento: «E c'è chi chiede prestiti per curarsi»

Nove milioni in difficoltà per le visite. Tempi non rispettati per la maggior parte delle richieste. E allora molti si rivolgono al privato

I tempi per ottenere una visita specialistica o un esame diagnostico aumentano. Così come gli incassi per visite in modalità solvente. Per questo la cura contro le liste d'attesa nella sanità non sta funzionando. Nonostante i 520 milioni stanziati dal governo. E nove milioni di persone sono in difficoltà per le visite, tanto da chiedere soldi in prestito. Il finanziamento per le spese sanitarie sta diventando una pratica diffusa. Tanto che la percentuale dei prestiti è in aumento del 6,6%. Intanto in Piemonte è garantita una visita cardiologica su due. E in Liguria si arriva appena al 19%. La metà dell'utenza tende a rivolgersi al privato. Gli altri aspettano.

L'attesa

La Stampa spiega che la maggior parte dei cittadini oggi è in coda per una prestazione sanitaria. «Il 51,6% di loro di fronte alla barriera delle liste di attesa è costretta per curarsi a intaccare il proprio patrimonio. E questo vale anche per le classi di reddito più basse», dice Barbara Cittadini, presidente dell'Aiop, l'Associazione delle cliniche private. L'11,9% finisce ai medici che lavorano sia nel pubblico che nel privato. «Mentre meno del 5% è coperto dalla mutualità integrativa che ette al riparo dal dover affrontare spese catastrofiche o dal trovarsi in difficoltà economiche. Come è stato per 9 milioni di italiani», sostiene Ivano Russo, presidente di Onws, l'Osservatorio Nazionale Welfare & Salute. Secondo i dati del quotidiano, che sono arrivati soltanto per alcune regioni, i tempi per una visita cardiologica di priorità B sono rispettati appena nel 19,3% dei casi in Liguria, nel 29,4% in Puglia, mentre in Piemonte per la priorità D solo il 17,9% degli assistiti ottiene la visita in tempi ragionevoli.

Ginecologia e urologia

Va peggio per settori come ginecologia e urologia. Alla Asl 1 di Napoli i tempi sono rispettati nel 6,5% dei casi. Sotto il 50% per entrambe le priorità Liguria e Puglia, mentre il Piemonte è al 33% per le prestazioni differibili e al 51,6% per quelle indifferibili. Una risonanza magnetica in Liguria viene erogata entro un mese nel 29,4% dei casi. In Piemonte la stessa voce è al 38,3%, nel Lazio al 42,5%. Per una Tac toracica i tempi vengono rispettati nella metà dei casi in Piemonte. Con le gastroscopie invece la percentuale del 50% si raggiunge solo a Napoli. Per l'ecografia dell'addome i tempi sono ragionevoli nel Lazio e nel Piemonte. Solo in un caso su dieci i tempi vengono rispettati. Per una visita cardiologica a Torino si aspettano anche 9 mesi. Ne servono cinque per una risonanza magnetica al cranio. A Roma ci vogliono 8 mesi per una Rnm e 5 per una gastroscopia.

I prestiti



Poi ci sono i soldi presi in prestito. In questo caso secondo le stime di Facile.it la richiesta è aumentata del 6,6%. Mentre il 34,4% di chi ha un reddito inferiore a 15 mila euro l'anno si rivolge al privato per aggirare le liste d'attesa. La stessa cosa la fa per il 40,2% chi ha un reddito tra i 15 e i 30 mila euro annui. La ricerca consente anche di tracciare un profilo del richiedente. In media ha 46 anni, 4 anni di più di chi chede soldi per scopi diversi. Le percentuali più basse si riscontrano tra gli anziani, che pure hanno mediamente redditi più bassi e maggiori bisogni sanitarie. Segno, conclude il quotidiano, che proprio chi ha più bisogno è costretto a rinunciare con maggiore frequenza alle cure.

<https://www.open.online/2024/04/02/sanita-liste-d-attesa-aumento-prestiti/>

LAPRESSE

WHERE THE NEWS IS 

Liste attese: Russo (Onws), includere anche sanità integrativa Roma, 25 giu. (LaPresse) - "Includere anche la sanità integrativa nella strategia di riduzione delle liste d'attesa". Così il Presidente dell'Osservatorio Nazionale Welfare & Salute, Ivano Russo, ha detto oggi durante l'audizione in Commissione Sanità al Senato della Repubblica in merito all'iter di conversione del provvedimento 'DL taglia liste d'attesa'. "Ho ritenuto utile e opportuno segnalare al Parlamento la necessità che il decreto in discussione contenga misure e proposte per includere anche la Sanità Integrativa, il cosiddetto Secondo Pilastro, nella strategia più complessiva di riduzione delle liste d'attesa", ha dichiarato Russo al termine dell'audizione. "Come è noto, la Sanità Integrativa svolge funzione di supporto al sistema Sanitario Nazionale e tale funzione può essere resa ancora più forte allargandone il perimetro di azione e riformandone alcune dinamiche di funzionamento. Ho segnalato quindi ai Senatori e al Presidente Zaffini la necessità che, oltre ad una maggior collaborazione tra il Primo Pilastro e il Terzo – la Sanità Privata in particolare quella convenzionata – al fine di alleggerire la pressione su liste d'attesa e sul Sistema Sanitario Nazionale, appare indispensabile includere i servizi e le prestazioni erogate agli oltre 16 milioni di italiani assistiti dalle forme di Sanità Integrative nelle dinamiche di razionalizzazione delle prenotazioni che il Governo ha inteso porre in essere con l'emanazione di questo decreto. Mi auguro e ci auguriamo che tali istanze vengano accolte nello spirito di una Sanità Integrativa sempre più complementare alle necessità del Sistema Sanitario Nazionale e sempre più strumentale alla reale soddisfazione dei diritti e dei bisogni di cure dei cittadini che devono restare la stella polare di ogni decisione e di ogni iniziativa che si intende assumere a proposito di riforma della sanità".

Hanno parlato di noi anche:

Askanews



Sanità, il decreto liste d'attesa è legge. Ecco cosa cambia adesso: le misure per ridurre i tempi

Dopo il semaforo verde del Senato, arriva il via libera definitivo alla Camera con 171 sì. Dalla norma salta fila alla flat tax del 15% sugli straordinari del personale sanitario, tutte le novità introdotte dal provvedimento | [DI liste d'attesa promosso dall'86% degli italiani](#)

Il decreto sulle liste di attesa nella sanità è legge. In Aula alla Camera arriva il via libera definitivo con 171 voti favorevoli e 122 contrari, a una settimana dal sì di Palazzo Madama.

«Dopo aver portato il fondo sanitario al suo livello più alto di sempre, compiamo oggi ulteriori passi avanti per garantire il diritto alla salute dei cittadini» ha commentato la premier, **Giorgia Meloni**. «Siamo consapevoli che c'è ancora molto da fare – ha aggiunto – ma siamo convinti che la direzione intrapresa per costruire una sanità più efficiente e più vicina ai bisogni dei cittadini sia quella giusta».

La piattaforma nazionale delle liste d'attesa

Il provvedimento, presentato dal ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, punta ad accorciare i tempi di attesa di visite e prestazioni sanitarie.

In primis istituisce la **Piattaforma nazionale delle liste di attesa**, gestita dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas), che dovrebbe assicurare l'interoperabilità con le altre piattaforme delle liste di attesa relative a ciascuna Regione e Provincia autonoma.

La piattaforma si propone di agevolare i cittadini nell'accesso ai **servizi sanitari**, ma si rivolge anche al personale medico, che potrà servirsene per prendere in carico pazienti, così come alle strutture sanitarie al fine di gestire e organizzare le prenotazioni. La piattaforma nazionale dovrebbe riuscire poi

a migliorare il **monitoraggio** e la misurazione delle prestazioni in lista di attesa su tutto il territorio nazionale.

Il centro unico per le prenotazioni

Con lo stesso obiettivo di organizzare in modo più efficiente le prenotazioni, il testo prevede la creazione di un **Centro unico prenotazioni (Cup)** a cui fare riferimento a livello regionale o infraregionale, che includerà sia gli erogatori pubblici sia i privati convenzionati.

Chi prenoterà una prestazione tramite il Cup, ma poi non si presenterà, senza fornire adeguato preavviso, sarà comunque costretto a pagare il **ticket**. In questo modo, il cittadino dovrebbe essere più incentivato a cancellare per tempo la sua visita, lasciando la possibilità ad altri pazienti che ne hanno bisogno di prenotarsi al posto suo.

La norma «salta fila»

Per quanto riguarda le visite e gli esami, tra le novità c'è che ambulatori e laboratori saranno aperti anche di **sabato e domenica**. E, se ci saranno ritardi rispetto ai tempi previsti per legge, le Asl potranno provvedere ricorrendo a **professionisti privati** che operano in ospedale o ai privati convenzionati, facendo «saltare la fila» ai pazienti colpiti dal ritardo.

Secondo Ivano Russo, presidente dell'**Osservatorio Nazionale Welfare e Salute**, il decreto rappresenta però «un'occasione sprecata per favorire una maggiore integrazione tra Servizio Sanitario Nazionale e Sanità Integrativa, che va resa più ampia, per un numero maggiore di cittadini beneficiari, e più performante».

Meno dura a posizione del presidente di **Confcooperative Sanità**, Giuseppe Milanese: «Bene il provvedimento sulle liste d'attesa ma si tratta ancora della cura di una malattia secondaria. Confidiamo che il Governo, grazie al Pnrr, affronti presto la malattia originaria che, come l'Oms segnalò già nel '78, è la **mancanza di un sistema di assistenza primaria** che affianchi ed alleggerisca la rete ospedaliera, facendosi carico delle cronicità».

Le novità per il personale sanitario

Il decreto Schillaci introduce novità anche per il personale sanitario. Il **tetto di spesa per l'assunzione di personale** sanitario viene superato: per il 2024



verrà aumentato al 15% dell'incremento del Fondo sanitario regionale, rispetto al 10% del 2023. Dal 2025 in avanti poi il tetto di spesa verrà abolito e sostituito da «un nuovo sistema per stabilire i fabbisogni minimi e massimi delle strutture sanitarie» ha spiegato il ministro.

Per evitare che l'allungamento dei **tempi di prestazione** e l'offerta di servizi garantita anche nei weekend gravi troppo sul personale medico e ospedaliero, la legge introduce una sorta di flat tax, un'aliquota unica al **15% sugli straordinari**. (riproduzione riservata)

<https://www.milanofinanza.it/news/sanita-il-decreto-liste-d-attesa-e-legge-202407241531409474>

Da Nord a Sud caos liste d'attesa

Diritto alla salute

Oltre un anno per esami e visite, solo metà delle Regioni è in regola

La riforma diventa legge Meloni: «Passo avanti ma c'è ancora molto da fare»

Quasi un anno e mezzo per una ecografia all'addome o 427 giorni per una visita cardiologica. La montagna delle liste d'attesa resta tutta da scalare, come rivela il monitoraggio del Sole 24 Ore. Solo 13 Regioni hanno attivato Cup unici. Il decreto taglia code è legge dopo l'ok della Camera: se le prestazioni non vengono erogate nei tempi previsti, al cittadino è garantita la prestazione con il privato. Ma c'è la grande incognita delle risorse. **Bartoloni e Gobbi** — alle pag. 2-3

Scandalo liste d'attesa: oltre un anno per esami e visite ed è babele di dati

Emergenza. Dal monitoraggio a campione emerge che per diverse prestazioni non si rispettano i tempi previsti. Solo in metà Regioni operativo il Cup unico con le prestazioni anche dei privati

Pazienti alle prese con i centralini che a volte lasciano i pazienti in liste di galleggiamento chiudendo le agende
Marzio Bartoloni
Barbara Gobbi

Quasi un anno e mezzo per ricevere una ecografia all'addome o 427 giorni per una visita cardiologica o 394 giorni per farsi visitare da un ginecologo. La montagna delle liste d'attesa resta tutta da scalare in Italia e con la certezza che la gestione delle attese per ricevere le cure oggi è ancora spesso caotica: solo 13 Regioni hanno attivato Cup unici con un solo numero di telefono che i cittadini possono chiamare per prenotare una visita, ma ancora meno Regioni hanno unificato in una sola piattaforma le agende sia degli ospedali pubblici che di quelli privati convenzionati. Accorgimenti questi fondamentali che si spera con il decreto legge appena approvato (si veda articolo nella pagina a fianco) diventino finalmente effettivi ovunque e per i quali dal 2019 sono stati stanziati circa 400 milioni spesi finora non bene.

La vera piaga sono poi le gincane a cui sono costretti oggi molti pazienti quando prenotano una prestazione al

Cup che a volte dopo attese infinite al telefono si vedono inseriti in "liste di galleggiamento" tra centralini che invitano a richiamare appena le agende saranno riaperte - una scorciatoia vietata per legge - o promettono di ricontattare il cittadino appena «si libera un posto». Del resto anche la fotografia parziale che arriva dalle Regioni - che dovrebbero pubblicare sul web i tempi di attesa medi - assomiglia a una babele con dati disomogenei e non sempre aggiornati e a volte non proprio "veritieri" soprattutto se l'attesa viene calcolata solo dalla prenotazione e non dal primo contatto telefonico del cittadino con il Cup. Colpisce a esempio dai dati pubblicati dalla stessa Regione che la Calabria - con la Sanità commissariata da ben 14 anni - è tra le poche Regioni in Italia a garantire ai propri cittadini quasi tutte le visite mediche nei tempi previsti dalla legge.

Ma veniamo ai dati come emergono da due monitoraggi aggiornatissimi: uno di Cittadinanzattiva pubblicato ieri e uno confezionato dall'Osservatorio Welfare & Salute per il Sole 24 Ore. Da entrambe emergono chiaramente le difficoltà nel rispetto dei tempi previsti dalle diverse classi di priorità ("U" urgenti entro 72 ore; "B"

brevi entro 10 giorni; "D" differibili tra 30 e 60 giorni; "P" programmate entro 120 giorni). A esempio secondo quanto certifica Cittadinanzattiva per le cure programmabili nell'azienda universitaria Friuli Centrale si attendono in media 498 giorni per l'ecografia all'addome e 394 giorni per la visita ginecologica mentre sono 427 i giorni per una visita cardiologica nell'Asl 3 Ligure. Critica la situazione nell'Asl Roma 4 dove si rispettano i dieci giorni massimi di attesa (per i codici "B") soltanto per il 17,8% delle ecografie all'addome; nelle Marche solo il 41% delle mammografie programmabili è garantito nei 120 giorni previsti; in Molise, si garantisce nei canonici 60 giorni della classe D solo il 34% delle ecografie addome; nella Asl Napoli 1 Centro poi appena il 14% delle visite oncologiche in codice B è erogato entro 10 giorni; l'Asl di Bari riesce ad erogare entro





i 10 giorni solo il 9% delle visite pneumologiche con codice B. Una situazione frastagliata arriva anche dall'Osservatorio Welfare & salute che ha fatto una indagine su ben 16 realtà per sei prestazioni. Tra le situazioni più critiche quelle di Puglia e Piemonte: nella prima in meno del 60% delle prenotazioni si rispettano i 10 giorni previsti (codice B) per le visite cardiologiche, neurologiche, oculistiche, così come per le risonanze magnetiche cerebrali, le eco addome o le tac al torace; male anche il Piemonte che non rispetta i tempi per tutte e sei le prestazioni (sia brevi che differibili) dal 51% dei casi in giù con punte negative per la visita cardiologica differibile che viene erogata nei tempi solo nel 17,9% dei casi e nel 12,4% per quella oculistica. Tra le situazioni più critiche anche la Valle d'Aosta: qui non si riesce mai a rispet-

tare il termine dei 10 giorni per visite cardiologiche, tac torace ed ecografia all'addome e solo nel 10% delle prenotazioni relative alla visita oculistica.

Tra le performance peggiori sempre l'Asl Napoli 1 che rispetta i tempi per le visite oculistiche differibili (entro 30 giorni) solo nel 13,6% dei casi. Negative le performance anche della Sardegna per le visite da erogare entro 30 giorni: si rispettano i tempi solo nel 16% dei casi per quelle cardiologiche; nel 25% per le visite neurologiche; nel 44% per le oculistiche e nel 42% dei casi per le risonanze magnetiche. Sempre per le Rmn cerebrali in Liguria si rispettano i tempi per quelle da erogare in dieci giorni solo nel 34,6% dei casi. In Friuli infine la visita neurologica rispetta i tempi (in codice B) solo nel 20% dei casi e la risonanza nel 44% per cento. Per il presidente dell'Osserva-

torio Welfare & Salute Ivano Russo una possibile soluzione ai tempi infiniti delle code può arrivare anche dalla Sanità Integrativa di cui oggi beneficiano 16 milioni di italiani e che può svolgere «una funzione di supporto» al Ssn e «tale funzione può essere resa ancora più forte allargandone il perimetro di azione, riformandone alcune dinamiche di funzionamento e includendola nella strategia più complessiva di riduzione delle liste d'attesa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

498 giorni

PER UNA ECOGRAFIA ALL'ADDOME

Nell'azienda universitaria Friuli Centrale, si attendono in media 498 giorni per l'ecografia all'addome programmabile (da fare entro 120 giorni)

IL FENOMENO

Ritardi da Nord a Sud

Da due monitoraggi appena effettuati tra giugno e luglio - uno di Cittadinanzattiva e uno dell'Osservatorio Welfare & Salute per il Sole 24 Ore - sulla base dei dati sui tempi di attesa medi che devono pubblicare le Regioni e le Asl sui loro siti internet emergono chiaramente da Nord a Sud le difficoltà a rispettare i tempi massimi previsti dalle diverse classi di priorità per le prestazioni da erogare ("U" urgenti entro 72 ore; "B" brevi entro 10 giorni; "D" differibili tra 30 e 60 giorni; "P" programmate entro 120 giorni) che in diversi casi vengono ampiamente superati

Le disparità di accesso ai servizi

QUANTI HANNO USUFRUITO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

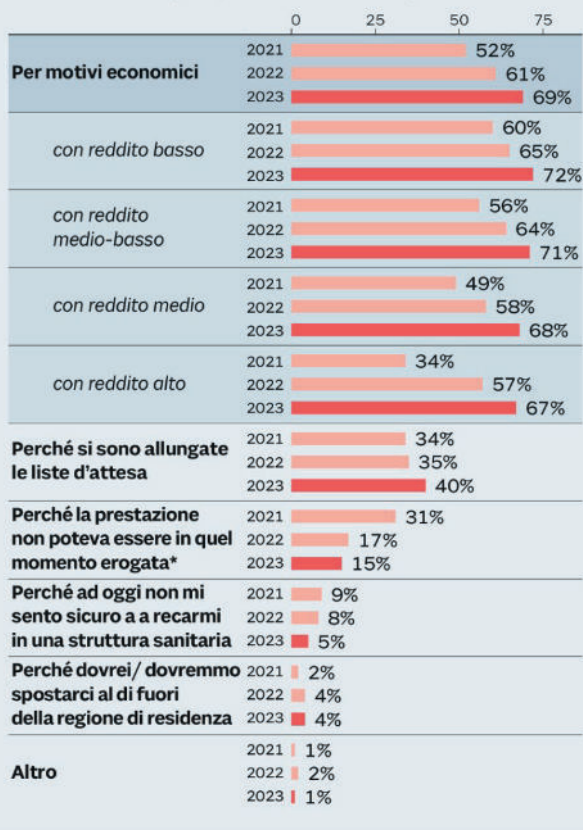
Indagine condotta a febbraio 2024 su un campione di 3.800 adulti. In %



ARTICOLO NON CEDIBILE AD ALTRI AD USO ESCLUSIVO DEL CLIENTE CHE LO RICEVE - S.21206 - L.1878 - T.1745

I MOTIVI DELLA RINUNCIA ALLE CURE

La riduzione della domanda delle prestazioni colpisce tutte le fasce di reddito (campione su 3.800 italiani), in %



Fonte: Deloitte

ARTICOLO NON CEDIBILE AD ALTRI AD USO ESCLUSIVO DEL CLIENTE CHE LO RICEVE - S.21206 - L.1878 - T.1745

la Repubblica

Sanità, decreto liste d'attesa: ecco cosa cambia con la nuova legge

Dalle visite intramoenia se l'ospedale non rispetta i tempi, agli esami nel weekend: le principali novità previste dal discusso decreto approvato in Parlamento

Il decreto Liste d'attesa è diventato legge con il via libera definitivo del Parlamento. Tra accese polemiche politiche con la sinistra che accusa l'esecutivo di privatizzare la sanità invece di investire senza tra l'altro avere le coperture necessarie, nell'idea del governo il nuovo provvedimento servirà a ridurre, appunto, le liste di attesa nel sistema sanitario nazionale dove, ad esempio, i tempi per un'ecografia all'addome nell'Azienda universitaria Friuli Centrale arrivano anche a 498 giorni, un anno e mezzo. Ma cosa cambia ora con la nuova legge i cui risultati, sostiene il ministro della Sanità Schillaci, "si vedranno dall'autunno"?

Il Salta-Fila: visite dai privati se non c'è posto

La cosiddetta norma "Salta-Fila" dovrebbe garantire visite ed esami entro le scadenze di legge. Se al momento della prenotazione non c'è posto per la visita o l'esame in ospedale entro i tempi massimi stabiliti, l'Asl dovrà assicurare la prestazione nei tempi previsti in una struttura privata accreditata oppure dentro l'ospedale ricorrendo alla libera professione dei medici. Il paziente dovrà pagare il ticket ma non versare altri costi aggiuntivi. Sia dal monitoraggio di Cittadinanzattiva sia da quello dell'Osservatorio Welfare & Salute per il Sole 24 Ore, emergono le difficoltà nel rispetto, oggi, dei tempi previsti dalla legge: nella Asl Roma 4, ad esempio, solo il 17,8% delle ecografie all'addome si fanno entro i 10 giorni massimi di attesa; nella Marche meno della metà delle mammografie è garantito nei 4 mesi previsti; nella Asl Napoli 1 Centro appena il 14% delle visite oncologiche è erogato in 10 giorni.

Visite ed esami anche di sera o nel weekend



Il decreto prevede la possibilità di estendere al sabato e alla domenica le visite e gli esami nelle strutture sanitarie e anche di prolungare le fasce orarie in cui è possibile fissare gli appuntamenti. L'apertura straordinaria è prevista anche per i centri di trasfusione per garantire l'autosufficienza del fabbisogno di sangue.

Gli straordinari detassati

Uno dei punti salienti del decreto è l'introduzione di un'imposta sostitutiva del 15% sui compensi erogati ai dirigenti sanitari e al personale sanitario per le prestazioni aggiuntive svolte. L'obiettivo è quello di incentivare il personale a fare gli straordinari perché economicamente più convenienti e, di conseguenza, ridurre i tempi di attesa per i pazienti. La nuova norma fiscale prevede che i compensi per le prestazioni aggiuntive siano tassati con un'imposta sostitutiva del 15%, al posto delle tradizionali aliquote marginali dell'Irpef, che possono arrivare fino al 43%.

I Cup regionali per l'elenco delle prestazioni pubbliche e private

Il decreto prevede la creazione di un Cup a livello regionale o infraregionale, che includa sia gli erogatori pubblici che i privati convenzionati con l'elenco di tutte le agende e dei posti disponibili per ogni singola prestazione sanitaria. A oggi solo 13 Regioni hanno attivato Cup unici con un solo numero di telefono che i cittadini possono chiamare per prenotare visite. E ancora meno Regioni hanno unificato in una sola piattaforma le agende degli ospedali pubblici e dei privati convenzionati.

Chi non disdice la visita paga

Dal Cup i cittadini riceveranno una chiamata due giorni lavorativi prima della visita o dell'esame prenotato per confermare o cancellare l'appuntamento. Se non ci si presenta all'appuntamento senza aver effettuato la disdetta (tranne che per cause di forza maggiore) bisognerà pagare comunque il ticket.

Il monitoraggio nazionale delle attese

L'Agenas, Agenzia per i servizi sanitari, ha ora il compito di gestire una piattaforma delle liste di attesa nazionale che mira a migliorare l'accesso ai servizi sanitari per i cittadini e il personale medico. La piattaforma dovrebbe anche migliorare il monitoraggio e la misurazione delle



prestazioni in lista di attesa su tutto il territorio italiano, sia per il sistema pubblico che per i privati. In sostanza sul sito si avrà un quadro puntuale e reale dei tempi di attesa per prestazione, regione per regione.

https://www.repubblica.it/italia/2024/07/25/news/sanita_liste_dattesa_ecco_cosa_cambia_con_la_nuova_legge-423413413/

Sanità Integrativa, Welfare contrattuale e Pubblico Impiego: lo sviluppo possibile

Il Giornale
22 Marzo 2024

La Stampa
25 Aprile 2024

Trend Sanità
3 Maggio 2024

Demografica Adnkronos
14 Ottobre 2024

il Giornale

Salute, la polizza migliore per integrare la sanità pubblica: tre opzioni

Fondi sanitari, società di mutuo soccorso o compagnie di assicurazione: qual è la strada migliore per "integrare" la sanità pubblica? La guida

Lo scorso mese di febbraio l'Ivass (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) ha diffuso un report che fotografa l'attività assicurativa nel comparto salute. Si sa quanto il tema salute sia entrato tra le priorità delle attenzioni di protezione per le famiglie italiane. Il Covid ha accelerato una preoccupazione che era cresciuta nel tempo, di pari passo con l'aumento della spesa privata a integrazione di quella pubblica per finanziare il Sistema Sanitario Nazionale (Ssn).

Il report Ivass rammenta che la spesa sanitaria complessiva ammonta a 171,9 miliardi di euro (9% del PIL) nel 2022: la spesa sanitaria pubblica è pari al 75,9% del totale; la spesa intermediata, gestita da fondi sanitari e imprese di assicurazione, incide per il 2,7% contro il 21,4% della spesa out-of-pocket (cioè quella sborsata direttamente dalle tasche dei cittadini). In termini assoluti - lo ricordava la presidente di Ania Maria Bianca Farina in una recente audizione parlamentare - "la spesa sanitaria privata sostenuta dalle famiglie, in aggiunta alle imposte che finanziano il servizio pubblico, è elevata e superiore ai 41,5 miliardi, di cui 4,7 miliardi intermediata da fondi sanitari e assicurazioni".

Le polizze malattia sono molto diffuse: un italiano su tre è assicurato in forma individuale o collettiva. Dei circa 20 milioni di assicurati nel 2022, 15 milioni sono assicurati con polizze collettive. Insomma, la sanità integrativa è sempre più essenziale per la vita dei cittadini. Ma quali sono le strade per "integrare" la sanità pubblica?

Tre opzioni

Ecco le tre strade:

[Fondi sanitari e Casse di assistenza sanitaria integrativa](#). Sono entità no profit, di solito costituite con accordi collettivi, dotate di propri organi di amministrazione, che vedono la partecipazione dei rappresentanti dei lavoratori e delle aziende, e struttura gestionale. Rientrano cioè generalmente nell'ambito della cosiddetta sanità integrativa di carattere negoziale. a dizione fondi sanitari è spesso usata in modo estensivo per riferirsi non solo ai fondi sanitari propriamente detti, ma anche a più e diverse forme di assistenza sanitaria integrativa.

[Società di mutuo soccorso](#). Associazioni nate nell'Ottocento per sopperire alle carenze dello Stato sociale e aiutare i lavoratori in caso di incidenti sul lavoro, malattia o perdita del posto, le società di mutuo soccorso sono entità no profit (dunque senza finalità di lucro), che presentano diverse caratteristiche in comune con i fondi sanitari ma che, a differenza di questi ultimi, sono generalmente aperte all'adesione libera, individuale e volontaria di tutti,

senza essere destinate quindi a una specifica categoria di lavoratori e/o persone. sono aperte alla collettività senza discriminare l'adesione in base a specifici criteri sociali, professionali o di salute e, allo stesso modo, non possono interrompere unilateralmente il rapporto associativo all'aumentare di eventuali fattori di rischio (come vecchiaia, insorgenza di malattie croniche, etc).

Compagnie di assicurazione. A differenza di quanto non accade per fondi sanitari e società di mutuo soccorso, l'esercizio dell'attività assicurativa privata - che consiste necessariamente in attività di impresa da svolgersi in forma di società - prevede uno scopo di lucro. Alle Compagnie di Assicurazione è concesso di applicare dei criteri di selezione. Sono ad esempio spesso previsti sia limiti di età all'ingresso sia accertamenti sullo stato di salute dell'aderente, al termine del quale spetterà alla parte assicuratrice la decisione di assicurare (o meno) il cliente sulla base delle risposte pervenute.

Sempre più spesa sanitaria

Anche se la ripartizione della spesa complessiva vede la prevalenza dell'onere pubblico (75,9% del totale), in misura pari al 6,8% del PIL (7,1% nel 2021), vede sempre più rilevante la componente privata.

La spesa intermediata si rivela la più dinamica negli ultimi 6 anni (+26%), mentre la spesa sanitaria pubblica cresce a un tasso inferiore (+17,3%). La spesa out-of-pocket risulta di poco aumentata (+2,7%).

La raccolta premi del comparto assicurativo salute è fortemente correlata con la spesa sanitaria pubblica (coefficiente di correlazione pari a 89,2%), risultando in costante crescita, a eccezione del 2020, anno in cui si manifesta la pandemia, in cui si riscontra un innalzamento della spesa pubblica e una riduzione di quella privata.

<https://www.ilgiornale.it/news/cittadini/salute-polizza-migliore-integrare-sanit-pubblica-tre-opzioni-2299605.html>

LA STAMPA

Perché a 15 milioni di italiani è negata la copertura sanitaria integrativa

A causa di una elusione contributiva senza pari delle imprese, fondi e mutue aggiuntivi non decollano, coprendo appena il 4,6% delle spese sostenute nel privato

https://www.lastampa.it/cronaca/2024/04/25/news/sanita_fondi_integrativi_negati_agli_italiani-14252718/



«Per rafforzare il SSN evitare sovrapposizioni con la sanità integrativa»

Uno spunto di riflessione, attivato dalla serie di interviste «5 domande a...», per raccogliere il punto di vista di chi si occupa di sanità integrativa

*Il prossimo futuro vedrà la popolazione anziana diventare sempre più ampia, con l'aumento dei tassi di cronicità, di poli-patologici e di non autosufficienti. **Lo spunto di riflessione attivato dalla vostra serie di interviste intitolata “5 domande a...”** mi offre la possibilità di portare un mio contributo e il punto di vista di chi si occupa di sanità integrativa.*

«Per dedicare più risorse al SSN, la sanità integrativa dovrebbe essere a costo zero per le finanze pubbliche, e sostenuta solo dai contributi di imprese e lavoratori»

*Quelle citate all'inizio sono sfide a cui bisogna arrivare preparati e quindi occorrerebbe capire anzitutto **che tipo di strategia socio-assistenziale, sanitaria, ed aggiungo, anche previdenziale, e più complessivamente economica, il Paese intende darsi** per gestire un processo, oramai consolidato, di progressivo invecchiamento della popolazione così marcato da far parlare di vero e proprio “inverno demografico”.*

*Le risorse del PNRR destinate alla sanità non sono poche, così come è vero che la telemedicina potrebbe essere un pezzo della risposta ad una domanda di cure, se declinata anche in termini di più vasta digital health. **Lo stesso DM 77 andrebbe letto in combinato disposto con la Legge***



Delega per gli Anziani, al fine di avere un quadro complessivo delle misure, delle strategie, delle risorse che il Governo intende destinare a questa enorme questione sociale e demografica.

*Il SSN è ancora un nostro punto di forza e deve continuare ad esserlo. Ma a condizione che **si faccia finalmente un discorso, anche etico oltre che politico, di verità e di reale equità.** L'articolo 32 della Costituzione tutela anzitutto il diritto alla salute degli indigenti, espressamente citati come la fascia sociale più bisognosa di un Servizio Sanitario Nazionale universalistico. **Un SSN che possa prevalentemente dedicarsi a chi non ha un lavoro ed un reddito, ai quiescenti, agli anziani con pensioni minime, ai nuovi working poors, ai 14 milioni di italiani che, a vario titolo, versano sul limite o sotto la soglia di povertà.***

«Il SSN è ancora un nostro punto di forza e deve continuare ad esserlo. Ma a condizione che si faccia finalmente un discorso, anche etico oltre che politico, di verità e di reale equità...»

*A mio avviso, invece, per chi ha altre forme di tutela sanitaria derivante dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) di categoria, buona parte delle cure, ovviamente non tutte, dovrebbero essere a carico dei fondi di sanità integrativa, **a costo zero per le finanze pubbliche, e sostenuti dai contributi di imprese e lavoratori proprio per garantire assistenza a questi ultimi e spesso anche alle rispettive famiglie.***

*Gli erogatori delle prestazioni sanitarie possono essere strutture pubbliche e private, questo non rileva. **L'importante è che la spesa non sia sempre e solo a carico della fiscalità generale.** In un sistema equo tra un manager, un quadro o un funzionario aziendale coperti da fondi di sanità integrativa pagati dalle imprese, ed un anziano con la pensione minima, non dovrebbe esistere dubbio su chi abbia prevalentemente bisogno di un servizio sanitario pubblico.*



Oggi la spesa sanitaria nazionale complessiva – tra SSN, sanità integrativa, spesa privata dei cittadini, assicurazioni individuali – già ammonta a circa 200 miliardi di euro. A questa va aggiunta la spesa socioassistenziale, non meno importante, che ne vale altri 40/50. È pura utopia pensare che le risorse pubbliche possano coprire una mole di fabbisogno simile. **Siamo a 125 miliardi e ne servirebbero 250. Ma se pure ne servissero 240, 230, 200 o 150 sarebbe comunque fuori da ogni logica di sostenibilità per le casse pubbliche.**

Non è un caso che in tutti i principali Paesi europei, a cominciare da Francia e Germania, esistano modelli di sanità integrativa – con il coinvolgimento diretto di cittadini, lavoratori, meccanismi assicurativi mutualistici e imprese – che supportano la parte pubblica agendo come secondo motore del “sistema salute” nazionale. Tutto ciò esiste anche in Italia, ma pesa quattro volte meno degli altri Stati UE.

Ecco perché sostengo con forza il “secondo pilastro” e la sua insostituibile funzione di supporto ed integrazione al Servizio Sanitario Nazionale: un welfare contrattuale che, a partire dal lavoro e dalla concertazione tra parti sociali, sia capace attraverso un approccio mutualistico, e non selettivo, di garantire tutele e prestazioni ai lavoratori senza gravare inutilmente sul SSN che resta un valore assoluto del nostro modello complessivo di welfare state.

Per garantire più salute a tutti io credo in un Servizio Sanitario Nazionale composto dal “**primo pilastro**” SSN, dal privato convenzionato a supporto della sanità pubblica, dalla sanità integrativa “**secondo pilastro**” complementare al primo e figlia del welfare contrattuale e sussidiario, dalla sanità privata di libera scelta, dal sistema delle assicurazioni individuali per chi può e vuole costruirsi un rafforzamento delle tutele individuali. **Il tutto sotto una intelligente e moderna governance pubblica che sappia fissare le regole per evitare duplicazioni, spese improprie, conflitti di attribuzione.** E per evitare l’odioso binomio tra inutile consumismo



sanitario di chi spende anche senza reali bisogni e chi rinuncia alle cure perché non può spendere neanche per bisogni reali.

<https://trendsanita.it/per-rafforzare-il-ssn-evitare-sovrapposizioni-con-la-sanita-integrativa/>



Perché il Sistema Sanitario Nazionale non può più bastare: la sanità integrativa secondo ONWS

Il Sistema Sanitario Nazionale non può dare tutto a tutti, sempre: il carico diventerebbe insostenibile, come in effetti già è adesso, tanto più in una società che invecchia. Ed è proprio qui che occorre cogliere l'opportunità non pienamente sfruttata della sanità integrativa e realizzare un sistema multi-pilastro. Parte da questo assunto Ivano Russo, presidente di ONWS, Osservatorio Nazionale Welfare & Salute, che l'Adnkronos ha sentito per fare chiarezza sul tema e sul perché il cosiddetto 'secondo pilastro' della sanità, quello che viene subito dopo il SSN, sia così importante nel mondo di oggi.

Innanzitutto, chiariamo: la sanità integrativa non è quella privata. Cos'è allora?

“Quando parliamo di sanità integrativa parliamo della sanità che discende dal welfare aziendale e cioè dalle scelte che le parti sociali compiono – all'atto della stipula o dei rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro – di destinare una quota della retribuzione al welfare aziendale. Quindi la scelta è assunta da parti datoriali e sindacati e per ognuna delle grandi categorie coinvolte – edili, artigiani, metalmeccanici, commercio, logistici, qualunque categoria – diventa un fondo che eroga prestazioni sanitarie ispirate ai principi di mutualismo e collettività”.

Il che significa che tutti i dipendenti che fanno capo a un determinato contratto hanno le stesse prestazioni e le stesse tutele che vengono erogate in base al piano sanitario previsto da quel contratto. Si tratta di una differenza sostanziale rispetto alle assicurazioni private, dove il singolo negozia per se stesso in base a fattori come la sua età e alle patologie pregresse, elementi che incidono sul peso del premio che dovrà pagare.

Nella sanità integrativa le assicurazioni invece sono uno degli strumenti, ma non è l'unico, insomma non sono la stessa cosa: “Non c'è una sovrapposizione concettuale tra la sanità integrativa e le assicurazioni”.

Il secondo Pilastro si inserisce nella crisi del sistema sanitario nazionale. Ma quali sono i nodi di questa crisi e come la sanità integrativa può contribuire quantomeno ad alleggerirne gli effetti?

“In tutti i Paesi europei evoluti ci sono sistemi sanitari nazionali multi Pilastro, cioè il sistema sanitario nazionale, quello della sanità integrativa, la sanità privata pura – perché nessuno può vietare un cittadino che magari ha disponibilità di andarsi a fare una radiografia o una visita a pagamento dove vuole-, e poi c'è il settore intermediato assicurativo delle polizze individuali.

Il tema è che tutti questi quattro pilastri, che se governati e integrati dovrebbero dare risposta complessiva al bisogno di cure di un Paese, in Italia sono tutti autonomi, non comunicanti e non governati da un indirizzo strategico nazionale e soprattutto alcuni, come nel caso del secondo Pilastro, potrebbero crescere molto di più. Quando parlo di

crescita non mi riferisco a risorse: il nostro è un settore di welfare sussidiario, nel senso che le aziende e i lavoratori mettono di tasca propria i soldi, piuttosto è un tema di avere un quadro regolatorio più certo. Se ci fosse un quadro regolatorio complessivo di tutte e quattro le funzioni, sicuramente il sistema sanitario nazionale nel suo insieme potrebbe essere molto più performante; invece non essendo così noi abbiamo praticamente la quasi totalità della domanda di salute che in primissima battuta si deve rivolgere per forza al Servizio Sanitario Nazionale. In Francia e in Germania, ad esempio, la sanità integrativa copre il 75% della popolazione, da noi il 24%, e quella è tutta una domanda di cura che invece di andare a rivolgersi ai fondi sanitari si riversa sulle strutture pubbliche”, mettendo sotto pressione l'intero sistema. “È un tema enorme, purtroppo sempre poco indagato”.

“Il problema principale del Sistema Sanitario è questo di carico, di domanda di cura legata anche al fatto che siamo la popolazione più anziana d'Europa e la seconda più anziana al mondo dopo il Giappone. Tutto questo ovviamente produce un'esigenza di sanità che è crescente e che si allaccia a temi come le pluri-patologie e le cronicità, perché l'anziano o il malato cronico tornano ciclicamente a fare cure e controlli.

Ecco allora che il lavoratore medio quaranta-cinquantenne mediamente sano che debba fare ad esempio la mappa di nei o un check up di controllo non la dovrebbe mai vedere una struttura pubblica perché tutte queste cose sono offerte dai piani sanitari di fondi contrattuali.

Se tu bilanci così puoi riorganizzare e razionalizzare la spesa. Invece oggi il sistema sanitario nazionale va per fatti suoi con le risorse scarse che ha rispetto alle esigenze di cure di un Paese che invecchia. Il secondo Pilastro è completamente sregolato, non c'è neanche un dato certo su quanti siano gli assistiti e quanti siano i fondi.

Attualmente, il Fondo Sanitario Nazionale cuba 134 miliardi di euro, poi ci sono 41 miliardi di euro di spesa out-of-pocket, cioè la spesa privata dei cittadini, che è la più alta d'Europa, poi abbiamo 25 miliardi di spesa socio-assistenziale che è parente stretta della spesa sanitaria, ad esempio l'infermiera che viene a casa dal parente anziano allettato, e poi altri 25 miliardi di spesa socio-assistenziale pubblica in generale, diciamo i cosiddetti assegni di invalidità o di accompagnamento. Tutta questa roba è quasi 210-220 miliardi: è chiaro che non se ne può fare carico solo uno Stato. Più si mette sul fondo sanitario nazionale più è meglio è per principio, però non è questa la risposta”.

La differenza rispetto agli altri Paesi che ha citato a cosa è dovuta?

“Sostanzialmente il welfare contrattuale è previsto per legge, il datore di lavoro non può non iscriverlo a un fondo sanitario, ma non c'è alcun tipo di sanzione nel caso in cui le aziende non si adeguino. Questo è un vuoto normativo che andrebbe colmato: c'è circa il 50% di aziende che non lo fa, il che produce due danni. Il primo è che lascia fuori 8-9 milioni di lavoratori e rispettive famiglie che avrebbero diritto ad avere la copertura Sanitaria Integrativa e non ce l'hanno; secondo genera una concorrenza sleale tra le imprese perché ovviamente chi non paga ha meno costi. Invece in Francia questo problema non c'è, come non ci sono 120 miliardi all'anno di evasione fiscale, è un concetto più generale di etica pubblica e rispetto delle norme”.

Questo problema riguarda in generale anche chi lavora a nero.

“Chi lavora in nero ha un problema a 360 gradi, non ha contributi, non paga le tasse, è un disastro, però cominciamo da chi non lavora a nero. Noi abbiamo 16 milioni di lavoratori dell'industria privata che non lavorano a nero e sono articolati più o meno in un'ottantina di grandi contratti collettivi nazionali: tutti questi hanno la sanità integrativa”.

Oltre alla differenze con gli altri Paesi, l'Italia ha anche differenze regionali.

Infatti due terzi dell'elusione contributiva che dicevo è delle imprese del Mezzogiorno.

E su questo cosa può fare la sanità integrativa?

“La norma di contrasto dell'elusione serve per tutti, purtroppo più le imprese sono piccole e destrutturate, per capirci meno sono sindacalizzate, meno hanno gli uffici HR, più dinamiche comunque complesse come queste del welfare contrattuale sono in affanno. Siccome nel Centro Sud il tessuto industriale tranne la grande industria di Stato è quasi tutto così, è chiaro che lì si addensa la maggior parte dell'elusione. Noi come osservatorio Nazionale Welfare & Salute abbiamo presentato una proposta di legge che prevede di spostare l'esigibilità del diritto dal lavoratore al fondo di categoria. Ovviamente è difficile trovare un lavoratore che denuncia il suo datore di lavoro, rischiando di perdere il posto, perché non è iscritto al fondo sanitario. Se invece questa esigibilità fosse quantomeno cointestata anche al fondo di categoria, sarebbe diverso perché il fondo può rivolgersi alle aziende che non risultano iscritte mettendole in mora. Come sempre le soluzioni sono molto più semplici di quanto non appaiano”.

Diceva che Primo e Secondo pilastro sono scollegati. Cosa manca per avere una reale integrazione?

“Manca tutto: sono due pilastri assolutamente non comunicanti tra loro: il Servizio Sanitario Nazionale non sa che prestazioni offrono i fondi sanitari, a quante persone ogni anno, in che parte d'Italia perché ovviamente non c'è nessun vincolo di comunicazione da parte della sanità integrativa, ma non c'è nemmeno un ufficio che ad oggi accoglierebbe queste informazioni. Tra l'altro avendo un sistema nazionale essenzialmente regionalizzato, si fa anche fatica ad ottenere dati nazionali. Ad esempio non esiste un nomenclatore unico: ogni regione ha il suo e ovviamente idem nel privato. Ma se vuoi creare comunicazione tra primo e secondo Pilastro l'elemento di base è avere un'interpretazione univoca della raccolta dei dati, quindi è indispensabile avere un nomenclatore unico nazionale”.

Quali altre priorità chiederebbe al governo?

“La lotta all'elusione, perché non è possibile avere 9 milioni di italiani e rispettive famiglie senza la sanità integrativa che pur spetta loro. Poi secondo me andrebbero modificati gli ambiti operativi: il secondo Pilastro per essere veramente il più possibile integrativo deve partire dalle esigenze del primo: se lo Stato dicesse alla sanità integrativa ‘Per i prossimi tre anni concentrati sugli interventi ambulatoriali, le visite specialistiche e gli extra Lea’, uno potrebbe immaginare che i vari piani sanitari si adeguino a questa esigenza, altrimenti continuiamo a ragionare inutilmente se sia integrativo, sostitutivo, complementare, se debba fare più extra Lea e non Lea, o più Lea”.

Questo governo, secondo lei, fa orecchie da mercante oppure lo trova più pronto a cambiare qualcosa?

“Io sono fiducioso nel senso che è un governo che non ha un pregiudizio ideologico, a differenza di alcune forze politiche che considerano qualsiasi cosa appartenga alla sfera non pubblica come quasi sataniche o da respingere: questo governo invece può avere un approccio un po' più laico. Dopo di che paradossalmente mentre dico questo dico che l'esigenza del settore è avere più governance, più strategia, più visione nazionale. Ci vorrebbe più Stato ma in forma giusta, che organizzi i quattro pilastri; invece, non riesce a organizzare nemmeno il suo.

Nel Piano strutturale di bilancio presentato dal ministro Giorgetti ci sarebbe una riforma della sanità integrativa; quali sono i punti di questa riforma?

“Non ne ho la più pallida idea. Non ne sappiamo nulla. C'è invece un lavoro importante fatto dal presidente Zaffini in commissione sanità del Senato che ha fatto un lungo ciclo di audizioni che si sta completando proprio in questi giorni dove sono state sentite tutte le parti sociali, sindacali, associazioni. Siamo stati auditi anche noi e ha partecipato la ministra del Lavoro Marina Calderone.

Lì sono emerse tante proposte interessanti sulla riforma degli ambiti operativi, sul contrasto all'elusione, sulla vigilanza, su come coinvolgere Agenas. Speriamo che il governo ne tenga conto perché veramente è stato fatto un lavoro considerevole e sarebbe un peccato sprecarlo”.

Tra l'altro Calderone diceva che sarebbe necessaria una campagna di informazione su questi temi. Immagino che sia d'accordo visto che questo è anche uno degli obiettivi dell'Osservatorio Nazionale Welfare & Salute.

“Assolutamente: dobbiamo far passare un messaggio, perché purtroppo la gente confonde la sanità integrativa con la sanità privata. Mentre invece per noi è completamente indifferente che l'erogatore delle prestazioni sia il pubblico o il privato, l'importante è che i lavoratori abbiano le prestazioni. La sanità integrativa è la sanità dei lavoratori, cioè la sanità di 16 milioni di persone che guadagnano 1400-1600 euro e che con una media di 198 euro all'anno di versamenti da parte dell'azienda, il costo dell'abbonamento di Netflix, hanno protezione sanitaria con un tetto di prestazione media di 5-6 mila euro: questa è una cosa enorme, è salario reale vero.

Secondo me la campagna innanzitutto dovrebbe rendere i lavoratori più consapevoli dei propri diritti perché tante volte la fruizione dei piani sanitari è veramente bassa: il 25-35%. Tranne nei casi di collettività di lavoro molto molto giovani è probabile che il piano non venga utilizzato non perché non ce ne sia bisogno ma perché non lo si conosce, e quindi c'è bisogno eccome di una campagna di sensibilizzazione”.

Parlando di prestazioni, c'è un controllo sulla qualità di quanto viene erogato tramite sanità integrativa, come avviene nel pubblico?

“Non c'è un ente di vigilanza nazionale sulla sanità integrativa, purtroppo”. Ma “dovrebbe assolutamente esserci, ovviamente deve essere costruito bene non deve essere come dire un'attività poliziesca. Perché non bisogna avere un approccio negativo a prescindere nei confronti del settore, ma comunque andrebbero fissati anche dei requisiti minimi a livello nazionale in relazione ai piani sanitari e avere vigilanza, per esempio sul tema della cosiddetta appropriatezza delle cure”.

A questo proposito, la sanità integrativa può aiutare il problema delle liste d'attesa oppure potrebbe rischiare piuttosto di alimentarlo?

“Potrebbe in teoria alimentarlo, ma tutti i fondi sanitari prevedono che tu possa accedere alla prestazione solo su prescrizione medica; quindi, ovviamente se un medico ti prescrive un accertamento inutile il problema è il medico e non la clinica che te lo fa. Quello dell'appropriatezza della cura è un tema generale per via della medicina difensiva” la cui soluzione andrebbe approcciata “innanzitutto eliminando tutto questo aggravio di reati penali in capo ai medici”.

Quali sono i nuovi bisogni di welfare che sono emersi, principalmente, dopo il covid?

“Tutto quello che è check up e prevenzione durante il covid è stato accantonato, per cui sicuramente c'è un'esigenza molto molto forte di recuperarlo. Qualunque sistema sanitario maturo ed evoluto in tutto il mondo è fondato sulla prevenzione, che riduce la probabilità di malattie, soprattutto quelle cardiovascolari, e di conseguenza a regime diminuisce i costi per il Servizio Sanitario Nazionale. Poi le solite prestazioni, quelle che SSN ha più difficoltà a fornire, a cominciare dalla specialistica e dall'alta diagnostica.

Poi ci sono tutti gli extra Lea, cioè tutte quelle prestazioni che il SSN non prevede – fisioterapia, mental coach, psicoterapia, fino all'odontoiatria. Se non c'è la possibilità da parte dei lavoratori di poter avere una fonte alternativa, questa diventa tutta spesa privata secca che grava solo sulle tasche dei cittadini”.

Quanto agli stili di vita più sani, anche questi possono rientrare nella sfera d'azione della sanità integrativa?

“Questo è un pezzo fondamentale, soprattutto su collettività giovani: tutti i dati ci dicono che di fronte ad una corretta alimentazione, a un corretto sonno e ad un'adeguata attività fisica tutta una serie di patologie, soprattutto quelle che poi hanno risvolti di cronicizzazione, quindi quelle più impattanti sia per la vita di un cittadino che per le casse dello Stato, hanno una riduzione molto significativa. Quindi su questo lo Stato e i fondi di sanità integrativa dovrebbero investire molto, soprattutto dove ci sono collettività giovani in modo da abbattere quelli che poi saranno i costi di cura di una persona di 60-65 anni”.

Come si svolge il ruolo della sanità integrativa nella promozione di uno stile di vita sano?

“La sanità integrativa oggi eroga molte prestazioni al riguardo, ad esempio piattaforme digitali che ti accompagnano dal punto di vista della gestione dell'alimentazione o del movimento, l'educazione alimentare, le attività di monitoraggio contro l'abuso di alcol che tra l'altro è un fenomeno dilagante fin dai 12-13 anni: anche su questo si possono mixare campagne di prevenzione con vere e proprie prestazioni”.

Un'ultima domanda: la sanità integrativa quindi è il futuro della sanità?

“Sicuramente a regime io vedo un futuro dove il cosiddetto day by day sanitario, dalla mappa dei nei a un'ecografia alla radiografia perché mi sono slogato il polso giocando a calcetto, più tutto un pezzo di extra Lea, fisioterapia, eccetera, è completamente sparito dall'orizzonte dell'impatto sul pubblico. Io vedo grandi ospedali dedicati innanzitutto agli indigenti perché non dimentichiamo che c'è anche una popolazione di non lavoratori, anziani, quiescenti, disoccupati. L'articolo 32 della Costituzione dice che 'la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti'. Non a tutti quanti, perché è immaginabile poter dare tutto a tutti sempre.

Quindi io comincerei a far concentrare il sistema sanitario nazionale sugli indigenti o su chi non ha altre opportunità e poi immagino che attraverso l'utilizzo maggiore e più strutturato della sanità integrativa si possa magari andare a recuperare un po' di risorse che consentono agli ospedali di modernizzare i macchinari, di investire sulla ricerca. Penso alle grandi eccellenze.

Nessuno di noi si sognerebbe di farsi un'operazione a cuore aperto o un trapianto di fegato in una clinica privata, quindi ci sono anche tutta una serie di grandi interventi chirurgici e altro che non possono che essere fatti in ambito di sanità pubblica, ma il day by day sanitari quotidiano medio di una persona sana secondo me a regime in un Paese che invecchia non potrà più gravare sulle strutture pubbliche.



Non si rischia di andare verso un modello tipo Stati Uniti?

No, perché lì non esiste proprio il concetto di collettività, lì c'è ogni cittadino che si assicura. Quando un cittadino si assicura negozia in cambio di un premio il suo piano sanitario. Un'assicurazione di medio alta copertura per un cittadino medio di 45/50 anni costa intorno ai 1500-1800 euro all'anno- se ti porti dentro il nucleo familiare anche 3000 euro. E il piano sanitario tuo è solo tuo. Qui invece stiamo parlando di milioni e milioni di Italiani che hanno tutti lo stesso diritto alle cure, lo stesso piano sanitario, le stesse prestazioni, pagando non loro ma i loro datori di lavoro e non 1800 euro ma 190 euro all'anno. Il sistema americano è proprio un altro film".

<https://demografica.adnkronos.com/popolazione/sistema-sanitario-nazionale-basta-sanita-integrativa/>

Sanità Integrativa e Welfare contrattuale come asset strategici di una moderna gestione delle risorse umane

Affari Finanza
29 Aprile 2024

Dire - LaPresse - 9 Colonne
4 Settembre 2024

Huffington Post - Sanità24 Il Sole 24 Ore - Libero - Dire - Askanews
19 Novembre 2024

PRIMO PIANO
FONDI PRIVATI

IL SISTEMA

Per la sanità integrativa l'obiettivo è far crescere la platea degli iscritti

Le adesioni continuano a essere troppo poche e le prestazioni soddisfano solo in parte le richieste di assistenza. Il difficile rapporto con il regime pubblico, che in futuro fornirà coperture sempre minori

Giulia Cimpanelli

La stragrande maggioranza dei Contratti collettivi di lavoro prevede strumenti di sanità integrativa. Ma le aziende italiane destinano premi piuttosto bassi, in media 140 euro a dipendente, al fondo sanitario di categoria per una copertura che in media ha un tetto massimo di prestazioni annue erogabili di circa 6/7mila euro all'anno per dipendente.

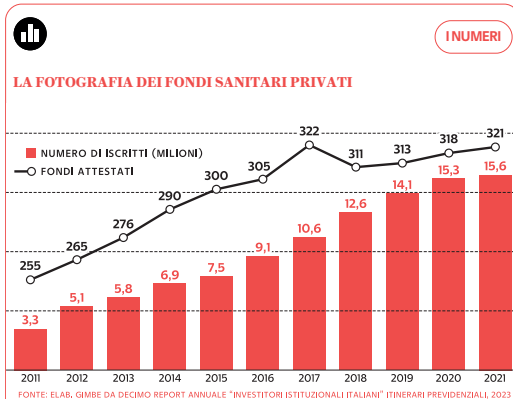
Sono 16,5 milioni gli italiani coperti (9 milioni di lavoratori, 4 milioni i familiari, 1,5 di liberi professionisti, meno di 1 milione di pensionati) e 324 i soggetti che erogano servizi e prestazioni sanitarie integrative iscritti all'Anagrafe fondi sanitari del Ministero della Salute, con una raccolta complessiva di 4 miliardi di euro e 10 milioni di prestazioni erogate all'anno.

Il più grande di questi fondi è quello dei lavoratori del commercio e terziario - il Fondo Est - che copre circa 1,6 milioni di lavoratori. Al secondo posto c'è Metasalute, legato al Ccnl industria e metalmeccanici, poi gli edili, gli artigiani e, a cascata, tutti gli altri. «Sono per i dipendenti del settore privato, ogni Ccnl ha il suo strumento di welfare contrattuale sanitario e non sono aperti ai privati cittadini - spiega Ivano Russo, presidente di Osservatorio Nazionale Welfare e Salute, associazione che promuove la sanità integrativa - Ci sono poi casse e mutue aperte anche a liberi professionisti, pensionati, cittadini. Questi "salvadanai" possono essere autogestiti convenzionandosi con cliniche, ospedali e medici o assicurarsi externalizzando il rischio al mercato assicurativo».

In molti tacciano il sistema di poca trasparenza, tanti lo accusano di sostituire e non integrare il sistema sanitario nazionale, aggravando le disparità: «A fronte dell'espansione del cosiddetto "secondo pilastro", il settore della sanità integrativa è tra i meno trasparenti. Infatti, da un lato l'Anagrafe istituita dal Ministero della Salute non è pubblicamente accessibile, dall'altro solo dal 2018 il Dicastero pubblica un report, peraltro basato su un dataset molto limitato. Un riordino normativo è inderogabile - commenta Nino Cartabellotta, presidente di Fondazione Gimbe - serve un Testo unico in grado di restituire alla sanità integrativa il suo ruolo, ovvero rimborsare prevalentemente prestazioni



KUPICOO/GETTY



PRESTAZIONI E SPESE COMPLESSIVE

Solo una parte dei soggetti che ne avrebbero diritto partecipa alla sanità integrativa. E sono del tutto fuori i 3 milioni di dipendenti pubblici

10 milioni
CIRCA IL NUMERO DI PRESTAZIONI ANNUALI EROGATE DALLA SANITÀ INTEGRATIVA



FONTE: DECIMO REPORT DI ITINERARI PREVIDENZIALI, 2022

4.300 milioni di euro
spesa annuale totale sanità integrativa

2.862 milioni di euro
le quote versate dagli iscritti

2.370 milioni di euro
valore delle prestazioni erogate

500 milioni di euro
marginalità

ni non include nei livelli essenziali di assistenza, per riappropriarsi della funzione di supporto e non di sostituzione al Servizio sanitario. Le prestazioni sostitutive erogate dai Fondi sanitari integrativi non dovrebbero più usufruire di detrazioni fiscali, perché alimentano business privati e derive consumistiche, e le risorse recuperate devono essere indirizzate al finanziamento della sanità pubblica».

Quando nacquero, nel 1992, i fondi sanitari integrativi dovevano essere prevalentemente dedicati alle prestazioni extra Lea (livelli essenziali di assistenza): «Si tratta di prestazioni odontoiatriche, fisioterapia, checkup e prevenzione, assistenza alla non autosufficienza - ricorda Russo - Ma nel corso degli anni una serie di provvedimenti normativi varati da diversi governi ha previsto che i fondi possano erogare anche fino all'80% le prestazioni offerte dal Ssn. Sono state le istituzioni a chiamare la Sanità integrativa a offrire maggior supporto al Ssn anche sulle prestazioni Lea, visti i noti problemi, ed è un po' paradossale che oggi questo tema venga agitato contro la Sanità integrativa stessa».

Ma con la crisi della sanità pubblica - i governi non aumentano gli investimenti in sanità e l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil cala inesorabilmente, in percentuale del Pil scendiamo dal 7% del 2020-2021 al 6,2% del 2027 - quella integrativa può diventare una risorsa. «Se a essere coperti fossero 35 milioni di cittadini - 1/3 della popolazione - come negli altri principali paesi europei - continua Russo - il Ssn potrebbe dedicarsi maggiormente ai grandi interventi, alle emergenze e agli indigenti, sgravato da tante prestazioni ordinarie che in tutta Europa per le collettività di lavoratori dipendenti sono prevalentemente garantite dalla Sanità integrativa pagata dalle aziende. La Sanità integrativa è la sanità dei lavoratori, non quella dei privilegiati».

Per ampliare la platea bisogna modificare le regole di ingaggio: ma come? «I lavoratori dell'industria privata italiana - incalza - sono 16,2 milioni, invece nei 72 fondi ne sono iscritti solo 9 milioni a causa di un dilagante fenomeno di elusione da parte delle aziende. In primis, quindi, bisognerebbe incentivare i controlli. Inoltre sarebbe consono estendere i fondi integrativi anche ai 3 milioni di dipendenti pubblici che oggi ne sono privi. Ultima proposta è semplificare la burocrazia per convenzionare le strutture pubbliche così da farvi confluire le risorse private dei fondi. Noi non vogliamo sottrarre terreno alla sanità pubblica, anzi. La Sanità complementare potrebbe essere d'aiusilio in una logica di governance integrata tra Ssn e secondo pilastro integrativo». L'idea di molti è quella di mutare il sistema francese: una copertura assicurativa universale obbligatoria per tutti, finanziata dai contributi prelevati dai salari e dagli utili aziendali, che copre il 77% delle cure, il restante 23% è pagato da assicurazioni complementari di categoria e mutualità di territorio.

① La spesa sanitaria pubblica è sempre più bassa in percentuale del Pil: è previsto che si passi dal 7% del '20-'21 al 6,2% del 2027

GRUPPO EDITORIALE L'ESPRESSO



MANOVRA. RUSSO (ONWS): WELFARE CONTRATTUALE STRUMENTO
FONDAMENTALE
"GARANTIRE DIRITTI DEI CITTADINI"

(DIRE) Roma, 4 set. - "Finalmente l'esecutivo pone la giusta attenzione ai temi del welfare contrattuale e della sanità integrativa". Così Ivano Russo, presidente dell'Osservatorio Welfare e Salute commenta le parole della ministra Calderone.

"L'annuncio, in vista della prossima legge di bilancio, di incentivare ulteriormente le imprese ad adottare strumenti di welfare contrattuale e, in particolare, di sanità integrativa, è una decisione che va nella giusta direzione" dice Russo.

E prosegue: "Da tempo, sottolineiamo quanto il welfare contrattuale ed aziendale - sussidiario, ispirato a principi mutualistici e collettivistici - possa rappresentare sempre più uno strumento complementare fondamentale per garantire la piena soddisfazione dei diritti dei cittadini in tema di welfare e assistenza sanitaria. In particolare, sul tema long term care, come in altri paesi europei, le aziende possono e devono sempre più farsi carico del futuro dei lavoratori".

"Auspichiamo che i positivi annunci della ministra trovino nella prossima legge di bilancio declinazione concreta - concludono da Onws - con un inquadramento normativo strutturato che consenta alle aziende di investire sempre più in uno strumento fondamentale anche in termini di retention e fidelizzazione dei lavoratori: il welfare aziendale".

Hanno parlato di noi anche:

LaPresse
9Colonne



Sanità integrativa, serve informazione: 2,8 miliardi di prestazioni, ma solo il 20% dei lavoratori conosce il welfare aziendale

Tavolo ONWS, Ivano Russo: “Fondamentale che le parti datoriali si impossessino di conoscenze tecniche e strategiche”

Sono 2,8 miliardi le prestazioni erogate a favore di oltre 14 milioni di italiani da parte della sanità integrativa, che rappresenta uno degli asset fondamentali del welfare aziendale ma, meno del 20% dei lavoratori occupati dichiara di conoscerne bene strumenti e dispositivi e il 35% dichiara di non avere alcuna conoscenza (VI rapporto Censis-Eudaimon). Sono questi i temi emersi durante il tavolo di lavoro “Colazione CON...” promosso dall’Osservatorio Nazionale Welfare e Salute (ONWS) a cui hanno partecipato i responsabili delle Risorse Umane di diverse aziende e rappresentanti di associazioni di categoria.

https://www.huffingtonpost.it/cronaca/2024/11/13/news/sanita_integrativa_serve_informazione_28_miliardi_le_prestazioni_erogate_solo_il_20_dei_lavoratori_conosce_il_welfare_a-17708864/

Hanno parlato di noi anche:

Sanità24 - Il Sole 24 Ore

Libero

Dire

Aska

